

# Câncer de Mama em Mulheres Jovens: Análise de 12.689 Casos

## *Breast Cancer in Young Women: Analysis of 12.689 Cases*

### Cáncer de Mama en Mujeres Jóvenes: Análisis de 12.689 Casos

Aline Barros Pinheiro<sup>1</sup>; Dagmar Scholl Lauter<sup>2</sup>; Giselle Coutinho Medeiros<sup>3</sup>; Isabella Ribeiro Cardozo<sup>4</sup>; Letícia Mattos Menezes<sup>5</sup>; Raysa Messias Barreto de Souza<sup>6</sup>; Karen Abrahão<sup>7</sup>; Letícia Casado<sup>8</sup>; Anke Bergmann<sup>9</sup>; Luiz Claudio Santos Thuler<sup>10</sup>

#### Resumo

**Introdução:** O câncer de mama em mulheres com idade inferior a 40 anos é incomum. Entretanto, nessa população, a doença cursa, em geral, com pior prognóstico. **Objetivos:** Descrever o perfil clínico e epidemiológico de mulheres jovens diagnosticadas com câncer de mama no Brasil e comparar as características clínicas entre mulheres com idade inferior a 34 anos e aquelas entre 35 e 39 anos. **Método:** Estudo transversal dos casos analíticos de câncer de mama em mulheres de 18 a 39 anos, inseridos no Módulo Integrador dos Registros Hospitalares de Câncer e no Registro Hospitalar de Câncer do Estado de São Paulo, entre 2000 a 2009. Foi realizada a análise descritiva das variáveis. **Resultados:** Foram incluídos 12.689 casos. A idade mediana foi de 36 anos, a maioria das mulheres possuía ensino médio (32,3%) e era proveniente do Sistema Único de Saúde (74,6%). O estadiamento avançado ( $\geq$ IIB) foi registrado em 62,8% dos casos e, ao final do primeiro tratamento, 44,4% das pacientes encontravam-se sem evidência da doença. Mulheres muito jovens apresentaram mais frequentemente tamanho do tumor  $>2$ cm, *status* dos linfonodos positivo, presença de metástase, estadiamento clínico avançado ( $\geq$ IIB) e ausência de resposta terapêutica ao primeiro tratamento. **Conclusão:** No Brasil, mulheres jovens com câncer de mama apresentam estadiamento avançado ao diagnóstico. Aquelas muito jovens ( $<35$  anos) apresentam doença ainda mais avançada e pior resposta terapêutica que aquelas entre 35 e 39 anos. **Palavras-chave:** Humanos; Adulto; Feminino; Neoplasias da Mama-epidemiologia; Registro Hospitalar; Estudos Transversais

---

Trabalho realizado durante o *V Curso de Verão Pesquisa em Oncologia*, realizado pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), entre os dias 21 de Janeiro e 1º de fevereiro de 2013.

<sup>1</sup> Acadêmica do 8º período do Curso de Medicina, Universidade Federal da Bahia (UFBA). Salvador (BA), Brasil. *E-mail:* a.barrospinho@gmail.com.

<sup>2</sup> Acadêmica do 9º período do Curso de Enfermagem, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ). Ijuí (RS), Brasil. *E-mail:* dagmar\_lauter@hotmail.com.

<sup>3</sup> Residente em Oncologia do INCA. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* gisellecouthomedeiros@gmail.com.

<sup>4</sup> Acadêmica do 6º período do Curso de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* belaeenfermagem@gmail.com.

<sup>5</sup> Acadêmica do 5º período do Curso de Medicina, Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG). Belo Horizonte (MG), Brasil. *E-mail:* leticia.mmenezes@gmail.com.

<sup>6</sup> Acadêmica do 10º período do Curso de Enfermagem, Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Salvador (BA), Brasil. *E-mail:* raysacte@hotmail.com.

<sup>7</sup> Fisioterapeuta. Mestranda em Oncologia pelo INCA. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* karen.abrahao@gmail.com.

<sup>8</sup> Pedagoga. Doutoranda em Oncologia pelo INCA. Serviço de Edição e Informação Técnico-Científica do INCA. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* leticiac@inca.gov.br.

<sup>9</sup> Fisioterapeuta. Doutora em Ciências da Saúde pela ENSP/Fiocruz. Gerente da Divisão de Ensino da Coordenação de Ensino e Divulgação Científica do INCA. Professora-Adjunta e Docente do Programa de Mestrado em Ciências da Reabilitação do Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* abergmann@inca.gov.br.

<sup>10</sup> Médico. Doutor em Medicina. Coordenação de Pesquisa clínica do INCA. Departamento de Medicina Especializada. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* lthuler@inca.gov.br.

*Endereço para correspondência:* Luiz Claudio Santos Thuler. Rua André Cavalcanti, 37 - 2º andar. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. CEP: 20.231-050. *E-mail:* lthuler@inca.gov.br.

## INTRODUÇÃO

Excluindo-se os tumores de pele não melanoma, mundialmente o câncer de mama é o mais incidente na população feminina, representando, no ano de 2008, 23% de todos os tipos de câncer, com uma estimativa de mortalidade de 458 mil mulheres. No Brasil, para os anos de 2012 e 2013, é estimada a ocorrência de 52.680 novos casos, com um risco de 52 casos para cada 100 mil mulheres, representando também a causa mais frequente de morte por câncer no sexo feminino<sup>1</sup>.

O câncer de mama, possivelmente, é a neoplasia mais temida pelas mulheres, uma vez que a sua ocorrência causa grande impacto psicológico, funcional e social, atuando negativamente nas questões relacionadas à autoimagem e à percepção da sexualidade<sup>2</sup>. É considerado de grande importância na assistência à saúde da mulher, devido à elevada prevalência, morbidade e mortalidade<sup>3</sup>.

Embora a incidência do câncer de mama em países desenvolvidos seja maior, sua mortalidade é menor devido à melhor eficiência tanto no rastreamento quanto no tratamento. No Brasil, entretanto, observa-se aumento tanto da incidência como da morbidade e mortalidade, uma vez que ainda existem inúmeras barreiras que perduram desde o acesso às ações de detecção precoce até às dificuldades de utilização dos recursos diagnósticos e dos tratamentos indicados. Essas condições repercutem de forma negativa na sociedade, gerando importantes impactos individuais, sociais e políticos, sendo considerado um problema de Saúde Pública e um dos alvos primordiais da Política Nacional de Atenção Oncológica (2005)<sup>4</sup>.

Estudos demonstram que existem diversos fatores de risco relacionados a essa neoplasia, entre os quais: idade, duração da atividade ovariana, hereditariedade, hábitos de vida (tipo de alimentação, consumo de bebida alcoólica e de tabaco), medicamentos (anticoncepcionais, repositores hormonais), localização geográfica, entre outros<sup>5</sup>. Alterações genéticas também estão relacionadas ao desenvolvimento de câncer de mama, a exemplo das mutações nos genes BRCA1/BRCA2, responsáveis pelo reparo do material genético das células e pela prevenção do surgimento de neoplasias<sup>6</sup>.

As neoplasias de mama acometem principalmente mulheres na perimenopausa. Entretanto, as que se encontram em plena atividade reprodutiva também podem ser acometidas<sup>7</sup>. O carcinoma de mama é incomum em mulheres jovens, constituindo-se em 5% a 7% dos casos em algumas séries<sup>8</sup>. Definido por diversos autores<sup>9,10</sup> como aquele que se desenvolve antes dos 30, 35, 40, 45 ou mesmo 50 anos, apresenta-se com pior prognóstico, uma vez que, na maioria das vezes, o diagnóstico é feito quando a paciente é sintomática e, portanto, já evoluiu para um estágio mais avançado da doença<sup>7</sup>. Observa-se, conseqüentemente, maior taxa de mortalidade e menor

sobrevida livre de doença quando comparadas às pacientes no período da pós-menopausa<sup>11</sup>.

A maior vulnerabilidade de mulheres jovens ao diagnóstico avançado pode ser justificada pela falta de ações de rastreamento e dificuldade de leitura e interpretação dos resultados mamográficos devido à alta densidade mamária. Outro fator que pode colaborar é a falsa percepção, por muitos profissionais de saúde, de que mulheres jovens não possuem risco de desenvolver câncer, desvalorizando sinais e sintomas iniciais da doença<sup>7</sup>.

O diagnóstico de câncer de mama em mulheres jovens traz grandes desafios, pois essas geralmente encontram-se na sua fase reprodutiva, constituindo família e iniciando sua carreira profissional. O tratamento da doença nesse período da vida pode trazer efeitos negativos sobre a estética, fertilidade e graves implicações psicológicas<sup>12</sup>.

O câncer de mama ocupa o primeiro lugar no ranqueamento de mortalidade por câncer na população feminina brasileira; mas, ao analisar-se a distribuição da neoplasia por regiões geográficas e de acordo com a faixa etária, percebem-se diferentes padrões de incidência e mortalidade. No entanto, não foi encontrado nenhum trabalho que descrevesse o perfil epidemiológico da mulher jovem com câncer de mama de forma abrangente em todo o país. Nesse contexto, no intuito de contribuir no estabelecimento de estratégias para o controle do câncer nessa população, esse estudo tem como objetivo descrever o perfil clínico e epidemiológico de mulheres jovens diagnosticadas com câncer de mama no Brasil e comparar as características clínicas entre mulheres com idade inferior a 34 anos e aquelas entre 35 e 39 anos.

## MÉTODO

Foi realizado um estudo transversal de base hospitalar. A população elegível foi composta de mulheres jovens com câncer de mama cujos dados foram cadastrados no Integrador do Sistema de Registro Hospitalar de Câncer do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) e nos Registros Hospitalares de Câncer da Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP).

Foram selecionadas mulheres diagnosticadas e tratadas nas unidades hospitalares participantes (casos analíticos), com diagnóstico de câncer de mama (CID C50), no período de 2000 a 2009, com idade até 39 anos. Foram excluídos os casos com idade inferior a 18 anos.

Para a descrição das características sociodemográficas, foram coletadas as variáveis: idade, raça/cor da pele referida (branca, negra, parda, amarela e indígena), escolaridade (analfabeto, fundamental incompleto, fundamental completo, ensino médio/2º grau e superior), etilismo (sim ou não), tabagismo (sim ou não), região de residência (Norte, Nordeste, Sudeste, Centro-Oeste, Sul), situação conjugal (solteira, casada, viúva, separada judicialmente),

história familiar de câncer (sim ou não), origem do encaminhamento (Sistema Único de Saúde – SUS, não SUS e por conta própria) e ano do primeiro diagnóstico (2000 a 2004 ou 2005 a 2009).

Foram coletadas as seguintes características clínicas e patológicas: diagnóstico e tratamento anterior (sem diagnóstico e sem tratamento, com diagnóstico e sem tratamento, com diagnóstico e com tratamento, outros), localização detalhada (quadrante superior externo e outros), tipo histológico (carcinoma ductal invasivo, carcinoma *in situ* e outros), lateralidade (direita, esquerda e bilateral), ocorrência de mais de um tumor (sim ou não), tamanho do tumor (*in situ*, T0, T1, T2, T3 e T4), número de linfonodos acometidos (N0, N1, N2, N3), metástases (com ou sem), estadiamento clínico (0, I, IIA, IIB, IIIA, IIIB, IIIC, IV e avançado ou inicial) e razão para não tratar (recusa, doença avançada, óbito por qualquer causa, abandono, outra causa, não se aplica).

A variável relativa ao tratamento realizado contemplou a realização, isolada ou combinada de cirurgia, radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia. A descrição do estado da doença após o primeiro tratamento foi definida como: sem evidência da doença; remissão parcial; doença estável; doença em progressão; suporte terapêutico e óbito. Posteriormente, a resposta ao final do primeiro tratamento foi classificada como sim (sem evidência da doença, remissão parcial e doença estável) e não (doença em progressão, suporte terapêutico e óbito).

As variáveis contínuas foram analisadas por meio de medidas de tendência central e as categóricas por meio de medidas de frequências (absoluta e relativa). Para comparação entre mulheres jovens (35 a 39 anos) e muito jovens (< 35 anos), foi realizado o teste de qui-quadrado de Pearson, considerando significantes valores de  $p < 0,05$ . O banco de dados foi analisado por meio do pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Science for Windows, Inc., USA*) versão 20.0.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do INCA (protocolo CAAE-0104.0.007.000-11), estando de acordo com os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), Resolução 196/96.

## RESULTADOS

Foram incluídas 12.689 mulheres jovens diagnosticadas com câncer de mama entre os anos de 2000 a 2009 que estavam cadastradas nos Registros Hospitalares de Câncer do Brasil. Foi observada mediana de idade de 36 anos, com predominância de mulheres na faixa etária de 36 a 39 anos (50,9%), de raça/cor da pele branca (54,5%), residentes na região Sudeste (60,6%), com segundo grau

de escolaridade (32,3%) e casadas (60,6%). Houve relato de história familiar de câncer em 48,6%, etilismo em 15,5% e tabagismo em 24,7%. Notou-se também que 74,6% dos casos foram procedentes do SUS (Tabela 1).

**Tabela 1.** Características demográficas e epidemiológicas de mulheres jovens com câncer de mama com dados registrados no Sistema Integrador e FOSP entre os anos 2000 e 2009 (N= 12.689)

Características demográficas e epidemiológicas	N*	%
<b>Idade</b>		
18–20	41	0,3
21–25	367	2,8
26–30	1.648	12,8
31–35	4.174	32,9
36–39	6.459	50,9
<b>Raça/cor da pele</b>		
Branca	3.649	54,5
Parda	2.524	37,7
Preta	486	7,3
Amarela	22	0,3
Indígena	15	0,2
<b>Região de residência</b>		
Sudeste	7.673	60,6
Nordeste	2.077	16,4
Sul	1.925	15,2
Norte	525	4,1
Centro-Oeste	455	3,6
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	250	2,9
Fundamental incompleto	2.725	31,5
Fundamental completo	1.691	19,6
Médio/2º grau	2.793	32,3
Superior	1.186	13,7
<b>Situação conjugal</b>		
Casada	4.118	60,6
Solteira	2.217	32,7
Separada judicialmente	348	5,1
Viúva	107	1,6
<b>História familiar de câncer</b>		
Sim	2.243	48,6
Não	2.372	51,4
<b>Etilismo</b>		
Sim	675	15,5
Não	3.667	84,5
<b>Tabagismo</b>		
Sim	1.190	24,7
Não	3.619	75,3
<b>Origem da paciente</b>		
SUS	5.042	74,6
Não SUS	1.310	19,4

SUS = Sistema Único de Saúde; \* As diferenças são devido à falta de informação.

A maioria dos casos foi diagnosticada no período de 2005 a 2009 (50,9%) e chegou à unidade hospitalar sem diagnóstico e sem tratamento anterior para o câncer de mama (48,5%). Considerando-se as características clínicas, em 47,7% dos casos, o tumor se encontrava no quadrante superior externo, na mama esquerda (49,6%), sendo classificados como carcinoma ductal invasivo (90,7%). Em 98,0% dos casos, não se verificou a ocorrência de mais de um tumor primário (Tabela 2).

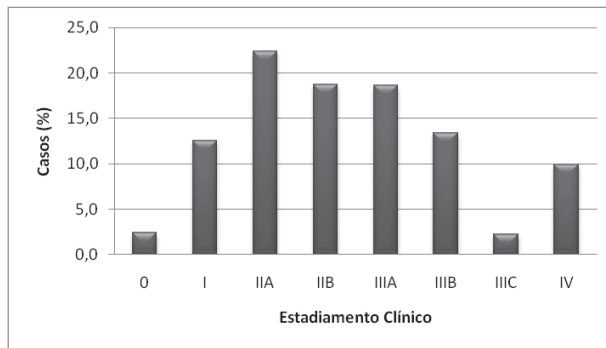
O diagnóstico do câncer ocorreu, de forma predominante, no estadiamento clínico IIA (Figura 1), sendo classificado como avançado ( $\geq$ IIB) em 62,8% das pacientes. Em 42,1% dos casos, o tamanho do tumor variou entre 2 e 5cm e com ausência de linfonodos axilares clinicamente positivos (42,1%). Havia presença de metástase a distância em 9,7% (Tabela 2).

A não realização do tratamento proposto foi pouco frequente (3,0%). Entre os tratamentos, observou-se

**Tabela 2.** Características clínicas de mulheres jovens com câncer de mama com dados registrados no Sistema Integrador e FOSP entre os anos de 2000 a 2009 (N=12.689)

<b>Características clínicas das pacientes</b>	<b>N*</b>	<b>%</b>
<b>Ano do primeiro diagnóstico</b>		
2000 a 2004	6.180	49,1
2005 a 2009	6.415	50,9
<b>Diagnóstico e tratamento anterior</b>		
Sem diagnóstico e sem tratamento	6.145	48,5
Com diagnóstico e sem tratamento	5.189	41,0
Com diagnóstico e com tratamento	1.282	10,1
Outras	42	0,3
<b>Localização detalhada</b>		
Quadrante superior externo	2.552	47,7
Outras	5.350	52,3
<b>Histologia do tumor</b>		
Carcinoma ductal invasivo	10.832	90,7
Carcinoma <i>in situ</i>	433	3,7
Outras	686	5,7
<b>Lateralidade</b>		
Esquerda	3.836	49,6
Direita	3.814	49,3
Bilateral	91	1,2
<b>Ocorrência de mais de um tumor</b>		
Sim	153	2,0
Não	7.439	98,0
<b>Estadiamento clínico</b>		
Avançado ( $\geq$ IIB)	5.845	62,8
Inicial (<IIA)	3.433	37,2
<b>Tamanho do tumor</b>		
<i>In situ</i>	221	2,3
T0 (não há evidência de tumor primário)	101	1,1
T1 ( $\leq$ 2cm)	1.600	16,9
T2 (2-5cm)	3.664	38,8
T3 (>5cm)	1.988	21,0
T4 (invasão da parede torácica/ulceração de pele ou nódulos cutâneos/carcinoma inflamatório)	1.869	19,6
<b>Número de linfonodos positivos</b>		
N0 (ausência de acometimento linfonodal)	3.972	42,1
N1 (linfonodos axilares móveis)	3.675	38,9
N2 (linfonodos axilares fixos/mamários internos)	1.512	16,0
N3 (linfonodos infra e supraclaviculares/ mamários internos e axilares)	283	3,0
<b>Metástase</b>		
Sem metástase	8.528	90,3
Com metástase	920	9,7

\* As diferenças são devido à falta de informação.



**Figura 1.** Distribuição do estadiamento clínico de mulheres jovens com câncer de mama (N=9.278)

que a combinação de cirurgia e quimioterapia foi a mais realizada (17,2%), seguida de cirurgia, quimioterapia e radioterapia associadas (16,2%). Ao final do primeiro ciclo de tratamento, a maior parte das pacientes não possuía evidência da doença (44,4%) ou apresentava doença estável (33,3%) (Tabela 3).

**Tabela 3.** Características do tratamento de mulheres jovens com câncer de mama com dados registrados no Sistema Integrador e FOSP entre os anos de 2000 a 2009 (N=12.689)

Características relacionadas ao tratamento	N*	%
<b>Tratamentos realizados</b>		
Cirurgia e quimioterapia	2.178	17,2
Cirurgia, radioterapia e quimioterapia	2.054	16,2
Quimioterapia isolada	1.812	14,3
Cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia	1.527	12,0
Cirurgia isolada	1.359	10,7
Demais tratamentos	3.537	27,9
Nenhum tratamento	220	1,7
<b>Estado da doença ao final do primeiro tratamento</b>		
Sem evidência da doença	4.326	44,4
Doença estável	3.247	33,3
Doença sem progressão	875	9,0
Remissão parcial	697	7,1
Óbito	535	5,5
Suporte terapêutico	72	0,7
<b>Razão para não tratar</b>		
Não recusou	12.112	97,0
Óbito	113	0,9
Abandono	41	0,3
Doença avançada	20	0,2
Recusa	11	0,1
Outra causa	188	1,5

\*As diferenças são devido à falta de informação.

Mulheres muito jovens (<35 anos), quando comparadas àquelas com 35 anos ou mais, apresentaram mais frequentemente tamanho do tumor >2cm, status dos linfonodos positivo, presença de metástase, estadiamento clínico avançado ( $\geq$ IIB) e ausência de resposta terapêutica. O tipo histológico (carcinoma ductal infiltrante *versus* os demais) foi semelhante entre os dois grupos etários (Tabela 4).

## DISCUSSÃO

A população incluída neste estudo representa a totalidade de casos elegíveis cadastrados nos registros hospitalares de câncer no Brasil, no período de 2000 a 2009. Tais registros são alimentados por 168 unidades hospitalares de 24 unidades da federação e a base de dados do Estado de São Paulo que contempla 71 hospitais. Esses hospitais são centros de atendimento de referência para tratamento oncológico no país, e são classificados como Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON)<sup>13</sup>.

O estudo constatou que a maioria das pacientes cadastradas nos registros hospitalares concentra-se na região Sudeste (60,6%). Esse fato pode ter sido observado por essa região concentrar as maiores taxas de incidência de câncer do país (juntamente com a região Sul) e possuir o maior número de centros especializados no tratamento do câncer, o que pode atrair pacientes de outras localidades. Outra possível hipótese é a de que, no Sudeste, o processo de registro dos casos nos sistemas integradores pesquisados seja mais efetivo. O número de mulheres encaminhadas pelos serviços da rede pública de saúde (SUS) para o diagnóstico e tratamento do câncer de mama foi superior ao quantitativo encaminhado pela rede privada ou que procurou o serviço por conta própria. Um fato que corrobora essa diferença é que a implantação de Registros Hospitalares de Câncer é compulsória para CACON e UNACON, não havendo obrigatoriedade para os serviços privados.

Em relação às características sociodemográficas, observou-se, neste estudo, um maior número de casos à medida que aumentava a idade das mulheres, com um predomínio na faixa etária entre 36 e 39 anos. Tal achado foi compatível com o estudo realizado por Keegan et al.<sup>14</sup>, em que a incidência aumentava entre 15 e 39 anos de idade e que 62,8% das pacientes jovens com câncer de mama situavam-se na faixa etária entre 35 e 39 anos.

Em relação à raça, a maior parte das mulheres jovens com câncer de mama relatou ser branca (54,5%) ou parda (37,7%). Alguns estudos demonstram que a incidência de câncer de mama em mulheres jovens varia de acordo com a raça. Mulheres negras, com idade inferior a 35 anos, são responsáveis pelo dobro da incidência de câncer de mama

Tabela 4. Comparação das características clínicas entre mulheres jovens e muito jovens (N=12.689)

Variável	Até 34 anos N (%)*	35-39 anos N (%)*	Valor de p
<b>Tamanho do tumor</b>			
>2 cm	3.051 (81,8)	4.470 (78,2)	<0,001
≤2 cm	679 (18,2)	1.245 (21,8)	
<b>Status dos linfonodos</b>			
Positivo	2.283 (61,1)	3.187 (55,8)	<0,001
Negativo	1.456 (38,9)	2.521 (44,2)	
<b>Presença de metástase</b>			
Sim	416 (11,1)	504 (8,8)	<0,001
Não	3.326 (88,9)	5.202 (91,2)	
<b>Estadiamento Clínico</b>			
Avançado (≥IIB)	2.451 (66,6)	3.394 (60,3)	<0,001
Inicial (<IIB)	1.229 (33,4)	2.234 (39,7)	
<b>Tipo histológico</b>			
Carcinoma ductal infiltrante	4.338 (85,7)	6.461 (84,9)	0,216
Outros	724 (14,3)	1.149 (15,1)	
<b>Resposta terapêutica</b>			
Sim	1.637 (41,9)	2.689 (46,0)	0,001
Não	2.269 (58,1)	3.157 (54,0)	
<b>Total</b>	<b>5.069 (39,9)</b>	<b>7.620 (60,1)</b>	---

\*As diferenças são devido à falta de informação.

invasivo e o triplo da mortalidade, quando comparadas a mulheres brancas<sup>15</sup>. No entanto, é importante ressaltar que no presente estudo a classificação da raça foi um fator limitante, pois a população brasileira é miscigenada e a informação foi autorreferida.

O nível de escolaridade da mulher pode influenciar na realização de medidas preventivas do câncer de mama e consequentemente na detecção precoce do tumor. No presente estudo, a maioria dos casos possui ensino médio/2ª grau<sup>16</sup>. Um trabalho desenvolvido com mulheres jovens residentes no Maranhão demonstrou que tanto o exame clínico das mamas quanto a mamografia foram mais frequentes nas mulheres com maior escolaridade, o que pode repercutir na procura aos serviços de saúde diante do aparecimento de nódulos ou de suspeita de tumor maligno de mama. Por serem mais vulneráveis, mulheres com menor escolaridade devem ser alvo de estratégias de prevenção secundária do câncer de mama<sup>17</sup>.

A associação de risco entre o câncer de mama em mulheres jovens e a presença de história familiar é bem definida. Estudos relatam que o histórico de câncer em parentes de primeiro grau aumenta o risco de câncer em duas vezes<sup>18</sup>. O presente trabalho revelou que 48,6% das mulheres pesquisadas com até 39 anos possuem história familiar de câncer de mama, e resultado similar foi obtido em estudo realizado no Canadá com 1.002 mulheres com até 35 anos, onde 29% tinham história de neoplasia maligna de mama na família<sup>19</sup>. No entanto, dados da literatura relatam que, quando envolve toda a população

com essa neoplasia, o componente hereditário corresponde somente de 3% a 9% dos casos<sup>20</sup>.

No que concerne o aspecto histológico, os resultados obtidos neste estudo demonstram que o carcinoma ductal invasivo (CDI) foi o que mais frequente (90,7%), não havendo diferença entre mulheres jovens e muito jovens. Esse dado corrobora estudos anteriores, que demonstram que o CDI é o tipo histológico mais comum tanto em mulheres jovens quanto em mulheres em idade mais avançada. Garicochea et al.<sup>21</sup> analisaram 280 casos de câncer de mama em mulheres tratadas em um hospital universitário de Porto Alegre, entre os anos de 1995 a 2000, comparando as variáveis entre grupos etários de mulheres com idade ≤40 e >40 anos. Os dados obtidos mostraram o CDI como o mais incidente em mulheres com idade ≤40 anos (85,2% dos casos), sendo esse tipo histológico também o mais encontrado naquelas com >40 anos.

Com relação ao estadiamento clínico, o mesmo é estabelecido através do sistema TNM. Este sistema agrupa o tamanho do tumor (T), número de linfonodos comprometidos (N) e a presença ou não de metástases (M). O carcinoma *in situ* é categorizado como estágio 0 e os estádios I e II, em geral, referem-se a tumores localizados no órgão de origem. O estágio III refere-se aos tumores com disseminação local extensa, particularmente para linfonodos regionais e os tumores com metástases a distância, classificados como estágio IV<sup>22</sup>. No presente estudo, do total de mulheres estudadas,

62,8% apresentavam estadiamento clínico avançado. Ao comparar por grupo etário, foram observados mais frequentemente tamanho do tumor >2cm, *status* dos linfonodos positivo, presença de metástase e estadiamento clínico avançado ( $\geq$ IIB) nas pacientes muito jovens ( $p<0,001$ ). Esses dados corroboram aqueles de estudo realizado por Dutra et al.<sup>23</sup>, que investigou câncer de mama em 106 mulheres jovens e em 130 na pós-menopausa. As mulheres mais jovens apresentaram mais frequentemente estadiamento clínico avançado (II, III e IV) com características clínicas e patológicas desfavoráveis, quando comparadas com mulheres com idade entre 50 e 65 anos. Resultado similar foi relatado por Gnerlich et al.<sup>24</sup> com 15.548 jovens, em que 45,1% encontravam-se no estágio II e eram mais propensas a apresentar maiores graus histológicos. O estadiamento mais avançado em mulheres jovens pode ser devido ao rastreamento do câncer de mama não ser preconizado para essa faixa etária e por essas mulheres apresentarem maior densidade mamária, reduzindo a eficácia das mamografias. Além disso, Keegan et al.<sup>14</sup> constataram que mulheres jovens são tradicionalmente mais afetadas por tumores mais agressivos e de pior prognóstico, com predominância de tumores HR-/HER2+.

Independente da idade, o tratamento para câncer de mama é realizado de forma análoga para pacientes jovens e idosas, sendo a decisão guiada de acordo com as características inerentes ao tumor, questões estéticas e outros<sup>25</sup>. De acordo com os resultados deste estudo, percebe-se predomínio do método cirúrgico associado à quimioterapia (17,2%), seguido pela combinação desses com radioterapia (16,2%). Por fim, a análise do estado da doença ao final do primeiro tratamento mostrou que 44,4% encontravam-se sem evidência da doença e 33,3% apresentaram-se com doença estável. A resposta terapêutica foi pior entre as mulheres muito jovens ( $p<0,001$ ). Crippa et al.<sup>7</sup> relataram que, após seguimento, 57,5% das mulheres com câncer de mama estavam vivas e sem a doença, enquanto 15% encontravam-se vivas e com a doença em atividade.

Os resultados apontam para a necessidade de um olhar diferenciado dos profissionais de saúde no cuidado das pacientes jovens com câncer de mama e de se discutir estratégias de prevenção secundária direcionadas para essa faixa etária.

## CONCLUSÃO

Na população pesquisada, a idade mediana foi de 36 anos, a maioria das mulheres possuía ensino médio completo e era proveniente do SUS. O estadiamento IIA foi o mais frequente, a conduta terapêutica mais adotada foi a cirurgia associada à quimioterapia, e a maioria da população pesquisada encontrava-se sem evidência da

doença ao final do primeiro tratamento. Mulheres muito jovens (até 34 anos), quando comparadas àquelas entre 35 e 40 anos, apresentaram, ao diagnóstico, maior volume tumoral, maiores prevalências de axila clinicamente positiva e de metástase, conferindo diagnóstico mais avançado, o que pode explicar a pior resposta terapêutica nesse grupo.

## CONTRIBUIÇÕES

Aline Barros Pinheiro, Dagmar Scholl Lauter, Giselle Coutinho Medeiros, Isabella Ribeiro Cardozo, Letícia Mattos Menezes, Raysa Messias Barreto de Souza e Karen Abrahão contribuíram na concepção do projeto; análise e interpretação dos dados e redação do artigo. Letícia Casado<sup>8</sup>, Anke Bergmann<sup>9</sup>, Luiz Claudio Santos Thuler<sup>10</sup> contribuíram na concepção e projeto; análise e interpretação dos dados; revisão crítica relevante de conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

**Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.**

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2011 [acesso 2013 Jan 22]. 118 p. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>
2. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2008 [acesso 2013 Jan 22]. 628 p. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/enfermagem/index.asp>
3. Gonzalez-Angulo AM, Broglio K, Kau S, Eralp Y, Erlichman J, Valero V, et al. Women age or = 35 years with primary breast carcinoma: disease features at presentation. *Cancer*. 2005; 103 (12):2466-72.
4. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Programa Nacional de Controle de Câncer de Mama [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2011 [acesso 2013 Jan 22]. 15 p. Disponível em: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/fad72d004eb684b68b379bf11fae00ee/pncc\\_mama.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=fad72d004eb684b68b379bf11fae00ee](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/fad72d004eb684b68b379bf11fae00ee/pncc_mama.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=fad72d004eb684b68b379bf11fae00ee)
5. Hunter DJ, Colditz GA, Hankinson SE, Malspeis S, Spiegelman D, Chen W, et al. Oral contraceptive use and breast cancer: a prospective study of young women. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2010; 19(10): 2496–502.
6. Yoshida K, Miki Y. Role of BRCA1 and BRCA2 as regulators of DNA repair, transcription, and cell cycle in response to DNA damage. *Cancer Sci* 2004; 95(11): 866-71.

7. Crippa CG, Hallal ALC, Dellagiustina AR, Traebert EE, Gondin G, Pereira C. Perfil Clínico e Epidemiológico do Câncer de Mama em Mulheres Jovens. *ACM arq catarin med.* 2003; 32(3):50-8.
8. Hayes DF. Clinical practice. Follow-up of patients with early breast cancer. *New Engl J Med.* 2007; 356(24): 2505-13
9. Axelrod D, Smith J, Kornreich D, Grinstead E, Singh B, Cangiarella J, et al. Breast cancer in young women. *J Am Coll Surg.* 2008; 206(3):1193-203 Erratum in: *J Am Coll Surg.* 2008; 207(4):621.
10. Pollán M. Epidemiology of breast cancer in young women. *Breast Cancer Res Treat.* 2010; 123 Suppl 1:3-6. Epub 2010 Aug 14.
11. Bastos EP. Determinação do perfil de expressão de microRNAs em câncer de mama em mulheres jovens [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010.
12. Vollbrecht B, Sarquiz M, Zerwes FP, Viegas JN, Arent A, Badalotti M, et al. Fertilidade e sintomas de climatério em pacientes jovens com câncer de mama. *Scientia Medica* 2009; 19(2):58-63.
13. Thuler LCS, Bergmann A, Casado L. Perfil das pacientes com câncer do colo do útero no Brasil, 2000-2009: estudo de base secundária. *Rev bras cancerol.* 2012; 58(3):351-57.
14. Keegan THM, DeRouen MC, Press DJ, Kurian AW, Clarke CA. Occurrence of breast cancer subtypes in adolescent and young adult women. *Breast cancer Res.* 2012; 14(2):R55.
15. Johnson ET. Breast Cancer Racial Differences Before Age 40 - Implications for screening. *J Natl Med Assoc.* 2002; 94(3): 149-56.
16. Oliveira EXV, Pinheiro RS, Melo ECP, Carvalho MS. Condicionantes socioeconômicos e geográficos do acesso à mamografia no Brasil, 2003-2008. *Ciênc saúde coletiva* 2011; 16(9): 3649-64.
17. Lima ALP, Rolim NCOP, Gama MEA, Pestana AL, Silva EL, Cunha CLF. Rastreamento oportunístico do câncer de mama entre mulheres jovens no Estado do Maranhão, Brasil. *Cad. saúde pública* 2011; 27(7):1433-39.
18. Tessaro S. Epidemiologia do câncer de mama. In: Basegio DL. Câncer de mama: abordagem multidisciplinar. Rio de Janeiro: Revinter; 1999. p.1-10.
19. Chan A, Pintilie M, Vallis K, Girourd C, Goss P. Breast cancer in women 35 years: review of 1002 cases from a single institution. *Ann Oncol.* 2000; 11(10): 1255-62.
20. Valentgas P, Daling JR. Risk factors for breast cancer in younger women. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 1994; (16):15-24.
21. Garicochea B, Morelle A, Andrighetti AE, Cancelli A, Bós A, Werutsky G. Idade como fator prognóstico no câncer de mama em estágio inicial. *Rev saúde pública* 2009; 43(2):311-7.
22. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). TNM: Classificação de Tumores Malignos [Internet]. 6 ed. Rio de Janeiro: INCA; 2004 [acesso 2013 Jan 22]. 254 p. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/tratamento/tnm/tnm2.pdf>
23. Dutra MC, Rezende MA, Andrade VP, Soares FA, Ribeiro MV, Paula EC, et al. Imunofenótipo e evolução de câncer de mama: comparação entre mulheres muito jovens e mulheres na pós-menopausa. *Rev bras ginecol obstet.* 2009; 31(2): 54-60.
24. Gnerlich JL, Deshpande AD, Jeffe DB, Sweet A, White N, Margenthaler JA. Elevated breast cancer mortality in women younger than age 40 years compared with older women is attributed to poorer survival in early-stage disease. *J Am Coll Surg.* 2009; 208(3): 341-47. Epub 2009 Jan 21.
25. Gabriel CA, Domchek SM. Breast cancer in young women. *Breast Cancer Res.* 2010; 12(5):212. Epub 2010 Oct 28.



**Abstract**

**Introduction:** Breast cancer in women under 40 years old is unusual. However, in this population the disease usually progresses with worse prognosis. **Objectives:** To describe the clinical and epidemiological profile of young women diagnosed with breast cancer in Brazil and to compare the clinical characteristics among women aged less than 34 years and those between 35 and 39 years. **Method:** Cross-sectional study of analytic cases of breast cancer in women aged 18-39 years, enrolled in the Integrator Module of Cancer Hospital Records and Cancer Hospital Registry of the State of São Paulo, from 2000 to 2009. It was performed a descriptive analysis of the variables. **Results:** There were included 12.689 cases. The median age was 36 years, most of women went to High School (32.3%) and came from the National Health System (74.6%). The advanced stage ( $\geq$  IIB) was recorded in 62.8% of cases and at the end of the first treatment, 44.4% of patients had no evidence of disease. Very young women presented more frequently a tumor size  $> 2$  cm, positive lymph node status, metastasis, advanced clinical stages ( $\geq$  IIB) and lack of therapeutic response to the first treatment. **Conclusion:** In Brazil, young women are in advanced stage when they are diagnosed with breast cancer. Those too young ( $< 35$  years) have a more advanced disease stage and poorer response to treatment compared to those aged 35-39.

**Key words:** Humans; Adult; Female; Breast Neoplasms-epidemiology; Hospital Records; Cross-Sectional Studies

**Resumen**

**Introducción:** El cáncer de mama en mujeres con edad inferior a 40 años no es común. Pero, en esa población la enfermedad camina, en general, con peor pronóstico. **Objetivos:** Describir el perfil clínico y epidemiológico de mujeres jóvenes diagnosticadas con cáncer de mama en Brasil y comparar las características clínicas entre mujeres con edad inferior a los 34 años y aquellas entre 35 y 39 años. **Método:** Estudio transversal de los casos analíticos del cáncer de mama en mujeres entre los 18 y 39 años, inseridos en el Módulo Integrador de los Registros Hospitalarios del Cáncer y en el Registro Hospitalario del Cáncer del Estado de São Paulo, entre los años de 2000 y 2009. Fue realizado el análisis descriptivo de las variables. **Resultados:** Han sido incluidos 12.689 casos clínicos. El promedio de edad fue de 36 años, la mayoría de las mujeres poseía educación secundaria obligatoria (32,3%) y procedentes del Sistema Nacional de Salud (74,6%). El estadiamiento avanzado ( $\geq$  IIB) fue registrado en 62,8% de los casos y, al final del primero tratamiento médico, 44,4% de las pacientes se encuentran sin evidencia de la enfermedad. Mujeres muy jóvenes presentaron con más frecuencia tamaño del tumor  $>2$ cm, estatus de los ganglios linfáticos positivo, presencia de metástasis, estadiamiento clínico avanzado ( $\geq$ IIB) y ausencia de respuesta terapéutica al primero tratamiento médico. **Conclusión:** En Brasil mujeres jóvenes con cáncer de mama presentan estadiamiento avanzado al diagnóstico. Aquellas muy jóvenes ( $< 35$  años) presentan la enfermedad aun más avanzada y peor respuesta terapéutica que aquellas entre 35 y 39 años.

**Palabras clave:** Humanos; Adulto; Femenino; Neoplasias de la Mama-epidemiología; Registro de Hospitalares; Estudios Transversales