



FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE
PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA (PIC)

**AVALIAÇÃO DO PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES
PORTADORAS DE CÂNCER DE MAMA SUBMETIDAS À RECONSTRUÇÃO
MAMÁRIA NO IMIP.**

**EVALUATION OF THE CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF
PATIENTS WITH BREAST CANCER SUBMITTED TO BREAST
RECONSTRUCTION AT IMIP.**

Artigo apresentado enquanto relatório final ao
Programa Institucional de Iniciação Científica
PIC/FPS - 2020/2022

Autora principal: Maria Fernanda de Lima Veloso.

Colaboradores:

Maria Eduarda Cavalcanti de Siqueira.

Rebeca Fernandes Sant'Anna Pires.

Orientadora: Jurema Telles de Oliveira Lima.

Co-orientadoras:

Bárbara Maria Lafayette Viana da Luz.

Josene Ferreira Carvalho.

Mirella Raquel Romão Martins.

Isabel Cristina Areia Lopes Pereira

RECIFE, PE
2022

AUTORES:

Autor principal:

Maria Fernanda de Lima Veloso

Graduanda do 9º período do curso de medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).
RG: 2008.499.151.2 CPF: 071.882.073-80. Endereço: Rua Pedro Paes Mendonça, 200 - apto. 801, Boa Viagem, Recife-PE. Telefone: (81) 994420039. E-mail: mariiafernandaveloso@gmail.com

Colaboradores:

Maria Eduarda Cavalcanti de Siqueira

Graduanda do 12º período do curso de medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).
RG: 8.000.001 CPF: 117.700.394-57. Endereço: Rua Demócrito de Souza Filho, 477 - apto. 902, Madalena, Recife-PE. Telefone: (81) 99776-4221. E-mail: eduardacsiqueira@hotmail.com.

Rebeca Fernandes Sant'Anna Pires

Graduanda do 12º período do curso de medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).
RG: 5.768.980 CPF: 067.160.184-92. Endereço: Rua Deputado Cunha Rabelo, 40 - apto. 201, Várzea, Recife-PE. Telefone: (81) 99716-0603. E-mail: rebecafsapires@gmail.com.

Co-orientadoras:

Bárbara Maria Lafayette Viana da Luz

Graduação pela Universidade Federal de Pernambuco (2009), Residência em Clínica Médica no Hospital Barão de Lucena e Residente em Oncologia Clínica no IMIP. Atua como Oncologista Clínica no IMIP, Hospital Barão de Lucena e NeOH Oncologia Dor e é preceptora da Residência de Clínica Médica e Oncologia Clínica. Telefone (81) 99468-7435. E-mail: babi.lafayette@gmail.com

Josene Ferreira Carvalho

Psicóloga e preceptora do setor de Oncologia e Cuidados Paliativos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira-IMIP. Psicóloga clínica e hospitalar na Rede DOr São Luiz-NeoH Oncologia DOr. Doutoranda em Psicologia Cognitiva pela UFPE. Mestra em Psicologia Cognitiva-UFPE, tema de dissertação: Processos imaginativos de paciente oncológica sobre cuidados paliativos. Especialização em Psicologia Hospitalar: Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso com ênfase em cuidados paliativos pelo IMIP. Graduação em Psicologia-UFPE. Telefone: (81) 99924-9599. E-mail: josene.carvalho@ufpe.br

Isabel Cristina Areia Lopes Pereira

Graduada em Medicina pela Universidade Federal de Pernambuco (1985) e Mestrado em Saúde Materno Infantil pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira(2012). Atualmente é Diretora médica do Realmama -Real Hospital Português de Beneficência em Pernambuco e Coordena o Centro de Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama IMIP / Instituto AVON.Coordena o ensino de Mastologia para alunos de graduação em Medicina da Faculdade Pernambucana de Medicina e dos médicos residentes em Ginecologia-Obstetrícia, Cirurgia Plástica, Cirurgia Geral oncológica e Mastologia. Telefone: (81) 99194-2299. E-mail: isabelmma1099@gmail.com.

Orientadora:**Jurema Telles de Oliveira Lima**

Graduação em Medicina pela Universidade de Pernambuco (1995). Mestre em ciências médicas pela UPE. Doutorado em oncologia INCA/IMIP (2017). Título de Especialista em Cancerologia Clínica pela AMB/SBC. Especialista em Bioética pela Universidade do Porto, Portugal. Coordenadora do serviço de Oncologia do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, tutora da faculdade Pernambucana de Saúde, Vice-coordenadora do mestrado profissional associada a residência em saúde em cuidados paliativos-IMIP. Membro titular das Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC), da Sociedade Americana de Oncologia Clínica (ASCO) e sociedade Europeia de oncologia clínica (ESMO). Presidente da SBOC - Regional Nordeste (2019-21). Atuando principalmente nos seguintes temas: envelhecimento e câncer, fatores de risco e prognósticos, prevenção e diagnóstico precoce do câncer, tumores femininos, qualidade de vida, inovação e jornada do paciente, gestão e inovação em saúde, educação em saúde, cuidados paliativos e bioética. Telefone: (81) 99976-3591. E-mail: jurematsales@gmail.com

CONFLITO DE INTERESSES

Nenhum dos autores desse trabalho possui conflitos de interesse.

RESUMO

INTRODUÇÃO: O tratamento cirúrgico do câncer de mama tem se desenvolvido cada vez mais perante tamanha prevalência e porque a perda da mama interfere de diversas formas na vida da paciente, sendo de muita importância a realização da reconstrução mamária, hoje, assegurada por lei. **OBJETIVO:** Descrever o perfil clínico-epidemiológico das pacientes submetidas à cirurgia de reconstrução mamária no IMIP após cirurgia oncológica, entre 2015 e 2021, avaliando desfechos e possível mudança temporal. **MÉTODO:** Estudo de corte transversal com metodologia quantitativa, realizado entre agosto de 2020 e julho de 2022, com 36 pacientes. A coleta de dados foi iniciada após a aprovação do CEP do IMIP, respeitando os preceitos da resolução 510/16 do CONEP sob o número de CAAE 37275220.8.0000.5201. **RESULTADOS:** O perfil das pacientes pesquisadas é composto por mulheres com faixa etária média de 51,7 anos, brancas, casadas, com ensino médio, acometimento da mama direita por CDI, receptores hormonais positivos e Ki67 elevado. Mastectomia radical foi o procedimento cirúrgico predominante com reconstrução mamária imediata com implante e expensor, seguido de prognóstico promissor. **CONCLUSÃO:** Apesar das limitações do estudo, este se fez importante para conhecer o público alvo e suas necessidades, contribuindo para elaboração de ações preventivas e promoção da saúde, visando melhor assistência, sobrevida, qualidade de vida e prognóstico.

Palavras-chave: Perfil clínico-epidemiológico; Câncer de mama; Reconstrução mamária.

ABSTRACT:

INTRODUCTION: Surgical treatment of breast cancer has been increasingly developed in view of its high prevalence and because the loss of the breast interferes in several ways in the patient's life, being of great importance to perform breast reconstruction, today, ensured by law.

OBJECTIVE: To describe the clinical-epidemiological profile of patients undergoing breast reconstruction surgery at IMIP after oncologic surgery, between 2015 and 2021, evaluating outcomes and possible temporal change. **METHODS:** Cross-sectional study with quantitative methodology, conducted between August 2020 and July 2022, with 36 patients. Data collection was initiated after approval by the CEP of IMIP, respecting the precepts of resolution 510/16 of CONEP under CAAE number 37275220.8.0000.5201. **RESULTS:** The profile of the patients is composed of women with a mean age of 51.7 years, white, married, with high school education, involvement of the right breast by ICD, positive hormone receptors and high Ki67. Radical mastectomy was the predominant surgical procedure with immediate breast reconstruction with implant and expander, followed by a promising prognosis. **CONCLUSION:** Despite the limitations of the study, it was important to know the target audience and their needs, contributing to the development of preventive actions and health promotion, aiming at better care, survival, quality of life and prognosis.

Keywords: Clinical-epidemiological profile; Breast cancer; Breast reconstruction.

INTRODUÇÃO

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o câncer de mama pode ser definido como uma doença resultante da multiplicação desordenada de células da mama, culminando no surgimento de células anormais e formação de tumor com potencial de invadir outros órgãos. Atualmente, esse câncer persiste como o mais prevalente mundialmente e, embora tenha um prognóstico positivo na maioria dos casos, ainda permanece sendo o tipo de neoplasia responsável pelo maior número de óbitos em mulheres.^{1,2,3}

Desde a década de 1980, o Ministério da Saúde implementa e apoia programas de atenção à saúde da mulher, investindo em campanhas e outros meios de comunicação com foco nos principais cânceres que acometem esse público, cujos projetos se perpetuam até hoje. O

INCA, por exemplo, permanece produzindo anualmente materiais para auxiliar as secretarias de saúde no controle do câncer de mama e apoiar campanhas relacionadas, visando maior adesão do público alvo às possíveis formas de prevenção primária para, dessa forma, reduzir o número de novos casos. Apesar dessa mobilização no âmbito da saúde e de maior disseminação de informações sobre esse câncer, sua incidência e mortalidade continuam elevadas. Dados do sistema de informação do INCA 2022 apontam que, no período de 2016 a 2020, no Brasil, o câncer de mama ocupou o primeiro lugar na causa de morte por câncer em mulheres.^{1,4,5,6}

Perante tamanha prevalência e importância, estudos foram direcionados para melhorar e diversificar a abordagem do câncer de mama, principalmente no que diz respeito ao tratamento, visando garantir melhores resultados e aumento da sobrevivência. O tratamento tem sido cada vez mais individualizado, variando de acordo com as condições da paciente, características biológicas do tumor, como tipo e grau histológico, perfil de imunohistoquímica e estadiamento.⁷

De acordo com a Sociedade Brasileira de Mastologia, 70% das mulheres diagnosticadas com câncer de mama no país são submetidas a uma cirurgia, que pode ser conservadora, com retirada apenas do tumor, ou uma mastectomia, que consiste na remoção completa da mama. Existem diversas técnicas conservadoras, as mais comuns são a quadrantectomia e a tumorectomia; a mastectomia também se subdivide em mais de um tipo, sendo os mais comuns a mastectomia simples e a radical. A primeira, preserva a musculatura, enquanto na mastectomia radical, a mama é removida em sua totalidade. Geralmente, reserva-se a mastectomia para situações mais delicadas, como presença de nódulos extensos e difusos, contra-indicação a outras terapias ou nos casos em que a lesão é muito grande em relação ao volume da mama.^{8,9,10,11}

Ainda que seja um procedimento terapêutico, a perda cirúrgica da mama está associada a um sentimento de finalidade e perda da essencialidade feminina, partindo do princípio que a

mama é considerada um símbolo de condição feminina, apresentando uma relação direta com a autoestima da mulher. Nesse contexto, a antiga Lei nº 9.797/1999, que garantia o direito à cirurgia reparadora às pacientes mastectomizadas na rede pública de saúde, porém, sem prazo especificado, foi modificada, de modo que, atualmente, é assegurado a mulher a reconstrução mamária imediatamente após o procedimento cirúrgico, desde que haja condições clínicas favoráveis ou assim que a paciente apresentar os requisitos necessários, seja na rede pública (Lei no 9.797/99) ou privada/conveniada (regulado pela Lei no 9.656/98, alterada a Lei no 10.223/01). Entretanto, apesar do seguro legal citado, estudos apontam que diversas mulheres seguem sem acesso aos seus direitos. Segundo a Sociedade Brasileira de Mastologia, em 2018, apenas 10% das mulheres no Brasil submetidas a uma mastectomia pelo SUS passaram pelo procedimento de reconstrução mamária.^{8, 12, 13}

A respeito das técnicas de reconstrução das mamas, tem-se conhecimento de diversas possibilidades disponíveis, como implantes mamários com e sem expansores e reconstrução com tecido autólogo, através da utilização de tecidos de outras partes do corpo da paciente. A técnica de escolha deve ser individualizada. Ainda que a reconstrução mamária seja um procedimento de caráter positivo, é válido lembrar que contém riscos assim como qualquer outro procedimento cirúrgico, por exemplo, hemorragia, infecção, assimetria, problemas com o implante, estética desfavorável, necessidade de nova cirurgia para correção de intercorrências, necrose do tecido doado e/ou problemas no local de origem do tecido doador.¹³

Diante da elevada prevalência de casos e de tamanha importância a respeito de morbimortalidade, à frente, também, de crescente número de cirurgias oncológicas realizadas, como a mastectomia, se faz relevante estudar o perfil clínico e epidemiológico das pacientes submetidas a reconstruções mamárias no IMIP, visando documentar a realidade encontrada, entendendo a influência desse perfil sobre tal e identificando quais os aspectos necessitam de melhorias, a fim de garantir melhor assistência, sobrevida e prognóstico.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de corte transversal com metodologia quantitativa. O estudo foi realizado no período de agosto de 2020 a julho de 2022. A coleta de dados foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IMIP sob o número de CAAE 37275220.8.0000.5201. Foram seguidos os preceitos da resolução 510/16 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). O estudo foi realizado na população de 36 pacientes portadoras de câncer de mama e submetidas à reconstrução mamária no IMIP, cujos números de prontuários foram resgatados através da pesquisa no banco de arquivos com o CID de câncer de mama. Para análise, foram utilizados os 36 prontuários preenchidos pela equipe autoral.

Os dados foram obtidos através de formulários estruturados pelos autores do estudo, preenchidos através da revisão dos prontuários das pacientes selecionadas, contendo dados epidemiológicos/sociodemográficos, clínicos, informações sobre o câncer de mama e seu tratamento, possíveis complicações e evolução/prognóstico da paciente. Foi solicitado dispensa do TCLE.

Após a coleta de dados, estes foram digitados em um banco de dados construído no Excel para Windows na versão 2016 e posteriormente analisados no Epi-Info para Windows na versão 7.2. Foram usadas frequências relativas e absolutas para descrever as variáveis qualitativas, e medidas de posição (média) e dispersão (intervalo interquartil) para descrever variáveis quantitativas. Para verificação de relações foi utilizado o teste de qui-quadrado, considerando um nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Dos 36 prontuários estudados, 100% eram sexo feminino, a média de idade foi de 51,75 anos, com mediana de 49,50 e intervalo interquartil de 14,3; a idade mínima verificada foi 21

anos, enquanto que a máxima 80 anos. Quanto à etnia, 30 (83,33%) pacientes se consideravam brancas e 6 (16,66%) se identificaram como pretas.

Em relação ao perfil sociodemográfico, 12 (33,3%) pacientes eram solteiras durante o período de tratamento, 20 (55,55%) casadas e 4 (11,11%) viúvas, sendo que 20 (55,55%) possuíam atividade remunerada. A respeito do grau de escolaridade, 9 (25%) concluíram o ensino fundamental, 15 (41,6%) o ensino médio, enquanto que apenas 1 (2,7%) não tinha nenhum grau de escolaridade e 11 (30,55%) passaram por algum curso superior. A respeito do local de naturalidade/residência, 36 (100%) nasceram e residem em área urbana no estado de Pernambuco.

A respeito da variável “fator de risco para câncer de mama”, os questionários foram respondidos de acordo com a presença do fator, sendo possível a presença de mais de um fator por paciente, logo, os resultados demonstram a prevalência destes, estando organizados na **Tabela 1** abaixo.

Tabela 1. Prevalência dos fatores de risco para o desenvolvimento de câncer de mama.

Fator	N	%
Total de pacientes da amostra	36	100
Idade avançada	6	16,7
Menarca precoce (menor que 12 anos)	4	11,11
Menopausa tardia	1	2,77
Nuliparidade	9	25,0
Uso de anticoncepcionais orais	5	13,88

Terapia de reposição hormonal	1	2,77
Sobrepeso	16	44,44
Obesidade	6	16,66
Sedentarismo	13	36,11
Tabagismo	8	22,22
Alcoolismo	8	22,22
Câncer de mama e/ou ovário em parentes 1º grau	7	19,44
Câncer de mama e/ou ovário em parentes de 2º grau	5	13,88

Outras duas questões estudadas dessa última variável foram a presença de comorbidades e de fatores genéticos, sendo documentado a presença de hipertensão arterial sistêmica em 16 (44,44%) pacientes, 5 (13,88%) possuíam diabetes mellitus, 1 (2,77%) dislipidemia, 3 (8,33%) doença tireoidiana e 1 (2,77%) doença psiquiátrica; sobre os fatores genéticos, 1 (2,7%) paciente apresentou BRCA 1 positivo, sendo importante pontuar que, devido à complexidade dos métodos de obtenção de estudo genético e da dificuldade de acesso a estes, essa questão foi, em sua quase totalidade, não preenchida nos prontuários.

As características relacionadas ao câncer propriamente dito foram sintetizadas em um grupo “variáveis relacionadas ao câncer de mama”, e das 36 pacientes, 20 (55,55%) tiveram acometimento da mama direita, enquanto que 15 (41,66%) da esquerda e 1 (2,77%) apresentou acometimento bilateral. Quanto ao tipo histológico do tumor, 31 (86,11%) pacientes apresentaram carcinoma ductal invasivo (CDI); 2 (5,6%) CDI do tipo não especial; 2 (5,55%) carcinoma lobular invasivo; e 1 (2,77%) fibroadenoma gigante. Os demais subtipos contidos

no questionário não foram identificados nos prontuários; não foi identificada a presença mútua de mais de um tipo histológico em uma única paciente.

Sobre a imunohistoquímica do tumor, quanto ao receptor de estrógeno (RE), 21 (58,33%) das pacientes apresentaram resultado positivo, 14 (38,88%) negativo e 1 (2,77%) não continha informações a respeito no prontuário; quanto ao receptor de progesterona (RP), 18 (50%) tiveram resultado positivo, 17 (47,2%) negativo e 1 (2,77%) não continha informações sobre; 13 (36,1%) pacientes apresentaram receptor HER 2 positivo, enquanto que 21 (58,33%) negativos e 2 (5,55%) não dispunham informações.

A análise do receptor Ki67 foi feita baseada na classificação em “elevado” e “baixo”, de modo que, das 36 pacientes, 20 (55,55%) tinham documentado o valor do Ki67, e destas, 15 (41,66%) apresentaram Ki67 elevado.

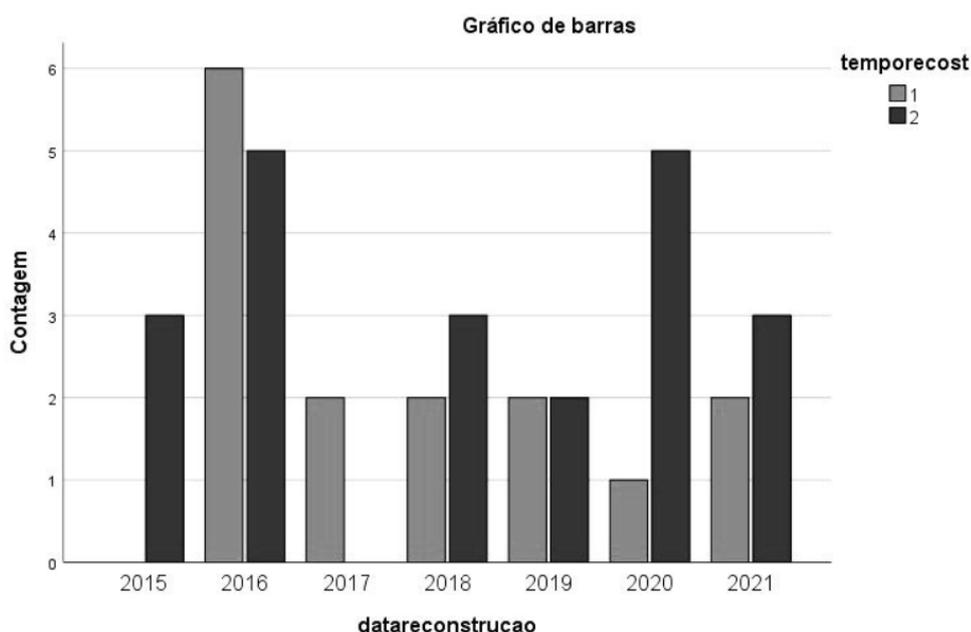
Quanto ao estadiamento do tumor, foi utilizado o escore TNM 7ª edição - AJCC / UICC – 2010, validado no Brasil, onde T corresponde ao tamanho do tumor, N à quantidade de linfonodos regionais acometidos e M à metástase, podendo-se classificar de 0 a IV. O resultado dessa análise englobou apenas 26 pacientes, porque algumas não continham essas informações descritas, e nossos resultados apontaram que, dessas 26 pacientes, 3 (8,33%) estavam em estágio IA, 9 (25%) em estágio IIA, 4 (11,11%) em IIB, 6 (16,66%) em IIIA, 2 (5,55%) em IIIB, 1 (2,77%) em IIIC e 1 (2,77%) em estágio IV.

Sobre o tratamento cirúrgico oncológico, das 36 pacientes, 2 (5,55%) foram submetidas à quadrantectomia, 34 (94,44%) realizaram mastectomia e destas, verificou-se que 9 (25%) realizaram mastectomia simples, 7 (19,44%) mastectomia poupadora de pele, 10 (27,77%) mastectomia radical e 9 (25%) mastectomia radical modificada; nenhum prontuário registrou a realização de mastectomia poupadora de mamilo; 1 paciente teve documentado a realização de dois procedimentos cirúrgicos. Também foi avaliado a realização de linfonodo sentinela (LS) e esvaziamento axilar (EA), onde 26 (72,22%) pacientes tiveram LS positivo, enquanto que 24

(66,66%) passaram pelo EA.

Sobre o procedimento de reconstrução mamária, documentamos que 21 (58,33%) pacientes foram submetidas ao procedimento imediato, enquanto que 15 (41,66%) passaram pela reconstrução tardia, sendo importante pontuar que não foi possível identificar quais motivos/fatores, especificamente, justificaram essa reconstrução tardia nessas pacientes. A respeito das técnicas de reconstrução, a mais utilizada foi a de implante mamário com expansor, realizada em 19 (52,77%) pacientes, não sendo identificada associação direta entre alguma das variáveis abordadas com a escolha dessa técnica, enquanto que 11 (30,55%) foram submetidas à colocação de implante sem expansor, 2 (5,55%) realizaram enxerto de gordura, 13 (36,11%) passaram por reconstrução com tecido autólogo e 6 (16,66%) realizaram reconstrução do mamilo e aréola. É importante ressaltar que mais de uma técnica pode ser utilizada na mesma paciente.

Gráfico 1. Prevalência de reconstrução mamária imediata e tardia no período de 2015 a 2021 no IMIP, sendo 1 equivalente à reconstrução imediata e 2 à tardia.



No tocante às complicações associadas à reconstrução, levando em consideração que uma paciente pode apresentar mais de uma complicação, evidenciamos que, das 36 pacientes,

2 (5,55%) apresentaram infecção, 4 (11,11%) deiscência, 3 (8,33%) seroma na cicatriz, 5 (13,88%) contratura capsular, 4 (11,11%) abaulamento mamário, 14 (38,88%) estética desfavorável e 6 (16,2%) necessidade de remoção da prótese. Nenhuma paciente apresentou alargamento/hipertrofia da cicatriz, hematoma, abaulamento abdominal ou seroma em região doadora de tecido.

Analisando a última evolução das pacientes, a fim de estimar o prognóstico destas, obtivemos que 3 (8,33%) seguiram com doença oncológica ativa em tratamento adjuvante; 8 (22,22%) sem doença oncológica ativa, mas em tratamento adjuvante; 25 (69,44%) com remissão completa da doença oncológica e sem tratamento adjuvante. De modo geral, não somente relacionado à remoção de prótese, 15 (41,66%) pacientes apresentaram necessidade de uma segunda cirurgia para corrigir eventuais complicações. Nenhuma das pacientes evoluiu com óbito, doença metastática ou recidivante ou com doença oncológica ativa, mas com abandono de tratamento.

DISCUSSÃO

A prevalência mundial do cancer de mama é certa. Dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA) para 2020, em Recife-Pernambuco, apontam uma estimativa de 560 novos casos a cada cem mil habitantes e destes, pelo menos 25-30% são acompanhados no IMIP. No mesmo ano, foram documentados 259 novos casos na instituição, enquanto que no período de 2015 a 2021 obteve-se um total de 1390 casos. ¹⁴

Acerca do câncer de mama no Brasil, uma revisão bibliográfica de artigos científicos publicados entre 2015 e 2020 sobre o perfil epidemiológico, traz que a idade média predominante das pacientes foi de 52,6 anos e refere que, apesar da heterogeneidade da população brasileira, a maioria se identificava como branca, eram casadas, com o ensino fundamental incompleto e nível socioeconômico baixo. Essa revisão também evidenciou que,

acerca dos fatores de risco para desenvolvimento da doença, a maioria das pacientes apresentava obesidade ou sobrepeso, não consumiam álcool e não eram tabagistas, e que uma pequena porcentagem possuía familiares com histórico de câncer de mama, independente do grau de parentesco.¹⁵

Outro artigo realizado com 101 mulheres submetidas à cirurgia mamária, publicado em dezembro de 2018, apontou que, acerca dos fatores de risco para o câncer em questão, foi observado uma média de idade de 53,3 anos, história de tabagismo, etilismo, sedentarismo e história familiar de câncer.¹⁶ A partir da revisão destes e de outros artigos disponíveis na literatura, observamos que as variáveis epidemiológicas do presente estudo estão parcialmente de acordo com o que é citado, exceto pelo grau de escolaridade. A análise deste e do índice socioeconômico é relevante e deve ser feita em associação, visto que, segundo a literatura, quanto menor o nível de escolaridade e condição financeira, menor é a chance de diagnóstico precoce, pensando na falta de informação e limitação de acesso à assistência médica, acabando por gerar dificuldades no tratamento e prognóstico.¹⁵

Das características relacionadas ao perfil clínico avaliadas, no que concerne a topografia do câncer de mama, não foi encontrado na literatura associação dessa informação com outras variáveis, como prognóstico ou conduta terapêutica.

É sabido que o câncer de mama é uma doença de alta heterogeneidade clínica, morfológica e biológica, o que culmina numa imensa variedade de possibilidades de comportamento da doença. A fim de presumir a evolução clínica, para definir um plano terapêutico mais eficaz e pressupor o prognóstico de cada paciente de forma individualizada, faz-se a classificação dos tumores de acordo com o tipo e grau histológico, estadiamento da doença e perfil de imunohistoquímica, o qual permite classificar os tumores em subtipos moleculares. Esses fatores podem ser considerados como prognósticos ou preditivos, assim como podem assumir as duas características ao mesmo tempo, sendo importante pontuar

relevância limitada quando analisados isoladamente. Fatores prognósticos são características mensuráveis observadas no momento do diagnóstico e visam a estimar a evolução clínica, sobrevida global e o tempo livre da doença, enquanto que fatores preditivos correspondem àquelas características associadas à resposta esperada a uma determinada terapia.⁷

Para a classificação do tipo histológico do tumor, leva-se em consideração a morfologia, o suposto tipo celular de origem e a semelhança com algum outro tecido.¹⁷ O carcinoma ductal invasivo (CDI) é caracterizado por origem ductal, tendo capacidade de crescer localmente ou se disseminar nos tecidos circundantes por meio da circulação sanguínea e/ou linfática, além de, geralmente, responder a estímulos hormonais.¹⁸ De acordo com o INCA, o CDI é o tipo histológico predominante, compreendendo até 90% dos casos de câncer de mama.¹⁹ A maioria dos artigos contidos na revisão bibliográfica anteriormente citada também reforçam a prevalência do CDI em países subdesenvolvidos, como é o caso do Brasil.¹⁴ Somado a isso, um estudo que analisou o perfil histopatológico e molecular do câncer de mama em mulheres assistidas em um centro de oncologia do Agreste Pernambucano, no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2016, também apontou prevalência do tipo histológico em questão, sendo encontrado em 44,44% das pacientes por eles estudadas.²⁰

A respeito da avaliação molecular, apesar de o perfil de expressão gênica ser considerado o teste padrão-ouro para essa classificação dos tumores, em países com recursos limitados como o Brasil, torna-se necessária a utilização de técnicas menos complexas e financeiramente mais viáveis, porém, de alta sensibilidade, como a imunohistoquímica.⁷ De modo geral, essa técnica analisa receptores hormonais, sendo estes o receptor de estrogênio (RE) e progesterona (RP), hormônios favoráveis ao desenvolvimento e crescimento do tumor; a proteína HER2, encontrada na membrana das células epiteliais que, em condições normais, cumpre papel importante no crescimento e desenvolvimento de várias células epiteliais, mas no caso de uma mutação provoca proliferação descontrolada com conseqüente formação de tumor,

estando associada a tumores mais agressivos e a maior chance de recidiva; e o Ki67, que estima a taxa de proliferação celular, sendo níveis acima de 30% considerados elevados, enquanto que aqueles menores que 10% correspondem a um índice baixo.²¹

No tocante ao receptor de estrógeno, apesar de estimular o crescimento do tumor, está associado à maior intervalo livre de doença e melhor sobrevida, enquanto que o receptor de progesterona assume papel secundário como preditor prognóstico, visto que é fortemente dependente da presença de receptor de estrogênio, tanto que tumores expressando RP, mas não RE são incomuns e representam 1% de todos os casos de câncer de mama.²¹ A predominância do RE positivo é encontrada em diversos estudos, por exemplo, um dos artigos citados numa revisão bibliográfica revisada, realizado em São Paulo, observou 51,5% de pacientes positivas para o RE e 43,5% para o RP, assim como um outro estudo em um hospital de saúde da mulher que constatou 77,8% RE positivos e 61,5% RP positivos.¹⁵ Por último, a respeito da proteína HER2 e do Ki67, apesar da associação destes com um prognóstico não muito favorável, destoando do que seria esperado, evidenciou-se que a maioria dos casos cursou com prognóstico promissor, tanto que apenas 3 pacientes com HER2+ foram relacionadas à persistência de doença ativa ou mau prognóstico.

De acordo com o INCA, nas últimas duas décadas, o perfil clínico apresentado pelas mulheres com câncer de mama variou, sendo observado um aumento da proporção de cânceres in situ e em estágio I, com redução da apresentação em estágio II, mas cerca de 40% dos casos ainda foram diagnosticados em fase avançada, ou seja, nos estádios III e IV.²² O estágio II A engloba 3 possibilidades de tamanho de tumor, o T0 (sem evidência de tumor), T1 (tamanho menor ou igual a 20 mm) e T2 (tamanho maior que 20 mm e menor ou igual a 50 mm); 1 possibilidade de acometimento linfonodal, no caso, N1 (linfonodos axilares ipsilaterais móveis), incluindo o N0, que seria o não acometimento de linfonodos; e não apresenta metástase a distância, ou seja, M0¹⁸. O estágio em que os tumores são diagnosticados influencia

diretamente no prognóstico, sendo o IIA considerado de bom prognóstico na maioria das vezes, isso por ser operável, seja por cirurgia conservadora ou radical, por apresentar menor índice de recorrência, e também por não estar associado a metástase. Tal dado justifica o prognóstico promissor encontrado na quase totalidade das pacientes dessa pesquisa e também reflete mais eficiência dos programas de triagem regionais quanto à média nacional.^{23,24}

Quanto ao procedimento cirúrgico oncológico, apesar da evolução contínua da abordagem cirúrgica terapêutica ao câncer de mama, a mastectomia segue em destaque. Uma pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria mostrou a mastectomia radical como técnica de escolha na maior parte das pacientes¹⁵, assim como a Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, que expõe evidências de que a mastectomia está entre os tratamentos mais empregados para o câncer de mama, de modo que 35-40% das mulheres diagnosticadas anualmente com esse câncer são submetidas a essa técnica cirúrgica²⁵. Sobre as outras questões tocantes à cirurgia, a técnica de linfonodo sentinela corresponde ao primeiro linfonodo que recebe a drenagem linfática proveniente do câncer de mama, logo, indica presença de câncer e possibilidade alta de comprometimento nos linfonodos próximos, conseqüentemente, justifica a prevalência de esvaziamento axilar, junto à retirada da mama, visando melhor prognóstico.

Sobre a reconstrução mamária, é assegurado à mulher o direito à reconstrução mamária imediata tanto na esfera pública (Lei nº 9.797/99) quanto na privada/conveniada (regulado pela Lei nº 9.656/98, alterada a Lei nº 10.223/01) após procedimento cirúrgico de retirada da mama, desde que se apresente condições clínicas estáveis e que se atenda aos requisitos necessários para o procedimento. A realidade encontrada no Brasil difere do que foi citado, por exemplo, a Rede Brasileira de Pesquisa em Mastologia, em 2015, apontou que apenas 29,2% das pacientes brasileiras submetidas à mastectomia pelo SUS tiveram acesso à reconstrução¹³, fato que persiste de acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, que evidencia que a reconstrução mamária representou apenas 6,1% de todas as 691.916 cirurgias oncológicas

realizadas em 2018, e com a Sociedade Brasileira de Mastologia, que traz dados que sustentam que no mesmo ano apenas 10% das mulheres no Brasil submetidas a uma mastectomia tiveram suas mamas reconstruídas imediatamente pelo SUS.²⁶

A reconstrução tardia pode, de certa forma, ser justificada pelo fato de que nem todas as mulheres têm condições clínicas para serem submetidas a uma reconstrução mamária imediata após uma mastectomia²⁶, ou por alguns fatores não associados à cirurgia prejudicarem a realização da reconstrução de forma imediata, como a presença de obesidade, mamas densas, consumo elevado de álcool, história de terapia de reposição hormonal combinada acima de cinco anos, determinadas mutações genéticas¹³, assim como presença de diabetes e hipertensão e do tabagismo, sendo este evitado nas reconstruções, visto que a perfusão sanguínea fica prejudicada e atrasa o processo de cicatrização, em alguns casos, levando à necrose tecidual e perda do retalho²⁷. Um fator recente que deve ser levado em consideração é o impacto da pandemia do COVID-19 na rotina cirúrgica das instituições. Na ausência desses fatores, é questionável a não realização da reconstrução mamária imediata, visto que a perda da mama é uma mutilação que traz consequências físicas e psíquicas, semelhantes ao processo de luto, que interfere não só no individual como também no coletivo, afetando diretamente as relações interpessoais das mulheres.

A técnica reconstutora de implante de próteses mamárias, com ou sem expensor, tem ganhado cada vez mais espaço no mercado, levando-se em consideração que existem fatores culturais relacionados às cirurgias estéticas das mamas com uso de implantes. Estudos acerca da associação do implante mamário com radioterapia adjuvante têm aumentado, de modo que hoje existem evidências de desfechos favoráveis sobre essa associação. Além disso, segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, o aumento na taxa de reconstrução mamária imediata corresponde, praticamente, ao aumento na utilização de implantes, visto que também estão mais relacionados com maior satisfação a longo prazo, resultados estéticos mais duradouros e

estáveis e menor risco de complicações.²⁵ Apesar dessa expectativa positiva associada aos implantes mamários, não são isentos de possíveis complicações, podendo ocorrer, por exemplo, contratura capsular, migração do gel para o tecido mamário, deslocamento da posição da prótese, dor crônica, entre outros.²⁸ A complicação pós-cirúrgica mais observada nesse estudo foi a estética desfavorável, mas esse dado acaba por ser, de certa forma, subjetivo.

A estimativa de prognóstico promissor para o câncer de mama em países subdesenvolvidos é de 57%, levando em consideração prevenção primária e secundária e as eventuais dificuldades relacionadas.²⁹ No presente estudo, foi encontrada prevalência de prognóstico positivo, apesar de alguns estudos apontarem que o CDI está mais associado com comprometimento linfonodal e pior prognóstico¹⁹; dentre os fatores favoráveis a essa informação, de forma sintetizada, vale ressaltar a presença de receptores hormonais positiva, baixa expressão de HER2 e estadiamento IIA predominante.

LIMITAÇÃO DO ESTUDO

A coleta de dados foi afetada negativamente pela dificuldade de acesso aos prontuários das pacientes portadoras de câncer de mama submetidas à reconstrução mamária na instituição em questão (IMIP), resultando num N abaixo do esperado. Além disso, a pandemia Covid-19 interferiu na rotina cirúrgica da instituição, assim como atrasou a coleta de dados, estendendo a pesquisa.

CONCLUSÕES

Apesar das limitações do estudo, através das variáveis estudadas e discutidas, foi observado que o perfil epidemiológico das pacientes portadoras de câncer de mama submetidas à reconstrução mamária no IMIP, entre 2015 e 2021, é caracterizado por: mulheres com a faixa etária média de 51,7 anos; brancas; casadas; naturais e residentes em Pernambuco; com ensino

médio concluído; apresentando fatores de risco como sobrepeso, sedentarismo, tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas. O perfil clínico encontrado, por sua vez, é definido por: acometimento da mama direita por carcinoma ductal invasivo em estágio IIA; receptores hormonais positivos e Ki67 elevado; mastectomia radical como procedimento cirúrgico oncológico de escolha, seguido de reconstrução mamária imediata com implantes mamários com expansor; estética desfavorável no seguimento como principal complicação, mas evolução marcada por prognóstico promissor, com remissão completa da doença oncológica sem tratamento adjuvante necessário.

Não foi identificada mudança temporal significativa desse perfil clínico e epidemiológico durante o tempo estudado.

Através desse estudo, pretendeu-se contribuir para melhorar a assistência especializada, visando aumento da sobrevida, da qualidade de vida e um melhor prognóstico para as pacientes portadoras de câncer de mama. Dito isso, propõe-se a complementação desse estudo através da revisão de mais prontuários, visando resultados mais concretos, além de novas avaliações desse perfil clínico-epidemiológico nos anos subsequentes, com objetivo de mantê-lo atualizado.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (MS). Câncer de mama no Brasil: mortalidade está abaixo da média mundial. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer (INCA); 2019 [acesso em 25 de maio 2020]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45879-cancer-de-mama-no-brasil-mortalidade-esta-abaixo-da-media-mundial>
2. Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM). Incidência de mulheres com câncer de mama e menos de 35 anos está entre 4% e 5%. Brasil; 2019 [acesso em 25 de maio 2020]. Disponível em: <https://www.sbmastologia.com.br/noticias/incidencia-de-mulheres-com-cancer-de-mama-com-menos-de-35-anos-esta-entre-4-e-5-dos-casos/>
3. Tiezzi DG. Cirurgia conservadora no câncer de mama. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia [periódico *on-line*]. 2007 [acesso em 25 maio 2020]; 29(8): 428-34. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v29n8/a08v29n8.pdf>
4. Ministério da Saúde (MS). Câncer de mama: sintomas, tratamento, causas e prevenção. Brasil; 2020 [acesso em 25 de maio 2020]. Disponível em: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/cancer-de-mama>
5. Bear HD, Anderson S, Brown A, Smith R, Mamounas EP, Fisher B, et al. The effect on tumor response of adding sequential preoperative docetaxel to preoperative doxorubicin and cyclophosphamide: preliminary results from National Surgical Adjuvant Breast and

- Bowel Project Protocol B-27. J Clin Oncol [periódico on-line]. 2003 [acesso em 25 maio 2020]; 21(22):4165-74. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14559892/>
6. Mortalidade: Controle do câncer de mama [Internet]. Instituto Nacional de Câncer: INCA; 2022 Aug 23 [cited 2022 Sep 20]. Available from: <https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-de-mama/dados-e-numeros/mortalidade>
 7. Subtipos moleculares do câncer de mama: Molecular subtypes of breast cancer [Internet]. Revista FEMINA vol 39 nº 10: Magno Belém Cirqueira, Marise Amaral Rebouças More, Leonardo Ribeiro Soares, Ruffo Freitas-Júnior; 2011 Outubro [cited 2022 Sep 20]. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n10/a2965.pdf>
 8. Ministério da Saúde (MS). Estatísticas de câncer. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer (INCA); 2020 [acesso em 25 de maio 2020]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>
 9. Ministério da Saúde (MS). Câncer de mama. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer (INCA); 2020 [acesso em 25 de maio 2020]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama>
 10. Bear HD, Anderson S, Smith RE, Geyer CE Jr, Mamounas EP, Fisher B, et al. Sequential preoperative or postoperative docetaxel added to preoperative doxorubicin plus cyclophosphamide for operable breast cancer: National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project Protocol B-27. J Clin Oncol [periódico on-line]. 2006 [acesso em 25 maio 2020]; 24(13): 2019-27. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16606972/>
 11. Cirurgia conservadora no câncer de mama: Breast-conserving surgery for breast cancer [Internet]. Scielo: Daniel Guimarães Tiezzi; 2007 Aug 29 [cited 2022 Sep 20]. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/sWk94zmCLbwQrm7BbjRXXNm/?lang=pt>
 12. Carvalho PC. Qualidade de vida das mulheres mastectomizadas. Trabalho de Conclusão de Curso [Licenciatura em Enfermagem]. Portugal: Universidade Fernando Pessoa; 2012 [acesso em 25 maio 2020]. Disponível em: <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3633/1/PG%20Cristina-%20Qualidade%20vida%20mulheres%20mastectomizadas%20F%205-9-12.pdf>
 13. Outubro rosa: menos de 30% têm acesso à reconstrução mamária pelo SUS [Internet]. PubMed: Úrsula Neves; 2019 Oct 04 [cited 2022 Sep 20]. Available from: https://pubmed.com.br/outubro-rosa-menos-de-30-tem-acesso-a-reconstrucao-mamaria-pelo-sus/#top?utm_source=artigoportal&utm_medium=copytext
 14. Pernambuco e Recife - estimativa dos casos novos [Internet]. Instituto Nacional de Câncer: INCA; 2020 Apr 15 [cited 2022 Oct 2]. Available from: <https://www.inca.gov.br/estimativa/estado-capital/pernambuco-recife>
 15. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DE MULHERES DIAGNOSTICADAS COM CÂNCER DE MAMA NO BRASIL: UMA REVISÃO DE LITERATURA [Internet]. Ciências Biológicas e da Saúde: Pesquisas Básicas e Aplicadas: Bárbara Roque¹, Maria Eduarda Marques Lima¹, Ruth Canuto Bezerra¹, Mathews Barbosa Santiago¹, Camila da Silva Vieira Amorim^{1,2} e Ruth Silva Lima da Costa; 2021 [cited 2022 Sep 20]. Available from: <https://sseditora.com.br/wp-content/uploads/17-PERFIL-EPIDEMIOLOGICO-E-CLINICO-DE-MULHERES-DIAGNOSTICADAS-COM-CANCER-DE-MAMA-NO-BRASIL-UMA-REVISAO-DE-LITERATURA.pdf>
 16. PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE MULHERES QUE REALIZARAM TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA O CÂNCER DE MAMA [Internet]. Anais do VII Congresso de Educação em Saúde da Amazônia (COESA), Universidade Federal do Pará: Andressa Karoline Pinto de Lima Ribeiro¹; Soany de Jesus Valente Cruz²;

- Saul Rassy Carneiro³; 2018 Dec 10 [cited 2022 Sep 20]. Available from: <https://coesa.ufpa.br/arquivos/2018/expandido/pesquisa/epidemiologia/PES198.pdf>
17. CLASSIFICAÇÃO HISTOLÓGICA DO CARCINOMA DE MAMA [Internet]. <http://www.linkedin.com/pub/guilherme-portela-coelho/24/732/880>: Guilherme Portela Coelho; 2011 [cited 2022 Sep 20]. Available from: <https://www.grupodiagnose.com.br/downloads/gco-downloads/38-c5911594121781cd4edd31b67c729e7fd9ad5b2c-pt-br.pdf>
 18. Tipos Histológicos do Câncer de Mama [Internet]. Jaleko artmed: Amanda Rodrigues; 2018 [cited 2022 Sep 20]. Available from: <https://blog.jaleko.com.br/cancer-de-mama-parte-ii/>.
 19. Conceito e Magnitude [Internet]. Instituto Nacional de Câncer: INCA; 2022 [revised 2022 Apr 26; cited 2022 Sep 20]. Available from: <https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-de-mama/conceito-e-magnitude>
 20. Perfil histopatológico e molecular do câncer de mama em mulheres assistidas em centro de oncologia do Agreste Pernambucano [Internet]. Vittalle – Revista de Ciências da Saúde v. 31, n. 2 (2019) 38-46: Juliana Lane Pacheco de Souza, Larissa Giselly de Meneses Oliveira, Ruan Carlos Gomes da Silva*, Adrya Lucia Peres; 2019 Dec 20 [cited 2022 Sep 20]. Available from: <https://periodicos.furg.br/vittalle/article/view/8942>
 21. Fatores prognósticos em câncer de mama [Internet]. Com. Ciências Saúde - 22 Sup 1:S69-S82: Farid Buitrago¹ Gilberto Uemura² Maria Cristina Ferreira Sena; 2011 [cited 2022 Sep 20]. Available from: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/artigos/fatores_prognosticos.pdf
 22. Estadiamento do Câncer de Mama [Internet]. Instituto Nacional de Câncer: INCA; 2022 [revised 2022 Aug 24; cited 2022 Sep 20]. Available from: <https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-de-mama/dados-e-numeros/estadiamento>
 23. Tratamento do Câncer de Mama [Internet]. Instituto Nacional de Câncer: INCA; 2021 [revised 2021 May 18; cited 2022 Sep 20]. Available from: <https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-de-mama/acoes-de-controle/tratamento>
 24. Características clínico-patológicas e estadiamento ao diagnóstico de pacientes com câncer de mama em um centro de saúde do interior de Minas Gerais [Internet]. Revista Brasileira de Mastologia: Cássio Furtini Haddad¹; 2015 May 10 [cited 2022 Sep 20]. Available from: https://www.mastology.org/wp-content/uploads/2015/06/MAS_v24n4_103-108.pdf
 25. Reconstrução mamária: análise de novas tendências e suas complicações maiores [Internet]. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica: Gustavo Augusto Matos Saliba; 2013 Sep 01 [cited 2022 Sep 20]. Available from: <http://www.rbc.org.br/details/1480/pt-BR/reconstrucao-mamaria--analise-de-novas-tendencias-e-suas-complicacoes-maiores>
 26. Análise comparativa das mastectomias e reconstruções de mama realizadas no sistema único de saúde do Brasil nos últimos 5 anos [Internet]. Scielo: CAROLINE SILVA COSTA DE ALMEIDARAFAEL XIMENES BANDEIRA DE MORAISIGOR RABELO DE FRANÇAKYLDERY WENDELL MOURA CAVALCANTEANDRÉ LUIZ BELÉM NEGROMONTE DOS SANTOSBEATRIZ XIMENES BANDEIRA DE MORAISIGOR CHAVES GOMES LUNARAFAEL ANLICOARA; 2022 Mar 18 [cited 2022 Sep 20]. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbc/a/NBMbpHWGcDjfMzb9qYzvHLS/?lang=pt>
 27. Efeitos da reconstrução mamária imediata sobre a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas [Internet]. Scielo: Riza Rute de Oliveira; Sirlei Siani Moraes; Luís Otávio Sarian; 2011 Mar 30 [cited 2022 Sep 20]. Available from:

<https://www.scielo.br/j/rbgo/a/fZc7LPywRgF6bxgfsRTnqtq/?lang=pt#%20https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/125606/122539>

28. Complicações dos implantes mamários na mamoplastia de aumento: Complications of breast implants in breast augmentation [Internet]. Brazilian Journal of Health Review: Artur Macedo Cruz Wilson Tomaz da Silva Júnior Matthew Paz Carvalho Pedro Costa Moreira Vinicius Rodrigues Borges Luiz Brasil Corrêa Cozzetti Henrique Lorenzeto Cardoso Thamy Mariane Hayakawa Tiago de Paula Souza Aidar Márcio Henrique de Carvalho Ribeiro; 2022 [cited 2022 Oct 31]. Available from: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/51200/38430>
29. Atraso diagnóstico no câncer de mama em hospital público oncológico [Internet]. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v49i5p451-462>; Maiara S. Tramonte 1,2, Priscila C. S. Silva 3,4, Silvana R. Chubaci3,4, Camila C. R. C. Cordoba3,4, Gustavo Zucca-Matthes4, René A. C. Vieira2,4; 2016 [cited 2022 Oct 2]. Available from: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/125606/122539>