

ÉRICA ELAINE TRAEBERT

**CÂNCER DE MAMA EM MULHERES COM IDADE IGUAL
OU SUPERIOR A 65 ANOS: ESTUDO DE PROBABILIDADE
DE SOBREVIDA LIVRE DE DOENÇA**

FLORIANÓPOLIS

2006

ÉRICA ELAINE TRAEBERT

**CÂNCER DE MAMA EM MULHERES COM IDADE IGUAL
OU SUPERIOR A 65 ANOS: ESTUDO DE PROBABILIDADE
DE SOBREVIDA LIVRE DE DOENÇA**

**Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado em Ciências Médicas da
Universidade Federal de Santa Catarina,
para obtenção do título de Mestre em
Ciências Médicas.**

Coordenadora: Prof^a. Dr^a. Márcia M. M. Pizzichini

Orientador: Prof. Dr. Edevard José de Araújo

Co-orientador: Prof. MSC. Carlos Gilberto Crippa

FLORIANÓPOLIS

2006

T 764c Traebert, Érica Elaine.
Câncer de mama em mulheres idosas: estudo de probabilidade
de sobrevida livre de doença / Érica Elaine Traebert. – Florianópolis,
2006.
57p. : il.

Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Curso de Mestrado em
Ciências Médicas, Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientador: Edvard José de Araújo; Co-orientador: Carlos Gilberto
Crippa.

1. Neoplasias mamárias. 2. Mulheres. 3. Idoso. 4. Análise de
sobrevida. I. Título.

CDU: 618.19-006.6

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho só foi possível pela participação e contribuição de inúmeras pessoas. Agradeço a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para sua elaboração.

Agradecimentos especiais:

Ao Prof. Dr. Edevard José de Araújo, orientador desta dissertação, pelas valiosas sugestões, ensinamentos, incentivo e amizade.

Ao Prof. MSC. Carlos Gilberto Crippa, co-orientador desta dissertação e exemplo marcante em minha vida profissional, pelos ensinamentos, apoio, disponibilidade e amizade.

À Prof^a. Dra Eleonora d'Orsi, epidemiologista do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, pelo suporte técnico-científico e amizade.

À Dra Ana Rosa de Oliveira, pela amizade, apoio e cumplicidade.

A meus pais, Marion e Maria do Carmo, que sempre serão meu alicerce e exemplo de amor e sabedoria.

Aos meus irmãos, Ellen, Herman e Elisa pelo carinho e por estarem sempre ao meu lado.

Ao meu namorado, Márcio Araújo, pela ajuda técnica em vários momentos durante o processo de elaboração desta dissertação e pela paciência, carinho e companheirismo.

Aos amigos que tiveram a paciência de me ouvir falar algumas vezes sobre o assunto desta dissertação e que, de diferentes maneiras, foram solidários ao longo deste caminho.

À Prof^a Sidneya de Oliveira pelas revisões ortográficas.

À Daiana Stolf pela tradução para o inglês do Resumo.

Aos funcionários da secretaria do Mestrado em Ciência Médicas, Ivo Dedicácio Soares e Simone Nunes pela disponibilidade e atenção.

À Direção da Maternidade Carmela Dutra por aprovar a realização desta pesquisa e disponibilizar os prontuários do ambulatório e de internação das pacientes estudadas, assim como também a todos os funcionários envolvidos neste processo.

À Direção do Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON) e seus funcionários, pela disponibilização de prontuários e pela gentileza e préstimo com que fui atendida e recebida.

Ao Laboratório de Anatomia Patológica - AP pela prontidão na disponibilização dos resultados anátomo-patológicos das pacientes que fizeram parte desta dissertação

Às pacientes que contribuíram anonimamente com as verdades aqui contidas, tornando possível a realização deste trabalho.

ÍNDICE

RESUMO.....	5
SUMMARY.....	6
1 INTRODUÇÃO.....	7
2 OBJETIVO.....	11
3 MÉTODOS.....	12
4 RESULTADOS.....	17
5 DISCUSSÃO.....	23
6 CONCLUSÃO.....	37
7 REFERÊNCIAS.....	38
8 NORMAS ADOTADAS.....	45
ANEXOS.....	46

RESUMO

Introdução: O câncer de mama é a principal neoplasia maligna que acomete as mulheres e cerca de 50% dos casos ocorrem a partir dos 65 anos. Apesar da alta prevalência da doença nesta faixa etária, ainda permanecem controvérsias quanto ao seu prognóstico evolutivo.

Objetivo: Conhecer a probabilidade de sobrevida livre de doença em mulheres com câncer de mama com idade igual ou superior a 65 anos ao longo do tempo. **Método:** Estudo com delineamento do tipo coorte histórica, a partir de levantamento de dados dos prontuários de 185 mulheres com câncer de mama atendidas no Serviço de Mastologia da Maternidade Carmela Dutra de Florianópolis/SC, no período de janeiro de 1992 a dezembro de 2003 e com seguimento até dezembro de 2004. Foi estudada a sobrevida livre de doença e utilizou-se o método de Kaplan-Meier. **Resultados:** A média de idade das pacientes foi de 72 anos. Ao final do período de seguimento, 69,7% das pacientes estavam vivas e sem doença, 14,1% estavam vivas e com doença, 10,3% foram a óbito por câncer de mama e 5,9% foram a óbito por outras causas. A probabilidade de sobrevida livre de doença em cinco e dez anos foi, respectivamente, de 73,1% e 47,6%. **Conclusão:** A partir do diagnóstico de câncer de mama, mulheres com idade igual ou superior a 65 anos, têm a probabilidade de sobrevida livre de doença de 73,1% em 5 anos e 47,6% em 10 anos.

Descritores: Neoplasias mamárias, mulheres, idosas, análise de sobrevida.

SUMMARY

Introduction: Breast cancer is the foremost malignant neoplasia among women, and a mean of 50% of the cases occur over the age of 65. Although the high prevalence of the disease at this age, controversies still remain concerning its evolutionary prognosis. **Objective:** The purpose of this study was to determine the probability of disease-free survival in women with breast cancer with the age equal or superior to 65, in a long-term evaluation. **Method:** A historical cohort observational study was held from a data survey of the medical records of 185 women with breast cancer assisted in the Mastology Service of the Carmela Dutra Maternity in Florianópolis/SC from January, 1992 to December, 2003, with follow-up until December, 2004. The disease-free survival was studied and the Kaplan-Meier method was used. **Results:** Average patients' age was 72 years. At the end of the follow-up period, 69,7% of the patients were alive without disease, 14,1% were alive with disease, 10,3% had died as a consequence of breast cancer and 5,9% had died due to other factors. The probability of disease-free survival in five and ten years were 73,1% and 47,6%, respectively. **Conclusion:** Women aged 65 and older have the probability of disease-free survival after the breast cancer diagnosis of 73,1% in five years and 47,6% in ten years.

Key-words: breast cancer, women, elderly, survival analysis.

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o segundo tipo de neoplasia maligna mais freqüente no mundo, e o primeiro entre as mulheres, com uma estimativa de 1 milhão de casos novos no mundo a cada ano^{1, 2, 3}.

A Holanda é o país com a maior incidência, tendo uma taxa ajustada por idade de 90,2/100.000 habitantes, seguido pelos Estados Unidos da América, com uma taxa de 86,9/100.000. Outros países da Europa, Austrália, Nova Zelândia e América do Sul, especialmente Uruguai e Argentina, também possuem taxas elevadas⁴. Estimativas americanas calcularam para o ano de 2005 cerca de 211.240 casos novos de câncer de mama, e cerca de 40.410 mortes por esta neoplasia⁵.

No Brasil, segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), à exceção do câncer de pele não melanoma, o de mama é a neoplasia mais freqüente na população feminina, sendo responsável, no ano de 2006, por 48.930 novos casos, com um risco estimado de 52 casos a cada 100.000 mulheres⁶.

Nos dez Registros de Câncer de Base Populacional, em funcionamento no Brasil, os maiores valores das taxas médias de incidência anuais, ajustadas por idade por 100.000 mulheres, foram encontrados em São Paulo (1997-1998: 94,0); Distrito Federal (1996-1998 86,1) e Porto Alegre (1993-1997: 66,5). A menor taxa foi observada na cidade de Belém (1996-1998:22,2)⁴.

Além da alta incidência, no Brasil o câncer de mama é também a primeira causa de óbito por câncer em mulheres, com um coeficiente de mortalidade padronizado por idade, mostrando tendência ascendente ao longo dos anos⁷. A taxa bruta de mortalidade por câncer de mama passou de 5,77 em 1979, para 10,15 mortes por 100.000 mulheres, em 2002, e apresentou uma variação percentual de 76% nas últimas décadas⁸.

Apesar da evolução no estudo da doença, a incidência do câncer de mama feminino vem apresentando um crescimento contínuo, possivelmente ocasionada por mudanças sócio-demográficas e maior acessibilidade aos serviços de saúde⁴, tornando mais evidente e verdadeira a sua real incidência.

O câncer de mama é raro em homens, com uma prevalência em relação às mulheres de 1 para 70-130 (homens/mulheres) segundo estatísticas mundiais^{9, 10, 11, 12}. Sendo assim, o sexo feminino é o mais forte fator de risco para o desenvolvimento desta neoplasia.

Associado ao sexo, outro grande fator de risco para a doença é a idade^{13, 14, 15}; sua incidência é incomum em jovens, mas aumenta a medida em que a mulher envelhece¹⁶.

Holmes e Muss¹³ referem um risco para desenvolver câncer de mama de 1 em 14 mulheres com idade entre 60-79 anos, comparado com 1 em 24 mulheres entre 40 e 59 anos, e 1 em 228 mulheres com 39 anos ou menos.

Embora não se tenha um fator determinante para a doença, Repetto e Balducci associam um maior risco, que as pessoas idosas apresentam, de desenvolverem algum tipo de câncer, a fatores tais como: o tempo mais longo de exposição aos carcinógenos e à carcinogênese, e a ocorrência de mudanças moleculares relacionadas com o passar da idade, as quais poderiam imitar a carcinogênese e favorecer a progressão do câncer¹⁷.

A compreensão de câncer e idade avançada passa pela definição de idoso, que é ainda controversa na literatura médica, sendo consideradas pacientes idosas, as mulheres com idade igual ou superior a 65, 70, 75, 80, e até 85 anos ou mais^{18, 19, 20}. Já a Organização Mundial de Saúde define idoso como o indivíduo de 65 anos ou mais^{21, 22} e o Estatuto do Idoso no Brasil considera idosa a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos²³.

Mesmo não havendo unanimidade, a maior parte dos trabalhos pesquisados considera idosa a paciente de 65 anos ou mais^{14, 18, 20, 24, 25, 26, 27, 28, 29}.

É referido na literatura que, 48 a 50% dos casos de câncer de mama, ocorrem em mulheres idosas, com 65 anos ou mais^{13, 14, 16, 18}.

De acordo com os novos padrões demográficos, a população idosa deverá aumentar nos próximos anos, e com isso haverá mais casos de câncer de mama neste grupo etário. Estima-se cerca de 30% de casos a mais para a próxima década, se o crescimento da população idosa continuar a apresentar os índices atuais^{14, 30, 31, 32}.

Atualmente, a população idosa representa cerca de 11,3% da população mundial, e esta taxa deverá elevar-se para 20% em 2030¹³. No Brasil, os idosos representam cerca de 9,6% da população³³.

Apesar de o número de pacientes idosas com câncer de mama estar aumentando, o conhecimento sobre as possíveis diferenças na biologia tumoral e no desfecho clínico, relacionado à idade, é ainda limitado, principalmente pela pouca participação das pacientes com idade acima de 65 anos nos ensaios clínicos^{30, 34, 35}. Apenas 25% das pacientes participantes de estudos clínicos estão na faixa etária de 65 anos ou mais, dificultando assim, a interpretação dos resultados dos estudos quando se avalia a população idosa^{26, 36}. As barreiras para a inclusão destas pacientes, nos estudos, incluem comorbidades, fatores socioeconômicos e psicológicos³⁷.

Além do risco aumentar com a idade, muito se tem discutido se a mesma, tem sido um fator independente de prógnóstico na evolução da doença. Ainda não se tem bem claro sua relação com a história evolutiva natural, contudo, o comportamento do câncer de mama parece, geralmente ser menos agressivo na paciente idosa, sendo descritas baixas taxas de recorrência local e metástases a distância^{14, 38}.

Alguns mecanismos podem explicar este comportamento: o aumento da prevalência de tumores com expressão de receptores para estrogênio e progesterona; a diminuição da prevalência de tumores mais indiferenciados, com grau histológico 3; a diminuição da taxa de proliferação tumoral e da incidência de metástases linfonodais; a diminuição dos níveis circulantes de hormônios sexuais e hormônio do crescimento; o aumento da concentração de citocinas inflamatórias que podem inibir o crescimento tumoral, bem como a imunosenescência^{14, 38}.

Embora predomine uma tendência de se relacionar o câncer de mama na mulher idosa com uma evolução mais favorável, cerca de 20% destas mulheres apresentam tumores mais agressivos e pobres em receptores hormonais^{14, 30}. De acordo com Wedding¹⁶, as mulheres idosas são submetidas a menos exames de rastreamento, e a doença é mais frequentemente diagnosticada em estágios mais avançados, uma vez que os tumores são descobertos ao acaso, em geral pela própria paciente. A extensão da doença (estágio ao diagnóstico) é amplamente aceita como sendo o mais importante fator prognóstico para o câncer de mama nestas pacientes³⁹; assim, as taxas de sobrevida livre de doença (SLD), bem como de sobrevida global (SG), são dependentes do estadió da doença ao diagnóstico¹³.

Apesar do contexto geral de baixa agressividade tumoral, e de as comorbidades poderem influenciar a sobrevida nas pacientes idosas com câncer de mama, grande parte da

literatura mostra taxas de sobrevida semelhantes às das pacientes com idade inferior a 65 anos^{25, 34, 40, 41}. Alguns autores, porém, consideram as pacientes com câncer de mama com idades abaixo de 35 anos e acima de 75 anos como tendo piores resultados de sobrevida^{42, 43}.

Atualmente, a detecção precoce do câncer de mama e o tipo de tratamento oferecido à paciente idosa são os que parecem oferecer melhor possibilidade de uma redução significativa na mortalidade pela doença neste grupo etário³⁹.

Conforme mostram as características epidemiológicas, o câncer de mama é uma doença ligada fortemente ao sexo feminino e, por consequência, ao perfil hormonal próprio da mulher. É conhecida, e não contestada na literatura, a influência do ambiente hormonal feminino, sob a responsabilidade dos esteróides sexuais no câncer de mama. Assim, fatores reprodutivos, como menarca precoce, menopausa tardia, nuliparidade ou número reduzido de filhos, primeira gestação acima dos trinta anos e fatores terapêuticos, como o efeito protetor da ooforectomia na pré-menopausa e mesmo no tratamento, bem como a quimioprevenção, com drogas antiestrogênicas, sustentam a forte relação dos esteróides sexuais com o câncer da mama^{44, 45}.

Em Santa Catarina, Crippa e cols⁴⁶ realizaram um estudo de SLD em pacientes jovens com idade menor ou igual a 35 anos, com câncer de mama, na Maternidade Carmela Dutra (MCD) de Florianópolis, mostrando que a probabilidade destas mulheres estarem vivas, sem doença, após o diagnóstico em 5 e 10 anos, é de 56,1% e 22,4%, respectivamente. Este trabalho foi um estímulo para realizar o mesmo tipo de estudo em pacientes idosas, na hipótese de que o câncer de mama, ocorrendo dentro de períodos de exposição hormonal em extremos tão diferentes, possa ter um comportamento evolutivo e desfecho clínico distintos.

Partindo da constatação de que os estudos sobre câncer de mama em pacientes idosas são limitados, principalmente no Brasil, o presente estudo se propõe a conhecer alguns aspectos clínicos e evolutivos do câncer de mama, neste grupo etário, diagnosticadas e tratadas na Maternidade Carmela Dutra, através de levantamento de dados de diagnóstico e seguimento, que permitam realizar uma curva de sobrevida destas pacientes.

2 OBJETIVO

Conhecer a probabilidade de sobrevida livre de doença nas mulheres portadoras de câncer de mama com idade igual ou superior a 65 anos na Maternidade Carmela Dutra.

3 MÉTODOS

Foi realizado um estudo de coorte, a partir de levantamento de dados dos prontuários de mulheres, com câncer de mama, atendidas pelo Serviço de Mastologia da Maternidade Carmela Dutra de Florianópolis/SC, no período compreendido entre 1º de janeiro de 1992 a 31 de dezembro de 2003.

As informações obtidas permitiram a construção de uma coorte histórica⁴⁷ que possibilitou o estudo da sobrevida.

Os dados foram retirados da ficha clínica utilizada, rotineiramente, pelo Serviço de Mastologia (Anexo1) e, complementados com os prontuários médicos hospitalares da Maternidade Carmela Dutra (MCD), e do Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON). Também foi realizada uma pesquisa de informações, referentes ao seguimento no banco do Sistema de Informações sobre Mortalidade da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Santa Catarina (SIM/SES-SC)^{48, 49}.

Quando as informações estavam incompletas, a busca foi realizada por meio de contato telefônico com as pacientes ou familiares.

3.1 Local de execução

Maternidade Carmela Dutra, Florianópolis/SC

3.2 Casuística

De um total de 1400 pacientes submetidas a tratamento cirúrgico para câncer de mama, no período de 1º de janeiro de 1992 a 31 de dezembro de 2003, e atendidas pela equipe médica do Serviço de Mastologia da MCD, 185 preencheram os critérios de inclusão estabelecidos nesta pesquisa.

3.2.1 Critérios de Inclusão

- Pacientes do sexo feminino com idade igual ou superior a 65 anos, com diagnóstico histológico de carcinoma de mama invasivo do tipo ductal ou lobular;
- Pacientes nos estádios I, II, ou III, segundo critérios TNM da UICC⁵⁰ (Anexo 2);
- Pacientes com o diagnóstico realizado entre 1º de janeiro de 1992 e 31 de dezembro de 2003.

3.2.2 Critérios de Exclusão

- Pacientes com outras formas de tumores malignos de mama que não carcinomas;
- Pacientes submetidas a tratamento oncológico primário (neoadjuvante) com quimioterapia, hormonioterapia e/ou radioterapia;
- Pacientes com história pessoal pregressa de câncer de mama;
- Estádios 0 (intraductal) e IV (com metástase à distância), segundo critérios TNM da UICC (Anexo 2).

3.3 Período de Seguimento

O período de inclusão das pacientes, no estudo, foi de 1º de janeiro de 1992 a 31 de dezembro de 2003. Os dados de acompanhamento das pacientes foram coletados até 31 de dezembro de 2004.

O tempo de estudo foi numerado, seqüencialmente, em meses, sendo considerado o primeiro mês de estudo, janeiro de 1992, e o último, dezembro de 2004 (mês 156). Esta numeração seqüencial, em meses de estudo, foi realizada para data da cirurgia e a data do desfecho. O tempo de acompanhamento, em meses, foi calculado por meio da diferença entre o mês do desfecho e o mês da cirurgia.

3.4 Variáveis Estudadas

As definições e operacionalização das variáveis estudadas, na análise descritiva dos casos, estão detalhadas no Quadro 1. Foram elas:

- Idade igual ou superior a 65 anos;
- Queixa principal;
- Tamanho do tumor;
- Avaliação dos linfonodos axilares;
- Estadiamento pós-operatório (ou patológico);
- Data do diagnóstico (considerada a data da cirurgia);
- Tempo inicial e Tempo final do estudo para cada paciente;
- Tempo de seguimento;
- Desfecho clínico – classificado em recidiva e/ou óbito, e livre de doença.

Para a análise de sobrevida, a definição da variável resposta foi o período entre a data do diagnóstico e a data da última reavaliação.

Na confecção da curva de sobrevida, foram consideradas como critério de seguimento “completo” para o estudo as pacientes que apresentaram o evento de interesse, recidiva e/ou óbito, até a data da última revisão. Como critério de “censura”, foram consideradas as pacientes livres de doença ao final do seguimento e as pacientes perdidas ao longo do período (das quais não se conhecia a ocorrência ou não do evento de interesse).

Em relação à recidiva, só foi considerada se houve a ocorrência ou não, independentemente do sítio em que se manifestou, considerando-se pacientes com recidiva local ou a distância.

3.5 Análise dos dados

Para a descrição dos resultados, foram utilizadas médias, medianas, desvios padrão e proporções^{51, 52}.

Diferenças entre proporções foram testadas através do teste qui-quadrado de Pearson e, as diferenças entre médias, através do teste t de Student e da análise de variância ⁵³.

Os dados foram analisados no programa computacional SPSS® versão 8.0 ⁵⁴.

Neste estudo, avaliou-se apenas, a sobrevida livre de doença (viva sem doença) e não a sobrevida global (tempo de vida do diagnóstico ao óbito com doença) das pacientes.

A análise de sobrevida, realizada por meio do método do produto limite ou Kaplan-Meier ⁵⁵⁻⁵⁹, permitiu as estimativas tempo mediano livre de doença, que corresponde a 50% de probabilidades de estar livre de doença ao tempo t, quartis inferior e superior livres de doença ao tempo t, e o estudo das funções S (t) e R (t).

S (t) é o tempo de sobrevida cumulativa e corresponde à probabilidade de sobreviver livre de doença (SLD) até determinado tempo t.

R (t) corresponde ao risco estimado de recidiva e/ou óbito ao tempo t, sendo calculado na fórmula $R (t) = 1 - S (t)$. Este informa a probabilidade de incidência do evento de interesse.

Foi calculado o intervalo de confiança (95%) para a estimativa de risco de recidiva e/ou óbito para cinco períodos de seguimento (no início, no quartil inferior, no tempo mediano, no quartil superior e no final do seguimento) ^{52, 59}.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (Anexo 3).

QUADRO 1- Definições e operacionalização das variáveis estudadas

Nome da variável	Definição	Operacionalização
Idade	Igual ou superior a 65 anos completos, obtida na data do diagnóstico.	Variável numérica em anos
Queixa principal	Motivo pelo qual a paciente procurou o médico. Dividido em 3 categorias: Nódulo mamário; Outras (dor, derrame papilar e alterações do mamilo); Assintomáticas (pacientes com alterações somente aos exames de mamografia e/ou ultrassonografia mamária).	Variável categórica
Tamanho do tumor	Medido em centímetros no maior diâmetro no exame anátomo-patológico e agrupados em: T1: até 2,0 cm T2: de 2,1 a 5,0 cm T3: acima de 5,0 cm	Variável numérica
Linfonodos axilares	Avaliação de comprometimento metastático linfonodal axilar ao exame anátomo-patológico.	Variável categórica
Estadiamento pós-operatório	Avaliação do tamanho do tumor, do comprometimento de linfonodos axilares e de metástase a distância, pelos critérios de anatomia patológica da UICC ⁵⁰ .	Variável categórica baseada no estadiamento patológico pós-operatório TNM da UICC ⁵⁰
Tempo inicial	Data da cirurgia, na qual ocorre a entrada da paciente no estudo e início do seguimento. Primeiro mês: janeiro de 1992.	Variável numérica
Tempo final	Mês do último acompanhamento, quando ocorreu o desfecho (recidiva e/ou óbito), ou a paciente foi censurada (devido a perda de seguimento ou término do estudo). Último mês: dezembro de 2004.	Variável numérica
Tempo de Seguimento	Tempo de sobrevida, em meses, calculado pela diferença entre o Tempo final e o Tempo inicial.	Variável numérica
Desfecho clínico	Classificado em recidiva e/ou óbito, e livre de doença.	Variável categórica
Status	Definida como 1 se a paciente apresentou o desfecho e 0 se foi censurada.	Variável categórica

4 RESULTADOS

No período compreendido entre 1º de janeiro de 1992 e 31 de dezembro de 2003 foram estudadas 185 mulheres com idade de 65 anos ou mais, com câncer de mama, e acompanhadas até 31 de dezembro de 2004. A duração do estudo foi de 156 meses (13 anos).

A idade das pacientes ao diagnóstico variou de 65 a 92 anos, sendo a idade média de 72 anos (DP= 5,5), a mediana de 71 anos e a moda de 66 anos.

TABELA 1 - Distribuição das pacientes idosas com câncer de mama, segundo a idade (em anos) no momento do diagnóstico.MCD, 1992-2004.

Idade (anos)	Freqüência	Percentual (%)
65-69	78	42,2
70-74	60	32,4
75-79	34	18,4
80-84	7	3,8
85 ou mais	6	3,2
Total	185	100,0

FONTE: SAME da Maternidade Carmela Dutra, SC.

TABELA 2 - Distribuição das pacientes idosas com câncer de mama, segundo a queixa principal.MCD,1992-2004.

Queixa	Frequência	Percentual (%)
Nódulo	143	84,6
*Outras	7	4,1
**Assintomáticas	19	11,3
Total	169	100,0

FONTE: SAME da Maternidade Carmela Dutra, SC.

*Dor (2), derrame papilar (3) e alterações do mamilo (2).

**Pacientes com alterações detectadas em exame de mamografia e/ou de ultrassonografia mamária

Das 183 pacientes com dados de tamanho do tumor, 85 (46,6%) apresentaram tumores até 2,0 cm, 85 (46,6%) entre 2,1 cm e 5,0 cm e 13 (7,2%) apresentaram tumores maiores que 5,0 cm

O tamanho tumoral variou de 0,1 a 9,0 centímetros (cm), com média de 2,6 cm. A média tumoral foi diferente, quando comparada as pacientes que tiveram, ou não, o desfecho. Para as pacientes que apresentaram o desfecho (recidiva e/ou óbito) , a média do tamanho do tumor foi de 3,5 cm, e para as que não apresentaram o desfecho, a média tumoral foi de 2,3 cm. Esta diferença foi, estatisticamente, significativa (teste t student $P < 0,05$).

Das 185 pacientes estudadas, não se obteve dados de tamanho tumoral em duas delas, as quais haviam sido submetidas à biópsia excisional prévia.

TABELA 3 - Distribuição das pacientes idosas com câncer de mama, segundo o tamanho tumoral e a sua relação com o risco de recidiva e/ou óbito. MCD, 1992-2004.

Tamanho tumoral	Recidiva e/ou Óbito		RR	IC-95%
	n /N	(%)		
T1: até 2,0 cm	13 / 85	15,3	1,0	-
T2: de 2,1cm a 5,0cm	23 /85	27,1	1,8	(1,0 – 3,2)
T3: acima de 5,0 cm	9 /13	69,2	4,5	(2,4 – 8,4)
Total	45 /183	24,6		

FONTE: SAME da Maternidade Carmela Dutra , SC.
 Teste X², p < 0,05

LEGENDA: n: Número de pacientes com Recidiva e/ou Óbito; N: Número total de pacientes; RR: Risco Relativo; IC-95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Das 185 pacientes estudadas, 173 foram submetidas à linfadenectomia axilar. Em uma dessas pacientes, não foi obtida informação sobre o comprometimento, ou não, dos linfonodos.

TABELA 4 - Distribuição das pacientes idosas com câncer de mama, segundo o comprometimento linfonodal axilar e a sua relação com o risco de recidiva e/ou óbito. MCD, 1992-2004.

Comprometimento Linfonodal	Recidiva e/ou Óbito		RR	IC-95%
	n /N	(%)		
Sim	25 / 81	30,9	1,7	(1,01 – 3,05)
Não	16 / 91	17,6	1,0	-
Total	41 / 172	23,8		

FONTE: SAME da Maternidade Carmela Dutra , SC.
 Teste X², p < 0,05.

LEGENDA: n: Número de pacientes com Recidiva e/ou Óbito; N: Número total de pacientes; RR: Risco Relativo; IC-95%: Intervalo de Confiança de 95%.

O estadiamento foi realizado para 171 pacientes, e nas demais 14 (7,6%), a informação sobre o estadiamento foi prejudicada, devido a exérese do tumor prévia à cirurgia definitiva, e/ou a não realização de linfadenectomia axilar.

TABELA 5 - Distribuição das pacientes idosas com câncer de mama, segundo o Estadiamento, e a sua relação com o risco de recidiva e/ou óbito.MCD, 1992-2004.

Estadiamento	Recidiva e/ou Óbito		RR	IC-95%
	n /N	(%)		
I	8 / 55	14,5	1,0	-
II	23 /100	23,0	1,6	(0,8 – 3,3)
III	10 / 16	62,5	4,3	(2,0 – 9,0)
Total	41 / 171	24,0		

FONTE: SAME da Maternidade Carmela Dutra , SC.
 Teste X², p < 0,05

LEGENDA: n: Número de pacientes com Recidiva e/ou Óbito; N: Número total de pacientes; RR: Risco Relativo; IC-95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Ao final do seguimento, do total de 185 pacientes estudadas, 45 (24,4%) apresentaram o desfecho clínico: recidiva e/ou óbito, sendo que destas, 26 estavam vivas com doença (recidiva do câncer de mama), e 19 foram a óbito (Tabela 6).

TABELA 6 – Distribuição das pacientes idosas com câncer de mama, segundo o desfecho clínico.MCD, 1992-2004.

Desfecho	Frequência	Percentual (%)
Vivas sem doença	129	69,7
Vivas com doença	26	14,1
Óbito por câncer de mama	19	10,3
Óbito por outras causas	11	5,9
Total	185	100,0

FONTE: SAME da Maternidade Carmela Dutra , SC

Quanto à estimativa da probabilidade de sobrevida livre de doença, foi observado que, no grupo estudado, a probabilidade de sobreviver 3 anos e 7 meses (mediana do período de seguimento) foi de 79,8%. Já o risco estimado de recidiva e/ou óbito por câncer de mama, neste período, foi de 20,2%. No quartil inferior, a probabilidade de estar viva em 2 anos e 1 mês é de 89,4%. No quartil superior, a probabilidade de estar viva em 4 anos e 11 meses é de 73,1%. O risco de recidiva e/ou óbito foi respectivamente de 10,6% e 26,9% para os mesmos períodos (Tabela 7).

TABELA 7 – Estimativa da probabilidade de sobrevida livre de doenças (em meses), risco de recidiva e/ou óbito e intervalo de confiança de 95% para o risco, em diferentes períodos de seguimento*. MCD, 1992 – 2004.

Seguimento	Tempo de seguimento (meses)	Sobrevida cumulativa	Estimativa de risco	Erro padrão	IC (95%)
Início	1	0,9946	0,0054	0,0054	0,984-1,000
Percentil 25	25	0,8936	0,1064	0,0238	0,848-0,941
Percentil 50 (mediana)	43	0,7983	0,2017	0,0329	0,736-0,866
Percentil 75	59	0,7306	0,2694	0,0402	0,656-0,814
Fim	135	0,4756	0,5244	0,1013	0,313-0,722

*Método de Kaplan-Meier (Estimativa de produto limite).

A estimativa de probabilidade de sobrevida livre de doença, em 5 anos, foi de 73,1%, e, em 10 anos, de 47,6% (figura 1).

A sobrevida livre de doença mediana por câncer de mama foi de 115 meses.

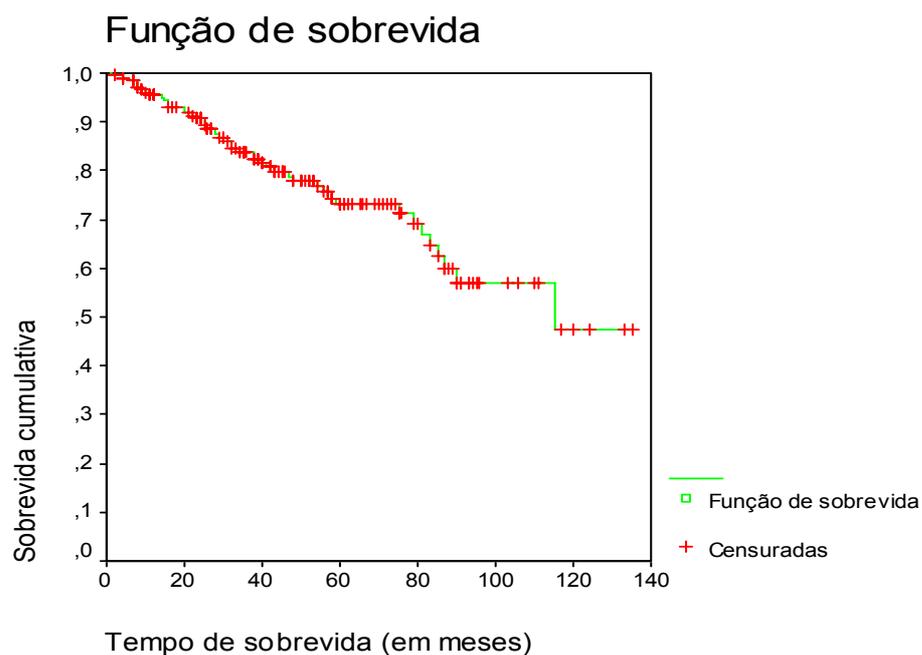


Figura 1- Curva de sobrevida livre de doença das pacientes idosas com câncer de mama, Kaplan Meier. MCD, 1992-2004.

O risco de recidiva e/ou óbito em 5 anos foi de 26,9% e em 10 anos de 52,4% (Figura 2).

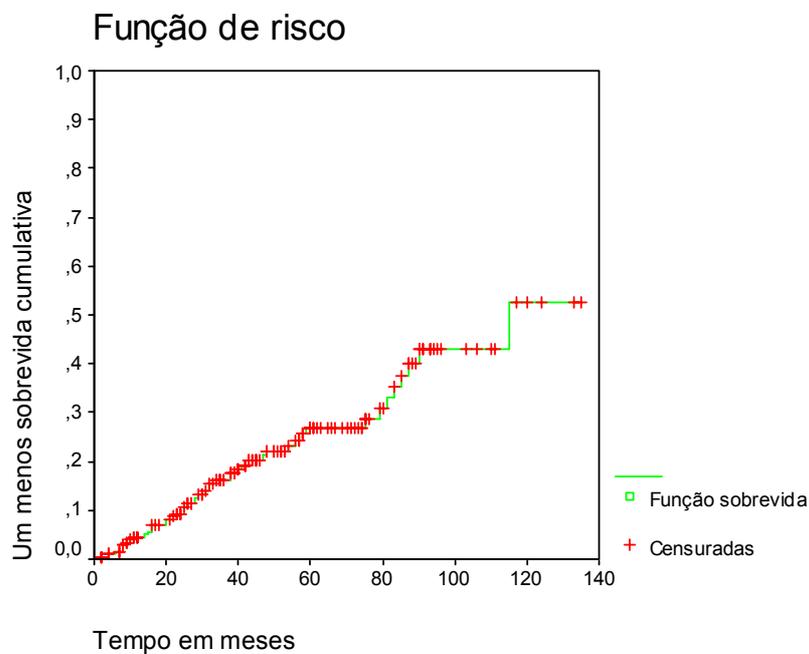


Figura 2 – Risco de recidiva e/ou óbito nas pacientes idosas com câncer de mama. MCD, 1992-2004.

5 DISCUSSÃO

O câncer de mama é a principal neoplasia maligna que acomete a mulher ocidental⁵. Sua incidência aumenta com o avançar da idade, e 48 a 50% dos casos ocorrem em mulheres com mais de 65 anos^{26, 30, 31, 37}. Embora seja alta a incidência na população idosa, o câncer de mama ocorre em todas as idades da mulher, acometendo-as, também, com menor frequência, abaixo dos trinta e cinco anos, no auge da vida reprodutiva⁴⁶.

Neste estudo, foi realizada a análise de sobrevida livre de doença (SLD) para pacientes com idade igual ou superior a 65 anos, com câncer de mama, dando continuidade a uma linha de pesquisa já existente, onde foram estudadas pacientes jovens com câncer de mama. Mantiveram-se, portanto, os padrões e características do trabalho anterior⁶⁰. Foi realizada apenas análise geral da SLD, não sendo avaliada a influência que fatores de risco e prognósticos podem ter na sobrevida.

Sendo a mama um órgão que se desenvolve às custas, principalmente, de hormônios femininos, é de se esperar que períodos de ambientes hormonais diversos, como menacme, climatério e de esgotamento total da função ovariana na senilidade possam influenciar a história natural do câncer neste órgão. Entretanto, o conhecimento sobre as possíveis diferenças na biologia tumoral e no desfecho clínico, de acordo com a idade, é ainda limitado^{30, 34}.

O real valor da idade como fator prognóstico isolado, relacionado à evolução da doença, é ainda tema de debates e controvérsias^{61, 62}, a começar pela metodologia utilizada nos diversos trabalhos, que difere em relação à idade adotada, quando são avaliadas pacientes idosas com câncer de mama.

Poderia ser questionado se essa falta de definição consistente de idade idosa, para mulheres com câncer de mama, contribuiria para os diferentes resultados nos estudos que relacionam a evolução desta doença e seu prognóstico com a idade

A maior parte dos trabalhos pesquisados define idosa, como sendo a mulher com idade igual ou superior a 65 anos^{14, 18, 20, 24-29}, porém não existe uma unanimidade, com alguns autores adotando as idades acima de 70, 75, 80 e outros até 85 anos^{18, 20}.

Gadjos⁴⁰, Pérez⁶³ e também Odendaal et al²⁰, em suas pesquisas, avaliaram pacientes com câncer de mama, com idade entre 70 e 93 anos, com média de 78 anos. Já Bouchardy⁴¹ avaliou pacientes acima de 80 anos, com média de 84 anos.

No presente estudo, além da idade cronológica de 65 anos para definição de idosa, foi levado em consideração o perfil hormonal, adotando o proposto por Bossemeyer, que considera como idosas as mulheres com 65 anos ou mais, e que estariam há mais de uma década sem a ação hormonal endógena⁶⁴. Desta forma, estariam sendo avaliadas mulheres, dentro de um mesmo perfil hormonal, onde praticamente estão esgotados os níveis de estrogênio e progesterona.

Semelhante aos estudos de Hernández⁶⁵ e Djordjevic²⁵, as mulheres idosas com câncer de mama, neste estudo, apresentaram idade de 65 a 92 anos (Tabela 1), sendo a idade média de 72 anos, a mediana de 71 anos, e a moda de 66 anos.

Mais do que o ponto de corte da idade para definição de idosa, o que parece ser mais relevante, é que mulheres com faixa etária acima de 65 anos possuem características em comum, tais como, apresentarem o ambiente hormonal com os níveis de estrogênio já praticamente esgotados; terem comorbidades importantes que podem afetar a sobrevida; terem arbitrariamente a doença considerada como menos agressiva e também por estarem prejudicadas pela falta de protocolos terapêuticos padronizados para esta fase da vida.

Em idosas, a manifestação clássica do câncer de mama é o nódulo^{13, 40}, detectado principalmente pelo exame clínico, pois existe uma diminuição na frequência do rastreamento mamográfico nesta população³⁴.

Na avaliação de Djordjevic, 53,86% das pacientes idosas com câncer de mama apresentaram o nódulo mamário como queixa principal²⁵. Também Bouchardy, em sua análise, encontrou resultado semelhante⁴¹.

Pérez avaliando um grupo de mulheres idosas com câncer de mama, no Chile, relatou que 85% das pacientes referiram o nódulo mamário como a principal queixa⁶³.

No presente estudo, foi encontrado resultado semelhante ao trabalho chileno: 84,6% das pacientes apresentaram o nódulo, como motivo da consulta médica. Somente 11,3% das pacientes eram assintomáticas e tiveram a detecção do câncer de mama realizada através dos exames radiológicos mamários (Tabela 2).

Chama a atenção nos resultados deste trabalho e no de Pérez, a alta porcentagem de percepção do tumor mamário pela própria paciente, quando já é detectado clinicamente, traduzindo uma baixa frequência no rastreamento mamográfico nestas mulheres.

Em geral, as pacientes idosas não são estimuladas a fazer esse exame. A falta de estudos randomizados para avaliar o benefício da mamografia nas pacientes idosas, juntamente com as campanhas para diagnóstico precoce do câncer de mama, que focam principalmente as mulheres jovens, corroboram esta situação⁶⁶.

Muitos estudos têm mostrado que o valor preditivo da mamografia aumenta com a idade e que a detecção precoce do câncer de mama pode estar associada a uma diminuição significativa do risco de morte em mulheres de 40 a 74 anos^{67, 68}.

Outro ponto, que chama a atenção, é a diferença importante existente nos dados desta série e do estudo latino-americano de Pérez, comparados aos europeus de Djordjevic e Bouchardy. Pode-se notar que a investigação radiológica mamária, na idosa, nos países desenvolvidos é realizada em maior número do que nos países em desenvolvimento.

De acordo com Aguilar e Bauab, em um artigo de revisão, não existe uma recomendação sobre em qual idade se deve parar o rastreamento mamográfico. A decisão de não se requisitar a mamografia de rotina deve ser julgada pelo médico, para cada mulher, dependendo de seu estado clínico e expectativa de vida.⁶⁹

Segundo Bynum et al ⁷⁰, as pacientes idosas, que podem se beneficiar do rastreamento mamográfico, são aquelas que apresentam uma expectativa de vida de pelo menos 5 anos, o que também está de acordo com a recomendação da Sociedade Americana de Geriatria⁷¹.

Em relação ao tamanho tumoral, este, juntamente com a condição dos linfonodos axilares, são considerados dois dos mais importantes indicadores prognósticos para o câncer de mama, tanto que se constituem na base do estadiamento TNM estabelecido e promulgado pela União Internacional Contra o Câncer^{50, 72-75}.

O valor prognóstico do tamanho do tumor baseia-se na constatação de que as pacientes com tumores menores apresentam maior sobrevida. Para as pacientes com câncer de mama e linfonodos axilares negativos, o tamanho do tumor torna-se o fator prognóstico mais poderoso para prever a recorrência da doença^{73, 76}. Segundo Abner⁷⁷, a sobrevida livre

de doença em dez anos, varia de 77% para tumores entre 1,1 e 2,0 cm a 91 % para tumores entre 0,1 e 1,0 cm.

De acordo com Diab et al.³¹, os achados de que pacientes idosas apresentam tumores maiores do que pacientes mais jovens poderiam ser explicados por um atraso no diagnóstico do câncer de mama nestas pacientes, principalmente porque elas são submetidas a menos exames clínicos e a menos exames de rastreamento mamográfico.

Bouchardy et al.⁴¹, em estudo de coorte de mulheres com câncer de mama de 80 anos ou mais, realizado na Suíça, encontraram média de tamanho tumoral de 3,0 cm. Em outro estudo do Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER), nos Estados Unidos da América, pacientes com câncer de mama da mesma idade apresentaram uma média de tamanho tumoral de 1,9 cm⁷⁸.

Pierga et al.³⁰ analisaram 1755 pacientes com câncer de mama, com idade maior ou igual a 70 anos, e encontraram 26% de tumores até 2,0 cm, 50% de tumores entre 2,1 e 5,0 cm e 24% de tumores maiores que 5,0 cm.

Rodrigues et al.²⁷, estudando fatores prognósticos do câncer de mama em mulheres na pré e pós menopausa, relataram média de tamanho tumoral de 3,1 cm para mulheres com 60 anos ou mais, e sugeriram que a idade não exerceu qualquer influência no tamanho tumoral entre os dois grupos.

No presente estudo, encontrou-se 46,4% de tumores até 2 cm, 46,4% de tumores entre 2,1 cm e 5,0 cm e 7,2% de tumores maiores que 5,0 cm. A média do tamanho do tumor para as pacientes que não apresentaram o desfecho clínico, recidiva e/ou óbito, foi de 2,3 cm, já para as que apresentaram o desfecho, esta média foi maior: 3,5 cm.

Os valores encontrados, nesta série, demonstram uma tendência ao diagnóstico tardio nesta população, semelhantes aos da literatura pesquisada, com predomínio de tumores maiores que 2,0 cm. Entretanto, chama a atenção as diferenças encontradas no trabalho de Pierga, com uma porcentagem mais alta de tumores maiores que 2,0 cm em relação a este estudo. Na análise de Pierga, as pacientes foram incluídas de 1981 a 1995. Na última década, houve um incremento do exame de mamografia na rotina para rastreamento do câncer de mama, além de um maior estímulo e maior divulgação no diagnóstico precoce do mesmo, o que pode ter contribuído para um resultado melhor nesta análise, que incluiu as pacientes até dezembro de 2003.

Pode se observar, também, um risco crescente de recidiva e/ou óbito conforme aumenta o tamanho tumoral (Tabela 3). Estes dados estão de acordo com a literatura que afirma ser o tamanho tumoral o mais forte preditor do comportamento do câncer de mama na ausência de linfonodos axilares positivos, existindo forte relação entre o tamanho do tumor e o risco de recidiva^{76, 79, 80, 81}.

O tamanho do tumor guarda relação direta com o comprometimento axilar⁸². A presença de metástases para os linfonodos axilares, em pacientes com câncer de mama, é o preditor mais seguro, mais preciso e também o mais universalmente aceito quanto ao prognóstico do câncer de mama, tanto em relação ao intervalo livre de doença (recidiva), quanto em relação à sobrevida global^{75, 76, 79, 80, 83}.

Mersin et al⁸⁴ postulam que existe uma relação entre tumores com baixa velocidade de crescimento, com envolvimento linfonodal axilar tardio e os tumores mais agressivos com metástases precoces para a axila.

Segundo Singh et al³⁴, a proporção de mulheres com linfonodos axilares comprometidos diminui com a idade. Num estudo de coorte, avaliando características do câncer de mama e sua evolução em grupos distintos de idade, foi verificado que as pacientes idosas, com mais de 70 anos, tinham menos comprometimento axilar (55%), quando comparadas àquelas com idade abaixo disso (45%). No entanto, não houve diferença significativa no envolvimento linfonodal axilar entre os dois grupos, quando comparados de acordo com o tamanho tumoral.

Rodrigues et al²⁷, em estudo avaliando fatores prognósticos do câncer de mama na pré e pós menopausa, descrevem terem encontrado no grupo de pacientes com mais de 60 anos, uma taxa de 44% de ausência de comprometimento metastático axilar. Também Daidone³² descreve, em estudo no Instituto Nazionale Tumori of Milan, taxa semelhante, com 47% das pacientes com mais de 65 anos não tendo comprometimento axilar.

Fentiman et al^{85, 86}, em dois grandes estudos randomizados da European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC), que avaliaram pacientes idosas com câncer de mama operáveis, verificaram uma taxa de 68% de pacientes sem comprometimento metastático axilar.

De acordo com os estudos referidos, a porcentagem de pacientes idosas, que não apresentaram comprometimento neoplásico nos linfonodos axilares, variou de 44% a 68%.

Nesta análise, foram encontradas 91 pacientes (53%), de um total de 172, sem comprometimento axilar; este resultado se encontra dentro da faixa dos valores relatados nas pesquisas mencionadas anteriormente. Também foi observado um risco maior (1,7 vezes) de recidiva e/ou óbito nas pacientes que apresentaram comprometimento axilar (Tabela 4), o que vai ao encontro do estudo de diversos autores^{25, 75, 84, 87, 88}.

O critério que avalia, conjuntamente o tamanho tumoral (T), o comprometimento neoplásico, ou não, dos linfonodos regionais (N) e a presença, ou não, de metástases (M) no câncer de mama, é o estadiamento TNM, da União Internacional Contra o Câncer⁵⁰ e exerce influência de importância fundamental na SLD e na sobrevida global (SG)⁸⁷.

Dados de literaturas americana e europeia descrevem que, nas pacientes idosas, predominam os estádios I e II, em torno de 60% a 70%, em relação aos estádios III e IV^{25, 28, 41, 89}.

Nas avaliações de pacientes idosas com câncer de mama, Gebrim²⁴, no Brasil, Pérez⁶³, no Chile, e Hernández⁶⁵, no México, relataram que a distribuição das pacientes nos estádios I e II foi de 33,3%, 41,3% e 60% respectivamente, sendo que, apenas neste último estudo, não foram incluídas pacientes no estadiamento IV.

Nesta série, foi encontrado que 90% das pacientes estavam nos estádios I ou II, uma porcentagem um pouco mais alta que a encontrada na literatura americana e europeia.. Este resultado pode ser devido a não inclusão, aqui, de pacientes com estadiamento IV. Para avaliar a SLD, o estadiamento IV não deve ser incluído, pois a paciente já apresenta o evento de interesse (metástase), que seria avaliado como desfecho na SLD. Já em relação à literatura latino americana pesquisada, os resultados são bastante diferentes. Nos trabalhos de Gebrim, Pérez e Hernández, as pacientes foram incluídas nas pesquisas até janeiro de 1995. Como já relatado, na última década houve um incremento do exame de mamografia na rotina para rastreamento do câncer de mama, dando ênfase ao diagnóstico precoce do mesmo, o que pode ter contribuído para um resultado bem melhor nesta análise, que incluiu as pacientes até dezembro de 2003.

Também foi encontrada, nesta série, uma associação significativa entre o estadiamento e o risco de recidiva e/ou óbito (Tabela 5), sendo este dado concordante com a literatura pesquisada^{28, 30, 31, 32, 34, 63, 79, 89, 90, 91}.

O grau histológico dos tumores, a condição dos receptores hormonais e as modalidades terapêuticas adotadas são outros parâmetros prognósticos, citados na literatura, que podem influenciar a sobrevida da paciente idosa com câncer de mama^{75, 80, 87}. Eles não foram avaliados, entretanto, por não fazerem parte do objetivo deste estudo, que foi de avaliar a probabilidade de SLD de uma mulher idosa no momento do diagnóstico de um câncer de mama, em nosso meio, seguindo a mesma linha de pesquisa realizada em pacientes jovens, como já referido.

Vários estudos têm demonstrado a existência de uma associação, significativamente forte, entre o grau histológico e a sobrevida no câncer invasor de mama. Tanto a SLD, quanto a SG são piores naquelas pacientes com tumores pouco diferenciados (grau histológico 3), comparados àqueles bem diferenciados (grau histológico 1)^{76, 92, 93}.

Está descrito que as pacientes idosas apresentam, com maior frequência, tumores com grau histológico 1 ou 2, isto é, de melhor diferenciação^{20, 24, 30, 40, 85, 86}.

Em relação aos receptores hormonais de estrogênio e progesterona, já está bastante documentado sua importância no câncer de mama^{25, 26, 44, 73, 80, 94}. Existe uma associação positiva entre a presença destes receptores hormonais e um prognóstico mais favorável nas pacientes com câncer de mama⁹⁴.

O valor prognóstico dos receptores hormonais é maior nas mulheres pós-menopausa, e estão associados a um maior intervalo de tempo livre de doença, maior sobrevida e maior probabilidade de resposta à terapia hormonal⁹⁴.

O tratamento do câncer de mama, na mulher idosa, ainda permanece um problema complexo, pois, não existe uma unanimidade sobre qual é a melhor modalidade terapêutica. Parte desta controvérsia resulta de um senso comum, de que as mulheres idosas têm uma forma menos agressiva da doença; de que a expectativa de vida é menor por causa das comorbidades e que a mortalidade por câncer de mama na paciente idosa é um problema marginal frente ao risco aumentado de morte por outras causas⁴¹. Por isto, com frequência, estas pacientes são subtratadas, segundo os critérios convencionais^{15, 25, 26, 40}.

Modelos matemáticos têm sido desenvolvidos para estimar o efeito, na sobrevida, em pacientes com câncer de mama. Existem dados conclusivos de que a terapia hormonal adjuvante com tamoxifeno aumenta significativamente tanto a SLD, quanto a sobrevida global (SG) em pacientes acima de 70 anos com tumores precoces e com receptores

hormonais positivos^{95, 96}. Mais recentemente, os inibidores da aromatase representam outra opção no tratamento hormonal⁹⁷.

O tratamento sistêmico adjuvante com quimioterapia em pacientes idosas com câncer de mama invasivo deve ser considerado em pacientes que apresentam receptores hormonais de estrogênio negativos, linfonodos axilares comprometidos e que tenham uma expectativa de vida de 5 anos ou mais^{37, 38}.

Em relação à sobrevida, é relatado que o câncer de mama, na idosa, é uma doença menos agressiva em relação às mulheres mais jovens^{31, 32, 40}.

Conforme Diab³¹, observações do San Antonio breast cancer database, nos Estados Unidos da América, referem existir uma diminuição do impacto do câncer de mama na sobrevida, com o aumento da idade.

Vários dados sugerem uma menor agressividade do câncer de mama em mulheres idosas, entre eles, está a redução significativa de metástase linfonodal axilar e o aumento dos casos de tumores com receptor hormonal positivo^{18, 32, 98}.

O presente estudo teve uma duração de 156 meses (13 anos). Ao final, 69,7% das pacientes estavam vivas e sem doença, 14,1% estavam vivas com doença e 10,3% foram a óbito pelo câncer de mama (Tabela 6). Este dado, porém, não reflete a real sobrevida de uma paciente idosa com câncer de mama ao longo do tempo. Para isso, é necessária uma análise de sobrevida⁵⁸.

Aplicou-se, então, o método de Kaplan-Meier⁵⁹, pois é o indicado e usado em estudos clínicos que envolvam uma população pequena de pacientes, em que datas do evento de interesse do estudo são conhecidas e, também, quando ocorrem poucas perdas de pacientes por outras razões que não as do esperado pelo estudo. Este método permite estimar a função de sobrevida através da construção de uma curva, que inicia com 100% da população do estudo e mostra, ao longo do tempo do período de avaliação, a percentagem da população sobrevivente nos tempos sucessivos⁵⁹.

A análise de sobrevida foi feita para a SLD e não para a SG. A SLD tem a morte ou evidência de doença ativa como causa de falência, considerando que, provavelmente, todos os pacientes que recidivarem à distância irão a óbito⁹⁹, e que as que recidivarem localmente

terão um pior desfecho clínico em relação às pacientes que não recidivarem¹⁰⁰. Já a SG tem a recidiva como evento intermediário, ficando fora do propósito do estudo.

Esta análise e as demais citadas avaliam o impacto do tratamento na sobrevida, já que estudam as pacientes desde a data do diagnóstico, momento em que, praticamente se iniciou o tratamento. Não servem, nesta situação, para definir como é a história natural do câncer de mama na mulher idosa.

Assim, este e os demais estudos consultados, usando a metodologia descrita, permitem conhecer a probabilidade de sobreviver até qualquer ponto no tempo após o diagnóstico e é estimado a partir da probabilidade cumulativa de sobreviver a cada um dos intervalos de tempo precedentes.

Os estudos existentes ainda são controversos em relação à idade e ao prognóstico do câncer de mama nas mulheres idosas, porém predomina uma tendência de relacionar esta neoplasia na idosa, com uma evolução mais favorável^{25, 30, 31, 32}. Entretanto, apesar de prevalecer esta tendência mais favorável, é descrito na literatura que em torno de 20% destas pacientes apresentam doença mais agressiva^{14, 38}. Na série de Bultitude et al¹⁸, no Guy's Hospital, 28 % das mulheres com idade de 70 anos ou mais desenvolveram carcinoma ductal infiltrante de grau histológico 3, ou seja, de pior prognóstico.

Singh et al³⁴, avaliando 2136 mulheres com câncer de mama, submetidas a mastectomia sem tratamento sistêmico adjuvante, encontraram uma taxa de SLD de 84% em 5 anos para mulheres acima de 70 anos que não apresentavam comprometimento linfonodal axilar, taxa esta, semelhante para o grupo análogo de pacientes abaixo de 70 anos. Entretanto, aos 10 anos de seguimento, as idosas apresentaram uma menor sobrevida, em relação ao grupo de menor idade: 65%. Já para as pacientes com comprometimento linfonodal axilar, as taxas de SLD em 5 e 10 anos foram de 52% e 38%, respectivamente, não havendo diferença entre os dois grupos.

Na análise destes autores³⁴, pode-se observar que o carcinoma de mama não é menos agressivo nas idosas, quando comparado às pacientes mais jovens, e que o potencial metastático do carcinoma de mama não difere de forma significativa, nos dois grupos.

O estudo randomizado conduzido pelo International Breast Cancer Study Group (IBCSG)¹⁰¹, que avaliou 473 pacientes com câncer de mama, com idade igual ou superior a

60 anos, mostrou taxas de SLD semelhantes nas pacientes submetidas a tratamento cirúrgico mamário com linfadenectomia axilar (LA) e sem LA, 67% e 66% respectivamente.

Newlin et al⁸⁸, estudando pacientes com câncer de mama com 70 anos ou mais, relataram taxas de SLD em 5 anos de 77% para pacientes sem comprometimento neoplásico axilar e de 69% para as que apresentaram comprometimento axilar.

Gadjos et al⁴⁰, em um estudo com 206 mulheres com câncer de mama com idade acima de 70 anos, subdividiram este grupo em dois, e avaliaram as pacientes tratadas pelos critérios convencionais e as pacientes subtratadas. Os critérios de subtratamento foram: não realização de radioterapia pós operatória em cirurgias conservadoras de mama; omissão de linfadenectomia axilar em pacientes com tumores invasivos; não prescrição de tamoxifen para pacientes com receptores hormonais positivos e linfonodos axilares negativos e não indicação de quimioterapia em pacientes com linfonodos positivos, receptores hormonais negativos e tumores maiores que 2,0 cm.

Em relação à sobrevida, o desfecho das pacientes subtratadas não foi tão bom quanto para as pacientes tratadas convencionalmente, embora estas diferenças não tenham sido estatisticamente significativas. As taxas de SLD, em 5 anos, para as pacientes tratadas convencionalmente, foram de 94% para recorrência local, e 87% para recorrência à distância, comparada com 90% e 84% respectivamente, para as pacientes subtratadas⁴⁰.

Adami⁶², avaliando 57.068 mulheres com câncer de mama, relatou taxas de sobrevida relativa em 5 anos menores para pacientes entre 55 e 59 anos. No entanto, após o 15º ano, as taxas de sobrevida eram piores para mulheres com 70 anos ou mais ao diagnóstico, com aumento da prevalência de doença metastática. Já Holli et al⁶¹, na Finlândia, estudaram 17.856 mulheres com câncer de mama, com o intuito de avaliar o efeito da idade na sobrevida destas pacientes. Foi verificado que a sobrevida relativa em 5 e 10 anos era maior para pacientes entre 46 e 50 anos, e que não havia diferença significativa entre o grupo de mulheres mais jovens e mais velhas. No entanto, quando se avaliou mulheres com linfonodos axilares comprometidos, a sobrevida relativa em 10 anos foi pior para pacientes acima de 75 anos.

Assim, observa-se que os resultados das pesquisas são inconstantes, e não se reproduzem da mesma maneira; mesmo os estudos mencionados, que avaliaram a sobrevida relativa, definida como a razão entre a sobrevida observada no grupo de pacientes e aquela

esperada na população a que estes pacientes pertencem, utilizam metodologias diferentes, que muitas vezes dificultam a comparação dos resultados.

Avaliando 1755 pacientes com câncer de mama, com idade de 70 anos ou mais, Pierga et al³⁰ verificaram uma taxa de SLD de 64 % em 10 anos, e uma taxa de recidiva de 14%.

Estudo mexicano, avaliando 117 pacientes com câncer de mama com idade de 65 anos ou mais, encontrou a mesma taxa de SLD que o estudo anterior, porém, em 5 anos⁶⁵.

Djordjevic et al²⁵, avaliando dois grupos de pacientes com câncer de mama, um, com idade igual ou maior que 65 anos, e outro, abaixo de 65 anos, encontraram uma taxa de SLD, com média de seguimento de 39,3 meses, nas mulheres idosas, de 85,11%. Nesta análise, foi observado que as taxas de sobrevida, foram semelhantes nos dois grupos.

É importante reconhecer, que avaliar a sobrevida em pacientes idosas torna-se complexo, pois os vieses que podem ser causados pelas comorbidades, tão frequentes nesta fase da vida, podem afetar tanto positiva como negativamente os resultados.

Na análise de Diab et al³¹ isto fica evidente, quando os autores, analisando dois grandes grupos de mulheres com câncer de mama oriundas do San Antonio breast cancer databases (50828 mulheres) e dos registros no SEER (2562287 mulheres), identificaram taxas de sobrevida similares, ao comparar mulheres idosas com a população geral, apesar da mortalidade relatada ao câncer de mama. Este dado sugere que o impacto de comorbidades na sobrevida pode ser diferente nas idosas com câncer de mama se comparado às idosas sem este tipo de neoplasia. As mulheres idosas com câncer de mama recebem mais atenção médica, fato este, que pode permitir a detecção e tratamento de outras doenças, como hipertensão e diabetes e, com isso, reduzir o número de mortes por estas enfermidades. A análise destes grupos ainda demonstrou que o câncer de mama é causa de morte em 12 a 16% nas pacientes com idade acima de 75 anos.

No presente estudo foi avaliada a real possibilidade de uma mulher idosa com câncer de mama, diagnosticada e tratada em nosso meio, estar livre da doença no período de cinco e dez anos, considerando que todas recebem um tratamento padronizado no serviço público de saúde do estado de Santa Catarina e que se encontram com a doença localizada no momento do diagnóstico.

A SLD, na população estudada, foi de 73,1% em 5 anos, e de 47,6% em 10 anos. Ainda pode ser observado na curva de sobrevida (Figura 1), que, após 78 meses (6,5 anos), o número de pacientes seguidas por um período mais longo, vai diminuindo, o que torna as estimativas de sobrevida, no final do seguimento, imprecisas.

Analisando-se os trabalhos citados, observa-se que apesar da diversidade dos números relacionados com as taxas de sobrevida, os valores neste estudo, estão próximos aos da maioria da literatura pesquisada.

Um dos fatores, que torna difícil a comparação entre os resultados deste estudo com os demais, é a utilização de diferentes metodologias. Também, a falta de protocolos padronizados para tratamento na paciente idosa, bem como a diversidade de populações estudadas, tanto no campo geográfico como no sócio-econômico, podem interferir na comparação das pesquisas.

No contexto geral, o câncer de mama na idosa é referenciado como sendo uma doença menos agressiva e que apresenta uma evolução mais favorável^{25,32,98,102}, o que vai ao encontro dos dados deste estudo.

Ao se comparar os resultados do presente estudo com outro⁴⁶, que avaliou a SLD em mulheres jovens (idade ≤ 35 anos) com câncer de mama, no mesmo serviço (MCD-Florianópolis), empregando-se metodologia semelhante, observam-se taxas de SLD bastante diferentes entre os dois grupos. A probabilidade de SLD para mulheres jovens foi de 56,1% em 5 anos e 22,4% em 10 anos, taxas estas bem menores do que as encontradas nesta série, 73,1% e 47,6% em 5 e 10 anos respectivamente. Estes resultados mostram que as idosas com câncer de mama parecem ter uma evolução mais favorável, quando comparadas ao grupo de pacientes jovens. Entretanto, no trabalho de mulheres jovens, foram incluídas pacientes no estágio IV, o que pôde ter contribuído para a diferença encontrada

A estimativa de risco de recidiva ou óbito é o espelho da sobrevida. Assim, os resultados encontrados de 20,1% na mediana do tempo de seguimento do estudo (3 anos e 7 meses), e de 26,9% no quartil superior (4 anos e 11 meses) (Tabela 7), mostram que tanto o impacto do câncer de mama na sobrevida, quanto o risco de recidiva são menores nas idosas.

Vários autores relatam que as taxas de recorrência local, após cirurgia conservadora no tratamento do câncer de mama, declinam com a idade, com ou sem radioterapia pós

operatória^{14, 103, 104}. É descrito que o risco de recorrência local é em torno de 2 vezes maior nas pacientes mais jovens, com relação às pacientes idosas¹⁰³.

A avaliação do tempo para recorrência (recidiva) tumoral é diferente quando comparamos a população idosa feminina com a população mais jovem. Nas idosas, o tempo de recorrência é dependente não só do status da doença, mas também da expectativa de vida.

Segundo Partridge, o risco de recidiva após tratamento para o câncer de mama está relacionado com o estado de saúde da paciente, com o estágio da doença, e com o tipo de tratamento efetuado¹⁰⁵.

Conforme Clare et al¹⁰⁶, baseados nos dados do Instituto Nacional do Câncer de Milão, as curvas de sobrevida costumam mostrar dois picos de recidiva., um, maior aos 18 meses e outro, menor aos 60 meses (5 anos). Neste estudo, na Figura 2, pode-se observar que o risco de recidiva e/ou óbito é crescente e apresenta-se de forma constante até os 60 meses; após, verifica-se um platô entre 60 e 80 meses, e o risco volta novamente a subir de forma acelerada entre 80 e 90 meses, para depois ficar constante.

Pôde-se notar, que o tempo para a paciente idosa apresentar recidiva e/ou óbito, foi mais longo quando comparado aos dados do Instituto Nacional do Câncer de Milão, descritos por Clare¹⁰⁶, o que corrobora com outros estudos, que referem que na paciente idosa a recorrência do câncer de mama ocorre mais tardiamente^{14, 62, 104}.

Na revisão da literatura, muitos parâmetros prognósticos são avaliados para tentar relacionar o câncer de mama na mulher idosa com uma evolução mais favorável. No entanto, ainda existem controvérsias, tanto pela pouca participação de mulheres idosas nos estudos clínicos, quanto pela ausência de trabalhos que comparem curvas de sobrevida entre mulheres em faixas etárias com perfis hormonais distintos.

É possível que a idade, por si só, não seja um fator independente no prognóstico destas mulheres, estando a sobrevida relacionada mais diretamente com o diagnóstico precoce, com a imunocompetência do organismo, com a biologia tumoral e com a excelência dos procedimentos terapêuticos utilizados.

Considerando que este trabalho segue uma linha de pesquisa, e que foi antecedido por um outro, semelhante em pacientes com menos de 35 anos, fica a sugestão de se manter a pesquisa, correlacionando futuramente as curvas de sobrevida deste grupo estudado com as

do grupo de pacientes jovens, aumentando o número de pacientes na amostra. Espera-se que desta forma, possa-se concluir com maior objetividade, a respeito da influência da idade, relacionada com o perfil hormonal, na evolução do câncer de mama.

6 CONCLUSÃO

Mulheres portadoras de câncer de mama, com idade igual ou superior a 65 anos, têm a probabilidade de sobrevida livre de doença após o diagnóstico de 73,1% em 5 anos e de 47,6 % em 10 anos.

7 REFERÊNCIAS

1. McPherson K, Steel CM, Dixon JM. ABC of breast diseases. Breast cancer-epidemiology, risk factors, and genetics. *BMJ* 2000;321(7261):624-8.
2. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2005: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2004.
3. Parkin DM, Bray FI, Devesa SS. Cancer burden in the year 2000. The global picture. *Eur J Cancer* 2001;37 Suppl 8:S4-66.
4. Ministério da Saúde. [homepage na Internet]. Câncer no Brasil - dados dos registros de base populacional. [Acessado em jul. 2005]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/regpop/2003comentarios>.
5. Jemal A, Murray T, Ward E, Samuels A, Tiwari RC, Ghafoor A, et al. Cancer statistics, 2005. *CA Cancer J Clin* 2005;55(1):10-30.
6. Ministério da Saúde. [homepage na Internet]. Estimativa 2006 - Incidência de câncer no Brasil -INCA.[Acessado em fev. 2006]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/estimativa/2006/conteudo_view.asp?ID=5
7. Ministério da Saúde. [homepage na Internet]. Atlas de mortalidade;1979-1999. [Acessado em jul.2005]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/atlas/>.
8. Ministério da Saúde. [homepage na Internet]. Estimativas do câncer de mama. [Acessado em ago.2005]. Disponível em: <http://www.inca.org.br/estimativas>.
9. Fentiman IS. Fixed and modifiable risk factors for breast cancer. *Int J Clin Pract* 2001;55(8):527-30.
10. Henderson B, Feigelson H. Epidemiology and screening. In: Bonadonna G, editor. *Textbook of breast cancer: a clinical guide to therapy*. London: Martin Dunitz; 1997. p. 349.
11. Tavassoli F. *Pathology of the breast*. Connecticut: Appleton & Lange; 1992.
12. Facina G, Joo Y, Uehara J, Higo P, Nazário A, Kemp C, et al. Carcinoma de mama em homem: Biópsia do linfonodo sentinela e reconstrução do complexo aréolo-papilar. *Rev Bras Mastol* 2005;15(3):138-40.
13. Holmes CE, Muss HB. Diagnosis and treatment of breast cancer in the elderly. *CA Cancer J Clin* 2003;53(4):227-44.
14. Balducci L, Extermann M, Carreca I. Management of breast cancer in the older woman. *Cancer Control* 2001;8(5):431-41.
15. Townsley C, Pond GR, Peloza B, Kok J, Naidoo K, Dale D, et al. Analysis of treatment practices for elderly cancer patients in Ontario, Canada. *J Clin Oncol* 2005;23(16):3802-10.

16. Wedding U, Hoffken K. Care of breast cancer in the elderly woman--what does comprehensive geriatric assessment (CGA) help? *Support Care Cancer* 2003;11(12):769-74.
17. Repetto L, Balducci L. A case for geriatric oncology. *Lancet Oncol* 2002;3(5):289-97.
18. Bultitude MF, Fentiman IS. 16. Breast cancer in older women. *Int J Clin Pract* 2002;56(8):588-90.
19. Bun MPM. El Câncer de Mama en la Mujer Añosa. In: Basegio DL, editor. Câncer de Mama. Abordagem Multidisciplinar. Rio de Janeiro: Revinter Ltda; 1999. p. 297 - 306.
20. Odendaal Jde V, Apffelstaedt JP. Limited surgery and tamoxifen in the treatment of elderly breast cancer patients. *World J Surg* 2003;27(2):125-9.
21. Fernandes CE. Menopausa - Diagnóstico e tratamento. São Paulo: Editora Segmento; 2003.
22. World Health Organization. [homepage na Internet]. 50 Facts. [Acessado em dez.2005]. Disponível em: http://www.who.int/entity/whr/1997/media_centre/50facts/en/.
23. Ministério da Saúde. Estatuto do idoso. Brasília: Editora MS; 2003.
24. Gebrim LH, Facina G, Navarrete MALH, Nazário ACP, Kemp C, Lima GRd. Aspectos clínicos e terapêuticos do carcinoma de mama em pacientes idosas. Estudo de 72 casos. *Rev Bras Ginec Obstet* 1995;17(9):931-8.
25. Djordjevic N, Karanikolic A, Pesic M. Breast cancer in elderly women. *Arch Gerontol Geriatr* 2004;39(3):291-9.
26. Giordano SH, Hortobagyi GN, Kau SW, Theriault RL, Bondy ML. Breast cancer treatment guidelines in older women. *J Clin Oncol* 2005;23(4):783-91.
27. Rodrigues J, De Luca L, Bacchi C, Uemura G, Pinaffi T, Vespoli H, et al. Fatores Prognósticos do câncer de mama em mulheres na pré e pós menopausa. *Rev Bras Mastol* 2001;11:9-16.
28. Silliman RA. What constitutes optimal care for older women with breast cancer? *J Clin Oncol* 2003;21(19):3554-6.
29. Yancik R, Ries LG, Yates JW. Breast cancer in aging women. A population-based study of contrasts in stage, surgery, and survival. *Cancer* 1989;63(5):976-81.
30. Pierga JY, Girre V, Laurence V, Asselain B, Dieras V, Jouve M, et al. Characteristics and outcome of 1755 operable breast cancers in women over 70 years of age. *Breast* 2004;13(5):369-75.
31. Diab SG, Elledge RM, Clark GM. Tumor characteristics and clinical outcome of elderly women with breast cancer. *J Natl Cancer Inst* 2000;92(7):550-6.
32. Daidone MG, Coradini D, Martelli G, Veneroni S. Primary breast cancer in elderly women: biological profile and relation with clinical outcome. *Crit Rev Oncol Hematol* 2003;45(3):313-25.
33. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Síntese de indicadores sociais 2004. Rio de Janeiro; 2005.

34. Singh R, Hellman S, Heimann R. The natural history of breast carcinoma in the elderly: implications for screening and treatment. *Cancer* 2004;100(9):1807-13.
35. Lichtman SM. Guidelines for the treatment of elderly cancer patients. *Cancer Control* 2003;10(6):445-53.
36. Vlastos G, Mirza NQ, Meric F, Hunt KK, Kuerer HM, Ames FC, et al. Breast conservation therapy as a treatment option for the elderly. The M. D. Anderson experience. *Cancer* 2001;92(5):1092-100.
37. Costamilan RDC. Tratamento adjuvante em pacientes idosas com câncer de mama. *Rev. Bras. Oncologia Clínica* 2005;1(4):25-7.
38. Wildiers H, Brain EG. Adjuvant chemotherapy in elderly patients with breast cancer: where are we? *Curr Opin Oncol* 2005;17(6):566-72.
39. Kothari A, Fentiman IS. 22. Diagnostic delays in breast cancer and impact on survival. *Int J Clin Pract* 2003;57(3):200-3.
40. Gajdos C, Tartter PI, Bleiweiss IJ, Lopchinsky RA, Bernstein JL. The consequence of undertreating breast cancer in the elderly. *J Am Coll Surg* 2001;192(6):698-707.
41. Bouchardy C, Rapiti E, Fioretta G, Laissue P, Neyroud-Caspar I, Schafer P, et al. Undertreatment strongly decreases prognosis of breast cancer in elderly women. *J Clin Oncol* 2003;21(19):3580-7.
42. Rosenberg J, Chia YL, Plevritis S. The effect of age, race, tumor size, tumor grade, and disease stage on invasive ductal breast cancer survival in the U.S. SEER database. *Breast Cancer Res Treat* 2005;89(1):47-54.
43. Yancik R, Wesley MN, Ries LA, Havlik RJ, Edwards BK, Yates JW. Effect of age and comorbidity in postmenopausal breast cancer patients aged 55 years and older. *Jama* 2001;285(7):885-92.
44. Pascalicchio J C FEC, Baracat F F. Câncer da mama: Fatores de risco, prognósticos e preditivos. *Rev Bras Mastol* 2001;11(2):71-84.
45. Key TJ, Verkasalo PK, Banks E. Epidemiology of breast cancer. *Lancet Oncol* 2001;2(3):133-40.
46. Crippa C, D'Acampora A, Araújo E, Marasciulo A, Hallal A, Gondin G. Câncer de mama em mulheres jovens: Um estudo de probabilidade de sobrevida livre de doença. *Rev Bras Mastol* 2002;12(4):23-8.
47. Fletcher RH. *Epidemiologia Clínica: elementos essenciais*. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
48. <http://www.saude.sc.gov.br/download/software/tabulação/tabwin/instalação.htm>. [Acessado ago.2005].
49. Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina. [homepage na Internet]. Sistema de Informação de Mortalidade. [Acessado em ago.2005]. Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/download/sistemas_inf_saude/sim/instruções.htm.
50. União Internacional Contra o Câncer. Ministério da saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. *TNM: Classificação dos Tumores Malignos*. 5.ed. Rio de Janeiro: Futura; 1998.

51. Coutinho E, Cunha G. Conceitos básicos de epidemiologia e estatística para a leitura de ensaios clínicos controlados. *Rev Bras Psiquiatr* 2005;27(2):146-51.
52. Pinheiro R, Torres T. Análise Exploratória de Dados. In: Medronho R, editor. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu; 2002. p.227-44.
53. Norman G, Streiner D. *Biostatistics. The Bare Essentials*. London: BC Decker Inc; 2000.
54. 8.0 S-W. *Statistical Package for Social Sciences*; 1997.
55. Kaplan ELM, P.L. Nonparametric estimation from incomplete observations. *J Am Stat Assoc* 1958;53:457-81.
56. Louzada-Neto F. Análise de sobrevida. In: Medronho R, editor. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu; 2002. p.419-26
57. Parkin DM, Hakulinen T. Análise de sobrevida. In: *Registro de câncer princípios e métodos*. Rio de Janeiro: Pró Onco; 1995. p. 167-84.
58. Teixeira M, Faerstein E, Latorre M. Técnicas de análise de sobrevida. *Caderno de Saúde Pública* 2002;18(3):579-94.
59. Carvalho M, Andreozzi V, Codeço C, Barbosa M, Shimakura S. Análise de sobrevida: teoria e aplicações em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
60. Crippa CG. Câncer de Mama em Mulheres Jovens: Estudo de probabilidade de sobrevida livre de doença [Mestrado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
61. Holli K, Isola J. Effect of age on the survival of breast cancer patients. *Eur J Cancer* 1997;33(3):425-8.
62. Adami HO, Maliner B, Holmberg L, Persson I, Stone B. The relation between survival and age at diagnosis in breast cancer. *N Engl J Med* 1986;315(9):559-63.
63. Pérez Pérez J, Uherek P F. Caracterización de 46 mujeres ancianas con cáncer de mama. *Rev Chil Cir* 2001;53(3):293-8.
64. Bossemeyer R. Aspectos gerais do climatério. In: Fernandes CE, Melo NR, Wehba S, editors. *Climatério feminino. Fisiopatologia, diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Lemos Editorial; 1999. p.17-33.
65. Hernández H, Magana N. Cáncer de la mama en la senectude. *Rev Med Hosp Gen Mex* 2001;64(1):21-6.
66. Kerner JF, Mandelblatt JS, Silliman RA, Lynch JJ, Senie R, Cohen C, et al. Screening mammography and breast cancer treatment patterns in older women. *Breast Cancer Res Treat* 2001;69(1):81-91.
67. McPherson CP, Swenson KK, Lee MW. The effects of mammographic detection and comorbidity on the survival of older women with breast cancer. *J Am Geriatr Soc* 2002;50(6):1061-8.
68. Tabar L, Duffy SW, Vitak B, Chen HH, Prevost TC. The natural history of breast carcinoma: what have we learned from screening? *Cancer* 1999;86(3):449-62.

69. Aguillar VLN, Bauab SdP. Rastreamento mamográfico para detecção precoce de câncer de mama. *Rev Bras Mastol* 2003;13(2):82-9.
70. Bynum JP, Braunstein JB, Sharkey P, Haddad K, Wu AW. The influence of health status, age, and race on screening mammography in elderly women. *Arch Intern Med* 2005;165(18):2083-8.
71. American Geriatrics Society. [homepage na Internet]. Breast cancer screening in older women. [Acessado em dez.2005]. Disponível em: <http://www.americangeriatrics.org/products/positionpapers/brtcncr.shtml>.
72. Mansour EG, Ravdin PM, Dressler L. Prognostic factors in early breast carcinoma. *Cancer* 1994;74(1 Suppl):381-400.
73. Clark GM. Fatores prognósticos e preditivos. In: Harris JR, Morrow M, Osborne CK, editors. *Doenças da mama: MEDSI*; 2002. p. 587-620.
74. Ministério da Saúde. Controle do câncer de mama - Documento de Consenso. *Rev Bras Cancerol* 2004;50(2):77-99.
75. Eisenberg ALA, Koifman S. Fatores prognósticos do câncer de mama sem comprometimento de linfonodos axilares : Revisão de literatura. *Rev Bras Mastol* 2004;14(4):149 - 60.
76. Silva HMS. Fatores Prognósticos no câncer de mama. In: Boff RA, editor. *Mastologia aplicada - abordagem multidisciplinar: EDUCS*; 2001. p. 169-79.
77. Abner AL, Collins L, Peiro G, Recht A, Come S, Shulman LN, et al. Correlation of tumor size and axillary lymph node involvement with prognosis in patients with T1 breast carcinoma. *Cancer* 1998;83(12):2502-8.
78. National Cancer Institute: SEER. [homepage na Internet]. 1973-2000. Public-Use Data. [Acessado em dez.2005]. Disponível em: <http://www.seer.cancer.gov/publicdata/>.
79. Carter CL, Allen C, Henson DE. Relation of tumor size, lymph node status, and survival in 24,740 breast cancer cases. *Cancer* 1989;63(1):181-7.
80. Fitzgibbons PL, Page DL, Weaver D, Thor AD, Allred DC, Clark GM, et al. Prognostic factors in breast cancer. College of American Pathologists Consensus Statement 1999. *Arch Pathol Lab Med* 2000;124(7):966-78.
81. Rosen PP, Groshen S, Kinne DW, Norton L. Factors influencing prognosis in node-negative breast carcinoma: analysis of 767 T1N0M0/T2N0M0 patients with long-term follow-up. *J Clin Oncol* 1993;11(11):2090-100.
82. Abreu E, Koifman S. Fatores prognósticos no câncer de mama feminino. *Rev Bras Cancerol* 2002;48(1):113-31.
83. Van der Wal BC, Butzelaar RM, van der Meij S, Boermeester MA. Axillary lymph node ratio and total number of removed lymph nodes: predictors of survival in stage I and II breast cancer. *Eur J Surg Oncol* 2002;28(5):481-9.
84. Mersin H, Yildirim E, Bulut H, Berberoglu U. The prognostic significance of total lymph node number in patients with axillary lymph node-negative breast cancer. *Eur J Surg Oncol* 2003;29(2):132-8.

85. Fentiman IS, Christiaens MR, Paridaens R, Van Geel A, Rutgers E, Berner J, et al. Treatment of operable breast cancer in the elderly: a randomised clinical trial EORTC 10851 comparing tamoxifen alone with modified radical mastectomy. *Eur J Cancer* 2003;39(3):309-16.
86. Fentiman IS, van Zijl J, Karydas I, Chaudary MA, Margreiter R, Legrand C, et al. Treatment of operable breast cancer in the elderly: a randomised clinical trial EORTC 10850 comparing modified radical mastectomy with tumorectomy plus tamoxifen. *Eur J Cancer* 2003;39(3):300-8.
87. Eisenberg ALA, Koifman S. Fatores prognósticos do câncer de mama. *Rev Bras Mastol* 2000;10(2):75-87.
88. Newlin ME, Reiling R, Nichols K. Necessity of axillary dissection in elderly women with early breast cancer. *World J Surg* 2002;26(10):1239-42.
89. Woodard S, Nadella PC, Kotur L, Wilson J, Burak WE, Shapiro CL. Older women with breast carcinoma are less likely to receive adjuvant chemotherapy: evidence of possible age bias? *Cancer* 2003;98(6):1141-9.
90. Eaker S, Dickman P, Bergkvist L, Holmberg L, Group TUÖBC. Differences in management of older women influence breast cancer survival: results from a population-based database in sweden. *PLoS Med* [periódico na Internet]. 2006, Mar [Acessado em mar.2006]; 3(3): e 25. Disponível em: <http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=get-document&doi=10.1371/journal.pmed.0030025>.
91. Tabar L, Tony Chen HH, Amy Yen MF, Tot T, Tung TH, Chen LS, et al. Mammographic tumor features can predict long-term outcomes reliably in women with 1-14-mm invasive breast carcinoma. *Cancer* 2004;101(8):1745-59.
92. Cianfrocca M, Goldstein LJ. Prognostic and predictive factors in early-stage breast cancer. *Oncologist* 2004;9(6):606-16.
93. Elston CW, Ellis IO. Pathological prognostic factors in breast cancer. I. The value of histological grade in breast cancer: experience from a large study with long-term follow-up. *Histopathology* 1991;19(5):403-10.
94. Eisenberg ALA, Koifman S. Câncer de mama: marcadores tumorais (Revisão de literatura). *Rev Bras Cancerol* 2001;47(4):377-88.
95. Early Breast Cancer Trialist's Collaborative Group. Effects of chemotherapy and hormonal therapy for early breast cancer on recurrence and 15-year survival : an overview of the randomized trials. *Lancet* 2005;365:1687-717.
96. Early Breast Cancer Trialist's Collaborative Group. Tamoxifen for early breast cancer: an overview of randomized trials. *Lancet* 1998;351(9114):1451-67.
97. ATAC randomized trial. *Lancet* 2002;359:2131-9.
98. Boff RA, Trevisa MdrP. Câncer de mama na mulher idosa. In: Boff RA, editor. *Mastologia aplicada - abordagem multidisciplinar*: EDUCS; 2001. p. 335-8.
99. Tamburini M, Casali PG, Miccinesi G. Outcome assessment in cancer management. *Surg Clin North Am* 2000;80(2):471-86, viii.

100. Barros ACS, Teixeira L, Nisida A, Pinotti M, Pinotti J. Efeito da recidiva local pós-QUART no prognóstico oncológico das pacientes com carcinoma invasor inicial de mama. *Rev Bras Mastol* 2000;10(3):121-5.
101. International Breast Cancer Study Group. Randomized trial comparing axillary clearance versus no axillary clearance in older patients with breast cancer: first results of international breast cancer study group. *J Clin Oncol* 2006;24(3):337-44.
102. Gennari R, Curigliano G, Rotmensz N, Robertson C, Colleoni M, Zurrada S, et al. Breast carcinoma in elderly women: features of disease presentation, choice of local and systemic treatments compared with younger postmenopausal patients. *Cancer* 2004;101(6):1302-10.
103. Clarke M, Collins R, Darby S, Davies C, Elphinstone P, Evans E, et al. Effects of radiotherapy and of differences in the extent of surgery for early breast cancer on local recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. *Lancet* 2005;366(9503):2087-106.
104. Veronesi U, Banfi A, Salvadori B, Luini A, Saccozzi R, Zucali R, et al. Breast conservation is the treatment of choice in small breast cancer: long-term results of a randomized trial. *Eur J Cancer* 1990;26(6):668-70.
105. Partridge AH, Winer EP, Burstein HJ. Follow-up care of breast cancer survivors. *Semin Oncol* 2003;30(6):817-25.
106. Clare SE, Nakhlis F, Panetta JC. Molecular biology of breast cancer metastasis. The use of mathematical models to determine relapse and to predict response to chemotherapy in breast cancer. *Breast Cancer Res* 2000;2(6):430-5.
107. International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscript submitted to biomedical journal. *Ann Intern Med* 1997;126:36-47.
108. D'Acampora A. Coordenador. Investigação experimental - do planejamento à redação final. Florianópolis: Papa-Livro; 2001.

8 NORMAS ADOTADAS

Ficha catalográfica (descritores):

BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de informações em Ciências da Saúde.

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde 3.ed.São Paulo: Bireme, 1996.

Relatório:

Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos – Resoluções 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde – Brasil.

Normas para elaboração de Dissertação do Curso de Mestrado em Ciências Médicas. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Mestrado em Ciências Médicas. Florianópolis-SC, 2001.

Referências:

Normas do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (Vancouver).

International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. *Ann Inter Med*, 1997, 126:36-47¹⁰⁷.

D'Acampora AJ. *Investigação Experimental: do planejamento à redação final*. 1.ed. Florianópolis: Papa-Livro, 2001¹⁰⁸.

ANEXOS

ANEXO 1

Ficha Clínica do Serviço de Mastologia

Ficha clínica de mastologia.



MATERNIDADE CARMELA DUTRA
CENTRO DE REFERÊNCIA ESTADUAL EM SAÚDE DA MULHER
SERVIÇO DE MASTOLOGIA



FICHA CLÍNICA DE MASTOLOGIA

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Idade: _____
 Profissão: _____ Data: ____/____/____ Registro: _____
 Endereço: _____
 Cidade de Origem: _____ Telefone: (____) _____

IDADE:	COR:	ESTADO CIVIL:
() < 30	() Branca	() Solteira
() 31 - 35	() Negra	() Casada
() 36 - 45		() Viúva
() 46 - 50		() Desquitada
() > 70		

MOTIVO DA CONSULTA

() Nódulo _____
 () Dor _____
 () Derrame Papilar _____
 () Infilmação _____
 () Prurido _____
 () Alteração da Forma _____
 () Retração de Mamilos _____
 () Retração da Pele _____
 () Assintomática _____

HÁ QUANTO TEMPO?	PROCUROU RECURSO MÉDICO ANTERIOR?	QUAL A ORIENTAÇÃO RECEBIDA
() < 30 Dias	() Sim	() Orientação
() 31 - 60 Dias	() Não	() Medicação
() 61 - 120 Dias		() Sintomática
() 121 - 180 Dias		() Ao Especialista
() > 180 Dias		() Biopsia

HISTÓRIA FAMILIAR DE CA MAMA	QUAL FAMILIAR (GRAV. PARENTESCO)
() Sim	() 1º Grau (Irmã, Mãe)
() Não Sabe	() 3º Grau (Prima)
() Não	() 2º Grau (Tia, Avó)

EM QUE PERÍODO DA VIDA?	MENARCA
() Pré-Menopausa	() < 45 Anos
() Pós-Menopausa	() ≥ 45 Anos
() Não Sabe	() 11 - 15 Anos
	() Não Sabe

MENOPAUSA	IDADE DA MENOPAUSA
() Sim	() < 45 Anos
() Não	() 45 - 54 Anos
	() > 55 Anos
	() Não Sabe
	() Histerectomia

Gesta: _____ Para: _____ Aborto: _____

TERAPIA DE REGULAÇÃO HORMONAL			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Uso Pouco e Irregular	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não Menopausa
	<input type="checkbox"/> Uso Regular (+ 3 meses)		<input type="checkbox"/> Histerectomia
	<input type="checkbox"/> Em Uso		<input type="checkbox"/> Nunca Usou
USO DE ANOVULATÓRIO			
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Uso Regular (+ 3 meses)	<input type="checkbox"/> Uso Irregular	
ATENDENTES DE PATOLOGIA MAMÁRIA			
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Derrames Patológicos	<input type="checkbox"/> Mastite Puerperal	
<input type="checkbox"/> AFBM	<input type="checkbox"/> Mamoplastias	<input type="checkbox"/> Mastite Não puerperal	
<input type="checkbox"/> Punções de cistos	<input type="checkbox"/> CA Mama Oposto	<input type="checkbox"/> Traumatismos	
<input type="checkbox"/> Cirurgia de tu Benignos	<input type="checkbox"/> CA Mesma Mama	<input type="checkbox"/> silicone	
EXAME FÍSICO			
TAMANHO DAS MAMAS			
<input type="checkbox"/> Pequenas	<input type="checkbox"/> Médias	<input type="checkbox"/> Grandes	<input type="checkbox"/> Muito grandes
SIMETRIA <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
INSPEÇÃO			
<input type="checkbox"/> Sem alterações	<input type="checkbox"/> Abaulamentos	<input type="checkbox"/> Sinais Inflamatórios	<input type="checkbox"/> Ulceração de pele
<input type="checkbox"/> Retração Pele / Mamilos	<input type="checkbox"/> Edema de Pele	<input type="checkbox"/> Cicatriz Recente	<input type="checkbox"/> Ulceração de Mamilos
<input type="checkbox"/> Outra _____			
PALPAÇÃO			
<input type="checkbox"/> Tu Não Palpável	<input type="checkbox"/> Irregularidade do Tecido (Densidade Assimétrica)		
<input type="checkbox"/> Tu Palpável Bem Delimitado	<input type="checkbox"/> Tu Com Invasão de Pele		
<input type="checkbox"/> Tu Palpável Mal Delimitado	<input type="checkbox"/> Tu com Invasão de M. Peitorais		
<input type="checkbox"/> Massa Palpável (> 5 cm)	<input type="checkbox"/> Invasão Parede Torácica		
LOCALIZADO <input type="checkbox"/> Mama Direita <input type="checkbox"/> Mama Esquerda			
TOPOGRAFIA MAMÁRIA			
<input type="checkbox"/> QSE	<input type="checkbox"/> QSI	<input type="checkbox"/> QIE	<input type="checkbox"/> QII
<input type="checkbox"/> Quadrante Central	<input type="checkbox"/> Entre QEXT	<input type="checkbox"/> Entre QINF	
<input type="checkbox"/> Entre QSUP	<input type="checkbox"/> Prolongamento Auxiliar	<input type="checkbox"/> Entre QINT	
TAMANHO DO NÓDULO			
<input type="checkbox"/> ≤ 2cm	<input type="checkbox"/> 2,1 - 3cm	<input type="checkbox"/> 3,1 - 4cm	<input type="checkbox"/> 4,1 - 5cm <input type="checkbox"/> > 5cm
DERRAME PAPILAR			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Inespecífico	<input type="checkbox"/> Bilat.	<input type="checkbox"/> Monodifusil
	<input type="checkbox"/> suspeito	<input type="checkbox"/> Unilat.	<input type="checkbox"/> Multifocal
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Mama Direita	<input type="checkbox"/> Mama Esquerda	
AUXILIAR HOMOLATERAL		AUXILIAR CONTRALAT.	SUPRA CLAVICULAR
<input type="checkbox"/> Gânglios Não Palpáveis		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gânglios Inespecíficos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gânglios suspeitos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXAMES COMPLEMENTARES		
CITOLOGIA ASPIRATIVA		
<input type="checkbox"/> Não Realizada	<input type="checkbox"/> Positiva	<input type="checkbox"/> Paucicelular
<input type="checkbox"/> Negativa	<input type="checkbox"/> Suspeita	<input type="checkbox"/> Hemorrágico
<input type="checkbox"/> Outro _____		
MAMOGRAFIA		
<input type="checkbox"/> Não Realizada		
<input type="checkbox"/> Normal		
<input type="checkbox"/> AFBM		
<input type="checkbox"/> Nódulo Benigno		
<input type="checkbox"/> Nódulo suspeito		
<input type="checkbox"/> Nódulo Maligno		
<input type="checkbox"/> Microcalcificações Suspeitas		
<input type="checkbox"/> Calcificações Benignas		
<input type="checkbox"/> Densidade Assimétrica		
<input type="checkbox"/> Outro _____	Localização: Mama D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> BIL <input type="checkbox"/>	
	Sítio: _____	
ECOGRAFIA		
<input type="checkbox"/> Não Realizada		
<input type="checkbox"/> Nódulo Benigno		
<input type="checkbox"/> Nódulo Maligno		
<input type="checkbox"/> Nódulo suspeito		
<input type="checkbox"/> AFBM (disto)		
<input type="checkbox"/> Outro _____	Localização: Mama D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> BIL <input type="checkbox"/>	
	Sítio: _____	
HISTOLOGIA Técnica: _____		
<input type="checkbox"/> Não Realizada		
<input type="checkbox"/> Negativa		
<input type="checkbox"/> Positiva		
EXAME SUSPEITO DE MESTÁSTASE		
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> RX Tórax _____	
	<input type="checkbox"/> RX Ósseo _____	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Cintilografia Ósseo _____	
	<input type="checkbox"/> Ecografia Hepática _____	
	<input type="checkbox"/> Outro _____	
EXAMES LABORATORIAIS		
Transaminaes _____	Fosfatase Alcalina _____	DHL _____
Outros _____		
ESTADIAMENTO PRÉ-OPERATÓRIO		
T _____	N _____	M _____ Estádio: _____
Cirurgia _____ Data: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>		

ANATOMO PATOLOGICO

Laboratório: _____		Nº Exame: _____	
Tipo Histológico: _____			
TAMANHO DO TUMOR			
<input type="checkbox"/> <= 1cm	<input type="checkbox"/> 2.1 - 5cm	<input type="checkbox"/> Multicêntrico	
<input type="checkbox"/> 1 - 1.5cm	<input type="checkbox"/> 5.1 - 10cm	<input type="checkbox"/> Prejudicado	
<input type="checkbox"/> 1.6 - 2cm	<input type="checkbox"/> Difuso ou > 10cm		
Nº GÂNGLIOS DISSECADOS			
<input type="checkbox"/> <= 10	<input type="checkbox"/> 16 - 20	<input type="checkbox"/> 26 - 30	
<input type="checkbox"/> 11 - 15	<input type="checkbox"/> 21 - 25	<input type="checkbox"/> > 30	
Nº GÂNGLIOS COMPROMETIDOS			
<input type="checkbox"/> Zero	<input type="checkbox"/> 4 - 10	<input type="checkbox"/> Prejudicado	
<input type="checkbox"/> 1 - 3	<input type="checkbox"/> > 10		
COMPRIMENTO DO NÍVEL III		GÂNGLIOS INTERPEITORAIS	
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	COMPROMETIMENTO	
<input type="checkbox"/> Sim Nº _____	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
MARGENS <input type="checkbox"/> Livres		<input type="checkbox"/> Comprometidas	<input type="checkbox"/> Prejudicial
GRAU HISTOLÓGICO <input type="checkbox"/> I		<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III
GRAU NUCLEAR <input type="checkbox"/> I		<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III
INVASÃO			
<input type="checkbox"/> Linfáticos	<input type="checkbox"/> Pele	<input type="checkbox"/> Vascular	<input type="checkbox"/> Mamilos <input type="checkbox"/> Músculo
MULTICENTRICIDADE <input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	Multifocal: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
NECROSE TUMORAL <input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	
RECEPTOR NORMAL <input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	
TRATAMENTO COMPLEMENTAR			
<input type="checkbox"/> Radioterapia _____			
<input type="checkbox"/> Quimioterapia _____			
<input type="checkbox"/> Hormonioterapia _____			
SEGMENTO			
<input type="checkbox"/> Livre de Doença _____			
<input type="checkbox"/> Recidiva Local-Regional _____			
<input type="checkbox"/> Metástase a Distância Sítio _____			
<input type="checkbox"/> Óbito _____			
Tempo de Segmento _____			
3 meses _____		18 meses _____	
6 meses _____		21 meses _____	
9 meses _____		24 meses _____	
12 meses _____		31 meses _____	
15 meses _____		34 meses _____	

ANEXO 2

Estadiamento anátomopatológico do carcinoma mamário

Classificação TNM

Estadiamento anátomopatológico do carcinoma mamário

Classificação TNM

Tumor (pT)

- pTx Tamanho não pode ser avaliado
- pT0 Sem evidência de tumor primário
- pTis Carcinoma “in situ” (ductal, lobular ou Paget sem tumor)
- pT1 < ou = 2,0 cm
- pT1a < ou = 0,5 cm
 - pT1b >0,5 cm a 1,0 cm
 - pT1c >1,0 a 2,0 cm
- pT2 >2,0 cm a 5,0 cm
- pT3 >5,0 cm
- pT4 Parede torácica e/ou pele (parede torácica inclui costelas, músculos intercostais e músculo serrátil anterior, mas não os músculos peitorais)
- pT4a Parede torácica
 - pT4b Edema de pele ou ulceração ou nódulos satélites de pele
 - pT4c 4 a e 4b
 - pT4d Carcinoma inflamatório (retrações papilares ou de pele não representam carcinoma inflamatório. É necessário a embolização linfática maciça, clinicamente identificável)

Linfonodos regionais (pN)

- pNx Não podem ser avaliados
- pN0 Sem metástases
- pN1 Metástases em linfonodos axilares ipsilaterais móveis
- pN1a: somente micrometástases (menores ou iguais a 0,2 cm)
 - pN1b :
 - pN1bi : 1 a 3 linfonodos com metástases entre 0,2 e 2,0 cm
 - pN1bii : 4 ou mais linfonodos com metástases entre 0,2 e 2,0 cm
 - pN1biii : metástase menor que 2,0 cm que atravessa a cápsula do linfonodo

pN1biv : metástase linfonodal maior ou igual a 2,0 cm

pN2 Metástases a linfonodos axilares ipsilaterais fixos entre si ou a outras estruturas

pN3 Metástases a linfonodos ipsilaterais de cadeia mamária interna

Metástases à distância (pM)

pMX Presença de metástase à distância não pode ser avaliada

pM0 Sem metástase à distância

pM1 Metástases à distância (incluindo linfonodos considerados não regionais)

Estadio 0	Tis	N0	M0
Estadio I	T1	N0	
Estadio IIa	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Estadio IIb	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Estadio IIIa	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1,N2	M0
Estadio IIIb	T4	Qualquer N	M0
	Qualquer T	N3	M0
Estadio IV	Qualquer T	Qualquer N	M1

ANEXO 3

**Aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres
Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina.**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS
PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº 041/05**

I – Identificação:

- - Título do Projeto: **CÂNCER DE MAMA EM MULHERES IDOSAS:
ESTUDO DE PROBABILIDADE DE SOBREVIDA LIVRE DA DOENÇA**
- Pesquisador Responsável: Prof. Edevard José de Araújo
- Pesquisador Principal: Érica Elaine Traebert

- Data Coleta dados: Início: 01/04/05 Término previsto: 31/05/05

- Local onde a pesquisa será conduzida: Hospital, Comunidade e Outras.

II - Objetivo:

Geral: Conhecer a probabilidade de sobrevida livre de doença nas mulheres portadoras de câncer de mama com idade igual ou superior a 65 anos.

III - Sumário do Projeto

A) A) INFORMAÇÃO GERAL

- 1) 1) **TÍTULO DO PROJETO: CÂNCER DE MAMA EM MULHERES IDOSAS: ESTUDO DE PROBABILIDADE DE SOBREVIDA LIVRE DA DOENÇA.**
- 2) 2) **PESQUISADOR RESPONSÁVEL (ORIENTADOR): Prof. Dr. Edevard José de Araújo**
- 3) **PESQUISADOR PRINCIPAL: Esp. Érica Elaine Traebert**
- 4) **Data proposta para início da coleta de dados: 01/04/2005 Término previsto: 31/05/2005**
- 5) 5) **Indique onde a pesquisa será conduzida: Hospital, Comunidade e Outras**
 - a. a. Este projeto não foi apreciado anteriormente pelo Comitê de Ética.**

IV – Comentário.

Trata-se de projeto devidamente documentado. O tema é relevante, haja vista que as pacientes idosas que apresentam câncer de mama, em algumas vezes, são subtratadas



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS
PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº 041/05**

devido à idade. Assinale-se, ademais, que as pessoas vivem mais, quer dizer, há um aumento da expectativa de vida da população, sendo natural que as pessoas queiram viver mais e ter mais qualidade de vida. O objetivo do trabalho é conhecer a probabilidade de sobrevida livre de doença nestas pacientes (tempo livre de doença, após ter tido um câncer de mama, a serem tratadas), sendo que juntamente serão coletados dados que nos darão informações sobre as características do câncer de mama nesta faixa etária. As informações serão importantes para melhor avaliar o tratamento e abordagem do câncer de mama na mulher idosa. Qualquer participante poderá, a qualquer momento, desistir da pesquisa. Vislumbra-se, no presente caso, que foram atendidos princípios bioéticos. O princípio da autonomia consiste no respeito ao ser humano, o que se verifica no projeto em análise, porquanto exige-se o consentimento das pessoas envolvidas. Também atende ao princípio da beneficência, haja vista que a pesquisa contribuirá para investigar a probabilidade de sobrevida livre de doença na mulher idosa que teve câncer de mama, bem como as características do câncer de mama nesta faixa etária, contribuindo, ademais, a pesquisa, para melhor avaliar as formas de conduta e tratamentos para estas pacientes. Portanto, o projeto atende também ao princípio da beneficência. Quanto ao princípio da não-maleficência, também vislumbra-se a inexistência de risco, uma vez que o objeto da pesquisa consiste na coleta de dados dos prontuários. É um trabalho retrospectivo. O princípio da justiça está plenamente atendido. Ao acompanhar as pacientes idosas com câncer de mama, o projeto quer contribuir para a adoção de terapêutica mais adequada à doença em faixas etárias mais avançadas. Assim sendo, impõe-se a aprovação do projeto.

V – Parecer final:

Ante o exposto, sou pelo deferimento do projeto em análise.

Aprovado.

Florianópolis, 25 de abril de 2005.


Washington Portela de Souza
Coordenador em exercício do CEP

Data da Reunião do Conselho de Ética: 25/04/2005.

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS.