



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

CAMPUS I

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

CURSO DE FISIOTERAPIA

SARA RAYMARA SILVA SABINO

**IDENTIFICAÇÃO DE FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E GINECOLÓGICOS
RELACIONADOS AO CÂNCER DE MAMA**

CAMPINA GRANDE

2017

SARA RAYMARA SILVA SABINO

**IDENTIFICAÇÃO DE FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E GINECOLÓGICOS
RELACIONADOS AO CÂNCER DE MAMA**

Trabalho de Conclusão de Curso entregue ao Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Prof. Dra. Railda Shelsea Taveira Rocha do Nascimento

CAMPINA GRANDE

2017

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S116i Sabino, Sara Raymara Silva.
Identificação de fatores sociodemográficos e ginecológicos relacionados ao câncer de mama [manuscrito] : / Sara Raymara Silva Sabino. - 2017.
32 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2017.

"Orientação : Profa. Dra. Raílda Shelsea Taveira Rocha do Nascimento, Coordenação do Curso de Fisioterapia - CCBS."

1. Câncer de mama. 2. Ginecologia. 3. Fatores de risco.

21. ed. CDD 616.994 49

SARA RAYMARA SILVA SABINO

**IDENTIFICAÇÃO DE FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E GINECOLÓGICOS
RELACIONADOS AO CÂNCER DE MAMA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Aprovada em: 13/10/17

BANCA EXAMINADORA

Raílda Silveira Saraiva Rocha de Albuquerque
Prof. Dra. Raílda Silveira Saraiva Rocha de Albuquerque (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

CEPA

Prof. Ms. Cláudia Helena Moraes
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Francisco Ramos de Brito
Prof. Ms. Francisco Ramos de Brito
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me dado saúde e força pra superar as dificuldades, porque sem Ele nada seria possível.

Aos meus pais, pelo amor, incentivo e apoio. Agradeço a minha mãe Cristina de Lourdes, minha heroína que me deu colo e aconchego nas horas difíceis. Ao meu pai José Maria Sabino que apesar de todas as dificuldades me fortaleceu. E aos meus avós que sempre foram os maiores incentivadores dos meus estudos.

Aos meus irmãos que mesmo longe, sempre estiveram de coração e alma ao meu lado.

Aos meus tios Cássia de Lima Silva, Cacilda Abrantes Silva e Isaias Emanuel Silva que são como colunas na minha vida, sempre apoiando e sustentando com amor toda a família.

Aos meus amigos Estefany Cardoso, Tamires Ferreira, Taísa Ferreira, João Batista e Rhamon Jairo pessoas que se tornaram mais que amigos e sim irmãos de alma. Sempre juntos até o fim.

A turma 66 que Deus me presenteou e com ela o meu quinteto Gisele Roza, Wendell Aguiar, Bruna França, Karoline Costa e Luana Tejo que estiveram comigo em todos os momentos da graduação e que levarei pra toda vida.

Ao departamento de Fisioterapia da UEPB e a todo corpo docente por ter contribuído com minha educação com tanta eficácia. E a professora Railda Shelsea pela orientação, apoio e confiança, além de todos os alunos que compõem o Laboratório de Ciências e Tecnologia em Saúde (LCTS).

RESUMO

Identificação de fatores sociodemográficos e ginecológicos relacionados ao câncer de mama

Sara Raymara Silva Sabino¹

¹Universidade Estadual da Paraíba

O câncer de mama é o mais incidente entre as mulheres, e possui bom prognóstico quando diagnosticado precocemente. É um tipo de neoplasia maligna que está relacionada com vários fatores de risco e proteção, dentre os quais os epidemiológicos e ginecológicos. O objetivo dessa pesquisa foi identificar os fatores ginecológicos relacionados ao câncer de mama. Estudo transversal, epidemiológico, descritivo, com abordagem quantitativa, realizado no Hospital Fundação Assistencial da Paraíba, a partir de uma amostra aleatória e acessível de 140 pacientes diagnosticadas com câncer de mama. Considerando os achados, foi possível observar que a amostra do sexo feminino se encontrava na faixa etária compreendida entre 40 e 59 anos (55,71%), que cursaram o ensino fundamental (52,86%), casadas (52,86%), procedentes de municípios pactuados a Campina Grande (52,14%). Em relação aos fatores ginecológicos, observamos que a idade da primeira gestação foi entre 16 e 24 anos (48,57%), multíparas (32,14%), que nunca abortaram (69,78%), com menarca após os 13 anos (54,29%) e menopausa antes dos 50 anos (50,36%), que usaram de contraceptivo oral (60,71%) por menos de 5 anos (33,09%) e não fez terapia de reposição hormonal (89,42%). Evidencia-se a relação entre a idade cronológica avançada e a ocorrência de casos de câncer de mama, diferentemente de outros fatores que não foram relevantes na amostra estudada, a exemplo da menarca precoce e menopausa tardia, nuliparidade, primeira gestação depois de 30 anos e uso da terapia de reposição hormonal (TRH). Infere-se que a relação da maioria dos fatores ginecológicos com o câncer de mama foram refutados, sugerindo a necessidade de aumentar o tamanho da amostra para favorecer o tratamento estatístico dos dados.

Palavras-Chave: Câncer de mama; Fatores de Risco; Ginecologia;

ABSTRACT

Identification of sociodemographic and gynecological factors related to breast cancer

Sara Raymara Silva Sabino¹

¹University of Paraíba State

Breast cancer is the most common among women, and has a good prognosis when diagnosed early. It is a type of malignant neoplasm that is related to several risk factors and protection, among which epidemiological and gynecological. The objective of this research was to identify gynecological factors related to breast cancer. A cross-sectional, epidemiological, descriptive study with a quantitative approach was carried out at the Hospital Fundação Assistencial da Paraíba from a random and accessible sample of 140 patients diagnosed with breast cancer. Considering the findings, it was possible to observe that the female sample was between 40 and 59 years old (55.71%), who attended elementary school (52.86%), married (52.86%), , coming from municipalities agreed to Campina Grande (52.14%). Regarding the gynecological factors, we observed that the age of the first gestation was between 16 and 24 years old (48.57%), multiparous (32.14%), never aborted (69.78%), menarche after 13 years (54.29%) and menopause before age 50 (50.36%), who used oral contraceptives (60.71%) for less than 5 years (33.09%) and did not receive hormone replacement therapy (89 , 42%). The relationship between the advanced chronological age and the occurrence of breast cancer cases, unlike other factors that were not relevant in the sample studied, is evidenced, such as early menarche and late menopause, nulliparity, first gestation after 30 years and use of hormone replacement therapy (HRT). It was inferred that the relationship of most gynecological factors with breast cancer was refuted, suggesting the need to increase the sample size to favor the statistical treatment of the data.

Key words: Breast cancer; Risk factors; Gynecology;

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 01 - Quantitativo dos fatores sociodemográficos da amostra diagnosticada com câncer de mama, no Hospital da FAP (n=140)..... | 24 |
| Tabela 02 - Quantitativo dos fatores ginecológicos da amostra diagnosticada com câncer de mama, no Hospital da FAP (n=140)..... | 26 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|------|---|
| AEM | Autoexame da Mama |
| DIU | Dispositivo Intrauterino |
| TRH | Terapia de Reposição Hormonal |
| PMD | Porcentagem de Densidade Mamária |
| HAS | Hipertensão Arterial Sistêmica |
| DM | Diabetes Mellitus |
| LCTS | Laboratório de Ciências e Tecnologia da Saúde |
| FAP | Hospital Fundação Assistencial da Paraíba |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 11 |
| 2 OBJETIVOS..... | 13 |
| 2.1 OBJETIVO GERAL..... | 13 |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 13 |
| 3 REFERENCIAL TEÓRICO..... | 14 |
| 3.1 NEOPLASIA MALIGNA DE MAMA..... | 14 |
| 3.2 FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E GINECOLÓGICOS RELACIONADOS AO CÂNCER DE MAMA..... | 17 |
| 4 METODOLOGIA..... | 22 |
| 4.1 TIPO DE ESTUDO..... | 22 |
| 4.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA..... | 22 |
| 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA..... | 22 |
| 4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO..... | 22 |
| 4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO..... | 22 |
| 4.6 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS..... | 22 |
| 4.7 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS..... | 23 |
| 4.8 ASPECTOS ÉTICOS..... | 23 |
| 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 24 |
| 6 CONCLUSÃO..... | 28 |
| REFERÊNCIAS..... | 29 |
| APÊNDICE..... | 33 |

1 INTRODUÇÃO

A neoplasia maligna da mama é uma enfermidade, onde o crescimento normal das células foi alterado e que se apresenta de vários tipos como o carcinoma ductal e o lobular, podendo ser considerado invasivo ou não invasivo.

O câncer de mama é o tumor que ocorre com maior frequência entre as mulheres e o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo. Gonzaga et al. (2008) fala que dentre os diferentes tipos de câncer, o de mama apresenta-se como um grave problema de saúde pública, e Batiston (2011) diz que é uma das causas de maior mortalidade e morbidade no mundo, com mais de dez milhões de casos novos e mais de seis milhões de mortes por ano.

Segundo Lotti et al. (2008) o diagnóstico de câncer de mama é vivenciado como um momento de imensa angústia, sofrimento e ansiedade. Borges (2008) trás que o diagnóstico precoce está fundamentado na avaliação clínica e no diagnóstico por imagem, através do exame clínico da mama e da mamografia, considerado o exame mais eficaz para a detecção da doença, embora referencie a importância da biopsia.

O tratamento deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar visando o tratamento integral da paciente. Os tipos de tratamento são complexos e as armas disponíveis continuam sendo o tratamento cirúrgico, a radioterapia, a quimioterapia, a hormonioterapia, mais recentemente, a imunoterapia, cujos resultados são promissores (EN QUIMIOTERAPIA, 2010).

Vários são os fatores determinantes da doença maligna, podendo ser externos ou internos ao organismo, estando inter-relacionados. Lauter et al. (2014) define fatores de risco como sendo o aumento da probabilidade de um sujeito desenvolver uma determinada doença ou sofrer um determinado agravo, em contrapartida, os fatores de proteção são aqueles capazes de reduzir este risco, dando ao organismo capacidade de proteção contra tal doença.

Dentre os principais fatores de risco relacionados ao câncer de mama, destacam-se os fatores sociodemográficos, genéticos, hormonais e os relacionados á vida reprodutiva e hábitos de vida. Para Coimbra et al. (2010) ainda é controverso na literatura o real papel que as diferentes características ginecológicas poderiam desempenhar para o desenvolvimento do câncer de mama, porém os que se destacam são menarca precoce e menopausa tardia, nuliparidade, retardo da primiparidade, abortamento, uso de contraceptivos e terapia de reposição hormonal.

Assim sendo, identificar os fatores sociodemográficos e ginecológicos relacionados com o câncer de mama, configura-se como o objeto de estudo dessa pesquisa. Visto que o

atual cenário da doença maligna da mama configura-se como um grave problema de saúde pública, não somente pela dificuldade da implementação de políticas de prevenção e diagnóstico, mas também pela ausência do tratamento precoce que favorece o prognóstico. Nesse sentido, acredita-se que o estudo ora proposto possibilite a identificação de indicadores de risco ginecológico relacionados ao câncer de mama, que favoreçam a definição de estratégias de promoção da saúde, visando beneficiar a população.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar os fatores sociodemográficos e ginecológicos relacionados ao câncer de mama.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as características sociodemográficas da amostra;
- Relacionar a idade da primeira gestação com o câncer de mama;
- Relacionar a paridade com o câncer de mama;
- Relacionar o quantitativo de abortos com o câncer de mama;
- Relacionar a menarca precoce e menopausa tardia com o câncer de mama;
- Relacionar o tempo de uso de contraceptivo com o câncer de mama;
- Relacionar o uso da terapia de reposição hormonal com o câncer de mama.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 NEOPLASIA MALIGNA DA MAMA

A palavra câncer deriva do latim e significa caranguejo devido sua adesão aos tecidos vivos denominando atualmente todo tumor maligno. A neoplasia maligna da mama é uma enfermidade, onde o crescimento normal das células foi alterado devido à perda do controle dos mecanismos biológicos intrínsecos.

A maior parte dos cânceres de mama ocorre nos ductos (carcinoma ductal) ou nos lóbulos (carcinoma lobular), sendo o ductal o mais comum (80% dos casos). À medida que a doença progride e ultrapassa a membrana basal, atingindo os tecidos em volta, passa a se chamar infiltrativo ou invasor. Portanto, pode ser carcinoma ductal invasor ou carcinoma lobular invasor. Quando a lesão é restrita ao epitélio, não ocorrendo infiltração do estroma, ou seja, quando a doença é local, é chamado de carcinoma in situ. Ela é considerada lesão precursora do câncer de mama (NUNES et al. 2012).

Em países em desenvolvimento o câncer é um caso inquestionável de saúde pública e o câncer de mama é o que mais acomete e mata mulheres em todo o mundo. A estimativa para o Brasil, biênio 2016-2017, aponta a ocorrência de cerca de 600 mil casos novos de câncer. Os resultados encontrados no Brasil para o ano de 2016 seriam cerca de 57.960 novos casos de câncer de mama (INCA 2016).

A neoplasia mamária é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o primeiro entre as mulheres seguindo-se a de pele não melanoma e a de colo de útero. Embora o Ministério da Saúde promova campanhas educativas e preventivas para detecção precoce, como o incentivo à realização do autoexame das mamas pelas mulheres e um tratamento adequado, o câncer de mama ainda constitui-se na primeira causa de morte por câncer entre as mulheres (DE SOUSA PINHO et al. 2009).

A Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde é realizada em todo o País, de forma descentralizada, próxima ao usuário, sua família, seu território e suas condições de vida. E as ações desenvolvidas pelas equipes destacam-se ações de promoção, detecção precoce e controle com enfoque na atenção básica (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA 13, 2012).

Segundo o Caderno 13 de Atenção Básica é de responsabilidade dos gestores e dos profissionais de saúde realizar ações que visem ao controle dos cânceres do colo do útero e da mama e que possibilitem a integralidade do cuidado, aliando as ações de detecção precoce

com a garantia de acesso a procedimentos diagnósticos e terapêuticos em tempo oportuno e com qualidade.

O controle dos cânceres do colo de útero e da mama depende de uma atenção básica qualificada e organizada, integrada com os demais níveis de atenção. Somente dessa forma é possível combater essas doenças e diminuir a mortalidade por elas (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA 13, 2012).

Segundo Vieira (2012) os sinais e sintomas mamários geram muita ansiedade e despertam nas mulheres o desejo de esclarecimento médico urgente para afastar a possibilidade de acometimento neoplásico da mama. E De Sousa Pinho et al. (2009) ainda trás que a doença apresenta diferentes situações de ameaça aos seus portadores, trazendo desconforto psicológico como um estado depressivo e desconforto físico pelo conceito de sua autoimagem.

Com o intuito de esclarecimento quanto ao diagnóstico da doença, são realizados exames como o autoexame das mamas que detecta a doença geralmente em estágio mais avançado, porém é responsável por cerca de 80% das descobertas de cânceres de mama, e/ou pela realização de mamografia e/ou ultrassonografia, devendo ser confirmado por meio da biópsia da lesão (GONZAGA et al. 2008).

Ainda segundo o mesmo autor, o atraso para o diagnóstico e/ou terapêutica permitem o crescimento tumoral com potencial detrimento para as chances de cura das pacientes, todavia o diagnóstico e tratamento da neoplasia mamária variam nas diversas regiões do país, dependendo de fatores geográficos e socioeconômicos.

A Unidade de Saúde (atenção primária) tem papel fundamental na orientação das mulheres por meio da equipe de saúde, quanto ao câncer de mama, educando para prevenção e diagnóstico precoce do mesmo, não estando centrada apenas na assistência, esta é importante, mas a prevenção e o diagnóstico precoce têm um baixo custo para o SUS, se for relacionado com o diagnóstico da doença em estágio avançado (BOFF, KOLHS, SCHAPPO, 2010).

Os meios para detecção precoce do câncer de mama incluem o diagnóstico precoce que consiste em identificar lesões em fases iniciais em mulheres com algum sinal de câncer de mama. Este é raro antes dos 35 anos, crescendo rápida e progressivamente com a idade, sendo descoberto, principalmente, entre 40 e 60 anos. Sendo assim a mamografia que é considerada a técnica mais confiável, atualmente, para a detecção do câncer de mama, e a mais usada em mulheres com 35 anos ou mais é indicada pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) para a

realização anualmente, a partir dos 40 anos de idade com intervalo máximo de dois anos, após os 50 anos (VIEIRA, 2012; SILVA, RIUL 2012).

Segundo Lotti et al. (2008) existem várias opções de tratamento para o câncer de mama, e a sobrevivência dessas mulheres tem aumentado devido ao avanço tecnológico para o diagnóstico e o tratamento.

O tratamento deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar visando o tratamento integral da paciente. E as decisões terapêuticas são baseadas quanto ao estadiamento, o tamanho do tumor, o tipo e o grau histológicos, o status linfonodal, os níveis dos receptores de estrogênio e progesterona no tecido tumoral, HER-2-neu, o status menopausal e as condições clínicas gerais da paciente que também são imprescindíveis na instituição do tratamento adequado (VIEIRA, 2012).

O tratamento locorregional pode ser subdividido em procedimento cirúrgico e radioterapia. Há diversos procedimentos cirúrgicos para o tratamento do câncer de mama, subdivididas em conservadora e mastectomias. A cirurgia conservadora, a quadrantectomia, associada ao esvaziamento axilar quando necessário (GEBRIM et al. 2010; TIEZZI, 2007). As mastectomias radicais são subdivididas em três principais técnicas, com variação de técnica e invasão. Já a radioterapia é uma terapêutica que utiliza altas doses de radiação ionizante, objetivando matar a célula maligna (BRASIL, 2008).

O tratamento sistêmico pode ser subdividido em hormonioterapia, quimioterapia e terapia alvo. A hormonioterapia está indicada para pacientes com câncer de mama que possuem status de receptor hormonal de estrogênio (RE) e progesterona (RP) positivos (LEAL, CUBERO, GIGLIO, 2010).

Outra opção de tratamento é a terapia alvo, que faz uso de anticorpos monoclonados, visando causar menor dano a células saudáveis, se ligando a célula maligna e causando a lise celular ou inibindo o crescimento (KATZUNG, MASTERS, TREVOR, 2014; CHABNER et al. 2012).

A quimioterapia é o uso de anti-neoplásicos citotóxicos, isolados ou em combinação, para controlar ou neutralizar o crescimento de células cancerígenas (MARTINS, 2008). Ela pode ser utilizada em diversas modalidades, como: quimioterapia de indução primária; quimioterapia neoadjuvante; quimioterapia adjuvante; paliativa (KATZUNG, MASTERS, TREVOR 2014; RANG et al. 2012; RODRIGUES, MARTIN, MORAES, 2016).

3.2 FATORES SÓCIO DEMOGRÁFICOS E GINECOLÓGICOS RELACIONADOS AO CÂNCER DE MAMA

Segundo Matos, Pelloso, De Barros Carvalho (2010) não há como se evitar o câncer de mama, mas alguns fatores de risco da doença já foram descobertos, o que pode facilitar a detecção precoce e contribuir para o rastreamento da patologia. Os fatores de risco são definidos como algo que aumenta a probabilidade de um sujeito desenvolver uma determinada doença, já os fatores de proteção são aqueles que reduzem esse risco e dão a capacidade ao organismo de se proteger contra determinada doença (LAUTER et al. 2014).

A doença pode ser causada por diversos fatores, como genéticos quando relacionados ao histórico familiar devido à presença de mutações nos genes BRCA1 e BRCA2, sócio demográficos, como idade, escolaridade, estado civil e procedência, endócrinos ou relativos à história reprodutiva relacionada ao estímulo do hormônio estrogênio produzido pelo próprio organismo ou consumido por meio do uso continuado de substâncias com esse hormônio, e relacionada a comportamentos ou ao ambiente que incluem os hábitos de vida, as doenças sistêmicas pregressas e estado nutricional, como a obesidade após a menopausa (INCA, 2016).

O simples fato de pertencer ao sexo feminino constitui-se no fator de risco mais importante para o câncer de mama, com exceção do mesmo a idade torna-se o fator de risco mais importante. A faixa etária para o aparecimento do câncer de mama é dos 45 aos 65 anos, sendo ela um fator independente de mau prognóstico, embora esta conclusão não seja uniformemente aceita (GONÇALVES et al. 2010; CLAGNAN et al. 2008; BORGHESAN, PELLOSO, CARVALHO, 2009).

O câncer de mama em pacientes abaixo dos 40 anos é incomum, constituindo aproximadamente 7% de todos os casos diagnosticados. Todavia, as pesquisas comprovam o aumento real do câncer de mama em mulheres mais jovens (GARICOCHEA et al. 2009; BORGHESAN, PELLOSO, CARVALHO, 2009).

Algumas mulheres estão expostas a fatores associados à maior chance de desenvolvimento do câncer de mama por meio de maior estimulação hormonal, e sua etiologia apesar de ainda ser desconhecida está relacionada a variáveis hormonais e reprodutivas que têm como plausibilidade biológica geral a exposição a estrógenos, progestágenos e outros hormônios de potencial carcinogênico (VALÉRIA, EVANDRO, 2007; COIMBRA et al. 2010).

Pamella e Sueli (2012) mostra que as características reprodutivas de risco se dão porque a doença é estrogênio-dependente, envolvendo a menarca precoce, menopausa tardia, nuliparidade, retardo da primiparidade, abortamento e uso de contraceptivo oral. Estes eventos estão relacionados ao estímulo para o processo de divisão das células da mama. Alguns fatores, entretanto, atuam protegendo as mulheres contra o desenvolvimento da doença, como é o caso do aleitamento materno, gravidez em idades mais jovens, dentre outros (COIMBRA et al. 2010).

As mudanças ocorridas durante a puberdade, com o aumento dos níveis séricos de estrogênio e prolactina, provocam grandes efeitos sobre o epitélio mamário. Provavelmente, o período mais crítico de risco para o aparecimento de transformações malignas pode estar entre a menarca e a primeira gestação (BORGHESAN, PELLOSO, CARVALHO, 2009).

A menarca precoce está intimamente relacionada a um aumento no risco de ter câncer de mama devido ao fato de que nessa situação as mulheres estão expostas a estrógenos endógenos por maior período de tempo. E outros autores também afirmam que a precocidade da menarca corresponde a um fator de risco para o câncer mamário (MELO BONFIM et al. 2009).

Pinheiro (2013) trás que dos diversos fatores de risco existentes que estão relacionados a essa neoplasia, têm-se a duração da atividade ovariana como de extrema importância. Ou seja, quanto mais ciclos ovulatórios, maior a exposição da mulher ao estrogênio, sendo, portanto, maior o potencial de alterações genéticas e conseqüentemente, o desenvolvimento da neoplasia mamária (MELO BONFIM et al. 2009).

Ainda segundo Borghesan, Pelloso e Carvalho (2009), as mulheres que têm menarca precoce e estabelecem rapidamente um ciclo regular possuem risco maior em relação àquelas com menarca tardia e longos ciclos irregulares. Esta observação sugere que o ciclo ovulatório regular aumenta o risco de câncer de mama, uma vez que os níveis de estrogênio são maiores durante a fase lútea normal, e o índice de exposição acumulativa ao estrogênio é maior.

Segundo o INCA (2008) o risco de desenvolvimento de câncer de mama em mulheres que tiveram seu primeiro filho após os 30 anos é aproximadamente o dobro do risco das mulheres que o fazem antes dos 20 anos.

Estudos desenvolvidos reforçam que mulheres cuja primeira gestação a termo ocorreu antes dos 18 anos de idade, apresentavam um terço do risco daquelas com primeira gestação após os trinta anos de idade e das nulíparas. Isso se dá devido ao reduzido tempo de exposição ao estrogênio (MELO BONFIM et al. 2009).

A primeira gestação tardia que se constitui em um dos fatores não modificáveis, e o reduzido número de gestações são tendências associadas ao desenvolvimento socioeconômico atual e, em muitos estudos, são colocados como importantes fatores para o desenvolvimento do câncer de mama. Além disso, a nuliparidade, que também é um fator de risco relevante, pois muitos estudos evidenciam a proteção da mama pela amamentação, sendo assim as mulheres que não geraram filhos, não se beneficiam desse efeito protetor (MATOS, PELLOSO, DE BARROS CARVALHO 2010; PENHA et al. 2014).

O aborto ou interrupção da gravidez que também é um fator de grande importância é a remoção ou expulsão prematura de um embrião ou feto do útero, e diferente do que acontece com outros fatores associados à neoplasia mamária, que necessitam de exposição prolongada para que o risco da doença seja alterado, Pinho e Coutinho (2007) exhibe que no caso do aborto basta apenas uma exposição.

Essa interrupção precoce da gravidez pode provocar maior proliferação do tecido mamário, sem posterior diferenciação e, nesta fase, o tecido mamário contém altas concentrações de estrogênio, o que favorece a proliferação de células carcinogênicas. Apresentando assim a associação do histórico de aborto com a chance de desenvolver a doença. (LAUTER et al. 2014 DOS ANJOS, ALAYALA, HÖFELMANN, 2012).

Freitas, Terra e Mercês (2011) exhibe que os fatores hormonais podem estar associados ao aumento de risco do câncer de mama, através da utilização tanto de anticoncepcionais orais, como da terapia de reposição hormonal.

No início de 1960 os contraceptivos orais foram lançados no mercado, e hoje estudos apontam a sua relação com o risco de desenvolver câncer de mama. Os hormônios usados para a anticoncepção são os esteroides sexuais, estrógenos e progestágenos, e podem ser administrados por várias vias, como as injetáveis, implantes, anéis vaginais, dispositivos intrauterinos (DIU) com progesterona, adesivos cutâneos e a mais frequente que é a via oral (JÚNIOR, SOUZA, DÓRIA, 2011; COIMBRA et al. 2010).

A questão da ligação do uso de contraceptivos hormonais orais combinados com o aumento do risco de câncer de mama é controversa. Existem muitos trabalhos realizados, publicados, e com resultados conflitantes. E embora estudos epidemiológicos tenham documentado um pequeno aumento de risco de câncer de mama associado ao uso de contraceptivos orais com formulações antigas, estudos recentes que incluem as formulações mais atuais ou recentes, não detectaram esse aumento de risco (POLI et al. 2009).

Alguns autores correlacionam o aumento da probabilidade de ocorrência da doença em idades mais avançadas ao fator hormonal, uma vez que nesse período a produção de estrógeno na mulher está reduzida devido à menopausa (COIMBRA et al. 2010).

Estudos mostram maior incidência do câncer de mama durante a fase pós-menopausa. Este dado pode ser uma possível explicação pelo fato da faixa etária de 50 a 59 anos ter se destacado das outras, uma vez que a pós-menopausa geralmente se manifesta nessa idade (OLIVEIRA et al. 2016).

Em condições em que há maior número de ciclos ovulatórios cumulativos, o risco oncogênico estaria aumentado, pois manteria o epitélio mamário sujeito à constante divisão celular. Devido a esse fato, quanto mais precoce a menarca e mais tardia a menopausa, maior será o número de ciclos ovulatórios e, conseqüentemente, maior o risco de desenvolver a doença (MELO BONFIM et al. 2009).

O emprego de hormônios exógenos para minimizar os efeitos do climatério e da menopausa é largamente utilizado no mundo, porém, por serem drogas que agem na fase de promoção da carcinogênese, podem alterar o risco relativo para desenvolvimento de cânceres (FACINA 2016).

Outra fonte exógena de estrógenos que tem relação com o câncer de mama é a Terapia de Reposição Hormonal (TRH), que promove aumento na proliferação das células mamárias. Segundo Pereira, Guedes, Machado (2016) a TRH vem sendo amplamente usada em mulheres no climatério e na pós-menopausa e é indicada para o controle dos sintomas da mesma.

GIACOMAZZI (2008) associa o TRH a um modesto aumento de risco para o câncer de mama em mulheres que fizeram uso por 5 anos ou mais.

O grau de associação entre o câncer de mama e a terapia continua controverso, porém a administração de estrógeno isolado ou associado à progesterona aumenta a percentagem de densidade mamária (PMD) que é um forte fator de risco para a neoplasia de mama (COIMBRA et al. 2010; PARDINI, 2014).

Outro fator de risco para a doença é a história familiar, especialmente em primeiro grau. O papel dos antecedentes familiares na gênese do CM parece estar relacionado a fatores genéticos, como as mutações nos genes BRCA1 e BRCA2. Embora a história familiar seja um critério preponderante na definição dos grupos populacionais com risco elevado para o desenvolvimento do CM, deve-se ressaltar que a prevalência deste fator de risco é baixa, encontrando-se entre 3,5 a 6,5% em estudos anteriores (PIRES BATISTON et al. 2009).

Em relação a esse histórico, as maiores frequências de casos de câncer de mama são em parentes de primeiro grau e é descrita em mulheres mais jovens. A história familiar e

pessoal inclui as seguintes situações: um ou mais parentes de primeiro grau com câncer de mama antes dos 50 anos, um ou mais parentes de primeiro grau com câncer de mama bilateral ou câncer ovariano em qualquer idade, parente com câncer de mama masculina, câncer de mama e/ou doença mamária benigna prévia (CLAGNAN et al. 2008; SILVA, RIUL, 2012).

Segundo Largent et al. (2010) a doença sistêmica progressiva como a hipertensão é uma condição altamente prevalente na sociedade, e isso levanta a importância de ser examinado, incluindo a comparação de suas influências com o risco de câncer de mama. Além disso, Vona Davis et al. (2007) trazem que obesidade é um problema de saúde pública e provoca taxas de incidência crescentes para diabetes tipo 2 e mudanças profundas que estão sendo observados no câncer de mama.

Identifica-se a importância do reconhecimento a cerca dos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama pelos profissionais de saúde, no sentido de incluir em suas práticas assistenciais o cuidado integral a saúde da mulher contemplando dessa forma a prevenção do câncer de mama como um importante foco de atenção (CARVALHO et al. 2009).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo epidemiológico, descritivo, de caráter exploratório e abordagem quantitativa.

4.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada nas dependências do Laboratório de Ciências e Tecnologia em Saúde (LCTS) que funciona no Hospital Fundação Assistencial da Paraíba (FAP). No que se refere a coleta dos dados, salienta-se que foi extensiva ao Setor de Quimioterapia, Radioterapia, Ambulatório de Cancerologia e Ala Oncológica.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população é formada por indivíduos diagnosticados com câncer de mama, admitidos no Centro de Cancerologia do Hospital Fundação Assistencial da Paraíba.

A amostra é do tipo acessível e aleatória, composta por 140 pacientes diagnosticadas com câncer de mama.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Pacientes do sexo feminino, maior de idade, com cognitivo preservado, diagnosticadas com câncer de mama e que aceitaram responder o instrumento de coleta integra.

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Pacientes do sexo masculino com diagnóstico de câncer de mama.
- Pacientes com cognitivo pouco ou não preservado.
- Formulários respondidos de forma incompleta ou inadequada.

4.6 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi elaborado um formulário adaptado a partir do protocolo de avaliação, atendimento e reavaliação do LCTS/UEPB, conforme Apêndice A.

4.7 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Inicialmente, as pacientes foram selecionadas de forma aleatória, por acessibilidade, estando em tratamento locorregional ou clínico, no Hospital da FAP, admitidas nos setores de Quimioterapia, Radioterapia, Ambulatório de Cancerologia e Ala Oncológica. Em seguida, foram esclarecidas sobre o projeto e perguntadas se aceitavam participar da pesquisa. Quando da resposta positiva, respondiam ao instrumento de coleta de dados, que é um formulário com quinze variáveis para ser respondido individualmente.

Por fim, foi realizada a tabulação e tratamento estatístico. As variáveis categóricas foram analisadas por meio de medida de frequência (absoluta, relativa e percentual), no Microsoft Excel 2013.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa faz parte de um projeto central, denominado “Perfil epidemiológico do câncer cadastrado no Sistema de Registro Hospitalar do Centro de Cancerologia do Hospital da FAP”, aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual da Paraíba, em atendimento a Resolução número 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, com o CAE: 53245415.1.0000.5187.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir serão apresentados os dados quantitativos, tabulados referentes aos fatores sociodemográficos e ginecológicos de risco associados ao câncer de mama.

A **Tabela 1** apresenta o quantitativo dos indicadores sociodemográficos da amostra diagnosticada com câncer de mama (CID-O C50), no Hospital da FAP. É possível observar que a amostra é caracterizada por indivíduos com faixa etária predominante entre 40 e 59 anos (55,71%), que cursaram o ensino fundamental (52,86%), casadas (52,86%), procedentes de municípios pactuados a cidade de Campina Grande (52,14%).

Tabela 1. Quantitativo dos fatores sociodemográficos da amostra diagnosticada com câncer de mama, no Hospital da FAP (n=140).

| Variáveis | N | % |
|---------------------|----------|----------|
| Idade | | |
| 20 -- 39 | 9 | 6,43% |
| 40 -- 59 | 78 | 55,71% |
| 60 -- 79 | 47 | 33,57% |
| 80 -- 99 | 6 | 4,29% |
| Escolaridade | | |
| Analfabeto | 11 | 7,86% |
| Ensino Fundamental | 74 | 52,86% |
| Ensino Médio | 39 | 27,86% |
| Ensino Superior | 16 | 11,43% |
| Estado Civil | | |
| Solteira | 42 | 30,00% |
| Casada | 74 | 52,86% |
| Viúva | 14 | 10,00% |
| União Estável | 1 | 0,71% |
| Divorciada | 9 | 6,43% |
| Procedência | | |
| Campina Grande | 67 | 47,86% |
| Outros municípios | 73 | 52,14% |

Fonte: Dados da Pesquisa, 2017

Segundo Borghesan, Peloso e Carvalho (2009) uma das variáveis mais importantes associadas ao câncer de mama é o fator idade, e Silva e Riul (2012) ainda trás que seu crescimento é rápido e progressivo com o avançar da mesma. Magalhães et al. (2017), em seu estudo encontrou semelhança como o resultado do presente estudo, onde 44,15% das mulheres também apresentaram idade entre 50 e 69 anos. No entanto, Soares et al. (2012) em seu estudo reconhece a idade como um fator de risco para o desenvolvimento do câncer de

mama, porém ele não encontrou associação entre o estadiamento clínico da doença e o diagnóstico.

Em relação à baixa escolaridade encontrada nas mulheres nesse estudo corrobora com o estudo de Magalhães et al. (2017), realizado no Centro de Referência da Saúde da Mulher, no Município de São Paulo, onde 4,7% da população do estudo relatou ter o ensino fundamental incompleto. Assim como Huguet et al. (2009) onde 60,4% das mulheres, pesquisadas não completaram o ensino fundamental.

Para Soares et al. (2012) o estado civil também não interfere no estadiamento e diagnóstico da doença, do mesmo modo, Lauter et al. (2014) diz em seu estudo que casada ou em convívio com algum companheiro não constitui-se em fator de risco para a doença, o que não acontece neste estudo, onde a predominância foram de mulheres casadas. Porém Da Silva et al. (2009) exibiram que 73,1% de sua amostra eram casadas ou mantinham uma relação estável.

Quanto à procedência, Borghesan, Peloso e Carvalho (2009) em seu estudo de caráter descritivo exploratório mostra que as mulheres que residem em áreas urbanizadas, tem mais afinidade com o câncer de mama, devido à predominância de um padrão socioeconômico mais elevado, o que difere desse estudo.

A **Tabela 2** apresenta o quantitativo dos indicadores ginecológicos de risco da amostra diagnosticada com câncer de mama (CID-O C50), no Hospital da FAP.

Das pacientes avaliadas, 54,29% tiveram a menarca após os 13 anos, 34,29% são multigestas, referindo a primeira gestação na faixa de idade compreendida entre 48,57% e 32,14% são múltiparas, 69,78% nunca sofreram abortos, 60,71% fizeram uso de contraceptivo oral, por menos de 5 anos (33,09%), com idade da menopausa menor que 50 anos (50,36%).

Segundo Lauter et al. (2014) em seu estudo, a ocorrência da menarca foi na faixa de 12 anos ou mais correspondendo a 87% da sua amostra. Do mesmo modo PENHA et al. (2014) que em seu estudo relatou a presença de apenas uma mulher com idade inferior a 12 anos, sendo ambos condizente com o presente estudo.

Quanto ao número de gestações, dentre as 140 entrevistadas, 48 (34,29%) delas apresentaram a multigestação, corroborando com o estudo de Torres (2016) onde trás que as mulheres possuíam até quatro filhos, representando 70% de sua amostra. Assim como Da Silva et al. (2009) que trouxe um valor de 78,9% das mulheres entrevistadas no seu estudo com 3 ou mais filhos.

Tabela 2. Quantitativo dos fatores ginecológicos da amostra diagnosticada com câncer de mama, no Hospital da FAP (n=140).

| Variáveis | n | % |
|--------------------------------------|----------|----------|
| Idade da Menarca | | |
| ≤ 12 anos | 56 | 40,00% |
| > 13 anos | 76 | 54,29% |
| Não lembra | 7 | 5,00% |
| Número de Gestações | | |
| Nuligesta | 23 | 16,43% |
| Primigesta | 17 | 12,14% |
| Secundigesta | 26 | 18,57% |
| Tercigesta | 26 | 18,57% |
| Multigesta | 48 | 34,29% |
| Idade da Primeira Gestação | | |
| ≤ 15 anos | 4 | 2,86% |
| 16 - 24 | 68 | 48,57% |
| 25 - 34 | 27 | 19,29% |
| ≥ 35 anos | 5 | 3,57% |
| Nunca engravidou | 25 | 17,86% |
| Não lembra | 11 | 7,86% |
| Número de Paridade | | |
| Nulípara | 25 | 17,86% |
| Prímípara | 22 | 15,71% |
| Secudípara | 27 | 19,29% |
| Multípara | 45 | 32,14% |
| Grande Multípara | 21 | 15,00% |
| Número de Abortos | | |
| Nenhum | 97 | 69,78% |
| 1 | 25 | 17,99% |
| 2 | 10 | 7,19% |
| 3 | 3 | 2,16% |
| ≥ 4 | 4 | 2,88% |
| Tipo de Contraceptivo | | |
| Oral | 85 | 60,71% |
| Combinação de contraceptivos | 9 | 6,43% |
| Nunca fez uso | 46 | 32,86% |
| Tempo de Uso de Contraceptivo | | |
| ≤ 5 anos | 46 | 33,09% |
| ≥ 6 anos | 44 | 31,65% |
| Nunca fez uso | 46 | 33,09% |
| Não lembra | 3 | 2,16% |
| Idade da Menopausa | | |
| ≤ 50 anos | 69 | 50,36% |
| ≥ 51 anos | 32 | 23,36% |
| Sem menopausa | 32 | 23,36% |
| Não lembra | 4 | 2,92% |
| Terapia de Reposição Hormonal | | |
| Sim | 11 | 10,58% |
| Não | 93 | 89,42% |

Fonte: Dados da Pesquisa, 2017

O presente estudo mostra que maior parte das mulheres tiveram o seu primeiro filho entre 16 e 24 anos (48,57%), corroborando com os estudos de PENHA et al. (2014) e Magalhães et al.(2017) onde a maioria das mulheres de suas amostras tiveram o primeiro filho com menos de 30 anos. Coimbra et al. (2010) trazem que a primeira gestação com idade menor ou igual a 30 anos, apresentam 92% menos chance de desenvolver a doença, o que não é visível neste estudo.

Quanto à paridade, apenas 17,86% das mulheres eram nulíparas, corroborando com o estudo analítico, exploratório, de corte transversal realizado no município de Maringá - PR de Matos, Pelloso, De Barros Carvalho (2010) onde o mesmo relata que das mulheres pesquisadas, apenas 6,8% (30) também nunca estiveram grávidas.

Esse número foi de 69,78% para nenhum aborto, o que não corrobora com os estudos anteriores realizados, que aponta o aborto como forte fator de risco para o câncer de mama devido às altas concentrações hormonais. Diferente do estudo de Da Silva et al. (2009) onde as mulheres que nunca tiveram aborto foi representado por 61,5% do total de sua amostra.

Os fatores hormonais contam com o uso de contraceptivos, onde em sua maioria foi de uso oral (60,71%). Junior, Souza e Dória (2011) em seu estudo de revisão de trabalhos publicados na literatura no período compreendido entre 1997 e 2011 comprovam este resultado. Ele ainda trás que o risco aumenta efetivamente após o quinto ano de uso, não se assemelhando aos resultados encontrados.

A idade da menopausa mostrou que 50,36% das entrevistadas encerraram seu ciclo reprodutivo com menos de 50 anos, semelhante ao estudo de Penha et al. (2014) onde, entre as menopausadas 77,8% entraram na menopausa em idade igual ou inferior a 50 anos. Sendo também ratificada pelos estudos de Magalhães et al. (2017) e Matos, Pelloso e De Barros Carvalho (2010).

Evidencia-se a associação entre o câncer de mama e a terapia de reposição hormonal (TRH), como fator de risco, chegando a quase 100% da amostra. Pardini (2014) expõe a controvérsia que ainda existe quanto ao assunto, mas explana a existência da influência de algumas formas de TRH para a neoplasia. Pereira, Guedes e Machado (2016) em seus resultados demonstraram o aumento de risco e de maior recidiva do câncer de mama em usuárias de TRH, divergindo desse estudo.

5 CONCLUSÃO

Evidencia-se a relação entre a idade cronológica avançada e a ocorrência de casos de câncer de mama, diferentemente de outros fatores que não foram relevantes na amostra estudada, a exemplo da menarca precoce e menopausa tardia, nuliparidade, primeira gestação depois de 30 anos e uso da terapia de reposição hormonal (TRH).

Inferese ainda, que a relação da maioria dos fatores ginecológicos com o câncer de mama foram refutados, sugerindo a necessidade de aumentar o tamanho da amostra para favorecer o tratamento estatístico dos dados.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO DA SILVA, Pamella; DA SILVA RIUL, Sueli. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 6, 2011.
- BATISTON, Adriane Pires et al. Conhecimento e prática sobre os fatores de risco para o câncer de mama entre mulheres de 40 a 69 anos. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, 13).
- BOFF, Adriana; KOLHS, Marta; SCHAPPO, Cristiane Regina. Câncer de Mama: Perfil Demográfico e Fatores de Risco. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, v. 3, n. 1, p. 21-31, 2010.
- BORGES, João Bosco Ramos et al. Perfil das mulheres no município de Jundiá quanto ao hábito do auto-exame das mamas. **RevBrasCancerol**, v. 54, n. 2, p. 113-22, 2008.
- BORGHESAN, Deise Helena Pelloso; PELLOSO, Sandra Marisa; CARVALHO, Maria Dalva Barros. Câncer de mama e fatores associados-DOI: 10.4025/ciencucidsaude. v7i0. 6566. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, p. 62-68, 2009.
- BRASIL, M. S. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2016: Incidência de câncer no Brasil [Internet]. 2015 [cited 2016 Jan 20]; 11: 122p.
- CARVALHO, Cecília Maria Resende Gonçalves de et al. Prevenção de câncer de mama em mulheres idosas: uma revisão. **RevBrasEnferm**, p. 579-582, 2009.
- CLAGNAN, Willian Simões et al. Idade como fator independente de prognóstico no câncer de mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 30, n. 2, p. 67-74, 2008.
- COIMBRA, Ronaldo et al. Fatores gineco-obstétricos associados à neoplasia maligna da mama em mulheres de 20 a 64 anos de idade. **Saúde Coletiva**, v. 7, n. 39, 2010.
- DA SILVA, Edimara Patrícia et al. Exploração de fatores de risco para câncer de mama em mulheres de etnia Kaingáng, Terra Indígena Faxinal, Paraná, Brasil, 2008 Exploringbreastcancerriskfactors in Kaingángwomen in the Faxinal IndigenousTerritory. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p. 1493-1500, 2009.

DE MATOS, Jéssica Carvalho; PELLOSO, Sandra Marisa; DE BARROS CARVALHO, Maria Dalva. Prevalência de fatores de risco para o câncer de mama no município de Maringá, Paraná, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 352-359, 2010.

DE SOUSA PINHO, Luana et al. Câncer de mama: da descoberta à recorrência da doença. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 9, n. 1, 2009.

DOS ANJOS, Juliana Cristine; ALAYALA, Arlene; HÖFELMANN, Doroteia Aparecida. Fatores associados ao câncer de mama em mulheres de uma cidade do Sul do Brasil: estudo caso-controle. 2012.

EN QUIMIOTERAPIA, Ambulatorio Especializado. Perfil nutricional de pacientes em tratamento quimioterápico em um ambulatório especializado em quimioterapia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 56, n. 1, p. 43-50, 2010.

FACINA, Gil. Pode-se realizar a reposição hormonal em mulheres sintomáticas portadoras de mutação do tipo BRCA 1?. **Rev. bras. mastologia**, v. 26, n. 2, 2016.

FREITAS, Catia Regina Pirhardt; TERRA, Karina Lemos; MERCÊS, Nen Nalú Alves das. Conhecimentos dos acadêmicos sobre prevenção do câncer de mama. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 32, n. 4, p. 682-7, 2011.

GARICOCHEA, Bernardo et al. Idade como fator prognóstico no câncer de mama em estágio inicial. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 2, p. 311-317, 2009.

GIACOMAZZI, Juliana. Fatores de risco para câncer de mama e polimorfismos nos genes ER, PR e STK15 em mulheres participantes de um programa de rastreamento mamográfico em Porto Alegre. 2008.

GONÇALVES, Leila Luíza Conceição et al. Fatores de risco para câncer de mama em mulheres assistidas em ambulatório de oncologia. 2010.

GONZAGA, SUZANA DE FRANÇA RIBEIRO et al. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. **RevAssocMedBras**, v. 54, n. 1, p. 72-6, 2008.

HUGUET, Priscila Ribeiro et al. Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 2009.

LARGENT, Joan A. et al. Hypertension, antihypertensive medication use, and breast cancer risk in the California Teachers Study cohort. *Cancer Causes & Control*, v. 21, n. 10, p. 1615-1624, 2010.

LAUTER, Dagmar Scholl et al. Câncer de mama: estudo caso controle no Sul do Brasil. **Rev Ciência Saúde**, v. 7, n. 1, p. 19-26, 2014.

LEAL, Jorge Henrique Santos; CUBERO, Daniel; GIGLIO, Auro Del. Hormonioterapia paliativa em câncer de mama: aspectos práticos e revisão da literatura. *Rev Bras Clin Med*, v. 8, n. 4, p. 338-343, 2010

LOTTI, Renata Cardoso Baracho et al. Impacto do tratamento de câncer de mama na qualidade de vida. **Rev. bras. cancerol**, v. 54, n. 4, p. 367-371, 2008.

MAGALHÃES, Gabriela et al. Perfil clínico, sociodemográfico e epidemiológico da mulher com câncer de mama Clinical, sociodemographic and epidemiological profile of woman with breast cancer. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 2, p. 473-479, 2017.

MARTINS, Elga Z. et al. Intercorrências na rede venosa relacionadas à quimioterapia no câncer de mama: um estudo piloto. Simpósio Internacional de Iniciação Científica da USP–SIICUSP, v. 16, 2008.

MELO BONFIM, ISABELA et al. Identificando fatores de risco e as práticas de autocuidado para detecção precoce do câncer de mama em familiares de mastectomizadas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 10, n. 1, 2009.

NUNES, Bárbara Amaral Pereira et al. Perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com câncer de mama em Campos dos Goytacazes (RJ), Brasil. **Rev Bras Mastologia**, v. 22, n. 4, p. 117-23, 2012.

OLIVEIRA, Mariana Freitas de et al. Estudo retrospectivo de pacientes diagnosticados com câncer de mama internados em hospital universitário. **Rev Bras Mastol**, v. 26, n. 2, p. 56-9, 2016.

PARDINI, Dolores. Terapia de reposição hormonal na menopausa. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, 2014.

PENHA, Nathalia Santos da et al. Perfil Sócio-Demográfico e Possíveis Fatores de Risco em Mulheres com Câncer de Mama: um Retrato da Amazônia. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 34, n. 4, p. 579-584, 2014.

PEREIRA, Beatriz Monteiro de Barros; GUEDES, Conceição Maria Fraga; MACHADO, Cesar Augusto Costa. Terapia hormonal e câncer de mama. **Rev. bras. mastologia**, v. 27, n. 1, 2017.

PINHEIRO, Aline Barros et al. Câncer de mama em mulheres jovens: análise de 12.689 casos. **Rev. bras. cancerol**, v. 59, n. 3, p. 351-359, 2013.

PINHO, Valéria Fernandes de Souza; COUTINHO, Evandro Silva Freire. Variáveis associadas ao câncer de mama em usuárias de unidades básicas de saúde. **Cad saúde pública**, p. 1061-1069, 2007.

POLI, Marcelino Espírito Hofmeister et al. Manual de anticoncepção da FEBRASGO. **Femina**, v. 37, n. 9, p. 459-492, 2009.

SCHUNEMANN JUNIOR, Eduardo; SOUZA, Renato Teixeira; DÓRIA, Máira Teixeira. Anticoncepção hormonal e câncer de mama. **Femina**, v. 39, n. 4, p. 231-235, 2011.
SOARES, Priscila Bernardina M. et al. Características das mulheres com câncer de mama assistidas em serviços de referência do Norte de Minas Gerais. **Rev. Bras. Epidemiol**, v. 15, n. 3, p. 595-604, 2012.

TORRES, Danielle Mesquita et al. Análise de dados epidemiológicos de pacientes acompanhadas por neoplasia mamária em um hospital de Fortaleza (CE). **Revista BRASILEIRA DE MASTOLOGIA**, v. 26, n. 2, p. 39-44, 2016.

VIEIRA, Sabas Carlos et al. Oncologia Básica. **Teresina, MA: Fundação Quixote**, 2012.

VONA DAVIS, L.; HOWARD MCNATT, M.; ROSE, D. P. Adiposity, type 2 diabetes and the metabolic syndrome in breast cancer. **Obesity Reviews**, v. 8, n. 5, p. 395-408, 2007.

APÊNDICE

FORMULÁRIO DE PESQUISA

Identificação dos fatores ginecológicos relacionados ao câncer de mama

IDENTIFICAÇÃO

Nº _____ Nº do prontuário: _____
 Nome da paciente _____ Data de nasc.: ____ / ____ / ____
 Endereço: _____
 Bairro: _____ CEP: _____
 Município: _____ Telefone: () _____
 Grau de escolaridade _____ Estado Civil: _____

1º. Idade da menarca

- () <12 () >12
 () Não lembra
 () Outros

6º. Tipo de Contracepção

- () Oral () DIU
 () Adesivo () Injetável
 () Outros

2º. Idade da primeira gestação

- () 15 -| 25 () 26 -| 35
 () 36 -| 46...

7º. Tempo de uso de contraceptivo

- () < 5 anos () > 5 anos
 () Nunca fez uso () Não lembra
 () Não lembra

3º. Número de gestações

- () Nuligesta () Primigesta
 () Secundigesta () Tercigesta
 () Multigesta

8º. Idade da menopausa

- () <50 () >50
 () Não lembra

4º. Número de paridade

- () Nulípara () Primípara
 () Secundípara () Multípara
 () Grande multípara

9º. Terapia de reposição hormonal

- () Sim
 () Não

Tempo _____

5º. Número de abortos

- () 1 () 2
 () 3 Outros _____