



Health
Residencies
Journal (HRJ).
2024;5(25):5-11

Artigos
Temas Livres

DOI:
[https://doi.org/10.51723/
hrj.v5i25.1002](https://doi.org/10.51723/hrj.v5i25.1002)

ISSN: 2675-2913

Qualis: B2

Recebido: 10/01/2023

Aceito: 04/03/2024

Perfil epidemiológico de pacientes com Câncer de Mama admitidas em serviço público de Brasília

Epidemiological profile of patients treated in a public service with Breast Cancer in Brasília

Carlos Henrique Melato Gois de Britto¹ , Fábio Siqueira² , Elisa Cançado Porto Mascarenhas³ 

¹ Médico Residente do Programa de Residência Médica em Oncologia Clínica da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal (ESCS-DF).

² Farmacêutico Clínico do Hospital Regional de Taguatinga (HRT).

³ Médica Oncologista do Hospital Regional de Taguatinga (HRT).

Correspondência: carloshenrique_199@hotmail.com

RESUMO

Introdução: o Câncer de mama é a malignidade mais diagnosticada no mundo. Com particularidades relacionadas à idade e ao estadiamento, as brasileiras têm maior risco do diagnóstico de doença avançada. No Brasil, o Ministério da Saúde habitualmente indica o rastreamento para a faixa etária dos 50 aos 69 anos, com o objetivo de detectar lesões precoces. É importante correlacionar os números locais com os esforços de rastreamento e a idade ao diagnóstico. **Objetivos:** correlacionar idade ao diagnóstico com dados da literatura, subtipos histológicos e perfil epidemiológico dos pacientes atendidos. **Métodos:** estudo transversal, analítico, retrospectivo através de análise de prontuários de pacientes com Câncer de mama acompanhados em hospital público de Brasília entre 2015 e 2019. **Resultados:** foram avaliados 782 prontuários. A idade variou de 27 a 86 anos, sendo 40% abaixo dos 50 anos e 60% com 50 ou mais. Os estádios mais frequentes foram II e III (35% cada). 37% eram variantes de pior prognóstico (doenças triplo negativa e HER2+) enquanto que 62% eram de prognóstico variável (doença luminal). 30% foram submetidos a adjuvância, 26% a neoadjuvância e 7% a tratamento paliativo. **Conclusão:** o estudo foi condizente com a literatura. A política de rastreamento deve ser prioridade no Distrito Federal.

Palavras-chave: Câncer de mama; Rastreamento; Perfil de saúde; Saúde pública.

ABSTRACT

Introduction: breast cancer is the most diagnosed malignancy in the world. With particularities related to age and staging, Brazilian women are at greater risk of being diagnosed with an advanced disease. The Ministry of Health of Brazil usually recommends screening for the age group from 50 to 69 years old, with the aim of detecting early stages of the disease. It is important to correlate local numbers with screening efforts and age at diagnosis. **Endpoints:** correlate age at diagnosis with literature data, histological subtypes and epidemiological profile of patients treated. **Methods:** cross-sectional, analytical, retrospective study through analysis of medical records of patients with breast cancer treated in a public hospital in Brasília between 2015 and 2019. **Results:** 782 medical records were evaluated.

Age ranged from 27 to 86 years, with 40% under 50 and 60% aged 50 or over. The most common stages were II and III (35% each). 37% were variants with a poor prognosis (triple negative and HER2+ diseases) while 62% were with a variable prognosis (luminal disease). 30% underwent adjuvant treatment, 26% neoadjuvant treatment and 7% palliative treatment. **Conclusion:** the study was consistent with the literature. The screening policy must be a priority in the Federal District.

Keywords: Breast neoplasms; Screening; Health profile; Public health.

INTRODUÇÃO

As neoplasias são hoje uma das quatro principais causas de morte prematura (antes dos 70 anos de idade) na maioria dos países¹. A incidência e a mortalidade por câncer vêm aumentando no mundo, tanto pelo envelhecimento e crescimento populacionais, quanto pela mudança na distribuição e na prevalência dos fatores de risco de câncer, especialmente aqueles associados ao desenvolvimento socioeconômico¹.

Globalmente, o câncer de mama é a malignidade mais frequentemente diagnosticada, respondendo por mais de dois milhões de casos a cada ano². No Brasil, excetuando-se os cânceres de pele não melanoma, o câncer de mama é a neoplasia maligna mais incidente na população feminina em todas as regiões do país¹.

De acordo com o estudo AMAZONA³, que teve como objetivo descrever o perfil das pacientes diagnosticadas com câncer de mama em EC I-III entre 2001 e 2006, o Brasil possui particularidades em relação à idade e ao estadiamento destes pacientes. Segundo os autores, as mulheres brasileiras têm maior risco de serem diagnosticadas em estágios mais avançados do que em países de alta renda³.

Em todo o mundo, o câncer de mama trata-se da quinta maior causa de mortalidade⁵, e a carga global tem aumentado continuamente nos últimos anos. Ao se considerar dados mundiais apenas sobre população feminina, dentre todas as neoplasias, o câncer de mama foi a malignidade com a maior taxa de mortalidade, com uma estimativa de 684.996 óbitos em 2020, o que representa uma taxa de 13.6 óbitos/100.000 mulheres². Dados nacionais sobre a população feminina mostraram que, em 2021, o câncer de mama apresentou a maior mortalidade, com mais de 18 mil óbitos e uma taxa de cerca de 12/100.000 mulheres⁶. No Distrito Federal, a análise da mortalidade do câncer de mama reflete a tendência nacional, porém com particularidades regionais. A distribuição é se-

melhante à média nacional, com o óbito de 221 mulheres em 2021, o que representa uma taxa de cerca de 11,8/100.000 mulheres⁶, sendo importante destacar variações que podem ocorrer devido a fatores socioeconômicos e de acesso aos serviços de saúde específicos dessa região.

Atualmente, o controle do câncer de mama é uma prioridade da agenda de saúde do país e integra o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) do Brasil, 2011-2022¹. As diretrizes para detecção do câncer no Brasil indicam a mamografia de rastreamento para mulheres assintomáticas entre 50 a 69 anos. Casos de alto risco em idade fora da faixa de rastreio devem ser considerados individualmente para tomada de conduta⁷.

É vital correlacionar esses números com os esforços de rastreamento e a idade ao diagnóstico. O presente estudo se propõe a fazer uma relação dos dados com a realidade local do Hospital Regional de Taguatinga (HRT), serviço de atendimento de pacientes da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), na tentativa de entender a influência ocasionada pelo perfil social atendido pelo referido hospital.

O objetivo geral da pesquisa foi correlacionar a idade ao diagnóstico dos pacientes atendidos na SES-DF com o perfil encontrado em literatura e os objetivos específicos: correlacionar a idade ao diagnóstico com subtipos histológicos de melhor ou pior prognóstico e avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos na SES-DF com câncer de mama no referido período.

MÉTODOS

DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de estudo transversal, analítico, retrospectivo, em pacientes adultos com diagnóstico

de câncer de mama (Classificação Internacional de Doenças – CID – C50, incluindo C50.0 a 50.9) acompanhados pela Unidade de Oncologia do HRT no período de janeiro de 2015 a junho de 2019, realizada no banco de dados da Central de Manipulação de Quimioterápicos (CMQ), no HRT. Foram excluídos pacientes que não tinham todos os dados necessários para inclusão na pesquisa.

DADOS AVALIADOS

No banco de dados da CMQ foram geradas planilhas com informações necessárias à pesquisa de cada paciente atendido: data de nascimento, sexo, CID, medicamento utilizado, data de manipulação, local de atendimento do paciente.

As planilhas foram importadas para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) v.26 para análise dos dados obtidos. A variável “Tipo de tratamento” (adjuvante, neoadjuvante ou paliativo) foi definida de acordo com a intenção de tratamento no momento da abertura do protocolo terapêutico.

Os pacientes foram classificados em grupos de acordo com a estadiamento TNM 8ª edição da AJCC⁷, desfecho do tratamento e faixa etária. Em relação a perfil imunistoquímico, foram classificados como: receptor de fator de crescimento epidérmico (HER-2) positivo ou negativo, Receptores hormonais (RH) (receptores de estrógeno e progesterona) positivo ou negativo. A doença triplo negativa foi caracterizada como aquela em que os três receptores (HER-2, RE e RP) foram considerados como negativos.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Todos os pacientes que iniciaram o tratamento no período da pesquisa foram incluídos na amostra. Foi realizada análise descritiva dos dados utilizando programa estatístico SPSS versão 26. A análise exploratória das variáveis do estudo foi feita a partir de medidas de tendência central e dispersão para as variáveis contínuas e de frequências simples para as variáveis categóricas. Para estimar a associação das variáveis exploratórias da idade dos pacientes, inicialmente foram ajustados modelos de regressão logística simples, tendo como variável resposta dicotômica a faixa etária e como variáveis preditoras desfecho do tratamento, estadiamento, RH e HER-2.

APRECIÇÃO ÉTICA

Houve dispensa de coleta do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e os dados foram mantidos em sigilo, mantendo-se e garantindo-se o anonimato durante toda a execução do projeto. O atual estudo faz parte da pesquisa submetida a análise do Comitê de Ética em Pesquisa da SES-DF com parecer número 3.805.282, CAAE 17643119.8.0000.5553.

RESULTADOS

Foram incluídos um total de 782 prontuários no estudo. A idade dos pacientes no início do tratamento variou de 27 a 86 anos. Os pacientes foram divididos em dois grupos etários, menor que 50 anos (cerca de 40%) e igual ou maior que 50 (cerca de 60%). Com relação à estratificação etária mais detalhada, foram encontrados: abaixo de 40 anos (n = 78; 10%), entre 40 e 49 anos (n = 237, 30,3%), entre 50 e 59 anos (n = 205, 26,2%) e a partir de 60 anos (n = 262, 33,5%). Com relação ao sexo, foram observadas 779 mulheres e três homens. O Gráfico 1 demonstra a proporção de cada faixa etária encontrada.

O estadiamento estava descrito em 681 prontuários, sendo as maiores frequências observadas de estágio clínico (EC) II (n = 239, 35,1%) e EC III (n = 239, 35,1%), com uma fração importante de doença localmente avançada (EC III). Dentre as pacientes

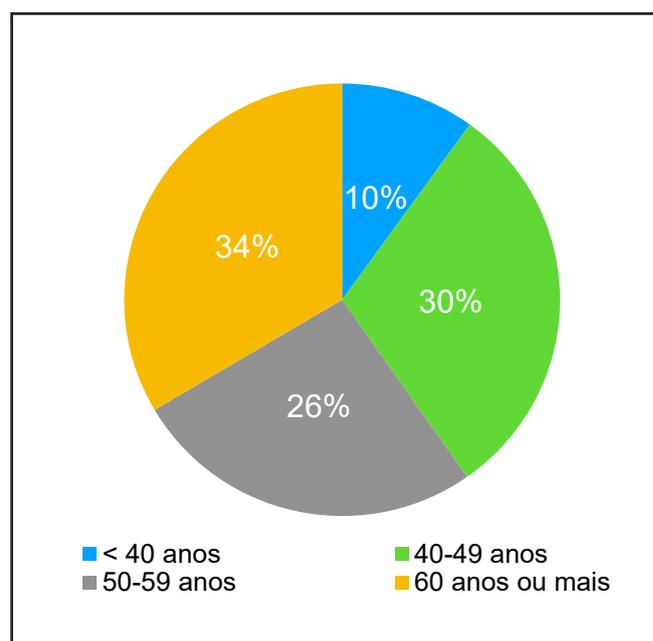


Gráfico 1 – Estratificação dos pacientes segundo faixa etária.

com menos de 50 anos de idade (n = 272 pacientes), cerca de 15% (n = 41) foram diagnosticadas já com metástase à distância (EC IV), sem possibilidade de tratamento com intenção curativa. Dentre todas as pacientes diagnosticadas com metástase à distância (EC IV, n = 97), 73% (n = 71 pacientes) tinha menos de 60 anos de idade. A Tabela 1 mostra a relação entre faixa etária e estadiamento. Ao se avaliar apenas a faixa rastreável pelo Ministério da Saúde (50 a 59 anos), foi observado uma maior proporção de casos avançados/sintomáticos (EC III e IV), com 94 pacientes (51% de um total de 184 pacientes), enquanto que casos mais precoces (EC I) em fase assintomática correspondeu a apenas 24 pacientes (13% de um total de 184). Além disso, ao se avaliar apenas estadiamento ao diagnóstico independentemente de faixa etária, cerca de 50% das pacientes foram diagnosticadas em fase avançada (EC III e IV), enquanto que o diagnóstico de doença assintomática (EC I) ocorreu em cerca de 15% das pacientes.

Ao se avaliar o perfil imunohistoquímico, 124 pacientes (17,3%) apresentaram doença triplo negativa (TN) e 147 (20,6%) doença HER2 positiva, variantes de pior prognóstico, enquanto que as doenças de perfil

luminal (RH positivo), de prognóstico variável, foi responsável por 444 casos (62,1%). A Tabela 2 correlaciona o perfil imunohistoquímico com as faixas etárias ao diagnóstico.

Ao se avaliar as variantes de pior prognóstico (TN e HER2+), observou-se uma maior incidência tanto de tumores TN quanto de tumores HER2+ em mulheres jovens (< 40 anos de idade), em comparação às mulheres mais velhas (> 60 anos). Enquanto a incidência de tumores TN em mulheres com mais de 60 anos foi de 32 casos (de um total de 243 mulheres neste grupo), o que representa 20,1% desta faixa etária, a incidência de tumores TN em mulheres abaixo de 40 anos foi de 20 casos em 72 mulheres (27,7%), isto é, 1,37 vezes maior. O Gráfico 2 mostra a proporção dos perfis moleculares da imunohistoquímica em pacientes com menos de 40 anos. Já com relação aos mesmos grupos etários mas agora em olhar dos tumores HER2+, observou-se uma incidência proporcional 1,4 vezes maior de tumores HER2+ em pacientes com menos de 40 do que naquelas com 60 anos ou mais. O Gráfico 3 mostra a proporção dos perfis moleculares da imunohistoquímica em pacientes com mais de 60 anos.

Tabela 1 – Relação entre faixa etária e estadiamento.

Estadiamento	Faixas etárias				Total
	< 40 anos, n (%)	40 – 49 anos, n (%)	50 a 59 anos, n (%)	60 anos ou mais, n (%)	
EC I	5 (0,7%)	30 (4,4%)	24 (3,5%)	47 (6,9%)	106 (15,5%)
EC II	16 (2,3%)	67 (9,8%)	66 (9,6%)	90 (13,2%)	239 (35%)
EC III	35 (5,1%)	77 (11,8%)	64 (9,3%)	63 (9,2%)	239 (35%)
EC IV	12 (1,8%)	29 (4,4%)	30 (4,4%)	26 (3,8%)	97 (14,2%)
Total	68 (10%)	203 (29,8%)	184 (27%)	226 (33,2%)	681 (100%)

Tabela 2 – Relação entre o perfil molecular/imunohistoquímico e faixa etária.

Perfil Molecular	Faixas etárias			
	< 40 anos, n (%)	40 – 49 anos, n (%)	50 a 59 anos, n (%)	60 anos ou mais, n (%)
Triplo Negativo (RH - / HER2 -)	20 (2,8%)	35 (4,9%)	37 (5,2%)	32 (4,5%)
HER2 - e RH+	32 (4,4%)	131 (18,3%)	119 (16,6%)	162 (22,7%)
HER2+ (RH + ou -)	20 (2,8%)	45 (6,3%)	33 (4,6%)	49 (6,9%)

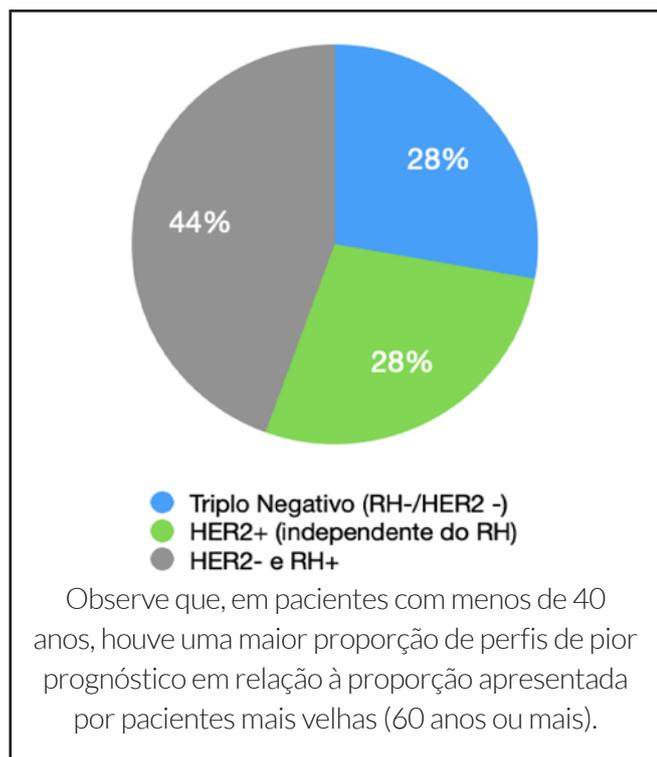


Gráfico 2 – Proporção de cada perfil imunistoquímico em pacientes < 40 anos.

O Gráfico 4 traz a proporção de tratamento inicialmente prescrito pela equipe assistente. Dos 782 prontuários avaliados, 242 pacientes (30%) inicialmente foram submetidos a tratamento adjuvante (após ressecção cirúrgica), enquanto que 210 (26,9%) passaram por tratamento neoadjuvante (prévio à ressecção cirúrgico) e 58 (7,4%) a tratamento paliativo (controle de sintomas e qualidade de vida, sem intenção curativa). 272 (34,8%) prontuários não faziam menção à intenção de tratamento.

DISCUSSÃO

No Brasil, excluídos os tumores de pele não melanoma, o câncer de mama é o mais incidente em mulheres de todas as regiões do país, com taxas mais altas nas regiões Sul e Sudeste. Para cada ano do triênio 2023-2025 foram estimados 73.610 casos novos, o que representa uma taxa ajustada de incidência de 41,89 casos por 100.000 mulheres⁸.

Nosso estudo identificou 10% dos diagnósticos abaixo de 40 anos, 30,3% entre 40 e 49 anos, e 59,7% com 50 anos ou mais (26,2% entre 50 e 59 anos e 33,5% com 60 ou mais), números semelhantes aos encontrados por Simon et al. no estudo AMAZONA (12,1%, 32,2% e 55,7%, respectivamente)³ e por Rosa

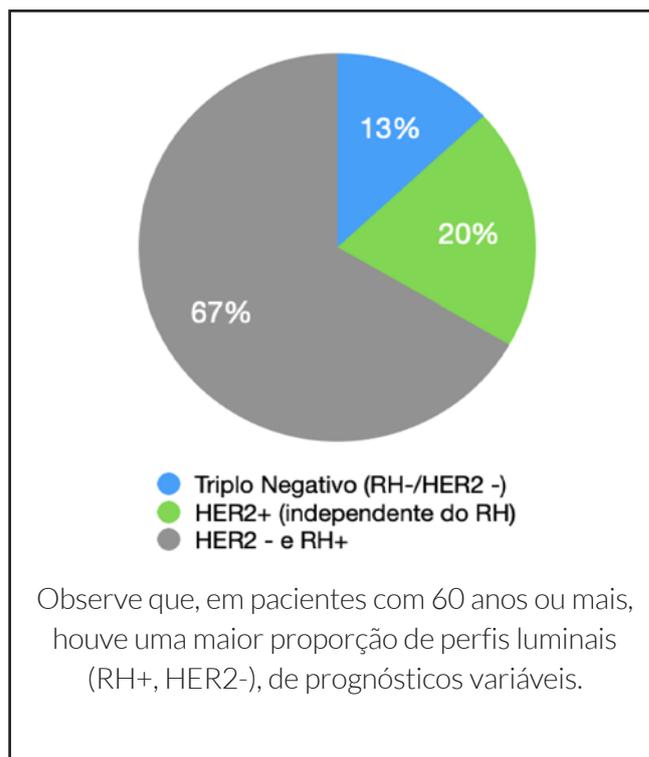


Gráfico 3 – Proporção de cada perfil imunistoquímico em pacientes com 60 anos ou mais.

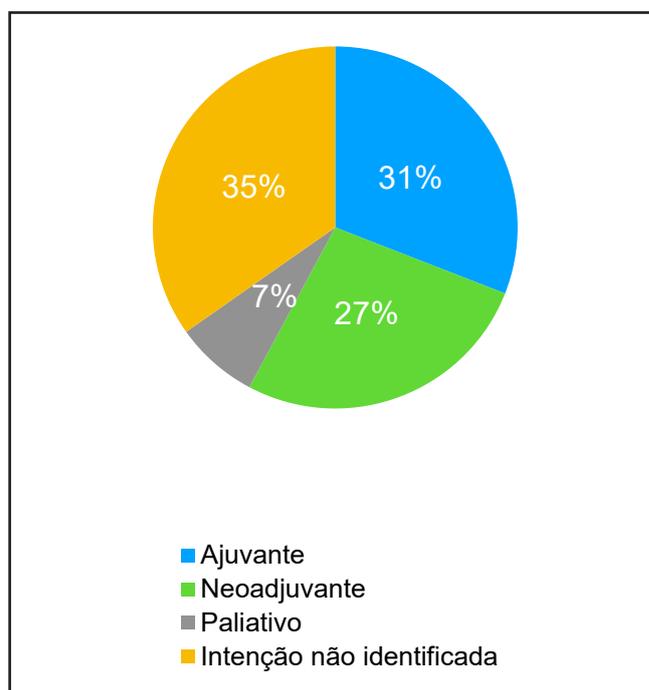


Gráfico 4 – Intenção de tratamento inicialmente prescrito pela equipe assistente.

et al. no AMAZONA III (17,9%, 23,9% e 58,2%, respectivamente)⁴.

A distribuição por estágio clínico observada em no estudo atual foi de EC I 15,5%, EC II e III 35% cada e EC IV 14,2%. O AMAZONA III de Rosa et al. identi-

ficou a proporção de 26.3% de diagnósticos de EC I, 41.6% de EC II, 27% de EC III e 5.1% de EC IV⁴, com uma maior proporção de diagnóstico precoce (EC I e II), fato que talvez possa refletir, indiretamente, um maior alcance das políticas públicas de rastreamento, com redução da proporção de casos diagnosticados em fase de doença avançada. Além disso, o fato de o AMAZONA III ter avaliado tanto pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto do serviço de saúde suplementar pode ter influenciado na diferença dos resultados, mostrando que as pacientes atendidas pelo SUS tenderam a ser mais frequentemente diagnosticadas com doença sintomática, estadiamento mais tardio e histologias mais agressivas, além de terem maior frequência de raça não branca e menor nível de formação acadêmica/profissionalização. Já o AMAZONA de Simon et al.³ avaliou apenas pacientes sabidamente com EC I a III, com exclusão de pacientes com doença metastática (EC IV), o que dificulta a comparação entre os estudos. Segundo registros do INCA pautados em dados hospitalares de estadiamento do câncer de mama, no Brasil, nas últimas duas décadas, vem sendo observada uma tendência de aumento na proporção de casos de câncer in situ e em estágio I, com um discreto aumento em 2020 em relação à década anterior; contudo, um pouco mais de 40% dos casos são ainda diagnosticados em fase avançada (III e IV)⁹.

Dutra et al.¹⁰ publicaram um estudo em 2009, em que avaliaram o perfil molecular/imunoistoquímico e correlacionaram com idade ao diagnóstico. Foi observado que mulheres jovens (até 35 anos), quando comparadas com mulheres na pós-menopausa (50-65 anos) apresentavam maior proporção de variantes de pior prognóstico (doença TN e HER2 +)¹⁰. Em sua publicação, Dutra et al. identificaram fenótipo triplo-negativo em 32 casos (29,6%) do grupo jovem e em 26 casos (20%) do grupo das mulheres entre 50 e 65 anos; já com relação aos tumores HER2 positivos, os autores identificaram 31 casos (28.7%) no grupo jovem, enquanto que no grupo pós-menopausa, a positividade para HER2 foi de 22 casos (16.9%)¹⁰. Estes dados são parecidos ao da população avaliada na CMQ do HRT, em que, entre a população com menos de 40 anos, foram identificados 28% tanto de tumores TN quanto tumores HER2 positivos, contra 13% de triplo negativos e 20% de HER2 positivos na população com 60 anos ou mais.

CONCLUSÕES

Pelo câncer de mama se tratar de uma neoplasia tão incidente e ser uma das malignidades rastreadáveis, com chance de diagnóstico precoce e melhora de prognóstico em relação ao diagnóstico avançado, é importante avaliar os dados locais e as especificidades de cada serviço, a fim de se traçarem políticas públicas para melhor atendimento da população local, com otimização dos recursos disponíveis.

O atual estudo identificou uma proporção mais alta de tumores avançados em comparação a casos de diagnósticos precoces no subgrupo de 50 a 69 anos (população rastreadável pelo Ministério da Saúde), indicando que, talvez, a política nacional de rastreamento do câncer de mama deva ser mais bem trabalhada no âmbito do Distrito Federal. Além disso, a alta proporção de pacientes diagnosticadas antes dos 50 anos (cerca de 40% da amostra) identifica a necessidade de mais estudos de custo-efetividade e de importância clínica de políticas públicas voltadas especificamente para o diagnóstico precoce nesta faixa etária (abaixo de 50 anos e fora da população-alvo do rastreamento do câncer de mama).

O estudo foi condizente com a subpopulação avaliada pelo AMAZONA III que era atendida nos cenários SUS, em que foram identificados casos mais avançados e de pior prognóstico quando comparado com a população com acesso à saúde suplementar; este fato denota uma provável maior dificuldade de acesso a exames de rastreio bem como de diagnóstico, com chega mais tardia ao serviço de saúde e, conseqüentemente, piora de expectativa prognóstica; em última análise, isto pode se traduzir em uma perda importante de anos de vida perdidos, com impacto em força produtiva de trabalho e aumento dos custos para o SUS, embora este não seja este o escopo e o objetivo do atual estudo.

Dentre as limitações deste estudo, podem-se citar: o desenho retrospectivo pode prejudicar a avaliação ideal, com perdas que poderiam ser minimizadas através de uma avaliação prospectiva; a falta de padronização de escrita em prontuário contribuiu para perda de informações importantes, como a intenção do tratamento inicialmente empregado; e o fato de ser um estudo puramente descritivo limita a associação causa-conseqüência.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Definição do câncer de mama e dados de incidência e mortalidade no Brasil. Conceito e Magnitude. Publicado em 16/09/2022. Acesso em: abril de 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controlado-cancer-de-mama/conceito-e-magnitude>
2. “GLOBOCAN 2020: New Global Cancer Data | UICC.” www.uicc.org, 2020. Cited: abril de 2023. Available from: www.uicc.org/news/globocan-2020-new-global-cancer-data
3. Simon SD et al. “Characteristics and Prognosis of Stage I-III Breast Cancer Subtypes in Brazil: The AMAZONA Retrospective Cohort Study.” *The Breast*, vol. 44, Apr. 2019, pp. 113-119. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.breast.2019.01.008>
4. Rosa DD et al. “The Impact of Sociodemographic Factors and Health Insurance Coverage in the Diagnosis and Clinicopathological Characteristics of Breast Cancer in Brazil: AMAZONA III Study (GBECAM 0115).” *Breast Cancer Research and Treatment*, vol. 183, no. 3, 29 July 2020, pp. 749-757. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10549-020-05831-y>
5. Lei S et al. “Global Patterns of Breast Cancer Incidence and Mortality: A Population-Based Cancer Registry Data Analysis from 2000 to 2020.” *Cancer Communications*, vol. 41, no. 11, 16 Aug. 2021. Available from: <https://doi.org/10.1002/cac2.12207>
6. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Atlas Online de Mortalidade. Taxas de mortalidade por cancer, brutas e ajustadas por idade pelas populações mundial e brasileira, por 100.000, segundo sexo, faixa etária, localidade e por período selecionado. Acesso em: novembro de 2023. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/MortalidadeWeb/pages/Modelo03/consultar.xhtml#panelResultado>
7. American Joint Committee on Cancer (AJCC). *Cancer Staging Manual*; 8th edition, 3rd printing, Amin MB, Edge SB, Greene FL, et al (Eds), Springer, Chicago 2018.
8. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Estimativa 2023: incidência do Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Acesso em: 25 nov 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa>
9. MS/INCA/Conprev/DIVAS Integrador RHC. Acesso em: novembro de 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controlado-cancer-de-mama/dados-e-numeros/estadiamento>
10. Dutra MC et al. “Imunofenótipo E Evolução de Câncer de Mama: Comparação Entre Mulheres Muito Jovens E Mulheres Na Pós-Menopausa.” *Revista Brasileira de Ginecologia E Obstetrícia*, vol. 31, no. 2, Feb. 2009. Acesso em: novembro de 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0100-72032009000200002>

