

Perfil de Pacientes com Câncer de Mama em Quimioterapia Paliativa e uso de Cateter

Venoso Central Totalmente Implantado: estudo retrospectivo

Profile of Breast Cancer Patients in Palliative Chemotherapy and Use of Fully

Implanted Central Venous Catheter: Retrospective study

Resumo

Objetivo: Descrever o perfil de mulheres com câncer de mama em quimioterapia paliativa endovenosa e uso de cateter venoso central totalmente implantado. **Métodos:** Estudo retrospectivo longitudinal com 39 mulheres atendidas em um centro oncológico localizado na Cidade do Rio de Janeiro. Os dados sociodemográficos e relacionados à doença e ao tratamento, nos diferentes momentos terapêuticos (neoadjuvância, adjuvância e palição) foram obtidos por meio de análise documental. **Resultados:** A maior parte tinha 60 ou mais anos. A maioria era não branca (59,0%), apresentava excesso de peso (79,5%), um terço era tabagista e/ou etilista e 33,3% tinha hipertensão arterial. Predominou (94,9%) carcinoma ductal infiltrante, com estadiamento localmente avançado (87,2%) ao diagnóstico. A metade (50,0%) apresentou grau III de diferenciação celular, 22,2% Her 2 positivo, 68,4% e 57,9% receptores de estrogênio e progesterona positivos, respectivamente. Apresentou tumor triplo negativo 15,8% e 17,9% câncer de mama bilateral. Realizaram cirurgia 89,7%, radioterapia 82,1%, hormonioterapia 59,0%, quimioterapia neoadjuvante 74,4%, quimioterapia neoadjuvante e cirurgia 86,2% e 35,9% quimioterapia adjuvante. A maioria (74,4%) iniciou a quimioterapia paliativa por acesso venoso periférico e o intervalo médio para inserção do cateter venoso central foi de 427 dias. Em média as pacientes realizaram quatro linhas de quimioterapia paliativa, 74,4% evoluíram a óbito e 55,5 dias foi o intervalo médio entre o último tratamento quimioterápico e a data do óbito. **Conclusão:** A população estudada se caracterizou pela presença de obesidade e fatores prognósticos desfavoráveis. As pacientes

receberam dispositivo de acesso vascular de longa permanência e foram encaminhadas aos cuidados paliativos exclusivos tardiamente.

Descritores: Neoplasias da mama; Dispositivos de acesso vascular; Tratamento farmacológico; Enfermagem oncológica; Cuidados paliativos.

Abstract

Objective: To describe the profile of women with breast cancer under intravenous palliative chemotherapy and the use of a Totally Implantable Central Venous Catheter (TI-CVC).

Methodology: a longitudinal retrospective study with 39 women treated in an Oncology Center located in the city of Rio de Janeiro. Sociodemographic information as well as the data related to the disease and its treatment, at different therapeutic moments (neoadjuvant, adjuvant and palliative) were obtained through documentary analysis. **Results:** Most of the women were 60 or older. Most were non-white (59%), overweight (79,5%) approximately one third were smokers and/or drinkers, and 33,3 % had arterial hypertension. Invasive ductal carcinoma (IDC) predominated (94%), with locally advanced clinical stage at diagnosis (87,2%). Half (50%) had grade III cell differentiation, 22,2% Her 2 positive, 68,4% and 57,9% had positive estrogen and progesterone receptors respectively. 15,8% and 17,9% had triple-negative and bilateral breast cancer respectively. 89,7% underwent surgery, 82,1% radiation therapy, 59,0% hormone therapy, 74,4 % neoadjuvant chemotherapy, 86,2% neoadjuvant chemotherapy and surgery, and 35,9% adjuvant chemotherapy. Most women (74,4%) started palliative chemotherapy with peripheral venous access and the median interval for insertion of the central venous catheter was 427 days. On average patients underwent four lines of palliative chemotherapy, 74,4% died and 55.5 days was the average interval between the last chemotherapy treatment and the date of death. **Conclusions:** The studied population was characterized by the presence of obesity and unfavorable prognostic

factors. Patients received a long-term vascular access device and were referred to exclusive palliative care late.

Key words: Breast neoplasms; Vascular access devices; Drug therapy; Oncology nursing; Palliative care.

Introdução

O câncer de mama é o mais incidente entre as mulheres em todo mundo, representando 25% de todos os tipos de cânceres⁽¹⁾ e, quando diagnosticado precocemente apresenta baixa mortalidade⁽²⁾. No entanto, dada às diferenças socioeconômicas e variáveis relacionadas ao diagnóstico e tratamento, a distribuição espacial da mortalidade e a sobrevida por esta neoplasia é bastante heterogênea^(3,4). Em países de baixa e média renda, o diagnóstico acontece em estádios mais avançados⁽²⁾, quando o controle de sintomas, com vistas a melhor qualidade de vida se sobrepõem a intenção de cura. Nesse contexto, a quimioterapia paliativa se caracteriza como uma das principais estratégias terapêuticas⁽⁵⁾.

Muitas vezes, devido ao tempo de exposição prévia aos agentes citotóxicos e medicamentos vesicantes recebidos por via endovenosa, o indivíduo em tratamento quimioterápico paliativo se encontra com a rede venosa periférica fragilizada e deteriorada, fazendo com que a administração de antineoplásicos por acesso venoso periférico se torne pouco seguro^(6,7).

Nesse contexto, o Cateter Venoso Central Totalmente Implantado (CVC-TI) é um dos principais dispositivos disponíveis com vistas à obtenção de um acesso venoso adequado, tornando-se um recurso necessário, porém escasso. O seu uso preserva a rede venosa, permite que quimioterápicos que causam flebite química sejam administrados de forma segura, reduz o potencial de extravasamento e, o desconforto, ansiedade e dor associados às punções periféricas repetidas e preserva a segurança do profissional e do paciente⁽⁸⁾.

Ainda, por ser um dispositivo não exteriorizado, inserido embaixo da pele, o CVC-TI permite maior liberdade para desenvolver as atividades diárias, minimiza a ocorrência de infecção e de danos físicos e mecânicos, tem menor interferência estética e preserva a autoimagem, contribuindo para a qualidade de vida do usuário⁽⁸⁾. No entanto, dada a escassez de recursos e as limitações organizacionais dos serviços de saúde, os critérios de elegibilidade para a implantação de um CVC-TI devem estar bem estabelecidos. A perspectiva curativa, a natureza química do medicamento antineoplásico a ser infundido, o tempo de duração da terapia endovenosa prescrita, as características clínicas da doença e a qualidade da rede venosa do paciente são variáveis a serem consideradas desde o início do planejamento terapêutico.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo descrever o perfil de mulheres com câncer de mama, em quimioterapia paliativa endovenosa e uso de CVC-TI.

Depreende-se que conhecer o perfil dessa população fornecerá subsídios para o gerenciamento do cuidado, otimização de recursos materiais e humanos, melhoria na qualidade da assistência de enfermagem prestada e redução nos custos hospitalares, contribuindo para práticas baseadas em evidências e subsidiando aquelas relacionadas à terapia infusional no contexto oncológico.

Método

Estudo retrospectivo longitudinal, com pacientes com câncer de mama em uso de CVC-TI e submetidas a quimioterapia paliativa, atendidas em um Centro de Alta Complexidade em Oncologia localizado na Cidade do Rio de Janeiro, Brasil.

Os dados foram obtidos por meio de análise documental, a partir dos prontuários, com vistas a obter informações sociodemográficas e relacionadas à doença e ao tratamento, nos diferentes momentos terapêuticos (neoadjuvância, adjuvância e palição) até a inserção de um

CVC-TI.

Foram incluídas pacientes com diagnóstico de câncer de mama, submetidas a inserção de CVC-TI em 2017 e que realizaram tratamento quimioterápico com finalidade paliativa, antecedido por quimioterapia neoadjuvante e/ou adjuvante.

Foram excluídas pacientes em terapia antineoplásica exclusivamente oral, aquelas que não realizaram adjuvância e/ou neoadjuvância e/ou que estavam em tratamento quimioterápico venoso sem uso de CVC-TI e/ou aquelas que retiraram CVC-TI.

O estudo foi aprovado (parecer nº 3.467.496) pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição envolvida. Foi solicitada a dispensa do uso de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), devido à característica do estudo (retrospectivo e análise de dados secundários).

Durante os meses de agosto a outubro de 2019, a partir de listagem fornecida pelo centro cirúrgico da instituição de pesquisa, foram verificados os prontuários de todas as pacientes (n=100) submetidas a inserção de CVC-TI durante o ano de 2017 e incluídas 39 que atenderam aos critérios de inclusão.

Os dados foram coletados por meio de instrumento próprio e contemplou variáveis sociodemográficas (idade, raça/cor), antropométricas (peso e altura), hábitos e estilo de vida (tabagismo e etilismo) e comorbidades; variáveis relacionadas à doença (diagnóstico histológico, estadiamento clínico, grau de diferenciação, perfil imuno-histoquímico – HER 2, receptores de estrógeno e progesterona e índice de proliferação celular Ki67 – tratamentos prévios (hormonioterapia e radioterapia), variáveis relacionadas a neoadjuvância (tempo de tratamento e variáveis relacionada ao acesso venoso), variáveis relacionadas a adjuvância (tempo de tratamento e variáveis relacionada ao acesso venoso), variáveis relacionadas a cirurgia (tipo, linfedema e linfadenectomia) e variáveis relacionadas a quimioterapia paliativa (tempo de tratamento, variáveis relacionadas ao acesso venoso, linhas de tratamento e óbito).

As variáveis quantitativas foram idade, índice de proliferação celular Ki67, Índice de Massa Corporal (IMC), tempo de tratamento, intervalo entre o início do tratamento a inserção do CVC-TI, total de ciclos de quimioterapia, intervalo entre o último tratamento quimioterápico e a data do óbito e o total de linhas de tratamento na palição.

As variáveis categóricas foram idade (20-29, 30-39, 40-49, 50-59 e ≥ 60), raça/cor (branca ou não branca), Índice de Massa Corporal - IMC (eutrófico - 18,50-24,99, sobrepeso - $\geq 25,00$ ou obesidade - $\geq 30,00$), excesso de peso (sobrepeso + obesidade – sim ou não), tabagismo (sim ou não), etilismo (sim ou não), hipertensão arterial (sim ou não), diagnóstico histopatológico (Carcinoma Ductal Infiltrante – CDI ou Carcinoma Lobular Infiltrante - CLI), estadiamento clínico no momento do diagnóstico (inicial ou localmente avançado), grau de diferenciação celular (I ou II ou III), HER-2 (positivo ou negativo), receptor de estrógeno (positivo ou negativo), receptor de progesterona (positivo ou negativo), tumor triplo negativo (sim ou não), radioterapia (sim ou não), hormonioterapia (sim ou não), segundo tumor primário de outras topografias (sim ou não), câncer de mama bilateral (sim ou não), realizou neoadjuvância ou adjuvância (sim ou não), quimioterapia neoadjuvante ou adjuvante e cirurgia (sim ou não), cirurgia conservadora (sim ou não), reabordagem com cirurgias não conservadoras (sim ou não), linfadenectomia (sim ou não), linfedema (sim ou não) e óbito (sim ou não).

Foi realizada análise descritiva dos dados e calculadas médias e desvios-padrão das variáveis quantitativas, bem como as frequências absolutas (n) e relativas (%) das variáveis categóricas.

Resultados

A **Tabela 1** mostra as características sociodemográficas e da doença da população estudada.

Tabela 1. Distribuição de pacientes (n=39) com câncer de mama em quimioterapia paliativa, segundo características sociodemográficas e da doença. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2017.

Variáveis sociodemográficas e relacionadas à doença	n	%
Idade (em anos): Média (DP)	53,1 (12,2)	
20-29	1	2,6
30-39	5	12,8
40-49	9	23,1
50-59	11	28,2
≥ 60	13	33,3
Raça		
Branca	16	41,0
Não branca	23	59,0
Índice de Massa Corporal - IMC: Média (DP)	29,5 (5,2)	
Eutrófico	8	20,5
Sobrepeso	14	35,9
Obesidade	17	43,6
Excesso de peso (Sobrepeso + Obesidade)	31	79,5
Tabagismo	15	38,5
Etilismo	14	35,9
Hipertensão arterial	13	33,3
Diagnóstico histopatológico		
Carcinoma Ductal Infiltrante (CDI)	37	94,9
Carcinoma Lobular Infiltrante (CLI)	2	5,1
Estadiamento clínico no momento do diagnóstico		
Inicial	5	12,8
Localmente avançado	34	87,2
Grau de Diferenciação (N=38)		
Grau I	1	2,6
Grau II	18	47,4
Grau III	19	50,0
Her 2 positivo (N=36)	8	22,2
Receptor de estrogênio positivo (N=38)	26	68,4
Receptor de progesterona positivo (N=38)	22	57,9
Tumor triplo negativo (N=38)	6	15,8
Ki67 (N=27): Média (DP)	49,8 (22,4)	
Segundo tumor primário de outras topografias	2	5,1
Câncer de mama bilateral	7	17,9

A maior parte das pacientes tinha 60 ou mais anos, a maioria era não branca (59,0%) e (79,5%) apresentava excesso de peso. Aproximadamente um terço era tabagista ou

consumiam bebidas alcoólicas e 33,3% apresentava hipertensão arterial (Tabela 1).

Quase a totalidade das pacientes apresentou Carcinoma Ductal Infiltrante (CDI) e, a maioria (87,2%), estadiamento clínico localmente avançado ao diagnóstico. No que se refere ao perfil imuno-histoquímico, predominou pacientes com proteína Her 2 negativa (77,8%), receptor de estrógeno (68,4%) e progesterona (57,9%) positivos e 15,8% apresentavam tumor triplo negativo. Destacou-se os graus de diferenciação II (47,4%) e III (50,0%) e a média do índice de proliferação celular Ki67 foi de 49,8%. Duas pacientes apresentaram segundo tumor primário de outras topografias, 17,9% apresentaram segundo tumor primário de mama e, o mesmo percentual foi observado em relação à prevalência de câncer de mama bilateral (Tabela 1).

A **Tabela 2** mostra que a maioria das pacientes realizaram cirurgia (89,7%), radioterapia (82,1%), hormonioterapia (59,0%) e (74,4%) quimioterapia neoadjuvante. O tempo médio de tratamento neoadjuvante foi de 170,3 dias.

Entre as pacientes que fizeram neoadjuvância, 86,2% foi submetida ao tratamento cirúrgico. No entanto, apenas 31,4% realizou cirurgia conservadora (segmentectomias) e destas, 36,4% foram reabordadas com cirurgias não conservadoras (mastectomias simples e radicais). Entre as pacientes que realizaram cirurgia, quase a totalidade (97,1%) realizou linfadenectomia e 41,2% desenvolveu linfedema (Tabela 2).

A quimioterapia adjuvante contemplou 35,9% das pacientes e durou em média 187 dias (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição de pacientes (n=39) com câncer de mama em quimioterapia paliativa, segundo variáveis relacionadas ao tratamento e ao acesso venoso. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2017.

Variáveis relacionadas ao tratamento	n	%
Radioterapia	32	82,1
Hormonioterapia	23	59,0
Quimioterapia intravenosa neoadjuvante*	29	74,4
Tempo de tratamento intravenoso neoadjuvante (N=29): Média (DP)	170,3 (75,2)	
Quimioterapia intravenosa neoadjuvante e cirurgia (N=29)	25	86,2
Protocolos quimioterápicos utilizados na neoadjuvância		
Adriamicina + Ciclofosfamida + Docetaxel	15	51,7
Adriamicina + Ciclofosfamida + Docetaxel + Trastuzumabe	4	13,7
5-Fluorouracil + Adriamicina + Ciclofosfamida + Docetaxel	3	10,3
(5-Fluorouracil + Adriamicina + Ciclofosfamida) x 3 + (Docetaxel)	3	10,3
Outros**	4	13,7
Tratamento cirúrgico		
	35	89,7
Cirurgia conservadora (N=35)	11	31,4
Reabordagem com cirurgias não conservadoras (N=11)	4	36,4
Linfadenectomia (N=35)	34	97,1
Linfedema (N=34)	14	41,2
Quimioterapia intravenosa adjuvante	14	35,9
Tempo de tratamento intravenoso adjuvante (N=14): Média (DP)	187,0 (127,2)	
Quimioterapia adjuvante e cirurgia	14	100,0
Protocolos utilizados na adjuvância		
Trastuzumabe	3	21,4
Adriamicina + Ciclofosfamida + Docetaxel	3	21,4
Adriamicina + Ciclofosfamida	2	14,2
Adriamicina + Ciclofosfamida + Docetaxel + Trastuzumabe	2	14,2
Ciclofosfamida + Docetaxel	1	7,1
Ciclofosfamida + Metotrexate + Fluorouracil	1	7,1
Adriamicina + Ciclofosfamida + Metotrexate + Fluorouracil	1	7,1
Adriamicina isolada	1	7,1

*: 4 pacientes realizaram neoadjuvância e adjuvância.

** :Taxol (n=2); Adriamicina + Ciclofosfamida + Taxol (n=1); 5-Fluorouracil + Adriamicina + Ciclofosfamida + Taxol + Trastuzumabe (n=1)

Na **Tabela 3** estão apresentadas as variáveis relacionadas a quimioterapia paliativa intravenosa, realizada pela totalidade da população estudada.

A maioria das pacientes iniciaram a quimioterapia paliativa (74,4%) por acesso venoso periférico e realizaram em média 7,4 ciclos paliativos por essa modalidade de acesso. A média de ciclos paliativos por acesso venoso central foi 8,9 e o intervalo médio entre o início da quimioterapia paliativa e a implantação do cateter venoso central foi de 427,8 dias.

A palição teve duração média de 613,8 dias, as pacientes realizaram em média 4 linhas de tratamento paliativo e por ocasião da coleta de dados, a maioria (74,4%) havia falecido, sendo que o intervalo entre o último tratamento quimioterápico e o óbito foi em média 55,5 dias (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição de pacientes (n=39) com câncer de mama, segundo variáveis relacionadas a quimioterapia paliativa intravenosa. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2017.

Variáveis relacionadas a quimioterapia paliativa intravenosa		
Iniciou a palição por acesso venoso periférico (N=39)	29	74,4
Ciclos de quimioterapia por acesso venoso periférico (N=29): Média (DP)	7,4	(5,7)
Ciclos de quimioterapia por acesso venoso central (N=39): Média (DP)	8,9	(10,1)
Intervalo entre o início da quimioterapia e a implantação do cateter venoso (N=36): Média (DP)	427,8	(939,9)
Intervalo entre o último tratamento quimioterápico e a data do óbito (N=28): Média (DP)	55,5	(37,9)
	613,8	
Tempo de duração do tratamento paliativo: Média (DP)	(425,0)	
Total de linhas de tratamento quimioterápico paliativo: Média (DP)	4,0	(2,0)
Total de óbitos (N=39)	29	74,4

Discussão

Este estudo avaliou características sociodemográficas, hábitos de vida e variáveis relacionadas à doença e ao tratamento de mulheres com câncer de mama em quimioterapia paliativa intravenosa que realizaram neoadjuvância e/ou adjuvância e faziam uso de CVC-TI.

Em consonância com a literatura, que evidencia que mulheres a partir de 50 anos estão mais propensas a desenvolver o câncer de mama, no presente estudo, a maior parte das pacientes tinham 60 ou mais anos e a média de idade foi de 53 anos. Assim como outros tipos de câncer, devido ao acúmulo de exposições a fatores de risco ao longo da vida e as próprias alterações biológicas resultantes do envelhecimento, o risco de desenvolver câncer de mama aumenta com o avançar da idade, fator de risco não modificável⁽⁹⁾. Diferente da idade, outros fatores comportamentais e/ou ambientais de risco para o câncer de mama tais como o sobrepeso/obesidade após a menopausa, o tabagismo e o consumo de bebidas alcoólicas são

considerados modificáveis e devem ser evitados⁽⁹⁾.

Neste sentido, as altas prevalências de excesso de peso e tabagismo chamou atenção e podem ser considerados achados importantes, visto que estão relacionados à história natural da doença.

Em mulheres na pós-menopausa, o risco associado ao excesso de peso está relacionado ao aumento de esteroides sexuais circulantes devido a maior conversão periférica de androstenediona em estrona no tecido subcutâneo, elevando a morbimortalidade relacionada à doença⁽⁵⁾, aumentando o risco de recorrência e diminuindo a sobrevida⁽¹⁰⁾. O Brasil segue a tendência mundial, na qual a obesidade se caracteriza por uma epidemia. Portanto, pode-se inferir que o perfil de obesidade observado entre os indivíduos estudados provavelmente reflete a tendência observada na população geral.

No que tange ao tabagismo, a prevalência foi maior do que a observada nos inquéritos populacionais brasileiros, que têm evidenciado quedas significativas. Esse achado pode refletir o fato de as pacientes serem tabagistas a longo prazo, podendo este hábito inclusive ter contribuído para o desenvolvimento do câncer de mama. No entanto, atualmente, o tabagismo é reconhecido como agente carcinogênico com limitada evidência para o aumento do risco de câncer de mama em humanos⁽¹¹⁾.

Assim como as neoplasias, a hipertensão arterial sistêmica também apresenta uma incidência crescente com a idade, de tal forma que ambas as doenças compartilham de alta associação e algumas drogas antineoplásicas podem induzir hipertensão arterial em pacientes normotensos, agravar uma hipertensão preestabelecida e até levar a emergências hipertensivas⁽¹²⁾. No presente estudo, a prevalência dessa comorbidade foi de 33,3%, taxa superior à observada na população brasileira⁽¹³⁾. Essa diferença pode estar relacionada ao perfil da população estudada em relação à idade e à presença de fatores de risco que favorecem o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e neoplasias, tais como o

tabagismo, presente em 38,5% e o sobrepeso/obesidade que contemplou a maioria da população estudada.

A epidemiologia do câncer reflete, especialmente, diferenças socioeconômicas, étnicas e raciais que se manifestam em populações específicas e são determinantes das disparidades de saúde definidas no processo de adoecimento e morte por essa doença⁽¹⁴⁾. A raça/cor negra está associada a pior prognóstico, barreiras no acesso aos serviços de saúde, diagnóstico tardio, menor sobrevida e, conseqüentemente maior mortalidade⁽¹⁵⁾, mesmo quando se considera a influência dos fatores tumorais⁽¹⁶⁾. Portanto, é importante considerar que a maioria das pesquisadas era não branca, característica que sabidamente influencia a oferta e qualidade de acesso ao diagnóstico e tratamento oncológico e atrasos no itinerário terapêutico, que se refletem em maior morbimortalidade e aumento nos custos dos serviços de saúde^(2,17).

Estima-se que 80% a 90% dos casos de câncer de mama são do tipo histológico Carcinoma Ductal Infiltrante (CDI)⁽¹⁸⁾ e em consonância com a literatura, este foi o tipo histológico mais prevalente no presente estudo, contemplando quase a totalidade (94,9%) das pacientes estudadas. É importante destacar que esse tipo histológico está associado a um maior envolvimento linfático e um pior prognóstico, em relação os tipos histológicos menos frequentes de carcinoma invasivo de mama⁽¹⁹⁾.

Na população estudada, 87,2% das pacientes apresentaram doença localmente avançada ao diagnóstico (estadiamento III) e em consonância com esse achado, predominou a realização de quimioterapia neoadjuvante e cirurgias radicais, enquanto apenas 35,9% realizaram quimioterapia adjuvante e apenas 31% cirurgias conservadoras.

O estadiamento clínico é o mais importante fator prognóstico e, conseqüentemente um dos principais critérios utilizados na definição da modalidade terapêutica adotada. Normalmente, em casos de doença localmente avançada, a quimioterapia neoadjuvante é o tratamento de escolha. É realizada antes do tratamento principal (cirúrgico) e tem como

objetivo tornar operável um tumor mamário considerado inoperável em sua apresentação inicial e/ou transformar um caso com necessidade de cirurgia radical em um caso passível de tratamento cirúrgico conservador de mama, com melhor resultado estético e menor chance de complicações pós-operatórias⁽⁵⁾.

Portanto, considerando a taxa de doença localmente avançada, a alta prevalência de tratamento neoadjuvante era esperada, assim como a alta prevalência de cirurgias radicais (mastectomias), visto que apenas 31% das pacientes foram submetidas a cirurgias conservadoras.

A cirurgia é considerada o principal tratamento curativo para o câncer de mama e neste contexto, a cirurgia conservadora representa um dos maiores avanços no tratamento desta patologia, tanto pela preservação da estética, quanto pela menor chance de complicações pós-operatórias e menor custo⁽⁵⁾.

Neste sentido, é importante destacar que, após a neoadjuvância, 86,2% das pacientes foram submetidas a cirurgia, evidenciando citorredução tumoral e provavelmente uma cirurgia menos agressiva. Contudo, das pacientes que foram submetidas a cirurgia conservadora, 36,4% foram reabordadas posteriormente com procedimentos cirúrgicos mutilantes ou radicais, evidenciando provável recidiva local e pior sobrevida⁽⁵⁾.

A quimioterapia adjuvante é indicada para pacientes portadoras de doença de mama em estágio inicial e/ou com alto risco de recorrência da doença⁽²⁰⁾. Refletindo a alta prevalência de doença localmente avançada, essa modalidade terapêutica contemplou apenas 35,9% dos sujeitos da pesquisa.

Em consonância com as diretrizes do *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) para o tratamento de tumores invasivos, os esquemas terapêuticos mais usados na neoadjuvância e adjuvância foram aqueles que continham antracíclicas e taxanos na sua composição, tais como a Doxorrubicina e o Docetaxel respectivamente, seguidos por

Trastuzumabe para tratamento das pacientes com superexpressão do oncogene Her-2⁽²¹⁾. No entanto, observou-se esquemas contendo Docetaxel com intervalo de 21 dias em detrimento de Paclitaxel semanal, já que a utilização do Docetaxel reduz a taxa de ocupação de cadeiras, otimizando o atendimento.

A totalidade das pacientes do estudo realizou quimioterapia paliativa, modalidade terapêutica onde não há intenção de cura, mas controle de sintomas e promoção da qualidade de vida. A análise criteriosa da gravidade dos sintomas, extensão radiológica da doença, tempo entre o término do tratamento adjuvante e a recidiva, medicamentos utilizados anteriormente e status dos receptores hormonais e HER-2 determinarão a melhor opção de tratamento paliativo⁽¹⁾.

No que tange às opções de tratamento, observou-se grande variação nos protocolos quimioterápicos paliativos e esse achado reflete o fato de não existir um protocolo padrão ouro, sendo a escolha dependente de uma combinação de fatores. Ainda, com vistas a melhorar a resposta clínica e a sobrevida das pacientes, nas últimas décadas, a oferta de protocolos vem aumentando^(1,5).

A sobrevida global de pacientes com câncer de mama metastático, ou seja, em quimioterapia paliativa, aumentou significativamente nas últimas décadas, passando de 21 meses em 1990 para 38 meses em 2010⁽²²⁾. Tal fato reflete o aumento da oferta de opções terapêuticas para essa fase da doença.

Em relação aos dispositivos de acesso vascular, não há consenso sobre o momento ideal para a inserção de um cateter venoso central de longa permanência. No entanto, considerando que a grande parte das pacientes em quimioterapia paliativa apresenta o acesso venoso periférico deteriorado, é bastante razoável apontar a necessidade do uso desse dispositivo de acesso vascular para garantir que as pacientes consigam receber seu tratamento com segurança.

A inserção desse dispositivo aconteceu tardiamente na população do estudo, já que 74,4% das pacientes iniciaram seu tratamento paliativo por acesso venoso periférico, tendo recebido o dispositivo venoso central em média 14 meses após o início do tratamento.

Se considerarmos uma expectativa de sobrevida média de 38 meses para pacientes em tratamento paliativo, os achados do estudo apontaram sobrevida inferior de 613,8 dias (= 20,4 meses), o que pode estar relacionado ao fato de que pacientes com doença mais agressiva tiveram prioridade na indicação do uso do dispositivo, porém, receberam 70,0% do tratamento (14 meses) por acesso venoso periférico.

Quanto ao número de linhas de tratamento (4 linhas em média), os dados são compatíveis com o surgimento de novas opções terapêuticas recomendadas para o tratamento do câncer de mama metastático, que segundo dados do *National Comprehensive Cancer Network*, em 2018 contemplavam 23 medicamentos.

O intervalo entre o último tratamento e o óbito é reflexo do encaminhamento tardio aos cuidados paliativos exclusivos, quando é recomendado que este seja realizado quando se tem expectativa de vida inferior a 6 meses. Este fato pode ser explicado pela grande oferta de linhas de tratamento para o câncer de mama metastático e pela ausência de uma política pública com critérios objetivos para encaminhamento aos cuidados paliativos exclusivos no Brasil.

Devido à natureza do estudo retrospectivo foram encontradas como limitações a falta de registro e a padronização das anotações e evoluções dos profissionais de saúde, a subnotificação das comorbidades e, a grafia, muitas vezes incompreensível.

Conclusão

A população estudada se caracterizou pela presença de obesidade e fatores prognósticos desfavoráveis como carcinoma ductal infiltrante, receptores hormonais positivos, Her2 negativo, Ki67 com alto percentual e doença localmente avançada ao diagnóstico. As

pacientes com câncer de mama metastático receberam dispositivo de acesso vascular de longa permanência e foram encaminhadas aos cuidados paliativos exclusivos tardiamente. Mais estudos são necessários para subsidiar critérios de indicação de dispositivo de acesso vascular para a população estudada, considerando o contexto dos serviços de saúde.

Referências

1. Oncologia Clínica. Terapia Baseada em Evidências. Tumores Sólidos. Centro de Oncologia do Hospital Sírio-Libanês. 3ª edição. Hospital Sírio Libanês. São Paulo, 2017.
2. Stewart BW, Wild CP. World Cancer Report: 2014. Lyon: IARC, 2014.
3. S.C. Rocha-Brischiliari, et al. The rise in mortality from breast cancer in young women: trend analysis in Brazil. PLoS One, 12 (1) 2017, p. 1-13. In: Association of cervical and breast cancer mortality with socioeconomic indicators and availability of health services. Cancer Epidemiology. Elsevier. V.64, 2020.
4. Turashvili G, Brogi E. Tumor Heterogeneity in Breast Cancer. Frontiers in medicine, 4, 227. doi:10.3389/fmed.2017.00227.
5. Grupo de Pesquisa em Mastologia. Doenças da mama. Guia prático Baseado em Evidências. Ed. Atheneu. São Paulo, 2011.
6. Infusion Nurses Society. Infusion Therapy Standards of Practice. Journal of Infusion Nursing, v. 39, n.1S. Supplement to January/February, 2016.
7. Harrold K, Martin A, Gale S. Proactive placement of peripherally inserted central catheters. British journal of nursing (Mark Allen Publishing), v. 24, n. 14, p. S16, 2015.
8. BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Serviço de Utilização de Cateteres Venosos Centrais de Longa Permanência. Rotinas Internas do INCA. Rio de Janeiro: Inca, 2012.

9. BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Disponível: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama/profissional-de-saude>
10. Berclaz G, Li S, Price KN, et al. Body mass index as a prognostic feature in operable breast cancer: The International Breast Cancer Study Group experience. *Ann Oncol*, 2004; 15: 875-884.
11. Internacional Agency for Research on Cancer. List of Classifications by cancer sites with sufficient or limited evidence in humans, Volumes 1 to 103*.
12. Rached HRS, Póvoa R. Hipertensão Arterial relacionada ao tratamento oncológico. In: *Cardioncologia na Prática Clínica*. São Paulo: Ed. Manole; 2020. p.339-340.
13. Picon RV, Fuchs FD, Moreira LB, Riegel G, Fuchs SC (2012) Trends in Prevalence of Hypertension in Brazil: A Systematic Review with Meta-Analysis. *PLoS ONE* 7(10): e48255. doi:10.1371/journal.pone.0048255.
14. S.G.K. and G.K.O. Jemal A. AO - Singh, Socioeconomic and racial/ethnic disparities in cancer mortality, incidence, and survival in the United States, 1950–2014: over six decades of changing patterns and widening inequalities, *J. Environ. Public Health* 2017, 2819372, 2017. In: Association of cervical and breast cancer mortality with socioeconomic indicators and availability of health services. *Cancer Epidemiology*. Elsevier. V.64, 2020.
15. Karjalainen S, Pukkala E. Social class as a prognostic factor in breast cancer survival. Wells BL, Horm JW. Stage at diagnosis in breast cancer: race and socioeconomic factors. In: *Fatores prognósticos no câncer de mama feminina*. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2002, 48(1): 113-31.
16. Field TS, Buist DS, Doubeni C, Enger S, Fouayzi H, Hart G, et al. Disparities and survival among breast cancer patients. *J Natl Cancer Inst Monogr*. In: *Sobrevida em*

- cinco anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(6):1285-1296, 2009.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2019: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019.
 18. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Fundação Oswaldo Cruz. In: A mulher e o câncer de mama no Brasil. 2 edição. Disponível: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/cancer-de-mama>
 19. Adair F, Berg J, Joubert L, Robbins GF. Longterm follow-up of breast cancer patients: the 30 year report. Cancer. Ketterhagen JP, Quakenbush SR, Haushalter RA. Tumor histology as a prognostic determinant. In: Fatores prognósticos no câncer de mama feminina. Revista Brasileira de Cancerologia, 2002, 48(1): 113-31.
 20. Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC). Diretrizes para Carcinoma de Mama. 2017. Disponível: <https://www.sbo.org.br/diretrizes-sbo-publico/item/carcinoma-de-mama>
 21. National Comprehensive Cancer Network. Guidelines Version 3.2019. Breast Cancer.
 22. Jennifer L. Caswell-Jin, Sylvia K. Plevritis, Lu Tian, Christopher J. Cadham, Cong Xu, Natasha K. Stout, George W. Sledge, et al. Change in Survival in Metastatic Breast Cancer with Treatment Advances: Meta-Analysis and Systematic Review. JNCI Cancer Spectrum. 2018; 2(4): pky062.