



Capacidade funcional de mulheres com neoplasia mamária em quimioterapia paliativa

Functional capacity of women with breast neoplasm undergoing palliative chemotherapy
Capacidad funcional de mujeres con neoplasia de mama en quimioterapia paliativa

Como citar este artigo:

Rocha SR, Marques CAV. Functional capacity of women with breast neoplasm undergoing palliative chemotherapy. Rev Esc Enferm USP. 2021;55:e03714. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020006303714>

 Suzy Ramos Rocha¹
 Carla Andreia Vilanova Marques¹

¹ Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the functional capacity of women with breast neoplasm undergoing palliative chemotherapy. **Method:** Cross-sectional study with an analysis of medical records of women with breast cancer undergoing palliative chemotherapy. **Results:** Out of one hundred evaluated records, most registered 50 years or older (66%), primary education (53%), an income of 1 to 2 minimum wages (87%), invasive ductal carcinoma (95%), positive hormone receptor (64%), and histological grade 1 and 2 (57%). Performance status 0 (49%), 1 (39%), and 2 (12%) were prevalent; these imply, respectively, active patients, with mild and moderate activity restriction. One to four chemotherapy schemes were associated with the inappetence ($p=0.00$) and weight loss ($p=0.001$) symptoms. The main complications were neuropathy (31%), medullary compression syndrome (21%), neutropenia (9%), and death (28%). **Conclusion:** Out of the analyzed women, 88% presented functional capacity 0 and 1, had no or mild restriction of daily activities, were multiply treated, and manifested manageable symptoms. Others, however, presented moderate to severe clinical complications during the treatment, progressing to exclusive palliative care or death.

DESCRIPTORS

Breast Neoplasms; Palliative Care; Drug Therapy; Oncology Nursing.

Autor correspondente:

Suzy Ramos Rocha
Rua Rio Araguaia, 699, Jardim Iracema
CEP 60340-000 – Fortaleza, CE, Brasil
suzy_veras@hotmail.com

Recebido: 15/02/2020
Aprovado: 23/09/2020

INTRODUÇÃO

O câncer de mama corresponde à neoplasia de maior incidência e elevada taxa de mortalidade entre as mulheres no mundo. No Brasil, a estimativa para o biênio 2018-2019 é de 59.700 casos novos e há tendência de crescimento na mortalidade por esse agravo⁽¹⁻³⁾. Quando diagnosticado em estágio inicial (I e II), apresenta bom prognóstico e elevada taxa de cura. Em contrapartida, os estágios avançados (III e IV), que correspondem a 38% das neoplasias mamárias diagnosticadas no Brasil, estão associados a um pior prognóstico e baixa sobrevida⁽⁴⁾, o que direciona os esforços terapêuticos para cuidados paliativos ampliados ou exclusivos⁽²⁾.

Positivamente, a proposta paliativa de tratamento avançou nas últimas décadas, possibilitando o controle de sintomas por meio de avaliação multidimensional e implementação de intervenções específicas, como cirurgia, hormonioterapia, terapia biológica, radioterapia, quimioterapia e cuidados de suporte⁽⁵⁻⁷⁾, todas com finalidade paliativa. Estas mostraram-se efetivas no controle do câncer metastático e tornam-se mais eficazes quando integradas ao tratamento oncológico padrão desde o diagnóstico da doença⁽⁸⁾.

A quimioterapia com finalidade paliativa permanece sendo uma importante opção sistêmica de tratamento para tumores mamários avançados pela redução do tamanho da massa tumoral, com consequente redução dos sintomas e melhora da sobrevida, e sua aplicação pauta-se na biologia tumoral, que engloba as características histológicas (diferenciação, mitose e progressão) e moleculares do tumor (presença de receptores hormonais, superexpressão do receptor de crescimento epidérmico humano tipo 2 - HER2 - e expressão gênica - Luminal A, Luminal B, HER e Basal-like), bem como no estado geral de saúde do paciente⁽⁷⁻⁸⁾. Além disso, o protocolo terapêutico adotado, a dose e a via de administração também devem ser considerados, o que requer cuidado e monitoramento, uma vez que podem afetar negativamente a condição funcional do paciente pela toxicidade do medicamento e ocorrência de efeitos colaterais graves que se sobressaem aos potenciais benefícios⁽⁷⁻⁸⁾.

A oferta de tratamento quimioterápico para o câncer de mama avançado é tarefa multiprofissional árdua e onerosa, com destaque para o profissional enfermeiro, cujo papel é fundamental para o sucesso da terapêutica, atuando no agendamento dos atendimentos, na previsão e provisão de recursos para implementação segura, na orientação do paciente e familiar acerca do esquema proposto, na avaliação individual pré-preparo da medicação, na conferência dos aspectos técnicos da prescrição e discussão de ajustes, administração das drogas, monitoramento e manejo de reações infusionais, avaliação do impacto das ações realizadas e na proposta de melhorias para o cuidado clínico^(6,9-11).

Nessa perspectiva, para minimizar danos e avaliar a tolerância ao tratamento oncológico, são utilizados preditores que avaliam o quanto a doença e o tratamento afetam as habilidades de vida diária do paciente e norteiam

a continuidade ou não da terapêutica⁽¹²⁻¹³⁾. A Escala Performance Status (PS) é um instrumento elaborado junto ao Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG)⁽¹⁴⁻¹⁵⁾, com a finalidade de avaliar o estado funcional de pacientes com câncer a partir da identificação da capacidade de realizar atividades cotidianas, presença de sintomas da doença e grau de autonomia requerido para cuidados rotineiros^(13,16). Essa escala é de fácil aplicação e tem sido amplamente empregada na oncologia como ferramenta prognóstica, oferecendo subsídios para definição do tratamento oncológico⁽¹³⁾.

Não obstante, poucos estudos monitoraram o estado funcional de pacientes com câncer de mama submetidas à quimioterapia^(4,9,12,17-18). Tendo em vista as atribuições da enfermagem na assistência oncológica, a importância do câncer de mama no cenário nacional e a carência de produções científicas sobre o comportamento da doença avançada, o presente estudo tem por objetivo avaliar a capacidade funcional de mulheres com câncer de mama em quimioterapia paliativa.

MÉTODO

DESENHO DO ESTUDO

Estudo observacional transversal norteado pela ferramenta STROBE.

CENÁRIO

O estudo foi desenvolvido no serviço de quimioterapia da unidade hospitalar especializada em tratamento do câncer de mama de um instituto de referência nacional, localizado na cidade do Rio de Janeiro, durante o período de junho a setembro de 2019.

DEFINIÇÃO DA AMOSTRA

A amostra foi composta por mulheres com diagnóstico de câncer de mama localmente avançado ou com metástase à distância que realizaram quimioterapia paliativa ambulatorial durante o ano de 2018.

Consultando-se os registros do setor de quimioterapia, foi identificado um total de 5.566 doses de quimioterapias paliativas administradas no ano de 2018, uma média de 460 doses por mês. Tomando como referência a média de atendimento mensal, o cálculo estatístico estimou tamanho amostral de 210 prontuários. No entanto, devido ao término do prazo disponibilizado para a coleta de dados e restrição de recursos, optou-se por fazer amostragem não probabilística consecutiva, limitada aos cem prontuários inicialmente identificados, independentemente de estarem ativos ou inativos no período de coleta de dados.

Desse modo, incluíram-se os prontuários de pacientes com idade superior a dezoito anos e diagnóstico médico de câncer de mama com estágio clínico IV em quimioterapia paliativa durante o ano selecionado. A exclusão do estudo ocorreu para aquelas com incompletude de registro no prontuário acerca da quimioterapia administrada.

COLETA DE DADOS

A operacionalização da coleta de dados iniciou com o levantamento via intranet do registro de todas as pacientes submetidas à quimioterapia paliativa no período de 2018, seguido da solicitação dos prontuários que totalizariam a amostra para o arquivo médico. Por fim, foram levantados os dados referentes ao último esquema quimioterápico paliativo recebido pela paciente, bem como informações referentes à interrupção do tratamento, quando pertinente, e encaminhamento ou não à unidade de cuidados paliativos exclusivos. Para a extração dos dados, foi utilizado um roteiro estruturado desenvolvido pelas autoras, contendo 27 perguntas agrupadas em três blocos.

O primeiro bloco dizia respeito a características socioeconômicas, que incluíam: faixa etária (<40, 40 a 49, ≥50), etnia (branca, não branca), escolaridade (analfabeta/ensino fundamental, ensino médio, ensino superior), ocupação (empregada, desempregada, aposentada ou auxílio social), renda familiar (1 a 2 salários, ≥3 salários), estado civil (solteira, casada/união estável, divorciada ou viúva), rede de apoio (familiares, outros) e procedência (capital, interior).

O segundo bloco incluía estilo de vida e características de doenças pregressas e/ou atuais, cujas variáveis exploradas foram n.º de filhos (nulípara, 1 a 2 filhos, 3 filhos ou mais), tabagismo (sim ou ex-tabagista, não), etilismo (sim ou ex-etilista, não), comorbidades (hipertensão arterial sistêmica, outras), tipo histopatológico do tumor (carcinoma ductal invasivo, outra), grau histológico do tumor (1 ou 2, 3), receptor hormonal (sim, não), gene HER2 (sim, não), estágio do tamanho do tumor (T1, T2, T3, T4), local da metástase (osso, visceral e osso + visceral).

O terceiro bloco enfocava tratamento oncológico pregresso e atual, incluindo tratamento curativo ofertado (hormonioterapia, radioterapia, cirurgia, terapia com anticorpo monoclonal, quimioterapia neoadjuvante/adjuvante), início da quimioterapia paliativa (1998 a 2015, 2016, 2017, 2018–19), linhas de quimioterapia paliativa prescritas (1 a 2, 3 a 4, 5 a 6, >6), último esquema paliativo prescrito (5-fluorouracil, doxorrubicina, ciclofosfamida - FAC, ciclofosfamida, metotrexate e 5-fluoracil - CMF, Gencitabina+Cisplatina, Docetaxel, Paclitaxel, Capecitabina, Vinorelbine, Carboplatina, Gencitabina+Carboplatina), n.º de ciclos do último esquema (1 a 3, 4 a 6, 7 a 9, >9), interrupção do último ciclo (piora clínica ou progressão da doença, toxicidade, óbito), sintomas durante a quimioterapia paliativa (astenia, fadiga, dor, náuseas e/ou vômitos, inapetência, perda de peso, diarreia), complicações (neuropatias, síndrome de compressão medular, neutropenia), indicação de cuidados paliativos exclusivos (sim, não), tempo entre indicação de cuidados paliativos exclusivos e óbito (1 a 15, 16 a 30, 31 a 90 dias).

Para a avaliação da capacidade funcional dessas pacientes, considerou-se o valor do escore da *performance status*

(PS/ECOG), identificado nos registros de consultas médicas e de enfermagem realizadas durante o curso do tratamento, no ano de 2018. A escala PS/ECOG é mundialmente realizada na prática clínica oncológica para prognóstico, definição de terapêutica e previsão da qualidade de sobrevivência de pacientes oncológicos, sendo adotada na instituição onde o estudo foi conduzido.

Essa ferramenta foi traduzida oficialmente para o português em 2002 por um grupo de pesquisadores brasileiros do Instituto Nacional de Câncer, com o intuito de uniformizar a avaliação prognóstica e de sintomas relacionados ao tratamento oncológico no país⁽¹⁴⁾. Os escores de PS podem ser classificados em: índice 0 (totalmente ativo), 1 (restrição para atividade física extenuante, porém capazes de realizar um trabalho de natureza leve), 2 (capaz para o autocuidado, mas incapaz de realizar quaisquer atividades de trabalho; fora do leito por mais de 50% do tempo), 3 (capacidade de autocuidado limitada, restrito ao leito ou à cadeira mais de 50% do tempo de vigília), 4 (completamente limitado, não pode exercer qualquer autocuidado; restrito ao leito ou à cadeira) e 5 (morto)⁽¹³⁻¹⁴⁾.

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

A análise descritiva dos resultados amostrais foi processada no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0, explicitando as médias, as frequências absolutas e relativas. Em seguida, procedeu-se à análise univariada por meio do teste qui-quadrado de Pearson entre o desfecho (Capacidade Funcional pela Escala PS) e as demais variáveis, considerando o valor $p \leq 0,005$ para medida de significância.

ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi submetido à Plataforma Brasil e ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente, sendo aprovado com protocolo n.º 3.347.732 em 2019. Por se tratar de uma coleta realizada em prontuários, foi solicitada a dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Foram avaliados 100 prontuários de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico paliativo, cuja maioria tinha 50 anos ou mais de idade (66%), era não branca (64%), católica (50%), casada ou em união estável (57%), procedente da capital (52%), estava desempregada (62%), possuía renda familiar entre 1 a 2 salários mínimos (87%) e escolaridade abaixo do ensino médio (53%). Na Tabela 1, não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os dados socioeconômicos e as pontuações de *performance status* das participantes.

Tabela 1 – Perfil socioeconômico de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico paliativo, segundo *Performance Status* – Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019.

Características socioeconômicas	<i>Performance Status</i>						Total n(100)	P
	0		1		2			
	n(49)	%	n(39)	%	n(12)	%		
Idade em anos								
<40	5	10,2	2	5,1	2	16,2	9	0,280
40 a 49	9	18,4	14	35,9	2	16,2	25	
≥ 50	35	71,4	23	59,0	8	66,7	66	
Etnia								
Branca	17	34,7	14	35,9	5	41,7	36	0,903
Não branca	32	65,3	25	54,1	7	58,3	64	
Escolaridade								
Analfabeto ou ensino fundamental	23	46,9	21	53,8	9	75,0	53	0,074
Ensino médio	22	44,9	10	25,6	3	25,0	35	
Ensino superior	4	8,2	8	20,5	0	0,0	12	
Ocupação								
Empregada	5	10,2	3	7,7	2	16,7	10	0,835
Desempregada	30	61,2	24	61,5	8	66,7	62	
Aposentada ou auxílio social	14	28,6	12	30,8	2	16,7	28	
Renda familiar em salários mínimos								
1 a 2	43	87,8	32	82,1	12	100,0	87	0,264
≥ 3	6	12,2	7	17,9	0	0,0	13	
Estado civil								
Solteira	12	24,5	10	25,6	3	25,0	25	0,517
Casada ou união estável	27	55,1	21	53,8	9	75,0	57	
Divorciada ou viúva	10	20,4	8	20,5	0	0,0	18	

Na investigação da história reprodutiva, constatou-se que 63% das participantes tinham um ou dois filhos, 19% tinham três ou mais e 18% eram nulíparas. Tabagismo ou cessação do consumo de tabaco foi informado por 28% delas e 26% alegaram ser etilistas ou ex-etilistas. Cerca de metade da amostra apresentava comorbidade (45%); 37,8% (17) das

mulheres com PS 0, 44,4% (20) com PS 1 e 17,8% (8) com PS 2 alegaram doença pregressa ($p=0,109$), sendo hipertensão arterial sistêmica a mais frequente (38%).

A Tabela 2 apresenta as características de comportamento do câncer de mama segundo *Performance Status*.

Tabela 2 – Características do comportamento do câncer de mama em mulheres submetidas a quimioterapia paliativa, segundo *Performance Status* – Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019.

Características do câncer de mama	<i>Performance Status</i>						Total n(100)	P
	0		1		2			
	n(49)	%	n(39)	%	n(12)	%		
Tipo histológico do tumor								
Carcinoma ductal invasivo	46	93,9	37	94,9	12	100,0	95	0,683
Outros	3	6,1	2	5,1	0	0,0	5	
Grau histológico do tumor								
1 ou 2	32	65,3	19	48,7	6	50,0	57	0,258
3	17	34,1	20	51,3	6	50,0	43	
Receptor hormonal								
Sim	29	59,2	28	71,8	7	58,7	64	0,430
Gene receptor de crescimento epidérmico humano tipo 2								
Não	22	44,9	32	82,1	9	75,0	63	0,001
Estádio do tamanho do tumor								
T1	1	2,0	0	0,0	0	0,0	1	0,925
T2	8	16,3	9	23,1	3	25,0	20	
T3	11	22,4	8	20,5	3	25,0	22	
T4	29	59,2	22	56,4	6	50,0	57	
Local da metástase								
Osso	4	8,2	3	7,7	0	0,0	7	0,716
Visceral	21	42,9	18	46,2	4	33,3	43	
Osso + visceral	24	49,0	18	46,2	8	66,7	50	

Os dados da Tabela 2 sobre a característica de comportamento do câncer de mama da amostra demonstram diferença estatisticamente significativa para a ausência da superexpressão de HER2 entre mulheres com PS 0, 1 e 2. Dentre as 37 participantes que tinham registro de superexpressão de HER2, apenas 46% (16) tinham idade \leq 50 anos. Predominou no agrupamento o carcinoma ductal invasivo (95%), com grau histológico 1 ou 2 (57%) e 3 (47%), receptor hormonal positivo (64%), gene HER 2 negativo (63%), tamanho tumoral T4 (57%), acometimento de linfonodos N1 (56%), com metástases principalmente para osso (57%),

pele (44%), linfonodos locorreionais (42%), fígado (38%) e pulmão (37%).

Tratamento oncológico pregresso à quimioterapia paliativa ocorreu para 75% das pacientes, com destaque para hormonioterapia (65%), radioterapia (57%), cirurgia (55%) e terapia com anticorpo monoclonal (10%). A aplicação de quimioterapia neoadjuvante ocorreu em 38% da amostra, enquanto a adjuvante foi feita para 87% dela, não incidindo diferença significativa entre estas e PS 0, 1 e 2, que foi respectivamente $p=0,800$ e $p=0,798$. Dados sobre a quimioterapia paliativa prescrita para as participantes são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 – Perfil de quimioterapia paliativa prescrita para mulheres com câncer de mama, segundo *Performance Status* – Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019.

Quimioterapia paliativa	Performance Status						Total n(100)	P
	0		1		2			
	n(49)	%	n(39)	%	n(12)	%		
Ano de início								
1998 a 2015	6	12,2	8	20,5	4	33,3	18	0,506
2016	4	8,2	4	10,3	2	16,7	10	
2017	10	20,4	9	23,1	1	8,3	20	
2018–19	29	59,2	18	46,2	5	41,7	52	
Linhas prescritas								
1 a 2	23	46,9	8	20,5	4	33,3	35	0,0053
3 a 4	18	36,7	18	46,2	3	25,0	39	
5 a 6	6	12,2	6	15,4	4	33,3	16	
> 6	2	4,1	7	17,9	1	8,3	10	
Último esquema prescrito								
FAC*	1	2,0	1	2,6	0	0,0	2	0,322
CMF**	6	12,2	5	12,8	1	8,3	12	
Gencitabina+Cisplatina	11	22,4	10	25,6	4	33,3	25	
Docetaxel	17	34,7	7	17,9	3	25,0	27	
Paclitaxel	7	14,3	7	17,9	2	16,7	16	
Capecitabina	4	8,2	3	7,7	0	0,0	7	
Vinorelbine	2	4,1	5	12,8	0	0,0	7	
Carboplatina	1	2,0	0	0,0	2	16,7	3	
Gencitabina + Carboplatina	0	0,0	1	2,6	0	0,0	1	
N.º de ciclos do último esquema								
1 a 3	8	16,3	13	33,3	7	58,3	28	0,115
4 a 6	18	36,7	13	33,3	2	16,7	33	
7 a 9	11	22,4	5	12,8	2	16,7	18	
>9	12	24,5	8	20,5	1	8,3	21	

*FAC: 5-fluorouracil, doxirubicina, ciclofosfamida; **CMF: Ciclofosfamida, metotrexate e 5-fluorouracil

Apesar do valor de PS registrado em prontuário pelos profissionais do serviço, houve 71% de interrupção do último ciclo quimioterápico paliativo, principalmente por piora

clínica ou progressão da doença (48%), toxicidade (12%) e óbito (12%). A sintomatologia e as emergências oncológicas em vigência de tratamento são apresentadas na Tabela 4.

Tabela 4 – Sintomatologia e emergências oncológicas de mulheres com câncer de mama em quimioterapia paliativa, segundo *Performance Status* – Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019.

Alterações clínicas	Performance Status						Total n(100)	p
	0		1		2			
	n(49)	%	n(39)	%	n(12)	%		
Sintomas mais frequentes no último esquema								
Astenia	29	59,2	28	71,8	11	91,7	68	0,078
Fadiga	22	44,9	24	61,5	9	75,0	55	0,099
Dor	24	49,0	22	56,4	7	58,3	53	0,727
Náuseas e vômitos	24	49,0	20	51,3	9	75,0	53	0,260
Inapetência	10	20,4	15	38,5	11	91,7	36	0,000
Perda de peso	9	18,4	14	35,9	9	75,0	32	0,001
Neuropatias	16	32,7	12	33,3	2	16,7	31	0,518
Diarreia	11	22,4	9	23,1	1	8,3	21	0,516
Emergência oncológica								
Síndrome de compressão medular	8	16,3	8	20,5	4	41,7	21	0,154
Neutropenia	3	6,1	5	12,8	1	8,3	9	0,550
Óbito	7	14,3	15	38,5	6	50,0	28	0,008

Indicação de cuidados paliativos exclusivos foi feita a 10,2% (5) das mulheres com PS 0, 17,9% (7) com PS 1 e 16,7% (2) com PS 2. Dentre os 28% (28) de desfechos de óbito no período investigado, apenas 28,6% (8) foram encaminhados para cuidados paliativos exclusivos em unidade especializada ($p=0,014$), para as quais o tempo médio entre o encaminhamento e a evolução para o óbito foi de 36 dias, sendo observado um período de 1 a 15 dias para 37,5% (3) dessas mulheres, de 16 a 30 dias para 37,5% (3) delas e, para os 25% (2) restantes, o tempo dispendido até o óbito foi de 31 a 90 dias.

DISCUSSÃO

Dados dos registros hospitalares de câncer do Brasil entre 2010 e 2017 demonstram que cerca de 88.972 mulheres com câncer de mama fizeram tratamento quimioterápico paliativo exclusivo⁽²⁾. Essa informação salienta a relevância de investigações que possibilitem compreender o perfil da população submetida a quimioterapia paliativa e os fatores associados ao melhor desfecho terapêutico, posto que tende a contribuir para avanços na assistência no Sistema Único de Saúde.

As condições socioeconômicas podem se constituir em barreiras para o acesso oportuno aos serviços de saúde ou para a continuidade da assistência. Na amostra estudada, houve prevalência de mulheres acima de 50 anos, casadas ou em união estável, com renda de um a dois salários mínimos e baixa escolaridade. Os resultados encontrados conferem com o perfil esperado para países em desenvolvimento e com os achados de estudos que avaliaram o perfil de mulheres com câncer de mama em terapia paliativa^(8,16,19).

Em relação à escolaridade e renda, os dados encontrados seguem a mesma tendência apresentada por outras

investigações, as quais indicam que pacientes com câncer em estágio avançado possuíam baixa escolaridade e baixa renda^(8,16,19). A maioria das mulheres não era tabagista ou etilista e apresentava hipertensão arterial sistêmica como principal comorbidade associada. Esses achados também foram identificados em outros estudos^(16,19).

Assim, os aspectos socioeconômicos detectados denotam a necessidade de adequação da linguagem empregada nos atendimentos ao grau de compreensão das pacientes, informam a possibilidade do envolvimento da rede de apoio (cônjuge, filhos ou outros familiares) e incentivam sobrepujar gastos com deslocamentos para consultas de seguimento por meio da interlocução com a equipe da atenção primária à saúde e com monitoramento telefônico dos casos com maior suscetibilidade clínica e/ou social.

Em se tratando dos aspectos tumorais, os achados evidenciaram uma prevalência de carcinoma ductal invasivo (CDI), estágio para o tamanho do tumor T4, com metástases óssea e viscerais, grau histológico 1 ou 2, receptores hormonais positivos e ausência de expressão do gene HER2. O CDI também foi o principal tipo histopatológico identificado em outros estudos^(16,19-20), realizados, respectivamente, com 1.146, 12.689 e 124 mulheres em diversas regiões do país e, segundo o INCA⁽¹⁾, é o tipo histopatológico mais comum, compreendendo cerca de 80 a 90% do total de casos.

Tumores com qualquer dimensão e com extensão direta à parede torácica ou à pele (classificação T4) frequentemente acompanham progressão da doença para os ossos e vísceras em casos considerados paliativos e, como consequência da invasão óssea, há propensão para a síndrome de compressão medular, tal como encontrado na amostra. Ademais, a elevada taxa de metástases tumorais pode gerar limitações e

sofrimento, ensejando vigilância e manejo contínuo da equipe de saúde, no intuito de ampliar a sobrevivência.

Em relação à análise molecular do tumor, os resultados correspondem ao esperado para mulheres na faixa etária identificada, uma vez que apresentaram grau histológico 3, presença de receptores hormonais e ausência de superexpressão do gene HER2, que, por sua vez, teve associação estatisticamente significativa à capacidade funcional. Esse receptor transmembrana é necessário à proliferação e à sobrevivência das células normais, estando superexpresso em cerca de 20% das células carcinomatosas de mama, com predomínio de mulheres mais jovens, o que confere maior agressividade e resistência aos tratamentos quimioterápicos^(2,19).

Na instituição estudada, a quimioterapia paliativa foi prescrita, em sua maioria, para mulheres com PS0 e PS1 e com capacidade funcional bem preservada, desde 2017, perpassando uma média de uma a quatro linhas de quimioterápicos, com destaque para as drogas docetaxel e gemzar com cisplatina. Astenia, fadiga, dor, náuseas e vômitos acometeram mais da metade do grupo investigado e neuropatia e óbito foram as complicações mais prevalentes.

Essas informações sugerem que a maioria das mulheres com câncer de mama avançado foi politratada, apesar de, ainda assim, apresentar capacidade funcional preservada, sendo submetida a tratamento quimioterápico longo e manifestando muitos sintomas manejáveis. Além disso, ao comparar as mulheres com condição funcional melhor (PS0 e PS1) em relação às que estavam piores (PS2), observa-se que todas foram sujeitadas a número de linhas e esquemas de quimioterapia semelhantes; todavia, as com PS2 tiveram taxas mais elevadas para seis dos sete sintomas avaliados e mais óbitos.

Percebeu-se também que cerca de 25% das participantes receberam outros tratamentos oncológicos previamente e que poucas foram encaminhadas para cuidados paliativos exclusivos. Na comparação desses dados segundo PS, significância estatística foi encontrada para linhas de quimioterapias prescritas ($p=0,005$), inapetência ($p=0,000$) e perda de peso ($p=0,001$).

A quimioterapia citotóxica paliativa é necessária para pacientes com câncer de mama metastáticos, por melhorar a qualidade da sobrevida. No entanto, observou-se que a interrupção do esquema utilizado se deu por piora clínica ou progressão de doença em 48% da amostra. Em um estudo realizado com 240 mulheres com câncer de mama metastático, evidenciou-se que cerca de 5-17% das pacientes resistentes à primeira linha de tratamento apresentaram resistência nas linhas subsequentes, afetando significativamente a sobrevida média livre de progressão, sendo observado um período livre de progressão de 7,6 meses para pacientes na primeira linha de tratamento, 5,1 meses na segunda linha de tratamento e 3,6 meses para a terceira linha de tratamento⁽²¹⁾. Assim, percebe-se que a troca de esquema terapêutico motivada pela quimiorresistência se soma aos efeitos dos tratamentos prévios e gera toxicidade cumulativa, situação constatada no estudo, principalmente para as com PS2.

A sintomatologia e as complicações oncológicas em vigência de tratamento quimioterápico encontradas apresentam

relação comprovada na literatura com a capacidade funcional e com a qualidade de vida do paciente metastático^(2,8,21-22). Nessa direção, mapear os sintomas mais comuns auxilia no planejamento de cuidados e em seu manejo adequado, melhorando a funcionalidade e qualidade de sobrevida durante a terapia paliativa^(5,8).

Chama a atenção a indicação de cuidados paliativos domiciliares no país; durante o período de 2013 a 2015, 45% da demanda assistencial foi gerada pela atenção básica e cerca de 20% por centros oncológicos⁽²³⁾. Para as mulheres com câncer de mama avançado assistidas no serviço de quimioterapia da instituição investigada, a proposição de cuidados paliativos exclusivos alcançou a minoria delas e houve indícios de que tenha sido feita tardiamente, posto que o óbito ocorreu entre 1 a 30 dias após sua solicitação. Transpor as ineficiências sinaladas exige supervisão contínua da degradação clínica de forma a antever, atenuar ou impedir que o fato se torne irreversível.

Os achados apresentados limitam-se ao cenário em que o estudo foi realizado, os quais tendem a diferir de outros serviços. Considera-se também que os dados foram extraídos de fonte secundária, estando sujeitos às fragilidades de completude e de padronização dos registros de informações dos profissionais desse serviço.

CONCLUSÃO

A análise do perfil socioeconômico e clínico de pacientes com câncer de mama em quimioterapia paliativa revelam a predominância de mulheres acima de 50 anos, com baixos níveis de escolaridade e de renda familiar, com prevalência de carcinoma ductal invasivo e receptores hormonais positivos e grau histológico 1 e 2; 88% das mulheres apresentaram capacidade funcional 0 e 1, sem ou com restrição leve das atividades diárias, que, por sua vez, teve associação à ausência de superexpressão de HER 2, ao número de linhas quimioterápicos paliativos utilizadas e à sintomatologia apresentada.

A análise da capacidade funcional dessas pacientes contribui para a compreensão de características e necessidades que são fundamentais ao planejamento e à implementação de uma assistência que promova a ampliação da qualidade da sobrevida. Apesar de o perfil identificado ser de mulheres politratadas, os sintomas manifestados eram manejáveis, o que propiciou o desenvolvimento de suas atividades diárias. Outras, no entanto, apresentaram complicações clínicas moderadas a graves em vigência de tratamento, evoluindo tardiamente para cuidados paliativos exclusivos ou óbito, contrapondo-se à premissa de palição.

As evidências adquiridas permitiram compreender as condições socioeconômicas e clínicas de mulheres com câncer avançado em tratamento quimioterápico, destacando os aspectos de vulnerabilidade social, as fragilidades na assistência prestada e os fatores que mais interferem na capacidade funcional desse público. Diante dos achados, recomenda-se a realização de novos estudos que possam fortalecer o preceito de palição e favorecer a modificação dos processos de trabalho a fim de atender à demanda, com a adequação do fluxo assistencial, monitoramento de indicadores da capacidade funcional das pacientes e suporte social ampliado.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a capacidade funcional de mulheres com câncer de mama em quimioterapia paliativa. **Método:** Estudo transversal, realizado a partir da análise de prontuários de mulheres com câncer de mama em quimioterapia paliativa. **Resultados:** Dos cem prontuários avaliados, a maioria registrava 50 anos ou mais (66%), nível fundamental (53%), renda de 1 a 2 salários mínimos (87%), carcinoma ductal invasivo (95%), hormônio positivo (64%) e grau histológico 1 e 2 (57%). Prevaleram *performance status* 0 (49%), 1 (39%) e 2 (12%), que implicam, respectivamente, pacientes ativos, com restrição leve e restrição moderada de atividades. Associaram-se de um a quatro esquemas quimioterápicos aos sintomas inapetência ($p=0,00$) e perda de peso ($p=0,001$). As principais complicações foram neuropatia (31%), síndrome de compressão medular (21%), neutropenia (9%) e óbito (28%). **Conclusão:** 88% das mulheres apresentaram capacidade funcional 0 e 1, sem ou com restrição leve das atividades diárias, eram politratadas e manifestaram sintomas manejáveis. Outras, no entanto, apresentaram complicações clínicas moderadas a graves em vigência de tratamento, evoluindo para cuidados paliativos exclusivos ou óbito.

DESCRITORES

Neoplasias da Mama; Cuidados Paliativos; Tratamento Farmacológico; Enfermagem Oncológica.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la capacidad funcional de mujeres con cáncer de mama en quimioterapia paliativa. **Método:** Estudio transversal, realizado a partir del análisis de historias clínicas de mujeres con cáncer de mama en quimioterapia paliativa. **Resultados:** De las cien historias clínicas evaluadas, la mayoría registró 50 años o más (66%), educación fundamental (53%), ingresos de 1 a 2 salarios mínimos (87%), carcinoma ductal invasivo (95%), receptor hormonal positivo (64%) y grados histológicos 1 y 2 (57%). Predominaron los *performance status* 0 (49%), 1 (39%) y 2 (12%), que implicaban, respectivamente, pacientes activos, con restricción leve y restricción moderada de la actividad. De uno a cuatro regímenes de quimioterapia se asociaron con síntomas de inapetencia ($p=0,00$) y pérdida de peso ($p=0,001$). Las principales complicaciones fueron neuropatía (31%), síndrome de compresión medular (21%), neutropenia (9%) y defunción (28%). **Conclusión:** el 88% de las mujeres tenían capacidad funcional 0 y 1, sin o con leve restricción de las actividades diarias, eran politratadas y mostraban síntomas manejables. Otros, sin embargo, presentaron complicaciones clínicas de moderadas a graves durante el tratamiento, evolucionando a cuidados paliativos exclusivos o a la defunción.

DESCRIPTORES

Neoplasias de la Mama; Cuidados Paliativos; Quimioterapia; Enfermería Oncológica.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2017 [citado 2020 jan. 24]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2018-incidencia-de-cancer-no-brasil>
2. Brasil. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2019 [citado 2020 jan. 24]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/medias/document/a_situacao_ca_mama_brasil_2019.pdf
3. Couto MAS, Guerra MR, Firme VAC, Bustamante-Teixeira MT. Comportamento da mortalidade por câncer de mama nos municípios brasileiros e fatores associados. Rev Panam Salud Pública. 2018;41:e168. doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.168>
4. Höfelmann DA, Anjos JC, Ayala AL. Sobrevida em dez anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Joinville, Santa Catarina, Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2014;19(6):1813-24. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014196.03062013>
5. Back AL, Park ER, Greer JA, Jackson VA, Jacobsen JC, Gallagher ER, et al. Clinician roles in early integrated palliative care for patients with advanced cancer: a qualitative study. J Palliat Med. 2014;17(11):1244-9. doi: 10.1089/jpm.2014.0146
6. Markus LA, Betiolli SE, Souza SJP, Marques FR, Migoto MT. A atuação do enfermeiro na assistência ao paciente em cuidados paliativos. Rev Gestão Saúde [Internet]. 2017 [citado 2020 jan. 24];17(1):71-81. Disponível em: <http://www.herrero.com.br/files/revista/file808a997f5fc0c522425922dc99ca39b7.pdf>
7. Cardoso F, Senkus E, Costa A, Papadoulou E, Aapro M, André F, et al. 4th ESO-ESMO International Consensus Guidelines for Advanced Breast Cancer (ABC 4). Ann Oncol. 2018;29:1634-57. doi: 10.1093/annonc/mdy192
8. Souza RS, Simão DAS, Lima EDRP. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes atendidos em um serviço ambulatorial de quimioterapia paliativa em Belo Horizonte. REME Rev Min Enferm [Internet]. 2012 [citado 2020 jan. 24];16(1):38-47. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/498>
9. Cirilo JD, Silva MM, Fuly PSC, Moreira MC. A gerência do cuidado de enfermagem à mulher com câncer de mama em quimioterapia paliativa. Texto Contexto Enferm. 2016;25(3):e4130015. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07022016004130015>
10. Silva MCN, Machado MH. Sistema de Saúde e Trabalho: desafios para a Enfermagem no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2020;25(1):7-13. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020251.27572019>
11. Galassi A, Challinor J. Strengthening the oncology nursing workforce in low- and middle-income countries to address the growing cancer burden. Lancet Oncol. 2015;16(8):887-8. doi: [http://doi.org/10.1016/S1470-2045\(15\)00144-8](http://doi.org/10.1016/S1470-2045(15)00144-8)
12. Elias TC, Mendes LC, Soares MBO, Haas VJ, Silva SR. Influência de variáveis clínicas na capacidade funcional de mulheres em tratamento quimioterápico. Esc Anna Nery. 2015;19(4):571-7. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150076>
13. Pereira EEB, Santos NB, Sarges ESNF. Avaliação da capacidade funcional do paciente onco geriátrico hospitalizado. Rev Pan Amaz Saúde. 2014;5(4):37-44. doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S2176-62232014000400005>
14. Saad ED, Hoff PM, Carnelós RP, Katz A, Novis YAS, Pietrocola M, et al. Critérios comuns de toxicidade do Instituto Nacional do Câncer dos Estados Unidos. Rev Bras Cancerol [Internet]. 2002 [citado 2020 jun. 01];48(1):63-96. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_48/v01/pdf/artigo6.pdf

15. Oken MM, Creech RH, Tormey DC, Horton J, Davis TE, Mcfadden ET, et al. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol*. 1982;5(6):649-55.
16. Visentin A, Mantovani MF, Kalinke LP, Boller S, Sarquis LMM. Palliative therapy in adults with cancer: a cross-sectional study. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(2):252-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0563>
17. Lopes JV, Bergerot CD, Barbosa LR, Calux NMCT, Elias S, Ashing KT. Impacto do câncer de mama e qualidade de vida de mulheres sobreviventes. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(6):2916-21. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0081>
18. Coelho RCFP, Garcia SN, Marcondes L, Silva FAJ, Paula A, Kalinke LP. Comprometimento da qualidade de vida de mulheres com câncer de mama submetidas a quimioterapia no atendimento público e privado. *Invest Educ Enferm*. 2018;36(1):e4. doi: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v36n1e04>
19. Sousa MM, Figueredo SB, Fernandes RM. Perfil clínico-epidemiológico de mulheres com neoplasia de mama atendidas no hospital regional de referência no município de Araguaína-TO no período de 2000 a 2015. *Desafios Rev Interd UFT*. 2016;2(2):283-306. doi: [10.20873/uft.2359-3652.2016v2n2p283](https://doi.org/10.20873/uft.2359-3652.2016v2n2p283)
20. Pinheiro AB, Lauter DS, Medeiros GC, Cardozo IR, Menezes LM, Souza RMB, et al. Câncer de mama em mulheres jovens: análise de 12.689 casos. *Rev Bras Cancerol [Internet]*. 2013 [citado 2020 jan. 24];59(3):351-9. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/500>
21. Park IH, Lee KS, Ro J. Effects of second and subsequent lines of chemotherapy for metastatic breast cancer. *Clin Breast Cancer*. 2015;15(1):55-63. doi: [10.1016/j.clbc.2014.09.001](https://doi.org/10.1016/j.clbc.2014.09.001)
22. Färkkilä N, Torvinen S, Roine RP, Sintonen H, Hänninen J, Taari K, et al. Health-related quality of life among breast, prostate, and colorectal cancer patients with end-stage disease. *Qual Life Res*. 2014;23:1387-94. doi: [10.1007/s11136-013-0562-y](https://doi.org/10.1007/s11136-013-0562-y)
23. Atty ATM, Tomazelli JG. Palliative care in home care for cancer patients in Brazil. *Saúde Debate*. 2018;42(116):225-36. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811618>

