



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA**

DANIELLE NASCIMENTO SOBREIRA

**ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA E CLÍNICA DOS CASOS DE CÂNCER DE MAMA
NUMA UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE ONCOLÓGICA**

CAMPINA GRANDE-PB

2021

DANIELLE NASCIMENTO SOBREIRA

**ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA E CLÍNICA DOS CASOS DE CÂNCER DE MAMA
NUMA UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE ONCOLÓGICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento do curso de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Área de concentração: Cancerologia.

Orientador: Profa. Dra. Railda Shelsea Taveira Rocha do Nascimento

Coorientador: Profa. Dra. Jussara Carneiro Costa

CAMPINA GRANDE-PB

2021

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S677a Sobreira, Danielle Nascimento.

Análise epidemiológica e clínica dos casos de câncer de mama numa unidade de assistência de alta complexidade oncológica [manuscrito] / Danielle Nascimento Sobreira. - 2021.

35 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2021.

"Orientação : Profa. Dra. Raílda Shelsea Taveira Rocha do Nascimento, Departamento de Fisioterapia - CCBS."

1. Câncer de mama. 2. Epidemiologia. 3. Registros hospitalares. I. Título

21. ed. CDD 616.994 49

DANIELLE NASCIMENTO SOBREIRA

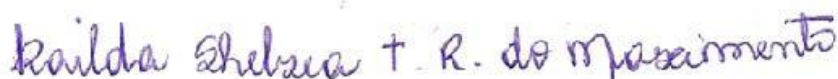
**ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA E CLÍNICA DOS CASOS DE CÂNCER DE MAMA
NUMA UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE ONCOLÓGICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento do curso de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

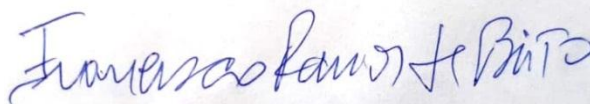
Área de concentração: Cancerologia.

Aprovada em: 05/10/2021.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Railda Shelsea Taveira Rocha do Nascimento (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Esp. Francisco Ramos de Brito
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Ma. Rosalba Maria dos Santos
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

AGRADECIMENTOS

Agradeço acima de tudo a Deus, pela perseverança e força que me concedeu e concede, me permitindo nunca baixar a cabeça perante as dificuldades.

A meus pais, Clodoaldo e Sônia, pela dedicação e esforço que sempre tiveram para comigo, e por acreditarem que o conhecimento e educação podem mudar o mundo. A meus irmãos, Dayane, Daniel e Diana, por deixarem meus dias mais leves e por toda a compreensão.

À minha orientadora, professora e amiga Railda Shelsea, por me apresentar o rico universo da oncologia, por todo acolhimento e conhecimento compartilhado durante meu processo acadêmico e na vida, assim como ao LCTS, por toda troca e saberes.

À Victor Esteves, por toda compreensão e ajuda, e por sempre acreditar no meu processo, assim como aos amigos e, logo mais, colegas de profissão: Igor Diniz, Willianne da Costa, Marina Mattos, Erica Silva e Willyane Guedes, pelas risadas, preocupações e empatia compartilhadas durante o curso.

RESUMO

O câncer de mama (CID-O C50) provém da proliferação maligna das células epiteliais que envolvem os ductos e lóbulos mamários. É o tipo oncológico mais incidente a nível mundial, com exceção dos tumores de pele não melanoma, ocupando a quinta posição de causas de mortalidade por neoplasias no mundo. Dentre seus fatores de risco, destacam-se a idade acima de 50 anos, aspectos relativos à vida reprodutiva da mulher e fatores genéticos. O estudo objetivou analisar os aspectos epidemiológicos e clínicos dos casos de câncer de mama no ano de 2015 numa Unidade de Assistência de Alta Complexidade Oncológica na Paraíba, tratando-se de um estudo epidemiológico do tipo retrospectivo, transversal, descritivo com abordagem quali-quantitativa. A amostra foi composta por 220 pacientes diagnosticados com câncer de mama e cadastrados no Sistema de Registro Hospitalar de Câncer (RHC) do hospital da FAP, no ano de 2015. Como resultado, se observou que os aspectos epidemiológicos que prevaleceram nos pacientes foram: faixa etária de 43 a 52 anos (30,91%), pertencimento na sua maioria à 16ª região de saúde da Paraíba (117 pacientes), gênero feminino (216 pacientes) e residência em zona urbana (174 pacientes). Em relação aos aspectos clínicos, terapêuticos e sobrevida, se observou predominância da quimioterapia como terapêutica mais utilizada de modo isolado e/ou combinado (68,61%), estadiamentos em nível II e III (ambos com 34,37%), CID-O C50.9 mais presente (99,1%), uma sobrevida prevalente de 6 anos (73,64%) e um percentual de óbito relativamente baixo (26,82%). Os dados permitiram obter uma análise das características epidemiológicas e clínicas inerentes aos pacientes diagnosticados com câncer de mama, contribuindo para o planejamento e ações direcionadas à prevenção e o manejo da doença, com consequente implementação de políticas públicas de saúde.

Palavras-chave: Câncer de mama. Epidemiologia. Registros Hospitalares de Câncer.

ABSTRACT

Breast cancer (ICD-O C50) arises from the malignant proliferation of epithelial cells which enfold the breast ducts and lobules. It is the most incident oncological type worldwide, with the exception of non-melanoma skin tumors, occupying the fifth position of causes of mortality from cancer in the world. Among its risk factors, the ones which stand out the most are age above 50 years, aspects related to the woman's reproductive life and genetic factors. The study aimed to analyze the epidemiological and clinical aspects of breast cancer cases in 2015 in a High Complexity Oncology Care Unit in Paraíba, by means of a retrospective, cross-sectional, descriptive study with a qualiquantitative approach. The sample consisted of 220 patients diagnosed with breast cancer and registered in the Hospital Cancer Registry System (RHC) of the FAP hospital in 2015. As a result, it was observed that the epidemiological aspects which prevailed in the patients were: range aged from 43 to 52 years (30.91%), mostly belonging to the 16th health region of Paraíba (117 patients), female (216 patients) and living in an urban area (174 patients). Regarding clinical, therapeutic and survival aspects, there was a predominance of chemotherapy as the most used therapy isolated and/or combined (68.61%), staging II and III (both with 34.37%), ICD- The most frequent C50.9 (99.1%), a prevalent 6-year survival (73.64%) and a relatively low percentage of death (26.82%). The data allowed us to obtain an analysis of the epidemiological and clinical characteristics inherent to patients diagnosed with breast cancer, contributing to the planning and actions aimed at preventing and managing the disease, with the consequent implementation of public health policies.

Keywords: Breast cancer. Epidemiology. Hospital Cancer Records.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Quantitativo dos casos de câncer de mama (CID-O C50), diagnosticados e cadastrados na base de dados do RHC do Hospital da FAP, no ano de 2015 (N=220)	20
Tabela 2 – Quantitativo dos casos de câncer de mama (CID-O C50), por região de saúde da Paraíba e sua divisão segundo o gênero e o local de residência (N=220)	21
Tabela 3 – Aspectos clínicos, terapêuticos e sobrevida dos casos de câncer de mama (CID-O C50), diagnosticados e cadastrados na base de dados do RHC do Hospital da FAP, no ano de 2015, (N=220)	25

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	08
2	OBJETIVOS	10
2.1	Objetivo geral	10
2.2	Objetivos específicos	10
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	11
3.1	Câncer de mama	11
3.2	Registros Hospitalares de Câncer	16
4	METODOLOGIA	17
4.1	Tipo de pesquisa	17
4.2	Local de realização da pesquisa	17
4.3	População e amostra	17
4.4	Critério de inclusão	17
4.5	Critério de exclusão	18
4.6	Instrumento de coleta de dados	18
4.7	Procedimentos de coleta e análise de dados	18
4.8	Aspectos éticos	18
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	20
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
	REFERÊNCIAS	30
	APÊNDICE A – FICHA DE COLETA DE DADOS	35

1 INTRODUÇÃO

Genericamente, câncer é o nome dado a um agrupamento de mais de cem doenças. Sua capacidade de se desenvolver nas diversas células do corpo justifica a gama de neoplasias existentes. Dentre outros aspectos, possui potencial de invasão de tecidos circundantes e capacidade de realizar metástase; autossuficiência nos sinais de crescimento e capacidade de evadir dos mecanismos do organismo para sua destruição. O aumento da sua disseminação ao longo dos tempos o configura atualmente como um problema de saúde pública (KUMAR; ABBAS; ASTER, 2016).

O câncer manifesta-se por meio de um processo de múltiplos estágios, onde geralmente há progressão de uma lesão pré-cancerosa para um tumor maligno. Essas mudanças surgem da interação entre fatores genéticos pessoais e agentes externos, que incluem carcinógenos físicos, químicos e biológicos. É reconhecida a influência que fatores relativos ao estilo de vida têm no desenvolvimento neoplásico, assim como a susceptibilidade genética, que pode alterar de modo considerável o risco de exposições ambientais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

Fazem parte da prevenção primária do câncer a não exposição à carcinógenos e a promoção de comportamento saudável. Principalmente em tumores que têm maior relação com fatores ambientais, a prevenção primária é a melhor estratégia para reduzir drasticamente suas incidências. Por sua vez, a prevenção secundária diz respeito à detecção e tratamento precoces do câncer, sendo essencial nas neoplasias nos quais há uma grande proporção de mutações de genes drivers ligados a eventos genéticos casuais (PELOSI; CASTELLI; TESTA, 2019).

Cerca de 19,3 milhões de novos casos e 10 milhões de mortes por câncer “incluindo o câncer de pele não melanoma em ambas” ocorreram em todo o mundo em 2020. É configurado como uma das principais causas de morte, sendo uma barreira notável para o aumento da expectativa de vida em todos os países do mundo (SUNG et al, 2021; BRAY et al, 2021).

A incidência dos cânceres passa por modificações ao longo do tempo, estando relacionados aos Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) dos países, como observado naqueles em desenvolvimento, onde nota-se uma redução dos

casos ocasionados por infecções e aumento daqueles relacionados às melhorias socioeconômicas e ao processo de urbanização (BRAY et al, 2018).

O câncer de mama, sem considerar os tumores de pele não melanoma, tornou-se, em 2020, o mais incidente a nível mundial, acometendo 2,26 milhões de pessoas, o que compreendeu 11,7% de todos os casos de câncer. É o tipo mais incidente entre as mulheres, seguido pelo câncer colorretal e de pulmão, ocupando a quinta posição de causas de mortalidade por neoplasias no mundo (SUNG et al, 2021).

São estimados para o Brasil, de acordo com o INCA (2019), 66.280 casos novos de câncer de mama, para cada ano do triênio 2020-2022, correspondendo a um risco de 61,61 casos novos a cada 100 mil mulheres. Comparando com a estimativa anterior do INCA (2017), onde foram previstos 59.700 casos novos de câncer de mama para cada ano do biênio 2018-2019, se observa um aumento de casos referente a esse tipo oncológico para os próximos anos.

Nessa perspectiva epidemiológica, um dos recursos utilizados na vigilância do câncer é por meio dos Registros Hospitalares de Câncer, se caracterizando como centros de coleta de informações dos pacientes com diagnóstico confirmado de câncer, atendidos no hospital onde receberam diagnóstico e/ou tratamento. Permite a avaliação dos parâmetros clínicos e assistenciais, oferecendo informações valiosas que contribuem mutualmente para o paciente e para o gerenciamento hospitalar, além de uma rica contribuição em pesquisas oncológicas (INCA, 2012).

A partir da necessidade e importância do monitoramento das condições de saúde da população, esta pesquisa se justifica pela relevância da temática abordada, uma vez que o conhecimento de aspectos clínicos e epidemiológicos da população com câncer de mama contribui para a definição de políticas públicas, visando melhorias na sua prevenção, tratamento e consequente melhora na sua sobrevivência, em vista da alta incidência dessa neoplasia a nível mundial.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar os aspectos epidemiológicos e clínicos dos casos de câncer de mama no ano de 2015 numa Unidade de Assistência de Alta Complexidade Oncológica na Paraíba.

2.2 Objetivos específicos

- Quantificar os casos de câncer de mama cadastrados no RHC do Hospital da FAP no ano de 2015;
- Analisar os aspectos epidemiológicos dos casos diagnosticados com câncer de mama cadastrados no RHC do Hospital da FAP no ano de 2015;
- Analisar os aspectos clínicos dos casos diagnosticados com câncer de mama cadastrados no RHC do Hospital da FAP no ano de 2015;
- Produzir indicadores para planejamento e efetivação de ações voltadas à prevenção e manejo da doença.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Câncer de mama

As mamas são órgãos glandulares pares, sujeitos a estímulos neuro-hormonais e destinados primordialmente à secreção do leite. São glândulas sudoríparas, altamente modificadas e especializadas. Sua superfície cutânea pode ser dividida em região periférica, areolar e papilar. Em um aspecto clínico, cirúrgico e radiológico, a mama é dividida em quadrantes, sendo eles: quadrante superior interno e externo, quadrante inferior interno e quadrante inferior externo (GIL; SALIBA; SILVA, 2018).

O câncer mamário provém da proliferação maligna das células epiteliais que envolvem os ductos e lóbulos da mama. Entre os fatores de risco, destaca-se a idade como um dos mais importantes. Aspectos relativos à vida reprodutiva da mulher, como menarca precoce e nuliparidade, assim como fatores genéticos, como mutações nos genes BRCA, elevam a chance do desenvolvimento da doença antes dos 70 anos de idade. Os fatores protetores seriam a amamentação, prática de atividade física, alimentação saudável e manutenção do peso corporal (MORAES, 2016).

Ainda segundo Moraes (2016), a incidência desse tipo oncológico aumenta rapidamente até os 50 anos, posteriormente essa elevação ocorre mais lentamente e é atribuído ao início da menopausa. Aponta-se que a agressividade dos tumores está relacionada à presença de receptores de estrogênio (RE) positivos ou negativos.

Depois de diagnosticadas, as mulheres vivenciam momentos de intensa angústia, sofrimento e ansiedade, principalmente por ser uma doença estigmatizada na sociedade. Além disso, no decorrer do tratamento, elas sofrem perdas físicas e financeiras, assim como diferentes sintomatologias, como sentimento de perda, autoimagem prejudicada e medo da morte, sendo preciso adaptações constantes nos diferentes âmbitos da sua vida (LAGO et al, 2015).

No Brasil, estima-se que o câncer de mama será responsável por 29,7% dos acometimentos cancerígenos nas mulheres, de 2020-2022, seguido do câncer de pele não melanoma (29,5%), cólon e reto (9,2%), colo do útero (7,4%) e pulmão (5,6%). Com exceção dos tumores de pele não melanoma, o câncer de mama

feminina ocupa a primeira posição mais frequente em todas as regiões brasileiras (INCA, 2019).

No Nordeste, este tipo oncológico compreende um risco estimado de 44,29 novos casos para cada 100 mil pessoas, equivalendo a 27,3% dos casos de câncer femininos, com exceção do câncer de pele não melanoma. Percebe-se uma divergência em relação à estimativa antecedente INCA (2017), em que, para o biênio 2018-2019, foram estimados 20,3%. Diferença também notada no estado da Paraíba, onde se estimou 42,32 casos novos por 100 mil habitantes para 2018-2019, e para o triênio 2020-2022 se observa uma estimativa de 52,93/100 mil habitantes.

Tratando-se da detecção precoce do câncer de mama, suas estratégias compreendem o rastreamento e o diagnóstico precoce. O diagnóstico precoce está relacionado à identificação e à instrução às mulheres e profissionais de saúde sobre os sinais e sintomas iniciais da doença, oferecendo subsídios para acesso aos serviços de saúde, assim como o informe sobre a importância de se conhecer o próprio corpo, realizando eventualmente a autopalpação (FULLER; LEE; ELMORE, 2015; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Por sua vez, o rastreamento é aplicado objetivando identificar possíveis alterações sugestivas de CA de mama sem a presença de sinais e sintomas, e seu consequente encaminhamento para confirmação diagnóstica. Compreende a realização da mamografia, sendo recomendada segundo o Ministério da Saúde (2015), com periodicidade bienal, em mulheres com idade entre 50 e 59 anos, assim como naquelas com idade entre 60 e 69 anos.

Em relação ao autoexame da mama, não é recomendado seu ensino como método de rastreamento pelo MS, pela ausência de evidências relacionadas à redução de mortalidade, à sua padronização e a presença de resultados falso-positivos. Quanto ao exame clínico das mamas, houve abstenção relacionada à sua recomendação no rastreamento, pela incerteza quanto a sua eficácia.

Fuller, Lee e Elmore (2015) destacam que a realização de ressonância magnética como exame complementar ou isolado é indicada nos casos em que há mutações nos genes BRCA, nos que apresentam risco de desenvolver o câncer mamário ao longo da vida de mais de 20%, ao existir forte histórico familiar de CA de mama ou de ovário e nos casos que se encontram em tratamento radiológico para linfoma de Hodgkin. A ultrassonografia, por sua vez, é uma opção para as mulheres

que possuem mamas densas, uma vez que tendem a reduzir a sensibilidade da mamografia.

Referente ao diagnóstico desse tipo oncológico, inicia-se com uma anamnese bem feita, buscando informações sobre possíveis fatores de risco e sintomatologias. Deve ser realizado exame físico detalhado, compreendendo inspeção e palpação bimanual das mamas e linfonodos regionais, exames de imagem, para que se avalie a necessidade de uma biópsia, com consequente análise histopatológica (AGUIAR JÚNIOR; BATISTA, 2016).

No câncer de mama, as biópsias por punção com agulha grossa (core biópsia ou mamotomia) são as mais utilizadas; é um método simples, realizado em lesões palpáveis e não palpáveis, sendo dirigidas, nessa última, por um exame de imagem. Fornece material que propiciam a avaliação histopatológica e imunohistoquímica do tumor. A punção aspirativa com agulha fina (PAAF) é utilizada na avaliação do linfonodo axilar, e, por sua vez, a biópsia cirúrgica só é indicada quando não é possível a realização por meio das agulhas (AGUIAR JÚNIOR; BATISTA, 2016).

Os biomarcadores amplamente validados para prática clínica de rotina são os receptores hormonais de estrogênio e progesterona e HER2. A avaliação rotineira desses três marcadores está indicada em todos os casos de câncer de mama através do método de imunohistoquímica (GOBBI, 2012).

Alguns exames complementares são indicados para esse tipo de câncer, sendo úteis para a compreensão do grau de envolvimento neoplásico avaliado, assim como nas decisões de tratamento a serem escolhidas. Em estádios precoces, se destacam a radiografia de tórax, ultrassonografia de abdome e pelve, cintilografia óssea, DHL – Desidrogenase Láctica e FA – Fosfatase Alcalina. E em estádios avançados, a Tomografia Computadorizada de tórax, abdome e pelve e PET-CT – Tomografia Computadorizada por Emissão de Pósitrons (SMALETZ; ANDRADE, 2016).

Conforme a classificação da OMS, os carcinomas da mama se dividem em 19 subtipos principais diferentes, abrangendo os invasivos de nenhum tipo especial ou não especificado, compreendendo cerca de 70-75% dos casos, os lobulares com 10-14% dos casos, e outros carcinomas de tipo especial, incluindo 17 histotipos raros diferentes e suas subclassificações (GOBBI, 2012).

O carcinoma de “nenhum tipo especial” não se relaciona em um histotipo específico. Alguns dos tipos especiais como o tubular, cribiforme e mucinoso, se

forem pelo menos 90% puros, ou seja, sem histologia mista ou <10% de outro subtipo, apresentam um bom prognóstico. Por sua vez, alguns como o lobular pleiomórfico, metaplásico de alto grau e micropapilar, são relativos a uma pior evolução clínica. Outro caso especial é o inflamatório, sendo raro e agressivo, definido por células malignas bloqueando os vasos linfáticos da pele e mama (GOBBI, 2012; HARBECK et al, 2019).

Relacionado ao estadiamento das neoplasias mamárias, o sistema mais amplamente utilizado é o TNM. Este sistema fornece informações sobre a extensão do câncer no local primário “tumor ou T”, nos linfonodos regionais “linfonodos ou N” e disseminação para locais metastáticos distantes “metástases ou M”. T, N e M são combinados para criar cinco estádios, de 0 a IV, que sintetizam as informações sobre a extensão da doença regional (tamanho do tumor, invasão da pele ou da parede torácica e envolvimento nodal) e metástases para locais distantes (HARBECK et al, 2019).

Existem os estadiamentos anatômico, clínico-prognóstico e patológico-prognóstico. O anatômico acompanha os estádios com as características TNM, por sua vez, os prognósticos apresentam, além dessas características, o grau histológico do tumor, sendo Gx, G1, G2 ou G3, a condição dos receptores hormonais (RE e RP), e o status de HER2. Diferentemente do anatômico, os prognósticos necessitam de condições mais elaboradas para sua formulação, como exames de biomarcadores (BARRIOS et al, 2021; AMERICAN CANCER SOCIETY, 2021).

As alternativas terapêuticas voltadas ao câncer de mama abrangem a cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia, terapia-alvo, além da imunoterapia. Comumente, as terapias sugeridas relacionam duas ou mais abordagens, analisando o estadiamento da doença e os aspectos individuais clínicos e psicológicos, almejando a obtenção de uma melhor qualidade de vida para o paciente após o tratamento (NOGUEIRA et al, 2010).

Do ponto de vista locorreional, as terapêuticas consistem na cirurgia e na radioterapia. A mastectomia radical se refere à remoção de todo o tecido mamário, dos músculos peitorais e gânglios linfáticos axilares, atualmente esse método não é comumente utilizado, e vem sendo substituído por outras cirurgias com maior preservação mamária, que são as cirurgias conservadoras da mama (CCM),

compreendendo dentre outras, a tumorectomia, a segmentectomia e a quadrantectomia (ABBOUD, 2015).

A radioterapia propicia uma dose precisa de radiação a um volume tumoral com o menor dano possível aos tecidos saudáveis. As CCM têm indicação direta de radioterapia adjuvante para eliminação de células remanescentes na região mamária, axilar e parede torácica. Pode ser indicada, em alguns casos pós-mastectomia, caso o tumor antes da cirurgia fosse maior que 5 cm, crescendo em tecidos próximos ou se encontrava presente na região linfonodal. Além disso, pode ser indicada de maneira paliativa, aliviando sintomatologias metastáticas (BOSTOCK; BRYAN, 2016).

A quimioterapia é uma terapia sistêmica, possuindo toxicidade para células cancerígenas e sadias do organismo. Seu uso adjuvante, após a cirurgia definitiva, é geralmente recomendado para pacientes com alto risco de recidiva. São indicações para esse tipo de tratamento, os tumores ER-, PR-, HER2-negativo, aqueles com maior tamanho e com linfonodos positivos. A decisão de usar quimioterapia deve ser baseada em um equilíbrio do benefício potencial de sobrevida com as comorbidades do paciente, assim como o risco de complicações (MCDONALD et al, 2016).

A hormonioterapia é utilizada quando os tumores apresentam receptores hormonais positivos (RH+), ou seja, quando contêm receptores que se ligam a estrogênio e progesterona, que conseqüentemente os ajudam a expandir-se. Pode ser utilizada de modo neoadjuvante, adjuvante e em doença metastática. Dentre as substâncias utilizadas, as principais são as SERM – moduladores seletivos de receptores de estrogênio, e os inibidores da aromatase (MCDONALD et al, 2016).

A terapia-alvo funciona de modo seletivo, atacando alvos moleculares específicos nas células cancerosas ou nas células próximas, que normalmente as ajudam a crescer. Pode ser citado o medicamento trastuzumabe, que é um anticorpo monoclonal produzido para bloquear o receptor de membrana HER-2, sendo indicado para tratamento recidivo ou metastático em pacientes que superexpressam essa proteína (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2019; RODRIGUES et al, 2016).

Por sua vez, a imunoterapia, que é uma área em desenvolvimento contra o câncer de mama, faz uso de drogas que estimulam o sistema imunológico a reconhecer e destruir as células cancerosas de forma mais eficaz. Como exemplo, podemos citar os inibidores de checkpoint, que tratam alguns tipos de câncer de mama, particularmente o subtipo triplo negativo, ajudando a restaurar a resposta

imunológica às células da neoplasia mamária (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2019).

3.2 Registros Hospitalares de Câncer

Investigar a situação do câncer em uma população se faz imprescindível para a saúde pública e para o controle da doença. Através de estimativas confiáveis, podemos ter uma ampla imagem da variação das neoplasias entre áreas geográficas e entre estratos populacionais, informando e colaborando para o desenvolvimento de estratégias e para o manejo dessa condição (ELLIS et al, 2014).

De acordo com o INCA (2010), os RHCs têm o propósito de atender as necessidades da administração hospitalar, do controle do câncer nele imposto, e, sobretudo, dos pacientes, a partir do qual se permite conhecer seu perfil, o estado que chegou ao hospital e os recursos usados no diagnóstico, tratamento e sua consequente supervisão.

Andrade et al (2012, p. 360) evidencia que “para a gestão gerencial e assistencial de um serviço ou hospital especializado em oncologia é de extrema importância conhecer o perfil epidemiológico e clínico de sua população”. Assim, a implantação de uma base de dados fundamentada e confiável se faz necessária.

Nesse contexto, a portaria nº 3535/GM, publicada em 1998, torna obrigatório o funcionamento do RHC nos centros de atendimento oncológicos, e em 2005, a Política Nacional de Atenção Oncológica efetiva os RHCs nos serviços de alta complexidade em oncologia de modo parametrizado. A política também estabelece que os dados devam ser anualmente encaminhados ao Instituto Nacional de Câncer, que deverá publicá-los e divulgá-los de forma organizada e analítica (INCA, 2010).

Desse modo, a coleta, análise e os relatos dos registros de câncer tornam-se indispensáveis, fornecendo um modelo bem elaborado para os diferentes aspectos oncológicos (KUTLUK et al, 2013).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de pesquisa

Estudo epidemiológico do tipo retrospectivo, transversal e descritivo com abordagem qualiquantitativa.

O estudo epidemiológico analisa a ocorrência e distribuição de eventos relacionados com a saúde das populações, incluindo os fatores determinantes e a aplicação desse conhecimento para controlar problemas de saúde (PORTA, 2008).

4.2 Local de realização da pesquisa

A pesquisa foi executada no Centro de Cancerologia Dr. Ulisses Pinto, pertencente ao Hospital Fundação Assistencial da Paraíba – FAP. Foram utilizados o setor de informática, ao qual dispõe da base de dados dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC) e o Laboratório de Ciências e Tecnologia em Saúde (LCTS).

4.3 População e amostra

Constituiu a população os pacientes diagnosticados com câncer de mama atendidos no Centro de Cancerologia Dr. Ulisses Pinto do Hospital Fundação Assistencial da Paraíba – FAP, cadastrados nos Registros Hospitalares de Câncer (RHC), onde dentre estes, integraram a amostra 220 prontuários de pacientes, referentes ao ano de 2015.

4.4 Critérios de inclusão

Foram incluídos na pesquisa os prontuários dos pacientes com diagnóstico de câncer de mama, sem distinção de idade, que realizaram algum tipo de procedimento relacionado à neoplasia no ano de 2015, no Centro de Cancerologia Dr. Ulisses Pinto do Hospital Fundação Assistencial da Paraíba – FAP.

4.5 Critérios de exclusão

Não fizeram parte da pesquisa os prontuários que indicavam diagnóstico de neoplasias benignas e demais neoplasias malignas cadastrados no RHC do Centro de Cancerologia da FAP no ano de 2015.

4.6 Instrumento de coleta de dados

Foi elaborado um instrumento específico para a coleta, agregando informações com variáveis determinadas, adequado com base no formulário padrão do Sistema de Registros Hospitalares de Câncer (RHC) do Centro de Cancerologia Dr. Ulisses Pinto do Hospital Fundação Assistencial da Paraíba – FAP.

4.7 Procedimentos de coleta e análise de dados

Inicialmente foram detectados os prontuários dos pacientes com diagnóstico de câncer de mama no arquivo do RHC do Hospital da FAP, em seguida, foram filtrados àqueles condizentes ao ano de 2015 e posteriormente foi efetivada a coleta dos dados.

Após a seleção dos prontuários, correspondentes ao ano de 2015, foram apurados os dados de 220 pacientes diagnosticados com neoplasias de mama. A tabulação dos dados ocorreu utilizando variáveis epidemiológicas com ênfase em aspectos demográficos e variáveis clínicas, que foram: faixa etária, gênero, regiões de saúde da Paraíba que os pacientes procediam, residência em zona urbana e zona rural, CID-O, estadiamento, tratamentos isolados e combinados utilizados, óbito e sobrevida. Posteriormente, os dados foram repassados para uma planilha do programa Excel e revisado por pares, objetivando a realização de uma análise comparativa e correção, para que a quantificação fosse consumada.

4.8 Aspectos éticos

O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, CAEE: 53245415.1.0000.5187, seguindo as diretrizes e normas aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, através da

Resolução número 466, de 12 de dezembro de 2012. A pesquisa em pauta é parte integrante do projeto “Retrato epidemiológico do câncer na Paraíba”.

O pesquisador responsável assinou a Declaração de Concordância com o Projeto e Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável, se responsabilizando em preservar a privacidade dos usuários cujos dados foram coletados, assegurando que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução da pesquisa em questão e divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa, após assinatura do Termo de Compromisso para Coleta de Dados em Arquivo.

O Hospital Fundação Assistencial da Paraíba (FAP) disponibilizou a Autorização Institucional e a Autorização Institucional para Uso e Coleta de Dados em Arquivos, estando ciente da realização da pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A seguir serão apresentados os resultados e análises dos aspectos epidemiológicos e clínicos dos casos diagnosticados com câncer de mama cadastrados no RHC do Hospital da FAP no ano de 2015.

Na tabela 1, é possível observar o quantitativo dos casos de câncer de mama (CID-O C50), diagnosticados e cadastrados na base de dados do RHC do Hospital da FAP, no ano de 2015, distribuído por faixa etária.

Ao observá-la, evidencia-se que a faixa etária predominante foi de pacientes que apresentaram idade entre 43 e 52 anos (30,91%), seguida pela faixa etária de 53 a 62 anos de idade (24,54%). O paciente de menor idade foi diagnosticado aos 23 anos e o de maior idade aos 85, onde se observa uma redução gradativa nos casos com idade acima dos 60 anos.

Tabela 1 – Quantitativo dos casos de câncer de mama (CID-O C50), diagnosticados e cadastrados na base de dados do RHC do Hospital da FAP, no ano de 2015 (N=220)

Faixa Etária	N	Percentual (%)
23 ----32	4	1,82%
33 ----42	22	10%
43 ----52	68	30,91%
53 ----62	54	24,54%
63 ----72	48	21,82%
73 ----82	22	10%
83 -----	2	0,91%

Fonte: Dados da Pesquisa (2021)

A idade é um dos principais fatores de risco atrelados ao câncer de mama, em que o aumento da sua prevalência está ligado diretamente com o aumento da idade, como constatado pelo resultado dessa pesquisa, onde apenas 1,82% dos casos foram em pacientes com idade entre 23 e 32 anos, aumentando gradualmente a partir dos 40 anos. Este fato pode ser justificado pelo diagnóstico tardio da doença, juntamente à elevação da exposição a fatores de riscos ligados à neoplasia mamária ao longo dos anos (ANDRADE et al, 2015).

A análise retrospectiva de Castillo, González e Domínguez (2018) apresentou resultados semelhantes aos do presente estudo, apontando um aumento gradativo dos casos diagnosticados com a doença a partir dos 30 anos, com maior número de casos apurados entre os 45 e 49 anos.

O estudo de Farina et al (2017) também corrobora com os achados dessa pesquisa, onde pacientes diagnosticados até os 30 anos compreenderam 3% dos casos; 32,1% dos casos foram diagnosticados na faixa etária de 41 a 50 anos, e 31,7% na faixa etária de 51 a 60 anos, havendo redução dos percentuais em idades acima dessa faixa etária, como nesse estudo.

Os diagnósticos tardios de pacientes refletem a necessidade de aprimorar as fases de rastreamento em nível primário, realizando consultas e submetendo-se a mamografias de acordo com as faixas etárias preconizadas.

Na tabela 2, se evidencia o quantitativo dos casos de câncer de mama (CID-O C50), por região de saúde da Paraíba e sua divisão segundo o gênero e o local de residência.

Constata-se que os pacientes pertencentes à 16ª região de saúde da Paraíba foram os que se encontraram em maior quantitativo, com 117 pacientes. Dos 220 pacientes da amostra, 174 são advindos da zona urbana, dentre os quais 172 são do gênero feminino e 2 do gênero masculino. Por sua vez, 46 pacientes são da zona rural, sendo 44 do gênero feminino e 2 do gênero masculino.

Tabela 2 – Quantitativo dos casos de câncer de mama (CID-O C50), por região de saúde da Paraíba e sua divisão segundo o gênero e o local de residência (N=220)

Região de Saúde da Paraíba	N	ZONA URBANA		ZONA RURAL	
		F	M	F	M
2ª	4	3	0	1	0
3ª	25	15	0	10	0
4ª	21	16	1	4	0
5ª	18	10	0	6	2
6ª	11	7	0	4	0
9ª	1	1	0	0	0
12ª	5	4	0	1	0
13ª	2	2	0	0	0
15ª	16	10	0	6	0
16ª	117	104	1	12	0
Total	220	172	2	44	2

Fonte: Dados da Pesquisa (2021)

Considerando a região de saúde originária dos pacientes diagnosticados, observa-se um maior número naquelas onde os municípios se encontravam em localidades mais privilegiadas no que concerne ao acesso aos serviços de saúde. Na 16ª região de saúde, a que obteve maior quantitativo de pacientes, observa-se

também que há uma discrepância quanto à residência dos pacientes, onde 105 pacientes de um total de 117, independente do gênero, eram originados da zona urbana e apenas 12, independente do gênero, provinham da zona rural. Esses aspectos constataam a influência vinda do local que o paciente reside, onde, a depender, haverá mais ou menos acessos aos serviços de saúde, repercutindo diretamente desde o diagnóstico até o prognóstico da doença.

De modo geral, nesse estudo, houve prevalência de pacientes que residiam na zona urbana, em concordância com o estudo de Beltrán e Martínez (2019), no qual 50,9% da sua amostra habitavam na zona urbana.

As alterações vindas com a migração para os centros urbanos, como as relativas aos aspectos reprodutivos, estilo de vida mais estressante, má alimentação e ausência de atividades físicas estão ligadas a um maior risco de desenvolver o câncer de mama. Por sua vez, estudos demonstram que residir em zona rural, associado a possuir uma baixa renda, se apresenta como fatores de risco para essa neoplasia, podendo estar associado ao menor acesso a cuidados ligados tanto a prevenção quanto ao tratamento desse tipo de câncer e a informações relativas à saúde (INUMARU et al, 2012; ANDRADE et al, 2015).

A população rural também tende a ser mais atingida à contaminação por agrotóxicos que a população urbana, vindos principalmente da prática da agricultura, onde se observa o uso de uma diversidade de compostos químicos que possivelmente se relacionam ao desenvolvimento de diferentes cânceres, como o de mama (DUTRA et al, 2020).

Da amostra, se pode observar que apenas uma pequena parcela de pacientes era do gênero masculino. O câncer de mama no homem é considerado raro, representando 0,5-1% dos casos dessa doença. Sua baixa incidência está associada à quantidade relativamente baixa de tecido mamário agregado à diferença em seu ambiente hormonal, no entanto, os fatores que levam às alterações malignas são semelhantes aos das mulheres (YALAZA; INAN; BOZER, 2016).

O câncer de mama masculino também está correlacionado a uma procura mais tardia de atendimento médico, o que repercute em diagnósticos mais tardios da doença (CARVALHO NETO; NUNES; PEREIRA, 2019).

Apesar dos dados dessa pesquisa estar em congruência com a maioria dos estudos relativos a neoplasias de mama no que diz respeito ao gênero, tratar de dados relativos a essa variável no âmbito oncológico torna-se delicado, uma vez que

as informações presentes podem não condizer com a realidade do paciente, visto que este pode ser biologicamente do sexo feminino e seu gênero ser masculino ou pode ser biologicamente do sexo masculino e seu gênero ser feminino, além de outras particularidades de cada um.

Os aspectos epidemiológicos e clínicos de pacientes são constantemente coletados nos registros relacionados ao câncer. Por outro lado, a obtenção de informações ligadas às questões de identidade de gênero e orientação sexual não são padrão e não dispõem de um espaço apropriado como indicador nos registros, formulários ou prontuários oncológicos. As populações das Minorias Sexuais e de Gênero (MSG), dessa maneira, não foram identificadas ao longo do tempo para determinar as taxas de surgimento de novos casos de câncer, sendo reconhecida assim, a necessidade de uma monitorização imediata e cuidadosa desses indivíduos (HUDSON et al, 2017).

O termo Minorias Sexuais e de Gênero (MSG), segundo o The National Institute of Health Sexual and Gender Minority Research Office (s/d), “abrange as populações de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros, bem como aquelas cuja orientação sexual, identidade e expressões de gênero ou desenvolvimento reprodutivo variam das normas tradicionais, sociais, culturais ou fisiológicas”.

Os indivíduos que se enquadram nesse grupo enfrentam consideráveis desigualdades relativas ao câncer. Tendem a buscar menos o rastreamento, experimentam diferentes barreiras de ordem estrutural, cognitivo e social, envolvidos em questões como o próprio medo do preconceito e rejeição e pela heteronormatividade vigente (HUDSON et al, 2017).

Quando as informações sobre orientação sexual e identidade de gênero são colhidas, estas tendem a serem colocadas em campos abertos dos prontuários ou anotadas como um dado avulso nos registros de câncer, pela ausência da existência de um indicador apropriado para esses quesitos. Logo, a coleta de dados em campo aberto também restringe a capacidade da instituição de consultar e verificar essas informações para garantias de qualidade ou melhorias (WHELDON et al, 2018).

Ainda segundo o mesmo autor, essa falta de coleta rotineira e automatizada suprime o uso das informações em casos de vincular os pacientes a serviços apropriados, além disso, os dados podem não chegar prontamente aos demais integrantes da equipe prestadora de cuidados e dos serviços usados pelos

indivíduos, alertando-os sobre o status do paciente, para que assim se evite suposições feitas sobre gênero ou identidade sexual.

A Sociedade Americana de Oncologia Clínica (ASCO) traz, dentre suas recomendações, a exigência da coleta de rotina, assim como relatórios públicos de dados de pesquisa sobre indicadores que têm influência sobre os resultados do câncer, dentre os quais se destacam a orientação sexual e identidade de gênero, para que haja, assim, promoção da equidade na saúde (PATEL et al, 2020).

Dessa maneira, a necessidade da coleta de dados desse público de modo sistemático e confiável através de um indicador próprio se mostra extremamente necessário, para que, a partir disso, as questões ligadas ao câncer nessa população sub-representada possam ser avaliadas e utilizadas, objetivando, dentre outros benefícios, uma melhor assistência prestada. Além disso, será responsável por uma melhor completude dos dados em pesquisas do âmbito oncológico.

A tabela 3 refere-se aos aspectos clínicos, terapêuticos e sobrevida dos casos de câncer de mama (CID-O C50), diagnosticados e cadastrados na base de dados do RHC do Hospital da FAP no ano de 2015.

Em relação ao CID-O, se pode observar que os tumores em sua maioria, 99,1%, foram classificados como C50.9 – neoplasia maligna da mama sem especificação. Apenas um (1) caso, 0,45%, foi classificado como C50.4 – neoplasia maligna do quadrante superior externo da mama, e um (1) caso, 0,45%, como C50.8 – neoplasia maligna da mama com lesão invasiva. Os estadiamentos com maior percentual foram o II e III, ambos com 34,37%, seguido pelo estágio I, com 20,31%.

Nos tratamentos utilizados de modo isolado, houve predominância da quimioterapia (QT), com 32,85%, seguido pela radioterapia (RTx), com 21,90%. No que tange aos tratamentos combinados, a cirurgia e a quimioterapia juntas, representaram 14,60% das terapêuticas utilizadas, em seguida, destaca-se o uso da cirurgia, quimioterapia e hormônio terapia em consonância, com 8,03%. No geral, de modo isolado e combinado, a quimioterapia esteve presente em 68,61% dos casos; os procedimentos cirúrgicos em 32,11%; a radioterapia em 29,93% e a hormonioterapia em 20,44%.

Da amostra, um total de 26,82% chegou a óbito. O maior percentual, 73,64%, apresentaram sobrevida de 6 anos, sendo configurados como pacientes curados. 5,91% apresentaram sobrevida de 1 ano, e 5,45% de 2 anos. 4,55% apresentaram, igualmente, sobrevida de 3 e 4 anos, e um menor percentual, de 2,27%, de 5 anos.

Tabela 3 – Aspectos clínicos, terapêuticos e sobrevida dos casos de câncer de mama (CID-O C50), diagnosticados e cadastrados na base de dados do RHC do Hospital da FAP, no ano de 2015, (N=220)

CID-O	N	Percentual (%)
C50.4	1	0,45%
C50.8	1	0,45%
C50.9	218	99,1%
Total	220	
Estadiamento		
0	4	6,25%
I	13	20,31%
II	22	34,37%
III	22	34,37%
IV	3	4,69%
Total	64*	
Tratamentos Isolados		
Cirurgia	8	5,84%
Quimioterapia (QT)	45	32,85%
Hormônio Terapia (HTx)	3	2,19%
Radioterapia (RTx)	30	21,90%
Tratamentos Combinados		
Cirurgia + QT	20	14,60%
Cirurgia + RTx	2	1,46%
Cirurgia + QT+ RTx	1	0,73%
Cirurgia + QT + HTx	11	8,03%
Cirurgia + QT + HTx + RTx	2	1,46%
Quimioterapia + HTx	9	6,57%
Quimioterapia + RTx	3	2,19%
Quimioterapia + HTx + RTx	3	2,19%
Total	137*	
Sobrevida		
< 1 ano	8	3,64%
1 ano	13	5,91%
2 anos	12	5,45%
3 anos	10	4,55%
4 anos	10	4,55%
5 anos	5	2,27%
6 anos	162	73,64%
Total	220	
Vivos	161	73,18%
Óbitos	59	26,82%

Fonte: Dados da Pesquisa (2021)

*As diferenças nos totais são consequência da incompletude dos dados colhidos.

De acordo com a literatura, o local mais comumente afetado na mama é o quadrante superior externo, estando ligada a importância do tecido mamário nesse nível (RANAIVOMANANA et al, 2021; SAHRAOUI; KHANCHEL; CHELBI, 2017; NUNES et al, 2012). O estudo de Chan et al (2017) demonstrou que 60,9% das mulheres apresentavam tumor nesse quadrante. Verificou também que esse local

apresentava uma maior área e uma maior densidade mamária quando comparado aos demais quadrantes.

O quadrante superior externo também se correlaciona a um maior envolvimento dos linfonodos axilares, tendo um resultado previsivelmente pior. No entanto, têm a probabilidade de ter o controle cirúrgico mais completo da carga tumoral, onde a dissecação axilar de Nível I e II é um procedimento padrão (CHAND et al, 2020).

Nessa pesquisa, se constatou um pequeno percentual relacionado ao diagnóstico de carcinoma no estágio *in situ*, com os maiores números para aqueles em estágios intermediários e localmente avançados, justificando o maior percentual relativo ao uso de tratamento sistêmico de quimioterapia isolada ou combinada. A apresentação da radioterapia como a segunda terapêutica de modo isolado mais utilizada, pode ser explicada pelo percentual de pacientes no estágio I, sendo um tumor localizado e passível de tratamento menos invasivo.

No estudo de Ramírez-Martínez et al (2015), a quimioterapia adjuvante foi administrada em 65% da sua amostra. Para cada 10 pacientes que receberam quimioterapia, 7 receberam um regime adjuvante e 3 receberam um regime neoadjuvante, estando o uso de quimioterápicos de modo neoadjuvante mais relacionado a um estágio clínico localmente avançado.

A radioterapia tem papel comprovado em carcinomas *in situ*, assim como se verifica menores taxas de recorrência quando utilizada junto com a cirurgia conservadora da mama. Seu papel também é destacado no controle da doença com comprometimento ganglionar local em muitos pacientes com câncer de mama em estágio II de alto risco ou linfonodo positivo e na maioria dos pacientes com câncer de mama em estágio III (MCDONALD et al, 2016).

45 pacientes da amostra submeteram-se a procedimentos cirúrgicos. No que tange às cirurgias mais radicais, suas indicações são nos casos que se encontram em estádios mais avançados, cujo tumor primário possui maiores dimensões, e há presença significativa de comprometimento de linfonodos. As técnicas cirúrgicas conservadoras têm foco em neoplasias com estágios I e II, objetivando uma melhor qualidade de vida das mulheres com essa doença (GONÇALVES et al, 2012).

A não especificação do uso adjuvante ou neoadjuvante das terapêuticas e dos tipos de cirurgias empregadas nessa pesquisa pode ser apontada como uma

limitação, uma vez que essa informação traria mais riqueza de detalhes para o debate dos mesmos.

Azevedo et al (2017) observou em sua pesquisa que o total de óbitos e a taxa de mortalidade por câncer de mama estavam relacionados à elevação da faixa etária, sendo especialmente mais elevadas após os 50 anos de idade, ocorrendo um aumento percentual de 73,7% na faixa etária de 50 a 69 anos.

Por sua vez, no estudo de Sebastião et al (2014), 30,9% das mulheres diagnosticadas com idade inferior a 40 anos foram a óbito. As taxas elevadas de óbito nas faixas etárias mais jovens se devem à falta de ações de rastreamento, assim como a presença de maior densidade nas mamas, interferindo na análise do exame mamográfico. Também contribui a falsa percepção por parte dos profissionais de que não há risco da doença em faixas etárias mais jovens, ignorando possíveis sinais e sintomas iniciais, levando as mesmas a um diagnóstico avançado.

Fayer et al (2016) relaciona a uma melhor sobrevida do câncer de mama pacientes que apresentam características de melhor prognóstico, sendo eles: tumor ≤ 2 cm, ausência de comprometimentos linfonodais, estadiamentos I e II, assim como realização de cirurgia conservadora.

Boada e Báez (2011) constataram uma sobrevida global em dois e cinco anos de 68,4% e 53,2%, respectivamente, e corrobora com os achados do estudo anterior, onde uma melhor sobrevida se relacionou a um diagnóstico precoce (72,3%), tumores ≤ 2 cm e linfonodos negativos (84,3%), além disso, agregou que uma melhor sobrevida é observada quando se realizada cirurgia combinada a outro/outros tratamentos, ao comparar aos pacientes que receberam apenas tratamento neoadjuvante.

Dessa maneira, quando o diagnóstico é feito tardiamente, conseqüentemente o estadiamento se encontra mais avançado, logo, se faz necessária a realização de tratamentos mais radicais e onerosos, aumentando a morbidade, provocando uma pior qualidade de vida, o que se reflete na sobrevida do paciente.

Em suma, os resultados da pesquisa constataram que, apesar do estadiamento se encontrar em sua maioria localmente avançados e utilizar um tratamento sistêmico em maior percentual (logo, mais agressivo), a sobrevida se mostrou com uma boa perspectiva, com sua maioria com prognóstico de cura da doença, ou seja, sobrevida > 5 anos. Esse fator, em parte, pode ser atribuído à faixa

etária de diagnóstico prevalente na amostra, de ser considerada associada a um bom prognóstico.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os aspectos epidemiológicos de pacientes diagnosticados com câncer de mama cadastrados no RHC do Hospital da FAP no ano de 2015 constatou a prevalência de pacientes em faixa etária de 43 a 52 anos, pertencentes à 16ª região de saúde da Paraíba, do gênero feminino, residentes, em sua maioria, na zona urbana.

No que diz respeito à análise dos aspectos clínicos de pacientes diagnosticados com câncer de mama cadastrados no RHC do Hospital da FAP no ano de 2015, se verificou a presença da quimioterapia como terapêutica mais utilizada de modo isolado e/ou combinado, estadiamentos em nível II e III, CID-O C50.9 mais presente, uma sobrevida prevalente de 6 anos e um percentual de óbito relativamente baixo.

A ausência de indicadores relativos à identidade de gênero e orientação sexual foi identificada como um déficit ligado aos Registros Hospitalares de Câncer (RHCs), limitando estudos oncológicos com mais pluralidade e dados mais consistentes voltados a essa população sub-representada.

Os dados permitiram obter uma análise das características epidemiológicas e clínicas inerentes aos pacientes diagnosticados com câncer de mama, contribuindo para o planejamento e ações direcionadas à prevenção e o manejo da doença, com consequente implementação de políticas públicas de saúde.

Salienta-se que os objetivos da pesquisa foram alcançados, porém, vale ressaltar que os resultados da investigação representam apenas uma parcela dos pacientes com câncer de mama atendidos no hospital, pela limitação vinda da delimitação do ano de estudo. Contudo, não diminuindo a importância vinda dessa pesquisa, em virtude da necessidade e atenção crescente relativa a pesquisas ligadas ao câncer de mama, por, dentre outras razões, ser um dos cânceres mais incidentes no mundo.

REFERÊNCIAS

- ABBOUD, Carolina. "The Results of Operations for the Cure of Cancer of the Breast Performed at the Johns Hopkins Hospital from June, 1889, to January, 1894" (1894), by William Stewart Halsted". **Embryo Project Encyclopedia**, Arizona State University, jun. 2017.
- AGUIAR JUNIOR, S.; BATISTA, R. M. S. S. Princípios da cirurgia oncológica. *In*: RODRIGUES, A.B.; MARTIN, L.G.R.; MORAES, M.W. **Oncologia Multiprofissional: Bases para Assistência**. Editora Manole; VitalSource Bookshelf, 2016.
- AMERICAN CANCER SOCIETY. **Breast Cancer Facts & Figures 2019-2020**. Atlanta: American Cancer Society, Inc. 2019.
- AMERICAN CANCER SOCIETY. **Breast Cancer Stages**. Disponível em: <<https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/understanding-a-breast-cancer-diagnosis/stages-of-breast-cancer.html>>. Acesso em: 13 ago. 2021.
- ANDRADE, C. T. [et al]. A importância de uma base de dados na gestão de serviços de saúde. **Einstein**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 360-365, 2012.
- ANDRADE, H. D. R. [et al]. Caracterização sociodemográfica, nutricional e dietética de mulheres com câncer de mama atendidas em hospital público de Minas Gerais. **Nutrire Rev**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 120-128, ago. 2015.
- AZEVEDO, D. B. [et al]. Perfil das mulheres com câncer de mama. **Rev. enferm. UFPE online**, Recife, v. 11, n. 6, p. 2264-2272, jun. 2017.
- BARRIOS, C. H. [et al]. Diretrizes de tratamentos oncológicos recomendados pela Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica. Mama: estadiamento, 2021. Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica, São Paulo, 2021.
- BELTRÁN, J. A. O.; MARTÍNEZ, O. M. V. Perfil clínico epidemiológico de las pacientes con cáncer de mama del Instituto del Cáncer de El Salvador, de agosto a diciembre 2019. 2019. **Tese** (doutorado), San Salvador.
- BOADA, L. B. G. L.; BÁEZ, J. J. L. Supervivencia del cáncer de mama. **Rev. AMC**, Camagüey, v. 15, n. 6, p. 972-981, nov/dic. 2011.
- BOSTOCK, S.; BRYAN, J. Radiotherapy-induced skin reactions: assessment and management. **British Journal of Nursing**, London, v. 25, n. 4, p. 18-24, feb/mar. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro, 2015.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2017.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2019.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Informação dos registros hospitalares de câncer como estratégia de transformação: perfil do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva em 25 anos**. Rio de Janeiro, 2012.

BRASIL, Instituto Nacional de Câncer. **Registros hospitalares de câncer: planejamento e gestão** / Instituto Nacional de Câncer. 2. ed. – Rio de Janeiro: INCA, 2010.

BRAY, F. [et al]. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA Cancer J Clin**, Kennesaw, v. 68, n. 6, p. 394-424, nov. 2018.

BRAY, F. [et al]. The ever-increasing importance of cancer as a leading cause of premature death worldwide. **Cancer**. v. 127, n. 16, p. 3029-3030, jul. 2021.

CARVALHO NETO, A. C.; NUNES, G. P. S.; PEREIRA, H. F. B. E. S. A. Epidemiological and clinical profile of men with breast cancer in Amazonas, Brazil. **Mastology**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 131-135, 2019.

CHAND, P. [et al]. A Study Correlating the Tumor Site and Size with the Level of Axillary Lymph Node Involvement in Breast Cancer. **Niger J Surg**, Mumbai, v. 26, n.1, p. 09-15, jan/jun. 2020.

CHAN, S. [et al]. Evaluation of the association between quantitative mammographic density and breast cancer occurred in different quadrants. **BMC Cancer**, London, v. 17, n. 1, p. 01-11, apr. 2017.

CASTILLO, G. M.; GONZÁLEZ, Y. C.; DOMÍNGUEZ, T. P. A. Tendencias y comportamientos de los datos disponibles sobre el cáncer de mama. **Salud(i)ciência**, Buenos Aires, v. 23, n. 2, p. 43-50, may/jun. 2018.

DUTRA, L. S. Uso de agrotóxicos e mortalidade por câncer em regiões de monoculturas. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 127, p. 1018-1035, out/dez. 2020.

ELLIS, L. [et al]. Cancer incidence, survival and mortality: explaining the concepts. **International Journal of Cancer**. v. 135, n. 8, p.1774-1782, oct. 2014.

FARINA, A. [et al]. Perfil epidemiológico, clínico, anátomo patológico e imunohistoquímico das pacientes com câncer de mama em Cuiabá (MT). **Rev Bras Mastologia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 74-79, 2017.

FAYER, V. A. [et al]. Sobrevida de dez anos e fatores prognósticos para o câncer de mama na região Sudeste do Brasil. **Rev. bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 766-778, out/dez. 2016.

FULLER, M. S.; LEE, C. I.; ELMORE, J. G. Breast Cancer Screening: an Evidence-Based Update. **Med Clin North Am**, Philadelphia, v. 99, n. 3, p. 451-468, may, 2015.

GOBBI, Helenice. Classificação dos tumores da mama: atualização baseada na nova classificação da Organização Mundial da Saúde de 2012. **J Bras Patol Med Lab.**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 6, p. 463-474, dez. 2012.

GONÇALVES, L. L. C. [et al]. Câncer de mama feminino: aspectos clínicos e patológicos dos casos cadastrados de 2005 a 2008 num serviço público de oncologia de Sergipe. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 12, n. 1, p. 47-54, jan/mar. 2012.

GIL, M. L. B. V.; SALIBA, R. C. M. F.; SILVA, H. M. S. Considerações sobre as doenças da mama. *In*: BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada à saúde da mulher**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

HARBECK, N. [et al]. Breast cancer. **Nat Rev Dis Primers**. v. 5, n. 66, p.1-31, sep. 2019.

HUDSON, J. [et al]. Sexual and Gender Minority Issues Across NCCN Guidelines: Results From a National Survey. **J Natl Compr Canc Netw**. v. 15, n. 11, p. 1379-1382, nov. 2017

INUMARU, L. E. [et al]. Risk and Protective Factors for Breast Cancer in Midwest of Brazil. **Journal of Environmental and Public Health**, London, v. 2012, p. 1-9, 2012.

KUMAR, V.; ABBAS, A.; ASTER, J. **Robbins e Cotran – Patologia – Bases Patológicas das Doenças**. Adaptado à realidade brasileira. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

KUTLUK, T. [et al]. Increasing performance of a hospital-based cancer registry: Hacettepe University hospitals experience. **J Buon**. v. 18, n. 4, p.1088-1096, oct/dec, 2013.

LAGO, E. A. [et al]. Sentimento de mulheres mastectomizadas acerca da autoimagem e alterações na vida diária. **Ciência & Saúde**, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, v. 8, n. 1, p. 15-18, jan/abr. 2015.

McDONALD, E. S. [et al]. Clinical Diagnosis and Management of Breast Cancer. **J Nucl Med**, Reston, v. 57, n. 2, p. 9-16, feb. 2016.

MORAES, Márcia Wanderley de. Epidemiologia do câncer. *In*: RODRIGUES, A. B.; MARTIN, L. G. R.; MORAES, M. W. **Oncologia Multiprofissional: Bases para Assistência**. Editora Manole; VitalSource Bookshelf, 2016.

NOGUEIRA, E. A. [et al]. Alterações Sensitivas, Tratamento Cirúrgico do Câncer de Mama e Nervo Intercostobraquial: Revisão da Literatura. **Rev. Bras. Cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 1, p. 85-91, mar. 2010.

NUNES, B. A. P. [et al]. Perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com câncer de mama em Campos dos Goytacazes (RJ), Brasil. **Rev Bras Mastologia**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 117-123, 2012.

PATEL, M. I. [et al]. Cancer Disparities and Health Equity: A Policy Statement From the American Society of Clinical Oncology. **Journal of Clinical Oncology**, Alexandria, v. 38 n. 29, p. 3439- 3448, oct. 2020.

PELOSI, E.; CASTELLI, G., TESTA, U. Understanding mechanisms of cancer initiation and development supports the need for an implementation of primary and secondary cancer prevention. **Ann Ist Super Sanità.** v. 55, n. 4, p. 371-379, oct/dec. 2019.

PORTA, M. **A dictionary of epidemiology.** 5. ed. New York: Oxford University Press, 2008.

RAMÍREZ-MARTÍNEZ, C. M. [et al]. Descripción clínica, anatomopatológica y de tratamiento de pacientes con cáncer de mama em una unidad de mastología de la ciudad de Medellín, Colombia. 2006- 2013. **CES MEDICINA**, Colombia, v. 29, n. 2, p. 181-190, jul/dic. 2015.

RANAIVOMANANA, M. [et al]. Aspects épidémio-cliniques des cancers du sein au Service d'Oncologie de Fianarantsoa, Madagascar de 2011 a 2018. **Pan Afr Med J.**, Nairobi, v. 38, n. 264, mar. 2021.

RODRIGUES, A. B. [et al]. Terapia Biológica. *In*: RODRIGUES, A. B.; MARTIN, L. G. R.; MORAES, M. W. **Oncologia Multiprofissional: Bases para Assistência.** Editora Manole; VitalSource Bookshelf, 2016.

SAHRAOUI, G.; KHANCHEL F.; CHELBI, E. Profil anatomopathologique du cancer du sein dans le cap bon tunisien. **Pan Afr Med J.**, Nairobi, v. 26, n. 11, jan. 2017.

SEBASTIÃO, C. K. [et al]. Mortalidade por câncer de mama em mulheres com idade inferior a 40 anos. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 19, n. 3, p. 459-464, Jul/Set. 2014

SMALETZ, Ó.; ANDRADE, T. A. Estadiamento das neoplasias. *In*: RODRIGUES, A. B.; MARTIN, L. G. R.; MORAES, M. W. **Oncologia Multiprofissional: Bases para Assistência.** Editora Manole; VitalSource Bookshelf, 2016.

SUNG, H. [et al]. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. **CA Cancer J Clin.**, v. 71, n. 3, p. 209-249, may/june, 2021.

THE NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH SEXUAL AND GENDER MINORITY RESEARCH OFFICE. **About The Sexual & Gender Minority Research Office.** Disponível em: <<https://dpcpsi.nih.gov/sgmro>>. Acesso em: 06 ago. 2021.

WHELDON, C. W. [et al]. Culturally Competent Care for Sexual and Gender Minority Patients at National Cancer Institute-Designated Comprehensive Cancer Centers. **LGBT Health**. v.5, n. 3, p. 203-211, Apr. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer**. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>>. Acesso em: 04 ago. 2021.

YALAZA, M.; INAN, A.; BOZER, M. Male Breast Cancer. **J Breast Health**. v. 12, n. 1, p. 1-8, 2016.



APÊNDICE A – FICHA DE COLETA DE DADOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
LABORATÓRIO DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA EM SAÚDE



<p>N° DO PRONTURÁRIO: _____</p> <p>NOME DO PACIENTE: _____</p> <p>N° CPF: _____ GÊNERO: () F () M</p> <p>IDADE: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____</p> <p>ENDEREÇO DO PACIENTE: _____</p> <p>N°: _____ BAIRRO: _____ CEP: _____</p> <p>CÓDIGO DO IBGE/MUNICÍPIO: _____</p> <p>REGIÃO DE SAÚDE DA PB: _____</p> <p>CID-O: _____ ESTÁDIO CLÍNICO: () 0 () I () II () III () IV</p> <p>TRATAMENTO (S): () CIRURGIA () QT () HTx () RTx</p> <p>ÓBITO: () SIM, DATA: ____/____/____ () NÃO</p>
<p>N° DO PRONTURÁRIO: _____</p> <p>NOME DO PACIENTE: _____</p> <p>N° CPF: _____ GÊNERO: () F () M</p> <p>IDADE: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____</p> <p>ENDEREÇO DO PACIENTE: _____</p> <p>N°: _____ BAIRRO: _____ CEP: _____</p> <p>CÓDIGO DO IBGE/MUNICÍPIO: _____</p> <p>REGIÃO DE SAÚDE DA PB: _____</p> <p>CID-O: _____ ESTÁDIO CLÍNICO: () 0 () I () II () III () IV</p> <p>TRATAMENTO (S): () CIRURGIA () QT () HTx () RTx</p> <p>ÓBITO: () SIM, DATA: ____/____/____ () NÃO</p>
<p>N° DO PRONTURÁRIO: _____</p> <p>NOME DO PACIENTE: _____</p> <p>N° CPF: _____ GÊNERO: () F () M</p> <p>IDADE: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____</p> <p>ENDEREÇO DO PACIENTE: _____</p> <p>N°: _____ BAIRRO: _____ CEP: _____</p> <p>CÓDIGO DO IBGE/MUNICÍPIO: _____</p> <p>REGIÃO DE SAÚDE DA PB: _____</p> <p>CID-O: _____ ESTÁDIO CLÍNICO: () 0 () I () II () III () IV</p> <p>TRATAMENTO (S): () CIRURGIA () QT () HTx () RTx</p> <p>ÓBITO: () SIM, DATA: ____/____/____ () NÃO</p>