

## PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES SUBMETIDAS A MASTECTOMIA NO NORTE DE MINAS GERAIS, 2017-2022

### CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF BREAST CANCER IN NORTHERN OF MINAS GERAIS FROM 2017-2022

Maria Rafaela Alves Nascimento<sup>1</sup>  
Maria Rafaela Nonato Marques<sup>2</sup>  
Maria Eduarda Borges Rodrigues<sup>3</sup>  
Marina Ferreira Machado<sup>4</sup>  
Yure Sousa Batista<sup>5</sup>  
Josiane Santos Brant Rocha<sup>6</sup>  
Gessandro Elipidio Fernandes Barbosa<sup>7</sup>  
Lanuza Borges Oliveira<sup>8</sup>

**Resumo:** O objetivo do estudo foi descrever o perfil epidemiológico dos pacientes submetidos a mastectomia como tratamento do câncer de mama na região Norte de Minas Gerais no período de 2017 a 2022. O método utilizado foi um estudo transversal sobre base de dados secundária, que incluiu pacientes com câncer de mama submetidos a mastectomia, de ambos os sexos, maiores de 20 anos de idade, e excluiu os pacientes que realizaram outras modalidades intervenção cirúrgica e os óbitos. Os resultados apontaram que foram analisados 309 prontuários que evidenciaram que a maior parcela corresponde às pacientes mulheres, totalizando 98,05% pertencentes ao sexo feminino. Com relação à idade foi observado uma prevalência entre pacientes com 50 a 69 anos, que compõe 40,1%. Conclui-se que entre os pacientes com câncer de mama submetidos à mastectomia e em atendimento em um serviço público no município de Montes Claros-MG, houve predomínio do sexo feminino, raça parda, baixo nível de escolaridade e como principal abordagem cirúrgica, a mastectomia radical foi a maior evidência.

**Palavras-chave:** câncer de mama; mastectomia; perfil epidemiológico; tratamento de câncer.

**Abstract: Objective:** To describe the epidemiological profile of patients undergoing mastectomy as a treatment for breast cancer in the northern region of Minas Gerais from 2017 to 2022. **Method:** Cross-sectional study on a secondary database, which included patients with breast cancer undergoing mastectomy, of both sexes, over 20

---

<sup>1</sup> Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário UNIFIPMoc (2019-2/2025-1) em Montes Claros - MG. E-mail: rafaalvesmg@yahoo.com.br.

<sup>2</sup> Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário UNIFIPMoc (2019-2/2025-1) em Montes Claros - MG. E-mail: mariarafaellanmarques@gmail.com.

<sup>3</sup> Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário UNIFIPMoc (2019-2/2025-1) em Montes Claros - MG. E-mail: dudaborges2@gmail.com.

<sup>4</sup> Centro Universitário FIPMoc. E-mail: marina.ferr2003@gmail.com.

<sup>5</sup> Centro Universitário FIPMoc. E-mail: yure.sousa@hotmail.com.

<sup>6</sup> Docente titular da Universidade Estadual de Montes Claros. E-mail: josianenat@yahoo.com.br.

<sup>7</sup> Professor da Universidade Estadual de Montes Claros no Curso de Medicina. Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes. E-mail: gessandrofernandes@gmail.com.

<sup>8</sup> Coordenadora Adjunta do curso de Medicina, da Unifipmoc (Centro Universitário FIPMoc). E-mail: lanuza.borges@unifipmoc.edu.br.

years of age, and excluded patients who underwent other surgical intervention modalities and deaths. **Results:** 309 medical records were analyzed; showed that the largest portion corresponds to female patients, totaling 98.05% female. With regard to age, a prevalence was observed among patients aged 50 to 69 years, which makes up 40.1%. **Conclusion:** Among the patients with breast cancer undergoing mastectomy and being treated at a public service in the city of Montes Claros-MG, there was a predominance of females, brown race, low level of education and as the main surgical approach, the radical mastectomy.

**Keywords:** breast cancer; mastectomy; epidemiological profile; cancer treatment.

**Data de submissão:** 03.06.2023

**Data de aprovação:** 23.05.2024

**Identificação e disponibilidade:**

(<https://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/view/4476>,  
<http://dx.doi.org/10.18066/revistaunivap.v30i66.4476>).

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o câncer de mama é o mais incidente em mulheres de todas as regiões do país, o que denota um problema de saúde pública. A neoplasia de mama foi responsável por 11,7% do total de cânceres diagnosticados entre homens e mulheres de todo o mundo no ano de 2021 (Nogueira et al., 2018). No Brasil, para os próximos dois anos há uma estimativa de mais de 73 mil novos casos de câncer de mama, tornando-se a cancerologia mais comum entre as mulheres brasileiras (Santos et al., 2023).

O câncer de mama é caracterizado por um crescimento rápido e desordenado de células que adquirem características anormais, formando um tumor que se desenvolve no tecido mamário. As células mais comumente afetadas são as dos lobos e ductos, dando origem aos denominados: carcinoma lobular e ductal, respectivamente (Matos et al., 2021).

Os principais fatores de risco para o câncer de mama relacionam-se com: sexo, idade, fatores endócrinos e vida reprodutiva, biológicos e comportamentais/ambientais (Brasil, 2021). Mulheres a partir dos 50 anos de idade têm maior risco de desenvolver câncer de mama. Os fatores endócrinos e reprodutivos estão diretamente associados ao aumento da exposição a estrógenos. Isso ocorre devido à menarca precoce (aos 11 anos ou menos), a menopausa tardia (após 55 anos), nuliparidade ou primiparidade tardia (após os 30 anos) e o uso de contraceptivos hormonais e reposição hormonal pós menopausa (Richardson et al., 2016).

No que se refere aos fatores biológicos, estima-se que até 10% dos pacientes com câncer de mama apresentam alterações dos genes BRCA 1 e BRCA 2. Os genes citados produzem proteínas que realizam supressão tumoral e reparam o DNA danificado, garantindo estabilidade do material genético. No entanto, quando um desses genes apresenta alteração ou mutação, o dano ao DNA pode não ser reparado de maneira adequada, assim, aumentando a probabilidade de alterações genéticas que podem levar ao desenvolvimento do câncer de mama. (Sociedade Brasileira de Mastologia [SBM], 2017). Os fatores comportamentais/ambientais relacionados ao

maior risco incluem: exposição prévia às radiações ionizantes, proporcional à dose e à frequência, ingestão de álcool, obesidade e a inatividade física após a menopausa (Nogueira et al., 2018).

O diagnóstico precoce do câncer de mama, aliado ao tratamento efetivo, em diminuído de forma significativa a mortalidade pela doença (Migowski et al., 2018). O tratamento do câncer de mama é classificado como sistêmico, quando utilizam a quimioterapia, hormonioterapia e/ou terapia-alvo molecular e local com a cirurgia radical ou conservadora e radioterapia. Geralmente o tratamento oncológico requer a combinação de mais de um método terapêutico, aumentando a possibilidade de cura, diminui perdas anatômicas e preserva a estética e funcionalidade das mamas (Cesar et al., 2017).

Os procedimentos cirúrgicos são os mais utilizados na terapêutica do câncer de mama, com isso, há duas classificações iniciais do método, a mastectomia conservadora: técnica cirúrgica para retirada de tumor mamário com preservação da mama, pele e mamilo, e a mastectomia total: abordagem cirúrgica que consiste na retirada total da mama acometida pelo câncer. As cirurgias conservadoras retiram apenas parte da glândula mamária que contém o tumor, todavia, a mastectomia é um procedimento que visa à retirada total da glândula mamária, com o objetivo de reduzir os riscos de recidiva e aumentar a expectativa de vida de mulheres pertencentes ao grupo de alto risco da doença (Lena et al., 2019).

Devido à alta incidência do câncer de mama e, conseqüentemente o aumento do número de mulheres mastectomizadas, ressalta-se a importância do estudo acerca do perfil epidemiológico e do perfil clínico, patológico e imuno-histoquímico mais frequente entre pacientes diagnosticadas e tratadas com essa neoplasia. Mediante ao exposto, este estudo tem como objetivo analisar o perfil clínico específico relacionado ao câncer de mama e epidemiológico de pacientes com câncer de mama submetidos à mastectomia.

## 2 MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico com delineamento transversal, sobre base de dados secundários. A coleta de dados foi realizada a partir dos registros de prontuários médicos dos pacientes atendidos no Hospital Santa Casa de Montes Claros-MG, serviço de Saúde Pública de Montes Claros no período de janeiro de 2017 a junho de 2022.

O município de Montes Claros é a maior cidade do Norte de Minas Gerais, abrangendo um território de 3.589,811km<sup>2</sup>. Com população estimada de 417.478 pessoas e com densidade demográfica de 101,41hab/km<sup>2</sup>, e índice de desenvolvimento humano em 0,770 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2022) sendo referência em atendimento e tratamento oncológico pelo SUS para 86 municípios que compõem a macrorregião norte, isso implica na maior disposição da oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares de maior densidade tecnológica.

Foram incluídos no estudo, pacientes de ambos os sexos com câncer de mama em tratamento oncológico na Santa Casa de Montes Claros que foram submetidos à mastectomia. Foram excluídos os pacientes que realizaram outras modalidades intervenção cirúrgica e os óbitos.

As variáveis de interesse incluídas na análise foram os dados demográficos e socioeconômicos e clínicos, relacionados ao câncer: sexo (feminino ou masculino),

idade em anos completos no momento do diagnóstico, cobertura do tratamento (particular, convênio ou SUS), cor da pele (brancos, pretos, pardos e amarelos), estado civil (casado, divorciado, viúvo, solteiro), escolaridade (níveis de graus concluído), ocupação (regime de trabalho conforme a Consolidação das Leis do Trabalho-CLT), dona de casa, trabalhador rural, aposentado/pensionista e desempregado), ano da cirurgia (janeiro de 2017 a junho de 2022), lateralidade do câncer de mama (esquerdo, direito ou bilateral).

Método cirúrgico (mastectomia simples, mastectomia poupadora de pele (*skin sparing*), mastectomia poupadora de mamilo (*nipple sparing*), mastectomia radical modificada, mastectomia radical, mastectomia bilateral e não informado), reconstrução mamária (imediate, tardia e não realizou), tipo de reconstrução (prótese, expensor, retalho, retalho e prótese, não realizou e não informado), se houve perda de prótese (não houve perda, houve troca, retirada, houve perda, não realizou e não informado). Sobre as terapias combinadas: quimioterapia (neoadjuvante, adjuvante, não realizou e não informado), radioterapia (neoadjuvante, adjuvante, não realizou e não informado), hormonioterapia (neoadjuvante, adjuvante, não realizou e não informado), status axilar (pesquisa de linfonodo sentinela, biópsia de linfonodo sentinela, ressecção de linfonodo sentinela, linfadenectomia axilar em níveis I, II, III, não realizado e não informado), metástase (não houve metástase, houve metástase local, houve metástase à distância, houve metástase local e à distância, não informado) tipo histológico (carcinoma in situ, mucinoso; cribiforme; invasivo; tubular; túbulo-alveolar, carcinoma papilar invasivo; lobular clássico; medular; tumor filoides, carcinoma lobular invasivo, carcinoma ductal invasivo, metaplásico, micropapilar, doença de paget, carcinoma inflamatório, metastático, carcinoma mamário bilateral sincrônico, não informado), grau nuclear (grau I, grau II, grau III, grau IV, grau V, não informado), estadiamento clínico (I, IA, IB, II, IIA, IIB, III, IIIA, IIIB, IIIC, IV, não informado), perfil imuno-histoquímico (luminal A, luminal B, suprerexpressão de HER-2, triplo negativo, não informado).

As informações obtidas nos prontuários médicos foram transcritas para o instrumento de coleta de dados, na forma de um protocolo estruturado com as variáveis de interesse para o estudo. Os dados coletados foram inseridos no programa Excel do software Microsoft Office 2.000, e a análise estatística foi realizada com o software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS for Windows v 16; Chicago, IL, USA).

As informações coletadas tiveram a garantia do sigilo que assegura a privacidade e o anonimato dos sujeitos, quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário FIPMoc (UNIFIPMoc) sob o parecer 5.023.544. Para ter acesso às informações obtidas por meio dos prontuários, foi realizada análise estatística descritiva quantitativa, com tabelas de frequência e tabelas cruzadas, com o objetivo de verificar aspectos relevantes ao objetivo da pesquisa.

### 3 RESULTADOS

Os resultados obtidos a partir da revisão de 309 prontuários evidenciaram que a maior parcela de pacientes submetidos à mastectomia devido ao câncer de mama corresponde às mulheres, totalizando 303 identificados como sexo feminino. Com relação à idade foi observado prevalência entre pacientes com 50 a 69 anos (40,1%), seguido daquelas na faixa etária de 40 a 49 anos (26,5%). Quanto à etnia, 76,4% pacientes se autodeclararam pardos e ao avaliar a escolaridade, 30,1% não

concluíram o 1º grau, sendo 32 (10,4%) analfabetas, por outro lado 37 (12%) apresentaram ensino superior completo. Foi evidenciado que 41,1% dos pacientes procediam da cidade de Montes Claros, enquanto os outros 58,9% pertenciam a outras cidades que compõem principalmente o norte do estado de Minas Gerais (Tabela 1).

Tabela 1 - Análise descritiva acerca das características sociodemográficas. Montes Claros, MG, Brasil, 2023.

<b>Variáveis</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>	Masculino	6	1,9
	Feminino	303	98,1
<b>Idade</b>	20 a 39 anos	38	12,3
	40 a 49 anos	82	26,5
	50 a 69 anos	124	40,1
	Acima de 70 anos	65	21,0
<b>Etnia/Cor</b>	Negra	11	3,6
	Parda	236	76,4
	Branca	47	15,2
	Não informado	15	4,9
<b>Estado civil</b>	Casada	155	50,2
	Solteira	77	24,9
	Divorciada	33	10,7
	Viúva	40	12,9
	Não informado	4	1,3
<b>Escolaridade</b>	Ensino Superior	37	12,0
	2º grau completo	47	15,2
	2º grau incompleto	6	1,9
	1º grau completo	18	5,8
	1º grau incompleto	61	19,7
	Analfabeta	32	10,4
	Não informado	108	35,0
<b>Ocupação</b>	CLT	80	25,9
	Autônoma	43	13,9
	Dor lar	79	25,6
	Trabalhador rural	30	9,7
	Aposentada	20	6,5
	Desempregada	57	18,4
<b>Cidade</b>	Montes Claros	127	41,1
	Outras cidades	182	58,9

Fonte: autores, 2023.

Foi analisado também o atendimento relacionado ao plano de saúde, sendo que 74,4% foram por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), 6,2% particular e 18,1% conveniados (Tabela 2). Ademais, a cirurgia mais realizada foi a mastectomia radical, observada em 168 prontuários (54,4%), e a maior parcela das pacientes submetidas

ao procedimento cirúrgico optaram pela reconstrução mamária, sendo realizada de forma imediata em 58,3% delas, destas 38 pacientes apresentaram intercorrências posteriormente. Foram avaliados também outros métodos terapêuticos do câncer de mama, realizados de forma complementar à mastectomia, os principais são a quimioterapia, em que 78,3% dos pacientes a efetivaram em algum momento do tratamento, a radioterapia, presente em 65,4% dos prontuários, e a hormonioterapia, realizada em 52,7% dos casos (Tabela 3).

Tabela 2 - Perfil do atendimento de pacientes com câncer de mama, conforme plano de saúde para tratamento e ano de realização da cirurgia em hospital de referência do Norte de Minas. Montes Claros, MG, Brasil, 2023.

	<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Tratamento</b>	Particular	19	6,2
	Convênio	56	18,1
	SUS	230	74,4
	Não informado	4	1,3
<b>Ano da cirurgia</b>	Até julho de 2022	22	7,1
	2021	46	14,9
	2020	62	20,1
	2019	73	23,6
	2018	64	20,7
	2017	42	13,6

Tabela 3 - Perfil do atendimento de pacientes com câncer de mama, conforme lateralidade do tumor, tipo de cirurgia, reconstrução e seu tipo, ocorrência de perda da prótese, tratamento e status axilar em hospital de referência do Norte de Minas. Montes Claros, MG, Brasil, 2023.

	<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Lateralidade</b>	Esquerdo	151	48,9
	Direito	137	44,3
	Bilateral	16	5,2
	Não informado	5	1,6
<b>Tipo de cirurgia</b>	Mastectomia simples	63	20,4
	Mastectomia poupadora de pele ( <i>skin sparing</i> )	4	1,3
	Mastectomia poupadora de mamilo ( <i>nipple sparing</i> )	9	2,9
	Mastectomia radical modificada	46	14,9
	Mastectomia radical	168	54,4
	Mastectomia bilateral	14	4,5
	Não informado	5	1,6
<b>Reconstrução</b>	Imediata	180	58,3
	Tardia	2	0,6
	Não realizou	122	39,5
	Não informado	5	1,6
<b>Tipo de reconstrução</b>	Prótese	106	34,3
	Expansor	54	17,5
	Retalho	16	5,2
	Retalho e prótese	5	1,6

	Não realizou	122	39,5
	Não informou	6	1,9
<b>Perda da prótese</b>	Não houve perda	160	51,8
	Troca	2	0,6
	Retirada	2	0,6
	Perda	34	11,0
	Não realizou	100	32,4
	Não informado	11	3,6
<b>Quimioterapia</b>	Neoadjuvante	102	33,0
	Adjuvante	93	30,1
	Neoadjuvante e adjuvante	47	15,2
	Não realizou	51	16,5
	Não informou	16	5,2
<b>Radioterapia</b>	Neoadjuvante	5	1,6
	Adjuvante	193	62,5
	Neoadjuvante e adjuvante	4	1,3
	Não realizou	72	23,3
	Não informou	35	11,3
<b>Hormonioterapia</b>	Neoadjuvante	5	1,6
	Adjuvante	150	48,5
	Neoadjuvante e adjuvante	8	2,6
	Não realizou	78	25,2
	Não informou	68	22,0
<b>Status axilar</b>	Pesquisa de linfonodo sentinela	10	3,2
	Biópsia de linfonodo sentinela	19	6,1
	Ressecção de linfonodo sentinela	16	5,2
	Linfadenectomia axilar	108	35,0
	Linfadenectomia axilar em níveis I e II	125	40,5
	Linfadenectomia axilar em níveis I, II e III	14	4,5
	Não realizado	3	1,0
Não informado	14	4,5	

Fonte: autores, 2023.

Além disso, constatou-se as características clínicas e patológicas do câncer contidas nos prontuários, demonstrando que 115 (37,3%) pacientes desenvolveram metástases. Em relação ao tipo histológico, o mais prevalente foi o carcinoma ductal invasivo (63,8%) e quanto ao perfil imuno-histoquímico, mais da metade compõe-se do Luminal B (52,4%). A Tabela 3 apresenta outras características clínicas do tumor dos casos analisados.

Tabela 3 - Perfil da ocorrência de metástase, tipo histológico, grau nuclear, estadiamento clínico e perfil imuno-histoquímico de pacientes com câncer de um hospital de referência do Norte de Minas. Montes Claros, MG, Brasil, 2023.

	<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Metástase</b>	Não houve metástase	181	58,6
	Local	36	11,7
	À distância	71	23,0
	Local e à distância	8	2,6
	Não informado	13	4,2
<b>Tipo histológico</b>	CA in situ	21	6,8
	Mucinoso; cribiforme; invasivo; tubular; túbulo-alveolar	26	8,4
	Carcinoma papilar invasivo, lobular clássico, medular, tumor filoides,	7	2,3
	Carcinoma lobular invasivo	24	7,8
	Carcinoma ductal invasivo, metaplásico, micropapilar, doença de paget	197	63,8
	Carcinoma inflamatório, metastático, carcinoma mamário bilateral sincrônico	7	2,3
	Não informado	27	8,7
<b>Grau nuclear</b>	Grau I	23	7,4
	Grau II	107	34,6
	Grau III	61	19,7
	Não informado	118	38,2
<b>Estadiamento clínico</b>	I	19	6,1
	I A	2	0,6
	I B	2	0,6
	II	32	10,4
	II A	25	8,1
	II B	8	2,6
	III	40	12,9
	III A	40	12,9
	III B	39	12,6
	III C	5	1,6
	IV	17	5,5
Não informado	80	25,9	
<b>Perfil imuno-histoquímico</b>	Luminal A	15	4,9
	Luminal B	162	52,4
	Superexpressão de HER-2	1	0,3
	Triplo negativo	38	12,3
	Não informado	93	30,1

Fonte: autores, 2023.

#### 4 DISCUSSÃO

Foi observado neste estudo com 309 pacientes que 76,4% se autodeclararam pardos, corroborando com o perfil populacional da região e com outro estudo desenvolvido no norte de Minas Gerais em mulheres com câncer da mama, que mostrou que 74,7% eram pardas (Figueiredo, 2021). Ainda existem poucos estudos



brasileiros com o intuito de avaliar os fatores causadores das diferenças raciais na sobrevivência de mulheres com câncer de mama, todavia, é possível afirmar que a raça negra é um fator de pior prognóstico. Porém, são necessários mais estudos para constatar, se isso está em maior parte relacionado ao seu contexto sócio-econômico e conseqüente menor acesso ao rastreamento e tratamento, ou a um comportamento mais agressivo do câncer em mulheres negras (Barbosa et al., 2017; Nogueira et al., 2018).

Quanto à escolaridade, em 30,1% dos prontuários a informação foi não ter concluído o 1º grau, o dado se relaciona com a evidência de que a falta da escolaridade é um fator de risco, pois o maior acesso à informação, de mulheres escolarizadas, possibilita o entendimento a acerca da necessidade do autoexame em vários momentos, mas que este por si só não substitui a necessidade do exame clínico das mamas realizado por profissionais. Isso porque, o autoexame não é capaz de identificar lesões pré-malignas ou lesões muito pequenas antes de se tornarem um câncer. Dessa forma, quanto maior o grau de escolaridade, maiores as chances de detecção precoce e menor demanda de cirurgias como tratamento (SBM, 2024).

Observou-se ainda que os tratamentos estão disponíveis e de fácil acesso nos grandes centros, Montes Claros-MG é a cidade-polo da macrorregião do norte de Minas, que compreende 86 municípios, oferecendo serviços ambulatoriais e hospitalares de alta complexidade. Assim, foi verificado que 58,9% se originavam de outras cidades do norte de Minas Gerais (Alves & Magalhães, 2017). Com esses dados, foi possível deduzir que as mulheres residentes em Montes Claros-MG encontram maior facilidade, quando se trata do acesso às estratégias de saúde para o diagnóstico e tratamento do câncer de mama. Enquanto as pacientes de outros municípios se deparam com a dificuldade para agendamento de exames, de consultas com especialistas, de cirurgias, demora dos encaminhamentos utilizando o SUS, entre outros fatores, que prolongam o intervalo de tempo entre o diagnóstico e o tratamento da doença (Nogueira et al., 2023).

Em relação à faixa etária, foi observado uma predominância entre 50 a 69 anos. O Ministério da Saúde recomenda a realização de mamografia de rotina, para as mulheres de 50 a 69 anos, uma vez a cada dois anos, todavia, um estudo realizado em 2013 constatou a cobertura mamográfica de apenas 24,8% das mulheres cuja idade está nessa faixa etária preconizada. Isso ocorre, pois, no Brasil o rastreamento acontece de forma oportunista, dificultado ainda por problemas logísticos, econômicos e desinformação da população, afetando profundamente o acesso aos serviços de saúde (Brasil, 2022; Freitas-Júnior et al., 2016).

A cirurgia reconstrutora restaura a autoestima e a feminilidade, ao passo que reduz o sofrimento emocional pelas mudanças sofridas no corpo, dessa forma, é indispensável que sejam feitos maiores esforços no que se refere à aplicabilidade da lei nº 9.797 (Brandão et al., 2021). A lei nº 9.797 torna obrigatório a realização da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do SUS, em casos de mutilação decorrentes do tratamento de câncer (Brasil, 1999). A maior parte das pacientes deste estudo realizaram reconstrução mamária após mastectomia e grande parte realizou a reconstrução imediata, o que confronta com um estudo que avaliou dados extraídos do DATASUS em que, apenas 20% das mulheres mastectomizadas tiveram acesso à cirurgia reparadora e que apenas 10% realizaram a reconstrução mamária imediata pelo SUS (Almeida et al., 2021). A discrepância entre a quantidade de mastectomias e procedimentos de reconstrução (39,5% relatou não ter realizado a reconstrução) mamária reflete uma infraestrutura calamitosa e

ineficaz em atender a demanda. Além da escassez de profissionais capacitados e de nem todos os pacientes atenderem aos critérios clínicos para serem submetidos a outra cirurgia de forma imediata (Freitas-Júnior et al., 2017). No que concerne ao tipo de reconstrução, a maioria das pacientes foram submetidas à inserção de prótese e expensor, os quais são considerados os mais indicados para a maioria dos casos de reconstrução mamária pós-mastectomia (Cammara et al., 2023).

Uma pequena porcentagem das pacientes apresentou intercorrências posteriormente, por troca, retirada ou perda da prótese, contudo, é difícil prever, visto que, qualquer procedimento médico implica em riscos e possibilidade de complicações (Brandão et al., 2021). Neste estudo observou-se que a maior porcentagem das pacientes realizou a terapia combinada, em alguns casos, com a realização de quimioterapia de forma complementar, outros casos radioterapia, outras submetidas à hormônioterapia. Estudo sugere que os esquemas terapêuticos de hormônioterapia, cirurgia e radioterapia resultam numa maior sobrevida, seguido desses métodos associados, enquanto a quimioterapia isolada ou combinada está associada a maior risco de óbito (Vasconcelos et al., 2022).

Os dados coletados neste estudo mostram um alto número de linfadenectomias axilares realizadas (80%). O conhecimento do comprometimento dos linfonodos axilares é de grande importância, pois funciona como um preditor prognóstico, guiando futuras medidas terapêuticas, por isso a importância da dissecação axilar durante a cirurgia de câncer (câncer) de mama. Similarmente, o tipo histológico do câncer de mama influencia diretamente na sobrevida da paciente acometida. A literatura afirma que o carcinoma ductal invasivo, determina um maior envolvimento linfático e um pior prognóstico, observou-se neste tudo que este tipo histológico foi o mais prevalente (Souza et al., 2019).

Foi constatado que 74,4% dos pacientes tiveram acesso ao tratamento por meio do SUS. Estudos mostram que a sobrevida de pacientes que recorrem ao SUS é consideravelmente menor comparadas àquelas que tem acesso ao serviço privado por serem diagnosticadas tardiamente e se encontrarem com maior estadiamento no momento do diagnóstico, além da disparidade na qualidade de tratamento (Alvarenga et al., 2017; Cabral et al., 2019; Guerra et al., 2015). Este estudo demonstrou que o sistema público de saúde diagnosticou cerca de duas vezes menos pacientes no estágio 0-I (15% vs 33%) e duas vezes mais pacientes no estágio III (33% vs 16%) quando comparada à rede privada. É necessária a promoção de medidas para a melhoria na prevenção na saúde pública, possibilitando que esses pacientes recebam o diagnóstico precoce e ampliando o acesso ao tratamento (Santos et al., 2023).

Entre as limitações do presente estudo destacam-se a falta de preenchimento de diversos campos dos prontuários médicos, dificultando um banco de dados completo para a análise dos dados. Além disso, parte dos atendimentos realizados a estes pacientes, são de um período que compreende a pandemia da Covid-19, que impactou diretamente na assistência integral à saúde. Contudo, este trabalho, permite comparar a realidade encontrada na região, com levantamentos epidemiológicos feitos em outras cidades brasileiras e em outros países, no que tange ao perfil epidemiológico de pacientes com câncer de mama, submetidas à mastectomia, podendo contribuir para a determinação de medidas preventivas e de melhoria da qualidade de assistência à referida população.

## 5 CONCLUSÃO

Com base nos resultados obtidos, concluiu-se, que entre os pacientes com câncer de mama submetidos à mastectomia, atendidos no serviço público de Montes Claros-MG, predomina-se o sexo feminino, raça parda, baixo nível de escolaridade e, como principal forma de cirurgia oncológica, a mastectomia radical, realizada de modo imediato, por meio de próteses, sem perdas. Atrelado à mastectomia, os principais métodos complementares utilizados foram a quimioterapia, radioterapia e a hormonioterapia.

Além disso, com relação as características comportamentais, constatou-se que boa parte dos pacientes desenvolveram metástases, o tipo histológico mais prevalente foi o carcinoma ductal invasivo e, quanto ao perfil imuno-histoquímico, mais da metade compõe-se do Luminal B.

## REFERÊNCIAS

- Almeida, C. S. C. de, de Moraes, R. X. B., França, I. R. de, Cavalcante, K. W., dos Santos, A. L. B. N., Moraes, B. X. B. de, Luna, I. C. G., & Anlicoara, R. (2021). Análise comparativa das mastectomias e reconstruções de mama realizadas no sistema único de saúde do Brasil nos últimos 5 anos. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 36(3), 263-269. <https://doi.org/10.5935/2177-1235.2021RBCP0039>
- Alvarenga, F. V., Lage, M. J. A., Muzel, N. A., Almeida, S. M. M., Teixeira, S. P. N., Muniz, E., Paula, A. J. F., & Pujatti, P. B. (2017). Avaliação da sobrevida global de pacientes com câncer de mama atendidas em Barbacena, MG. *Revista Médica de Minas Gerais*, 27(Supl 1), S17-S22.
- Alves, M. O., & Magalhães, S. C. M. (2017). A geografia do câncer de mama no Norte de Minas Gerais: do direito ao acesso à saúde. *Hygeia*, 13(26), 13-32. <http://dx.doi.org/10.14393/Hygeia132602>
- Barbosa, A. M. M., Ferraz, E. B., Hott, G. O., Gomes, J. G. E., Paulabonfá, L., Oliveira, S. R., Rocha, L. L. V. (2017). Câncer de mama, um levantamento epidemiológico dos anos de 2008 a 2013. *Revista Científica do ITPAC*, 10(2), 53.
- Brandão, B. L., Silva, A. C. B., Francisquini, I. N., Gouvêa, M. M., & Lobão, L. M. (2021). Importância da cirurgia plástica para mulheres mastectomizadas e o papel do Sistema Único de Saúde: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 36(4), 457-465. <https://doi.org/10.5935/2177-1235.2021RBCP0132>
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). *Dados e Números Sobre Câncer de Mama, Relatório anual 2022*. (2022). Disponível em: [https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/dados\\_e\\_numeros\\_site\\_cancer\\_mama\\_novembro2022\\_0.pdf](https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/dados_e_numeros_site_cancer_mama_novembro2022_0.pdf). Acesso em: 24 jan. 2023.

- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). *Detecção precoce do câncer*. (2021). Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/deteccao-precoce-do-cancer.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2023
- Brasil. Lei n. 9.797, de 06 de maio de 1999. (1999). Dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer. *Diário Oficial da União*.
- Cabral, A. L. L. V., Giatti, L., Casale, C., & Cherchiglia, M. L. (2019). Vulnerabilidade social e câncer de mama: diferenciais no intervalo entre o diagnóstico e o tratamento em mulheres de diferentes perfis sociodemográficos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(2), 613-622. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.31672016>
- Cammarota, M. C., Campos, A. C., Faria, C. A. D. C., Dos Santos, G. C., Barcelos, L. D. P., Dias, R. C; S., Mendonça, F. T., Daher, J. C. (2019). Qualidade de vida e resultado estético após mastectomia e reconstrução mamária. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 34(01). <https://doi.org/10.5935/2177-1235.2019RBCP0008>
- Cesar, E. S. L., Nery, I. S., Moura, Á. D., Nunes, J. T., & Fernandes, A. F. C. (2017). Qualidade de vida de mulheres com câncer mamário submetidas à quimioterapia. *Northeast Network Nursing Journal*, 18(5), 679-686.
- Figueiredo, C. L. (2021). *Análise do tempo decorrido entre detecção, diagnóstico e início do tratamento do câncer de mama em mulheres atendidas em uma unidade de assistência de alta complexidade em oncologia (UNACON) do norte do estado de Minas Gerais*. Universidade Estadual de Montes Claros.
- Freitas-Júnior, R., Gagliato, D. M., Moura Filho, J. W. C., Gouveia, P. A., Rahal, R. M. S., Paulinelli, R. R., Oliveira, L. F. P., Freitas, P. F., Martins, E., Urban, C., & Lucena, C. E. M. (2017). Trends in breast cancer surgery at Brazil's public health system. *Journal of Surgical Oncology*, 115(5), 544–549. <https://doi.org/10.1002/jso.24572>
- Freitas-Junior, R., Rodrigues, D. C. N., Côrrea, R. S., Peixoto, J. E., Oliveira, H. V. C. G., & Rahal, R. M. S. (2016). Contribuição do Sistema Único de Saúde no rastreamento mamográfico no Brasil, 2013. *Radiologia Brasileira*, 49(5), 305–310. <https://doi.org/10.1590/0100-3984.2014.0129>
- Guerra, M. R., Silva, G. A., Nogueira, M. C., Leite, I. C. G., Oliveira, R. V. C. de, Cintra, J. R. D., & Bustamante-Teixeira, M. T. (2015). Sobrevida por câncer de mama e iniquidade em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(8), 1673-1684. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00145214>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2022). *Cidade e Estados*. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados.html>. Acesso em: 27 set. 2022.

- Lena, P. T., Rempel, C., Coltro, D., Frigeri, C. D. L., & Grave, M. T. Q. (2019). Perfil epidemiológico de mulheres mastectomizadas em um serviço de referência localizado no Vale do Taquari/RS. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, 9(2), 122-128. <https://doi.org/10.17058/reci.v9i2.12102>
- Matos, S. E. M., Rabelo, M. R. G., & Peixoto, M. C. (2021). Análise epidemiológica do câncer de mama no Brasil: 2015 a 2020. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(3), 13320-13330. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n3-282>
- Migowski, A., Stein, A. T., Ferreira, C. B. T., Ferreira, D. M. T. P., & Nadanovsky, P. (2018). Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. I – Métodos de elaboração. *Cadernos de Saúde Pública*, 34, e00116317. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00116317>
- Nogueira, M. C., Atty, A. T. M., Tomazelli, J., Jardim, B. C., Bustamante-Teixeira, M. T., Silva, G. A. (2023). Frequência e fatores associados ao atraso para tratamento do câncer de mama no Brasil, segundo dados do PAINEL-Oncologia, 2019-2020. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 32(1). <http://dx.doi.org/10.1590/s2237-96222023000300004>
- Nogueira, M. C., Guerra, M. R., Cintra, J. R. D., Côrrea, C. S. L., Fayer, V. A., & Bustamante-Teixeira M. (2018). Disparidade racial na sobrevivência em 10 anos para o câncer de mama: uma análise de medição usando abordagem de respostas potenciais. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(9), e00211717. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00211717>
- Richardson, L. C., Henley, S. J., Miller, J. W., Massetti, G., & Thomas, C. C. (2016). Patterns and trends in agespecific black-white differences in breast cancer incidence and mortality -United States, 1999-2014. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 65(40), 1093-1098.
- Santos, M. de O., Lima, F. C. da S. de, Martins, L. F. L., Oliveira, J. F. P., Almeida, L. M. de, Cancela, M. de C. (2023). Estimativa de incidência de câncer no Brasil, 2023-2025. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 69(1), e-213700. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n1.3700>
- Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM). (2024). *Autoexame da mama não substitui exame clínico, diz Ministério da Saúde*. SBM: Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www.sbmastologia.com.br/autoexame-da-mama-nao-substitui-exame-clinico-diz-ministerio-da-saude/>. Acesso em: 26 março 2024.
- Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM). (2017). *Câncer de mama: Consenso da Sociedade Brasileira de Mastologia -Regional Piauí -2017*. Teresina: EDUFPI. 328 p.
- Souza, J. L. P. de, Oliveira, L. G. de M., Silva, R. C. G. da, Peres, A. L. (2019). Perfil histopatológico e molecular do câncer de mama em mulheres assistidas em centro de oncologia do Agreste Pernambucano. *Vitalle – Revista de Ciências da Saúde*, 31(2), 38-46. <https://doi.org/10.14295/vittalle.v31i2.8942>

Vasconcelos, M. B. de, Vilhena, G. P., Mota, A. de A. R. (2022). Câncer de mama: resistência no tratamento aos quimioterápicos. *Conjecturas*, 22(14), 331-351. <https://doi.org/10.53660/CONJ-1760-2K58>