



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE ALTAMIRA  
FACULDADE DE MEDICINA**

**PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM CÂNCER DE  
MAMA DO HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DA TRANSAMAZÔNICA DE 2017 A  
2022**

**AMANDA DE ASSIS MARIA  
NATALIA MEDEIROS SOMBRA**

**Altamira-PA  
2023**

**Amanda de Assis Maria**  
**Natália Medeiros Sombra**

**PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM CÂNCER DE  
MAMA DO HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DA TRANSAMAZÔNICA DE 2017 A  
2022**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará (UFPA), campus Altamira, como requisito parcial para a obtenção de grau de Bacharelado em Medicina.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Esp. Viviane Grosse Bressan  
Coorientador: Prof<sup>º</sup>.Ms. Kaio Vinícius Paiva Albarado

**Altamira-PA**

**2023**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD  
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará  
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

M332p Maria, Amanda de Assis.  
PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES  
COM CÂNCER DE MAMA DO HOSPITAL REGIONAL  
PÚBLICO DA TRANSAMAZÔNICA DE 2017 A 2022 / Amanda  
de Assis Maria, Natália Medeiros Sombra . — 2024.  
58 f. : il. color.

Orientador(a): Prof<sup>ª</sup>. Esp. Viviane Grosse Bressan  
Coorientador(a): Prof. Me. Kaio Vinicius Paiva Albarato  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade  
Federal do Pará, Campus Universitário de Altamira, Faculdade de  
Medicina, Altamira, 2024.

1. Câncer de mama . 2. Epidemiologia. 3. Rastreamento. I.  
Título.

CDD 614.40727

---

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos a Deus por nos guiar e dar forças, aos nossos pais pelo apoio e incentivo ao longo de nossas jornadas acadêmicas, pois sem vocês não seria possível a realização desse sonho. Aos familiares e amigos que nos apoiaram nos momentos difíceis e que participaram e nos incentivaram a enfrentar as dificuldades. Somos eternamente gratas a todos os professores que contribuíram com a nossa formação acadêmica, especialmente a Viviane Grosse Bressan e o Kaio Vinicius Paiva Albarato, que são os docentes responsáveis pela orientação do trabalho. Obrigada por serem tão atenciosos e pacientes. Agradecemos também, a todos os demais docentes que apoiaram essa pesquisa e que contribuíram com a sua revisão. Nossa eterna gratidão a todos vocês.

## RESUMO

O carcinoma mamário, dentre as malignidades, é identificado como o mais recorrente, principalmente, nas mulheres de âmbito mundial. Os sinais e sintomas desse câncer, o diagnóstico, os fatores de risco e o rastreamento são fatores importantes para o prognóstico e a evolução da doença. Desse modo, foi visto a necessidade de se traçar um perfil epidemiológico da Região do Xingu para incentivar estratégias de prevenção, novos estudos e compartilhamento com a sociedade sobre tal tema. A realização deste estudo ocorreu devido a consequência deletéria da neoplasia mamária, tendo em vista a sua importância diagnóstica e epidemiológica. Desse modo, foi determinado o perfil clínico e epidemiológico do câncer de mama na Região do Xingu, verificando os grupos de risco, os casos novos diagnosticados, a frequência e a distribuição dessa região no período de 2017 a 2022, tendo em vista que este estudo irá trazer um panorama do Perfil Clínico e Epidemiológico sobre CA de Mama dos pacientes atendidos no HRPT, sendo o primeiro trabalho relacionado a pesquisa desse tema nessa localidade. O objetivo do presente estudo foi identificar o perfil epidemiológico de pacientes com CA de Mama da Região do Xingu que foram atendidos no ambulatório de Mastologia do Hospital Regional Público da Transamazônica, Altamira/PA. Trata-se de um estudo de caráter epidemiológico, retrospectivo com delineamento transversal, com amostragem colhida a partir de dados primários (Prontuários). As análises dos prontuários evidenciaram que quase 62% das pacientes eram de Altamira e a maior parte residia em zona urbana (81,72%), sendo todas do gênero feminino. Ademais, o carcinoma mais prevalente foi o Ductal com 74,19% e as idades que as pacientes tinham quando receberam o diagnóstico ficou entre 40 e 59 anos, correspondendo a 58%. Diante do estudo dos resultados, verificou-se que o rastreio mamográfico deveria iniciar aos 40 anos em mulheres sem fatores de riscos, pois 32,24% foram diagnosticadas com CA de MAMA entre 40 e 49 anos de idade. Por fim, nota-se a necessidade de ampliação e criação de políticas públicas e estudos relacionados ao tema a fim de que as mulheres, principalmente, tenham o diagnóstico nos estágios iniciais da doença e a disseminação de conhecimento sobre o rastreamento para reduzir os danos desse carcinoma e melhorar a qualidade de vida.

**PALAVRAS CHAVES: CÂNCER DE MAMA; EPIDEMIOLOGIA; RASTREAMENTO.**

## **ABSTRACT**

Breast carcinoma, among malignancies, is identified as the most recurrent, especially in women worldwide. The signs and symptoms of this cancer, diagnosis, risk factors and screening are important factors for the prognosis and progression of the disease. In this way, the need to draw up an epidemiological profile of the Xingu Region was seen to encourage prevention strategies, new studies and sharing with society on this topic. This study was carried out due to the harmful consequences of breast neoplasia, given its diagnostic and epidemiological importance. In this way, the clinical and epidemiological profile of breast cancer in the Xingu Region was determined, checking the risk groups, new cases diagnosed, the frequency and distribution of this region in the period from 2017 to 2022, considering that this study will provide an overview of the Clinical and Epidemiological Profile on Breast CA of patients treated at HRPT, being the first work related to research on this topic in this location. The objective of the present study was to identify the epidemiological profile of patients with breast CA in the Xingu Region who were treated at the Mastology outpatient clinic of the Public Regional Hospital of Transamazônica, Altamira/PA. This is an epidemiological study, retrospective with a cross-sectional design, with sampling collected from primary data (medical records). Analysis of the medical records showed that almost 62% of the patients were from Altamira and the majority lived in urban areas (81.72%), all of them female. Furthermore, the most prevalent carcinoma was Ductal with 74.19% and the age of the patients when they received the diagnosis was between 40 and 59 years old, corresponding to 58%. In view of the study of the results, it was found that mammographic screening should start at the age of 40 in women without risk factors, as 32.24% were diagnosed with BREAST AC between 40 and 49 years of age. Finally, there is a need to expand and create public policies and studies related to the topic so that women, especially, are diagnosed in the early stages of the disease and the dissemination of knowledge about screening to reduce the damage of this carcinoma and improve quality of life.

**KEYWORDS:** BREAST CANCER; EPIDEMIOLOGY; TRACKING.

## Sumário

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	8
<b>2. JUSTIFICATIVA</b> .....	10
2.1 PERGUNTA-PROBLEMA .....	11
2.2 HIPÓTESE.....	11
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	11
3.1 OBJETIVO GERAL .....	11
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	11
<b>4. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	12
4.1 EPIDEMIOLOGIA .....	12
4.2 FISIOPATOLOGIA, FATORES DE RISCOS, RASTREAMENTO E SINAIS CLÍNICOS .....	13
4.3 MÉTODOS DIAGNÓSTICOS.....	17
4.3.1 Autoexame das Mamas .....	18
4.3.2 Exame Clínico das Mamas (ECM).....	18
4.3.3 Métodos de Imagem Mastológica .....	20
4.3.4 Classificação de BI-RADS.....	21
4.3.5 Biópsia Mastológica – Histopatologia .....	23
4.4 NEOPLASIAS DA MAMA .....	25
4.5 QUIMIOPREVENÇÃO.....	27
4.6 TRATAMENTO .....	28
<b>5. MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	30
5.1 TIPO DE ESTUDO .....	30
5.2 LOCAL DE ESTUDO .....	30
5.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO .....	32
5.3.1 Critérios de Inclusão.....	32
5.3.2 Critérios de Exclusão .....	33

5.4 COLETA DE DADOS.....	33
5.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	34
5.6 ASPECTOS ÉTICOS .....	34
<b>6. RESULTADOS .....</b>	<b>35</b>
6.1 ANÁLISE DE DADOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	35
6.2 ANÁLISE DE DADOS CLÍNICOS .....	38
6.2.1 Mamografia: .....	38
6.2.2 Ultrassonografia (USG).....	39
6.2.3 Biópsia Positiva e Lateralidade da Mama .....	40
6.2.4 Linfonodo Axilar Acometido, Grau Histológico e Tratamento Cirúrgico.....	40
6.2.5 Distribuição por tipos de Câncer de Mama.....	41
<b>7 DISCUSSÃO .....</b>	<b>43</b>
<b>8 CONCLUSÃO.....</b>	<b>47</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>48</b>
<b>APÊNDICE 1- FICHA DE COLETA DE DADOS .....</b>	<b>52</b>
<b>ANEXO A- PARECER DO CEP .....</b>	<b>53</b>

## 1. INTRODUÇÃO

De acordo com o Manual de Orientação de Mastologia da FEBRASGO, o Câncer de Mama (CA de Mama) corresponde a uma patologia multifatorial causada por mutações nas células mamárias, e de etiologia desconhecida. Além disso, grande parte das lesões e dos nódulos, formados nas mamas, são benignos (GURAY; SAHIN, 2006, p. 435-49). Porém, quando alguma alteração é notada, recomenda-se a procura de um médico para avaliar o quadro clínico do paciente, com o objetivo de seguir os cuidados necessários (FEBRASGO, 2019, vol.41).

Vale ressaltar também que o carcinoma de mama começa em células da unidade ducto-lobular da mama, possivelmente, em células tronco tumorigênicas. A causa geradora dessa patologia é de origem unicelular e ocorre devido ao desenvolvimento de um clone modificado, com potencial agressivo e evolução geneticamente silenciada, camuflando-se perante ao sistema de defesa do organismo (Manual de Orientação de Mastologia da FEBRASGO,2010).

Apesar da causa não ser esclarecida, relaciona-se o aumento da incidência com os fatores de riscos que podem ser não modificáveis e modificáveis (TRATADO DE GINECOLOGIA DA FEBRASGO, 2019). Dentre os fatores não modificáveis, pode-se destacar a idade, a história familiar, a patologia mamária prévia, fatores reprodutivos, fatores hormonais e gênero. Ressalta-se, nesse último fator, que, de acordo com a OMS, no Brasil, em 2000, foram a óbito 8308 mulheres e 82 homens, sendo esta proporção de óbitos 100 mulheres para cada 1 homem. Outrossim, nos fatores modificáveis, vale ressaltar a obesidade, o tabagismo e a ingestão de álcool (FEBRASGO, 2019).

O CA de Mama é o tipo de câncer mais recorrente entre as mulheres do mundo, com 2,3 milhões de casos novos em 2020 (IARC,2020). No Brasil, com exceção do câncer de pele não melanoma, o CA de Mama é o primeiro lugar em mortalidade entre as mulheres acometidas por câncer. Comprovando-se isso, em 2019, houve cerca de 18.068

óbitos causados pelo CA de Mama, ocupando o primeiro lugar das causas de óbito, representando 16,4% de mortes por neoplasias malignas (BRASIL, 2020).

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), em 2019, a incidência do CA de Mama tende a crescer a partir dos 40 anos de idade. Desse modo, o rastreio do câncer de mama é realizado por meio da mamografia, sendo esta considerada como padrão-ouro. Esse exame é realizado, em período bianual, em mulheres que não possuem alto risco e que estejam na faixa etária entre os 50 anos até os 69 anos (BRASIL, 2015).

Já nos casos de mulheres que possuem algum fator de risco, como histórico familiar de primeiro grau, presença de mutações genéticas no gene do BRCA-1 e BRCA-2, avalia-se os casos individualmente com acompanhamento efetivo, pois ainda não há estratégias comprovadas que mostrem qual o tipo de rastreamento adequado para diminuir a mortalidade desse grupo (INCA, 2021).

Através de estudos semelhantes a esse, nota-se a importância de estudos epidemiológicos na região do Xingu. Com o intuito de identificar, analisar os dados colhidos e planejar mecanismos para prevenção na atenção primária à saúde e incentivar pesquisas relacionadas ao CA de Mama nessa localidade.

## **2. JUSTIFICATIVA**

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o Estado do Pará, no ano de 2020, possui uma taxa estimada de Neoplasia maligna da mama feminina e colo do útero em 22,56 casos para cada 100 mil mulheres (INCA, 2021).

Em julho de 2010, iniciou-se no município de Altamira, a construção da Usina Hidrelétrica de Belo Monte (UHBM), estabelecendo intensa transformação demográfica com o relativo aumento do quantitativo populacional. Diante disso, observou-se a extrema relevância da realização de estudos e análise de dados a respeito do câncer de mama que retratam a atual situação epidemiológica da região do Xingu.

Apesar do câncer de mama, quando descoberto de forma precoce, possuir bons prognósticos, as taxas de mortalidade ainda são altas no Estado do Pará. Isso se intensifica nas cidades interioranas, já que há dificuldade no acesso de tecnologias que facilitam o diagnóstico precoce. Logo, é imprescindível executar ações que reduzam o crescimento do número de casos ligados ao câncer de mama e identifiquem precocemente esse público alvo.

Vale ressaltar também que é de suma importância a necessidade da disseminação de informações, no meio acadêmico, que retratam sobre o câncer de mama, corroborando dados sobre seu atual perfil epidemiológico do município e região e trazendo possíveis resoluções para determinados diagnósticos situacionais, como formas de rastreio e tratamento.

Por fim, justifica-se a realização deste estudo devido a consequência deletéria da neoplasia mamária, tendo em vista a sua importância epidemiológica e social. Sendo assim, será realizado um perfil epidemiológico do câncer de mama da Região do Xingu, isto é, será determinado os grupos de risco, à frequência e a distribuição, na região do Xingu, no período de 2017 a 2022, tendo em vista que este estudo irá trazer um panorama do Perfil Clínico e Epidemiológico sobre CA de Mama dos pacientes atendidos no HRPT, sendo o primeiro trabalho relacionado a pesquisa desse tema na Região do Xingu.

## 2.1 PERGUNTA-PROBLEMA

Qual o perfil clínico e epidemiológico de pacientes com câncer de mama do hospital regional público da transamazônica de 2017 a 2022.

## 2.2 HIPÓTESE

O rastreamento, assim como o perfil clínico e epidemiológico de pacientes de todos os pacientes atendidos e diagnosticados com câncer de mama no hospital regional público da transamazônica estão dentro do esperado segundo a Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde.

## 3. OBJETIVOS

### 3.1 OBJETIVO GERAL

Traçar o perfil clínico e epidemiológico de pacientes com câncer de mama assistidos pelo sistema público no HRPT em Altamira-PA.

### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Coletar dados dos prontuários de pacientes com de CA de mama do HRPT em Altamira-PA entre 2017 a 2022;
- Identificar os principais fatores de risco para o CA de mama;
- Estabelecer o perfil sociodemográfico dos pacientes através dos dados coletados dos prontuários eletrônicos;
- Caracterizar o perfil clínico dos pacientes diagnosticados com CA de Mama;
- Relacionar as características colhidas com os dados da Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde.

#### **4. REFERENCIAL TEÓRICO**

O CA de MAMA é a forma de neoplasia mais recorrente entre mulheres de países desenvolvidos e em desenvolvimento, sendo responsável por, aproximadamente, 18% de todos os tumores do sexo feminino. Apesar da queda da mortalidade em alguns países, o câncer de mama está entre as causas mais frequentes de óbito em mulheres na faixa etária de 35 a 45 anos (FEBRASGO,2010).

##### **4.1 EPIDEMIOLOGIA**

A elevação da incidência das neoplasias da mama é um fenômeno visto em escala mundial. O uso cada vez maior de métodos de screening, por exemplo a mamografia e seus refinamentos, vem possibilitando o diagnóstico de casos de neoplasias da mama em

estágio inicial. Em contrapartida, o aumento quantitativo de 1% por ano na incidência dessa doença pode ser consequência de mudanças alimentares, hormonais, reprodução no sexo feminino (FEBRASGO,2010).

Enfatizando-se o que foi descrito acima, CA de MAMA é o segundo tipo de neoplasia em frequência no contexto mundial, sendo, à exceção do CA de PELE não melanoma, que é o primeiro em ocorrência entre as mulheres (BOFF RA, WISINTAINER F., 2005).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as neoplasias foram responsáveis por 7,9 milhões de mortes em contexto global, ou seja, 13% das causas de óbito, sendo, destas, quase quinhentos e cinquenta mil foram resultados do câncer de mama (WHO, 2007).

No Brasil, as estimativas do ano de 2008 e validadas para o ano de 2009, apontaram que poderiam ocorrer quase 500 mil novos casos de câncer, sendo que, desses, quase 235 mil acometeriam o sexo feminino. Os tipos mais incidentes seriam, à exceção do câncer de pele do tipo não melanoma, os cânceres de próstata e de pulmão, nos homens, e as neoplasias de mama e de colo do útero, nas mulheres, acompanhando, proporcionalmente, o mesmo perfil em contexto mundial (BRASIL, 2008).

Além disso, de acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o Estado do Pará, no ano de 2022, possui uma taxa estimada de CA de Mama feminina e colo do útero em 22,56 casos para cada 100 mil mulheres.

#### 4.2 FISIOPATOLOGIA, FATORES DE RISCOS, RASTREAMENTO E SINTOMAS/SINAIS CLÍNICOS

O câncer de mama é uma doença heterogênea, que envolve tumores diversos biologicamente, diferentes sintomas e sinais clínicos e alterações morfológicas. Desse modo, infere-se que tal neoplasia não é possível explicar a sua evolução de forma

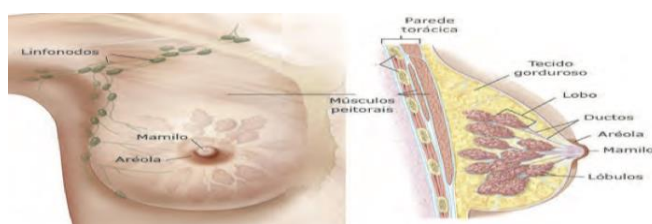
generalizada, pois existem subtipos que são mais agressivos e evoluem em curto tempo para metástases, ao passo que a maior parte dos tumores têm melhor prognóstico e menor agressividade (BRASIL, 2021).

O carcinoma mamário, geralmente, desenvolve-se nos ductos mamários (chamados de Carcinoma Ductal), outro tipo pode ter origem nos lobos mamários (chamados de carcinoma lobular). Também, pode-se ocorrer de o tumor ser *in situ*, quando ainda está envolvido pela membrana basal do tecido epitelial, ou invasivo, quando passou o limite da membrana basal do tecido epitelial, podendo estar restrito à mama. Aliás, o tipo histológico mais recorrente é o carcinoma que se desenvolve nos ductos, correspondendo a 80% do total dos casos (HARRIS *et al.*, 2012).

Sendo importante salientar que nesse subtipo histológico há divergência da evolução biológica do tumor, relacionando-se com fatores prognósticos conhecidos ou desconhecidos (BRASIL, 2021).

Muitas perguntas ainda não foram respondidas pela ciência sobre o motivo de existir diferentes formas de percurso da doença. Existem dois outros tipos de CA de Mama que são mais raros e se apresentam de forma peculiar: o CA de Mama Inflamatório pelo seu caráter atípico de processo inflamatório e a Doença de Paget que atinge os mamilos (HARRIS *et al.*, 2012).

Figura 1 – Estrutura anatômica da mama



Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2018, p. 3.

Não existe motivo único para ocorrer o carcinoma mamário. Diante dos avanços das pesquisas, diversos fatores foram correlacionados com os riscos de desenvolver tal doença (WILD; WEIDERPASS; STEWART, 2020).

Assim, os fatores de riscos interligados por subtipos desse carcinoma são (BRASIL, 2020; WILD *et al*, 2020):

- Idade	Com o avançar da idade, aumenta-se o risco. Menores de 35 anos possuem incidência rara do câncer de mama, o risco aumenta proporcionalmente com o avançar da idade. Em contrapartida, maiores de 50 anos possuem o maior risco para ter o câncer de mama, por causa do maior tempo de contato com diversos fatores de risco e de modificações biológicas ao longo da vida.
- Fatores comportamentais e ambientais	Ingestão de bebida alcoólica; exposição à radiação ionizante, presente em exames ou tratamentos que usam raio-X, sobrepeso e obesidade depois da menopausa são os principais fatores relacionados a essa categoria.
- Hereditariedade	Presença de mutações em genes específicos que são repassados à família, principalmente o BRCA1 e BRCA2. Essa predisposição genética nas mulheres aumenta o risco de desenvolver o CA de Mama. Portanto, história familiar consanguínea em mulher de idade jovem e em parente de primeiro grau, ou carcinoma mamário em homem e mulher que teve câncer de ovário, tem a possibilidade de ter a predisposição hereditária e necessitam ser avaliadas por causa da chance elevada para essa neoplasia.
- Fatores Endócrinos e História reprodutiva	Exposição ao hormônio estrogênio por via endógena ou exógena, eleva o risco de CA de Mama. Existem situações que aumentam o tempo de exposição a esse hormônio no organismo, por exemplo: primeira menstruação antes dos 12 anos; menopausa após os 55 anos; nuliparidade; primeira gestação após os 30 anos; uso de terapia hormonal (estrogênio e progesterona) após a menopausa por mais de cinco anos, principalmente; uso de contraceptivos orais combinados.

O aleitamento materno diminui o risco de ter o câncer de mama e precisa ser incentivado por meio da publicidade e políticas públicas voltadas às mulheres (BRASIL, 2020; WILD, *et al.*, 2020).

A prevenção primária do carcinoma mamário deve priorizar a redução da exposição aos fatores de risco modificáveis e incentivar os fatores de proteção. Por exemplo, realizar atividades físicas regularmente, evitar bebidas alcoólicas, controle do peso corporal, incentivar o aleitamento materno, são as principais recomendações. Estima-se que por meio desses fatores ocorra uma possível redução de 28% dos casos novos de CA de Mama no Brasil (BRASIL, 2020).

Os métodos para a detecção precoce do CA de Mama são o rastreamento e o diagnóstico precoce, tendo como padrão-ouro a mamografia para o rastreamento, que apesar das suas limitações, esse é o método mais efetivo para detectar as lesões não palpáveis na idade e periodicidade recomendadas (BRASIL, 2015).

Encontrar a neoplasia em fase inicial e ter a melhora do prognóstico, acompanhado de um tratamento mais efetivo e menor morbidade relacionada são os principais benefícios do rastreamento (BRASIL, 2015; MIGOWSKI *et al.*, 2018). Esse método de rastreamento de CA de Mama é o adotado pela maioria dos países (EBELL; THAI; ROYALTY, 2018), porque é a estratégia que demonstra comprovações de eficácia, diminuição da mortalidade e equilíbrio entre riscos e benefícios. Entretanto, em outras faixas etárias e periodicidades há um desequilíbrio entre os riscos e benefícios do rastreamento por meio da mamografia (KLARENBACH *et al.*, 2018).

A idade é um fator importante para a mamografia, pois antes dos 50 anos, geralmente, as mamas possuem menos gordura e mais tecido glandular, sendo mais densas, acarretando na redução da acurácia de tal exame para identificar possíveis lesões suspeitas de carcinoma. Desse modo, poderá ter falsos-positivos, ou seja, resultados incorretos. Acima dos 70 anos, existem maiores chances de se achar um câncer que não irá progredir a ponto de gerar prejuízos à saúde da mulher, o sobrediagnóstico. Portanto, nesse caso o tratamento desse tipo de câncer expõe a mulher a riscos e problemas desnecessários (NELSON *et al.*, 2016).

A periodicidade bienal da mamografia apresenta benefício superior de 50% quando comparado a anual, segundo os estudos apontam (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2015).

As mulheres que foram classificadas como de alto risco para desenvolverem o carcinoma mamário, não existe na literatura, ensaios clínicos que tenham validação organizada e estratégica de rastreamento diferenciadas para reduzir a taxa de mortalidade por esse tipo de câncer. Atualmente, para esse grupo, indica-se o acompanhamento clínico individualizado para se definir uma conduta, num processo de decisão compartilhada, pesando os riscos e benefícios para a saúde do paciente (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2015).

O nódulo fixo, indolor, de contorno irregular e duro é o sintoma mais recorrente do carcinoma mamário. Geralmente, a doença se apresenta dessa forma na maioria dos casos, cujas pacientes notam tal modificação na(s) mama(s). Importante frisar que qualquer nódulo que tenha as características citadas acima na mama, em mulheres que possuem 50 anos de idade ou mais, ou em mulheres com mais de 30 anos de idade que tenham tal nódulo se mantendo em mais de um ciclo menstrual devem ser investigadas (FRASSON, 2017).

Além desses, outros sinais de carcinoma mamário que devem ser investigados são: Nódulo em mama de consistência dura, imóvel e que esteja aumentando de tamanho, independentemente da idade; Saída de secreção papilar unilateral de aspecto sanguinolento; Lesão eczematosa da pele não responsivos a tratamentos tópicos; Linfadenopatia axilar presente; Mama edemaciada, semelhante a casca de laranja e aumento progressivo; Retração de tecido epitelial da mama. Alteração da anatomia do mamilo; Tumoração palpável unilateral em homens acima de 50 anos (FRASSON, 2017).

#### 4.3 MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

A classificação de BI-RADS tem por intuito padronizar condutas, indicar e solicitar exames e determinar quais solicitar e quando, assim como interpretar os achados e quais condutas recomendar, de maneira ágil e de fácil aplicabilidade (INCA, 2021).

#### 4.3.1 Autoexame das Mamas

O autoexame das mamas, que foram consideravelmente disseminados pelo meio acadêmico, tornou-se obsoleto e desencorajado na atualidade como uma das formas de rastreamento do câncer, após a análise de resultados de estudos (INCA, 2021).

Devido o mesmo não impactar sobre a redução da mortalidade em decorrência da doença e aumentar a demanda ambulatorial dos serviços, devido ao grande número de “falsos positivos”, é ideal orientar as pessoas acerca da autopercepção e observação sobre suas mamas, sobre o aparecimento de sinais e sintomas sugestivos de malignidade e qual medida a ser tomada de forma precoce e competente (INCA, 2021).

#### 4.3.2 Exame Clínico das Mamas (ECM)

Quanto ao Exame Clínico das Mamas (ECM) corresponde a coleta minuciosa da história clínica dos pacientes para investigação diagnóstica, a ser um dos pré-requisitos para avaliar e determinar o risco de câncer de mama e se há a presença do nódulo como ‘Queixa Principal’. Além disso, a familiarização do profissional na área é fundamental para avaliação adequada dos sinais e sintomas e exame físico esclarecedor, que auxilie no diagnóstico diferencial, conduta e tomada de decisões. O ECM pode ser utilizado como método de rastreamento, em locais sem mamografia, também tem sido alvo de pesquisas por evidenciar detecção de considerável proporção de casos (INCA, 2015).

Todo esse apanhado de informações são obtidos através da Anamnese e Exame Físico, sendo este composto por: Inspeção estática e dinâmica (onde o observador verifica

volume, forma, simetria, retrações, abaulamentos, temperatura, alteração da rede venosa, alteração do aspecto da pele, alterações do complexo areolar e papilar); Palpação das mamas (com as técnicas de Velpeux e Bloodgood e descrição de nódulos quanto ao tamanho, consistência, contorno, superfície, mobilidade e localização) e das cadeias linfonodais axilares, supra e infraclavicular e Expressão Mamilar dos ductos galactóforos. Em pessoas mastectomizadas, deve ser apalpada parede do tórax, pele e cicatriz cirúrgica (INCA, 2021).

A história clínica deve abordar: sintomas como dor (início, intensidade, localização, irradiação, relação com atividade física, presença de flogose local, uso de fármacos), Descarga papilar (coloração, início espontâneo ou provocado e uni ou bilateral), Nódulo (percepção, velocidade de crescimento, localização, tamanho, consistência, relação com traumatismos ou com ciclo menstrual); História Fisiológica (USG de mamas ou mamografias anteriores, punções e biópsias prévias, resultado da citologia ou histopatológico, cirurgias e tratamentos efetuados); História Familiar (familiares de primeiro grau com carcinoma de mama, idade de diagnóstico, CA de ovário e cólon); História Social (tabagismo, uso de álcool ou drogas ilícitas) (INCA, 2020).

Com isso, pacientes que apresentam alterações clínicas devem ser encaminhados para investigação complementar, até que haja comprovação ou descarte do diagnóstico do câncer. Os principais achados são: presença de nódulo mamário de consistência endurecida e fixo (independe da idade e do sexo), nódulo persistente fora do período menstrual, nódulo mamário em mulheres com alto risco para câncer ou com história prévia da doença, alteração unilateral na pele, edema, retração, distorções, descarga papilar sanguinolenta, transparente ou rosadas espontâneas (HARCOURT; RUMSEY, 2003).

Esses tipos de rastreio profissional são consideravelmente enfatizados, visto que a Atenção Primária é responsável pelo maior número de detecção de novos casos, superando os achados mamográficos (HARCOURT; RUMSEY, 2003).

#### 4.3.3 Métodos de Imagem Mastológica

A Mamografia é o método de escolha mais utilizado pelos programas de rastreamento de mulheres assintomáticas, porém ainda não ser o exame ideal para o diagnóstico precoce, apesar do seu impacto sobre a mortalidade por câncer de mama pela capacidade de detectar lesões não palpáveis e microcalcificações (raramente visíveis nas ultrassonografias). Apesar disso, muitas mulheres não fazem nenhuma mamografia durante toda sua vida, principalmente nos países emergentes, justificando assim seu uso na atualidade. O exame é realizado nas incidências craniocaudal e mediolateral oblíqua, dividido em de rastreio (de maneira periódica, para diagnóstico precoce ou identificação de lesões precursoras) ou de diagnóstico (em pacientes com sintomas) (FEBRASGO, N° 79).

Em relação à composição e distribuição de tecido, a mama pode variar desde com predomínio adiposo até acentuadamente densa, variação essa relacionada à sensibilidade da mamografia (normalmente os nódulos são radiodensos), tendo taxa de falso-negativo que varia de 10% a 22%, aumentando para 30% a 35% nas pacientes com mamas densas. A mamografia deve ser realizada sempre em duas projeções, que rotineiramente devem incluir a craniocaudal e a oblíqua externa. A classificação de BI-RADS, de acordo com a densidade mamária, divide-se nas categorias: predominantemente adiposa; densidades fibroglandulares esparsas; heterogeneamente densa; acentuadamente densa (FEBRASGO, N°79).

A Ultrassonografia é a complementação da mamografia com a ultrassonografia pode ser obrigatória em alguns casos, e com grande benefício no diagnóstico nas seguintes situações: quando nódulo palpável sem expressão na mamografia (pela alta densidade do parênquima mamário), nos nódulos regulares ou lobulados e nas lesões sólidas. A complementação é indicada nas lesões de Categoria 3 em diante, diagnóstico diferencial entre lesão sólida e lesão cística, alterações no exame físico (lesão palpável),

no caso de mamografia negativa ou inconclusiva, em jovem com lesão palpável (FEBRASGO, 2018).

Porém, pode ser dispensada nos pequenos nódulos de aspecto benigno em mamas adiposas, nas mulheres assintomáticas e com mama densa não é obrigatória, apesar de existir benefício no grupo de alto risco. Os resultados do exame ultrassonográfico são também classificados de acordo com o Sistema BI-RADS, com categorização e condutas na mesma linha da mamografia (FEBRASGO, 2018).

A Ressonância Magnética tem papel importante em algumas situações diagnósticas, com indicações mais comuns nos casos inconclusivos nos métodos tradicionais, nos carcinomas ocultos, planejamento terapêutico, avaliação de resposta à quimioterapia neoadjuvante, suspeita de recidiva e avaliação das complicações dos implantes (FEBRASGO, 2018).

#### 4.3.4 Classificação de BI-RADS

Os resultados dos exames de imagem das mamas são classificados de acordo com o Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS). Utilizando categorias de 0 a 6 para descrever os achados do exame e prevê recomendações de conduta, a tabela sintetiza os resultados do exame mamográfico e as principais condutas (INCA, 2021).

BI-RADS 0 – inconclusivo, representa mamografias que necessitam de avaliação complementar por outro exame de imagem, recomenda-se incluir ultrassonografia. Indicadas para lesões nodulares radiopacas e microcalcificações agrupadas que podem estar incluídas nesta categoria (INCA, 2021).

BI-RADS I – achados inexistentes, sobre as mamografias incluídas nesta categoria, por apresentar mamas simétricas, sem presença de massas, distorção ou calcificações suspeitas identificáveis e, o intervalo de seguimento desta paciente é de acordo com a sua faixa etária (INCA, 2021).

BI-RADS II – corresponde a exames negativos para malignidade, mas que tem um achado radiológico a ser descrito, podendo ser nódulos, linfonodos intramamários, hamartoma, fibroadenoma calcificado, cisto sebáceo, galactocele, cistos simples, calcificações (macrocalcificações, calcificações vasculares e ductais). Além de outros achados como próteses mamárias, clips metálicos, marcapasso e corpo estranho (INCA, 2021).

BI-RADS III – inclui lesões com alta probabilidade de benignidade, com a orientação da conduta de ser o seguimento semestral por 2 anos ou com a elucidação citológica e histológica. Dentre os achados tem nódulos circunscritos, arredondados, oval ou macrolobulado com margem bem definida, nódulos radiopacos, cistos debris fluidos, podem apresentar conteúdo espesso (secreção purulenta), microcalcificações arredondadas ou ovais, homogêneas, difusamente distribuídas, densidade focal assimétrica não palpável, distorção da forma mamária, ducto dilatado solitário, não associado ao fluxo papilar espontâneo (INCA, 2021).

BI-RADS IV – lesões que não têm características morfológicas de câncer de mama, mas com probabilidade de malignidade, a conduta é a elucidação histológica de acordo com o grau de suspeita, por serem nódulos sólidos e irregulares, microlobulações com margens obscurecidas, cistos com áreas sólidas ou septos a elucidar pela ultrassonografia, microcalcificações agrupadas e com distribuição linear, segmentar ou regional, densidade assimétrica focal palpável, ducto dilatado associado a fluxo papilar (INCA, 2021).

BI-RADS V – com alta probabilidade de malignidade, onde a orientação de conduta é a elucidação histológica, as lesões incluídas nesta categoria são microcalcificações pleomórficas agrupadas, distorção estrutural com espículas sem cirurgia prévia no local (INCA, 2021).

BI-RADS VI – são lesões com biopsia de malignidade, que sofreram sua retirada parcial, ou submetidas à quimioterapia, radioterapia ou hormonioterapia neoadjuvante, para que o BI-RADS seja aplicado de forma adequada é importante distinguir as anormalidades reais, variações da normalidade e imagens mal posicionada (INCA, 2021).

Figura 2 – Resumo da definição de classificação e condutas segundo BIRADS®.

CATEGORIAS	CONDUTA	PROBABILIDADE de CA
0 - Incompleta	Necessita de complementação adicional ou comparação com exames anteriores	Não avaliado
1 - Negativa	Rastreamento habitual	Próximo de 0%
2 - Achado benigno	Rastreamento habitual	Próximo de 0%
3 - Achado provavelmente benigno	Controle em curto intervalo de tempo (semestral ou anual)	Entre 1 a 3%
4A - Baixa suspeição	Diagnóstico tecidual	Entre 3 a 10%
4B - Moderada suspeição	Diagnóstico tecidual	Entre 10 a 50%
4C - Alta suspeição	Diagnóstico tecidual	Entre 50 a 95%
5 - Altamente suspeito	Diagnóstico tecidual	Superior a 95%
6 - Biópsia positiva	Tratamento	Não se aplica

Fonte: Mastologia: do diagnóstico ao tratamento (livro eletrônico), 2017, cap. 3, p. 37.

#### 4.3.5 Biópsia Mastológica – Histopatologia

Segundo a Sociedade Brasileira de Mastologia do Diagnóstico ao Tratamento 2017, o diagnóstico final do câncer é feito através do resultado do histopatológico, onde a biópsia cirúrgica é considerada “padrão ouro”, identificando as diferentes apresentações e estágios de câncer de mama. Corresponde a um procedimento minimamente invasivo, que pode desempenhar um importante papel por fornecer o diagnóstico antes da terapêutica, seja sistêmica ou cirúrgica.

A investigação diagnóstica complementar depende da lesão encontrada nos achados clínicos, de lesões palpáveis ou não e dos resultados radiológicos, levando em conta a disponibilidade de procedimentos na região e as condições de saúde da usuária. Enquanto que a escolha do método de biópsia vai depender da classificação radiológica, do tipo e da localização da lesão, da composição e do tamanho da mama da paciente, do material e equipamentos disponíveis em cada serviço (FILASSI, 2018).

Nas lesões não palpáveis da mama classificadas como BI-RADS 4 e 5 e palpáveis BI-RADS 3, o histopatológico pode ser coletado por meio de biópsia cirúrgica ou biópsia

percutânea (agulha grossa e vácuo). A punção por agulha fina (PAAF) pode ser usada para lesões palpáveis e impalpáveis, de conteúdo cístico ou sólido (MS, 2021).

Já a biópsia cirúrgica ou biópsia por exérese de nódulo de mama, é o método tradicional e com maior disponibilidade, podendo ocorrer a retirada de parte da lesão ou a retirada total da lesão. No caso das lesões não palpáveis, a biópsia deve ser orientada por marcação pré-cirúrgica (MPC) para marcar a lesão e retirá-la, podendo ser guiada por radiografia, por ultrassonografia e por ressonância magnética. Para marcar a lesão, pode-se utilizar um fio metálico ou marcador radioativo (MS, 2021).

Biópsia percutânea com agulha grossa (PAG) ou core biopsy, é um procedimento ambulatorial, realizado sob anestesia local, que retira fragmento de tecido mamário para o exame histopatológico por meio de dispositivo automático para biópsia (pistola), oferecendo uma opção minimamente invasiva para o diagnóstico das lesões da mama, com custo 25% a 50% menor que a cirurgia, não necessita internação e raramente apresenta complicações, causa menor trauma local, com mínimo de lesões cicatriciais, é um procedimento rápido e com recuperação ainda mais rápida e tem excelente resultado estético, fato de extrema importância, principalmente quando o resultado corresponde à lesão benigna. Nas lesões não palpáveis, a PAG pode ser guiada por radiografia ou ultrassonografia (MS,2021).

Punção por agulha fina (PAAF) também é um procedimento ambulatorial, simples de baixo custo, pode ser utilizada na abordagem das lesões palpáveis e não palpáveis, podem abordar cistos, se necessário, com a finalidade de fornecer material para estudo citopatológico e não fornecer diagnóstico de invasão tumoral (INCA, 2021).

Biópsia percutânea a vácuo utiliza um sistema de aspiração a vácuo em conjunto com um sistema de corte, pode ser guiado por radiografia, ultrassonografia ou ressonância magnética, e tem por vantagem obter maior número de fragmentos, maiores e mais consistentes, com melhor desempenho nas microcalcificações, com uma única inserção da agulha. As desvantagens são o custo elevado e a pequena disponibilidade (INCA, 2021).

#### 4.4 NEOPLASIAS DA MAMA

O câncer de mama corresponde ao resultado da proliferação incontrolável de células anômalas, surgidas de alterações genéticas hereditárias ou adquiridas (por exposição a fatores ambientais ou fisiológicos), provocando mudanças no crescimento celular, na velocidade de replicação e na morte celular programada, surgindo assim tumores. A doença apresenta comportamentos distintos, em decorrência de sua heterogeneidade, além de diferentes apresentações clínicas e morfológicas, conformações genéticas e respostas terapêuticas (MS, 2021).

Apesar disso, o processo de carcinogênese em geral é considerado lento, podendo levar anos para proliferação celular e surgimento de um nódulo palpável, sendo dividido nas seguintes fases: Pré-clínica com a iniciação (onde os genes sofrem ação de fatores cancerígenos), promoção (quando os agentes oncopromotores atuam na célula já modificada) e progressão (multiplicação descontrolada e irreversível da célula) e clínica com tumor em condições de ser diagnosticado (SILVA, 2018).

A Atipia Epitelial Plana (AEP) são alterações clonais na unidade ducto-lobular terminal, apresentando ácinos aumentados, alinhados por proliferação celular com até cinco camadas de espessura e atipias citológicas de baixo grau/monomórficas. Geralmente essas alterações ocorrem em células colunares com atipias/ hiperplasia apresentando como manifestações clínicas e imaginológicas microcalcificações agrupadas, assimetrias focais e achados incidentais. Recomenda-se tratamento da AEP na presença de lesão residual suspeita com microcalcificações após biópsia percutânea, onde a cirurgia é baseada na marcação radiológica da área da lesão seguida de setorectomia ou ressecção segmentar (na ausência de lesão residual após biópsia, não se deve realizar cirurgia). Após o diagnóstico, sem lesão residual suspeita, deve-se realizar o seguimento clínico/ambulatorial dos pacientes (WHO, 2018).

A Hiperplasia ductal com atipias (HDA) corresponde a proliferação epitelial com características citológicas semelhantes às do CDIS de baixo grau, porém menos

desenvolvida em estrutura e grau de envolvimento da unidade ducto-lobular terminal. Suas manifestações clínicas e imagiológicas possuem microcalcificações agrupadas presentes nas biópsias realizadas durante rastreamento mamográfico (WHO, 2018).

O risco relativo para desenvolvimento do câncer é de 1% ao ano. Recomenda-se que o tratamento da HDA seja independente da presença de lesão residual, tendo como conduta realizar ressecção segmentar da área biopsiada, em alguns casos de lesão unifocal com remoção completa na biópsia percutânea e em pacientes idosas, o seguimento pode ser realizado com exames clínicos e de imagens (MS, 2021).

Após o diagnóstico, deve ser realizada terapia com moduladores seletivos dos receptores de estrogênio (SERMs) ou inibidores da aromatase como quimioprevenção para diminuir o risco de desenvolvimento de carcinoma ductal *in situ* ou carcinoma invasor nessas pacientes, com redução da taxa de risco de 30% a 70%, dependendo do fármaco, do status de receptor hormonal no tumor invasivo e do status menopausal da paciente. A mastectomia bilateral redutora de risco pode ser considerada terapia de exceção em alguns casos, nos quais fatores pessoais e familiares estejam presentes e a terapia medicamentosa é introduzida após o procedimento (FEBRASGO, 2021).

A Hiperplasia lobular com atipias (HLA) é a proliferação neoplásica não invasiva de células pequenas originárias na unidade ducto-lobular terminal com envolvimento ou não pagetoide dos ductos terminais. Suas manifestações clínicas e imagiológicas equivalem a biópsias por outros achados e mamoplastias redutoras. Após diagnóstico quimioprolifaxia com o uso de SERMs por até cinco anos (WHO, 2018).

O Carcinoma lobular *in situ* (CLIS) é uma lesão precursora para algumas literaturas e, considerada neoplasia para outras, é a proliferação neoplásica não invasiva de células pequenas, originárias na unidade ducto-lobular terminal, com ou sem envolvimento pagetoide dos ductos terminais. Pequenas manifestações imagiológicas com microcalcificações (menos de 2%), sendo mais comum os achados incidentais, como biópsias por outros motivos (FEBRASGO, 2021).

A necessidade de ressecção cirúrgica para tratamento, após resultados de biópsias percutâneas assistidas a vácuo com resultado de HLA e CLIS com retirada completa da

lesão (ausência de lesão residual ao exame de imagem) é controversa. Resultados de estudos têm demonstrado que parte de HLA e CLIS podem ser acompanhados clinicamente e por exames de imagem em vez de serem submetidos a tratamento cirúrgico quando não há lesão residual, principalmente naqueles resultados de achados incidentais ou com comprometimentos focais (menos de três unidades ducto-tubulolobulares) em razão das baixas taxas de subestimação e evolução para carcinoma (WHO, 2018).

Já nos casos de presença de lesão residual, torna-se mandatória ressecção cirúrgica. Conduta após diagnóstico: como descrito anteriormente, CLIS é uma lesão marcadora de risco importante. O uso de quimioprevenção em pacientes que apresentaram CLIS em biópsia versus o grupo que apenas acompanhou clinicamente demonstrou redução no risco de câncer. Mastectomia bilateral redutora de risco pode ser considerada em casos muito específicos, levando em consideração fatores pessoais e familiares da doença (FEBRASGO, 2021).

Carcinoma lobular *in situ* pleomórfico e florido são mais agressivos quando comparado ao CLIS e apresentam o mesmo arranjo estrutural das formas clássicas, porém alto grau de atipia nuclear, podendo estar associados à necrose e microcalcificações, negatividade para receptores hormonais e positividade para HER2, são lesões raras de serem encontradas, com isso a falta de dados nas literaturas para sistematizar a conduta. Tratamento cirúrgico adequado ainda está sob debate. Sua taxa de recorrência após a excisão é semelhante à do CDIS (WHO, 2018).

#### 4.5 QUIMIOPREVENÇÃO

Também chamada de quimioprofilaxia, corresponde a administração de medicamentos aos pacientes de alto risco de desenvolvimento de câncer de mama, sendo os medicamentos utilizados para isso os SERMs ou fármacos inibidores da aromatase (IA).

Estudos mostram os benefícios do uso de Tamoxifeno, Raloxifeno em mulheres na pós-menopausa, assim como, Examestano e Anastrozol em pacientes com lesões atípicas da mama (na pós-menopausa), apresentando eficácia em reduzir o risco de desenvolvimento e o tamanho de tumores com receptores hormonais positivos de CDIS e CI após o diagnóstico de hiperplasias atípicas, utilizados no acompanhamento pós seguimento, demonstraram também a redução de risco de eventos neoplásicos na mama ipsilateral em 50% dos casos e redução de 75% de chance no surgimento de neoplasia na mama contralateral, além da redução dos efeitos colaterais observados, como embolia pulmonar e trombose venosa profunda (TVP), foram menores se comparados aos da dose padrão, demonstrando que a redução na dose e no tempo de tratamento com esse medicamento diminui significativamente os efeitos colaterais (DECENSI, 2019).

#### 4.6 TRATAMENTO

O tratamento do câncer de mama é baseado na cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia e terapias-alvo e a escolha da terapêutica pode ser de acordo com estadiamento, idade, tipo histológico, painel imuno-histoquímico, assinaturas genômicas, comorbidades e presença de mutações germinativas patogênicas de alta penetrância. O tratamento individualizado tem mostrado que pode ter um prognóstico específico e dependente de muitas variáveis, logo, este tem sofrido modificações na expectativa de melhorar o prognóstico das pacientes (WILD, 2020).

A cirurgia deve controlar o local da doença, prevenir a recorrência e fornecer informações por meio de laudo histopatológico para definir a melhor conduta, e sempre que possível ser conservadora (exceto onde há presença difusa de microcalcificações na imagem mamográfica, margens positivas após cirurgia conservadora, onde não seja possível um resultado cosmético aceitável, quando a ressecção do tumor não resulta em bom resultado estético). O tratamento cirúrgico da axila é considerado parte do tratamento

do câncer de mama, pois o estado dos linfonodos se relaciona com o prognóstico, preditivo e de tratamento (MS, 2021).

O tratamento sistêmico pode ser adjuvante (realizado após o tratamento cirúrgico), conforme histopatologia, comorbidades e idade, para redução da mortalidade e recorrência. Já o tratamento neoadjuvante (administração de fármacos antes do procedimento cirúrgico), tem como objetivo redução tumoral, tornando os inoperáveis em operáveis, principalmente os subtipos triplo-negativo e o HER-2 superexpresso (MIGOWSKI et al, 2017).

A radioterapia serve para controle local, diminuir recidiva e aumentar a sobrevida, principalmente nas cirurgias conservadoras e com comprometimento axilar. A hormonioterapia é indicada a todos os tumores que apresentam receptores de estrogênio e progesterona positivos, com tratamento de cinco anos, por via oral ou injetável. Terapias-alvo são específicas conforme os subtipos moleculares, onde o tratamento pode ser usado tanto na adjuvância como na neoadjuvância (SILVA, 2018).

Tratamento sistêmico no carcinoma invasor de mama consiste no uso de medicamentos para evitar metástases, podendo ser utilizadas quimioterapia (antracíclicos, taxanos, ciclofosfamida e platinas), hormonioterapia (pré-menopausa recomenda-se tamoxifeno e pós-menopausa tamoxifeno ou inibidor de aromatase, durante cinco anos), e terapias-alvo (trastuzumabe, pertuzumabe e T-DM1), em caráter adjuvante (NCCN, 2021).

O seguimento após tratamento do câncer de mama consiste na avaliação clínica a cada quatro a seis meses, nos primeiros cinco anos e, depois, passa a ser anual. A mamografia deve ser realizada anualmente, de 6 a 12 meses depois de terminada a RT para ser realizada (NCCN, 2021).

A pacientes submetidas à reconstrução mamária, não se recomenda, formalmente, a realização de exame de mamografia e nas pacientes assintomáticas, não se justifica a realização de exames como cintilografia óssea e tomografia ultrassonografia, pois não apresenta vantagens na sobrevida desse grupo, pacientes submetidas à hormonioterapia, em uso de tamoxifeno e que ainda tenham útero devem ser orientadas a realizar exame

ginecológico regularmente e, caso apresentem sangramento, deve-se descartar a possibilidade de associação a carcinoma de endométrio na pós-menopausa (NCCN, 2021).

Para aquelas que utilizam inibidores de aromatase, deve-se realizar monitorização da saúde óssea com densitometria óssea, em pacientes que apresentam doença metastática, o acompanhamento deve ser individualizado, de acordo com o tratamento instituído e a sintomatologia apresentada (NCCN, 2021).

## **5. MATERIAIS E MÉTODOS**

### **5.1 TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de um estudo quantitativo, retrospectivo, transversal e descritivo, pois segundo Freire e Patussi (2018) a pesquisa quantitativa é uma das mais utilizadas na área da saúde, sendo que esta irá traduzir números em informações que serão analisadas e classificadas, de forma objetiva. Ademais, os estudos retrospectivos estabelecem possíveis fatores causais precedentes a doença e seu desfecho, através de dados pré-existentes à pesquisa. Os estudos transversais avaliam a população a partir de cada indivíduo que a compõem, através da prevalência, associações de hipóteses e comparação entre populações e a pesquisa descritiva, determina características populacionais, estabelecendo variáveis, técnicas de coleta e levantamento de dados.

### **5.2 LOCAL DE ESTUDO**

O estudo ocorreu no município de Altamira-PA, no Hospital Regional Público da Transamazônica (HRPT) (Figura 02). Hospital de Média / Alta complexidade, que desde 2006 abrange e assiste aproximadamente 500.000 habitantes da Região do Xingu. Contemplando os municípios de Altamira, Anapu, Brasil Novo, Medicilândia, Pacajá, Porto de Moz, Senador José Porfírio, Uruará e Vitória do Xingu (figura 01).

Figura 01 - Região de integração do Xingu



Fonte: ATLAS GEOGRAFIA.

Nesta instituição, possuem ambulatórios de diversas especialidades, sendo importantes frisar mediante ao tema do vigente trabalho e o único serviço a possuir ambulatórios de oncologia e mastologia, além de cirurgias na área da Mastologia (HRPT, 2022). Consequentemente tornou-se viável coleta e análise do rastreamento e diagnóstico do Câncer de Mama em toda a 10ª região de saúde.

Figura 02 - Hospital Regional Público da Transamazônica



Fonte: Hospital Regional Público da Transamazônica, divulgação.

### 5.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Fazem parte do público deste vigente estudo todos os prontuários identificados e diagnosticados com o correspondente CID C50.9. Que receberam o primeiro diagnóstico no intervalo do período de anos estabelecido.

#### 5.3.1 Critérios de Inclusão

Foram selecionados e incluídos como população de estudo prontuários de pacientes, não indígenas, de todas as idades, que foram atendidos e diagnosticados com CA de mama no HRPT, durante o período entre 01/07/2017 a 31/06/2022, que procedem de municípios da Região do Xingu.

### 5.3.2 Critérios de Exclusão

Não foram selecionados prontuários de pacientes indígenas, casos de recidiva de CA de mama diagnosticado dentro do período proposto e não procedentes de municípios da Região do Xingu, incorreto preenchimento ou ausência do CID C50.9.

### 5.4 COLETA DE DADOS

A identificação dos casos ocorreu a partir dos registros de câncer de mama, no período entre Julho de 2017 a Junho de 2022 no HRPT. A partir dessas informações os dados coletados em prontuários físicos ou eletrônicos do banco de dados da instituição HRPT. O instrumento para realizar essa coleta de dados se realizou através de uma ficha impressa (Apêndice 1) numerada e dividida em dois tópicos descritos abaixo, nas quais informações serão retiradas dos prontuários:

1) Dados Epidemiológicos: este tópico possui município de procedência do paciente, zona em que reside (Urbana ou Rural), Gênero e Idade quando recebeu o diagnóstico de Câncer de Mama, Ano do diagnóstico.

2) Dados Clínicos: este tópico possui dados como a Lateralidade da Mama acometida pela neoplasia de mama, Ultrassonografia das Mamas e Mamografia com o valor do Birads, acometimento de Linfonodos Axilares, Tipo de Câncer de Mama, Biópsia Positiva para CA de Mama, diagnóstico prévio de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus 2, Alteração no Exame Clínico das Mamas, Grau Histológico e Tratamento Cirúrgico.

Os prontuários foram colhidos no ambulatório de Mastologia no HRPT para o preenchimento das fichas contendo apenas os dados acima citados. Tais fichas numeradas obtiveram seus dados colocados numa planilha no Excel contendo esses tópicos utilizados para análise dos dados obtidos.

Vale ressaltar que realizamos a pesquisa nos prontuários que estão no período do atual estudo e o CID C50.9 (Neoplasia maligna da mama, não especificada), obtendo o número total de pacientes e dentro desses parâmetros de pesquisa serão excluídas e contabilizadas as pacientes indígenas, casos de CA de Mama recidivantes nesse período do estudo, preenchimento incorreto do CID.

Os prontuários após as análises dos critérios de inclusão que se enquadram dentro dos requisitos das pesquisas serviram de base para as análises dos dados e resultados. Sendo utilizado como forma de registro dos instrumentos de pesquisa uma Ficha de Coleta de Dados apresentada no Apêndice 4.

## 5.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos dos prontuários eletrônicos foram inseridos em planilha eletrônica no programa Microsoft Office Excel® versão 2019, tabulados, avaliados e apresentados como valores inteiros e percentuais, por meio do software JASP 0.18.1.0. Posteriormente, esses foram distribuídos em tabelas e gráficos.

## 5.6 ASPECTOS ÉTICOS

O vigente projeto seguiu todas as orientações contidas na Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Sendo submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos do NMT-UFPA com o parecer de n° 6.197.267/2023, CAAE: 68342323.3.0000.0018, (Anexo A), que mediante sua aprovação, foi iniciada a coleta de dados, sendo desenvolvida de acordo com os critérios de pesquisa envolvendo seres humanos através da análise de prontuários médicos, contendo dados pessoais dos sujeitos participantes da pesquisa para fins exclusivamente científicos.

## 6. RESULTADOS

### 6.1 ANÁLISE DE DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Os dados colhidos em prontuários eletrônicos coincidem em boa parte com os dados a nível nacional descritos em sensores e trabalhos semelhantes. De acordo com a demonstração da população diagnosticada, fizeram parte do estudo 93 pacientes, todas do gênero feminino (Tabela 1).

**Tabela 1: Distribuição por GÊNERO**

<b>GÊNERO</b>	<b>Fi</b>	<b>Fr (%)</b>
Feminino	93	100.000
Total	93	

Fonte: Banco de dados dos autores (2023).

**Tabela 2: Distribuição por Município de Procedência da Região do Xingu**

<b>MUNICÍPIO DE PROCEDÊNCIA</b>	<b>Fi</b>	<b>Fr (%)</b>
Altamira	57	61.290
Anapú	1	1.075
Brasil Novo	6	6.452
Medicilândia	8	8.602
Porto de Moz	3	3.226
Senador José Porfírio	4	4.301
Uruará	8	8.602
Vitória do Xingu	6	6.452
Total	93	

Fonte: Banco de dados dos autores (2023).

Entre elas, a maioria são moradoras do município de Altamira 61,29% e as demais dos outros municípios da região 38,71% (Anapu 1%, Brasil Novo 6%, Medicilândia 8%, Porto de Moz 3%, Senador José Porfírio 4%, Uruará 8% e Vitória do Xingu 6%). Sendo

76 (81,72%) moradoras da zona urbana e 17 (18,27%) da zona rural (Tabela 2 e Tabela 3).

**Tabela 3: Distribuição por ZONA DE RESIDÊNCIA**

<b>ZONA DE RESIDÊNCIA</b>	<b>Fi</b>	<b>Fr (%)</b>
Urbana	76	81.720
Rural	17	18.280
Total	93	

Fonte: Banco de dados dos autores (2023).

Quanto a fatores de risco as mesmas possuem em média 53,6 anos de idade. Com o intuito de caracterizar a idade da população atendida no hospital de referência da região, as faixas etárias foram agrupadas em intervalos de 5 anos. Conforme o agrupamento, a maioria das mulheres possuíam idades entre 40 e 59 anos (54, correspondendo a 58 %) (Tabela 4).

**Tabela 4: Intervalo de idade de diagnóstico de pacientes com CA de Mama (cada 5 anos)**

<b>Idade</b>	<b>Fi</b>	<b>Fr (%)</b>
25 - 29 anos	1	1.075
30 - 34 anos	4	4.301
35 - 39 anos	6	6.451
40 - 44 anos	15	16.129
45 - 49 anos	15	16.129
50 - 54 anos	11	11.827
55 - 59 anos	13	13.978
60 - 64 anos	6	6.451
65 - 69 anos	9	9.677
70 - 74 anos	5	5.376
75 - 79 anos	4	4.301
80 - 84 anos	4	4.301
Total	93	

Fonte: Banco de dados dos autores (2023).

Dentre os fatores de risco comportamentais e ambientais como, presença de comorbidades, verificou-se que a maioria das pacientes não possuem Hipertensão Arterial Sistêmica 51, sendo 54,83% das pacientes (Tabela 5).

**Tabela 5: Pacientes com diagnóstico Prévio de HIPERTENSÃO**

<b>HIPERTENSÃO</b>	<b>Fi</b>	<b>Fr</b>
SIM	42	45.161
NÃO	51	54.839
Total	93	

Fonte: Banco de dados dos autores (2023).

O mesmo nota-se quanto ao Diabetes Mellitus tipo 2 com 13 pacientes diagnosticadas com a doença (com 80 pacientes não possuindo a comorbidade, o que corresponde a 86,02% do total).

**Tabela 6: Pacientes com diagnóstico Prévio de DM2**

<b>DM2</b>	<b>Fi</b>	<b>Fr</b>
SIM	13	13.978
NÃO	80	86.022
Total	93	

Fonte: Banco de dados dos autores (2023).

Em relação a achados durante o exame físico das mamas realizado durante as consultas ambulatoriais pela especialista Mastologista, 89 das 93 pacientes participantes do trabalho possuíam achados e alterações ao serem examinadas, o que corresponde a 95,69% do total da amostra.

**Tabela 7: Pacientes que tiveram Alteração no Exame Clínico das Mamas**

<b>ALTERAÇÃO NO EXAME FÍSICO DAS MAMAS</b>	<b>Fi</b>	<b>Fr (%)</b>
SIM	89	95.699
NÃO	4	4.301
Total	93	

Fonte: Banco de dados dos autores (2023).

**Tabela 8: Diagnósticos de CA de Mama por ano**

<b>ANO</b>	<b>Fi</b>	<b>Fr(%)</b>
2017	9	9.677
2018	10	10.753
2019	17	18.280
2020	14	15.054
2021	26	27.957
2022	17	18.280
Total	93	

Fonte: Banco de dados dos autores (2023).

## 6.2 ANÁLISE DE DADOS CLÍNICOS

### 6.2.1 Mamografia:

Dos prontuários avaliados para o estudo, o resultado para BIRADS 4 foi a maioria com 22,58% dos casos, seguido do BIRADS 5 com 13,97%. Quase metade dos casos de CA de Mama avaliados não realizaram o exame de mamografia, correspondendo a 41,93%. Os demais dados estão apresentados na tabela 9.

**Tabela 9: Dados sobre a MAMOGRAFIA e Distribuição por BIRADS**

<b>MAMOGRAFIA</b>	<b>Fi</b>	<b>Fr</b>
Birads 0	11	11.828
Birads 1	2	2.151
Birads 2	6	6.452
Birads 3	1	1.075
Birads 4	21	22.581
Birads 5	13	13.978
NÃO REALIZADOS	39	41.935
Total	93	

Fonte: Banco de dados dos autores (2023).

### 6.2.2 Ultrassonografia (USG)

Em relação ao BIRADS da USG, 36,5% tiveram o BIRADS 4 e 22% o BIRADS 5, respectivamente, nesse exame de imagem. Mais de um quarto dos prontuários, 29,03%, não realizaram o exame (Tabela 10).

**Tabela 10: Dados sobre a Ultrassonografia (USG) e Distribuição por BIRADS**

<b>USG</b>	<b>Fi</b>	<b>Fr (%)</b>
Birads 0	1	1.075
Birads 1	3	3.226
Birads 2	2	2.151
Birads 3	4	4.301
Birads 4	34	36.559
Birads 5	22	23.656
NÃO REALIZADO	27	29.032
Total	93	

Fonte: banco de dados dos autores (2023).

### 6.2.3 Biópsia Positiva e Lateralidade da Mama

Os resultados de biópsia descritos na tabela 11 deram todos positivos para CA de Mama, sendo um fator de inclusão para o estudo. A mama direita foi a mais acometida, correspondendo a 60,21% dos casos (Tabela 12).

**Tabela 11: BIÓPSIA POSITIVA**

<b>BIÓPSIA POSITIVA</b>	<b>Fi</b>	<b>Fr (%)</b>
SIM	93	100.00
Total	93	

Fonte: Banco de dados dos autores (2023).

**Tabela 12: LATERALIDADE DA MAMA ACOMETIDA**

<b>LATERALIDADE</b>	<b>Fi</b>	<b>Fr</b>
DIREITA	56	60.215
ESQUERDA	35	37.634
AMBAS	2	2.151
Total	93	

Fonte: Banco de dados dos autores (2023).

### 6.2.4 Linfonodo Axilar Acometido, Grau Histológico e Tratamento Cirúrgico

**Tabela 13: LINFONODO AXILAR Acometido**

<b>LINFONODO AXILAR</b>	<b>Fi</b>	<b>Fr (%)</b>
SIM	39	41.935
NÃO	54	58.065
Total	93	

Fonte: Banco de dados dos autores (2023).

Das 93 pacientes analisadas por meio de prontuários, 54 (58,06%) não tiveram linfonodo axilar acometido (Tabela 13). Além disso, o grau histológico mais predominante foi o Grau 2 com 42(44,16%), seguido do Grau 3 com 41 (44,08%) dos casos (Tabela 14).

**Tabela 14: GRAU HISTOLÓGICO**

<b>GRAU</b>	<b>Fi</b>	<b>Fr</b>
GRAU 1	3	3.226
GRAU 2	42	45.161
GRAU 3	41	44.086
NÃO INFORMADO	7	7.527
Total	93	

Fonte: Banco de dados dos autores (2023).

O tratamento cirúrgico mais realizado foi a Quadrantectomia com número de 66 procedimentos realizados (70,96%), em seguida a Mastectomia Radical com 19 (20,43%) das pacientes submetidas ao estudo (Tabela 15).

**Tabela 15: TRATAMENTO CIRÚRGICO**

<b>TRATAMENTO CIRÚRGICO</b>	<b>Fi</b>	<b>Fr</b>
QUADRANTECTOMIA	66	70.968
MASTECTOMIA RADICAL	19	20.430
NÃO REALIZADO	7	7.527
NÃO INFORMADO	1	1.075
Total	93	100.00

Fonte: Banco de dados dos autores (2023).

#### 6.2.5 Distribuição por tipos de Câncer de Mama

O carcinoma mais prevalente neste estudo foi o Ductal com 69 casos (74,19%), seguido do Carcinoma Ductal associado a outro tipo de carcinoma mamário correspondendo a 10(10,75%). Outros carcinomas mamários foram analisados e contabilizou uma pequena parcela do estudo (Tabela 16).

**Tabela 16: DISTRIBUIÇÃO POR TIPO DE CÂNCER DE MAMA**

<b>TIPO DE CÂNCER</b>	<b>Fi</b>	<b>Fr (%)</b>
CARCINOMA DUCTAL	69	74.193
CARCINOMA DUCTAL + ASSOCIADOS	10	10.750
CARCINOMA INFLAMATÓRIO	1	1.075
CARCINOMA LOBULAR	4	4.301
CARCINOMA METAPLÁSICO	1	1.075
CARCINOMA MUCINOSO	2	2.151
CARCINOMA TUBULAR	1	1.075
NEOMALIGNO EPITELIÓIDE COM TECIDO LINFÓIDE	1	1.075
NEOPLASIA MESENQUIMAL FUSOCELULAR SARCOMA	1	1.075
SARCOMA PLEOMÓRFICO	1	1.075
TUMOR PHILLODES MALIGNO	1	1.075
NÃO ENCONTRADO	1	1.075
Total	93	

Fonte: Banco de dados dos autores (2023).

## 7 DISCUSSÃO

Os resultados deste trabalho evidenciaram que todos os pacientes inclusos no estudo são do sexo feminino e que, assim como ocorre a nível nacional, a faixa etária de maior incidência das mulheres acometidas pelo Câncer de mama está acima dos 50 anos de idade. O que corresponde a 55,91%. Sendo assim, 53,6 anos é o valor da média de idades obtida através dos dados coletados (INCA, 2021).

Porém durante o período analisado, foram constatados diagnósticos de muitas pacientes com idade inferior à esperada de acordo com as bases estatísticas nacionais, o que preocupa por estas estarem fora das metas de campanhas de prevenção realizadas por ações governamentais. Dentre estas, cerca de 44% possuem idade menor que 50 anos, e 11,82% do total receberam o diagnóstico antes dos 40 anos. Em detrimento disso, se observa a necessidade da abrangência do rastreamento, acompanhamento e orientações das mulheres, independentemente de faixa etária, com a finalidade da realização precoce de intervenções, instalação de medidas preventivas, ampliação do acesso a exames investigatórios e realização do tratamento em tempo oportuno (INCA, 2021).

Dentre as informações obtidas no estudo, a presença de diagnóstico prévio de comorbidades como Hipertensão Arterial Sistêmica encontra-se em 45,16% das pacientes. Enquanto que o Diabetes Mellitus tipo 2 foi identificado em 13,97% do público total. O reconhecimento e identificação de fatores de risco do público proposto se faz necessário para identificação de potenciais portadoras de lesões precursoras para malignidade (WHO, 2022).

Mas, a dificuldade na obtenção de dados como histórico de tabagismo e etilismo, assim como, histórico familiar positivo, presença de menarca precoce e/ou menopausa tardia, uso de anticoncepcionais orais ou realização de reposição hormonal, obesidade, sedentarismo, impossibilita a realização de uma análise de maior acurácia, assim como a comparação no âmbito nacional e internacional. Em se tratando de estudos internacionais, fatores como esses são evidências sugestivas, porém inconclusivas (WHO, 2022).

Sabe-se que grande parte das pacientes diagnosticadas se encontram em cidades de médio porte (como Altamira possuindo 61,29% dos casos de toda região) e moradoras de zonas urbanas (81,72%). Entretanto, não se deve ignorar a necessidade de ampliação de acesso das mulheres aos serviços de saúde e esclarecimentos de informações, principalmente, se tratando de portadoras de lesões possivelmente positivas para neoplasias (INCA, 2021).

A difusão de estratégias de comunicação e mobilização social, com informações preventivas e para detecção precoce de sintomas sugestivos de malignidade. Oferta de comunicação por meio de veículos de acesso em áreas remotas como as pertencentes a Amazônia, como nos municípios da região do Xingu (como rádios), auxiliam no esclarecimento da população e agilizam o processo de diagnóstico e tratamento. Visto que 95,69% dos prontuários analisados possuem como registro de queixas principais, alterações como percepção de nodulações palpáveis e sintomatologias locais na mama afetada, apesar da contraindicação da realização do autoexame das mamas (INCA,2021).

O período de abrangência deste trabalho inclui os anos de 2020 e 2021, logo, os dados apresentados sofreram interferência da pandemia do COVID-19. A necessidade de distanciamento social, restrição de circulação de pessoas, suspensão de serviços ambulatoriais e procedimentos eletivos e sobrecarga maciça ao sistema de saúde do Brasil devido a pandemia, causaram uma redução significativa do rastreamento, número de diagnósticos, mamografias realizadas anualmente (SANTOS, 2023).

A presença de uma queda de 17 para 14 diagnósticos anuais, após crescimento consecutivo anual durante os 3 primeiros anos analisados pelo trabalho. Após este fato, nota-se um expressivo crescimento do número de diagnósticos, saltando de 14 para 26, devido ao retorno após paralisação de serviços de saúde “não emergenciais”. Além disso, há relatos de mulheres que as pacientes ficaram receosas em comparecer aos serviços de saúde devido às incertezas quanto ao funcionamento das atividades e pelo risco de contágio pelo vírus, fazendo a perda do acesso e seguimento ambulatorial, além da impossibilidade da realização de rastreamento e diagnóstico do câncer de mama em estágios iniciais ou assintomáticos (SANTOS, 2023).

Diante da análise dos dados da pesquisa, verificou-se que todas as pacientes tiveram biópsia positiva para CA de MAMA para o diagnóstico. A confirmação diagnóstica só é possível através da biópsia que consiste na punção por agulha grossa, core biopsy ou exérese da lesão suspeita para a retirada do fragmento que será analisada pelo patologista para definir tal diagnóstico (INCA, 2019).

A localização mais comum do câncer de mama nas mulheres é no quadrante superior da mama esquerda, depois o quadrante superior da mama direita, devido a quantidade aumentada de glândulas nesses locais (Siqueira et al., 2016; INCA, 2019). Entretanto, em nosso estudo atual, em relação a lateralidade, a mama mais acometida foi a direita com 60,21% dos casos, a esquerda correspondendo a 37,6% e o acometimento de ambas a 2,1% (INCA,2019).

Dentre os métodos de imagem de mama, a mamografia permanece sendo a escolha mais usada para os programas de rastreamento de mulheres sem sintomas para neoplasia de mama. Sendo considerado padrão-ouro, pois tem a capacidade de detectar lesões não palpáveis e achar microcalcificações (FEBRASGO, N° 79).

Aliás, a ultrassonografia é usada para complementar a mamografia com Birads 3, diagnósticos diferenciais entre lesão sólida e cística, mamografia inconclusiva com exame das mamas alterado, mulheres jovens com lesão palpável (FEBRASGO,2018). Nesse sentido, a nossa pesquisa encontrou que quase metade dos prontuários avaliados nas pacientes não realizaram a mamografia e 22,58% tiveram o Birads 4, sendo um fator que dificulta o diagnóstico precoce do câncer de mama. Em relação a Ultrassonografia, 29,03% não realizaram esse exame, 36,5% que realizaram tiveram Birads 4, seguido de 22% com Birads 5 (FEBRASGO, 2018).

Sobre o linfonodo axilar positivo, 41,39% das pacientes tiveram no momento da análise histológica. Desse modo, os estádios avançados localmente de tal neoplasia que possuem comprometimento axilar se caracterizam como pior prognóstico e sobrevida livre do câncer de mama (Gobi et al, 2012). Ademais, o grau histológico II foi o mais prevalente acometendo 45, 16%, seguido do Grau III com 44,08%. Tais dados podem estar ligados ao tempo longo ao acesso ao serviço de saúde e impactar negativamente no

prognóstico, porque as células cancerígenas estão num estado de diferenciação e desenvolvimento avançado nesses graus. Isso vai em contrapartida a encontrar a neoplasia em fase inicial e ter a melhora do prognóstico, acompanhado de um tratamento mais eficiente e diminuir a morbidade que estão relacionadas aos principais benefícios do rastreamento (BRASIL, 2015).

O hospital em que o estudo foi realizado, evidenciou que o carcinoma ductal foi a maioria com 74,19%, seguido do carcinoma misto responsável por 10,75% dos casos. Tais dados colaboram para o tipo histológico mais comum que é o carcinoma que se desenvolve nos ductos, estando relacionado há 80% total dos casos (HARRIS et al., 2012).

Em relação ao tratamento cirúrgico, 70,96% foram submetidas à Quadrantectomia e 20,43% tiveram que realizar a mastectomia radical. O tratamento cirúrgico compõe uma parte da intervenção para o câncer de mama, pois a cirurgia tem como importância o controle do local da doença, prevenir a recorrência e fornecer peças para serem avaliadas no histopatológico e imuno-histoquímico para definir melhor a conduta da paciente. Também, o tratamento cirúrgico da axila está incluso nesse tipo de tratamento, pois revela o estado dos linfonodos, o estadiamento do câncer de mama e o prognóstico (MS,2021).

## 8 CONCLUSÃO

Por fim, a análise do perfil clínico das pacientes submetidas ao estudo, ficou notável que o rastreio para as mulheres assintomáticas e sem fatores de risco deve se iniciar aos 40 anos, por meio da mamografia, conforme indicado pela Sociedade Brasileira de Mastologia e contrapondo a indicação do Ministério da Saúde (de 50 a 69 anos de idade). Visto que 32% dos dados colhidos nos prontuários, a faixa etária de diagnóstico está entre 40 e 49 anos quando receberam o diagnóstico de câncer de mama. Logo, é importante o estabelecimento de implementações de programas que realizam o rastreamento para mulheres nessa faixa etária, com o intuito de evitar diagnósticos tardios, planejar e disseminar medidas preventivas para a população e incentivar mais estudos na região do Xingu após a elaboração desse perfil.

Outro fato importante é o impacto da pandemia sobre o funcionamento hospitalar, sobre a parada de funcionamento de ambulatórios e procedimento eletivos, houve um expressivo aumento de diagnósticos nos anos seguintes. Com isso tem-se o aumento da demanda dos serviços ambulatoriais e maior número de procedimento cirúrgicos devido a diagnósticos de neoplasias da mama.

## BIBLIOGRAFIA

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E HOSPITALAR (PRÓ-SAÚDE). Hospital Regional Público da Transamazônica. 2022. Acesso em 11 mar. 2023.

Breast Cancer Res Treat, v. 101, n. 3, p. 349-53, 2007. GOBBI, H. Classificação dos tumores da mama: atualização baseada na nova classificação da Organização Mundial da Saúde de 2012.

DeCensi A, Puntoni M, Guerrieri-Gonzaga A, Caviglia S, Avino F, Cortesi L, et al. Randomized placebo controlled trial of low-dose tamoxifen to prevent local and contralateral recurrence in breast intraepithelial neoplasia. J Clin Oncol. 2019;37(19):1629–37.

FEBRASGO. Manual de Orientação Mastologia. 1. ed. [S. l.: s. n.], 2010. v. 1.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Lesões precursoras do câncer de mama. São Paulo: FEBRASGO; 2021. (Protocolo FEBRASGO Ginecologia, n. 54/Comissão Nacional Especializada em Mastologia).

Filassi JR, Ricci MD. Rastreamento e propedêutica do câncer de mama. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Ginecologia, no. 79/ Comissão Nacional Especializada em Mastologia).

Gil RA. Qual a incidência de câncer de mama no Brasil e no Mundo? É verdade que esse número está aumentando? Por quê? A Mortalidade continua alta? In: Boff RA,

Wisintainer F. 1a ed. O que as mulheres querem saber sobre câncer de mama. As 100 perguntas mais frequentes: Mesa Redonda, 2005; 33-4.

HARRIS, J. R. *et al.* Diseases of the breast. 4th. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação. / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Detecção precoce do câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/deteccao-precoce-do-cancer>> Acesso em: 19 jul. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. A mulher e o câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: Rio de Janeiro: INCA, 2018. Catálogo de exposição.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama. Rio de Janeiro: INCA, 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Dieta, nutrição, atividade física e câncer: uma perspectiva global: um resumo do terceiro relatório de especialistas com uma perspectiva brasileira. Rio de Janeiro: INCA, 2020.

INUMARU, L. E.; SILVEIRA, E. A. da; NAVES, M. M. V. Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma revisão sistemática. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1259-1270, 2011. DOI 10.1590/S0102-311X2011000700002.

KLARENBACH, S. *et al.* Recommendations on screening for breast cancer in women aged 40– 74 years who are not at increased risk for breast cancer. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, [Ottawa], v. 190, n. 49, p. E1441–E1451, 10 Dec. 2018. DOI 10.1503/cmaj.180463.

MIGOWSKI, A. *et al.* Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. II - Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. e00074817, jun. 2018. DOI 10.1590/0102-311X00074817.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Instituto Nacional do Câncer. Causas e Prevenção: Estatísticas de câncer. *In: Causas e Prevenção: Estatísticas de câncer. 1.0 - RC2. Brasil*, 4 mar. 2021. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>>. Acesso em: 28 maio 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Instituto Nacional do Câncer. Tipos de câncer: Câncer de mama. *In: Tipos de câncer: Câncer de mama. 1.0 - RC2. Brasil: INCA*, 4 mar. 2021. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama>>. Acesso em: 25 maio 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Instituto Nacional do Câncer. Detecção precoce: Rastreamento. *In: MS (Brasil). INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Detecção precoce: Rastreamento. 1.0 - RC2. Brasil: INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER*, 27 maio 2021. Disponível em:<<https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-de-mama/acoes-de-controle/deteccao-precoce>>. Acesso em: 28 maio 2021.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN) NCCN Guidelines for Treatment of Cancer- Breast Cancer. Plymouth: NCCN; c2021. [cited 2021 Jan 25]. Available from: [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/default.aspx](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/default.aspx).

SANTOS, L. A. de O.; CAMPELO, V. M. de B.; COSTA, N. B. T.; SOUZA, A. P. P. de.; SANTOS, F. P. dos .; CAMPELO, Y. D. M. . The effects of the COVID-19 pandemic on breast cancer diagnosis and treatment, a systematic review of the literature . Research, Society and Development, [S. l.], v. 12, n. 4, p. e18112440446, 2023. DOI: 10.33448/rsd-v12i4.40446. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/40446>. Acesso em: 04 de dezembro de 2023.

Silva, Carlos Henrique Mascarenhas Manual SOGIMIG: mastologia/Carlos Henrique Mascarenhas Silva, Henrique Lima Couto, Waldeir José de Almeida Júnior. – 1. ed. – Rio de Janeiro: MedBook, 2018.

WILD, C. P.; WEIDERPASS, E.; STEWART, B. W. (ed.). **World cancer report: cancer research for cancer prevention**. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2020. Disponível em: <<http://publications.iarc.fr/586>> Acesso em: 22/10/2022.

World Health Organization - WHO. Health Statistics and Health Information Systems. Disponível em: <[http://www.who.int/whosis/database/mort/table1\\_process.cfm](http://www.who.int/whosis/database/mort/table1_process.cfm)> Acesso em 30/11/23.

## APÊNDICE 1- FICHA DE COLETA DE DADOS



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ – UFPA  
FACULDADE DE MEDICINA – CAMPUS ALTAMIRA

FICHA COLETA DE DADOS

N°: \_\_\_\_\_

\* CID COMPATÍVEL COM NEOPLASIA DE MAMA: SIM [ ] NÃO [ ] (CASO SEJA NÃO, ESTARÁ FORA DO ESTUDO).

1. MUNICÍPIO PROCEDENTE: \_\_\_\_\_ ZONA URBANA [ ] ZONA RURAL [ ]
2. ANO QUE RECEBEU O DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_
3. IDADE QUE TINHA QUANDO RECEBEU O PRIMEIRO DIAGNÓSTICO DE CA DE MAMA: \_\_\_\_\_
4. GÊNERO: FEMININO [ ] MASCULINO [ ] ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_
5. FATORES DE RISCO: TABAGISMO [ ] ETILISMO [ ] OBESIDADE [ ] OUTROS: \_\_\_\_\_
6. COMORBIDADES PRÉVIAS: NÃO [ ] SIM, QUANTAS ? 1 [ ] 2 [ ] + DE 2 [ ]: \_\_\_\_\_
7. ANTECEDENTE FAMILIAR (PRIMEIRO GRAU): NÃO [ ] SIM [ ], QUEM? \_\_\_\_\_
8. ACHADOS CLÍNICOS OU ALTERAÇÃO NO EXAME FÍSICO DAS MAMAS: NÃO [ ] SIM [ ], QUAIS?
9. TAMANHO DO NÓDULO: < 2CM [ ] 2 A 5 CM [ ] > 5CM [ ] PELE ACOMETIDA [ ]
10. ESTADIAMENTO: 1° GRAU [ ] 2° GRAU [ ] 3° GRAU [ ] 4° GRAU [ ]
11. LATERALIDADE: DIREITA [ ] ESQUERDA [ ] BILATERAL [ ]
12. BIRADS DA MMG: 0 [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ] 6 [ ]
13. BIRADS USG DAS MAMAS: 0 [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ]
14. REALIZOU INTERVENÇÃO CIRÚRGICA: NÃO [ ] SIM [ ], QUAL? \_\_\_\_\_
15. REALIZOU INTERVENÇÃO HORMONAL: NÃO [ ] SIM [ ], QUAL? \_\_\_\_\_
16. REALIZOU INTERVENÇÃO COM RADIOTERAPIA: SIM [ ] NÃO [ ]
17. TIPO DE CANCER DE MAMA (RESULTADO DO HISTOPATOLÓGICO): \_\_\_\_\_
18. LINFONODO AXILAR ACOMETIDO: SIM [ ] NÃO [ ]
19. IMUNOHISTOQUÍMICA: LUMINAL A [ ] LUMINAL B [ ] HER2 [ ] TRIPLO NEGATIVO [ ]
20. METÁSTASE: NÃO [ ] SIM [ ], LOCAL: \_\_\_\_\_

## ANEXO A- PARECER DO CEP

UFPA - INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARÁ



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Perfil Clínico e Epidemiológico de pacientes com Câncer de Mama do Hospital Regional Público da Transamazônica de 2017 a 2022

**Pesquisador:** VIVIANE GROSSE BRESSAN

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 68342323.3.0000.0018

**Instituição Proponente:** Campus Universitário de Altamira

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.197.267

#### Apresentação do Projeto:

O carcinoma mamário é o mais recorrente que acomete, principalmente, as mulheres em âmbito mundial. Os sinais e sintomas desse câncer, o diagnóstico, os fatores de risco e o rastreamento são fatores importantes para o prognóstico e a evolução da doença. Desse modo, foi visto a necessidade de se delinear o perfil epidemiológico da Região do Xingu para incentivar estratégias de prevenção, novos estudos e compartilhamento com a sociedade sobre tal tema. A realização deste estudo é devido a consequência deletéria da neoplasia mamária, tendo em vista a sua importância epidemiológica e social. Desse modo, será realizado um perfil epidemiológico do câncer de mama na Região do Xingu, verificando os grupos de risco, os casos novos diagnosticados, a frequência e a distribuição dessa região no período de 2017 a 2022, tendo em vista que este estudo irá trazer um panorama do Perfil Clínico e Epidemiológico sobre CA de Mama dos pacientes atendidos no HRPT, sendo o primeiro trabalho relacionado a pesquisa desse tema nessa localidade. O objetivo do presente estudo será identificar o perfil epidemiológico de pacientes com CA de

Mama da Região do Xingu que foram atendidos no ambulatório de Mastologia do Hospital Regional Público da Transamazônica, Altamira/PA. Trata-se de um estudo de caráter clínico e epidemiológico, retrospectivo com delineamento transversal, com amostragem colhida a partir de dados primários (Prontuários).

**Endereço:** Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá ,UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.  
**Bairro:** Guamá **CEP:** 66.075-110  
**UF:** PA **Município:** BELEM  
**Telefone:** (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARÁ



Continuação do Parecer: 6.197.267

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Traçar o perfil clínico e epidemiológico de pacientes com câncer de mama assistidos pelo sistema público no HRPT em Altamira-PA.

Objetivo Secundário:

- Realizar o levantamento de dados dos prontuários de pacientes com de CA de mama do HRPT em Altamira-PA entre 2017 a 2022;
- Identificar os principais fatores de risco para o CA de mama em Altamira-PA;
- Estabelecer o perfil sociodemográfico dos pacientes através do levantamento de dados coletados dos prontuários dos pacientes.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

O presente estudo apresenta o risco de divulgação de dados pessoais e de informações dos prontuários. Esse risco será evitado a partir da não utilização de nomes dos pacientes escritos por extenso, sendo substituídos por números na tabela do Excel.

Benefícios:

A pesquisa tem como intuito trazer informações sobre os casos de CA de Mama, trazendo um panorama sobre o perfil epidemiológico assim como as características clínicas apresentadas pelos usuários do serviço ofertado pelo HRPT, visto que será o primeiro estudo da região relacionado a esse tema. Além disso, tem como meta incentivar novos projetos de pesquisa e de extensão sobre a área de CA de Mama, a fim de trazer melhorias nessa área da saúde na Região do Xingu.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O protocolo encaminhado dispõe de metodologia e critérios definidos conforme resolução 466/12 do CNS/MS. Trata ainda em resolver pendências citadas no parecer nº6.107.141, que depois de ser avaliado por este colegiado, tende-se como, pendências resolvidas e aceitas.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos apresentados, nesta versão, contemplam os sugeridos pelo sistema CEP/CONEP.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto somos pela aprovação do protocolo. Este é nosso parecer, SMJ.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Endereço:** Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.  
**Bairro:** Guamá **CEP:** 66.075-110  
**UF:** PA **Município:** BELEM  
**Telefone:** (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

**UFPA - INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARÁ**



Continuação do Parecer: 6.197.267

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2107641.pdf	06/07/2023 22:54:18		Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_compromisso_pesquisador.pdf	06/07/2023 22:50:17	NATALIA MEDEIROS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CA_MAMA.pdf	06/07/2023 21:03:46	AMANDA DE ASSIS MARIA	Aceito
Outros	TCUD.pdf	06/07/2023 20:57:28	AMANDA DE ASSIS MARIA	Aceito
Cronograma	cronograma_de_atividades.pdf	06/07/2023 20:50:13	AMANDA DE ASSIS MARIA	Aceito
Outros	INSTRUMENTOS_DE_PESQUISA.pdf	06/07/2023 20:45:15	AMANDA DE ASSIS MARIA	Aceito
Outros	termo_aceite_orientador.pdf	06/07/2023 20:36:13	NATALIA MEDEIROS	Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	encaminhamento_ao_cep.pdf	06/07/2023 20:35:26	NATALIA MEDEIROS	Aceito
Outros	isencao_de_onus.pdf	06/07/2023 20:33:30	NATALIA MEDEIROS	Aceito
Outros	carta_anuencia_regional.pdf	06/07/2023 20:31:23	NATALIA MEDEIROS	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	06/07/2023 20:26:56	NATALIA MEDEIROS	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	25/03/2023 20:53:32	AMANDA DE ASSIS MARIA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_do_Pesquisador.pdf	25/03/2023 20:45:41	AMANDA DE ASSIS MARIA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DispensaTCLE.pdf	25/03/2023 20:12:51	NATALIA MEDEIROS SOMBRA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá ,UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.  
**Bairro:** Guamá **CEP:** 66.075-110  
**UF:** PA **Município:** BELEM  
**Telefone:** (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARÁ



Continuação do Parecer: 6.197.267

BELEM, 24 de Julho de 2023

---

**Assinado por:**  
**Wallace Raimundo Araujo dos Santos**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá ,UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.  
**Bairro:** Guamá **CEP:** 66.075-110  
**UF:** PA **Município:** BELEM  
**Telefone:** (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

Página 04 de 04