CONNECTION LINE
REVISTA ELETRÔNICA DO UNIVAG
ISSN 1980-7341

ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS MULHERES COM CÂNCER DE MAMA ATENDIDAS NA CIDADE DE CUIABÁ

ANALYSIS OF THE EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF WOMEN WITH BREASTCANCER SERVED IN CUIABA CITY

Adriele de almeida campos[1]
Cristiane lima[1]
Luciana Ferraz Gomes[1]
Priscila Costa Faria[1]
Dra. Daniele Furtado Albanezi[2]

[1]Discente do curso de Fisioterapia do Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG)
[2]Docente do curso de Fisioterapia do Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG)

RESUMO

O câncer (CA) é visto na atualidade como um dos maiores desafios da ciência médica, além de ser considerado um problema de saúde pública no Brasil, baseado na alta prevalência de CA de mama em mulheres brasileiras e no alto índice cirúrgico como forma de tratamento. O objetivo do presente estudo está em identificar a prevalência do CA de mama, além dos tipos de cirurgias realizadas, em mulheres atendidas no setor de oncologia da Santa Casa-Cuiabá/MT no ano de 2011. Trata-se de um estudo observacional e descritivo com objetivo de quantificar os tipos prevalecentes de câncer de mama em pacientes que realizaram tratamento na Santa Casa da Misericórdia em Cuiabá-MT. Foram incluídas na pesquisa 47 pacientes com CA de mama, com idade média de 52.04±16.94 anos. Através dos dados coletados do prontuário das pacientes que passaram pelo setor de atendimento oncológico no ano de 2011, foi possível identificar que o CA de mama do tipo Ductal Infiltrante/Invasivo é o mais prevalente entre as mulheres da amostra (89.3%), assim como a Quadrantectomia com Linfonodectomia foi a principal cirurgia realizada, totalizando 42.5% das pacientes. A Mastectomia Total, o mais agressivo de todos os procedimentos cirúrgicos foi realizado em 14,8%. Concluíu-se que o CA de mama do tipo Ductal Infiltrante / Invasivo é mais prevalente entre as mulheres atendidas no setor de oncologia da Santa Casa de Cuiabá, e Quadrantectomia associada a Linfonodectomia foi a cirurgia de maior prevalência.

Palavras-chave: Câncer de Mama; Mastectomia; Quimioterapia; Tumores.

ABSTRACT

Cancer (CA) is nowadays seen as one of the greatest challenges of medical science, in addition to being considered a public health problem in Brazil, based on the high prevalence of CA of breast in

ISSN 1980-7341

Brazilian women and the high surgical index as a form of treatment. The objective of the present study is to identify the prevalence of breast CA in addition to the types of surgeries performed in women attended in the Santa Casa-Cuiaba / MT oncology sector in 2011. This is an observational and descriptive study With the aim of quantifying the prevalent types of breast cancer in patients who underwent treatment at Santa Casa da Misericórdia in Cuiaba-MT. The study included 47 patients with CA of breast, mean age of 52.04 + 16.94 years. Through the data collected from the medical records of the patients who went through the cancer care sector in 2011, it was possible to identify that the Ductal Infiltrante / Invasive type of CA was the most prevalent among the women in the sample (89.3%), as well as the Quadrantectomy and Lymphododectomy were the main surgery performed in 42.5% of the patients. The Total Mastectomy, the most aggressive of all surgical procedures was performed in 14.8%. It was concluded that the CA of the Ductal Infiltrator / Invasive Ductal type is more prevalent among the women treated in the oncology sector of the Santa Casa de Cuiaba, in addition, the Quadrantectomy associated with chemotherapy and Lymphododectomy was the most prevalent surgery.

Keywords: Breast Cancer; Mastectomy; Chemotherapy; Tumors.

INTRODUÇÃO

O câncer (CA) é considerado um dos maiores desafios da ciência médica[1], além de ser um problema de saúde pública no Brasil, já que representa a segunda causa de morte por doença no país[2]. Os primeiros dados oficiais de morte por CA no Brasil foram publicados pelo Ministério de Educação e saúde em 1944, com dados apenas das capitais[3], mas este registro vem aumentando, o que representa importante impacto social e econômico[2].

Durante muito tempo quase nada se sabia sobre a doença, as vítimas eram consideradas impuras, associadas à falta de limpeza física e moral, que de acordo com os seus modos, adquiriram uma doença contagiosa[4]. Portanto, às vítimas só restavam passar pelo sofrimento e esperar pela morte. Mas os avanços tecnológicos, no que se referem a tratamento e prevenção, possibilitam além de maior durabilidade de vida, a melhor qualidade de vida[5].

O CA de mama está em primeiro lugar, entre os cânceres que atingem as mulheres e segundo lugar entre a população em geral no mundo, perdendo somente para o Câncer de Pulmão[6]. Devido as taxas elevadas de acometimento e mortalidade, o CA de mama é um dos tumores mais temido pelas mulheres, pois além dos transtornos da doença, ocorre efeitos psicológicos negativos que afetam a percepção da sexualidade e a própria imagem corporal[7].

De acordo com os dados da organização mundial de Saúde, ocorrem por ano mais de 1.50.00 (um milhão e cinqüenta mil) casos novos de CA de mama no mundo[8]. Em 2016, segundo a

CONNECTION
REVISTA ELETRÔNICA DO UNIVAG LINE
ISSN 1980-7341

estimativa do DATASUS são esperados 57.960 casos novos de CA de mama no Brasil, com o risco estimado de 56,20 casos a cada 100.000 mulheres. No estado de Mato grosso é de 710 a cada 100.000 mulheres, sendo que Cuiabá a capital do estado, apresenta 430casos novos por ano[9].

As causas de CA de mama ainda são desconhecidas, porém os fatores de riscos estão bem esclarecidos, entre eles: o histórico familiar, idade tardia na primeira gravidez, menarca precoce, menopausa tardia, anticoncepcionais, novos hábitos alimentares e nuliparidade[7.] As únicas formas de evitar são ter hábitos alimentares saudáveis, pratica de atividade física e realização de exames periódicos como: o auto-exame das mamas, mamografia e ultrassonografia[10].

De acordo com a Sociedade Americana de Câncer, os tipos de lesões mamárias mais frequentes são o carcinoma ductal In situ (CDIS) e o carcinoma lobular In situ (CLIS), sendo que o CDIS é considerado pré-invasivos representado por 20% de casos novos, e o CLIS localiza-se nas glândulas produtoras de leite[11]. O carcinoma ductal invasivo e carcinoma lobular invasivo correspondem ao próprio câncer, assim como o nome já diz, a lesão rompe as barreiras invadindo novos tecidos[12,13].

Comumente, é necessário o procedimento cirúrgico para remoção das células malignas, e o tipo de cirurgia respeita o tipo de lesão mamária, tumorectomia (remove apenas o tumor), quadrantectomia (remove um quadrante da mama), mastectomia total (remove toda a mama incluindo os linfonodos axilares) e mastectomia radical modificada (consiste além da remoção da mama e esvaziamento axilar, a retirada também do peitoral maior e as vezes o peitoral menor)[14].

Dentre os tratamentos não-cirurgicos, destacam-se: a quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia; utilizadas como neoadjuvantes, para cirurgias mais conservadoras ou como adjuvantes, realizados após a cirurgia[15]. Já a fisioterapia está incluída nos métodos de tratamento, para reabilitação física pré e pós operatório, com o objetivo de prevenir e recuperar algumas complicações físicas como, linfedemas, redução da amplitude de movimento (ADM) de ombro e cotovelo, fraqueza muscular, alterações de sensibilidade e rigidez, promovendo melhor desempenho das AVDs (atividades de vida diária)[16].

Baseado na alta prevalência de CA de mama em mulheres brasileiras e no alto índice cirúrgico como forma de tratamento, o objetivo do presente estudo está em identificar a prevalência de câncer de mama, e cirurgias realizadas com frequência, em mulheres atendidas no setor de oncologia da Santa Casa-Cuiabá/MT no ano de 2011.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional e descritivo e retrospectivo, realizado no centro de Oncologia da Santa Casa de Cuiabá MT, no período de janeiro a julho de 2017. Este estudo foi submetido e aprovado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE:65957916.4.0000.5692), de acordo

ISSN 1980-7341

com a determinação do parecer 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Devido à impossibilidade de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todas as mulheres, para a salvaguarda de seus direitos das voluntárias além de que os dados serão coletados mediante autorização do responsável pelo Centro Oncológico do Hospital Santa Casa, através do termo de Autorização para Utilização e Manuseio de Dados. Os critérios de inclusão foram: mulheres diagnósticas com câncer de mama (CID50) e tratadas cirurgicamente, no ano de 2011 e excluídas aquelas menores de 18 anos, e as que vieram a falecer.

Os dados foram coletados a partir do prontuário das pacientes que passaram pelo setor de atendimento oncológico no ano de 2011, em busca das seguintes variáveis: tipo histológico
- carcinoma ductal invasivo, carcinoma lobular in situ, doença de Paget e outros), Tratamento realizado (tipo de cirurgia e quimioterapia.), A presente pesquisa não ofereceu riscos diretos aos sujeitos da pesquisa considerando não haver danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do sujeito, já que a pesquisa decorre de dados secundários (prontuários). Porém, afim de minimizar quaisquer danos secundários, a privacidade e integridade dos dados foram mantidos em sigilo e anonimato, codificando o nome do sujeito e da instituição.

Para análise estatística, os dados coletados foram digitados em planilha do programa Microsoft Excel, descritos através de médias, desvio-padrão e frequências absolutas (n) e relativas (%).

RESULTADOS

Foram incluídas na pesquisa 47 mulheres com idade média de 52.04±16.94 anos.

Os dados de caracterização geral apontam que, das mulheres em tratamento de Câncer de Mama estudadas, cerca de 89,3% apresentam como diagnóstico o Câncer do tipo Ductal Infiltrante/Invasivo, seguido respectivamente do tipo Lobular Infiltrante(6,3%) e o do tipo Papilar correspondente a (4,2%). (Figura 1)

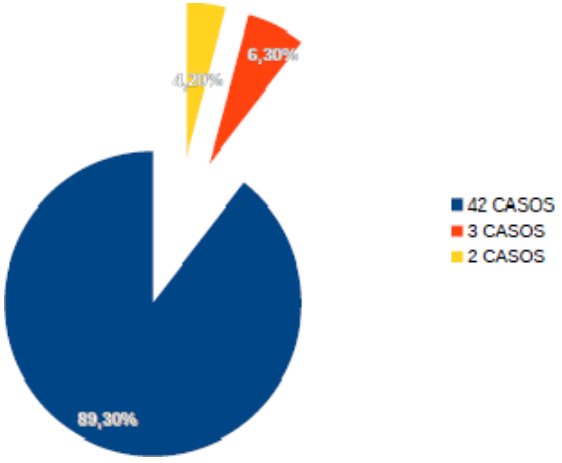


Figura 1 Caracterização do tipo de Câncer de mama entre as mulheres

CONNECTION
REVISTA ELETRÔNICA DO UNIVAG LINE
ISSN 1980-7341

Nesta pesquisa foi evidenciado que o tipo de cirurgia de maior predomínio foi a Quadrantectomia com Linfonodectomia, representando 42,5% dos casos, seguido de Mastectomia Total (14,8%), Quadrantectomia (12,7%), Mastectomia e Linfonodectomia (10,6%), Adenomastectomia (4,2%), Quimioterapia sem cirurgia (4,2%) sendo que as demais cirurgias como Linfonodectomia, Tumorectomia representaram a porcentagem correspondente a 2,1%. (Figura 2)

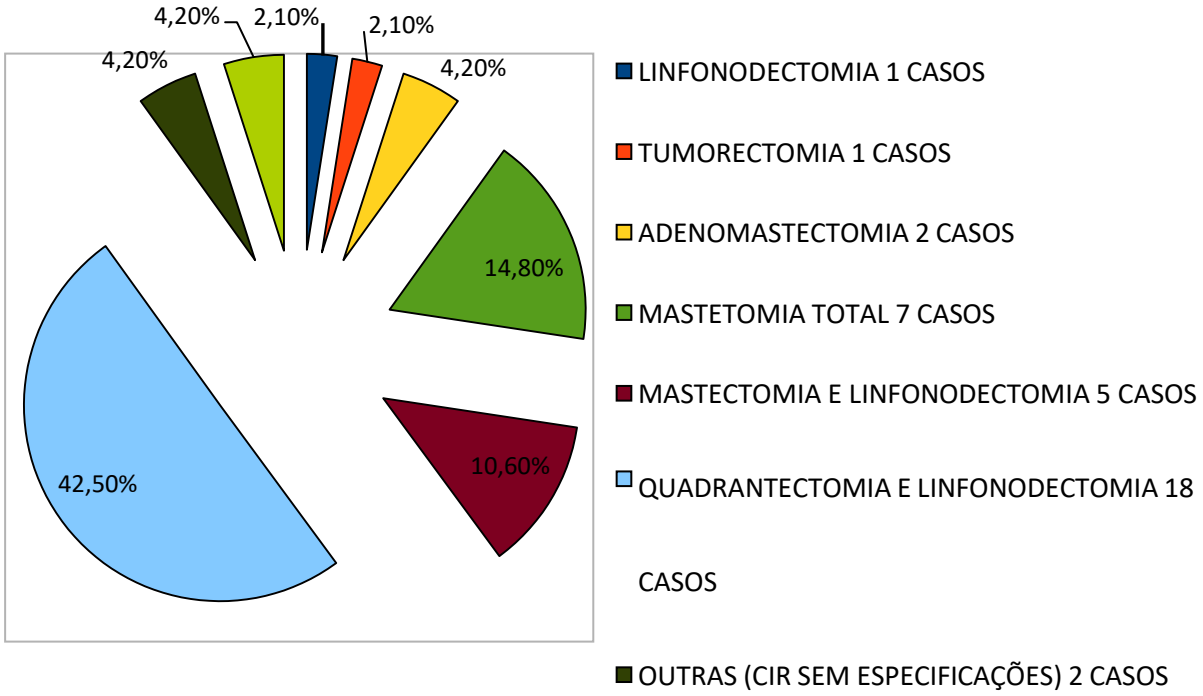
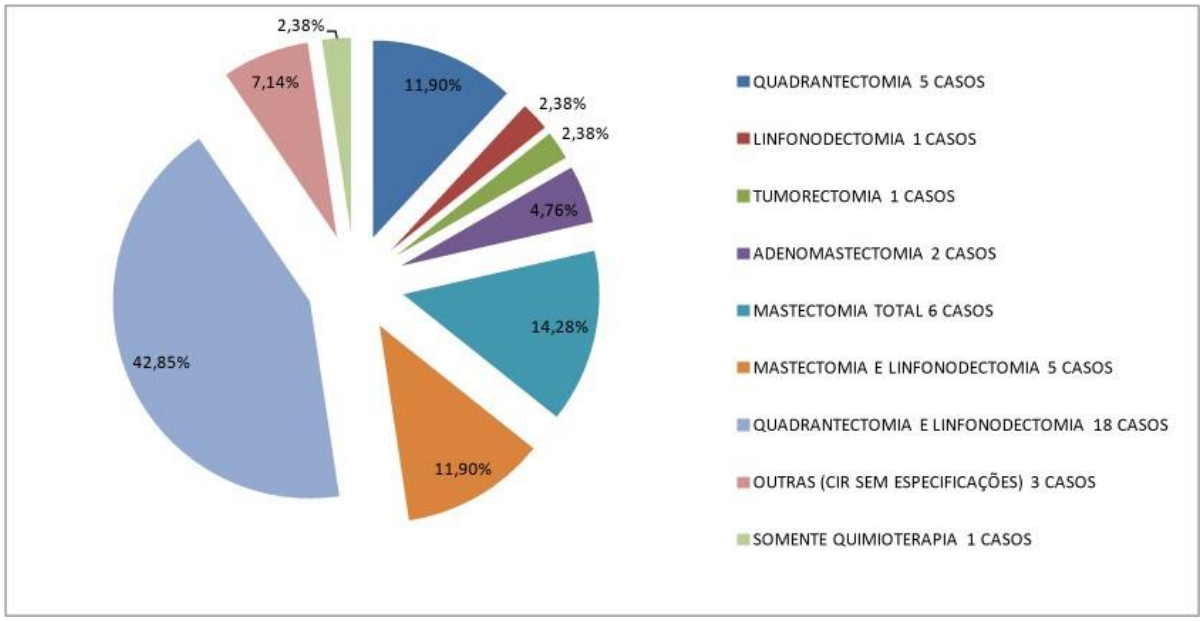


Figura 2. Cirurgias realizadas entre as mulheres da pesquisa.

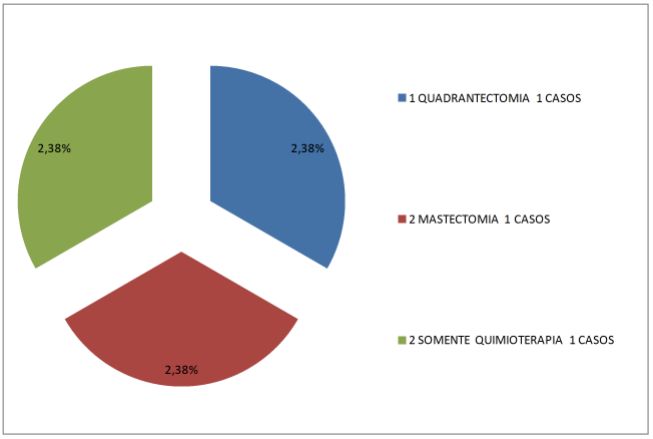
Na divisão dos tipos de cirurgias, foi evidenciado os seguintes tratamentos, em relação ao ductal invasivo, quadrantectomia associada a linfonodectomia (42,85%), mastectomia (14,28%), mastectomia associada a linfonodectomia (11,9%), quadrantectomia (11,9%), cirurgias sem especificações (7,14%), adenomastectomia (4,76%), qumioterapia sem cirurgia (2,38%), linfonodectomia (2,38%), tumorectomia (2.38%). Já o lobular infiltrante foi encontrado três tipos de tratamentos, quadrantectomia (2,38%), quimioterapia (2,38%) e mastectomia (2,38%). O tipo papilar apresentou somente a quadrantectomia associada alinfonodectomia (4,76%).

CONNECTION
REVISTA ELETRÔNICA DO UNIVAG LINE
ISSN 1980-7341

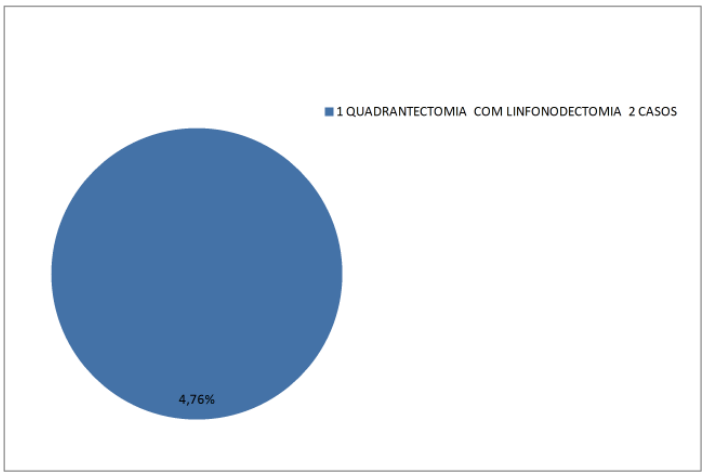
Ductal Infiltrante/invasivo



Carcinoma Lobular Infiltrante



Carcinoma Papilar



CONNECTION LINE
REVISTA ELETRÔNICA DO UNIVAG
ISSN 1980-7341

DISCUSSÃO

O principal tipo de Câncer de mama encontrado no presente estudo é o Ductal Infiltrante/Invasivo. De acordo com o INCA (2015)[17] este é o tipo mais comum de câncer de mama, representando cerca de 80% deles, seu início é em um ducto de leite, que então rompe sua parede e avança até que se espalha, em metástase, para outras partes do organismo pelo sistema linfático ou circulatório[17].

Ressalta-se, na pesquisa, seu caráter hegemônico, com uma prevalência de 89,3%, acima da média relatada pelo INCA (2015) e com um distanciamento bastante expressivo do segundo tumor mais prevalente neste grupo pesquisado, que é o Lobular Infiltrante, com 6,3%. Este tipo de tumor por iniciar-se nos lobos produtores de leite, pode disseminar-se para outras partes do organismo, o que dificulta ser detectado na mamografia (INCA, 2015) e a literatura traz sua prevalência de 10% entre as mulheres[17.]

Dos três tipos de tumores com maior incidência nesta pesquisa, o que apresentou menor prevalência foi o do tipo Papilar, com 4,2%, mais frequente do que a média geral para a doença, em relação aos dados apresentados pelo INCA (2015), que apresenta o carcinoma papilífero constituinte de 1% a 2% dos carcinomas mamários e caracteriza-se por uma arquitetura papilar do componente invasor e do intraductal[17].

Em relação aos procedimentos cirúrgicos para a retirada dos tumores, o mais frequente, na pesquisa realizada, foi a Quadrantectomia somada a Linfonodectomia, com 42,5% do total de procedimentos cirúrgicos realizados.

De acordo com Bezerra et al (2016), em estudo realizado com 78 mulheres com câncer de mama, cerca de 33,4% realizaram a Quadrantectomia, sendo que 100% destas mulheres também foram submetidas à Linfonodectomia. Dados que corroboram com a maior prevalência deste tratamento no presente estudo[18]. O estudo realizado por Dias (2005) com 72 mulheres com câncer de mama, que apresentam resultados semelhantes ao considerar que 33,33% das mulheres foram submetidas à Quadrantectomia e à Linfonodectomia concomitante[19].

Quadrantectomia é a retirada do CA de mama, com margem de tecido sadio ao redor da lesão, geralmente reservada à pacientes com tumores menores que 3cm, mas eventualmente tumores maiores podem ser tratados com a quadrantectomia, especialmente quando a paciente tem a mama volumosa.[17] Pacientes com tumores volumosos podem realizar quimioterapia antes da cirurgia, com objetivo de diminuir o tamanho do tumor e possibilitar a preservação da mama. As complicações mais comuns da quadrantectomia são o seroma (acúmulo de líquido), a infecção do local da cirurgia e o sangramento (INCA, 2015)[17]

Linfonodectomia é a retirada dos linfonodos da axila, realizada em pacientes com evidência de

ISSN 1980-7341

metástase axilar ou naqueles pacientes em que o linfonodo sentinela foi positivo. Seu objetivo é o estadiamento da paciente e ajudar no controle regional da doença. Suas complicações mais comuns são o seroma, a infecção local e hematoma. (INCA, 2015)[17].

No estudo de Bezerra, et al (2016), a Mastectomia total apresentou um índice de 8,33%[18], inferior ao demonstrado no presente estudo (14,8%), enquanto, na pesquisa de Dias (2005), este índice foi 5,55%[19].

Neste trabalho obteve-se ainda um resultado de 4,2% de tratamentos apenas com a quimioterapia. De acordo com Pinheiro (2013), o principal objetivo da quimioterapia é eliminar efetivamente as células cancerígenas, contudo, neste tipo de tratamento, as drogas aplicadas não possuem a capacidade de distinguir as células malignas das sadias. Em função disto, este tratamento apresenta efeitos colaterais diversos, que podem ser temporários ou permanentes[20].

Segundo Pinheiro (2013), em pesquisa com 12.960 mulheres com câncer de mama, apenas 4,3% dos tratamentos foram realizados somente com quimioterapia, especialmente se os tumores estiverem nos estádios I e II, a partir do estádio III, não operável, este índice decai para 1,7%[20]. Este índice é bastante semelhante ao encontrado nesta pesquisa (4,2%).

CONCLUSÃO

O CA de mama do tipo Ductal Infiltrante/Invasivo é mais prevalente entre as mulheres atendidas no setor de oncologia da Santa Casa de Cuiabá, constatando que o tipo de cirurgia mais predominante no mesmo, foi a quadrantectomia com linfonodectomia, no tipo Lobular Infiltrante verificou-se semelhanças no tratamento, quadrantectomia, mastectomia e quimioterapia sem cirurgia. Já o tumor de menor incidência, dentre os três principais detectados na pesquisa, foi o Papilar constando apenas um tipo de tratamento.

CONNECTION LINE
REVISTA ELETRÔNICA DO UNIVAG
ISSN 1980-7341

REFERÊNCIAS

1. DRUMMOND, M. F; MASON, A. R. **European perspective on the costs and cost-effectivenessof cancer therapies**. J ClinOncol. 2007 Jan 10;25(2):191-5.
2. BITTENCOURT, R. SCALETZKY, A. BOEHL, JAR. **Perfil epidemiológico do câncer na rede pública emPorto Alegre** – RS, Revista Brasileira de Cancerologia 2004; 50(2): 95-101
3. Ministério da saúde, instituto nacional do câncer/conprev secretaria de estado da saúde/fundação oncocentro de São Paulo, secretaria municipal da saúde / pro-aim faculdade de saúde pública da universidade de são paulo departamento de epidemiologia. Registros de câncer no Brasil e sua História; São Paulo- SP, 2005.
4. TAVARES, J. S. C. TRAD, L. A. B. **Metáforas e significados do câncer de mama perspectiva de cinco famílias afetadas**; Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21 (2): 426-435, mar-abr, 2005.
5. OLIVEIRA, R. A. e**volução científica e tecnológica e a ética do médico.** J Vasc. Br 2006; 5(1): 1-2.
6. GUERRA, M. R. GALLO, C. V. M. MENDONÇA, G. A. S. **Risco de câncer no Brasil:** tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. Revista Brasileira de Cancerologia 2005; 51(3): 227-234.
7. ARAUJO, P. SILVA Riul, S. **Câncer de mama:** fatores de risco e detecção precoce, Rev. bras. enferm. vol.64 no.6 Brasília Nov./Dec. 2011. Acessado emwww.scielo.com
8. Ministério da saúde: **Controle de Câncer de mama**; documento de consenso, Abril de 2004.
9. DATASUS- Estimativa/2016.
10. Ministério da saúde; **Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2015.
11. **American câncer society:** Câncer de seno, acessado em www.cancer.org, 2008.
12. STOMPER, PC.CONNOLLY,JL. **Ductal Carcinoma In Situ of the breast:** correlation betweenmammographic calcification and subtype. Jan. 1992
13. DESTOUNIS, S. V. MURPHY, P. F. SEIFERT, P. J. SOMERVILLE, P. A. **Management of patientsdiagnosid**: with lobular carcinoma IN situ at needle core biopsy at a communitybased out patient facility – febr. 2012.
14. DONCATTO, L. F; ASCOLI, T. A. C; DIAS, E. S. **Tratamento Cirúrgico e Reconstrutivo do Câncer de Mama Bilateral:** Relato de caso e revisão bibliográfica: arquivo catarinense de

CONNECTION
REVISTA ELETRÔNICA DO UNIVAG LINE
ISSN 1980-7341

Medicina Vol.36 Supl. 01-2007.

15. TEZZI, D. G. **Cirurgia conservadora no câncer de mama:** acessado no scielo.com. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2007; 29 (8):428-34
16. LEAL, N. F. B. S; DIAS, L. A. R; CARRARA, H. H. A; FERREIRA, C. H. J. **Linfedema pós câncer de mama:** Comparação de duas técnicas Fisioterapêutica – estudo piloto. Fisioter. mov. Vol 24 nº4, Curitiba oct/dec . 2011- acessado em scielo.com
17. INCA – InstitutoNacional do Câncer. Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro. 2015
18. BEZERRA, A. L. R; BEZERRA, M. C. M; ALBUQUERQUE, L. P. C. M; AGUIAR, L. S. M. P; PEIXOTO, J. **Avaliação clínico-epidemiológica de pacientes portadoras de sarcoma de mama na cidade do Recife**. Revista Brasileira de Mastologia Vol.26, Número 3, 2016.
19. DIAS, M. Tese de mestrado. **Impacto das cirurgias para tratamento de câncer de mama**. Universidade Federal de Santa Catarina UFSC, 2005.
20. PINHEIRO, A. B; LAUTER, D. S; MEDEIROS, G. C; CARDOZO, I. R MENEZES, L. M; SOUZA, R. M. B; ABRAHAO, L; BERGMANN, A; THULER, L. C. S. **Câncer de Mama em mulheres jovens**. Artigo Universidade Federal de Minas Gerais UFMG, 2014.