

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE CENTRO DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**



YTALLO JUAN OLIVEIRA CARDOZO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EM PACIENTES COM
CÂNCER DE MAMA
EXPERIÊNCIA EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA
EM ONCOLOGIA DE
ARACAJU-SE**

**Aracaju
2015**

YTALLO JUAN OLIVEIRA CARDOZO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EM PACIENTES COM
CÂNCER DE MAMA
EXPERIÊNCIA EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA
EM ONCOLOGIA DE
ARACAJU-SE**

Monografia apresentada ao colegiado do curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe, como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Dr. Valdinaldo Aragão de Melo

Aracaju

2015

YTALLO JUAN OLIVEIRA CARDOZO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EM PACIENTES COM
CÂNCER DE MAMA
EXPERIÊNCIA EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA
EM ONCOLOGIA DE
ARACAJU-SE**

Monografia apresentada ao colegiado do curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Medicina.

Aprovada em: __/__/__

Orientador: Prof. Dr. Valdinaldo Aragão de Melo

Autor: Ytallo Juan Oliveira Cardozo

**Aracaju
2015**

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me iluminar nos momentos mais difíceis dessa jornada, além de me proporcionar saúde, paciência, sabedoria e perseverança na realização deste trabalho.

Aos meus pais, Antônio Garibaldi e Vera Lúcia, pelo amor, carinho e apoio nos momentos mais difíceis e pelo imenso incentivo ao longo do curso e não sendo diferente nessa reta final para conclusão desta monografia.

Ao meu orientador Dr. Valdinaldo Melo pela paciência, cooperação e atenção que sempre me teve nesse momento final da conclusão de curso. Desde o início, sempre se mostrou com vontade de me ajudar em todos os momentos que precisei. **MUITO OBRIGADO, MESTRE!**

Ao meu co-orientador Dr. Flávio Cabral por ter me apresentado este trabalho e propôs a me ajudar na realização dessa monografia. Abdicou de seus momentos pessoais para estar ao meu lado dando o maior apoio científico.

Aos colegas da graduação Eduardo Hasman e Débora Maciel, por terem sido essenciais na realização da coleta de dados no Hospital Cirurgia. Muito obrigado por toda colaboração de vocês.

Aos funcionários da Oncohematos e ao Hospital Cirurgia que de forma direta ou indireta contribuíram para que esse trabalho fosse realizado.

Agradeço por fim a todos os pacientes que foram voluntários para participar deste trabalho, contribuindo imensamente para o conhecimento científico.

SIGLAS

MS – Ministério da Saúde

SBM – Sociedade Brasileira de Mastologia

INCA – Instituto Nacional do Câncer

WHO – World Health Organization

ACS – American Cancer Society

IMC – Índice de Massa Corpórea

NBOCC – National Breast and Ovarian Cancer Center

ACCGA – Associação de Combate ao Câncer em Goiás

FOSP – Fundação Oncocentro de São Paulo

FCECON – Fundação Centro de Controle de Oncologia do Amazonas

SBOC – American Society of Clinical Oncology

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

RBC – Revista Brasileira de Cancerologia

ACO – Anticoncepcional Oral

WCRF – World Cancer Research Fund

RBGO – Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

SUMÁRIO

REVISÃO DA LITERATURA.....	7
1.INTRODUÇÃO.....	7
2. FATORES DE RISCO.....	8
GÊNERO.....	9
IDADE.....	10
HISTÓRICO FAMILIAR.....	10
COR DA PELE.....	12
ESCOLARIDADE.....	13
RENDA FAMILIAR.....	14
USO DE ANTICONCEPCIONAL.....	15
OCUPAÇÃO.....	16
VÍCIOS.....	17
FILHOS.....	19
IMC.....	20
ESTADO CIVIL.....	21
PROCEDÊNCIA.....	21
ESTÁGIO MENOPAUSAL.....	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	24
NORMAS PARA PUBLICAÇÃO.....	34
ARTIGO CIENTÍFICO.....	42
RESUMO.....	43
ABSTRACT.....	43
INTRODUÇÃO.....	44
METODOLOGIA.....	45
RESULTADOS.....	46
DISCUSSÃO.....	49
CONCLUSÕES.....	59
REFERÊNCIAS.....	61

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

REVISÃO DA LITERATURA

1. INTRODUÇÃO

As mamas são formadas por tecido conectivo, gordura e tecido glandular que contém lóbulos e ductos. Estes lóbulos possuem estruturas anatômicas e fisiológicas onde ocorrem a produção do leite. O tecido mamário localiza-se desde a pele até a região formada por um sistema de linfonodos responsáveis pela drenagem linfática da mama (MS, 2006).

O câncer de mama caracteriza-se pelo crescimento incontrolável e anormal das células mamárias causado por alterações genéticas, ocorrendo tanto no ducto quanto nos lóbulos mamários. Os principais sinais e sintomas de câncer de mama são: nódulo na mama e/ou axila, os pacientes podem apresentar quadro de dor ou indolor, hipersensibilidade na mama, edema e alterações da pele (abaulamentos ou retrações) que recobrem a mama, além de secreção serosa ou sanguinolenta pelos mamilos (SBM, 2011).

Apesar de raro, em torno de 1% de homens podem ser acometidos pelo câncer de mama com as mesmas características sintomatológicas e histológicas do gênero feminino, porém a neoplasia mamária no homem ainda é muito pouco estudada num contexto geral da doença (HILL et al, 2005; FENTIMAN, 2006).

No Brasil, excluindo o câncer de pele não melanoma, o câncer de mama é o mais frequente em mulheres de todas as regiões do país, exceto na região Norte, onde o câncer do colo do útero ocupa a primeira posição. A neoplasia da mama é a maior causa de morte por câncer entre as mulheres e num contexto geral de doenças ficando atrás apenas das doenças cardíacas e cerebrovasculares em número de óbitos (MS, 2006; INCA, 2014).

A alta incidência da neoplasia mamária e os efeitos físicos ou psicológicos que esta comorbidade causa nas mulheres a tornam bastante temida em todo o mundo, tornando-se problema de saúde pública que cada vez mais aumenta as taxas de mortalidade. Nos pacientes que são acompanhados rotineiramente com medidas de controle e detecção precoce da

doença, esses efeitos físico-psicológicos e as taxas de mortalidade são reduzidos consideravelmente (SILVA E RIUL, 2011).

A cada ano, constata-se que mais de 01 milhão de pacientes são diagnosticados em todo o mundo e acima de 410.000 morrerão dessa doença. Em geral, a sobrevida média de pacientes com câncer de mama é superior a cinco anos (em países desenvolvidos como EUA, Canadá, Japão e alguns países da Europa ocidental) e diminui nos países em desenvolvimento como Argélia, Brasil e na Europa Oriental. É provável, que o maior número causa de óbitos por câncer de mama na população desses países em desenvolvimento seja pelo diagnóstico tardio da doença, a qual se encontra em estágio avançado (WHO, 2008; COUGHLIN, 2009).

Embora o Brasil possa refletir uma melhoria das técnicas de diagnóstico, ainda há falhas no rastreamento e controle da doença. Cerca de 60% dos casos em nosso país são diagnosticados em estágios avançados, pois não se dispõe de uma estrutura que garanta exames de rastreamento a todas as mulheres nas faixas etárias de maior risco, sendo um país com uma rede de assistência oncológica ainda insuficiente, inadequada e mal distribuída (LOPES, 1995; ABREU, 2002; MS, 2006).

O conhecimento e a compreensão acerca dos fatores de risco em pacientes com câncer de mama ganham importância na medida em que alguns deles são passíveis de modificações (ACS, 2009; ROMIEU & LAJOUS, 2009). Um elemento fundamental no rastreamento de mulheres que tenham predisposição ao câncer de mama é a obtenção de perfil epidemiológico, avaliando seu nível de risco para essa neoplasia (CHAGAS et al, 2011). Os fatores de risco relacionados à neoplasia mamária são: gênero, idade, histórico familiar, cor da pele, nível educacional, uso de anticoncepcionais, condições socioeconômicas, nível ocupacional, vícios, número de filhos, IMC, procedência, ciclo reprodutivo (INCA, 2014). Outros fatores como a presença dos genes *BRCA-1* e *BRCA-2*, hiperplasia mamária atípica, exposição à radiação, primeira gestação a termo após os 30 anos também representam aumento do risco para a ocorrência do câncer de mama (ACS, 2010).

2. FATORES DE RISCO

Controlar e identificar os fatores de risco são importantes e fazem a diferença no cenário atual, contribuindo de forma imprescindível na redução da morbimortalidade desses pacientes. O conhecimento da população alvo para o câncer de mama auxilia na identificação

de grupos de maior risco, os quais se beneficiariam com um programa sistemático de detecção precoce, diagnóstico e tratamento para a doença. O câncer de mama é uma patologia de origem multifatorial; resultado de alterações genéticas, hábitos de vida, fatores hormonais e ambientais (MS, 2014). De um modo geral, os fatores de risco podem ser divididos em: sociodemográficos e hormonais/reprodutivos.

GÊNERO

O câncer de mama constitui a neoplasia maligna mais frequente no gênero feminino, representando 23% de todos os casos mundiais. JEMAL et al (2011) e MS (2011) relataram que mais de um milhão de mulheres são diagnosticadas em todo o mundo e acima de 410.000 morrerão dessa doença a cada ano.

Indubitavelmente, o gênero feminino é fator de risco primordial para o desenvolvimento do câncer de mama. A maior quantidade de glândulas mamárias encontrada nas mulheres e sua maior exposição ao estrogênio predispõe às mesmas ao maior risco dessa neoplasia (THULER, 2003). As mulheres são mais suscetíveis a esses hormônios, então qualquer fator que eleve a taxa dos mesmos no organismo, aumenta o risco de adoecer por câncer de mama consideravelmente (ROBLES, 2001). Estrogênio e progesterona em desequilíbrio também podem desempenhar um papel no desenvolvimento do câncer. Para a mulher, o desequilíbrio hormonal pode ser um fator muito mais agravante no desenvolvimento do câncer de mama do que para o homem, devido ao ciclo reprodutivo feminino que naturalmente ocorre com períodos de desestabilidade hormonal ao longo da vida (DIMITRAKAKIS, 2002). Diferente do homem, o ciclo de vida reprodutiva da mulher favorece ao risco da neoplasia de mama, devido a: menarca precoce, menopausa tardia, uso prolongado de anticoncepcionais orais e uso de terapia de reposição hormonal (INCA, 2011). De modo geral, PINHO & COUTINHO (2007) relataram uma associação a uma exposição prolongada das células da mama a hormônios sexuais que podem levar a proliferação de células malignas.

A doença é pelo menos 100 vezes mais frequente entre as mulheres, e nos homens está principalmente relacionado aos que apresentam obesidade e hepatopatia crônica (THULER, 2003). Para o ano de 2015, o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2014) estima a ocorrência de cerca de 57 mil novos casos de câncer de mama para a população feminina com uma

incidência de 56 casos para cada grupo de 100.000 mulheres. Na população masculina é esperada cerca de 570 casos novos de câncer por ano, o que corresponde a 1% do número de casos de câncer de mama em comparação ao das mulheres (SBM, 2012).

IDADE

No Brasil, a idade média das mulheres com esta neoplasia é de 52,4 anos e o pior prognóstico (fisiopatologia mais agressiva, corroborando para estágios mais avançados de diagnóstico) estaria reservado às mulheres jovens com idade inferior a 35 anos (INCA, 2012). A idade, perde somente para a categoria de gênero, como fator de risco mais importante para o desenvolvimento do câncer de mama (GOMES, 1996). É um dos parâmetros de risco muito bem estabelecido na associação com o tumor de mama, pois provavelmente reflete os danos ao DNA acumulados durante a vida. No processo de envelhecimento celular, ocorre perda de eficácia ou até mesmo falência, dos processos regenerativos modulados imunologicamente e somados à exposição acumulativa aos diversos fatores de risco ao longo dos anos propiciam o desenvolvimento de alterações genéticas que culminam no fenótipo maligno (NBOCC, 2009).

INCA (2010) apontou que com o aumento da idade da mulher, dobra-se o risco de câncer de mama a cada dez anos vividos até a menopausa.

Diversos estudos apontam uma prevalência entre 60 e 70% de pacientes com câncer de mama numa faixa etária acima dos 50 anos. Com o aumento da expectativa de vida, aumenta-se também o risco de desenvolver o câncer de mama (ACCG, 2000; FOSP 2001; FCECON, 2002). AZZENA et al (1994) demonstraram uma curva monofásica com maior incidência por volta dos 50 anos. A Sociedade Brasileira de Mastologia estima que esse perfil de idade modificará e se estenderá a pacientes com 65 anos de idade, num total de dois terços dos doentes por volta do ano de 2030 (MS, 2008).

HISTÓRIA FAMILIAR

Já está bem estabelecido que a história familiar de câncer de mama coloca a mulher em um grupo de risco aumentado para desenvolvimento da doença e mesmo que este não seja

um fator passível de modificação, é primordial que essas pacientes-alvo recebam informações sobre os riscos aos quais estão expostas (INCA, 2009; ACS, 2010). Segundo o INCA (2011), a história familiar aumenta em duas a três vezes o risco de desenvolver câncer de mama. Corroborado por BRUNNER & SUDDARTH (2009) onde realizaram um estudo em que o histórico familiar de câncer em mulheres jovens (abaixo dos 50 anos) e com parentes de primeiro grau (mãe, filha ou irmã), aumenta o risco de câncer em duas vezes.

Quanto ao percentual na prevalência do histórico familiar, a literatura apresenta algumas divergências. HOSKINS et al (1995) afirmaram que até 20% das mulheres com câncer de mama têm uma história familiar positiva. Ainda de acordo com este trabalho, o qual foi realizado através de estudos transversais nos Estados Unidos com população de mulheres adultas, 5% a 10% apresentaram história familiar de primeiro grau de câncer de mama, sugerindo que essas mulheres herdaram uma mutação genética que as coloca em risco aumentado para o desenvolvimento de câncer de mama e de ovário. Uma revisão sistemática de 14 estudos selecionados sobre fatores de risco para o câncer de mama em mulheres brasileiras, concluiu-se que pouco se sabe sobre a prevalência da história familiar para câncer de mama, encontrando-se taxas de prevalência variando entre 3,7% a 13,10% (PINHO & COUTINHO, 2007).

Matos et al (2010) realizaram um estudo no Paraná com 439 mulheres, para descrever fatores de risco para o tumor de mama, e nesse grupo de pacientes foi encontrado que 2,3% possuíam mãe com história de câncer de mama, 3,9% com irmã acometida e 0,2% cuja filha apresentava a doença. A taxa para outro tipo de parentesco foi de 0,8%.

De acordo com a Associação Americana de Câncer, a maioria das mulheres com câncer de mama (aproximadamente 80%) não tem história familiar da doença e somente cerca de 5 a 10% dos casos de câncer de mama podem ser atribuídos a mutações genéticas (ACS, 2010). Os genes *breast cancer 1* (BRCA-1) e *breast cancer 2* (BRCA-2) estão relacionados com o aparecimento da doença (MS, 2010). Muitas vezes as mutações ocorrem nos genes *BRCA-1* e *BRCA-2*, implicando um elevado risco de desenvolver a doença, e sendo metade dos casos antes dos 50 anos de idade. Entretanto, observa-se que somente 01 em cada 1.000 mulheres apresenta este padrão de mutação (FLETCHER, 2003). História familiar de câncer de mama antes dos 40 anos, câncer de mama bilateral, câncer de ovário, câncer de mama masculino (parente em primeiro grau), demonstram que a predisposição genética é responsável por 10% dos casos de câncer de mama (MS, 2010).

O antecedente familiar é de fácil investigação em anamnese, por isso, é um dos principais indicadores para o desenvolvimento de um rastreamento diferenciado nas mulheres

que o apresentam, apesar de alguns trabalhos ainda apresentarem baixa prevalência relacionada à predisposição genética (PINHO & COUTINHO, 2007).

COR DA PELE

A classificação da cor da pele, geralmente, é um fator limitante, pois além do fato da população brasileira ser miscigenada, a informação da raça é auto classificada pela população o que caracteriza a predominância da cor parda na epidemiologia dos pacientes com câncer de mama em nosso país relatada pela grande parte da literatura (IBGE, 2010). O padrão classificatório da cor da pele no Brasil é frequentemente caracterizado pela indeterminação e subjetividade em sua aplicação. Constata-se, por exemplo, que quanto maior o status socioeconômica do indivíduo, mais recorrente é a possibilidade de se auto declarar da cor branca (CRUZ, 2006). BORGHESAN et al (2008) relataram que câncer de mama é mais prevalentes nas populações de mulheres brancas dos países industrializados e mais urbanizados, onde predomina um padrão socioeconômico mais elevado.

Diversos estudos apontam que nas regiões de nosso país onde possuem um padrão étnico-racial miscigenado, tiveram resultados em aproximadamente 70% de doentes da cor branca com câncer de mama, corroborando com outros dados apontados na literatura como os caucasianos possuindo a maior prevalência em pacientes com tal patologia (GENTIL et al, 2008).

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 invasivo e o triplo da mortalidade, quando comparadas a mulheres brancas (JHONSON, 2002). A raça negra está, em geral, associada a um fator de pior prognóstico quando comparada a outros grupos étnico-raciais, apontando como possíveis causas o diagnóstico tardio da doença, dificuldade no acesso à assistência terapêutica, às possíveis diferenças no tratamento e nos seus resultados (CRUZ & NOVAES 2006).

SCHNEIDER et al (2009) identificaram pior sobrevida no grupo de mulheres de etnia negra, seguida da cor parda, amarela e indígena em comparação com a cor branca, num risco relativo 84% maior. Ainda segundo SCHNEIDER et al (2009), em um trabalho com 27.377 mulheres de Cingapura e da Suécia mostrou que a raça branca é predominante no diagnóstico

do câncer de mama e apresenta maior sobrevida (77%) que as mulheres de raças negra, parda, amarela e indígena quando agrupadas (62%).

Devido ao grau de miscigenação no Brasil, esse tipo de estudo apresenta limitações inerentes ao que se convencionou denominar de classificação étnico-racial em pacientes com neoplasia de mama. Porém, é imprescindível um estudo sobre a classificação racial no Brasil, pois através dela é possível restringir que determinada população étnica é mais prevalente em determinada comorbidade (PERES et al, 2010).

ESCOLARIDADE

Assim como em qualquer patologia, mas em especial ao câncer de mama ao qual é mencionada nessa revisão de literatura, representa uma doença que necessite de grande adesão ao tratamento por parte de pacientes mais esclarecidos, e conseqüentemente obter melhores resultados no prognóstico dessa neoplasia (AGUIAR, 2008). O baixo nível educacional é apontado como um risco cerca de sete vezes mais elevado no número de óbitos entre mulheres analfabetas em comparação as que possuem ensino superior, pois devido a menor adesão e com diagnóstico tardio por parte das pacientes de menor escolaridade, colabora para o seu pior prognóstico (FELIX et al, 2007; HANNA, 2011).

Mulheres com nível superior têm sobrevida global em cinco anos equivalente a 92,2%; para as mulheres com escolaridade até o 2º grau a taxa cai para 84%; 1º grau, 73,6%; e analfabetas, para 56%. As mulheres analfabetas têm cerca de sete vezes mais risco de morrer do que as de nível superior. O aumento do nível de escolaridade aponta tendência à diminuição do risco de óbito (MS, 2005; MENDONÇA et al, 2009; SCHNEIDER, 2009).

DIAS et al (2007) relataram que em realização da prevenção secundária do câncer de mama, as mulheres com nove anos ou mais de ensino foram submetidas com maior frequência ao exame clínico das mamas do que as que estudaram durante o período de até quatro anos.

A baixa escolaridade é apontada nos estudos como um importante fator de risco para o diagnóstico tardio de tumores de mama, sendo que esses pacientes procuram tardiamente os serviços de saúde e conseqüentemente tornando-os mais vulneráveis a apresentarem tal patologia em processo avançado da doença (COLONNA, 2008; OLIVEIRA, 2011). Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 36,8% das mulheres sem

escolaridade e com idade superior a 24 anos haviam realizado o exame clínico das mamas contra 90% das mulheres na mesma faixa etária e com 15 anos ou mais de escolaridade. A realização de mamografias também esteve relacionada ao nível de escolaridade: apenas 24,3% das mulheres com idade superior a 24 anos e sem escolaridade realizaram o exame. Entretanto, 68,1% das mulheres na mesma faixa etária e com quinze anos ou mais de estudo, foram submetidas ao exame (MS, 2005).

RENDA FAMILIAR

Além do distúrbio físico e uma qualidade de vida psicossocial prejudicada em mulheres com câncer de mama, a literatura revela que para os pacientes provenientes de grupos populacionais de baixa renda, as consequências são drásticas. O diagnóstico tardio das neoplasias passíveis de detecção nos estágios iniciais por meio de rastreamento e as dificuldades de acesso tanto ao diagnóstico quanto ao tratamento adequado, são frutos da vulnerabilidade dessa classe de pacientes (JHONSON, 2002; LIMA 2011).

Estando associado a um estilo de vida financeiramente mais estressante, apresentando dificuldade econômica quanto aos serviços de saúde na prevenção da doença, a literatura aponta que o risco de câncer de mama é maior entre as mulheres em classe social de baixa renda (POLACEK et al, 2007).

PERES et al (2010) apresentaram em seus estudos uma associação entre as piores condições socioeconômicas e a autoavaliação da saúde na população. O impacto do câncer de mama é imenso para todas as mulheres, mas a literatura revela que para aquelas provenientes de grupos populacionais socioeconomicamente desprivilegiados, as consequências podem ser ainda piores (POLACEK et al, 2007).

Nos grupos de níveis socioeconômicos mais baixos pode ser inferida pela maior incidência de câncer em geral, pelas dificuldades de acesso ao tratamento adequado, pelo maior risco de óbito por tipos de câncer potencialmente curáveis e pelo não tratamento para o controle da dor e deficiência de outros cuidados paliativos (LUGINAAH, 2012). Os pacientes pertencentes à população menos favorecida e dependente do SUS são apontados como possíveis fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama, e apresentam quase o dobro de chance no diagnóstico tardio em relação às mulheres que possuíam planos de saúde (CRUZ, 2006; INCA, 2008). O nível socioeconômico é um dos importantes fatores

determinantes na realização das condutas preventivas para o câncer de mama; é pertinente uma associação entre pacientes com tumor de mama e baixo poder aquisitivo, pois quanto menor a renda familiar, menor o número de consultas e, conseqüentemente menos exames e tratamentos são realizados (SEGNAN, 1997).

Contrapondo-se aos trabalhos relatados anteriormente, CARVALHO et al (2009) apresentaram em seus trabalhos que quanto mais elevada a classe socioeconômica maior é a chance de desenvolver câncer de mama. O que se pode perceber também com o estudo de TIEZZI et al (2009) mostraram em seus trabalhos que com o aumento no poder aquisitivo da população também cresceram as taxas de desenvolvimento de câncer de mama, os quais estes não apresentaram explicação aparente de causa.

USO DE ANTICONCEPCIONAL

Os hormônios usados para a anticoncepção são os esteroides sexuais (estrógenos e progestágenos), podendo ser administrados por várias vias, sendo a mais frequente a via oral e cada um deles possuindo características próprias com efeitos metabólicos diferentes. Tais hormônios possuem bastante relação com as neoplasias malignas da mama, principalmente nos tumores com expressão de receptores de estrógenos e progesterona, que compreendem 70 a 80% (PAULINELLI, 2003). Mas existem tumores mamários que não possuem receptor desses hormônios (tipos basalóides e triplos negativos), os quais são mais frequentes em pacientes jovens e apresentam pior prognóstico (ALI, 2011).

A associação de ACO e câncer de mama invasivo ou *in situ* ainda não está completamente estabelecida, visto que os resultados dos muitos estudos ainda são inconsistentes e apresentam divergências na literatura. Alguns trabalhos mais antigos já sugeriam o aumento do risco do câncer de mama com o uso de anticontraceptivo hormonal, variando o risco relativo de 1,2 a 1,3 vezes (PAULINELLI, 2003). De acordo com *Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer* (1996) o uso de contraceptivos orais combinados expõe às mulheres a um risco 1,24 vezes maior de desenvolver o câncer de mama. Esse risco permanece por até 10 anos após a interrupção do uso (diminui com o passar do tempo) não havendo um risco significativo de ser diagnosticado com esse câncer após esse período (PHILLIPS, 2009). Segundo INCA(2010), há associação do uso de contraceptivos orais com o aumento do risco para a neoplasia da mama, em: subgrupos de mulheres que

usaram pílulas com dosagens elevadas de estrogênio, as que fizeram uso dessa medicação por longo período e as que usaram anticoncepcional em idade precoce. Para CRIPPA et al (2003) o risco se eleva quando as mulheres são jovens e usam o anticoncepcional por um período prolongado e com início precoce na menarca.

No estudo de caso-controle realizado por TESSARO et al(2001) no Rio Grande do Sul, não se obteve relação positiva entre o uso de contraceptivos orais e o câncer de mama. Outro estudo de caso-controle publicado no *New England Journal of Medicine* (2002), encontrou o mesmo resultado (MARCHBANKS, 2002). Os estudos realizados a partir de 2002 não observam maiores chances de ter câncer de mama pelo uso de anticoncepção hormonal (SCHUNEMANN et al, 2011). Já os estudos de FIGUEIREDO et al (2008) & MARCHBANKS et al (2002) não demonstraram aumento do risco de câncer de mama com o uso de contraceptivos orais, mesmo em portadoras de alterações genéticas (*BRCA-1* e *BRCA-2*).

Entretanto, atualmente vários trabalhos internacionais têm confirmado a associação entre câncer de mama, principalmente nas usuárias de terapia combinada com estrógeno e progesterona (TANNEN et al, 2008). Esse risco está também associado à hiperplasia ductal atípica (MENES et al, 2009). Com os novos contraceptivos em baixas doses de estrogênio, o potencial para desenvolver o câncer de mama é menor, e como os fatores são multicausais, o uso do anticoncepcional oral teria que estar associado a outros fatores exógenos, tais como o tabagismo e a obesidade (THULER, 2003). A explicação biológica para este efeito é que os contraceptivos orais aumentam a proliferação de células epiteliais normais e também de células malignas já presentes no tecido mamário, desta forma, o uso destes não induziria a neoplasia, mas aceleraria um processo que já iria ocorrer. O estudo de HANNAFORD et al (2010) com 46.112 pacientes acompanhadas por de trinta e nove anos, mostrou risco relativo de 0,94.

OCUPAÇÃO

Environmental Health (2012), fornece evidências sobre este tipo de fator de risco, confirmando que certas profissões representam um maior risco de câncer de mama do que outras, particularmente aquelas que expõem os trabalhadores ao agentes cancerígenos e que causem desequilíbrio endócrino. Os setores com maior risco foram agricultura, fabricação de

plásticos automotivos, de conservas de alimentos e metalurgia (BROPHY, 2002). Esses resultados destacam a importância de estudos ocupacionais na identificação e quantificação de fatores de risco ambientais e ilustra o valor de pesquisar as histórias ocupacionais de pacientes com neoplasia de mama (LUGINAAH, 2012). É preciso reavaliar limites de exposição profissional, inclusive regulamentando novas regras de proteção no ambiente de trabalho. Portanto, um assunto que recentemente era bastante negligenciado, precisa ser dado uma maior importância como fator de risco para esses pacientes (VILLENEUVE, 2011).

Cabe enfatizar que mesmo pacientes desempregados, porém os que exercem atividades domésticas e são expostos a inúmeras substâncias químicas potencialmente mutagênicas, incluindo os produtos químicos usados em serviços domésticos (detergentes, água sanitária, soda cáustica e inseticidas) são vulneráveis ao acometimento da neoplasia mamária (GUEMBAROVSKI, 2009). O trabalho doméstico foi por muito tempo ignorado socialmente, permitindo não se atentar aos riscos específicos que os serviços do lar representam e predispõe à saúde desses doentes (MOURÃO et al, 2008).

As características sociodemográficas e clínico-epidemiológicas de uma população composta por trabalhadores de serviço público instável no mercado de trabalho e que buscaram o serviço do hospital de referência com alterações mamárias, já haviam apresentado diagnóstico maligno da doença (MOURÃO et al, 2008). A literatura aponta o comprometimento da qualidade de vida desses pacientes ao realizar suas atividades laborais. O estresse dos doentes em relação à sua comorbidade e a redução na capacidade funcional dificultando suas funções laborais durante o tratamento, gerando conflitos em sua vida profissional e levando a um grande impacto em sua qualidade de vida (BASSEGIO et al 1999).

VÍCIOS

A relação entre fumo e câncer de mama apresenta-se divergente na literatura, pois enquanto alguns estudos não confirmam essa relação, outros demonstram laços estreitos dessa patologia e risco. Grande parte da literatura vigente vem contribuindo para que essa relação se torne cada vez mais consistente (ROMITO, 1997).

Os que contestam que ainda não há uma relação estreita, como o Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer (2002) onde observou que a associação entre

tabagismo e câncer de mama não é clara devido ao efeito diverso das bebidas alcoólicas quando estão associadas ao hábito de fumar. Nas análises realizadas com 22.225 mulheres com câncer de mama e 40.832 casos-controle que não eram etilistas, o risco de se acometer com tumor de mama em fumantes não diferiu significativamente do que em não-fumantes (CESTAR, 2005).

COLLISHAM et al (2009) mostrou que a maioria dos estudos não evidenciou uma associação significativa para o câncer de mama; entre poucos que demonstraram tal associação, o aumento de risco foi de 20% a 30%.

Entretanto, diversos estudos corroboram com o tabagismo sendo um dos fatores de risco ao câncer de mama (LOPES, 2002; COLLISHAW et al, 2009). Resultados apresentados na reunião anual da American Society of Clinical Oncology (ASCO, 2011) relataram que o risco de câncer de mama invasivo é maior nas mulheres fumantes em relação as não fumantes. Na relação entre tabagismo e câncer de mama tem se observado um aumento de 20 a 50% no risco dessa patologia, além disso está diretamente relacionada a fatores como alta intensidade e longa duração, assim como a uma idade precoce do início do hábito tabágico (LISSOWSKA, 2011). Um trabalho norte-americano onde revisou uma extensa lista de pesquisas publicadas recentemente sobre o tema, concluiu que a relação entre fumante e o câncer de mama na menacne ou na menopausa são consistentes entre ambos (CESTAR, 2005).

Já sobre o uso do álcool, mesmo em pequenas quantidades o consumo pode aumentar o risco de câncer de mama. A Literatura apresenta trabalhos nos quais a cada dose correspondendo a 14g de etanol ingerida por dia aumenta o risco deste tipo de câncer em cerca de 7% a 11% (MS, 2006). O consumo de 2 a 5 doses por dia aumenta 1,5 vezes o risco de neoplasia mamária. (ACS, 2012). O álcool é conhecido como fator de risco para o câncer de mama, possivelmente por ação indireta do acetaldeído (LIMA et al, 2001). Num estudo caso-controle realizado em Long Island, Nova York, o risco para câncer de mama aumentou em 40 a 45% para mulheres que consomem álcool com frequência (CANTINELLA et al, 2006). Apesar de vários estudos apresentarem discordância em seus resultados, qualquer tipo de vício deve ser evitado devido ao seu efeito danoso à saúde (BOWLIN et al, 1997).

FILHOS

Os riscos de câncer de mama em mulheres que tiveram prole constituída associada à prática da lactação (independente do tempo), diminuíram consideravelmente. Os estrógenos em atuação são fatores de risco para neoplasia mamária e a mulher no período anovulatório, assim como durante a amamentação, reduzem as atividades desse hormônios sobre o tecido mamário (MS, 2006). A lactação é fator protetor convincente para o câncer de mama, e a explicação para tal efeito está na ação das células imunológicas presentes no leite as quais realizariam um papel fundamental na eliminação das células neoplásicas (AGUIAR et al, 2012). WORLD HEALTH ORGANIZATION (WCRF, 2007) apresentou trabalhos nos quais referindo-se à lactação associada a um aumento da diferenciação das células mamárias e à menor exposição aos hormônios estrogênicos durante a amenorréia que acompanha a amamentação exclusiva. Além disso, a forte esfoliação do tecido mamário durante esse período e a apoptose maciça de células epiteliais ao final da amamentação, diminuem o risco pela eliminação de células cancerígenas que apresentam com danos ao DNA. O WCRF (2007) foi o primeiro relatório importante relacionado a fazer uma recomendação especificamente sobre amamentação e prevenção ao câncer de mama (CUNHA, 2012).

Contudo, não há consenso sobre o tempo de amamentação que exerce esta proteção. Estudos realizados nos principais países asiáticos, onde a lactação prolongada é mais frequente, foi evidenciada uma importante redução no risco de desenvolver a neoplasia de mama, estando associada ao maior tempo possível no período da lactação (CUNHA, 2012). O Brasil é uma nação que ainda apresenta o tempo de aleitamento menor que o preconizado, sendo essa mais uma contribuição importante para a alta taxa de câncer de mama encontrada no país (ESCOBAR & VASCONCELOS, 2002; PRETINCE et al, 2006; INUMARU, 2011).

GENTIL et al (2008) apresentaram resultados em seus estudos mostrando benefícios ao se ter um número maior de filhos, pois estes contribuem para que as mulheres aumentem as consultas ao ginecologista, o que favorece o acompanhamento e avaliação da sua saúde e reduzindo o índice de mal prognóstico desses doentes. Um estudo italiano concluiu que três ou mais gestações completas é um fator protetor convincente para o câncer de mama (DECARLI et al, 1996). Fato evidenciado também, em um estudo mineiro em casos-controle nas mulheres que tiveram quatro ou mais gestações completas (PAIVA et al, 2002).

IMC (índice de massa corporal)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2007) relatou que a gordura corporal afeta diretamente os níveis de muitos hormônios circulantes, como os estrogênios, criando um ambiente que estimula a carcinogênese e não contribui para uma apoptose natural das células). AMARAL et al (2010) relatou que uma ingestão elevada de gordura saturada poderia aumentar os níveis circulantes de estrogênio, os quais são capazes de promover o crescimento de células mamárias malignas. A obesidade e o aumento de peso na menopausa podem resultar em uma maior produção de estrogênio e com isso aumentar as chances de desenvolver câncer de mama (VASCONCELOS, 2004). O desequilíbrio metabólico causado por uma alimentação não adequada em nutrientes, muitas vezes relacionado ao alto consumo de gorduras e resultando num peso acima de seu ideal (sobrepeso, e obesidade de graus variados), aumentam significativamente o risco para câncer de mama (LIMA, 2008; RUBIN et al, 2010).

NURSES HEALTH STUDY (2006) demonstrou que mulheres com disfunção ponderal se associam a um aumento no risco de câncer de mama e perdendo 5% ou mais de seu peso, na pré e pós menopausa, apresentam uma redução do risco de desenvolver tumor de mama durante período menopausal na ordem de 40 e 25% respectivamente. Pacientes que apresentam aumento do IMC têm uma maior probabilidade de recidiva quando comparadas aos doentes que não apresentaram ganho de peso, e que estabelecendo o peso adequado durante a vida adulta irá reduzir o risco de mulheres pós-menopausas desenvolverem câncer de mama (ELIASSEN et al, 2006). Manter o peso adequado após a menopausa está entre as poucas medidas práticas de prevenção primária que a mulher pode adotar para reduzir o risco de desenvolver neoplasia mamária (MICHAELS et al, 2009). AMERICAN CANCER SOCIETY (2012) recomenda a adoção de um estilo de vida que promova a manutenção de um peso saudável e reduzindo alimentos gordurosos, especialmente os de origem animal.

CAAN et al (2008) mostraram pior prognóstico em pacientes com câncer de mama associados a sobrepeso ou obesidade, quando comparados às eutróficas. SESTAK et al (2010) em estudo com pacientes em sobrepeso e tratamento com tamoxifeno, verificaram recorrência do câncer de mama num tempo médio de aproximadamente 100 meses, sendo que mulheres obesas apresentaram índice de recorrência 46% maior quando comparadas as eutróficas.

ESTADO CIVIL

O estado civil não é fator de risco considerável, porém este se torna necessária numa avaliação complementar do perfil epidemiológico de pacientes (SILVA et al, 2010; SBOC, 2014). RAMIREZ et al (1999) num estudo envolvendo 1.022 pacientes com neoplasia de mama, os resultados apontaram que a situação conjugal não foi considerada um fator determinante desta neoplasia.

Embora grande parte da literatura não considere o estado civil um fator de risco importante, há relatos na literatura apontando uma estreita relação entre câncer de mama e estado civil (SOARES et al, 2012). Um estudo, com 540 mulheres norte-americanas, revelou que o fato de nunca terem sido casadas aumentou em aproximadamente três vezes o risco de apresentarem doença em estágio avançado (LANNIN et al, 1998).

Amorim et al (2008) mostraram que a realização do auto exame das mamas é mais frequente entre as mulheres casadas ou que apresentam um companheiro. BRITO et al (2010) relataram que o fato das mulheres serem casadas ou possuírem companheiros, pode estar relacionado a uma maior adesão na realização de exames, pois em certa medida, o parceiro influenciou numa maior adesão e procura por serviços de saúde.

SCHNEIDER et al (2009) e EAKER et al (2011) publicaram em seus estudos que mulheres solteiras apresentam pior prognóstico por serem frequentemente diagnosticadas com doença mais avançada.

PROCEDÊNCIA

A vida estressante dos centros urbanos, muitas vezes relacionada em má alimentação e ausência de atividade física, é apontada como alto risco para o câncer de mama (EAKER et al, 2011). Numa pesquisa realizada com 2.888 mulheres no Maranhão, LIMA et al (2011) observaram que a maior concentração de pacientes com tumor de mama eram oriundas da zona urbana, então concluiu-se que estratégias para a prevenção do câncer de mama seriam mais aguçadas nas capitais, especialmente por conta da associação com os demais indicadores socioeconômicos ruins (baixa renda, escolaridade baixa e ausência de relação estável). São resultados até esperados devido a maior parcela da população, em geral, ser localizada nos

centros urbanos, onde estão presentes os centros de referência e encaminhamento aos serviços de atendimento primário e secundário à saúde (SILVA, 2012).

GEBRIN (2006) apresentou como resultado em seu estudo, que a zona urbana apresenta a maior concentração de recursos materiais e humanos na área da saúde, e associado à grande população de imigrantes, contribui para que as metrópoles tenha maior número de óbitos registrados com câncer de mama.

A falta de um programa nacional regionalizado e hierarquizado para detecção precoce, dificulta o gerenciamento das ações e capacitação de profissionais de saúde e frequentemente ocorrendo a migração de pacientes provenientes de áreas com atendimento deficiente na zona rural (INCA, 2004).

Apesar da literatura, em sua maioria, constatar o maior risco de câncer de mama ser proveniente das cidades, vários estudos vêm demonstrando um aumento real do risco na população residente no interior, provavelmente associado ao estilo de vida industrializado que rapidamente se difundiu nos municípios da zona rural, e ao mesmo tempo, numa maior desigualdade ao acesso às ações de rastreamento, diagnóstico e tratamento desta população (SILVA, 2012).

BAISON et al (2009) mostraram em seus trabalhos fatores auxiliares relacionados em gestão na saúde que dificultam o diagnóstico da população da zona rural. Entre eles estão: os insuficientes programas de rastreamento ao câncer de mama, a conscientização precária dessa população em realizar o auto exame da mama, a deficiência na procura e no encaminhamento aos centros de referência a esse tipo de câncer. Desta forma, contribui no aumento da incidência nesses doentes com neoplasia da mamária.

ESTÁGIO MENOPAUSAL

No tocante aos fatores de risco relacionados ao ciclo reprodutivo, destaca-se a nuliparidade, menarca antes dos 12 anos, primeira gravidez após os 30 anos (MS, 2013; INCA, 2014). ARRUDA et al (2015) apresentaram resultados em seu estudo observando que as mulheres atendidas com câncer de mama (57%) entraram na menarca antes dos 12 anos.

Mulheres em estado pós menopausal, apresentam mamas mais densas, e sabe-se que a densidade das mamas está relacionada a fator risco desta neoplasia devido a uma maior dificuldade em rastreamento ou diagnóstico pela mamografia (BRITO et al. 2010; MDS,

2014). De acordo com VOGEL (2000) mulheres que tiveram a menopausa aos 55 anos ou mais, possuem 50% mais chances de desenvolverem o câncer de mama, e pacientes que cessaram a menstruação em idade inferior ou igual a 45 anos tiveram 30% menos chances de desenvolvê-lo. A explicação provável para essa observação seria o elevado nível de estrógenos circulantes, aos que a mulher é exposta entre a menarca e a menopausa.

Pacientes que apresentam maior exposição aos estímulos do estrogênio (este identificado como ativador da proliferação das células do tecido mamário) apresentam risco para desenvolvimento da neoplasia mamária (NBOCC, 2009). O estrogênio tem um importante papel no câncer de mama ao induzir o crescimento das células do tecido mamário, o que aumenta o potencial de alterações genéticas e, conseqüentemente, o desenvolvimento do câncer. Por isso, qualquer fator que leve a um aumento no estrogênio poderá levar também a um aumento no risco de adoecer por câncer de mama (MINISTÉRIO DA SAÚDE & INCA, 2008).

ROMIEU et al (2009) apresentaram um trabalho com mulheres pré-menopausadas e acima do peso, demonstrando um menor risco de desenvolver tumor de mama quando comparadas às mulheres pós-menopausadas e em excesso de peso.

Mulheres com história de menarca precoce, primeiro filho em idade avançada e obesidade na pós-menopausa, quanto mais apresentarem exposição natural aos hormônios ovarianos (tempo compreendido entre a menarca e a menopausa) e quanto maior o número de ciclos ovulatórios nesse período, maior o risco para o desenvolvimento do tumor mamário (ROBLES et al, 2001; NBOCC, 2009). O pior prognóstico está reservado nas mulheres pré-menopausadas associado a jovens com idade inferior a 35 anos ou àquelas pós-menopausadas cujo diagnóstico venha ser estabelecido a partir dos 75 anos (INCA, 2010).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU E, KOIFMAN. Fatores prognósticos no câncer da mama feminina. **Rev Bras Cancerol**, 2002; 48:113-32.

AGUIAR ADF; PADILHA, KM; VOLPI, PTM; GOMES, JC; TARTAROTTI, EA; OLIVEIRA, MS et al. Perfil sociodemográfico e clínico das pacientes em tratamento do câncer mamário. **Rev Inst Ciênc Saúde**. 2008;26(2):191-5.

ALI, S; BULUWELA, L; COOMBERS, RC. Antiestrogens and their therapeutic applications in breast in cancer and others diseases. **Annu Rev Med**. 2011;62:217-32.

AMERICAN CANCER SOCIETY. Cancer facts & figures 2009. Atlanta: American Cancer Society; 2009. Recife: **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, 11 (2): 163-171 abr. / jun., 2011. Disponível em: <http://www.cancer.org/downloads/STT/2008_CAFF_finalsecured.pdf>. Acesso em 01 fev 2015.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Cancer facts & figures** 2010. Atlanta: American Cancer Society; 2010. Recife: **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** Disponível em: <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiology_surveillance/documents/document/acspc-026238.pdf>. Acesso em: 01 fev 2015.

AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY (ASCO). **Annual Meeting**: ABSTRAT 1505, 6, 2011.

AMORIM, VMLS; BARROS, MBA; CESAR, CLG; CARANDINA, L; GOLDBAUM, M. Fatores associados à não realização da mamografia e do exame clínico das mamas: um estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública** 2008; 24:2623-32.

AZZENA, A. et al. Risk factors for breast cancer case-control study results. **Eur J Gynaecol Oncol**, 1995;15(5):386-92

BASSEGIO, DL; SOLDATELLI, MM. Aspectos psicossociais no câncer de mama. In: Baseglio DL. Câncer de mama: abordagem multidisciplinar. Rio de Janeiro: **Revinter**; 1999. p.353-5.

BORGHESAN, Deise Helena; PELLOSO, Sandra Marisa; CARVALHO, Maria Dalva de Barros. Câncer de Mama e Fatores Associados. **Cienc Cuid Saude** 2008;7(Suplem. 1):62-68.

BOWLIN, SJ; LESKE, MC; VARMA, A; NASCA, P; WEINSTEIN, A; CAPLAN, L. Breast cancer risk and alcohol consumption: results from a large case-control study. **Int J Epidemiol**. 1997;26(5):915-23.

BATISTON, AP; TAMAKI, EM; SANTOS, MLM; CAZOLA, LHO. Método de detecção do câncer de mama e suas implicações. **Cogitare Enferm.** 2009;14(1):59-64.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2010:** incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço.** 3 ed. Rio de Janeiro: INCA; 2008. 608p.

121. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Fatores de risco para o câncer de mama.** 2008. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/fatorderisco/2008>>. Acesso em:

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Associação de Combate ao Câncer em Goiás. Registro de câncer de base populacional de Goiânia. **Câncer em Goiânia:** tendências (1988 - 1997). Goiânia, 2000

BRASIL. Fundação Centro de Controle de Oncologia do Amazonas. **Registro de câncer de base populacional de Manaus: dados de 1999.** Manaus: FCECON; 2002

BRASIL. Fundação Oncocentro de São Paulo. **Incidência de câncer no município de São Paulo.** Brasil: 1997-1998. Mortalidade de câncer no Município de São Paulo, Brasil: tendência no período 1969-1998. São Paulo; 2001.

BREAST CANCER AND HORMONAL CONTRACEPTIVES: collaborative reanalysis of individual data on 53 297 women with breast cancer and 100 239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. **Lancet.** 1996 Jun 22; 347(9017):1713-27.

BRENELLI, HB; KEPKKE, EM. Reconstrução mamária. In: Basegio DL. Câncer de mama: abordagem multidisciplinar. Rio de Janeiro: **Revinter;** 1999. p.210-2.

BRITO, L.M.O; MARIA, B.C.C.; LUIZ, G.O.B.; ÂNGELA, M.M.A.; HEITOR, R.C.M. Conhecimento, prática e atitude sobre o autoexame das mamas de mulheres de uma cidade do Nordeste do Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 2010; 32(5):241-6. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 19 jan. 2014.

BROPHY, JT; KEITH, MM; GOREY, KM; LAUKKANEN, E; HELLYER, D; WATTERSON, A; REINHARTZ, A; GILBERSTON, M. Occupational histories of cancer patients in a Canadian cancer treatment centre and the generated hypothesis regarding breast cancer and farming. **Int J Occup Environ Health,** 2002, 8:346–353.

BRUNNER; UDDARTH. Histórico e cuidados aos pacientes com distúrbios da mama. In: Brunner; Suddarth. **Tratado de enfermagem médico cirúrgico**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. v. 3

CANTINELLI, FS; CAMACHO, RS; SMALETZ, O; GONSALES, BK; BRAGUITTONI, E; RENNÓ JR, J. A. Oncopsiquiatria no câncer de mama: considerações a respeito de questões do feminino. **Rev Psiquiatr Clín**. 2006;33(3);124-33.

CAAN, BJ; KWAN, ML; HARTZELL, G; CASTILLO, A; SLATTERY, ML; STERNFELD, B. et al. Pre-diagnosis body mass index, post- diagnosis weight change, and prognosis among women with early stage breast cancer. **Cancer Causes Control**. 2008; 19(10):1319-28. Epub 2008 ago 28

CARVALHO, Cecília Maria Resende Gonçalves de et al. Prevenção de câncer de mama em mulheres idosas: uma revisão. **Revista brasileira de enfermagem**. Brasília, 2009

CESTAR, M.E.W.; ZAGO, M.M.F.. A prevenção do câncer e a promoção da saúde: um desafio para o Século XXI. **Rev Bras Enferm**, 2005 mar-abr; 58(2):218-2

CHAGAS, CR.; MENKE, CH.; VIEIRA, RJS; BOFF, RA. Tratado de Mastologia da Sociedade Brasileira de Mastologia. Rio de janeiro: **Revinter**, 2011. Vol. 01.

CHAGAS, Carlos Ricardo; MENKE, Carlos Henrique; VIEIRA, Roberto José; BOFF, Ricardo Antonio. **Câncer de mama masculino**. Rio de Janeiro: Tratado de Mastologia da Sociedade Brasileira de mastologia, 2012.

COLONNA, M; GENTIL-BREVET, J Danzon A; GROSCLAUDE, P; CHAPLAIN, G; VELTEN, M et al. The influence of socio-economic and surveillance characteristics on breast cancer survival: a French population-based study. **Br J Cancer**. [Internet]. 2008 Jan; 15;98(1):217-24. Disponível: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=18182980>>. Acesso em:

COLLABORATIVE GROUP ON HORMONAL FACTORS IN BREAST CANCER. Alcohol, tobacco and breast cancer – collaborative reanalysis of individual data from 53 epidemiological studies, including 58 515 women with breast cancer and 95 067 women without the disease. **Br J Cancer**. 2002; 87: 1234-45.

COLLISHAW, NE; BOYD, NF; CANTOR, KP; HAMMOND, SK; JOHNSON, KC; MILLAR, J; MILLER, AB; MILLER, M; Palmer JR, Salmon AG, Turcotte F. Canadian expert panel on tobacco smoke and breast cancer risk. **Ontario Tobacco Research Unit**; 2009. Disponível em: <http://www.otru.org/pdf/special/expert_panel_tobacco_breast_cancer.pdf>. Acesso em: 01 abr 2011.

COUGHLIN, SS; EKWUEME, DU. Breast cancer as a global health concern. **Canc Epidemiol** 2009; 33: 315-18. **Rev Bras Epidemiol**, 2012; 15(3): 595-604

CRIPPA, Carlos Gilberto et al. Perfil clínico e epidemiológico do câncer de mama em mulheres jovens. **Arquivos catarinenses de medicina**. v. 32, n. 3. Florianópolis, 2003.

CRUZ, ICF. Saúde e inequidades raciais no Brasil: população negra: uma revisão de literatura. Online braz j nurs (Online) [Internet]. 2006 ;5(2): [tela]. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewArticle/400>>. Acesso em: 8 nov. 2014.

CUNHA, L. N. Diet book: Gestante. São Paulo: Mandarim, 2001. cap. 3, p. 91-122. **Disc. Scientia**. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 13, n. 1, p. 63-70, 2012.

DIAS, J.S.; OLINTO, M.T.A.; BASSANI, D.; MARCHIONATTI, C.R.E.; BAIROS, F.S.; OLIVEIRA, M.L.P. et al. Desigualdades na realização do exame clínico de mama em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saúde Pública**, 2007; 23:1603-12.

DECARLI, A; LA VECCHIA, C; NEGRI, E; FRANCESCHI, S. Age at any birth and breast cancer in Italy. **Int J Cancer**. 1996;67:187-9.

DIMITRAKAKIS, C; ZHOU, J; BONDY, CA. Androgens and mammary growth and neoplasia. *Fertil Steril* 2002; 77 (suppl 4): S26-S33. **Rev Assoc Med Bras**, 2003; 49(1): 1-23

DUGNO, Matheus Luiz Ghellere. Perfil do câncer de mama e relação entre fatores de risco e estadiamento clínico em hospital do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Oncologia Clínica**. Vol. 10, n^o 36.abril.maio.junho.2014. Disponível em: <<http://sboc.org.br/revista-sboc/pdfs/36/artigo3.pdf>>. Acesso em: junho 2014

EAKER, S; WIGERTZ, A; LAMBERT, PC; BERGKVIST, L; AHLGREN, J; LAMBE, M. Breast cancer, sickness absence, income and marital status: a study on life situation 1 year prior diagnosis compared to 3 and 5 years after diagnosis. **PLoS One**. 2011;6 (3): e18040.

ELIASSEN, AH; COLDITZ, GA; ROSNER, B; WILLET, WC; HANKINSON, S. Adult weight change and risk of postmenopausal breast cancer. **JAMA**, 2006; 296 (2): 193 -201.

ESCOBAR, A.M.U. *et al.* Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 2 (3): 253-261, set. - dez., 2002.

FELIX, JD; CASTRO, DS; AMORIM, MHC; ZANDONADE, E. Tendência da mortalidade por câncer de mama em mulheres no estado do Espírito Santo, no período de 1980 a 2007. **Rev bras cancerol**. 2011; 57(2): 159-66.

FENTIMAN, IS; FOURQUET, A; HORTOBAYGI, GN. Male breast cancer. *Lancet*. 2006; 367(9510):595-604.**Rev Bras Mastol**. 2008

FIGUEIREDO, JC; BERNSTEIN, L; CAPANU, M; MALONE, KE; LYNCH, CF; Anton-Culver H, et al. Oral contraceptives, postmenopausal hormone and risk of asynchronous bilateral breast cancer: The Wecare Study Group. **J Clin Oncol**. 2008;26(9):1411-7.

FLETCHER, SW. **Screening for breast cancer**. Up to date. 2003. Available from. Disponível em: <<http://www.uptodate.com>>.

GEBRIN, LH; QUADROS, LGA. Rastreamento do Câncer de Mama no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. 28(6): 319-323, jun.2006.

GENTIL-BREVET, J; COLONNA, M; DANZON, A; GROSCLAUDE, P; CHAPLAIN, G; VELTEN, M et al. The influence of socio-economic and surveillance characteristics on breast cancer survival: French population-based study. **Br J Cancer**. [Online]. 2008 Jan;15;98(1):217-24. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=18182980>. Acesso em:

GOMES, A.L.R.R. et al. Risk factors for breast cancer in Brazil [letter]. **Int J Epidemiol**, 1996;25(2):456-7

GONÇALVES, L. L. C. et al. Câncer de mama feminino: aspectos clínicos e patológicos dos casos cadastrados de 2005 a 2008 num serviço público de oncologia de Sergipe. **Revista de Enfermagem da UERJ**; 18(3): 468-472, jul.-set. 2010. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519_3829_2012000100005&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 04, ago, 2013.

GUEMBAROVSKI, RL; CÓLUS, IMS. Câncer: uma doença genética. *Genética Escola*. 2009; 3(1): 4-7. **Rev. Pesq.: cuid. fundam**. Online 2013. dez. 5(6):91-103

HANNA, AS; MARTA GN; MARTELLA, E; SILVA, JLF; CARVALHO, HA. Câncer de mama estágio inicial e radioterapia: atualização. **Rev Assoc Med Bras** (1992) [Internet]. 2011[acesso 2014 out 12]; 57(4):468-74. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v57n4/v57n4a24.pdf>>. Acesso em:

HANNAFORD, PC; IVERSEN, L; MACFARLANE, TV; ELLIOTT, AM; ANGUS, V; LEE, AJ. Mortality among contraceptive pill users: cohort evidence from Royal College of general practitioners oral contraception study. **BMJ**. 2010;340:927.

HARVIE, M; HOWELL, A; VIERKANT, RA; KUMAR, N; CERHAN, JR; KELEMEN, LE et al. Association of gain and loss of weight before and after menopause 16. with risk of postmenopausal breast cancer in the Iowa women's health study. **Cancer Epidemiol Biomarkers Prev**. 2005;14(3):656-61

HILL, TD; KHAMIS, HJ; TYCZYNSKI, JE; BERKEL, HJ. Comparison of male and female breast cancer incidence trends, tumor characteristics, and survival. **Ann Epidemiol**. 2005;15(10):773-80.

HOSKINS, KF; STOPFER, JE; CALZONE, KA; MERAJVER, SD; REBBECK, TR; GARBER, JE et al. Assessment and counseling for women with a family history of breast cancer: a guide for clinicians. **JAMA**, 1995; 273: 577-85.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2014: incidência do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2014. 124 p. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2014.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). 2007. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/html/pt/dicas/134cancer_mama.html Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Câncer de mama>. Acesso em: 05 maio, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil** [monografia na Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2006/>>. Acesso em: 26 jun. 2006.

INCA-INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2010. **Incidência de câncer no Brasil** Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2010>>. Acesso em: 02 julho.2012.>

INUMARU, L.E.; DA SILVEIRA, E.A; NAVES, M.M.V. Fatores de risco e de proteção para câncer de mama. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(7):1259-1270, jul, 2011

JEMAL, A; BRAY, F; CENTER, MM; FERLAY, J; WARD E, Forman D. Global cancer statistics. **CA Cancer J Clin** 2011; 61: 69-90.

JOHNSON, ET. Breast Cancer Racial Differences Before Age 40 - Implications for screening. *J Natl Med Assoc.* 2002; 94(3): 149-56. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2013; 59(3): 351-359.

LANNIN, DR; MATHEWS, HF; MITCHELL, J; SWANSON, MS; SWANSON, FH; EDWARDS, MS. Influence of socioeconomic and cultural factors on racial differences in late-stage presentation of breast cancer. **JAMA**, 1998; 279: 1801-7.

LIMA, F. E. L. et al. Diet and cancer in Northeast Brazil: evaluation of eating habits and food group consumption in relation to breast cancer. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 820-828, 2008.

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. *Rev Bras Cancerol*, 2013

LIMA, MG; KOIFMAN, S; SCAPULATEMPO, IL; PEIXOTO, M; NAOMI, S; AMARAL, MC. Fatores de risco para câncer de mama em mulheres indígenas Teréna de área rural, Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cad Saúde Pública** 2001; 17:1537-44

LISSOWSKA, J; BRINTON, LA; ZATONSKI, W; BLAIR, A; BARDIN-MIKOLAJCZAK, A; PEPLONSKA, B, et al. Tobacco smoking, NAT2 acetylation genotype and breast cancer risk. *Int J Cancer*2006;119:1961-9. **Association of active and passive smoking with risk of breast cânceramong postmenopausal women**, 2011

LOPES ER, MENDONÇA GAS, GOLDFARB LMCS, AGUINAGA S, COSTA E SILVA VL, MATTOS I, et al. Câncer e meio ambiente. **Rev Bras Cancerol**, 2002;38(1):35-64.

LOPES, ER; REBELO, MS; ABIB, AR; ABREU, E. Câncer de mama: epidemiologia e grupos de risco. **Rev Bras Cancerol**, 1995; 42:105-16.

LUGINAAH, IN; GOREY, KM; TANG, K; OIAMO, T; HOLOWATY, EJ; HAMM, C, WRIGHT, F. Geographical analysis of breast cancer clustering in Southern Ontario: generating hypotheses on environmental influences. **Int J Environ Health Res**, 2012, 22:232–248.

MARCHBANKS, PA; MCDONALD, JA; WILSON, HG; FOLGER, SG; MANDEL, MG; DALING, et al. Oral Contraceptives and the Risk of Breast Cancer. **N Engl J Med**, 2002; 346: 2025-2032.

MATOS, JC; PELLOSO, SM; CARVALHO, MDB. Prevalência de fatores de risco para o câncer de mama no município de Maringá, Paraná, Brasil. **Rev Latino-Am Enferm**. 2010; 18:57-64.

MENES, TS; KERLIKOWSKA, K; JAFFER, S; SEGER, D; MIGLIORETTI, DL. Rates of Atypical Ductal Hyperplasia Have Declined with Less Use of Postmenopausal Hormone Treatment: Findings from the Breast Cancer Surveillance Consortium Cancer. **Epidemiol Biomarkers Prev**, Novembro 2009 18:2822-2828.

MENDONÇA, GAS; SILVA, AM da; CAULA, WM. Características tumorais e sobrevida de cinco anos em pacientes com câncer de mama admitidas no Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saúde Pública**. 2004 Out; 20(5): 1232-9.

MICHAELS, KB; WILLET, W. The women's health initiative randomized controlled dietary modification trial: a post-mortem. **Breast Cancer Res Treat**. 2009 Mar;114(1):1-6

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. 2. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. 48 p. Disponível: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf>. Acesso em: 03 maio 2014

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2006**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2006. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 08 outubro 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2005

MOURÃO, ML; SILVA, JOSÉ GB; FERNANDES, A FC; RODRIGUES, D P. Perfil de Pacientes Portadores de Câncer De Mama em um Hospital de Referência no Ceará. **Revista RENE**. Fortaleza, V.9, n. 2, p.47-53, junho 2008

MCPHERSON, K. et al. Breast cancer: epidemiology, risk factors, and genetics. **BMJ** 2000; 321:624-8

NATIONAL BREAST AND OVARIAN CANCER CENTRE (NBOCC). Breast cancer risk factors: a review of the evidence. Surry Hills, NSW, Australia: **National Breast and Ovarian Cancer Centre**, 2009.

NOVAES, HMD; BRAGA, PE; SCHOUT, D. Fatores associados à realização de exames preventivos para câncer nas mulheres brasileiras: PNAD 2003. **Ciênc. Saúde Coletiva** [Internet]. 2006; 11(4):1023-35. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S14138123200600400023&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em:

OLIVEIRA, EXV; PINHEIRO, RS; MELO, ECP; CARVALHO, MS. Condicionantes socioeconômicos e geográficos do acesso a mamografia no Brasil, 2003-2008. **Cien saúde coletiva**, 2011; 16(9): 3649-64, *Rev Bras Cancerol*, 2013

PAIVA, CE; RIBEIRO, BS; GODINHO, AA; MEIRELLES, RSP; SILVA, EVG; MARQUES, GD^A; ROSSINI, Júnior O. Fatores de Risco para Câncer de Mama em Juiz de Fora (MG): um estudo caso-controle. **Rev Bras Cancerol**. 2002;48(2):231-7.

PAULINELLI, RR; JÚNIOR, RF; CURADO, MP; SOUZA, AA. A situação do câncer de mama em Goiás, no Brasil e no mundo: tendências atuais para a incidência e a mortalidade. **Rev Bras Saúde Mater Infant**. 2003;3(1):17-24.

PERES, MA; MASIERO, AV; LONGO, GZ; ROCHA, GC; MATOS, IB; NAJNIE, K et al. Auto-avaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil. **Rev Saúde Publ**. 2010; 44(5):901-11.

PHILLIPS, LS; MILLIKAN, RC; SCHROEDER, JC; BARNHOLTZ-SLOAN, JS; LEVINE, BJ. Reproductive and hormonal risk factors for ductal carcinoma in situ of the breast. **Cancer Epidemiol Biomarkers Prev**. 2009 May; 18(5):1507-14.

PINHO, V. F. S.; COUTINHO, E. S. F. Variáveis associadas ao câncer de mama em usuárias de unidades básicas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1061-1069, 2007

PINHEIRO, PEDRO. **Fatores de risco para o câncer de mama**. MD SAÚDE. Artigo atualizado em 10 de abril 2014 <http://www.mdsaude.com/2010/06/cancer-de-mama-fatores-de-risco.html>

POLACEK, GN; RAMOS, MC; FERRER, RL. Breast cancer disparities and decision-making among U.S. women. *Patient Educ Couns*. 2007; 65(2):158-65. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2012; 58(2): 209-222

PRENTICE, RL; CAAN, B; CHLEBOWSKI, RT; PATTERSON, R; KULLER, LH; OCKENE, JK, et al. Low-fat dietary pattern and risk of invasive breast cancer: the Women's Health Initiative Randomized Controlled Dietary Modification Trial. **JAMA**. 2006;295(6):629-42.

RAMIREZ, AJ; WESTCOMBE, AM; BURGESS, CC. Factors predicting delayed presentation of symptomatic breast cancer: a systematic review. **Lancet** 1999; 353: 1127-31.

ROBLES, SC; GALANIS, E. Breast cancer in Latin America and the Caribbean. PAHO/WHO; 2001. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2003, 49(4): 227-238

ROMIEU, I; LAJOUS, M. The role of obesity, physical activity and dietary factors on the risk for breast cancer: mexican experience. *Salud Pública Mex.* 2009, 51 (Suppl.2): 172-80.
Recife: **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, 11 (2): 163-171 abr. / jun., 2011

ROMITO, P. **Trabalho, maternidade e saúde:** algumas notas metodológicas. In: Oliveira EM; Scavone L. Trabalho, saúde e gênero na era da globalização. Goiânia: AB; 1997. p. 15-27.

RUBIN et al. Antropometria e conhecimento Nutricional. **Revista Brasileira de Cancerologia**; 56(3), 303-309, 2010

SEGNAN, N. Socioeconomic status and cancer screening. **IAR Sci Publ**, 1997; (138): 369-76

SESTAK, I; DISTLER, W; FORBES, JF; DOWSETT, M; HOWELL, A; CUZICK, J. Effect of body mass index on recurrences in tamoxifen and anastrozole treated women: An exploratory analysis from the ATAC trial. **J Clin Oncol**, 2010; 28(21):3411-15. Epub 2010 Jun 14

SCHNEIDER, IJC; D'ORSI, E. Sobrevida em cinco anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina, Brasil. **Cad Saúde Pública**. 2009 Jun; 25(6):1285-96.

SCHUNEMANN, Junior E, Souza RT, Dória MT. Anticoncepção hormonal e câncer de mama. **Femina**. 2011; 39(4):231-235.

SILVA, Gulnar Azevedo e. Câncer de mama no Brasil: estratégias para o seu enfrentamento. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2012, vol.28, n.1, pp. 04-06. ISSN 0102-311X

SILVA, BS; ALBUQUERQUE, V; LEITE, J. Qualidade de Vida em Pacientes Portadoras de Neoplasia Mamária Submetidas a Tratamentos Quimioterápicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2010; 56(2): 227-236

SOARES, PBM et al. Características das mulheres com câncer de mama assistidas em serviços de referência do Norte de Minas Gerais. **Rev Bras Epidemiol**; 2012; 15(3): 595-604.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. 2011. http://www.sbmastologia.com.br/Arquivos/Recomendacoes_de_consenso/diretrizes-cancer-de-mama-diagnostico-e-tratamento.pdf. Disponível em: <http://www.sbmastologia.com.br/index/index.php/entendendo>. Acesso em 15 fevereiro de 2015.

TANNEN, RL; WEINER, MG; XIE, D; BARNHART, K. Perspectives on hormone replacement therapy: the Women's Health Initiative and new observational studies sampling the overall population. **Fertil Steril**. 2008, ago; 90(2):258-64.

TEIXEIRA, LC. Quimioterapia adjuvante no câncer de mama. In: Baseglio DL. Câncer de mama: abordagem multidisciplinar. Rio de Janeiro: **Revinter**; 1999. p.223

TIEZZI, Daniel Guimarães. Epidemiologia do câncer de mama. **Rev. Bras. Ginecol. e Obstet**. São Paulo, 2009.

THULER, L. C. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. **Revista brasileira de cancerologia**. Rio de Janeiro, v. 49, n. 4, p. 227-238, vol. 1, n. 1, p. 133-156, jun. 2003.

VAN, Gils CH. Mammographic density and breast cancer risk. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol**, 1999; 86:127-8. RBGO - v. 26, nº 1, 2004

VASCONCELOS, Maria Izabel Lamounier de. Gorduras vegetais e animais, aminoácidos e câncer. In: WAITZBERG; Dan Linetzky. **Dieta, nutrição e câncer**. São Paulo: Atheneu, 2004.

VILLENEUVE, S; FÉVOTTE, J; ANGER, A; TRUONG, T; LAMKARKACH, F; GAYE, O; KERBRA, T P; ARVEUX, P; MIGLIANICO, L; IMBERNON, E; GUÉNEL, P. Breast cancer risk by occupation and industry: analysis of the CECILE study, a population based case control study in France. **Am J Ind Med**, 2011, 54:499–509

VOGEL, V. G. Breast cancer prevention: a review of current evidence. **Journal of Clinical Oncology**, v. 50, n. 3, p. 156-70, 2000. Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 13, n. 1, p. 63-70, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Agency for Research on Cancer. *World Cancer Report*. Lyon: IARC Press; 2008. 602 **Rev Bras Epidemiol**, 2012; 15(3): 595-604

WORLD CANCER RESEARCH FUND/American Institute for Cancer Research. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. Washington DC: American Institute for Cancer Research; 2007.

WUNSCH, Filho V; ANTUNES, JLF; BOING, AF; LORENZI, RL. Perspectivas da investigação sobre determinantes sociais em câncer. **Physis** (Rio J). 2008;18(3):427-50

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

INSTRUÇÃO AOS AUTORES

A missão da Revista da Sociedade Brasileira de Cancerologia é a publicação de trabalhos científicos de pesquisadores nacionais e internacionais, relacionados à Cancerologia, sendo os mesmos de inteira responsabilidade dos autores.

Proibida a reprodução, mesmo que parcial, sem a devida autorização do editor, assim como a utilização para fins comerciais de matéria publicada.

Todos os manuscritos deverão ser submetidos à apreciação para possível publicação, com exclusividade nesta revista.

SUBMISSÃO DE ARTIGOS

Os manuscritos deverão ser submetidos à aprovação dos pareceristas que fazem parte do conselho diretivo da revista.

Sociedade Brasileira de Cancerologia. Rua Pará, 197 - Pituba - Salvador / BAHIA -
CEP: 41830-070. Telefone: (71) 3240-4868 E-mail: socancer@gmail.com Site:
www.sbcancer.org.br

Os Trabalhos deverão ser enviados para rgom@terra.com.br com cópia para socancer@gmail.com

PERIODICIDADE: trimestral

CATEGORIAS DE ARTIGOS: Além dos artigos originais, os quais têm prioridade, a Revista da Sociedade Brasileira de Cancerologia publica revisões, atualizações, comunicações breves/relatos de casos, cartas ao editor, resenhas e editoriais.

Originais – são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados. Devem atender aos princípios de objetividade e clareza da questão norteadora, digitados (Times New Roman 12) e impressos em folhas de papel ofício (216X330 mm), com espaço duplo, margem de 2,5 cm de cada um dos lados e linhas, perfazendo um total de no máximo 15 páginas (incluindo as ilustrações). As tabelas e as figuras devem incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas, com dados dispersos e valores não representativos. Figuras serão aceitas desde que não repitam dados contidos em tabelas. Embora se respeite a criatividade e estilo dos autores na opção pelo formato do manuscrito, sua estrutura é a convencional, contendo introdução, métodos, resultados e discussão. A Introdução deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento. Fornecer referências que sejam estritamente pertinentes. Os Métodos empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa. Os Resultados devem limitar-se a descrevê-los sem incluir interpretações ou comparações. O texto deve completar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. A Discussão deve conter comparação dos resultados com a literatura, a interpretação dos autores, as limitações dos estudos, além de conclusões e indicação de caminhos para novas pesquisas. São também considerados artigos originais as formulações discursivas de efeito teorizante e as pesquisas de metodologia qualitativa de modo geral.

Revisões: avaliação crítica sistematizada da literatura ou reflexão sobre determinado assunto, devendo conter conclusões. Os procedimentos adotados e a delimitação do tema devem estar incluídos.

Atualizações: trabalhos descritivos e interpretativos, com fundamentação sobre a situação global em que se encontra determinado assunto investigativo ou potencialmente investigativo.

Comunicações breves/Relatos de casos: estudos avaliativos, originais ou notas prévias de pesquisa contendo dados inéditos e relevantes no fenômeno estudado. A apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para os artigos originais.

Cartas ao Editor: incluir cartas que visam discutir artigos recentes, publicados na Revista, ou a relatar pesquisas originais ou achados científicos significativos.

Resenhas: análise de obras recentemente publicadas.

APROVAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO: todos os manuscritos enviados serão previamente submetidos à apreciação de dois ou mais membros do Conselho Editorial ou consultores ad hoc. Se aceitos, poderão estar sujeitos a pequenas correções que não interfiram no estilo do autor. Outras modificações eventuais quanto à forma ou conteúdo só ocorrerão após prévia consulta aos autores. Quando recusados, os artigos serão devolvidos com a devida justificativa do editor. Os comentários dos consultores, nestes casos, poderão ser enviados pelo editor ou solicitados pelo autor. Obs: Para aprovação final do manuscrito, o autor e os co-autores deverão assinar Termo de Cessão dos Direitos Autorais à Sociedade Brasileira de Cancerologia, cujo teor será enviado pelo editor.

Cabe destacar que, se a pesquisa é conduzida no exterior ou com participação estrangeira, exige-se aprovação por Comitê ou equivalente no país de origem.

FORMAS DE APRESENTAÇÃO DOS TRABALHOS: a redação deve ser clara e concisa.

Os manuscritos deverão ser encaminhados por e-mail ou cd-rom e digitados em espaço duplo, tanto para título como resumos, textos, legendas de gráficos, figuras ou tabelas e referências. Nunca usar espaço simples. As páginas deverão ser numeradas no ângulo superior direito. As margens devem estar no mínimo a 2,5 cm de cada borda da página. A apresentação deve conter:

1ª folha – Carta de Encaminhamento do Material

Declaração simples estabelecendo exclusividade de publicação na Revista da Sociedade Brasileira de Cancerologia, caso o artigo venha a ser publicado. Obs.: a carta de encaminhamento do material deverá ser assinada por todos os autores, podendo ser em folhas separadas.

2ª folha – Página de Rosto

Título do artigo na língua original e em inglês; nome(s) completo(s) do(s) autor(es), com titulação, cargo(s) ocupado(s), nome do Departamento e Instituição ou serviço ao qual o trabalho está vinculado, e endereço eletrônico, em nota de rodapé. Obs.: nomes de outros colaboradores podem ser citados no final, em agradecimentos.

3ª folha – Resumo e Unitermos

O Resumo deverá ser em português e inglês, não devendo exceder, em cada um o limite de 200 palavras, contendo *Justificativa e Objetivo, Método, Resultados e Conclusões*. Abaixo do Resumo os autores devem fornecer de 3 a 10 unitermos/descriptores, em português e em inglês (keywords), utilizando os termos da chamada MESH (Medical Subject Headings) do Index Medicus. Todos os artigos deverão apresentar sequencialmente os dois resumos (em português e em inglês) na primeira página, incluindo títulos e unitermos nos respectivos idiomas.

4ª folha – Texto

Indicar o texto com o título do trabalho, sem indicar o(s) nome(s) do autor(es) nem local onde realizado. Os artigos científicos devem conter – *Introdução, Casuística (ou Material) e Métodos, Resultados, Discussão, Summary e Referências Bibliográficas*. Ao final do corpo do texto podem vir alguns agradecimentos, que devem ser breves e objetivos, tendo somente as pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo.

5ª folha – Referências Bibliográficas Normas Gerais

O artigo deve conter apenas as referências consultadas, numeradas consecutivamente conforme a entrada no texto, em numerais arábicos entre parênteses e sobrescritos. Não é recomendável: apresentar vários autores com conceito idêntico (preferir quem o demonstrou). Recomenda-se evitar citações com mais de cinco anos, exceto nos casos relevantes; a citação de trabalhos não publicados ou não apresentados em Eventos Médicos. Incluir referências acessíveis aos leitores. Quando a citação for de artigo já aceito para publicação, mas ainda não publicado, incluir o termo “em processo para publicação” e, se possível, a revista e o ano. Comunicações pessoais serão aceitas excepcionalmente.

- Revistas: nome(s) do(s) autor(es) seguido(s) da(s) inicial(is) do(s) prenome(s). Título do trabalho. Título da revista (abreviado de acordo com o Index Medicus), ano de publicação; volume: número da primeira e última página. No caso de haver vários autores, listar os primeiros três nomes, seguidos por et al. Exemplo: Wall PD. The prevention of postoperative pain. *Pain* 1988;33:289-290. Dahl JB, Kehlet H. The value of pre-emptive analgesia in the treatment of postoperative pain. *Br J Anesth* 1993;70:434-439.

- Nota: não se deve colocar pontuação nos nomes ou abreviaturas dos periódicos citados.

- Livros: nome(s) do(s) autor(es), inicial(is) do(s) prenome(s). Título do livro (iniciais com letra maiúscula), Volume e edição, cidade onde o livro foi editado, Editora, ano de publicação e número(s) da(s) página(s) da citação. Exemplo: Bonica JJ (ed). *The Management of Pain*. 2nd ed. Philadelphia: Lea&Febinger, 1990.

- Capítulos: nome(s) do(s) autor(es), seguido(s) da(s) inicial(is) do(s) prenome(s). Título do capítulo seguido de nome(s) do(s) editor(es), seguido(s) da(s) inicial(is) do(s) prenome(s). Título do livro (iniciais com letra maiúscula). Volume e edição, cidade onde foi editado, Editora, ano de publicação e página(s) da citação. Exemplo: Covino BG. Clinical pharmacology of local anesthetic agents. In: Cousins MJ, Bridenbaugh PO. Neural Blockade in Clinical Anesthesia and Management of Pain. 2nd ed, Philadelphia, JB Lippincot, 1998;111-144.

TABELAS, FIGURAS E FOTOS.

- As ilustrações devem limitar-se ao mínimo exigido pelo conteúdo do texto, não devendo ultrapassar o tamanho do manuscrito. Devendo ser apresentadas em folhas separadas e numeradas consecutivamente seguindo a ordem de sua citação no texto, em números arábicos.
- Todas as tabelas e/ou figuras devem ser referidas no texto. Os autores devem indicar, na margem externa do manuscrito impresso, a lápis, o local de entrada de cada uma das tabelas e/ou figuras. As tabelas devem ser auto-explicativas e sua formatação deve utilizar apenas os comandos de tabulação (“tab”) e de nova linha (“enter”). Não se devem usar funções de criação de tabelas, assim como não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas.
- Letras, números e símbolos devem ser claros e de tamanho suficiente para que, ao serem reduzidos para publicação, mantenham-se legíveis.
- As figuras devem ser apresentadas em preto e branco, na forma de desenho, impressão a laser ou fotografias que permitam boa reprodução gráfica. Cada figura deve ter uma etiqueta no verso, indicando seu número, nome do primeiro autor e parte superior da figura. Não se deve escrever diretamente no verso das figuras ou marcá-las utilizando cliques, assim como não se deve dobrá-las ou colá-las em cartão ou papel.
- As fotografias em papel ou escaneadas deverão ser de boa qualidade e deverão apresentar no verso: sua numeração por ordem de entrada no texto; nomes dos autores, e indicação do seu

correto posicionamento por meio de setas. Deverão ainda vir separadas dos textos, sendo que as suas legendas deverão ser digitadas em espaço duplo. As fotos não devem permitir a identificação do paciente; caso exista essa possibilidade, é obrigatória a inclusão de documento escrito fornecendo consentimento livre para a publicação.

- As legendas podem ser impressas em folhas separadas e numeradas com os números arábicos correspondentes às ilustrações.
- Serão aceitas figuras em CD-R, desde que acompanhadas da versão impressa correspondente e utilizando as seguintes extensões: TIFF, GIF, JPEG, JPG ou PIF.

PADRÕES DE MEDIDA: deve-se obedecer às disposições do Quadro Geral de Unidades – Decreto nº 81.622 de 3 de maio de 1978 (publicação no Diário Oficial de 4 de maio de 1978).

ABREVIATURAS: não são recomendáveis, exceto as reconhecidas pelo Sistema Internacional de Pesos e Medidas, ou aquelas consignadas e consagradas nas publicações médicas. Quando as abreviaturas forem em grande número, utilizar as suas definições por um Glossário, em nota à parte.

NOME DE DROGAS: não é recomendável a utilização de nomes comerciais de drogas (marca registrada), mas se essa referência for necessária no decorrer do texto, o nome comercial do produto deverá vir após a citação do nome genérico, entre parênteses, seguido do símbolo que caracteriza marca®.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS: evitar o emprego de iniciais, nome ou número de registro hospitalar de pacientes citados em artigos. Os pacientes não poderão ser identificados em fotografias, exceto com consentimento expresso, por escrito, acompanhando o trabalho original. Os estudos realizados no homem devem estar de acordo com os padrões éticos e com o devido consentimento dos mesmos. Os dados publicados em outras revistas ou livros (tabelas e ilustrações) devem conter as respectivas referências e o consentimento do autor ou dos editores, por escrito. A revista reserva-se o direito de não publicar trabalhos que

não obedecem a essas e outras normas legais e éticas, estabelecidas por diretrizes internacionais para pesquisa em seres humanos, incluindo a aprovação do trabalho submetida pela comissão ética do hospital onde o trabalho foi realizado e o consentimento do paciente, dado livremente, depois de informado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: ao enviar o original e as três cópias, acondicioná-las adequadamente para evitar rasuras. As ilustrações, principalmente as fotografias, devem ser protegidas com impermeável antes de sua colocação no Correio. Quando o artigo pertencer a mais de um autor, fica claro que os demais autores estão de acordo com a publicação da matéria, sendo que esta será considerada aprovada quando do recebimento da prova gráfica com as devidas correções.

Os Trabalhos deverão ser enviados para rgom@terra.com.br com cópia para socancer@gmail.com

ARTIGO CIENTÍFICO

Perfil Epidemiológico em Pacientes com Câncer de Mama. Experiência em um Serviço de Referência em Oncologia.

Epidemiology in patients with breast cancer. Experience in a Reference Center for Oncology.

Melo, Valdinaldo A.¹; Júnior, José VB²; Cabral, Flávio L. D.³. Cardozo, Ytallo Juan Oliveira⁴. Hasman, José Eduardo⁵; Debora, Maciel⁶.

1 Cirurgião aparelho digestivo. Professor Clínica Cirúrgica Universidade Federal de Sergipe(UFS), Universidade Tiradentes (UNIT), Preceptor Residência em cirurgia geral Hospital Cirurgia. Doutorado em clínica cirúrgica (USP-RP).

E-mail: vamelo@outlook.com

2. Cirurgião oncológico, Cirurgia oncológica (Hospital Barretos) (SP).

E-mail: josevieirabarreto@hotmail.com

3. Cirurgião geral, fundação Beneficência Hospital Cirurgia (SE).

E-mail: flavioluiz.cabral@gmail.com

4. Acadêmico de medicina (UFS) – Brasil. E-mail: yjuancardozo@hotmail.com

5. Acadêmico de medicina (UFS) – Brasil. E-mail: daice@bol.com.br

6. Acadêmico de medicina (UFS) – Brasil. E-mail: Debrohmaciел@hotmail.com

Instituição: Universidade Federal de Sergipe (UFS). Endereço: Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Sergipe (UFS), Aracaju – Sergipe.

Rua Claudio Batista, S/N CEP: 49.060-100. Fone/Fax: (79) 2105-1807 / 2105-1811

RESUMO

Introdução: O câncer de mama é o tipo de câncer mais incidente em mulheres, excluindo as neoplasias de pele não melanomas. A avaliação do seu perfil epidemiológico impacta positivamente em ações de planejamento na prevenção e controle desta afecção. **Objetivo:** Avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados, tratados e/ou em vigência de tratamento em um hospital de referência de câncer de mama do estado de Sergipe. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional e transversal; mediante questionário e entrevistas com pacientes submetidos ao tratamento da neoplasia de mama no serviço de referência em oncologia nos anos de 2010 a 2014, sendo utilizado o programa SPSS versão 8.0. **Resultados:** Foram coletados 200 prontuários, sendo considerados válidos 146 registros. Foram excluídos questionários com ao menos quatro itens sem resposta.

O gênero e a idade que apresentaram maior prevalência foram do sexo feminino com 141(96,5%) pessoas e pacientes acima dos 50 anos correspondendo a 97 (66,4%). A cor da pele e a escolaridade mais comuns foram a parda com 90 (61,6%) e ensino fundamental incompleto 53 (36,3%) respectivamente. A renda familiar entre meio e 1 salário mínimo corresponderam a 82 (56,1%) pacientes. Quanto a ocupação profissional 71 (48,6%) estavam desempregados; a maior parte não apresentava nenhum tipo de vício 108(74%) e as que possuíam prole constituída eram a maioria, apresentando entre 2 e 3 filhos num total de 47(32,2%) doentes. Em relação a prevalência do IMC, a maioria apresentou sobrepeso 52(35,6%); com estado civil apresentando maior parte de casados 101(69,2%) e procedência do interior do estado 78 (53,4%). Verificou-se que a maior parte dos pacientes 89 (63,1%) estavam em vigência de menopausa. **Conclusão:** Observou-se na referente pesquisa uma prevalência de câncer de mama com no gênero feminino, idade em mais de 50 anos, cor da pele parda, com baixa escolaridade, renda familiar abaixo de dois salários mínimos e desempregados. Maior parte não possuía vícios, apresentavam prole constituída, sobrepeso, casados, procedentes do interior do Estado e menopausadas.

Palavras chave: Câncer de mama; epidemiologia; feminino

ABSTRACT

Introduction: Breast cancer is the more issue type of cancer in women, excluding non melanoma skin cancer. The evaluation of the epidemiological profile positive impact in planning actions to prevent and control this disease. **Purposes:** Evaluate the epidemiological profile of patients diagnosed, treated and / or effective of treatment in a hospital of breast cancer reference the state of Sergipe. **Methods:** This is an observational and transverse, using a questionnaire based on an analysis of patients submitted to the treatment of breast cancer in reference hospital in oncology in years of 2010 - 2014, the program being used SPSS version 8.0. **Results:** They were collected 200 records; it is considered valid 146 records. Gender and age had a higher prevalence were female with 141(96, 5%) people and patients over 50 years corresponding to 97 (66, 4%). Skin color and the most common education were the mulatto with 90 (61, 6%) and incomplete primary education 53 (36,3%) respectively. Family income between half the minimum wage and 01 minimum wage accounted for 82 (56, 1%) patients. As for occupation 71 (48, 6%) were unemployed; most did not have any kind of addiction

108(74%) and who had made offspring were most, presenting between 2 e 3 children for a total of 47(32, 2%) sick. Regarding the prevalence of IMC, most were overweight 52(35, 6%); with marital status presenting most married 101(69,2%) and origin of countryside with 78 (53,4%). It was found that most patients 89 (63, 1%) were in menopause term. **Conclusions:** It was observed in related research a prevalence of breast cancer in gender female, aged more than 50 years, skin mulatto, with low education, family income less than two minimum wages and unemployed. Most had no addiction, had constituted offspring, overweight, married, coming from the countryside and menopausal.

Keywords: Breast cancer; epidemiology; female

INTRODUÇÃO

O câncer de mama caracteriza-se pelo crescimento incontrolável e anormal das células mamárias resultante de alterações genéticas, ocorrendo tanto no ducto quanto nos glóbulos mamários. Os principais sinais e sintomas de câncer de mama são: nódulo na mama e/ou axila, os pacientes podem apresentar quadro de dor ou indolor, edema mamário e alterações da pele (abaulamentos ou retrações) que recobrem a mama, além de secreção serosa ou sanguinolenta pelos mamilos¹.

No Brasil, excluindo a neoplasia de pele não melanoma, o câncer de mama é o mais frequente em mulheres de todas as regiões do país, exceto na região Norte, onde o câncer do colo do útero ocupa a primeira posição. A neoplasia da mama é a maior causa de morte por câncer entre as mulheres e num contexto geral de doenças fica atrás apenas das doenças cardíacas e cerebrovasculares em número de óbitos². Apesar de raro, em torno de 1% de homens podem ser acometidos pelo câncer de mama com as mesmas características sintomatológicas e histológicas do gênero feminino. Porém, num contexto geral, a neoplasia mamária no gênero masculino ainda é muito pouco estudada³.

Diversos fatores socioeconômicos e demográficos impactam negativamente no acesso à saúde, verificando-se que pessoas do perfil epidemiológico do nosso estudo possuem dificuldades nos acessos aos serviços de saúde pública, tanto na sua prevenção, como no diagnóstico e controle ⁴. Os programas de prevenção e controle da doença devem relacionar-se continuamente à pesquisa de fatores de risco epidemiológicos associados ao câncer de mama.

O conhecimento e a compreensão acerca do perfil epidemiológico de pacientes com câncer de mama ganham importância à medida que alguns deles são passíveis de modificações⁵. Um elemento fundamental no rastreamento de mulheres que tenham risco para a predisposição ao câncer de mama é a obtenção de perfil epidemiológico, avaliando seu nível de risco para essa neoplasia⁶.

O grande desafio que se impõe para o sistema de saúde, atualmente, é avaliar de maneira mais ampla as medidas de controle e suporte preconizadas para a Saúde Pública, possibilitando medidas que agregam benefício à saúde individual em cada paciente⁸. Partindo-se desse pressuposto, é imprescindível a incorporação da análise do perfil epidemiológico no planejamento das ações de saúde, que tenham como objetivo promover a melhoria nas condições das mesmas⁷.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo, utilizando-se questionário contendo 12 itens, baseado na análise dos prontuários e entrevista com pacientes em vigência ou não de tratamento da neoplasia mamária num serviço de referência em oncologia, no período de 5 anos. Esse estudo destaca o perfil clínico epidemiológico dos pacientes com câncer de mama diagnosticados, tratados e/ou em vigência de tratamento num hospital de

referência em Oncologia na cidade de Aracaju-SE durante os últimos 5 anos, segundo as variáveis de associação demográfica e fatores de risco.

O local de coleta dos dados selecionados foi a Fundação Beneficência Hospital Cirurgia (FBHC). As informações complementares foram colhidas por acadêmicos do curso de medicina mediante busca ativa, durante atendimento no ambulatório de oncologia desta instituição, bem como por entrevistas via telefone. Foram considerados critérios de inclusão pacientes que aceitaram participar da pesquisa e portadores de câncer de mama sem restrição quanto a idade. Foram excluídos pacientes que não aceitaram participar da pesquisa e/ou questionários que existam ao menos quatro itens sem respostas.

Foram analisados dados sócio-demográficos (gênero, idade, cor da pele, escolaridade, renda familiar, ocupação, vícios, número de filhos, índice de massa corpórea, estado civil, procedência e estágio menopausal). Pesquisa aprovada pelo comitê de ética sob o número: 23446313.7.00005546. Para análise estatística na avaliação das variáveis categóricas foi usado o teste de frequência simples do programa SPSS versão 8.0.

RESULTADOS

Foram entrevistados 200 pacientes, sendo considerados válidos 146 formulários. Verificou-se que maior parte dos pacientes 141 (96,5%) eram do sexo feminino e 97 (66,4%) possuía idade acima de 50 anos. Em relação à cor da pele, 90 (61,6%) foram constituídos de pacientes que se consideravam pardos e a maior parte 53 (36,3%) possuía ensino fundamental incompleto (TABELA 1).

Tabela 1. Características dos pacientes: gênero, idade, cor da pele, escolaridade

Características	N (%)
<u>Gênero:</u>	
Feminino	141 (96,5%)
Masculino	5 (3,5%)
<u>Idade:</u>	
15-49	49 (33,6%)
> 50	97 (66,4%)
<u>Cor da pele:</u>	
Branco	29 (19,9%)
Pardo	90 (61,6%)
Negro	27 (18,5%)
<u>Escolaridade:</u>	
Analfabetos	17 (11,6%)
Fundamental incompleto	53 (36,3%)
Fundamental Completo	23 (15,7%)
Ensino Médio	42 (28,8%)
Superior Incompleto	03 (2,1%)
Superior Completo	08 (5,5%)

Quanto a renda familiar, 82 (56,1%) pacientes possuíam renda entre meio e 1 salário mínimo e em relação à ocupação foram de 71 (48,6 %) doentes que estavam desempregados, seguidos de 36 (24,7%) aposentados. Em relação aos hábitos, 108 (74%) não possuíam vícios; e aqueles com dependência química do cigarro ou do álcool, o tabagismo foi o mais frequente 22 (15,1%). Sobre o número de filhos 47 (32,2%) dos entrevistados informaram ter entre 2 e 3 filhos, seguido por aquelas com 1 filho num total de 31 (21,2%) pacientes. Apenas 28(19,2%) não tiveram prole constituída (TABELA 2).

Tabela 2. Características dos pacientes: renda familiar, ocupação, vícios, filhos

Características	N (%)
<u>Renda familiar:</u>	
Sem rendimento	13 (8,9%)
Até meio salário mínimo	14 (9,7%)
Meio e 1 salário mínimo	82 (56,1%)
2 e 5 salários mínimos	31 (21,2%)
> 5 salários mínimos	06 (4,1%)
<u>Ocupação:</u>	
Desempregado(a)	71 (48,6%)
Empregado(a)	31 (21,2%)
Autônomo(a)	08 (5,5%)
Aposentado(a)	36 (24,7%)
<u>Vícios:</u>	
Sem vícios	108 (74,0%)
Tabagista	22 (15,1%)
Etilista	12 (8,2%)
> 1 vício	04 (2,7%)
<u>Filhos:</u>	
Nenhum	28 (19,2%)
1	31 (21,2%)
2 e 3	47 (32,2%)
4	18 (12,3%)
> 4	22 (15,1%)

A maior parte da nossa amostra possuía sobrepeso 52 (35,6%). Quanto ao estado civil, a maioria dos pacientes em nosso estudo era formada por casados 101 (69,2%) e solteiros numa prevalência de 45 (30,8%) indivíduos. Sobre a procedência, a maioria dos pacientes eram provenientes do interior 78 (53,4%), seguido da capital 64 (43,8%) e de outros estados 4 (2,7%). Verificou-se ainda que a maior parte dos pacientes 89 (63,1%) estava em vigência de menopausa (TABELA 3).

Tabela 3. Características dos pacientes: IMC, estado civil, procedência, ciclo reprodutivo

Características	N (%)
<u>IMC:</u>	
Abaixo do peso	08 (5,5%)
Euttrófico	46 (31,5%)
Sobrepeso	52 (35,6%)
Obesidade I	34 (23,3%)
Obesidade II	06 (4,1%)
<u>Estado Civil:</u>	
Casado(a)	101 (69,2%)
Solteiro(a)	45 (30,8%)
<u>Procedência:</u>	
Interior	78 (53,4%)
Capital	64 (43,8%)
Outros Estados	04 (2,7%)
<u>Ciclo Reprodutivo:</u>	
Pré- menopausal	52 (36,9%)
Pós- menopausal	89 (63,1%)

DISCUSSÃO

Segundo INCA(2014), o câncer de mama é o mais comum entre as mulheres (sem considerar os tumores de pele não melanoma) e também é a segunda causa de morte por câncer. Esse tipo de câncer apresenta uma incidência de aproximadamente 55 casos para cada 100 mil mulheres em todo o Brasil¹². Distribuindo a incidência por território, é o mais frequente na região Sudeste (71 a cada 100 mil), seguido da região Sul (70 a cada 100 mil), (Centro-Oeste 51 a cada 100 mil) e Nordeste (36 a cada 100 mil). Na região Norte, é o segundo tipo de neoplasia mais incidente (21 a cada 100 mil mulheres), este perdendo apenas para câncer de colo de útero¹².

Thuler (2003) afirma que o simples fato de pertencer ao sexo feminino constitui-se o fator de risco mais importante devido a maior quantidade de tecido mamário encontrado nas mulheres e conseqüentemente a sua maior exposição ao estrogênio endógeno¹³.

Verificou-se que a maior parte da amostra desse trabalho era constituída de mulheres, em consonância com a literatura na qual o câncer de mama é o mais prevalente nesse gênero da população.

Embora os homens apresentem este tipo de câncer, essa afecção é pelo menos 100 a 150 vezes mais frequente entre as mulheres¹². Entre as principais causas da doença no gênero masculino, estão as alterações genéticas e hormonais, alimentação rica em gorduras, excesso de álcool ingerido, além do uso de anabolizantes¹⁵.

Apesar da neoplasia mamária no gênero masculino ser uma doença relativamente incomum com registro na literatura abaixo de 1%¹⁶, o presente estudo mostrou uma frequência de 3,5% do sexo masculino com tal patologia. Pelo fato do câncer de mama ter como alvo principal as mulheres, ocorre uma falta de conscientização sobre a importância do auto exame por parte dos homens.

A idade é a maior contribuição para a origem do câncer de mama no gênero feminino, sendo o envelhecimento como único fator de risco conhecido em muitos casos⁹.

A idade elevada é um dos fatores de risco muito bem estabelecidos na associação com o câncer de mama, pois provavelmente reflete alterações no material genético acumulados durante a vida. Diversos estudos apontam uma prevalência de 60-70% de pacientes com câncer de mama numa faixa etária acima dos 50 anos¹⁰, corroborando com os dados obtidos nesta pesquisa que apontou como maior parte dos doentes diagnosticados com idade superior a 50 anos. Embora esse tipo de câncer possa ocorrer em idades mais jovens, trata-se de uma doença, em geral, relacionada ao envelhecimento celular¹¹.

Matos et al. (2009) apresentaram resultados em seus trabalhos nos quais o câncer de mama é mais frequente em mulheres com mais de 50 anos de idade¹⁸. Porém, o que chama a atenção e preocupa pesquisadores e profissionais da saúde, é que cada vez mais são comuns relatos e casos de câncer mamário em jovens com idade inferior a 50 anos. Keegan et al.(2012) apresentaram resultados nos quais a incidência aumentava entre 15 e 39 anos de idade e 62,8% das pacientes jovens com câncer de mama situavam-se na faixa etária entre 35 e 39 ano¹⁴. Um possível explicação estaria no fato das mulheres apresentarem ao longo do tempo maior aderência a vida urbana e conseqüentemente sofrerem com os maus hábitos que a rotina industrializada das cidades lhes proporciona.

Apesar de ocorrer uma perspectiva de aumento na incidência em tumor de mama feminino em jovens, ainda é prevalente na literatura nas faixas etárias acima de 50 anos.

A idade das mulheres com a neoplasia mamária segundo a literatura é fator determinante para o prognóstico. Nas mulheres mais jovens, diminui consideravelmente a expectativa de vida em comparação a mulheres acima dos 50 anos de idade¹⁷.

A cor branca é apontada por Menke et al. desde 1997 entre os fatores de risco para neoplasia da mama. Porém, o perfil epidemiológico no Brasil envolvendo pacientes com esta neoplasia divergem quanto a prevalência por raça ou etnia. Hess et al.(2007) em estudo epidemiológico com mulheres que realizaram mastectomia, foram abordadas 108 mulheres, nele pode-se verificar que a raça que concentrou o maior número de mulheres foi a negra (46,9%), seguida da parda (38,8%)¹⁵. Em contrapartida, outros estudos evidenciaram a raça branca como sendo de maior predominância¹⁶. Na Paraíba, revelaram que 82% de mulheres acometidas pelo câncer de mama pertenciam à raça branca¹⁴. Já em Santa Catarina, observou-se a prevalência de 94,5% de mulheres com tumor de mama pertencentes ao grupo caucasiano¹⁴. Outros estudos afirmam que os estados brasileiros onde possuem um padrão sociodemográficos da cor branca semelhante ao europeu tiveram resultados em

aproximadamente 80% de doentes com câncer de mama, corroborando com outros dados apontados na literatura como a raça branca possuindo a maior prevalência em pacientes que têm essa comorbidade^{16,17,18}.

Matos et al.(2009) escreveram em seu estudo que apesar da incidência do câncer de mama ser menor em negras e hispânicas (na pós-menopausa), a sobrevida em negras é menor, pois o diagnóstico desses pacientes são realizados em estágios avançados¹⁸.

No presente estudo a classificação da raça foi um fator limitante, pois além do fato da população sergipana ser miscigenada, a informação da cor da pele foi autorreferida. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em Sergipe, em 2010, 61,4% da população se auto declarou parda, 28,2% branca e 8,9% por negra¹⁹. Nesse trabalho, a cor parda foi mencionada em sua maioria pelos pacientes, sendo passível de ser um resultado reflexo do grau de miscigenação da população sergipana em geral. A influência da variável cor da pele vem sendo trabalhada nos últimos anos por diversos pesquisadores, demonstrando que a maior parte dos pacientes autorreferidos de cor parda pertence a classes sociais inferiores¹³, a qual é resultado na amostra dessa pesquisa.

Assim, o padrão classificatório da cor da pele no Brasil é frequentemente subjetivo indeterminado e numa dependência contextual de sua aplicação^{14,15}. Apesar das limitações inerentes ao que se convencionou denominar de classificação étnico-racial em pacientes com neoplasia de mama, é de grande valia um estudo sobre a classificação racial no Brasil, pois através dela é possível delimitar de que adoece determinada população étnica em nosso país.

A escolaridade tem influência no acesso aos serviços de saúde e interfere na capacidade de entendimento, na compreensão do tratamento prescrito, na realização do autocuidado e na relação terapêutica entre profissional de saúde e usuário³⁰. Gutiérrez et al. (2007) realizou um estudo na cidade de São Paulo, com mulheres com câncer de mama, no qual 64,2% tinham apenas o ensino fundamental²⁰. Zillmer (2013) destaca que a escolaridade

deveria ser considerada como uma das diferentes ações vinculadas às estratégias de prevenção do câncer e promoção da saúde²¹. O baixo nível intelectual é apontado como um risco 7,4 vezes mais elevado de mortes entre as mulheres analfabetas em comparação as que possuem ensino superior, pois devido a menor adesão ao tratamento e com diagnóstico tardio por parte das pacientes de menor nível educacional, colabora para o seu pior prognóstico ^{21,22}. A incidência de doentes que possuem ensino fundamental incompleto foi a prevalência nesta pesquisa, estando em associação positiva com outros estudos, pois a baixa escolaridade é apontada como um importante fator de risco para o diagnóstico tardio de tumores de mama, sendo que esses pacientes procuram tardiamente os serviços de saúde e conseqüentemente tornando mais vulneráveis a adquirirem tal patologia em processo avançado da doença ^{23,24}.

Wünsch et al. (2008), ressaltam que as classes sociais economicamente desfavorecidas, são menos assistidas no que diz respeito ao controle do câncer. Deste modo, essas pessoas são mais expostas aos fatores de risco e comorbidades, além de se depararem com a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, repercutindo no retardo do diagnóstico, podendo muitas vezes levar a um prognóstico ruim, e conseqüentemente a intervenções mutiladoras²⁴.

O diagnóstico tardio das neoplasias passíveis de detecção nos estágios iniciais por meio de rastreamento e as dificuldades de acesso tanto ao diagnóstico quanto ao tratamento adequado, são frutos da vulnerabilidade dos pacientes de baixa renda ²⁵. Louwman et al.(2007) demonstraram em seus trabalhos que pacientes da classe socioeconômica mais alta são mais beneficiados com a terapêutica, independentemente do estágio da doença²⁶. A proporção desigual no acesso à saúde pública das classes socioeconômicas mais baixas pode ser explicada pela dificuldade aos acessos dos serviços de saúde pública, o que contribui para a piora geral do quadro clínico durante o tratamento.

Esse trabalho resultou numa prevalência de pacientes com renda com baixa renda entre meio e 1 salário mínimo. O risco de câncer de mama é maior entre as mulheres de baixa renda, estando associado a um estilo de vida mais estressante, dieta inadequada e na dificuldade de acesso aos serviços de saúde e informações sobre a prevenção da doença²⁷. Melo et al. (2013) em seus estudos relacionaram o nível socioeconômico ao surgimento do câncer, pois pessoas com menor renda têm maior dificuldade para entendimento e realização do processo de prevenção²⁸.

Determinadas profissões representam um elevado risco de neoplasia mamária em detrimento a outras. São locais de trabalho onde expõe os empregados às substâncias cancerígenas ou causem distúrbios hormonais²⁹. Os setores de maior risco são a agricultura, fabricação de plásticos automotivos, conservantes de alimentos e metal mecânico. São resultados que frisam a importância de estudos nos locais de trabalho para identificarem e quantificarem os fatores de risco ambientais e ilustrar o histórico de pacientes relacionando câncer de mama e ocupação dos mesmos³⁰.

As mulheres na contemporaneidade, com jornadas duplas ou triplas de trabalho podem desencadear stress emocional, considerando que sua inserção no campo de trabalho não a libera das responsabilidades com as atividades domésticas e educação dos filhos, o que resulta em um acúmulo de atribuições o que pode contribuir para o desequilíbrio orgânico. Apesar dessas conclusões baseado nesses estudos, ainda é necessário novos dados sócio-demográficos para esclarecer intimamente a relação entre nível ocupacional e câncer de mama³¹.

Esse estudo revelou que maior parte dos pacientes encontrava-se desempregados (estão inclusos os que desempenhavam atividades do lar). Entretanto, pacientes desempregados que exercem atividades do lar e são expostos a inúmeras substâncias químicas potencialmente mutagênicas, incluindo os produtos químicos usados em serviços domésticos

(detergentes, água sanitária, soda cáustica e inseticidas) são vulneráveis ao acometimento da neoplasia mamária³².

Em relação aos maus hábitos, neste trabalho, a maior parte dos pacientes não relataram algum tipo de vício no momento do diagnóstico da doença.

Apesar da relação fumo e câncer de mama apresentar-se ainda de forma controversa na literatura, diversos estudos vêm contribuindo para que essa ligação se torne cada vez mais consistente³³. O Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, analisou 53 estudos de coorte e caso-controle e observou que a associação entre tabagismo e câncer de mama é geralmente confundida pelo efeito do consumo de bebidas alcoólicas associado ao fumo. Nas análises realizadas com um pouco mais de 22mil mulheres com câncer de mama e por volta de 41mil casos-controle que negaram consumo de álcool, o risco de adoecer de câncer de mama em fumantes não diferiu significativamente dos que em não-fumantes³⁴. A revisão de Palmer & Rosemberg mostrou que a maioria dos estudos não evidenciou uma associação significativa para o câncer de mama; entre aqueles que observaram tal associação, o aumento de risco foi de 20% a 30%.

Entretanto, existem estudos que corroboram como o tabagismo sendo um dos fatores de risco ao câncer de mama^{35,36}. Na relação entre o fumo e tumor de mama tem se observado um aumento no risco de 20 a 50%, além disso está diretamente relacionada a fatores como alta intensidade e longa duração, assim como a uma idade precoce do início do hábito tabágico³⁷. Resultados apresentados na reunião anual da American Society of Clinical Oncology(2011), relataram que o risco de neoplasia mamária invasiva é maior nas mulheres fumantes em relação as não fumantes³⁸. Luo et al.(2011) realizaram um estudo de coorte prospectivo, aproximadamente, 80mil mulheres com idades entre 50 e 79 anos e concluíram que seus achados sobre a relação de tabagismo e câncer de mama são consistentes, tendo sido

observado um aumento de até 50% no risco de neoplasia da mama em associação com fatores como intensidade, período e idade de início do hábito de fumar ³⁵.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Mastologia (2011), o consumo de álcool está associado ao aumento de vários cânceres, incluindo o câncer de mama. Um dos mecanismos de ação do álcool seria a alteração do metabolismo, do estrogênio no fígado, sobretudo em pacientes após menopausa, onde os ovários param de produzir o hormônio estrogênio³⁹.

Apesar das divergências na literatura quanto aos resultados da relação tabagismo e câncer de mama, além de que grande parte dos pesquisadores afirmarem que ainda não há provas suficientes para determinar a influência deste mau hábito (devido ao seu efeito danoso à saúde) este hábito deve ser desencorajado ³⁵.

As mulheres que tiveram filhos e amamentaram apresentam menores riscos de serem acometidas pela neoplasia mamária. Com a interrupção da ovulação e durante o período de amamentação, diminui a atuação dos estrógenos sobre o tecido mamário os quais em atividade são fatores de risco para neoplasia mamária ³⁶. A lactação é fator protetor para o câncer de mama, e a explicação para este efeito está na atuação das células de defesa presentes no leite realizando um papel fundamental na destruição das células neoplásicas ⁴⁰. Contudo, ainda não há consenso sobre o tempo de amamentação que exerce esta proteção. Existe relato na literatura que as mulheres que foram submetidas à lactação quando criança, mesmo apenas por um curto tempo, tem um risco 25% mais baixo de desenvolver câncer de mama do que as mulheres que não foram amamentadas⁴¹.

Cunha (2001) realizou um estudo na China e no Japão, onde a lactação prolongada é mais frequente, e foi evidenciada uma importante redução no risco de desenvolver este tipo de doença, estando associada à maior duração no tempo da lactação⁴². Camayo (2008) numa pesquisa com casos e controles encontrou uma significativa redução no risco de desenvolver câncer de mama em pacientes que tinham uma história de amamentação por três meses ou

mais, sugerindo que quanto maior o tempo de amamentação maior é a redução do risco para o câncer de mama⁴³.

Sabe-se que no Brasil o tempo de aleitamento, em geral, é menor que o preconizado⁴¹, sendo essa uma possível contribuição para a alta taxa de câncer de mama encontrada em nosso estudo (80,8%) nesses pacientes que praticaram a amamentação.

Má orientação dietética (desequilíbrio energético) muitas vezes relacionado ao alto consumo de gorduras e resultando num peso acima de seu ideal, aumenta significativamente o risco para a neoplasia de mama³⁰. O Nurses Health Study (NHS, 2006) demonstrou que mulheres com disfunção ponderal se associam a um aumento no de risco de câncer de mama. Mulheres que perdem 5% ou mais de seu peso, antes e após a menopausa, apresentam uma redução do risco de desenvolver essa doença na pós- menopausa na ordem de 40 e 25% respectivamente⁴⁴.

Este trabalho apresentou uma prevalência de pacientes que estavam acima do peso (Sobrepeso, obesidade grau I e II). Felden & Figueiredo (2011) em um estudo realizado no Sul do Brasil em que 34,3% das mulheres com tumor de mama tinham o IMC entre 25-29 e 40,4% delas possuíam o IMC maior que 30. Estes mesmos autores apresentaram resultados em seus trabalhos, onde a obesidade geral tem sido considerada um fator de risco para câncer de mama em mulheres na pós-menopausa⁴⁵.

A American Cancer Society (2009) recomenda a adoção de um estilo de vida que promova a manutenção de um peso saudável e o consumo limitado de alimentos ricos em gorduras, especialmente as de origem animal. Associado à alimentação, é importante praticar atividade física no controle do peso, pois também contribui para os efeitos protetores nos níveis hormonais e, dessa maneira diminuir a chance de desenvolver câncer de mama⁵.

A literatura vigente aponta que a situação conjugal não é fator de risco importante, porém está se torna necessária para a avaliação completa do perfil epidemiológico do paciente^{47,48}.

Um estudo envolvendo um pouco mais de mil pacientes com neoplasia de mama, a situação conjugal não foi considerada um fator importante ⁴⁸, o que confirma os resultados da revisão sistemática da literatura realizada por Ramirez et al.⁴⁹.

Embora grande parte da literatura não considere o estado civil um fator de risco considerável à neoplasia de mama ^{50,51}, esse estudo houve uma prevalência de mulheres casadas.

Entretanto, há relatos na literatura apontando uma estreita relação entre câncer de mama e estado civil. Eaker et al. (2011) apontaram em seus estudos que mulheres solteiras apresentam pior prognóstico por serem frequentemente diagnosticadas com doença mais avançada⁵¹. Um estudo americano realizado por envolvendo 540 pacientes, revelou que o fato de nunca terem sido casadas aumentou em quase três vezes o risco de apresentarem doença em estágio avançado⁵². BRITO et al. (2010) relatou que o fato das mulheres serem casadas ou possuírem companheiros, pode estar relacionado a uma maior adesão na realização de exames, pois em certa medida, o parceiro influenciou numa melhor adesão e procura aos serviços de saúde ⁵³.

Novos estudos precisam ser realizados para que se concretize o envolvimento conjugal estreitamente relacionado no perfil epidemiológico de pacientes com câncer de mama.

Um fator auxiliar que pode corresponder à demora no momento do diagnóstico é a procedência da paciente. Programas efetivos de rastreamento e detecção precoce do câncer de mama esbarram em diversas dificuldades, como a quantidade insuficiente e sobretudo na distribuição em exames de rastreamento. Batiston et al.(2009) demonstraram em seus estudos que devido a melhor infraestrutura e maior disponibilidade de recursos financeiros, a zona urbana disponibiliza de acesso mais oportuno à mamografia do que nas cidades do interior ⁵⁴. Castro et al (2009) apresentaram em seus estudos que pacientes provenientes do interior, em sua maioria, receberam diagnóstico em estágios mais avançados (III e IV) e apresentaram

baixa resolubilidade ao primeiro tratamento (doença em progressão e fora de possibilidade terapêutica⁵⁵. INCA(2006) relatou que a deficiência de um programa regionalizado para prevenção, detecção e tratamento dificulta as ações no combate a morbimortalidade dos doentes com tumor de mama, sendo frequente a migração de pacientes (da zona rural), sobrecarregando e onerando os centros de referência da capital ⁵⁶. Pacientes procedentes da capital além de realizarem um diagnóstico precoce podem apresentar uma maior taxa de sobrevida⁵⁷.

Ao contrário das variáveis epidemiológicas da literatura, esse trabalho mostrou que a maior parte 53,4% dos pacientes eram provenientes da zona rural. Uma explicação compatível para tal resultado, é a inexistência de centros de referência ao câncer de mama no interior do Estado até o momento onde foi realizado essa pesquisa. Além disso, o estilo de vida urbanizado crescente e adquirido pela população da zona rural e ao mesmo tempo a desigualdade no acesso ao rastreamento, diagnóstico e tratamento desta população contribuem impreterivelmente no aumento da incidência de casos no interior⁵⁸.

A literatura aponta, em diversos trabalhos, a íntima relação entre o ciclo reprodutivo da mulher (período pré e pós menopausal) e a incidência do câncer de mama. Lima et al.(2008) ao realizarem um estudo com casos-controle, identificaram diferenças significantes em relação a idade da menopausa, com prevalência de tumor de mama (43,8%) em pacientes pós-menopausadas e 31,9% em pacientes pré-menopausadas⁵⁹.

Segundo o INCA (2011), o atraso da menarca reduz em torno de 15% por ano o risco de câncer de mama, enquanto o atraso da menopausa eleva esse risco cerca de 3% por ano⁶⁰. Molina (2006) publicou em seu estudo diversos fatores de risco sobre neoplasia da mama, e apresentou como resultado, pacientes em que a menarca ocorreu antes dos 11 anos aumentou entre 10% e 12% a ocorrência do câncer de mama ⁶¹. A menarca precoce é relatada como fator de risco devido a maior exposição ao estrogênio endógeno ao longo da vida. Borghesan

(2008) apresentou um trabalho em que 47,4% das mulheres diagnosticadas com tumor de mama apresentaram menarca entre 10 e 11 anos⁶².

Prevaleceu-se nesse estudo pacientes em ciclo reprodutivo pós-menopausal num total de 89 pacientes. Perfil típico de pacientes que apresentam uma maior exposição de tempo aos estímulos do estrogênio durante a vida, sendo então considerado fator de risco para desenvolvimento da neoplasia mamária.

CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou conhecer o perfil epidemiológico de mulheres com câncer de mama admitidas num centro de referência público do estado de Sergipe. A maior parte de nossa amostra foram de mulheres, com mais de cinquenta anos, pardas, casadas e em estágio pós-menopausal. A maioria possui ensino fundamental incompleto, com renda familiar até um salário mínimo, sendo a maior parte formada por desempregadas e procedentes da zona rural. Mostrou-se que a maior parte das pacientes não possuíam vícios e estavam acima do seu peso.

Portanto, os dados do trabalho apresentado da epidemiologia dos pacientes com câncer de mama possibilitarão um melhor planejamento em prevenção, diagnóstico e controle nas ações de saúde desses pacientes.

Referências Bibliográficas

1. Sociedade Brasileira de Mastologia (2011). Acesso em 15 fevereiro de 2015. **Disponível em:** <http://www.sbmastologia.com.br/index/index.php/entendendo>
2. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
3. Instituto Nacional do Câncer. José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2014:** incidência de câncer no Brasil. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014>.
4. Mendoza-Sassi, R., Béria, J. U. Prevalence of having a regular doctor, associated factors, and the effect on health services utilization: a population-based study in Southern Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(5):1257-1266, set-out, 2003
5. American Cancer Society. Cancer facts & figures 2009. Atlanta: American Cancer Society; 2009. Disponível em: http://www.cancer.org/downloads/STT/2008CAFF_finalsecured.pdf. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife, 11 (2): 163-171 abr. /jun., 201. Acesso em: 01 fev 2009.
6. Chagas CR., Menke CH., Vieira RJS, Boff RA. Tratado de Mastologia da Sociedade Brasileira de Mastologia. Rio de Janeiro: **Revinter**, 2011. Vol. 01.

7. Coelho S, Franco Y P. **Saúde da mulher**. Belo Horizonte: Nescon, UFMG, Coopmed, 2009.
8. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
9. Minister of Public Works and Government Services(Canada). Review of lifestyle and environmental risk factors for breast cancer: **summary report**. 2005.
10. Fundação Centro de Controle de Oncologia do Amazonas (Brasil). **Registro de câncer de base populacional de Manaus: dados de 1999**. Manaus: FCECON; 2002
11. National Breast And Ovarian Cancer Centre (NBOCC). **Breast cancer risk factors: a review of the evidence**. Surry Hills, NSW, Australia: National Breast and Ovarian Cancer Centre, 2009.
12. Brasil. Instituto Nacional de Câncer. **Incidência do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2014
13. Thuler, L. C. (2003) Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. **Revista brasileira de cancerologia**. Rio de Janeiro, v. 49, n. 4, p. 227-238, vol. 1,n. 1, p. 133-156, jun. 2003.
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. Hess SC, Trevisan OP, Alvarenga AP, Rosa AMA, Ivo ML, Pessoa SSE, et al. a Mortalidade por neoplasias no Brasil de 2003 a 2007. **Revista Baiana de Saúde Pública**. 2011 abr./jun. 35(2): 457-470.
16. Brasil. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2012 – Incidência de Câncer no Brasil**. [Internet]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/>. Acesso em: junho de 2012. Rio de Janeiro: INCA; 2012.
17. Câncer de Mama Masculino. In: Chagas, Carlos Ricardo - Menke, Carlos Henrique - Vieira, Roberto José - Boff, Ricardo Antonio. Rio de Janeiro: **Tratado de Mastologia da Sociedade Brasileira de mastologia**, 2012.
18. Matos J.C., Carvalho M.D.B., Pelloso S.M., Uchimura T.T., Mathias T.A.F. Mortalidade por câncer de mama em mulheres do município de Maringá, Paraná, Brasil. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2009 set;30(3):445-52.
19. Ministério da Saúde/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2006**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2006. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 08 outubro 2014.
20. Gutiérrez MGR, Bravo MM, Chanes DC, Vivo MCR, Souza GO. Adesão de mulheres mastectomizadas ao início precoce de um programa de reabilitação. **Acta Paul Enferm**. 2007;20(3):249-54

21. Zillmer J G V, *et al.* Caracterização dos clientes em tratamento radioterápico em um serviço no sul do Brasil. **Rev Enferm UFSM** 2013 Mai/Ago;3(2):315-325.
22. Curado MP, Edwards B, Shin HR, Ferlay J, Heanue M, Boyle P, *et al.* **Cancer incidence in five continents**, Vol. IX [IARC Scientific Publications, 160]. Lyon: IARC; 2007.
23. Felix JD, Castro DS, Amorim MHC, Zandonade E. Tendência da mortalidade por câncer de mama em mulheres no estado do Espírito Santo, no período de 1980 a 2007. **Rev bras cancerol.** 2011; 57(2): 159-66.
24. Wünsch F V, Antunes J.L.F, Boing A.F, Lorenzi R.L. Perspectivas da investigação sobre determinantes sociais em câncer. **Physis** (Rio J). 2008;18(3):427-50.
25. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. *World Cancer Report*. Lyon: IARC Press; 2008. 602 **Rev Bras Epidemiol**, 2012; 15(3): 595-604
26. Louwman WJ, Poll-Franse LV van de, Fracheboud J, Roukema Já, Coebergh JW. Impact of a programme of mass mammography screening for breast cancer on socio-economic variation in survival: a population-based study. **Breast Cancer Res Treat.** 2007 Nov; 105(3):369-75.
27. Di Pietro P. F. *et al.* Breast cancer in Southern Brazil: association with past dietary intake. **Nutrición Hospitalaria**, Madrid, v. 22, n. 5, p. 565-572, 2007. RBCEH, Passo Fundo, v. 9, n. 2, p. 247-262, maio/ago. 2012
28. Melo W.A., Luma A.O.S., Robsmeire C.M.Z., Maria D.B.C., Fatores Associados na Mortalidade por Câncer de Mama no Noroeste Paranaense. **Rev. Eletron. Gest. & Saúde.** 2013; Edição Especial, 2087-2094 [capturado 2013 jun.]. **Disponível em:** <<http://gestaoesaude.unb.br>>. Acesso em: 20 jan. 2014.
29. Guembarovski RL, CÓLUS IMS. Câncer: uma doença genética. *Genética Escola.* 2009; 3(1): 4-7. **R. pesq.: cuid. fundam.** online 2013. dez. 5(6):91-103.
30. Peres MA, Masiero AV, Longo GZ, Rocha GC, Matos IB, Najnie K, *et al.* Auto-avaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil. *Rev Saude Publ.* 2010;44(5):901-11. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2012; 58(2): 209-222.
31. Pafaro R.C. de, Martino M.M.F. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. **Rev. esc. enferm.** USP. 2004; 38(2):152-160.
32. Inumaru L.E., Da Silveira E.A, Naves M.M.V. Fatores de risco e de proteção para câncer de mama. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(7):1259-1270, jul, 2011.
33. Lopes ER, Mendonça GAS, Goldfarb LMCS, Aguinaga S, Costa e Silva VL, Mattos I, *et al.* Câncer e meio ambiente. **Rev Bras Cancerol**, 2002;38(1):35-64.
34. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Alcohol, tobacco and breast cancer – collaborative reanalysis of individual data from 53 epidemiological studies,

including 58 515 women with breast cancer and 95 067 women without the disease. *Br J Cancer*. 2002; 87: 1234-45.

35. Luo J, Margolis KL, Wactawski-Wende J, Horn K, Messina C, Stefanick ML, Tindle HA, Tong E, Rohan TE. Association of active and passive smoking with risk of breast cancer among postmenopausal women: a prospective cohort study. **BMJ**. 2011; 342:d1016.

36. Collishaw NE, Boyd NF, Cantor KP, Hammond SK, Johnson KC, Millar J, Miller AB, Miller M, Palmer JR, Salmon AG, Turcotte F. Canadian expert panel on tobacco smoke and breast cancer risk. Ontario Tobacco Research Unit; 2009. [Acesso em 01 Abr 2011]. Disponível em: http://www.otru.org/pdf/special/expert_panel_tobacco_brea_st_cancer.pdf.

37. Aguiar ADF, Padilha KM, Volpi PTM, Gomes JC, Tartarotti EA, Oliveira MS *et al*. Perfil sociodemográfico e clínico das pacientes em tratamento do câncer mamário. **Rev Inst Ciênc Saúde**. 2008;26(2):191-5.

38. American Society of Clinical Oncology (ASCO). **Annual Meeting**: ABSTRAT 1505, 6, 2011.

39. Sociedade Brasileira de Mastologia. 2011 http://www.sbmastologia.com.br/Arquivos/Recomendacoes_de_consenso/diretrizes-cancer-de-mama-diagnostico-e-tratamento.pdf Disponível em: <http://www.sbmastologia.com.br/index/index.php/entendendo>. Acesso em 15 fevereiro de 2015.

40. Freudenheim JL, Marshall JR, Graham S, Hellmann R, Vena JE, Bandera E *et al*. Exposure to breastmilk in infancy and the risk of breast cancer. **Epidemiology**. 1994; 5(3):324-31.

41. Rubin *et al*. Antropometria e conhecimento Nutricional. **Revista Brasileira de Cancerologia**; 56(3), 303-309, 2010.

42. Cunha L. N. Diet book: Gestante. São Paulo: Mandarim, 2001. cap. 3, p. 91-122. **Disc. Scientia**. Série: *Ciências da Saúde*, Santa Maria, v. 13, n. 1, p. 63-70, 2012.

43. Camayo JR. Lactancia materna y cáncer de mama: un estudio caso-control en pacientes del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima- Perú. **An Fac Med (Perú)**. 2008;69(1):22-8.

44. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. *World Cancer Report*. Lyon: IARC Press; 2008. 602 **Rev Bras Epidemiol**, 2012; 15(3): 595-604

45. Felden JBB, Figueiredo ACL. Distribuição da Gordura Corporal e Câncer de Mama: um estudo caso-control no Sul do Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2011;16(5):2425-33.

47. Silva BS, Albuquerque V, Leite J. Qualidade de Vida em Pacientes Portadoras de Neoplasia Mamária Submetidas a Tratamentos Quimioterápicos. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2010; 56(2): 227-236

48. Palmer MK, Lythgoe JP, Smith A. Prognostic factors in breast cancer. **Br J Surg** 1982; 69: 697-8.

49. Ramirez AJ, Westcombe AM, Burgess CC. Factors predicting delayed presentation of symptomatic breast cancer: a systematic review. **Lancet** 1999; 353: 1127-31.
50. Soares PBM, et al. Características das mulheres com câncer de mama assistidas em serviços de referência do Norte de Minas Gerais. **Rev Bras Epidemiol**; 2012; 15(3): 595-604
51. Eaker S, Wigertz A, Lambert PC, Bergkvist L, Ahlgren J, Lambe M. Breast cancer, sickness absence, income and marital status: a study on life situation 1 year prior diagnosis compared to 3 and 5 years after diagnosis. **PLoS One**. 2011;6(3):e18040.
52. Lannin DR, Mathews HF, Mitchell J, Swanson MS, Swanson FH, Edwards MS. Influence of socioeconomic and cultural factors on racial differences in late-stage presentation of breast cancer. **JAMA** 1998; 279: 1801-7.
53. Brito L.M.O, Maria B.C.C., Luiz G.O.B., Ângela M.M.A., Heitor R.C.M. Conhecimento, prática e atitude sobre o autoexame das mamas de mulheres de uma cidade do Nordeste do Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2010; 32(5):241-6. [capturado 2013 jun.]. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 19 jan. 2014.
54. Batiston AP, Tamaki EM, Santos MLM, Cazola, LHO. Método de detecção do câncer de mama e suas implicações. **Cogitare Enferm**. 2009;14(1):59-64.
55. Castro DL, Alves MC, Resende LG, Santos NC. Perfil epidemiológico das pacientes com câncer de mama atendidas no Hospital Geral de Palmas, Tocantins, no período de 2004 a 2009. **Rev Bras Mastologia**. 2013;23(4):130-134
56. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil** [monografia na Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004. [citado 2006 Jun 26]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2006/>
57. Prentice RL, Caan B, Chlebowski RT, Patterson R, Kuller LH, Ockene JK, et al. Low-fat dietary pattern and risk of invasive breast cancer: the Women's Health Initiative Randomized Controlled Dietary Modification Trial. **JAMA**. 2006;295(6):629-42.
58. Harvie M, Howell A, Vierkant RA, Kumar N, Cerhan JR, Kelemen LE, et al. Association of gain and loss of weight before and after menopause 16. with risk of postmenopausal breast cancer in the Iowa women's health study. **Cancer Epidemiol Biomarkers Prev**. 2005;14(3):656-61.
59. Lima FEL, Latorre MRDO, Costa MJC, Fisberg RM. Diet and cancer in Northeast Brazil: evaluation of eating habits and food group consumption in relation to breast cancer. **Cad Saúde Pública**. 2008;24(4): 820-8.
60. INCA-Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Inca; 2011. 118p.
61. Molina EC. **Estilo de vida para prevenir el cáncer de mama**. Hacia Promoción Salud. Caldas. 2006;11:11-9.

62. Borghesan D.H.P. et al. Auto-exame das mamas: conhecimento e prática entre profissionais da área da saúde de uma instituição pública. **Revista Maringá**. 25(1):104-105 (2003).