

## Perfil sociodemográfico e clínico-patológico de mulheres hospitalizadas com câncer mamário localmente avançado ou metastático

Sociodemographic and clinical-pathological profile of women hospitalized with metastatic or advanced local breast cancer

Perfil sociodemográfico y clínico-patológico de mujeres hospitalizadas con cáncer de mama localmente avanzado o metastático

Eunice de Oliveira Lacerda Lima<sup>I</sup>, Marcelle Miranda da Silva<sup>II</sup>

**Resumo:** **Objetivo:** caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico-patológico de mulheres hospitalizadas com câncer de mama localmente avançado ou metastático. **Método:** estudo quantitativo, descritivo, realizado em hospital no Rio de Janeiro, Brasil, entre março e julho de 2017. Participaram 199 mulheres hospitalizadas nas enfermarias clínicas. Coletaram-se dados nos prontuários e por entrevista aplicando formulário contendo variáveis dos perfis. Para análise utilizou-se o *Statistical Package for the Social Sciences* versão 24. **Resultados:** 153 (76,88%) mulheres tinham de 40 a 69 anos de idade; 80 (40,20%) com ensino fundamental incompleto; 181 (90,95%) viviam com até dois salários mínimos; 107 (53,77%) foram diagnosticadas no estadiamento III; 145 (72,86%) já se encontravam no estadiamento IV; e 73 (36,68%) apresentavam pior *performance status*, seguidas de 70 (35,18) mulheres com *performance status* 3. **Conclusão:** o perfil demonstrou ocorrência de diagnóstico tardio e elevado nível de dependência, em sua maioria em mulheres com pouco escolaridade e baixa condição socioeconômica.

**Descritores:** Neoplasias da mama; Cuidados paliativos; Hospitalização; Enfermagem; Perfil de saúde

**Abstract:** **Objective:** to characterize the sociodemographic and clinical-pathological profile of women hospitalized with metastatic or advanced local breast cancer. **Method:** quantitative descriptive study, carried out in a hospital in Rio de Janeiro, Brazil, from March to July 2017. The study included 199 women hospitalized in the clinical ward. Data were collected from the medical records and through interviews, using a form that contained the variables of the profiles. The analysis was conducted using the *Statistical Package for the Social Sciences*, version 24. **Results:** 153 (76.88%) women were from 40 to 69 years old; 80 (40.20%) had incomplete elementary education; 181 (90.95%) lived with up to two minimum wages; 107 (53.77%) were diagnosed with stage III cancer; 145 (72.86%) were already in stage IV. 73 (36.68%) had the worst performance status, followed by 70 (35.18%) with

<sup>I</sup> Enfermeira, mestrado em enfermagem, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), Hospital do Câncer III, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: eunicelacerda@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2696-2251>

<sup>II</sup> Enfermeira, pós-doutorado em enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro / Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: marcellemsufrj@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4872-7252>

performance status 3. **Conclusion:** the profile has shown delayed diagnoses and high levels of dependency, mostly in women with low educational levels and low socioeconomic conditions.

**Descriptors:** Breast Neoplasms; Palliative Care; Hospitalization; Nursing; Health Profile

**Resumen: Objetivo:** caracterizar el perfil sociodemográfico y clínico patológico de mujeres hospitalizadas con cáncer de mama localmente avanzado o metastásico. **Método:** estudio cuantitativo, descriptivo, realizado en hospital en Rio de Janeiro, Brasil, entre marzo y julio de 2017. Participaron 199 mujeres hospitalizadas en las enfermarías clínicas. Se recogieron datos en los prontuarios y por entrevista aplicando formulario conteniendo variables de los perfiles. Para análisis se ha utilizado el *Statistical Package for the Social Sciences* versión 24. **Resultados:** 153 (76,88%) mujeres tenían de 40 a 69 años de edad; 80 (40,20%) con enseñanza fundamental incompleta; 181 (90,95%) vivían con hasta dos salarios mínimos; 107 (53,77%) han sido diagnosticadas en el estadificación III; 145 (72,86%) ya se encontraban en el estadificación IV; y 73 (36,68%) presentaban peor *performance status*, seguidas de 70 (35,18%) mujeres con *performance status* 3. **Conclusión:** el perfil demostró ocurrencia de diagnóstico tardío y elevado nivel de dependencia, en su mayoría en mujeres con poca escolaridad y baja condición socioeconómica.

**Descriptores:** Neoplasias de la mama; Cuidados paliativos; Hospitalización; Enfermería; Perfil de salud

## Introdução

Apesar dos avanços técnico-científicos, o diagnóstico tardio do câncer de mama ainda é uma realidade no Brasil, em especial diante das suas características, que incluem rápida progressão, agressividade e possibilidade de refratariedade às medidas de tratamento para a cura. O câncer de mama é a neoplasia mais incidente entre as mulheres, e o intervalo entre o diagnóstico e o início do tratamento tem sido objeto de preocupação em vários países desenvolvidos e em desenvolvimento, uma vez que o atraso neste itinerário interfere diretamente no prognóstico e na qualidade de vida.<sup>1</sup>

A literatura destaca em algumas realidades frequente associação das características do perfil sociodemográfico das mulheres, como idade, grau de escolaridade e situação econômica, com a demora na confirmação diagnóstica e delineamento do plano assistencial, o que repercute no perfil clínico-patológico, com elevada taxa de morbimortalidade relacionada ao câncer de mama.<sup>1-2</sup> Tais evidências orientam novos estudos em busca de dados convergentes, especialmente, em países em desenvolvimento e/ou de grande territorialidade, variações culturais, desigualdades sociais e alta densidade populacional, como o Brasil.

A magnitude do câncer de mama como problema global de saúde encaminha para a necessidade de investimento em pesquisas que auxiliem no diagnóstico precoce e na promoção da qualidade de vida. Estudos sobre o perfil de saúde dessas mulheres podem direcionar as estratégias assistenciais para ajudá-las no enfrentamento dos impactos de ordem física, psicológica, econômica e social causados pela doença, especialmente as que apresentam perfil de vulnerabilidade social.<sup>1-2</sup>

Questiona-se: qual o perfil sociodemográfico e clínico-patológico de mulheres hospitalizadas com câncer de mama localmente avançado ou metastático? Objetivou-se caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico-patológico de mulheres hospitalizadas com câncer de mama localmente avançado ou metastático.

## **Método**

Estudo quantitativo, descritivo, realizado em um Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), no município do Rio de Janeiro, Brasil. Este CACON possui cinco unidades estruturadas conforme as especialidades, sendo quatro direcionadas para o diagnóstico e tratamento do câncer e outra para os cuidados paliativos. O cenário consistiu na unidade especializada no câncer de mama, no setor de internação clínica, onde constam 26 leitos distribuídos em sete enfermarias.

A população foi composta por mulheres com câncer de mama hospitalizadas nestas enfermarias no período entre março e julho de 2017, totalizando 289 pacientes. A partir da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, operacionalizada por meio da consulta aos prontuários, todas as mulheres elegíveis participaram do estudo, ou seja, 199 mulheres. Este número foi superior ao da amostra de 180 mulheres resultante do teste Anova, que considerou como estimativa a população de 383 mulheres hospitalizadas no segundo semestre de 2016.

Foram critérios de inclusão: mulheres com idade igual ou maior a 18 anos; com câncer de mama nos estadiamentos clínicos IIB e III (A, B e C), o que abrangeu as mulheres com doença

localmente avançada (casos em que a massa tumoral no diagnóstico é maior que cinco centímetros ou de qualquer tamanho invadindo estruturas adjacentes e/ou comprometendo linfonodos)<sup>3</sup> e com alta probabilidade de desenvolvimento de metástases; e mulheres que se apresentavam no estadiamento clínico atual IV, com metástase comprovada.

Foram critérios de exclusão: mulheres com confusão mental ou prostração e comprometimento cognitivo afetando a capacidade de leitura e compreensão; cujo tumor primário não foi na mama; com qualquer fator limitante, como dor, após três tentativas de abordagem no período de coleta de dados; que não estavam com o prontuário médico disponível no setor ou que realizaram o tratamento inicial fora da referida instituição. Especifica-se que a avaliação da confusão mental e do comprometimento cognitivo se deu por meio da leitura dos prontuários, a partir da identificação dos registros que apontavam sintomas como agitação psicomotora, distúrbios da consciência e alteração da cognição. Tais informações foram ainda confirmadas por meio da consulta aos membros da equipe de saúde responsáveis pela assistência no momento da coleta de dados.

Das 90 pacientes que não participaram do estudo 67 apresentaram quadro de confusão mental ou prostração; oito recusaram-se a participar; cinco o tumor primário não estava localizado na mama; quatro a doença estava em estágio I (A e B) ou IIA; quatro realizaram o tratamento inicial em outra instituição, não sabendo informar sobre os tratamentos prévios realizados; e duas não estavam com o prontuário.

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora por meio da consulta aos prontuários e da entrevista estruturada. Aplicou-se o formulário contendo as seguintes variáveis do perfil clínico-patológico: tipo histopatológico; presença, local e quantidade de metástase; tratamentos prévios e atuais; *performance status*; complicações; estadiamento inicial da primeira consulta médica; e estadiamento atual. Foram variáveis do perfil sociodemográfico: idade; grau de escolaridade; renda *per capita*; religião; e situação conjugal.

A escala *Performance Status (PS)* do *Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG)*, quantifica o grau em que a doença está afetando as habilidades de vida diária do paciente, variando escore de zero a cinco pontos. O escore 0 indica que o paciente não sofreu alteração no seu modo de vida, continuando normalmente todo o desempenho antes da condição patológica; no escore 1 o paciente manifesta algumas restrições físicas para atividades mais extenuantes, mas é capaz de realizar atividades leves; no escore 2 o paciente consegue realizar o autocuidado, mas é incapaz de realizar atividade de trabalho, e fica fora do leito por mais de 50% do tempo; no escore 3 o paciente está limitado na sua capacidade de autocuidado e permanece restrito ao leito ou em cadeira de rodas mais de 50% do tempo de vigília; no escore 4 o paciente está completamente dependente para autocuidado e restrito ao leito ou cadeira de rodas; e o escore 5 é atribuído ao paciente morto.<sup>4</sup>

O cenário do estudo aplica a escala PS-ECOG, sendo uma importante ferramenta para os profissionais fundamentarem a tomada de decisão e a avaliação de prognóstico. As entrevistas foram realizadas para completar as informações previamente coletadas nos prontuários. Desse modo, todas as 199 mulheres foram entrevistadas, individualmente, no espaço da enfermaria ou em sala reservada no setor, caso assim desejassem e pudessem sair do leito. No espaço da enfermaria as entrevistas foram realizadas em horário com menor número de circulação de pessoas e com tom de voz baixo para garantir a privacidade da paciente.

O tratamento dos dados foi realizado com base na análise estatística descritiva pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 24, para apresentação de valores absolutos, porcentagens, médias e medianas. O projeto de pesquisa foi aprovado nos Comitês de Ética em Pesquisa sob os números de parecer nº 1.930.696 e nº 1.951.238, em março de 2017, respeitando os princípios éticos concernentes à pesquisa com seres humanos, de acordo com a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Todas as mulheres assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

## Resultados

Destaca-se no perfil sociodemográfico a predominância na faixa etária de 40 a 69 anos, com o ensino fundamental incompleto. Economicamente, 90,95% vivia com renda *per capita* de até dois salários mínimos. A maioria das mulheres possuía religião e companheiro (Tabela1).

**Tabela 1** – Perfil sociodemográfico de mulheres hospitalizadas com câncer de mama localmente avançado ou metastático. Rio de Janeiro, RJ, 2017.

Variável	N	%
<b>Faixa Etária</b>		
18 a 29	2	1,01
30 a 39	22	11,05
40 a 49	51	25,63
50 a 59	65	32,66
60 a 69	37	18,59
70 a 79	18	9,05
80 a 90	4	2,01
<b>Grau de escolaridade</b>		
Analfabeto	6	3,01
Ensino fundamental incompleto	80	40,20
Ensino fundamental completo	19	9,55
Ensino médio incompleto	10	5,03
Ensino médio completo	59	29,65
Ensino superior incompleto	10	5,03
Ensino superior completo	13	6,53
Pós-graduação	2	1,00
<b>Renda <i>Per Capta</i> em salário mínimo*</b>		
Menos de 1 salário	91	45,73
De 1 a 2 salários	90	45,22
Mais de 2 salários	18	9,05
<b>Religião</b>		
Católica	81	40,70
Evangélica	97	48,74
Outra Religião	16	8,04
Sem religião	5	2,52
<b>Situação conjugal</b>		
Com companheiro	106	53,27
Sem companheiro	93	46,73

\*Salário mínimo = R\$937,00 referente ao Brasil em 2017

Ao analisar o sumário com as estatísticas descritivas referentes às idades das mulheres que compuseram a amostra, a idade mínima foi de 28 anos e a máxima de 90 anos, com mediana de 53 e média de 53,68 anos. Pelo menos 75% das mulheres apresentaram idades inferiores a 61,5 anos, e algumas mulheres apresentaram idades acima de 80 anos (87, 85 e 90), sendo assim consideradas *outliers* (por estarem muito distantes da idade das demais mulheres).

O tipo histopatológico tumoral mais frequente foi o carcinoma ductal infiltrante. Cerca de 145 (72,86%) mulheres tinham metástase, sendo os locais mais acometidos os ossos e pulmões; 96 (48,24%) mulheres apresentaram dois ou mais locais de metástase. A quimioterapia foi o tratamento mais realizado, seja dentre os tratamentos prévios ou atuais; a cirurgia foi um tratamento que deixou de ser empregado como tratamento atual. A ferida tumoral foi a complicação mais frequente, seguida de linfedema e síndrome de compressão medular. Quanto à PS das mulheres, verificou-se a PS 4 com maior incidência, seguida da PS 3 (Tabela 2).

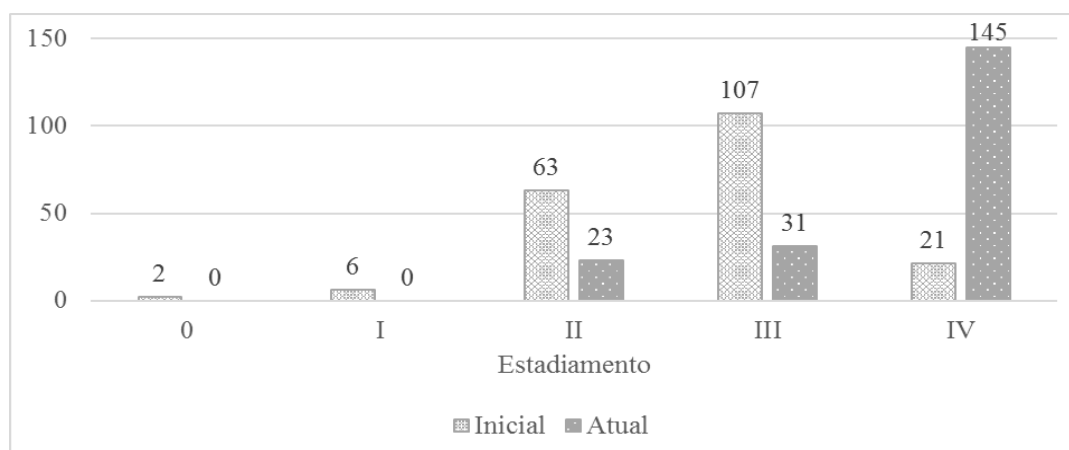
**Tabela 2** – Perfil clínico-patológico de mulheres hospitalizadas com câncer de mama localmente avançado ou metastático. Rio de Janeiro, RJ, 2017.

Variável	N	%
<b>Tipo Histopatológico</b>		
Carcinoma ductal infiltrante	162	81,41
Outros	37	18,59
<b>Presença de Metástase</b>		
Sim	145	72,86
Não	54	27,14
<b>Local de metástase</b>		
Sistema nervoso central	38	19,10
Fígado	44	22,11
Ossos	97	48,74
Pulmão	70	35,18
Outros	48	24,12
<b>Quantidade de metástase</b>		
0	54	27,14
1	49	24,62
2	45	22,61
3 ou mais	51	25,63
<b>Tratamentos Prévios</b>		

Quimioterapia	173	86,93
Radioterapia	117	58,79
Cirurgia	109	54,77
Hormonioterapia	102	51,26
Virgem de tratamento	12	6,03
<b>Tratamento atual</b>		
Quimioterapia	104	52,26
Hormonioterapia	64	32,16
Radioterapia	29	14,57
Controle dos Sintomas	18	9,05
<b>Complicações</b>		
Ferida tumoral	34	17,09
Linfedema	32	16,08
Síndrome de Compressão Medular	22	11,06
<b>Performance Status (PS)</b>		
Performance Status 1	19	9,55
Performance Status 2	37	18,59
Performance Status 3	70	35,18
Performance Status 4	73	36,68

De acordo com a distribuição das fases de estadiamento da doença, verifica-se no gráfico 1 que, no estadiamento inicial, momento da primeira consulta especializada, 107 mulheres foram diagnosticadas na fase III. Havia mulheres nas fases 0 e I, e 21 mulheres foram diagnosticadas na fase mais avançada da doença (IV). A análise do estadiamento atual, estadiamento no momento da coleta de dados, apontou que 145 mulheres já se encontravam na fase IV.

**Figura 01** - Distribuição das fases de estadiamento inicial e atual da doença





A tabela 3 demonstra essa evolução do estadiamento inicial até o momento da coleta de dados. Das 107 mulheres que foram diagnosticadas no estadiamento III, 27 ainda estavam nesta fase, enquanto as outras 80 mulheres avançaram para a IV. Em geral, a piora clínica com a evolução do estadiamento foi significativa, uma vez que o número de mulheres na fase IV passou de 21 para 145.

**Tabela 3** – Distribuição das fases de estadiamento inicial e atual da doença. Rio de Janeiro, RJ, 2017.

Estadiamento Inicial	Fase do estadiamento atual						Total	
	II		III		IV		N	%
	N	%	N	%	N	%		
0	0	0,00	0	0,00	2	100,0	2	100,0
I	1	16,67	0	0,00	5	83,33	6	100,0
II	22	34,92	4	6,35	37	58,73	63	100,0
III	0	0,00	27	25,23	80	74,77	107	100,0
IV	0	0,00	0	0,00	21	100,0	21	100,0
Total	23	11,56	31	15,58	145	72,86	199	100,0

## Discussão

Na análise dos dados sociodemográficos observou-se que a prevalência da idade esteve na faixa etária entre 40 e 69 anos. Tal resultado, apesar de revelar algumas particularidades nos extremos de idade, com grupo de *outliers*, apresenta consonância com o perfil etário da população brasileira afetada por esta doença, e vai ao encontro das políticas públicas, considerando a população-alvo para ações de rastreamento e diagnóstico precoce do câncer de mama.<sup>5</sup>

Quando a comparação da variável idade ganha o cenário internacional, atenta-se para possíveis diferenças atreladas ao nível de desenvolvimento econômico entre os países. Em países considerados “desenvolvidos” pela Organização das Nações Unidas (ONU), observam-se médias mais elevadas e variações com idade mínima maior que a observada no presente estudo. Em

contrapartida, quando comparado com outros países com economias “em desenvolvimento”, como a China, observa-se parcela da população mais jovem suscetível ao desenvolvimento da doença.<sup>6-7</sup>

Apesar da maior incidência em determinadas faixas etárias, deve-se informar toda a população sobre o benefício do diagnóstico precoce, bem como a sensibilização de profissionais de saúde e cuidadores para que todos fiquem conscientes de que o câncer de mama não discrimina idade.<sup>6</sup>

Outra característica do perfil sociodemográfico foi observada em 40,20% das mulheres que apresentaram menos de nove anos de escolaridade, com ensino fundamental incompleto, refletindo uma particularidade do cenário – serviço público de assistência à saúde – quando comparado com outro estudo que apontou maior grau de escolaridade em mulheres atendidas na rede privada.<sup>8</sup>

Um dos maiores desafios dos profissionais de saúde que trabalham diretamente com atendimento de pacientes é estabelecer uma comunicação clara e eficaz, adaptada ao nível de entendimento de cada pessoa. A comunicação deve levar em consideração o grau de escolaridade, os conhecimentos prévios e o contexto de vida de cada pessoa e família. Assim facilita o estabelecimento de vínculo de confiança e a adesão às orientações.

Além da pouca escolaridade, foi destaque a renda *per capita* das mulheres entrevistadas, uma vez que 90,95% viviam com até dois salários mínimos. Na análise da renda pondera-se também o cenário do estudo, pois a pouca escolaridade pode estar diretamente relacionada à baixa renda.<sup>8</sup> Estudo realizado em Curitiba, Paraná, entre 2012 e 2013 observou que a renda familiar de mulheres com câncer de mama atendidas num hospital público de ensino teve média de 3,9 salários mínimos, enquanto a média da renda das mulheres atendidas numa clínica privada foi de 13,8 salários mínimos.<sup>8</sup>

A partir deste dado comparativo atenção maior deve ser dispensada à realidade financeira das mulheres do presente estudo, com até dois salários mínimos, considerando reflexos na

economia brasileira da recessão sentida desde o segundo trimestre de 2014, segundo dados do Comitê de Datação do Ciclo Econômico (CODACE) da Fundação Getúlio Vargas.<sup>9</sup>

Destaca-se que pacientes com câncer de mama com situação econômica mais baixa podem apresentar risco significativamente maior de serem diagnosticadas mais tardiamente, em comparação com os indivíduos com situação econômica mais alta.<sup>10</sup> Além disso, pacientes com poder socioeconômico menor, ou diagnosticados em fases mais avançadas da doença, apresentam probabilidades significativamente maiores de falência financeira e morte.<sup>11</sup>

O câncer de mama localmente avançado ou metastático é uma doença muito agressiva que afeta todas as dimensões da pessoa, e os sintomas decorrentes dos tratamentos e/ou da evolução da doença podem reduzir o desempenho pessoal, refletindo em absenteísmo no trabalho, licenças e aposentadorias por invalidez, o que pode comprometer a renda familiar.<sup>12</sup>

Na presente pesquisa a abordagem investigativa não foi relacionada à espiritualidade, mas sim à religião. Declarou-se que 97,48% das mulheres possuíam religião, sendo verificada a predominância da religião evangélica (48,74%), seguida pela católica apostólica romana (40,70%). Resultado muito similar ao estudo realizado na Itália em que se verificou que 94% tinham uma religião.<sup>6</sup> Contudo, declarar que possui uma religião não significa que as necessidades da dimensão espiritual da mulher sejam bem atendidas, uma vez que a sua prática pode não ser frequente e não significar paz, aceitação, força, resiliência, ou outros sentimentos positivos frente à situação vivenciada.

O câncer é uma doença crônica e, em alguns casos, incurável, e seu diagnóstico remete às pacientes experiências dolorosas. As crenças espirituais podem influenciar na maneira como elas irão enfrentar a doença e muitas vezes a sua terminalidade, pois, as pessoas são singulares. Pacientes que têm religião/espiritualidade vivem uma vida com menos problemas relacionados à saúde e, portanto, com melhor qualidade. A espiritualidade pode ser uma importante estratégia para o enfrentamento de situações estressantes como o câncer.<sup>13</sup>

Ressalta-se que a equipe de enfermagem compreende os profissionais que ficam mais tempo em contato com as mulheres, principalmente, quando hospitalizadas, exercendo um papel importante no cuidado integral, o que remete à necessidade de conhecer esta variável do perfil sociodemográfico, e assim, aumentar as possibilidades de atendimento das necessidades de cuidado espiritual. Os enfermeiros consideram a espiritualidade como fonte de força, conforto e fé e que contribui para melhora do quadro clínico de pacientes em cuidados paliativos, por facilitar a aceitação e o enfrentamento no seu processo de adoecimento e terminalidade da vida.<sup>13</sup>

Constatou-se que 53,27% das mulheres viviam com companheiro, corroborando com o estudo que analisou dados de 137.593 mulheres diagnosticadas com câncer de mama, no sistema público de saúde brasileiro, em que 54,2% delas eram casadas ou viviam em união consensual estável.<sup>5</sup> Deve-se considerar que o processo saúde-doença da mulher com câncer de mama localmente avançado ou metastático provoca medo e incertezas não só em sua vida, mas também nas das pessoas que compõem seu ciclo de convivência, familiares próximos como filhos e cônjuges, fazendo com que eles compartilhem sofrimentos.

Os casais podem ter experiências positivas e negativas a partir dos efeitos do diagnóstico e do tratamento do câncer de mama. Os estudos veem demonstrando que o apoio social adequado proveniente de familiares, amigos e vizinhos pode melhorar de forma significativa a qualidade de vida das mulheres com câncer de mama, desempenhando um importante papel no enfrentamento dessa doença e no autogerenciamento na condição de cronicidade.<sup>14-15</sup>

No âmbito do planejamento assistencial, destaca-se a importância de reconhecer as necessidades da mulher no que refere ao apoio social. Assim, é primordial identificar as pessoas ou instituições que compõem essa rede. A presença da família pode facilitar a alta hospitalar, sempre que possível e desejado pela paciente, pois gera oportunidade de treinamento por parte da equipe de enfermagem para que os cuidados possam ser realizados no domicílio.<sup>16</sup>

Ao analisar o perfil clínico-patológico das mulheres observou-se que a maioria delas (81,41%) foi diagnosticada com carcinoma ductal infiltrante, sendo evidenciado na literatura como o mais comum, independentemente da faixa etária ou do estadiamento da doença.<sup>5-7</sup>

O estadiamento inicial mais incidente foi o III (53,77% - 107 mulheres), o que não corrobora com outros estudos realizados com mulheres brasileiras em que o estadiamento clínico inicial de maior incidência isolada foi o II.<sup>5,17</sup> O diagnóstico tardio do câncer de mama interfere na escolha do tratamento, impacta nas respostas esperadas, ou seja, na possibilidade ou não de cura, na estimativa do tempo de sobrevida e na qualidade de vida. Um dado que merece destaque é que 10,55% das mulheres já foram diagnosticadas na fase mais avançada da doença, ou seja, no estadiamento IV, e certamente, os tratamentos instituídos tiveram objetivos paliativos. Resultado similar do estudo retrospectivo, realizado no sul da China, em que verificou que 10,7% (26 mulheres) descobriram a doença já no estadio IV.<sup>7</sup>

Com relação ao estadiamento atual das 199 mulheres, observou-se que 145 (72,86%) encontravam-se na fase mais avançada da doença, ficando evidente que o número de mulheres na fase IV aumentou consideravelmente desde o momento do diagnóstico, ou seja, de 21 para 145 mulheres. Das 145 mulheres que apresentaram metástase, 96 tinham de dois ou mais locais comprometidos. Os sítios de metástase mais incidentes foram, respectivamente, ossos, pulmão, fígado e sistema nervoso central. A condição de metástases múltiplas, quando comparada à metástase em um único local, confere às mulheres menor tempo de tratamento e sobrevida significativamente reduzida. Pacientes que apresentam múltiplos locais metastáticos, devido o envolvimento de múltiplos órgãos, tendem a apresentar resultados clínicos ainda piores, podendo ter mais sintomas, e, como consequência, pior qualidade de vida.<sup>18</sup>

As modalidades de tratamento do câncer de mama podem ser locais ou sistêmicas. Para a escolha do melhor tratamento, levam-se em consideração diversos fatores, como o estadiamento

da doença, suas características biológicas e condições clínicas da paciente, devendo também ser amplamente discutida com ela e levar em consideração suas preferências.<sup>19</sup>

Observou-se que a quimioterapia foi o tratamento atual mais utilizado, em consonância com o estudo realizado na China, em que após o diagnóstico de metástase, 88,1% (214 pacientes) foram tratadas com quimioterapia.<sup>7</sup> Esta conduta vai ao encontro das orientações do Programa Nacional de Controle de Câncer de Mama, que apontam o tratamento sistêmico, como a quimioterapia, o mais indicado no estadiamento IV, para equilíbrio entre a resposta tumoral e o possível prolongamento da sobrevida. Já a cirurgia deixou de ser empregada para essas mulheres; quanto mais avançado o estadiamento menor a incidência de cirurgia, uma vez que a conduta habitual consiste na realização da cirurgia quando o diagnóstico é feito nas fases iniciais do câncer de mama.<sup>20</sup>

Tendo em vista as repercussões negativas que os tratamentos ocasionam na vida dessas mulheres, cabe aos profissionais de saúde assisti-las de maneira integral e humanizada, auxiliando-as no enfrentamento da doença e das possíveis complicações dos tratamentos. A qualidade de vida das mulheres pode ser alterada em decorrência do tratamento quimioterápico causando impactos nas funções física, sexual, social, no controle da dor, na imagem corporal, e nas perspectivas futuras.<sup>8</sup>

Em relação à PS das mulheres foi verificado que a maioria (71,86%) se encontrava no momento da coleta de dados com o PS3 ou PS4. Esta prevalência permitiu inferir que as mulheres estavam, em sua maioria, incapazes de cuidar de si mesmas e levar uma vida normal, permanecendo muito ou todo o tempo restritas ao leito, requerendo intervenções da equipe de enfermagem e eventualmente de seus acompanhantes, ao tratar da relação de dependência para as atividades de autocuidado, bem como dos demais profissionais da equipe de saúde, considerando a condição que afeta a qualidade de vida.

Dentre as principais complicações do câncer de mama, os dados do presente estudo destacaram a ocorrência da ferida tumoral, do linfedema e da síndrome de compressão medular. As feridas tumorais são caracterizadas principalmente por “progressão rápida e inviabilidade de cicatrização, hemorragias, odor fétido, exsudato abundante, alto risco para infecção, alto risco para miíase, presença de necrose tecidual, dor, prurido e agressão do tecido saudável perilesional”.<sup>21:308</sup> Em estudo realizado no Japão, 80% das pacientes com feridas tumorais queixaram-se de dor.<sup>22</sup> Tais sintomas geram sentimentos de vergonha, constrangimento, incapacidade, isolamento social e pior qualidade de vida.

Na equipe multidisciplinar, o enfermeiro desempenha importante papel no gerenciamento do cuidado à mulher com ferida tumoral na mama, alinhando habilidades e competências para controle de sintomas exacerbados por esta complicação, considerando as esferas afetadas, como a psicológica e a social. Assim, objetiva-se promover qualidade de vida por meio do alívio dos sinais e sintomas, melhora da aparência, bem como das reações psicossociais como medo, ansiedade, depressão e baixa autoestima.<sup>22</sup>

A própria doença, suas sequelas e complicações dos tratamentos, como o linfedema, são possíveis fatores de risco para o sofrimento psíquico das mulheres, com impactos negativos na imagem corporal, dificultando a capacidade de continuar com as atividades diárias e a interação social. Os profissionais de saúde, incluindo o enfermeiro, devem intervir prevenindo ou minimizando tais complicações e sofrimentos, buscando a melhoria da qualidade de vida dessas mulheres.<sup>14</sup>

## **Conclusão**

O conhecimento do perfil sociodemográfico e clínico-patológico de mulheres hospitalizadas com câncer de mama localmente avançado ou metastático contribui para a identificação das características que podem resultar em desigualdades no acesso ao serviço de saúde, e consequente diagnóstico da doença em estádios mais avançados.

Desse modo, contribui para um olhar integral, respeitando as individualidades e focando as ações de cuidado em saúde para o perfil da população acometida pela doença. Subsidia assim, os campos estratégico, tático e operacional da assistência. Destacam-se as orientações para o gerenciamento do cuidado no âmbito da equipe interdisciplinar e para a gestão em saúde diante das demandas envolvidas nos casos de doença avançada, com conseqüente pior PS e qualidade de vida, especialmente na parcela da população que apresenta perfil de vulnerabilidade social.

Com relação às limitações do estudo, sugere-se ampliação do período avaliado; associações e inclusão de outras variáveis, como por exemplo, tipo de cirurgia, motivo e tempo de internação até o seu desfecho alta ou óbito; e ampliação para outros cenários. Além disso, atenta-se para o cenário comportar mulheres atendidas exclusivamente pelo sistema público de saúde, o que pode limitar a aplicabilidade dos resultados, considerando o perfil do diagnóstico tardio, a pouca escolaridade e a baixa condição socioeconômica. Convém considerar as diferenças das características sociais, demográficas e culturais no Brasil, tendo cautela na replicação dos resultados para outras populações com características que podem ser diferentes da população ora entrevistada.

## Referências

1. Cabral ALLV, Giatti L, Casale C, Cherchiglia ML. Social vulnerability and breast cancer: differentials in the interval between diagnosis and treatment of women with different sociodemographic profiles. *Ciênc Saúde Colet.* 2019;24(2):613-22. doi: 10.1590/1413-81232018242.31672016
2. Unger-Saldaña K, Miranda A, Zarco-Espinosa G, Mainero-Rachelous F, Bargalló-Rocha E, Lázaro-León JM. Health system delay and its effect on clinical stage of breast cancer: multicenter study. *Cancer.* 2015;121(13):2198-206. doi: 10.1002/cncr.29331
3. Simos D, Clemons M, Ginsburg OM, Jacobs C. Definition and consequences of locally advanced breast cancer. *Curr Opin Support Palliat Care.* 2014;8(1):33-8. doi: 10.1097/SPC.000000000000020
4. Oken MM, Creech RH, Tormey DC, Horton J, Davis TE, McFadden ET, et al. Toxicity and response criteria of the Eastern cooperative oncology group. *Am J Clin Oncol.* 1982;5(6):649-55.



5. Medeiros GC, Bergmann A, Aguiar SS, Thuler LCS. Determinants of the time between breast cancer diagnosis and initiation of treatment in Brazilian women. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(6):1269-82. doi: 10.1590/0102-311X00048514
6. Montagna G, Schneeberger AR, Rossi L, Bianchi Micheli G, Meani F, Imperiali M, et al. Can we make a portrait of women with inoperable locally advanced breast cancer? *Breast*. 2017;33:83-90. doi: 10.1016/j.breast.2017.03.002
7. Qin T, Yuan ZY, Peng RJ, Bai B, Zeng YD, Shi YX, et al. Clinicopathologic characteristics and prognostic factors for HER2-positive patients with metastatic breast cancer in southern China. *Arch Med Sci*. 2015;11(3):544-50. doi: 10.5114/aoms.2015.52356
8. Garcia SN, Jacowski M, Castro GC, Galdino C, Guimarães PRB, Kalinke LP. Quality of life domains affected in women with breast cancer. *Rev Gauch Enferm*. 2015;36(2):89-96. doi: 10.1590/1983-1447.2015.02.45718
9. Barbosa Filho FH. A crise econômica de 2014/2017. *Estud Av (Online)*. 2017;31(89):51-60. doi: 10.1590/s0103-40142017.31890006
10. Kweon SS, Kim MG, Kang MR, Shin MH, Choi JS. Difference of stage at cancer diagnosis by socioeconomic status for four target cancers of the National Cancer Screening Program in Korea: results from the Gwangju and Jeonnam cancer registries. *J Epidemiol*. 2017;27(7):299-304. doi: 10.1016/j.je.2016.07.004
11. Kimman M, Jan S, Yip CH, Thabrany H, Peters SA, Bhoo-Pathy N, et al. Catastrophic health expenditure and 12-month mortality associated with cancer in Southeast Asia: results from a longitudinal study in eight countries. *BMC Med*. 2015;13(190). doi: 10.1186/s12916-015-0433-1
12. Colombino ICF, Sarri AJ, Castro IQ, Paiva CE, Vieira RAC. Factors associated with return to work in breast cancer survivors treated at the Public Cancer Hospital in Brazil. *Support Care Cancer*. 2020. doi: 10.1007/s00520-019-05164-7
13. Evangelista CB, Lopes MEL, Costa SFG, Abrão FMS, Batista PSS, Oliveira RC. Spirituality in patient care under palliative care: a study with nurses. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2016;20(1):176-82. doi: 10.5935/1414-8145.20160023
14. Ng CG, Mohamed S, See MH, Harun F, Dahlui M, Sulaiman AH, et al. Anxiety, depression, perceived social support and quality of life in Malaysian breast cancer patients: a 1-year prospective study. *Health Qual Life Outcomes*. 2015;13(205). doi: 10.1186/s12955-015-0401-7
15. Çömez S, Karayurt Ö. We as spouses have experienced a real disaster!: a qualitative study of women with breast cancer and their spouses. *Cancer Nurs*. 2016;39(5):E19-28. doi: 10.1097/NCC.0000000000000306

16. Vargas GS, Ferreira CLL, Vacht CL, Dornelles CL, Silveira VN, Pereira AD. Social support network of women with breast cancer. *Rev Pesq Cuid Fundam* [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 23];12:73-8. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7030>
17. Santos JCM, Silva CM, Teixeira JJV, Peder LD. Epidemiological and clinical profile of women with breast cancer in the Paraná western region. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2019;23(4):449-58. doi: 10.22478/ufpb.2317-6032.2019v23n4.44252
18. Xie J, Hao Y, Li N, Lin PL, Ohashi E, Koo V, et al. Clinical outcomes among HR+/HER2- metastatic breast cancer patients with multiple metastatic sites: a chart review study in the US. *Exp Hematol Oncol*. 2015;4(31):1-9. doi: 10.1186/s40164-015-0023-0
19. Senkus E, Kyriakides S, Ohno S, Penault-Llorca F, Poortmans P, Rutgers E, et al. Primary breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2015;26(5 Suppl):8-30. doi: 10.1093/annonc/mdv298
20. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2010.
21. Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. Manual de cuidados paliativos ANCP. 2ª ed. São Paulo (SP): ANCP; 2012.
22. Tamai N, Mugita Y, Ikeda M, Sanada H. The relationship between malignant wound status and pain in breast cancer patients. *Eur J Oncol Nurs*. 2016;24:8-12. doi: 10.1016/j.ejon.2016.05.004

### **Autor correspondente**

Marcelle Miranda da Silva

E-mail: [marcellemsufrj@gmail.com](mailto:marcellemsufrj@gmail.com)

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275. Cidade Nova, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

CEP: 20210-110

### **Contribuições de Autoria**

#### **1 – Eunice de Oliveira Lacerda Lima**

Concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica.

#### **2 – Marcelle Miranda da Silva**

Concepção e planejamento do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica.

### **Como citar este artigo**

Lima EOL, Silva MM. Perfil sociodemográfico e clínico-patológico de mulheres hospitalizadas com câncer mamário localmente avançado ou metastático. *Rev. Enferm. UFSM*. 2020 [Acesso em: Anos Mês Dia]; vol.10 e56: 1-18. DOI:<https://doi.org/10.5902/2179769240000>