

Perfil sociodemográfico e de saúde de mulheres submetidas à cirurgia para câncer de mama

Natalia C. Haddad,^{1*} Ana C. de A. Carvalho,² Cristiane de O. Novaes³

Resumo

O objetivo desse trabalho foi caracterizar os perfis sociodemográficos e de saúde das mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico para câncer de mama no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE). Estudo descritivo transversal, realizado no HUPE, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Brasil. A população do estudo foi composta por 62 mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico para câncer de mama, no período de janeiro/2012 a março/2014. Foram coletadas variáveis sociodemográficas, de estado geral de saúde e de tratamento para o câncer, através de análise de prontuário médico. A população do estudo apresentou predominância da faixa etária de 50 a 69 anos (58,1%). A maioria vivendo maritalmente (43,4%), sem trabalho formal (59,6%) e baixa escolaridade (40,4%). Houve predomínio de renda máxima de até dois salários mínimos (46,8%). Cerca de 59,6% da amostra do estudo estava acima do peso corporal ideal, 62,7% declararam não consumir bebida alcoólica e 59,3% eram não fumantes. Encontramos história familiar de câncer em 53,3% da amostra, e 21,0% tinham história familiar de câncer de mama. O tipo histológico mais incidente foi o carcinoma ductal infiltrante (83,9%), com predominância dos estadiamentos II (54,9%) e III (24,2%), encontrados principalmente no quadrante superior externo da mama (38,7%). Sobre o tratamento sistêmico da doença, 24,2% recebeu tratamento neoadjuvante, 61,3% foram submetidas à mastectomia radical modificada e 72,6% ao esvaziamento axilar. O perfil encontrado mostra baixo nível socioeconômico e fatores de risco para neoplasia de mama. O diagnóstico é tardio, em estadiamento intermediário ou avançado, sendo indicado o tratamento cirúrgico, no qual a técnica mais realizada foi a mastectomia radical modificada associada ao esvaziamento axilar.

Descritores: Neoplasias da mama; Epidemiologia; Fatores de risco.

Abstract

Sociodemographic and health profile of women undergoing surgery for breast cancer

The aim of this study was to characterize the sociodemographic and health profiles of women undergoing surgery for breast cancer at the Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE). Cross-sectional descriptive study conducted at the Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), Universidade do Estado Rio de Janeiro, Brazil. The study population consisted of 62 women undergoing surgery for breast cancer from January / 2012 to March / 2014. Socio-demographic variables,

1. Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Tecnologia no Espaço Hospitalar. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
2. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
3. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

*Endereço para correspondência:

Praia do Flamengo, 308/201
Rio de Janeiro, RJ, Brasil. CEP: 22210-065.
E-mail: nataliacarion@yahoo.com.br

Revista HUPE, Rio de Janeiro, 2015;14(Supl. 1):28-35
doi: 10.12957/rhupe.2015.17923
Recebido em 03/06/2015. Aprovado em 15/07/2015.

general health status, and treatment for cancer were evaluated through medical record analysis. The study population presented predominance of the 50-69 years age group (58.1%). Most cohabiting (43.4%) without formal work (59.6%) and low education (40.4%). Maximum income of up to two minimum wages was predominant (46.8%). Approximately 59.6% of the study sample was above the ideal body weight, 62.7% did not consume alcoholic beverages, and 59.3% were non-smokers. We find family history of cancer in 53.3% of the sample, and 21.0% had a family history of breast cancer. The most common histological type was Infiltrating Ductal Carcinoma (83.9%), especially in stages II (54.9%) and III (24.2%), mainly found in the outer upper quadrant of the breast (38.7%). In the systemic treatment, 24.2% received neoadjuvant treatment, 61.3% underwent Modified Radical Mastectomy, and 72.6% submitted to axillary dissection. Conclusion: The profile found shows low socioeconomic status and risk factors for breast cancer. The diagnosis was late, in intermediate or advanced stage, and surgical treatment was indicated, in which the most common technique was modified radical mastectomy associated with axillary dissection.

Keywords: Breast neoplasms; Epidemiology; Risk factors.

Resumen

Perfil sociodemográfico y de salud de las mujeres sometidas a cirugía para el cáncer de mama

El objetivo de este estudio fue caracterizar los perfiles sociodemográficos y de salud de las mujeres sometidas a cirugía para

el cáncer de mama. Estudio descriptivo transversal realizado en el Hospital Universitario Pedro Ernesto (HUPE) de la Universidad del Estado de Río de Janeiro, Brasil. La población de estudio se apoyó en 62 mujeres sometidas a cirugía para el cáncer de mama, de enero/2012 a marzo/2014. Se recogieron las variables sociodemográficas, estado de salud general, y el tratamiento para el cáncer a través del análisis de registros médicos. La población de estudio presenta predominio de los grupos de edad de 50-69 años (58,1%). La mayoría está en cohabitación (43,4%) sin trabajo formal (59,6%) y baja educación (40,4%). En el ingreso predomina, un máximo de hasta dos salarios mínimos (46,8%). Aproximadamente, el 59,6% de la muestra del estudio estaba por encima del peso corporal ideal, el 62,7% no consumen bebidas alcohólicas y el 59,3% no son fumadoras. Encontramos antecedentes familiares de cáncer

en un 53,3% de la muestra, y el 21,0% tienen antecedentes familiares de cáncer de mama. El tipo histológico más frecuente fue el carcinoma ductal infiltrante (83,9%), especialmente en las etapas II (54,9%) y III (24,2%), que se encuentra principalmente en el cuadrante superior externo de la mama (38,7%). En el tratamiento sistémico de la enfermedad, el 24,2% recibió tratamiento neoadyuvante, el 61,3% fue sometidas a mastectomía radical modificada, y el 72,6% presentó disección axilar. El perfil encontrado muestra bajos factores de estado y de riesgo socioeconómicos para el cáncer de mama. El diagnóstico es tardío en la etapa intermedia o avanzada y está indicado el tratamiento quirúrgico, de las cuales la técnica más realizada es la mastectomía radical asociada con la disección axilar.

Palabras clave: Neoplasias de la mama; Epidemiología; Factores de riesgo.

Introdução

Em todo o mundo o câncer de mama é a neoplasia mais frequente entre mulheres, seja em países desenvolvidos ou em desenvolvimento, tendo atingido 1,67 milhões de casos em 2012.¹ No Brasil, a estimativa para o biênio 2014/2015 foi de 56,09 casos por 100.000 mulheres, sendo 71,18 casos/100.000 mulheres somente na Região Sudeste.²

Os fatores de risco relacionados ao desenvolvimento do câncer de mama são bem conhecidos, e podemos destacar entre os principais o envelhecimento,³ características relacionadas à vida reprodutiva da mulher,⁴⁻⁶ consumo de álcool,^{7,8} sedentarismo,⁹ excesso de peso¹⁰⁻¹⁴ exposição à radiação ionizante,¹⁵ alta densidade do tecido mamário¹⁶ e história familiar de câncer de mama.¹⁷

Apesar da tendência de declínio observada mundialmente, as taxas de mortalidade por câncer de mama no Brasil ainda são altas, principalmente devido ao diagnóstico tardio.¹⁸ O conhecimento do perfil das mulheres diagnosticadas com câncer de mama pode fornecer um melhor entendimento acerca dos padrões de ocorrência da doença, lacunas na prevenção secundária e, ainda, apoio à elaboração de estratégias para a assistência em saúde desde a atenção básica até a alta complexidade. Esta pesquisa teve o objetivo de avaliar o perfil sociodemográfico e condições de saúde das mulheres que realizaram o tratamento cirúrgico de câncer de mama no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), no período de janeiro de 2012 a março de 2014.

Materiais e métodos

Estudo descritivo, transversal, realizado no HUPE,

Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Este hospital constitui uma unidade de atendimento de alta complexidade em oncologia (UNACON), possui equipe multidisciplinar e atende usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) do Estado do Rio de Janeiro. O Serviço de Mastologia deste hospital realiza, em média, 30 cirurgias de câncer de mama anualmente.

O levantamento da população foi realizado através de consulta ao livro de cirurgias da equipe de anestesia do hospital, de onde foram extraídos os registros de todas as cirurgias de mama ocorridas no período de janeiro de 2012 a março de 2014. Todos os prontuários foram analisados nos setores de arquivo médico, oncologia e radioterapia. Dos 77 pacientes identificados, 76 eram do sexo feminino, um do sexo masculino, oito casos eram de patologias mamárias benignas e um não tinha dados suficientes para análise. Cinco pacientes (7,5%) foram a óbito; seus prontuários foram retirados do arquivo médico, inviabilizando a coleta desses dados. Assim, a população do estudo foi composta por 62 pacientes internadas para tratamento cirúrgico de câncer de mama no HUPE. A coleta de dados foi realizada em abril/2014.

As variáveis sociodemográficas avaliadas foram: idade, situação conjugal, ocupação, renda familiar e escolaridade (Tabela 1). O estado de saúde incluiu: número de filhos, idade no primeiro parto, idade na menarca, idade na sexarca, idade na menopausa, tabagismo, etilismo, diagnóstico histopatológico, histórico familiar de câncer de mama, localização do tumor, estadiamento patológico, comorbidades e índice de massa corporal - IMC (kg/m²) - (Tabela 2). Sobre o tratamento cirúrgico do câncer: tipo de cirurgia realizada, abordagem axilar, tratamento neoadyuvante (Tabela 3).

Os dados foram analisados por meio de análises

Tabela 1. Perfil sociodemográfico e de saúde de mulheres submetidas à cirurgia para câncer de mama no Hospital Universitário Pedro Ernesto do Rio de Janeiro: características sociodemográficas.

	N	%
Idade		
Menos de 35 anos	2	3,2
40 a 49 anos	6	9,7
50 a 69 anos	36	58,1
70 ou mais anos	18	29,0
Estado conjugal		
Solteira	8	13,3
Casada	25	41,7
União estável	1	1,7
Viúva	19	31,7
Separada	7	11,7
Ocupação		
Não declarada	5	8,1
Aposentada	16	25,8
Do lar	18	29,0
Trabalha fora	20	32,3
Pensionista	3	4,8
Escolaridade (anos de estudo)		
Nenhuma	4	6,5
1 a 3	4	6,5
4 a 7	17	27,4
8 a 11	9	14,5
12 ou mais	20	32,3
Não declarado	8	12,9
Renda familiar		
Até 1 salário mínimo	19	30,6
Até 2 salários mínimos	10	16,1
Até 3 salários mínimos	12	19,4
Até 4 salários mínimos	4	6,5
4 ou mais salários mínimos	7	11,3
Não declarado	10	16,1

Tabela 2. Perfil sociodemográfico e de saúde de mulheres submetidas à cirurgia para câncer de mama no Hospital Universitário Pedro Ernesto do Rio de Janeiro: características de saúde. (continua)

	N	%
Idade da menarca		
Antes dos 12 anos	21	35,6
Após 12 anos	36	61,0
Não declarado	2	3,4
Paridade		
Nulíparas	11	17,7
1 filho	7	11,3
2 filhos	21	33,9
3 ou mais filhos	20	32,3
Não declarado	3	4,8
Idade do primeiro parto		
Antes dos 30 anos	35	56,5
Após 30 anos	10	16,1
Não declarado	6	9,7
Nunca engravidou	11	17,7
Idade da menopausa		
Antes dos 50 anos	39	62,9
Após 50 anos	14	22,6
Não declarada	9	14,5
Índice de massa corporal (IMC = kg/m²)		
Abaixo do peso	1	1,6
Peso normal	18	29,0
Sobrepeso	25	40,3
Obesidade grau I	8	12,9
Obesidade grau II	1	1,6
Obesidade grau III	3	4,8
Não declarado	6	9,7
Tabagismo		
Sim	24	40,7
Não	35	59,3
História familiar de câncer de mama		
Sim	13	21,0
Não	48	77,4
Não declarado	1	1,6
Diagnóstico histopatológico		
Carcinoma <i>in situ</i>	4	6,5
Carcinoma ductal infiltrante	52	83,9
Carcinoma lobular infiltrante	2	3,2
Outros tipos	4	6,5

Tabela 2. Perfil sociodemográfico e de saúde de mulheres submetidas à cirurgia para câncer de mama no Hospital Universitário Pedro Ernesto do Rio de Janeiro: características de saúde. (continuação)

Estadiamento patológico		
O ou I	11	17,7
IIA	22	35,5
IIB	12	19,4
IIIA	8	12,9
IIIB	2	3,2
IIIC	5	8,1
Não declarado	2	3,2
Localização		
Quadrante superior externo	24	38,7
Quadrante inferior externo	5	8,1
Junção de quadrantes	7	11,3
Quadrante superior interno	8	12,9
Quadrante inferior interno	7	11,3
Retroareolar	6	9,7
Não informada	5	8,1

Tabela 3. Perfil sociodemográfico e de saúde de mulheres submetidas à cirurgia para câncer de mama no Hospital Universitário Pedro Ernesto do Rio de Janeiro: características do tratamento.

	N	%
Tipo de cirurgia		
Cirurgia conservadora da mama	17	27,4
Mastectomia radical modificada	38	61,3
Mastectomia Patey	3	4,8
Mastectomia simples	2	3,2
Mastectomia higiênica	1	1,6
Inoperável	1	1,6
Abordagem axilar		
Nenhuma	4	6,5
Biópsia do linfonodo sentinela	13	21,0
Esvaziamento axilar	39	62,9
BLS + EA	6	9,7
Tratamento neoadjuvante		
Não	44	71,0
Sim	15	24,2
Não declarado	3	4,8

Legenda:

BLS – Biópsia do linfonodo sentinela

EA – Esvaziamento axilar

descritivas univariadas, utilizando o programa SPSS 17.0. O projeto foi aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa através do parecer nº 636.477.

Resultados e discussão

Das 62 mulheres incluídas no estudo, a análise univariada mostrou idade entre 27 e 87 anos ($M = 61,8$ anos $DP \pm 13,11$), sendo a faixa etária predominante entre 50 e 69 anos (58,1%), seguido do grupo com 70 ou mais anos (29,0%). Outros estudos corroboram com este achado, reafirmando a idade como fator de risco para o câncer de mama, com taxas crescentes a partir de 50 anos de idade.^{2,18-19} Por outro lado, mulheres com idade inferior a 30 anos têm pior sobrevida global²⁰ devido às dificuldades para o rastreamento nessa faixa etária, com o diagnóstico sendo realizado em estadiamento mais avançado²¹ ou devido à biologia mais agressiva do tumor.²²

Com relação ao estado conjugal, 43,4% eram casadas ou viviam com um companheiro, assim como observado no estudo de Leite e colaboradores.¹⁹ O estado conjugal não é considerado um fator de risco para o desenvolvimento da doença, mas o fato de ter um companheiro está associado a um melhor suporte social, otimismo e qualidade de vida entre mulheres sobreviventes.²³

No que diz respeito à ocupação, 32,3% trabalhavam fora de casa. A renda média familiar foi de R\$ 1.735,00 ($DP \pm 1.146,00$), com 30,6% das mulheres recebendo até um salário mínimo. Com relação à escolaridade, a média de anos estudados foi de 4,11 anos ($DP \pm 1,62$), e cerca de 40,4% da amostra não concluiu o ensino fundamental. A baixa renda familiar associada à baixa escolaridade são considerados fatores de risco para muitos processos saúde-doença, inclusive as neoplasias. De acordo com Shi e colaboradores,²⁴ melhores condições econômicas, representadas pela cobertura de um seguro de saúde, estão relacionadas diretamente com a sobrevida global e inversamente relacionadas ao diagnóstico tardio e à taxa de mortalidade por câncer de mama. Em estudo de coorte histórico realizado em Santa Catarina, mulheres com primeiro grau incompleto apresentaram risco 3,76 vezes maior de morrer do que aquelas com nível superior, enquanto as analfabetas tiveram um risco 7,40 vezes maior.²⁰ Ainda, a baixa escolaridade reduz as chances de acesso ao exame clínico das mamas e à realização de mamografias, aumentando as chances de um diagnóstico tardio e a taxa de mortalidade²⁵ (Tabela 1).

O perfil hormonal e reprodutivo da mulher

Artigo original

relaciona-se com o desenvolvimento do câncer de mama. Aproximadamente 2/3 das pacientes com câncer de mama na pós-menopausa apresentam tumores dependentes de hormônio (estrogênio-dependentes), cujo hormônio é responsável por estimular o crescimento e a proliferação das células de carcinoma da mama dependentes dele. O estradiol é o estrogênio endógeno mais potente, e é biossintetizado a partir de andrógenos por uma enzima chamada 'aromatase', a qual é encontrada em altos níveis nos ovários de mulheres na pré-menopausa, na placenta de mulheres grávidas e nos tecidos adiposos periféricos de mulheres na pós-menopausa. A expressão dessa enzima também é alta nos tumores mamários e em regiões próximas ao tumor.²⁶ Sendo assim, condições que expõem a mulher à ação prolongada dos hormônios sexuais, tais como: nuliparidade, menarca precoce, tempo entre a menarca e o primeiro parto, idade avançada ao primeiro parto, menopausa tardia e uso de terapia de reposição hormonal na menopausa são considerados fatores de risco para o câncer de mama.⁴ A tabela 2 mostra que, com relação à paridade, somente 17,7% da amostra era de nulíparas, a maioria das participantes teve o primeiro filho antes dos 30 anos de idade (56,5%), com idade média do primeiro parto de 17,6 anos (DP ± 12,19), e média de dois filhos por mulher. Dados similares foram encontrados em recente estudo descritivo realizado no município de São Mateus - ES, que avaliou 27 mulheres com diagnóstico de câncer de mama, das quais 87% já haviam engravidado e 85% tiveram o primeiro parto com idade inferior a 30 anos.¹⁹

Com relação às idades de ocorrência da menarca e menopausa, observou-se que 61,0% tiveram a menarca após os 12 anos de idade e 62,9% entraram na menopausa antes dos 50 anos. Apesar das características hormonais e reprodutivas dessa amostra não terem mostrado correlação com o desenvolvimento do câncer de mama, essas são condições que expõem a mulher à ação prolongada dos hormônios sexuais, o que pode aumentar o risco de desenvolvimento da doença, devendo sempre ser consideradas na história clínica das pacientes.²⁸

Dentre os fatores de risco modificáveis para o câncer de mama, são citados o tabagismo, o etilismo e a obesidade. Na amostra estudada, o tabagismo ativo (atual ou prévio) esteve presente em 40,7% das participantes (vs. 59,3% não fumantes). Recente estudo multicêntrico de coorte realizado nos países europeus (EPIC Study) mostrou que o tabagismo (ativo ou passivo) aumenta o risco de desenvolver a doença, sendo particularmente

danoso entre a menarca e a primeira gravidez a termo.²⁹

Neste estudo, o consumo de bebida alcoólica (atual ou prévio), foi declarado por 37,3% das mulheres (vs. 62,7% abstêmias), o que difere do estudo prospectivo de base populacional no Japão, o qual demonstrou que, comparado aos abstêmios ("nunca bebedores"), as pessoas que consomem bebida alcoólica regularmente estão sob maior risco de desenvolver câncer de mama.⁷

Outro fator a ser observado é a obesidade, que tem sido associada ao câncer de mama tanto por promover a liberação de mediadores inflamatórios, estimulando o crescimento tumoral, quanto por aumentar os níveis de estrogênio circulantes no organismo através da ação da enzima aromatase, podendo resultar em recidiva, metástase, aumentando a mortalidade e a incidência de câncer de mama contralateral e outros tipos de câncer.³⁰ Segundo pesquisa realizada em 2014 pelo Ministério da Saúde,³¹ as taxas de obesidade no Brasil estão estabilizando, porém 49,2% das mulheres entrevistadas na Região Sudeste estavam acima do peso e 17,6% delas eram obesas, com risco aumentado de desenvolver doenças crônicas, incluindo o câncer. Em nosso estudo, 59,6% das mulheres estavam acima do peso corporal ideal, sendo 19,3% obesas. Essas informações estão em consonância com os resultados do estudo de inquérito populacional, compreendendo 439 mulheres entre 40 e 69 anos no município de Maringá, onde 38,7% das entrevistadas estavam na faixa de sobrepeso e 24% eram obesas.³²

A comorbidade mais prevalente foi a hipertensão arterial sistêmica (HAS), presente em 59,7% dos casos. Li e colaboradores,³³ em seu estudo caso-controle, ao avaliar a relação entre drogas anti-hipertensivas e risco de câncer de mama, encontraram risco de desenvolver a doença aumentado em 40% para pacientes que utilizavam bloqueadores dos canais de cálcio de ação curta, mas essa correlação não existiu para outros tipos de anti-hipertensivos.

Embora não constituam a maioria dos casos, os antecedentes de câncer de mama na família também contribuem para o desenvolvimento da neoplasia. O câncer é uma doença genômica, em que ocorrem mutações no material genético das células, culminando com a malignidade. Diversos processos genéticos estão envolvidos com a carcinogênese e o fato de possuir essas mutações como característica familiar amplia as chances de um indivíduo desenvolver a doença. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA),² o histórico familiar amplia em duas a três vezes o risco de desenvolver câncer de mama. Em nosso estudo,

53,3% das mulheres tinham história familiar de câncer e 21,0% tinham história familiar de câncer de mama. A associação entre o histórico familiar de câncer de mama em parentes de primeiro grau com o risco aumentado de desenvolver a doença também foi observada em recente revisão sistemática.³⁴

O presente estudo mostra 83,9% da população com diagnóstico histopatológico de carcinoma ductal infiltrante (CDI). O estudo de sobrevida realizado no Estado de Santa Catarina em 2009²⁰ mostrou predominância deste tipo histológico em 77,7% da amostra, achado também relatado no estudo de Moura e colaboradores³⁵ em 73,4% da população.

A localização mais prevalente do tumor mamário foi no quadrante superior externo da mama (38,7%); dados também encontrados em outro estudo,³⁵ que mostrou prevalência de neoplasia maligna do quadrante superior externo da mama (CID C50.4).

Quanto ao diagnóstico, os estadiamentos mais encontrados foram II (54,9%) ou III (24,2%), com dois casos em estadiamento IV, que foram a óbito. O estadiamento ao diagnóstico constitui importante fator prognóstico na sobrevida, pois mulheres diagnosticadas em estádios mais precoces são submetidas a tratamentos menos agressivos, apresentam menos complicações inerentes ao tratamento e têm um risco reduzido de morte. Em estudo de sobrevida realizado por Schneider e colaboradores,²⁰ pode-se observar que as mulheres diagnosticadas em estágio clínico I tiveram melhor sobrevida global em cinco anos (93,6%), ao passo que as que foram diagnosticadas em estágio III tiveram um risco de óbito 7,18 vezes maior.

Apesar dos avanços no tratamento para o câncer de mama, com a tendência atual em se realizar cirurgias menos mutilantes, 61,3% das pacientes neste estudo foram submetidas à mastectomia radical modificada Madden (MRM), técnica cirúrgica que retira toda a glândula mamária, preservando os músculos peitorais. Contudo, no estudo de Moura e colaboradores, a técnica cirúrgica prevalente foi a cirurgia conservadora em 63% dos casos.³⁵ A mastectomia radical promove um maior impacto negativo para as mulheres, em comparação com as cirurgias conservadoras, principalmente devido às alterações emocionais, na imagem corporal e a incapacidade funcional relacionadas.³⁶ É importante ressaltar que, desse universo, houve três casos de mulheres submetidas à mastectomia radical Patey (4,8%), com retirada do músculo peitoral menor, a qual piora a qualidade de vida dessas mulheres por ocasionar importantes alterações motoras no membro superior

do lado operado.

A mastectomia comumente é acompanhada da retirada dos linfonodos axilares, ou esvaziamento axilar (EA), procedimento importante no estadiamento e controle locorregional do câncer, pois é através do sistema linfático que o tumor pode emitir metástases locais ou a distância. Nos últimos anos, o EA vem dando lugar à biópsia do linfonodo sentinela (BLS), técnica minimamente invasiva, destinada aos casos em estadiamento mais precoce, que se baseia na retirada dos primeiros linfonodos que recebem a drenagem de linfa do tumor.³⁷ Além de reduzir o risco de linfedema no membro superior, o uso da BLS apresenta taxas de recorrência locorregional em oito anos semelhantes às do EA, e parece apresentar melhor custo-efetividade em 20 anos.³⁸ Em nosso estudo, 62,9% das pacientes foram submetidas ao esvaziamento axilar e 9,7% necessitaram realizar o EA após uma BLS.

Sobre o tratamento sistêmico, constatou-se que 24,2% das mulheres recebeu tratamento neoadjuvante. O tratamento neoadjuvante é aquele realizado antes da cirurgia, cujo objetivo é o de reduzir o tamanho do tumor, seja para melhorar as condições da cirurgia em tumores considerados irressecáveis, seja para favorecer a realização da cirurgia conservadora em alguns casos candidatos à cirurgia radical.³⁹ Essa forma de tratamento beneficia as mulheres com indicação para mastectomia devido à extensão anatômica do tumor, permitindo a cirurgia conservadora em 50 a 75% das pacientes.⁴⁰ Porém, é importante ressaltar que, na maioria dos casos, a necessidade de realização de tratamento neoadjuvante fala a favor de um estado avançado da doença, que necessita ser reduzida para permitir uma cirurgia menos agressiva.

Conclusão

O perfil das pacientes atendidas no período mostra baixo nível socioeconômico e alta prevalência dos fatores de risco para neoplasia de mama, principalmente obesidade e história familiar de câncer. A falta de prevenção dos fatores de risco na atenção primária e ausência de diagnóstico precoce na atenção secundária, provavelmente facilitaram o diagnóstico tardio, em estadiamento intermediário ou avançado, sendo necessário um tratamento cirúrgico mais invasivo nestas fases, a fim de evitar recidiva ou metástase do câncer, cujo prognóstico é de redução da sobrevida e qualidade de vida, frente aos efeitos provocados por cirurgias. Logo, nossos dados apontam para a necessi-

dade de criação de estratégias de prevenção primária de fatores de risco para neoplasia de mama e secundárias de rastreamento e diagnóstico precoce, sendo parte do esforço de se propiciar itinerários terapêuticos mais eficientes e eficazes para o manejo da doença.

Agradecimentos

À equipe de anestesia do HUPE, por disponibilizar tão gentilmente o livro de registros de cirurgias. Aos funcionários do Arquivo Médico, especialmente Sr. Celso Araújo, Sr. Luiz do Carmo e Daniela Sucupira; ao chefe da Oncologia Clínica, Dr. Carlos Eduardo Sampaio e ao chefe da Radioterapia, Dr. Rafael Daher, pela receptividade e por toda a atenção dispensada para a realização deste trabalho.

Referências

1. Bray F, Ren J-S, Masuyer E, et al. Global estimates of cancer prevalence for 27 sites in the adult population in 2008. *International Journal of Cancer*. 2013 Mar 1;132(5):1133-45.
2. Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2014.
3. Cappellani A, Di Vita M, Zanghi A, et al. Prognostic factors in elderly patients with breast cancer. *BMC Surg*. 2013;13 Suppl 2:S2.
4. Anderson KN, Schwab RB, Martinez ME. Reproductive risk factors and breast cancer subtypes: a review of the literature. *Breast Cancer Res Treat*. 2014 Feb;144(1):1-10.
5. Pan H, He Z, Ling L, et al. Reproductive factors and breast cancer risk among BRCA1 or BRCA2 mutation carriers: results from ten studies. *Cancer Epidemiol*. 2014 Feb;38(1):1-8.
6. Lacey JV, Kreimer AR, Buys SS, et al. Breast cancer epidemiology according to recognized breast cancer risk factors in the prostate, lung, colorectal and ovarian (PLCO) cancer screening trial cohort. *BMC Cancer*. 2009;9:84.
7. Iwasaki M, Tsugane S. Risk factors for breast cancer: epidemiological evidence from Japanese studies. *Cancer Science*. 2011 Sep 1;102(9):1607-14.
8. Park S-Y, Kolonel LN, Lim U, et al. Alcohol consumption and breast cancer risk among women from five ethnic groups with light to moderate intakes: the multiethnic cohort study. *Int J Cancer*. 2014 Mar 15;134(6):1504-10.
9. Key J, Hodgson S, Omar RZ, et al. Meta-analysis of studies of alcohol and breast cancer with consideration of the methodological issues. *Cancer Causes Control*. 2006 Aug;17(6):759-70.
10. Goncalves AK, Dantas FG, Maissonnette de ASM, et al. Effects of physical activity on breast cancer prevention: a systematic review. *Journal of physical activity & health*. 2014;11(2):445-54.
11. Ahn J, Schatzkin A, Lacey JV, et al. Adiposity, adult weight change, and postmenopausal breast cancer risk. *Arch Intern Med*. 2007 Oct 22;167(19):2091-102.
12. Protani M, Coory M, Martin JH. Effect of obesity on survival of women with breast cancer: systematic review and meta-analysis. *Breast Cancer Research and Treatment*. 2010 Oct;123(3):627-35.
13. Vrieling A, Buck K, Kaaks R, et al. Adult weight gain in relation to breast cancer risk by estrogen and progesterone receptor status: a meta-analysis. *Breast Cancer Res Treat*. 2010 Oct 1;123(3):641-9.
14. De Pergola G, Silvestris F. Obesity as a major risk factor for cancer. *J Obes [Internet]*. 2013 [cited 2014 Sep 1];2013. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3773450/>.
15. Nguyen DH, Oketch-Rabah HA, Illa-Bochaca I, et al. Radiation acts on the microenvironment to affect breast carcinogenesis by distinct mechanisms that decrease breast cancer latency and affect tumor type. *Cancer Cell*. 2011 May 17;19(5):640-51.
16. Checka CM, Chun JE, Schnabel FR, et al. The relationship of mammographic density and age: implications for breast cancer screening. *American Journal of Roentgenology*. 2012 Mar 1;198(3):W292-5.
17. Meaney-Delman D, Bellcross CA. Hereditary breast/ovarian cancer syndrome: a primer for obstetricians/gynecologists. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*. 2013 Sep;40(3):475-512.
18. Gonçalves LLC, Travassos GL, de Almeida AM, et al. Barreiras na atenção em saúde ao câncer de mama: percepção de mulheres. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2014;48(3):394-400.
19. Leite FMC, Gonçalves CRA, Amorim MHC, et al. Diagnóstico de câncer de mama: perfil socioeconômico, clínico, reprodutivo e comportamental de mulheres. *Cogitare Enfermagem [Internet]*. 2012 [cited 2015 Mar 19];17(2). Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewArticle/27896>.
20. Schneider IJC, d' Orsi E. Sobrevida em cinco anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina, Brasil Five-year survival and prognostic factors in women with breast cancer in Santa Catarina State, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(6):1285-96.
21. Pinheiro AB, Lauter DS, Medeiros GC, et al. Câncer de mama em mulheres jovens: análise de 12.689 casos. *Rev bras cancerol*. 2013 Sep;59(3):351-9.
22. Ka C, Mn F, Pg M. Biological subtypes of breast cancer: current concepts and implications for recurrence patterns. *Q J Nucl Med Mol Imaging*. 2013 Dec;57(4):312-21.
23. Croft L, Sorkin J, Gallicchio L. Marital status and optimism score among breast cancer survivors. *Support Care Cancer*. 2014 Jun 8;22(11):3027-34.
24. Shi R, Taylor H, McLarty J, et al. Effects of payer status on breast cancer survival: a retrospective study. *BMC Cancer*. 2015 Apr 1;15(1):211.
25. Molina L, Dalben I, De Luca LA. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2003;185-90.
26. Brueggemeier RW, Hackett JC, Diaz-Cruz ES. Aromatase inhibitors in the treatment of breast cancer. *Endocrine Society*; 2013 [cited 2015 May 13]. Available from: <http://press.endocrine.org/doi/10.1210/er.2004-0015>.
27. Leite FMC, Bubach S, Amorim MHC, et al. Mulheres com diagnóstico de câncer de mama em tratamento com tamoxifeno: perfil sociodemográfico e clínico. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2011;57(1):15-21.
28. Kobayashi S, Sugiura H, Ando Y, et al. Reproductive history and breast cancer risk. *Breast Cancer*. 2012 Jun 19;19(4):302-8.
29. Dossus L, Boutron-Ruault M-C, Kaaks R, et al. Active and passive cigarette smoking and breast cancer risk: Results from

- the EPIC cohort. *Int J Cancer*. 2014 Apr 15;134(8):1871-88.
30. Papa AM, Pirfo CBL, Murad AM, et al. Impacto da obesidade no prognóstico do câncer de mama. *Revista Brasileira de Oncologia Clínica* Vol [Internet]. 2013 [cited 2015 Apr 9];9(31). Available from: <http://sboc.org.br/revista-sboc/pdfs/31/artigo3.pdf>
31. Vigitel 2014: Obesidade estabiliza no Brasil, mas excesso de peso aumenta [Internet]. Portal da Saúde – Ministério da Saúde – [www.saude.gov.br](http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/noticias-svs/17455-obesidade-estabiliza-no-brasil-mas-excesso-de-peso-aumenta). Available from: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/noticias-svs/17455-obesidade-estabiliza-no-brasil-mas-excesso-de-peso-aumenta>.
32. Matos JC de, Peloso SM, Carvalho MD de B. Prevalence of risk factors for breast neoplasm in the city of Maringá, Paraná state, Brazil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2010 Jun;18(3):352-9.
33. Li CI, Daling JR, Tang MC, et al. Use of antihypertensive medications and breast cancer risk among women aged 55 to 74 years. *JAMA Intern Med*. 2013 Sep 23;173(17):1629-37.
34. Nelson HD, Zakher B, Cantor A, et al. Risk factors for breast cancer for women aged 40 to 49 years: a systematic review and meta-analysis. *Annals of internal medicine*. 2012;156(9):635-48.
35. Moura NAV de, Castro VB, Costa MA de O. Epidemiological profile of women with breast cancer treated in hospital philanthropic reference / Perfil epidemiológico de mulheres com câncer de mama tratadas em hospital filantrópico de referência. *Revista de Enfermagem da UFPI*. 2014 Jan 6;2(4):35-41.
36. Correia GN, Oliveira J, Mesquita-Ferrari RA. Avaliação da qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia radical e segmentar. *Fisioterapia e Pesquisa*. 2007;14(3):31-6.
37. Dengel LT, Zee KJV, King TA, et al. Axillary dissection can be avoided in the majority of clinically node-negative patients undergoing breast-conserving therapy. *Ann Surg Oncol*. 2013 Aug 22;21(1):22-7.
38. Verry H, Lord SJ, Martin A, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of sentinel lymph node biopsy compared with axillary node dissection in patients with early-stage breast cancer: a decision model analysis. *Br J Cancer*. 2012 Mar 13;106(6):1045-52.
39. Barros A, Barbosa EM, Gebrim LH, et al. Diagnóstico e tratamento do câncer de mama. São Paulo: Associação Médica Brasileira/Brasília: Conselho Federal de Medicina [Internet]. 2001 [cited 2015 May 14]; Available from: <http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1331328369024.pdf>.
40. Tiezzi DG. Cirurgia conservadora no câncer de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2007;29(8):428-34.