

**Perfil epidemiológico das pacientes com câncer de mama atendidas em Juiz de Fora – Minas Gerais (MG), Brasil****Epidemiological profile of breast cancer patients treated in Juiz de Fora - Minas Gerais (MG), Brazil**

DOI:10.34117/bjdv6n10-468

Recebimento dos originais: 22/09/2020

Aceitação para publicação: 22/10/2020

**Beatriz Christina Decort de Lima Melillo**

Médica

Ginecologista, Obstetra e Mastologista na Força Aérea Brasileira, Barbacena, Minas Gerais, Brasil

Endereço: Rua Paraná 101/503, São Sebastião – Barbacena/ MG , CEP 36.202-316

Email: biah.melillo@yahoo.com.br

**Paula Loureiro Meireles Ávila de Moraes**

Médica

Residente em Ginecologia e Obstetrícia pelo Hospital São José do Avaí, Itaperuna /RJ

Endereço: Rua Aderbal Carneiro Terra 55/601; Lions – Itaperuna /RJ, CEP: 28.300-000

E-mail: paulinhaavila.morais@gmail.com

**Thaís Barretto Aleixo**

Médica

Do Programa de Saúde da Família de Cipotânea, Minas Gerais, Brasil

Endereço: Rua Capitão Gomes, 244 – Centro – CEP 36265-000 – Cipotânea – MG

E-mail: 2504.tba@gmail.com

**Rachel Rocha Pinheiro Machado**

Doutora em Ciências

Docente e Orientadora Científica da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – SUPREMA.

Endereço: Rua Dr. José Barbosa, 95 – 402 – São Mateus – CEP 36025-270 – Juiz de Fora – MG

Email: rachel.machado@suprema.edu.br

**Ana Cláudia Dias de Sousa Figueiredo**

Médica Mastologista

OncoSinai, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil

Endereço: Rua Aurelio Ferreira Salgado, 105 – Bom Clima – CEP 36046-470 – Juiz de Fora – MG

Email: anamasto@hotmail.com

**RESUMO**

**Introdução:** O câncer de mama é o mais comum entre as mulheres, e apresenta um imenso desafio à saúde pública em escala global. O diagnóstico e o tratamento precoce são os meios mais efetivos de redução da mortalidade. **Objetivo:** Analisar o perfil epidemiológico das pacientes diagnosticadas com câncer de mama atendidas em três serviços de referência em Mastologia no SUS de Juiz de Fora (MG). **Método:** Estudo transversal descritivo e retrospectivo, com revisão de 223 prontuários pacientes em controle e/ou tratamento de câncer de mama, no período de março de 2018 a janeiro de 2019. As variáveis colhidas foram submetidas à estatística descritiva utilizando-se o teste Quiquadrado. **Resultados:** Identificamos que 56% das mulheres tinham mais de 50 anos e 31% tiveram seu diagnóstico entre 40-50 anos. A forma de identificar a doença foi o autoexame realizado pela paciente (59%), seguido por mamografia (30%). Todavia ao diagnóstico, 43% já apresentavam doença com linfonodo axilar clinicamente comprometido. De acordo com a paridade, a maioria das pacientes (62%), tiveram sua primeira gestação antes dos 30 anos e amamentaram por aproximadamente seis meses. Em relação à história familiar, 83% delas não apresentam alto risco, e à escolaridade, 58% das pacientes possuíam apenas o primeiro grau. **Conclusão:** O rastreamento mamográfico deveria contemplar mulheres acima de 40 anos mesmo na ausência de fatores de risco, visto que 31% do grupo, obtiveram seu diagnóstico nesta faixa etária. Nota-se ainda a necessidade da criação de políticas públicas destinadas ao alcance principalmente da população feminina de baixa escolaridade.

**Palavras-chave:** Neoplasias da Mama, Mamografia, Epidemiologia

**ABSTRACT**

**Introduction:** Breast cancer is the most common among women, and presents a huge public health challenge on a global scale. Early diagnosis and treatment are the most effective means of reducing mortality. **Objective:** To analyze the epidemiological profile of patients diagnosed with breast cancer seen at three reference services in mastology in the SUS of Juiz de Fora (MG). **Method:** A descriptive and retrospective cross-sectional study, reviewing 223 records of patients undergoing control and / or treatment of breast cancer, from March 2018 to January 2019. The collected variables were submitted to descriptive statistics using the chi-square test. **Results:** We found that 56% of women were over 50 years old and 31% had their diagnosis between 40-50 years. The way to identify the disease was the self-examination performed by the patient (59%), followed by mammography (30%). However, at diagnosis, 43% already had clinically compromised axillary lymph node disease. According to parity, most patients (62%) had their first pregnancy before age 30 and breastfed for approximately six months. Regarding family history, 83% of them are not at high risk, and 58% of the patients had only elementary school. **Conclusion:** Mammographic screening should include women over 40 years of age even in the absence of risk factors, since 31% of the group had their diagnosis in this age group. It is also noted the need for the creation of public policies aimed at reaching mainly the low-educated female population.

**Keywords:** Breast Neoplasms, Mammography, Epidemiology

## 1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama (CM) é um relevante problema de saúde pública sendo a neoplasia maligna mais encontrada nas mulheres em grande parte do mundo. De acordo com o Globocan 2018, foram estimados 2,1 milhões de casos novos de câncer e 627 mil óbitos pela doença (Bray et al., 2018). Segundo o Instituto Nacional de Câncer, dados referentes a 2018, no Brasil, as estimativas de incidência de câncer de mama para o ano de 2019 são de 59.700 casos novos, o que representa 29,5% dos cânceres em mulheres, com exceção do câncer de pele não melanoma (INCA, 2019<sup>a</sup>).

É um câncer multifatorial que envolve fatores biológicos, endócrinos, vida reprodutiva, comportamento e estilo de vida (INCA, 2019<sup>a</sup>). Os fatores de risco são classificados como não modificáveis, incluindo a história familiar, sexo e idade e os modificáveis, responsáveis por um terço das mortes no mundo, relacionados a alimentação, sedentarismo e sobrepeso (Barduchi et al., 2016, INCA, 2019<sup>a</sup>). Para reduzir as taxas de mortalidade são importantes estratégias de prevenção primária atuando nestes fatores somado a prevenção secundária através do rastreamento mamográfico de mulheres assintomáticas (Barduchi et al., 2016). De acordo com o INCA (2019<sup>a</sup>), dados referentes a 2018, no Brasil, este rastreamento é realizado de forma oportunística nas mulheres entre 50 e 69 anos e, ainda assim, grande parte do diagnóstico ocorre em uma fase avançada da doença, há também atraso no início do tratamento.

Fatores de risco para CM como idade avançada da primeira gestação, baixa paridade e amamentação por curtos períodos são menos passíveis de intervenções de saúde pública, devido a mudanças onde as mulheres modernas têm sua participação profissional e social aumentada postergando a gestação. Outros fatores conhecidamente de risco para a doença, como o uso de álcool, excesso de peso e a inatividade física após a menopausa, já são alvo de ações de prevenção para as demais doenças crônicas. Dessa forma, a detecção e tratamento precoces são considerados os meios mais efetivos para a redução da mortalidade por CM (INCA, 2019<sup>a</sup>).

Atualmente, recomenda-se que o rastreamento do CM se apoie em um tripé constituído pelo autoconhecimento do corpo e mama através do autoexame das mamas (AEM), exame clínico das mamas (ECM) e pela mamografia (MMG). Para a detecção precoce, o INCA (2019) determinou estratégias de conscientização, identificação de sinais e sintomas e confirmação diagnóstica em um único serviço de referência (INCA, 2019<sup>b</sup>). De acordo com o Ministério da Saúde o rastreamento com mamografia deve ocorrer na faixa etária dos 50 aos 69 anos por considerar que os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos nesta faixa

de idade. Não está indicado para mulheres com menos de 50 anos, pois os danos claramente superam os benefícios, mesma justificativa para a não recomendação como método de rastreamento o AEM e a ultrassonografia. Já as mulheres com 70 anos ou mais, o Ministério da Saúde posicionam-se contra, pois refere que os benefícios para o rastreamento são incertos, também usando como justificativa para a não recomendação do ECM. O rastreamento é uma estratégia em que se utilizam testes relativamente simples em pessoas saudáveis, com a finalidade de identificar doenças em sua fase pré-clínica (assintomática), sendo a mamografia método efetivo para detecção precoce do CM. Com essa mesma finalidade, contempla indivíduos sintomáticos, onde neste grupo as três formas de ação estão indicadas como meio eficaz por apresentarem mais benefícios do que riscos (INCA, 2019<sup>b</sup>; WHO, 2019).

Estima-se que o rastreamento mamográfico realizado mediante programas organizados, reduziria a mortalidade por CM em torno de 20% após 13 anos de acompanhamento. Em relação à faixa etária e periodicidade do rastreamento, verificam-se divergências nas recomendações entre as principais instituições do mundo. Segundo a American Cancer Society (ACS) o rastreamento mamográfico é recomendado anualmente em mulheres de 45 a 54 anos, e a partir de 55 anos, a periodicidade passa a ser bianual (Marmot et al., 2013). O rastreamento deve continuar até o momento em que as mulheres estejam em bom estado de saúde e com uma expectativa de vida de dez anos ou mais (Oeffinger et al., 2015)

A oferta de mamografias de rastreamento tem crescido nos últimos anos. Segundo dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), houve um aumento progressivo na realização do exame financiado pelo SUS, de 1.869.285 em 2002, para 4.713.530, em 2014. Contudo, o aumento de mamografias realizadas, não necessariamente garante os resultados esperados, como a redução de mortalidade pela doença (Marmot et al., 2013).

No Brasil 18,4% das mulheres entre 50 a 69 anos afirmaram nunca terem realizado mamografia, sendo a maior prevalência nas regiões Norte (37,8%) e Nordeste (30,1%), contra 11,9% do Sudeste, que apresenta a menor taxa (Oeffinger et al., 2015). O registro nacional de câncer é um desafio para países em desenvolvimento, especialmente para o Brasil com suas dimensões continentais. A tática utilizada é manter e reforçar centros de informação (Registros de Câncer de Base Populacional e Hospitalares – RCBP/RHC), que permitam monitorar a situação do câncer em todo o país.

O diagnóstico e o tratamento precoce são os meios mais efetivos de redução da mortalidade por CM. Diante destes fatos, este estudo teve como objetivo analisar o perfil epidemiológico das pacientes diagnosticadas com câncer de mama atendidas em serviços de referência em Mastologia no SUS de Juiz de Fora (MG).

## **2 METODOLOGIA**

Este é um estudo transversal, do tipo retrospectivo e descritivo. Todos os dados foram coletados pelas pesquisadoras em três serviços de referência em atendimento secundário em mastologia, com pacientes atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em Juiz de Fora, município brasileiro localizado na Zona da Mata em Minas Gerais com uma população de aproximadamente 564.310 habitantes, e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,778 segundo PNUD/2010, expectativa de 2018 (NCI, 2018). O município é a referência do polo assistencial da macrorregião Sudeste do estado, composta de 8 microrregiões, abrangendo 94 municípios. São os polos microrregionais: Juiz de Fora, Lima Duarte e Bom Jardim, constituído de 25 municípios. Juiz de Fora é ainda a referência em procedimentos de média e alta complexidade para 160 municípios (INCA, 2019<sup>a</sup>).

O projeto foi aprovado pelos serviços em que foi realizada a pesquisa, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora SUPREMA em 2018. Foram seguidas todas as recomendações de boas práticas clínicas segundo a resolução CNS 466/2012.

Os dados das fichas cadastrais foram coletados e analisados conjuntamente pelas pesquisadoras de forma a evitar vieses. Para a coleta de dados, foram consultadas as fichas cadastrais das pacientes assistidas pelas instituições participantes do estudo. A seleção da amostra foi sistemática e baseou-se na dinâmica de atendimento das unidades da macrorregião de Juiz de Fora, marcados via central de marcação de consultas.

Os critérios de inclusão foram: mulheres com comprovação histopatológica de câncer de mama no momento do diagnóstico, em tratamento ou controle, independente das variáveis clínicas; exclusão: pacientes diagnosticadas com lesões precursoras de câncer ou doenças benignas da mama, bem como o câncer de mama no gênero masculino.

Foram respeitados os riscos nas dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual desses participantes, conforme resolução 466/12. Para minimizar tais fatores, os dados de identificação dos participantes não foram incluídos na pesquisa.

Foram analisados retrospectivamente um total de 223 prontuários nos serviços de referência de atendimento secundário do câncer de mama, na macrorregião de Juiz de Fora (MG), no período de março de 2018 a Janeiro de 2019. As variáveis pesquisadas foram idade do diagnóstico, idade da primeira gestação a termo, método usado para identificar a lesão neoplásica, estadiamento, história familiar positiva de câncer de mama, escolaridade, formalidade do trabalho e município de origem da paciente com diagnóstico da doença.

Esse instrumento foi construído com base no The Breast Cancer Risk Assessment Tool (National Cancer Institute – NIH; <https://bcrisktool.cancer.gov/>) acessado em Outubro/2018 (NIH,2018), e com base nas Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama do Ministério da Saúde (MS, 2019), dados referentes a 2015 (Marmot et al., 2013).

Os dados foram tabulados em planilha do software Excel for Windows. As variáveis do estudo foram submetidas à estatística descritiva (média, desvio padrão, frequência relativa e absoluta). Para verificar a associação das variáveis, foi utilizado o teste Quiquadrado. O software usado para análise foi o JASP for Windows versão 0.10.0. Para todas as análises foram adotados nível de significância  $p < 0,05$ .

### 3 RESULTADOS

Do total de pacientes submetidas a análise, 59% residem em Juiz de Fora e 41% vieram encaminhadas das cidades da região para consulta especializada.

Fizeram parte do estudo 223 fichas cadastrais e prontuários de pacientes que atenderam a todos os critérios de inclusão e de exclusão. A distribuição dos dados por fatores analisados encontra-se na **Tabela 1**.

**Tabela 1:** Distribuição de frequência das principais variáveis do estudo

| VARIÁVEIS    | CASOS |   |
|--------------|-------|---|
|              | N     | % |
| <b>IDADE</b> |       |   |
| < 35         | 9     | 4 |
| 35-40        | 21    | 9 |

|                                   |     |    |
|-----------------------------------|-----|----|
| 41-45                             | 21  | 10 |
| 46-50                             | 46  | 21 |
| > 50                              | 123 | 56 |
| <b>RAÇA</b>                       |     |    |
| Negra                             | 50  | 23 |
| Outra                             | 166 | 77 |
| <b>PARIDADE</b>                   |     |    |
| Não                               | 39  | 18 |
| < 30                              | 133 | 62 |
| > 30                              | 43  | 20 |
| <b>DIAGNÓSTICO</b>                |     |    |
| Autoexame                         | 130 | 59 |
| Clínico                           | 21  | 10 |
| Mamografia                        | 66  | 30 |
| Ultra-sonografia                  | 3   | 1  |
| <b>HISTÓRIA FAMILIAR POSITIVA</b> |     |    |
| Sim                               | 38  | 17 |
| Não                               | 184 | 83 |
| <b>LATERALIDADE</b>               |     |    |
| Esquerda                          | 128 | 55 |
| Direita                           | 95  | 40 |
| Bilateral                         | 12  | 5  |

| <b>ESTADIAMENTO</b>                   |     |    |
|---------------------------------------|-----|----|
| T1                                    | 81  | 43 |
| T2                                    | 89  | 39 |
| T3                                    | 14  | 7  |
| T4                                    | 23  | 11 |
| <b>AXILA POSITIVA</b>                 |     |    |
| Sim                                   | 92  | 43 |
| Não                                   | 122 | 57 |
| <b>ESCOLARIDADE</b>                   |     |    |
| 1° grau                               | 126 | 58 |
| 2° grau                               | 68  | 31 |
| 3° grau                               | 23  | 11 |
| <b>TRABALHO COM CARTEIRA ASSINADA</b> |     |    |
| Sim                                   | 107 | 49 |
| Não                                   | 110 | 51 |
| <b>CIDADE</b>                         |     |    |
| Juiz de Fora                          | 130 | 59 |
| Outros                                | 91  | 41 |

Foi observada a seguinte distribuição: 4% com idade ao diagnóstico menor que 35, 9% com idade ao diagnóstico de 35 a 40 anos, 10% com idade ao diagnósticos 46 a 50 anos, 21% com idade ao diagnóstico de 46 a 50 anos e 56% com idade ao diagnóstico maior que 50 anos. Do total de pacientes analisadas, 23% (n=50) se autodeclararam negras e 77% (n=77) se declararam não-negras.

Os resultados deste estudo permitiram identificar que 82% das mulheres já estiveram grávidas, e que 75,2% das mesmas tiveram o primeiro filho com idade inferior a 30 anos. Ter o primeiro filho em idade avançada, acima de 30 anos, alcançou baixa prevalência.

Em nosso estudo 17% (n=38) afirmaram possuir história familiar positiva para câncer de mama, enquanto 83% (n= 184) das pacientes negaram essa relação. Considerou-se história familiar positiva quando se tem diagnóstico de câncer de mama em parente de primeiro grau antes dos 50 anos, ou câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em parente de primeiro grau em qualquer idade e câncer de mama em parente do sexo masculino. Mutações genéticas não entraram no fator de risco por não se tratar de uma realidade no SUS.

Observou-se a maior prevalência diagnóstica através do AEM (59%), seguido em ordem decrescente pela mamografia (30%), exame clínico das mamas (10%) e ultrassonografia (1%), o que demonstra o quão errôneo é considerar tal método como pouco verídico na detecção precoce do câncer de mama (inespecífico porém sem custos e de fácil realização).

Entretanto, a grande maioria dos casos (82%) o estadiamento ao diagnóstico é T1 e T2 (43% e 39% respectivamente). O diagnóstico nos estágios mais avançados visto em menor proporção (18%), associado à prevalência dos estágios iniciais, elucida que há eficácia nas técnicas de detecção precoce com o atual rastreamento para o câncer de mama.

Entre as pacientes avaliadas em nossa pesquisa 58% haviam estudado o ensino fundamental completo ou incompleto, 31% ensino médio e apenas 11% conseguiram completar o ensino superior.

Das pacientes avaliadas 47,5% trabalham de carteira assinada ou estão aposentadas e 48,88% são autônomas, 3,5% não informaram. O diagnóstico realizado tardiamente foi encontrado em 41,81% das pacientes autônomas e 45,79% das pacientes com carteira assinada. Entre as pacientes com menos de 50 anos, a maioria, 54% são autônomas.

#### **4 DISCUSSÃO**

O CM é o mais comum entre as mulheres no Brasil e no mundo depois do câncer de pele não melanoma e responde por cerca de 25% dos novos casos a cada ano, tendo causa multifatorial. Tem como fatores de risco: idade, fatores endócrinos, história reprodutiva, fatores comportamentais/ambientais e fatores genéticos/hereditários (INCA, 2019<sup>a</sup>).

A idade é o principal fator de risco para câncer de mama no sexo feminino. Esta neoplasia tem baixa incidência na faixa etária até 40 anos quando passa a ter índices crescentes, com mais

de 2/3 de todos os novos casos incidentes após os 55 anos de idade (INCA, 2019<sup>a</sup>; Soares et al., 2012). Observamos resultado semelhante em nossa coorte, onde 4% ao diagnóstico tinham menos de 35 anos e 31% estavam entre 40 e 50 anos. Neste mesmo município há 10 anos, um estudo semelhante identificou 31,8% de mulheres que tiveram seu diagnóstico entre 40 e 50 anos, e no norte do estado entre 2006 e 2009, 33,7% também estavam dentro desta mesma faixa etária, corroborando a necessidade de reavaliar as políticas públicas de rastreamento, pois estamos deixando de identificar doença subclínica no grupo de mulheres nesta faixa de idade (Soares et al., 2012; Guerra et al., 2009).

O acúmulo de exposições a fatores de risco intrínsecos (hormonais endógenos, predisposição familiar e genética) e extrínsecos (ingestão de álcool, reposição hormonal e anticoncepção hormonal, síndrome metabólica e radiação ionizante do tórax) ao longo da vida e as próprias alterações biológicas resultantes do envelhecimento também elevam esse risco (Vazquez et al., 2016; Dall & Britt, 2017). A mulher tem um risco aumentado de CM se a exposição ao estrogênio ao longo da vida ocorrer por um tempo mais longo devido a uma menarca precoce, menopausa tardia e / ou nuliparidade ou primiparidade tardia esta considerada acima de 30 anos. Ao contrário observamos que a ooforectomia na pré-menopausa diminui este risco. A nuliparidade ou a redução do número de gestações é comum na atualidade, relacionando-se ao desenvolvimento socioeconômico (Summers et al., 2010; Richardson et al., 2016). Nesta pesquisa identificamos um grupo de 18% de nulíparas e outras 20% que tiveram seu primeiro parto após os 30 anos, portanto 38% desta coorte teria estado exposta ao estrogênio por um tempo maior ao longo da sua vida.

Um estudo retrospectivo brasileiro analisando 738 pacientes de 1985-2002, evidenciou que a taxa de sobrevivência em 10 anos para pacientes com CM em idade menor igual a 40 anos é de 46% na população branca e 42,7% na população não-branca, e para a faixa etária de 50 a 69 anos é de 50,1% para a população branca e 41% para não-branca (Vazquez et al. 2016). Essas diferenças no diagnóstico, tratamento e sobrevivência do CM podem ser atribuíveis às disparidades sócio econômicas e ter uma relação com o atraso no acesso aos serviços de saúde. Porém, alguns apontam que essas disparidades persistem mesmo quando o status socioeconômico é controlado nas análises. De qualquer forma, baixo status socioeconômico é fator de risco para um desfecho desfavorável independente da raça (INCA, 2019<sup>c</sup>).

No grupo de mulheres analisado, observamos que 23% se consideravam negras, 58% haviam cursado somente o ensino fundamental, e ainda mais da metade das mulheres não

possuíam um trabalho formal com carteira assinada (51%), sendo portanto de grande importância conhecer e identificar o grupo de mulheres pertencentes a um baixo nível sócio-econômico-cultural para criar políticas públicas que alcancem esta população de forma efetiva (INCA, 2019<sup>d</sup>).

A presença de nódulos ou outros sinais suspeitos nas mamas devem ser investigados para a exclusão do câncer de mama. Para tal investigação, além do AEM, têm-se o ECM (realizado por profissional habilitado), exames de imagem que podem ser recomendados como mamografia, ultrassonografia ou ressonância magnética. A confirmação diagnóstica só é concebida por meio da biópsia, técnica que consiste na retirada de um fragmento do nódulo ou da lesão suspeita por meio de punção por agulha grossa (PAG) / core biopsy ou de exérese da lesão. O material retirado é analisado por um patologista para a definição do diagnóstico (INCA, 2019<sup>b</sup>).

A localização mais frequente do câncer de mama nas pacientes é no quadrante superior externo da mama esquerda, seguido do quadrante superior externo da mama direita, pois há mais quantidade de glândulas nesses locais (INCA, 2019<sup>d</sup>; Siqueira et al., 2016). Em nosso estudo, obteve-se como resultado que em relação à lateralidade, a mama esquerda com maior frequência de acometimento (55%), quando comparada à mama direita ou em ambas as mamas (40% e 5% respectivamente).

A estratégia sistemática criada pela política nacional de controle do CM no Brasil no período de 1997 a 2004, investiu principalmente no conhecimento da população sobre os problemas acarretados pelo câncer, dando ênfase ao AEM (INCA, 2019<sup>c</sup>). Desde então várias políticas para controle da doença e melhora no diagnóstico e acesso universal ao tratamento foram criadas. A ação mais recente são as Diretrizes para Detecção Precoce do Câncer de Mama, aprovadas pelo MS em 2015. Observamos no nosso grupo de mulheres que o AEM foi responsável pela detecção da neoplasia em 59% delas, portanto já havia uma manifestação clínica, sendo que 43% apresentavam uma axila clinicamente comprometida. Estudo semelhante realizado em Juiz de Fora encontrou 59,8% também com comprometimento axilar ao diagnóstico, (Guerra et al., 2009) e no Norte de Minas Gerais 47,6% tiveram seu diagnóstico em estágios avançado III e IV, onde 79,2% e 59% não haviam realizado nem mamografia nem autoexame, respectivamente. A orientação sobre o autoconhecimento da mama e dos sinais e sintomas de alerta sobre a manifestação da doença pode alertar a mulher na busca pelo diagnóstico precoce (Guerra et al., 2009).

Os parâmetros que classificam mulheres como de alto risco para desenvolvimento do CM estão na história familiar com parentes de primeiro grau com câncer antes dos 50 anos, CM bilateral ou câncer de ovário do tipo epitelial em parentes de primeiro grau e CM em homem, além de história de radioterapia supra diafragmática antes dos 36 anos e as mutações genéticas de BRCA1 e 2 (Síndrome de câncer de mama e ovário hereditários), TP53 (Síndrome de Li-Fraumeni) e PTEN (de Cowden), responsáveis por acometer 1% da população (Dantas et al., 2009).

Do grupo estudado somente 17% foram classificados no grupo de alto risco, por apresentarem história familiar positiva, e semelhante achado foi encontrado no norte de Minas, 20,1% num estudo realizado entre 2006 e 2009 (Soares et al., 2012). Este grupo ao ser classificado como de alto risco deveria ser submetido ao rastreamento mamográfico a partir de 35 anos com periodicidade anual (Marmot et al., 2013).

O estadiamento clínico anatômico, conforme a sétima edição do TNM – Classificação de Tumores Malignos, (INCA, 2019<sup>a</sup>; UICC, 2019; AJCC, 2019) define a extensão da doença de acordo com o tamanho do tumor, a presença ou não de linfonodos axilares homolaterais comprometidos e a presença de doença fora da mama. Uma vez atribuído o estadiamento conforme o TNM, é possível agrupar em estádios que variam de 0 a IV, sendo 0 a classificação referente ao carcinoma de mama in situ, I o estágio mais inicial e o IV o mais avançado dos carcinomas invasivos (INCA, 2019<sup>d,e</sup>; Siqueira et al., 2016).

O presente estudo mostrou que menos da metade das pacientes (43%) apresentavam axila positiva no momento do exame clínico inicial, independentemente do tamanho do tumor. Estudo semelhante realizado em Juiz de Fora, por Cintra et al. (2008), identificou na sua coorte de mulheres com CM, 59,8% com comprometimento axilar, cujo prognóstico deste grupo de pacientes foi de 73,6% de sobrevida em 5 anos, e das que não possuíam comprometimento axilar foi de 94,3% (UICC, 2019). Guerra et al. (2009) em uma revisão histórica entre 1998 e 2000, neste mesmo município encontrou em sua coorte 51,7% das mulheres ao diagnóstico também já apresentavam comprometimento axilar (Guerra et al., 2009). Os estádios localmente avançados da doença com comprometimento axilar caracterizam pior prognóstico e sobrevida livre de doença. Podemos observar que, mesmo com programas de rastreamento estabelecidos pelo MS, ainda hoje, o CM é diagnosticado em estágios que comprometem o prognóstico dos pacientes, pois a presença de axila comprometida ao diagnóstico está inversamente relacionada à sobrevida global (Gobi et al., 2012).

O grau de escolaridade pode influenciar na sobrevida após o diagnóstico, onde o baixo grau de instrução dificulta a aquisição de informações sobre prevenção e detecção precoce desta doença, além de dificultar o acesso aos serviços de saúde ((Summers et al., 2010; Richardson et al., 2016). Essa relação entre o nível de conhecimento das mulheres e as taxas de adesão às práticas de rastreamento e detecção precoce tem influência direta no momento do diagnóstico e prognóstico (Cintra et al., 2008; UICC, 2019).

No momento do diagnóstico 63% das pacientes haviam cursado apenas o ensino fundamental completo ou incompleto (Tabela 2). Para Migowski et al. (2018), a percepção da falta de acesso aos serviços de saúde e o desconhecimento sobre os sinais de alerta de câncer e a existência de mitos sobre a doença, são fatores que podem levar a este atraso, interferindo ao final no prognóstico destas mulheres (Migowski et al., 2018).

**Tabela 2:** Relação entre a escolaridade e a frequência de estágios avançados

|                           |              |        |
|---------------------------|--------------|--------|
| <b>Ensino fundamental</b> | 58 pacientes | 63,04% |
| <b>Ensino médio</b>       | 27 pacientes | 29,34% |
| <b>Ensino superior</b>    | 7 pacientes  | 7,60%  |

Assim que diagnosticado câncer inúmeras dúvidas surgem e dentre elas o afastamento e o retorno ao trabalho. A opção de continuar trabalhando é individualizada e depende do tratamento a ser realizado e do desejo da paciente. Durante as medicações antineoplásicas muitas delas apresentam efeitos colaterais que prejudicam a qualidade de trabalho assim como o pós operatório imediato naquelas pacientes que necessitam de uma abordagem cirúrgica mais agressiva e possuem trabalho braçal. A Lei 8213/91 garante aos trabalhadores o direito de afastamento das atividades por até 15 dias para tratamento de saúde mediante atestado médico. Se o período ultrapassar esse limite o paciente deverá solicitar auxílio-doença junto ao INSS. Na abordagem cirúrgica tanto radical, quanto conservadora, o linfedema, dor local e diminuição de força/amplitude de movimento do membro superior ipsilateral prejudicam em curto e longo prazo as atividades de vida diária, desempenho profissional e habilidade de realizar tarefas distintas (Siqueira et al., 2016 ; Dantas et al., 2009; Gobi et al., 2012; Cintra et al., 2008).

No Brasil as taxas de sobrevida livre de doença oscilam entre 50-60% refletindo nos afastamentos laborais, levando em conta que a maioria das pacientes encontram-se em idade produtiva (Rhie et al., 2013). Em 2011, Roelen et al., (2011) demonstraram que as mulheres levam cerca de 340 dias para retornarem as atividades de trabalho (Roelen et al., 2011) Durante

esse mesmo período, 13% permanecem ainda em afastamento pela doença e 11% se aposentam precocemente, em razão da presença da dor e de fadiga (Carlsen et al., 2014). Esse afastamento traz prejuízo naquelas pacientes autônomas que em sua maioria possuem trabalhos que dependem do corpo e não conseguem retornar a sua atividade laboral por dor e incapacidade funcional (Carlsen et al., 2014; Salonen et al., 2014). No presente estudo, 51% das mulheres com câncer tinham um trabalho informal (Tabela 3), e em uma coorte de CM da população do norte do estado entre 2006 e 2009, 55,6% estavam nesta mesma condição (Guerra et al., 2009).

**Tabela 3:** Comparação entre situação laboral das pacientes com câncer de mama

| <b>Situação Laboral</b>                     | <b>n</b>      | <b>%</b> |
|---|---------------|----------|
| <b>Carteira assinada</b>                    | 107 pacientes | 47,50%   |
| <b>Autônoma</b>                             | 110 pacientes | 48,88%   |
| <b>Não informado</b>                        | 8 pacientes   | 3,50%    |
| <b>&lt;50 anos com carteira assinada</b>    | 46 pacientes  | 42,99%   |
| <b>&gt; 50 anos com carteira assinada</b>   | 61 pacientes  | 57%      |
| <b>&lt; 50 anos autônoma</b>                | 60 pacientes  | 54,54%   |
| <b>&gt; 50 anos autônoma</b>                | 50 pacientes  | 45,45%   |
| <b>Autônoma / estágio avançado</b>          | 46 pacientes  | 41,81%   |
| <b>Autônoma / estágio inicial</b>           | 64 pacientes  | 58,18%   |
| <b>Carteira assinada / estágio avançado</b> | 49 pacientes  | 45,79%   |
| <b>Carteira assinada / estágio inicial</b>  | 58 pacientes  | 54,20%   |

Para algumas mulheres o retorno as atividades são sinônimo de estresse por barreiras físico-emocionais que não são avaliadas pelas empresas, que devem propiciar um redirecionamento desta mulher a uma outra função mais adequada à sua condição. Por outro lado, estudos mostram melhora na qualidade de vida naquelas que mantém o trabalho durante o tratamento (Salonen et al., 2011).

Estudo recente e semelhante ao nosso desenvolvido por Rocha e colaboradores (2020) descreveu o perfil dos casos de câncer de mama em mulheres atendidas em alguns municípios

de Goiás e concluiu que a dificuldade de obtenção de dados reflete uma importante motivação para a contínua pesquisa descritiva como a realizada neste estudo.

## 5 CONCLUSÃO

Sendo assim, o prognóstico e o diagnóstico precoce do câncer de mama ganha cada vez mais importância em mulheres mais jovens. Ficou evidente no nosso estudo, que o rastreamento mamográfico e orientação sobre o AEM deveria contemplar mulheres acima de 40 anos mesmo na ausência de fatores de risco, visto que 31% do grupo, obtiveram seu diagnóstico nesta faixa etária e 59% das pacientes identificaram sua doença através do AEM. Torna-se necessária a implementação de novos programas de rastreamento de câncer de mama para mulheres nessa faixa etária, visando uma subpopulação que esteja em maior risco. Educação e orientação sobre os riscos do CM e o AEM regular para o diagnóstico precoce precisam ser enfatizados além da necessidade de se criar estratégias de rastreamento específicas para alcançar a população feminina com baixo índice de escolaridade baseado em nosso estudo onde 58% das mulheres apresentavam somente ensino fundamental completo. Conhecer o perfil epidemiológico regional é de suma importância para intervir de forma mais eficaz nessas mulheres afim de que tenhamos uma política de rastreamento e tratamento mais efetiva.

## REFERÊNCIAS

American Joint Committee on Cancer (AJCC). AJCC cancer staging manual. Available from: URL: <https://cancerstaging.org/references-tools/deskreferences/Documents/AJCC%207th%20Ed%20Cancer%20Staging%20Manual.pdf>. Accessed in 16 Jul, 2019.

Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(6):394-424.

Carlsen K, Ewertz M, Dalton SO, Badsberg JH, Osler M. Unemployment among breast cancer survivors. *Scand J Public Health*. 2014;42(3):319-328.

Cintra JRD, Guerra MR, Bustamante-Teixeira MT. Sobrevida específica de pacientes com câncer de mama não-metastático submetidas à quimioterapia adjuvante. *Rev Assoc Med Bras* 2008;54(4):339-346.

Dall GV, Britt KL. Estrogen Effects on the Mammary Gland in Early and Late Life and Breast Cancer Risk. *Front Oncol*. 2017;7:1-10.

Dantas ELR, Sá FHL, Carvalho SMF, Arruda AP, Ribeiro EM, Ribeiro EM. Genética do câncer hereditário. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2009;55(3):263-269.

Gobi H. Classificação dos tumores da mama: atualização baseada na nova classificação da Organização Mundial da Saúde de 2012. *J Bras Patol Med Lab* 2012;48(6):p.463-474.

Guerra MR, Mendonça GAS, Bustamante-Teixeira MT, Cintra JRD, Carvalho LM, Magalhães LMPV. Sobrevida de cinco anos e fatores prognósticos em coorte de pacientes com câncer de mama assistidas em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2009;25(11):2455-2466.

Instituto Nacional do Câncer (INCA) [homepage on the Internet]. A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação. Available from: URL: [https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//a\\_situacao\\_ca\\_mama\\_brasil\\_2019.pdf](https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//a_situacao_ca_mama_brasil_2019.pdf). Accessed 08 April, 2019<sup>a</sup>.

Instituto Nacional do Câncer (INCA) [homepage on the Internet]. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Available from: URL: [https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes\\_deteccao\\_precoce\\_cancer\\_mama\\_brasil.pdf](https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes_deteccao_precoce_cancer_mama_brasil.pdf). Accessed March 12, 2019<sup>b</sup>.

Instituto Nacional do Câncer (INCA) [homepage on the Internet]. Estimativa 2018 – Incidência de câncer no Brasil. Available from: URL: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/estimativa-2018.pdf>. Accessed 30 July, 2019<sup>c</sup>.

Instituto Nacional do Câncer (INCA). Câncer de mama. Available from: URL: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama>. Accessed in 16 Jul, 2019<sup>d</sup>.

Instituto Nacional do Câncer (INCA). Orientações para elaboração de laudo no sistema de informação do controle do câncer de mama. Available from: URL:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Orientacoes\\_no\\_laudo\\_sismama.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Orientacoes_no_laudo_sismama.pdf).

Accessed in Jul 25, 2019°.

Marmot MG, Altman DG, Cameron DA, Dewar JA, Thompson SG, Wilcox M. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *Br J Cancer*. 2013;108(11):2205–2240.

Migowski A, Dias MBK, Nadanovsky P, Azevedo e Silva G, Sant’Ana DR, Stein AT. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. III – Desafios à implementação. *Cad. Saúde Pública* 2018; 34(6):e00046317.

National Cancer Institute (NIH). The breast cancer risk assessment tool. Available from: URL: <https://bcrisktool.cancer.gov/>. Accessed in 16 October, 2018.

Oeffinger KC, Fontham ET, Etzioni R, Herzig A, Michaelson JS, Shih YC, et al. Breast cancer screening for women at average risk: 2015 Guideline update from the American Cancer Society. *JAMA* 2015;314(15):1599-1614.

OHL, Isabella Cristina Barduchi et al . Ações públicas para o controle do câncer de mama no Brasil: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 69, n. 4, p. 793-803, Aug. 2016 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672016000400793&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000400793&lng=en&nrm=iso)>. access on 25 Sept. 2020. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690424i>.

Rhie J, JeongI, Won JU. Return-to-work according to impairment type among occupationally injured workers in Korea. *J Korean Med Sci*. 2013;28(11):1581-1586.

Richardson LC, Henley SJ, Miller JW, Massetti G, Thomas CC. Patterns and trends in age-specific black-white differences in breast cancer incidence and mortality - United States, 1999-2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2016;65(40):1093-1098.

Rocha et al., *Braz. J. of Develop.*, Curitiba, v. 6, n. 1,p. 2375-2387 jan. 2020. <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/6153/6503>

Roelen CA, Koopmans PC, van Rhenen W, Groothoff JW, van derKlink JJ, Bültmann U. Trends in return to work of breast cancer survivors. *Breast Cancer Res Treat*. 2011;128(1):237-242.

Salonen P, Kellokumpu-Lehtinen PL, Tarkka MT, Koivisto AM, Kaunonen M. Changes in quality of life in patients with breast cancer. *J Clin Nurs* 2011;20(1-2):255-266.

Siqueira ASE, Gonçalves JG, Balaro ML, Mendonça PEX, Merhy EE, Land MGP. Impacto econômico das internações, quimioterapias e afastamentos por neoplasia maligna de mama no Brasil. *Diversitates International Journal* 2016;8(1):1-19.

Soares PBM, Quirino Filho S, Souza WP, Gonçalves PCR, Martelli DRB, Silveira MF, et al. Características das mulheres com câncer de mama assistidas em serviços de referência do Norte de Minas Gerais. *Rev Bras Epidemiol* 2012;15(3):595-604.

Summers C, Saltzstein SL, Blair SL, Tsukamoto TT, Sadler GR. Racial/ethnic differences in early detection of breast cancer: a study of 250,985 cases from the California Cancer Registry. *J Womens Health (Larchmt)* 2010;19(2):203-207.

União Internacional de Controle do Câncer (UICC). TNM Classification of malignant tumours. Available from: URL: [http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/educacion/13072015\\_TNM%20Classification.pdf](http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/educacion/13072015_TNM%20Classification.pdf). Accessed in 16 Jul, 2019.

Vazquez FL, Silva TB, Vieira RAC, Costa AM, Scapulatempo C, Fregnani JHTG, et al. Retrospective analysis of breast cancer prognosis among young and older women in a Brazilian cohort of 738 patients, 1985-2002. *Oncol Lett*. 2016;12(6):4911–4924.

World Health Organization (WHO). WHO position paper on mammography screening. Available from: URL: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/137339/9789241507936\\_eng.pdf;jsessionid=21ADC13AF7578AB75DD008909FE6195E?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/137339/9789241507936_eng.pdf;jsessionid=21ADC13AF7578AB75DD008909FE6195E?sequence=1). Accessed in 08 March, 2019.