



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA - UEPB
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
CAMPUS I - CAMPINA GRANDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA
CURSO DE FISIOTERAPIA

MARIA ISABEL DA SILVA GUEDES

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO CÂNCER DE MAMA CADASTRADO NO
SISTEMA DE REGISTRO DO LABORATÓRIO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM
SAÚDE DO HOSPITAL DA FAP-PB**

CAMPINA GRANDE, PB

2015

MARIA ISABEL DA SILVA GUEDES

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO CÂNCER DE MAMA CADASTRADO NO
SISTEMA DE REGISTRO DO LABORATÓRIO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM
SAÚDE DO HOSPITAL DA FAP-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado ao Departamento de
Fisioterapia da Universidade Estadual
da Paraíba em cumprimento às
exigências para obtenção do Título de
Bacharel em Fisioterapia.

Orientador (a): Profa. Dra. Railda
Shelsea Taveira Rocha do Nascimento

CAMPINA GRANDE

2015

É expressamente proibida 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 da dissertação.

G924p Guedes, Maria Isabel da Silva.

Perfil epidemiológico do câncer de mama cadastrado no sistema de registro do laboratório de ciências e tecnologia em saúde do hospital da FAP- PB. [manuscrito] / Maria Isabel da Silva Guedes. - 2015.

43 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2015.

"Orientação: Profa. Dra. Railda Shelsea Taveira Rocha do Nascimento, Departamento de Fisioterapia".

1. Câncer de mama. 2. Epidemiologia. 3. Sobrevida. I. Título.

21. ed. CDD 616.994

MARIA ISABEL DA SILVA GUEDES

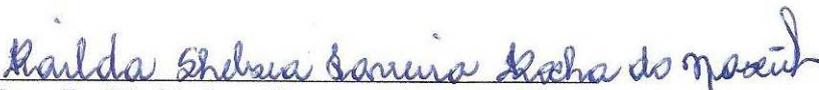
**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO CÂNCER DE MAMA CADASTRADO NO
SISTEMA DE REGISTRO DO LABORATÓRIO DE CIÊNCIA E
TECNOLOGIA EM SAÚDE DO HOSPITAL DA FAP-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Fisioterapia da
Universidade Estadual da Paraíba,
como requisito de obtenção do Título
de Bacharel em Fisioterapia.

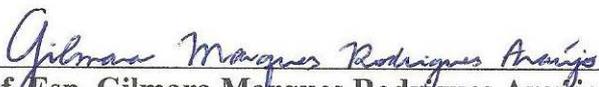
Orientador: Prof. Dr. RaildaShelsea
Taveira R. do Nascimento.

Aprovada em: 09/06/2015.

BANCA EXAMINADORA


Prof. Dra. RaildaShelsea Taveira Rocha do Nascimento
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Prof. João Paulo Campos de Souza
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Prof. Esp. Gilmar Marques Rodrigues Araújo
União de Ensino Superior de Campina Grande (UNESC)

Dedico a Deus primeiramente por ser essencial em minha vida, por ser meu guia, e me dar força nesta caminhada.

A meus pais Maria do Socorro e José Guedes, e a meus irmãos, que com todo o seu amor se esforçaram para que eu aqui chegasse. Espero um dia, com todo o meu amor, poder retribuir da mesma forma.

Dedico também a todos que direta ou indiretamente contribuíram na minha caminhada, aos amigos e pacientes, estes que me proporcionaram os maiores ensinamentos.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a **DEUS** pelo dom da vida, por me acalantar com seu imenso amor e segurar em minha mão nos momentos de tribulação, por ter me proporcionado a oportunidade de realização de um sonho que não é só meu, me fortalecendo e encorajando até que chegasse o término de mais esta etapa, com a certeza de que permanecerá comigo por todos os meus dias.

Aos meus pais **Maria do Socorro** e **José Guedes** por acreditarem em mim, por todo o esforço e sacrifício a fim de contribuir com a minha formação e por amor a minha vida, devo a vocês a formação pessoal que eu tenho, impossível imaginar esta minha caminhada sem este amparo. Com todo o meu amor, agradeço eternamente por tudo, Deus foi muito bom comigo quando me colocou nesta família, especialmente como filha de pessoas tão simples e honestas, fáceis de admirar.

Aos meus irmãos, **Marcelo, Marta, Luciana, Alixandre e Rodolfo**, que além de irmãos exercem o papel de amigos e pais, pelo companheirismo e palavras de incentivo, por terem me compreendido e acreditado na minha capacidade, por toda a ajuda em todos os sentidos, espero um dia poder retribuir tudo o que fazem por mim. Aos meus sobrinhos **Beatriz, Rodrigo, Alana, Lucas, Hammon, Alice e Alysson** que são uma das maiores alegrias de minha vida.

As minhas tias **Josélia, Fátima e Lucia**, pela sabedoria advinda da história de vocês, por me incentivarem e por terem muitas vezes me amparado quando muito eu precisei. A minha prima **Cristiane** que sempre se mostrou presente e tanto me incentivou nesta caminhada, agradeço pelas alegrias que me proporcionou.

Aos meus amigos especiais **Marcicleide, Gisele, Valmires, Paula, Anderson, Daniel, Antônio** pela atenção e paciência a mim concedidas, por momentos de grande alegria, por todo o incentivo e confiança, eternamente grata, a vocês o meu amor.

Ao meu namorado e amigo **Vitor** pelo amor, companheirismo, compreensão, dedicação, pelos momentos de alegria e por se esforçar para estar presente, que eu seja capaz de corresponder a esses sentimentos sempre de forma igual. Você é um presente de Deus pra mim, que Ele nos abençoe sempre mais.

Aos amigos que conquistei na graduação em especial ao grupo **Cuscuz Com Tudo Dentro** e ao **LCTS** pela consideração, alegrias, troca de conhecimentos e valores. Dedico um agradecimento especial a **Kênia**, mamãe, na qual admiro e amo muito, obrigada pelos conselhos, aprendizado e diversão, a **Jessica**, minha gêmea, por estar sempre presente, pela

ajuda e compreensão, a **Amanda** por me entender, por todos os conselhos e choques de realidade, pelas alegrias e diversão.

A professora e orientadora **Railda Nascimento** pela oportunidade de adentrar no ambiente da fisioterapia oncofuncional do Laboratório de Ciência e Tecnologia em Saúde, neste vivi grandes momentos de minha graduação, sendo possível me aprimorar profissionalmente e enquanto humana. As supervisoras **Emanuela Barros e Nadja Ferraz** pela amizade, conhecimentos passados e por tanta dedicação e compreensão.

“Agora, portanto, permanecem essas três coisas: a fé, a esperança e o amor. A maior delas, porém, é o amor.”

(I Coríntios 13, 13)

RESUMO

GUEDES, Maria Isabel da Silva. **Perfil epidemiológico do câncer de mama cadastrado no Sistema de Registro do Laboratório de Ciências e Tecnologia em Saúde do Hospital da FAP- PB.** Trabalho de Conclusão de Curso, Curso de Fisioterapia, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2015.

O câncer de mama é um tipo de câncer muito frequente no mundo, e o mais comum entre as mulheres, com melhor prognóstico se diagnosticado previamente. O tratamento consiste em cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia e imunoterapia. Conhecer o perfil epidemiológico destes pacientes é de relevante importância, visto que há fatores desencadeantes e protetores para o desenvolvimento dessa neoplasia. Os fatores de risco aumentam a probabilidade de desenvolvimento da doença, dentre os quais se destaca aqueles ligados à idade, os genéticos e endócrinos, em contrapartida evidencia-se os fatores de proteção que reduzem este risco, são eles os hábitos alimentares, prática de atividade física e amamentação. O objetivo do estudo foi identificar as variáveis epidemiológicas associadas ao câncer de mama cadastrado no Sistema de Registro do Laboratório de Ciências e Tecnologia em Saúde do Hospital da FAP- PB, visando identificar o perfil epidemiológico e a sobrevida livre da doença. Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo retrospectivo, transversal, quantitativo e descritivo, realizado nas dependências do Laboratório de Ciência e Tecnologia em Saúde (LCTS/UEPB/FAP) com pacientes diagnosticados com câncer de mama, que realizaram tratamento oncológico, de ambos os sexos, sem discriminação de faixa etária, excluindo prontuários de pacientes com outros tipos de câncer. O estudo contribuiu para identificar o perfil epidemiológico de pacientes diagnosticadas com câncer de mama, possibilitando agregar argumentos técnicos para definição de políticas de fluxo na instituição.

Palavras-Chaves: Câncer de Mama; Epidemiologia; Sobrevida.

ABSTRACT

GUEDES, Maria Isabel da Silva. **Epidemiological profile of breast cancer registered in the registration system of Science and Health Tecnology Lab of Hospital of FAB-PB.**

Trabalho de Conclusão de Curso, Curso de Fisioterapia, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2015.

Breast cancer is a very common type of cancer worldwide, and the most common among women, with better prognosis if diagnosed previously. The treatment consists of surgery, chemotherapy, radiotherapy, hormone therapy and immunotherapy. To know the epidemiological profile of these patients is of great importance, as there are triggering and protectors factors to the development of this cancer. Risk factors increase the likelihood of developing the disease, among which we highlight those related to age, genetic and the endocrine. On the other hand it is evident the protective factors that reduce this risk, namely, eating habits, practice of physical activity and breastfeeding. The aim of the study was to identify the epidemiological variables associated with breast cancer registered in the registration system of Science and Health Tecnology Lab of Hospital of FAP-PB, to identify the epidemiology profile and disease free survival. It is an retrospective, cross—sectional, quantitative and descriptive type of epidemiological study, performed on the premises of Science and Health Technology Laboratory (LCTS / UEPB / FAP) with patients diagnosed with breast cancer, who underwent cancer treatment, both sexes, without age range discrimination, excluding patients records with other cancers. The study contributed to identify the epidemiological profile of patients diagnosed with breast cancer, allowing aggregate technical arguments to define flow policies at the institution.

Key Words: Breast Cancer; Epidemiology; Survival.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados pelo sexo, no LCTS/UEPB/FAP, em 2014.....	25
Tabela 2	Quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados pelo estado civil, no LCTS/UEPB/FAP, em 2014.....	26
Tabela 3	Quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados pela escolaridade, no LCTS/UEPB/FAP, em 2014.....	27
Tabela 4	Quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados pela profissão/ocupação, no LCTS/UEPB/FAP, em 2014.....	28
Tabela 5	Quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados pelo município de referência, no LCTS/UEPB/FAP, em 2014.....	28
Tabela 6	Quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados pelo período de referência da queixa clínica principal, no LCTS/UEPB/FAP, em 2014.....	29
Tabela 7	Quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados pela queixa clínica principal, no LCTS/UEPB/FAP, em 2014.....	30
Tabela 8	Quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados pela identificação da mama afetada, no LCTS/UEPB/FAP, em 2014.....	31
Tabela 9	Quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados pela hereditariedade, no LCTS/UEPB/FAP, em 2014.....	31
Tabela 10	Quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados pelo fator social do tabagismo, no LCTS/UEPB/FAP, em 2014.....	32
Tabela 11	Quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados pelo fator social do etilismo, no LCTS/UEPB/FAP, em 2014.....	33
Tabela 12	Quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados pela presença de obesidade, no LCTS/UEPB/FAP, em 2014.....	33

Tabela 13	Quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados pela prática de atividade física, no LCTS/UEPB/FAP, em 2014.....	34
Tabela 14	Quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados pela informação de amamentação exclusiva, no LCTS/UEPB/FAP, em 2014.....	35
Tabela 15	Quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados pelo estadiamento do tumor, no LCTS/UEPB/FAP, em 2014.....	36
Tabela 16	Quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados pelo tipo histológico do tumor, no LCTS/UEPB/FAP, em 2014.....	36
Tabela 17	Quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados pelo óbito, no LCTS/UEPB/FAP, em 2014.....	37

LISTA DE ABREVIATURAS

INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva;

LCTS - Laboratório de Ciências e Tecnologia em Saúde;

FAP - Fundação Assistencial da Paraíba;

SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade;

UEPB - Universidade Estadual da Paraíba.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	17
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
3.1	CÂNCER DE MAMA	18
3.2	EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER	19
3.3	EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE MAMA	20
3.4	FATORES DE RISCO PARA CÂNCER DE MAMA	21
3.5	FATORES DE PROTEÇÃO PARA CÂNCER DE MAMA	23
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	24
4.1	TIPO DE PESQUISA	24
4.2	LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA	24
4.3	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	24
4.4	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	24
4.5	INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	25
4.6	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	25
4.7	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	25
4.8	ASPECTOS ÉTICOS	25
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	26
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
7	PERSPECTIVAS FUTURAS.....	40
	REFERÊNCIAS	41

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o segundo tipo mais frequente no mundo, e o mais comum entre as mulheres. É relativamente raro antes dos 35 anos, porém, acima desta faixa etária, sua incidência cresce rápida e progressivamente, ressalta-se que se diagnosticado e tratado previamente tem melhor prognóstico, todavia as taxas de mortalidade por câncer de mama, no Brasil, continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estágios avançados.

Para o tratamento desta doença existe uma série de modalidades, que, em seus aspectos tumorais, inclui-se intervenção cirúrgica, quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia e imunoterapia. Tais terapias, quando combinadas e prescritas corretamente, tem a capacidade de aumentar a possibilidade de cura do paciente.

O diagnóstico do câncer de mama repercute, muitas vezes, de forma negativa na vida das mulheres, ocasionando medos, incertezas e distúrbios da autoimagem. Conhecer o perfil epidemiológico é de grande importância, tanto para o conhecimento da patologia, quanto para ajudar na promoção da atenção à saúde, bem como na qualidade de vida dos indivíduos, sensibilizando os profissionais da saúde na sua conduta, refletindo em um tratamento adequado e eficaz, evitando maiores mutilações.

São vários os fatores determinantes para o câncer, podendo ser externas ou internas ao organismo, estando ambas inter-relacionadas. As causas externas estão relacionadas ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de um ambiente social e cultural, já as causas internas são, em sua maioria, geneticamente pré-determinadas, estando ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas.

Para melhor entendimento, 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.

Os elementos que podem determinar o câncer de mama devem ser conhecidos a fim de averiguar sua distribuição, pois possibilita ajuda na identificação dos grupos mais propensos a desenvolvê-lo. Diversas causas influenciam o aparecimento da doença, variando entre as pessoas. Em relação aos principais riscos para desenvolvimento do câncer de mama estão aqueles ligados a idade, os genéticos e os endócrinos, destacando-se o sexo feminino, a idade avançada, história familiar de câncer de mama, menarca precoce, menopausa tardia,

exposição a radiações ionizantes em idade inferior a 40 anos, terapia de reposição hormonal para tratamento dos efeitos da menopausa, obesidade, como alguns que podem ser citados.

Diante da alta incidência para o desenvolvimento do câncer de mama, se faz necessário, além de identificar os fatores de risco, identificar também outros fatores chamados como protetores para tal patologia, dentre os mais frequentes, pode-se destacar a dieta, quando rica em frutas, verduras e legumes, a prática de atividade física regular e a amamentação exclusiva.

Portanto, considerando a alta incidência de pacientes diagnosticadas com câncer de mama, este estudo objetiva definir as variáveis epidemiológicas associadas ao câncer de mama cadastrado no Sistema de Registro do Laboratório de Ciências e Tecnologia em Saúde do Hospital da FAP- PB, visando identificar o perfil epidemiológico e a sobrevida livre da doença.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar as variáveis epidemiológicas associadas ao câncer de mama cadastrado no Sistema de Registro do Laboratório de Ciências e Tecnologia em Saúde do Hospital da FAP-PB, visando identificar o perfil epidemiológico e a sobrevida livre da doença.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os pacientes acometidos por câncer de mama;
- Identificar a população de maior risco para o desenvolvimento desta neoplasia;
- Definir o perfil epidemiológico dos pacientes com câncer de mama atendido no Laboratório de Ciência e Tecnologia em Saúde;
- Conhecer a sobrevida livre da doença dos pacientes diagnosticados com neoplasia mamária;

3 FUNDAMENTAÇÃO TÉORICA

3.1 CÂNCER DE MAMA

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2014), o câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que quando se dividem rapidamente, tendem a ser agressivas e incontroláveis, levando à formação de neoplasias malignas. Em contrapartida, um tumor benigno é uma massa localizada de células que se multiplicam vagarosamente e se assemelham ao seu tecido original, raramente sendo um risco. Outras características que diferenciam os diversos tipos de câncer entre si são a velocidade de multiplicação das células e a capacidade de metástase.

Antes de definir a forma de tratamento mais adequada, é necessário estabelecer o estadiamento, que é o resultado de uma série de avaliações que esclarecem o grau de extensão da doença neoplásica. O estadiamento clínico é estabelecido através do sistema TNM, que agrupa o tamanho do tumor (T), número de linfonodos comprometidos (N) e a presença ou não de metástases (M). O carcinoma in situ é categorizado como estágio 0 e os estádios I e II, em geral, referem-se a tumores localizados no órgão de origem, o estágio III refere-se aos tumores com disseminação local extensa, particularmente para linfonodos regionais e os tumores com metástases a distância, classificados como estágio IV (PINHEIRO et al. 2013).

A terapêutica para esta doença compreende uma série de modalidades de tratamento do câncer em seus aspectos tumorais, onde pode se incluir intervenção cirúrgica, quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia, imunoterapia e reabilitação. Partindo do comportamento distinto de indivíduo para indivíduo, evidenciado nas diversas manifestações clínicas, requer diferentes respostas terapêuticas (COUTINHO et al., 2010).

Havendo diversas maneiras de tratar objetivando a cura e sobrevida do paciente. As modalidades terapêuticas se subdividem em local e sistêmica, e variam de acordo com o estadiamento da patologia. Na local está o procedimento cirúrgico, elencando diversos tipos de cirurgia, onde uma delas será escolhida de acordo com a necessidade da paciente e a radioterapia. Na sistêmica, encontram-se a quimioterapia, hormonioterapia e imunoterapia. Todas visam destruir as células tumorais, todavia, na maioria dos casos é necessária uma associação de técnicas para que haja total eficácia e potencialização na destruição da célula neoplásica (CONCEIÇÃO, LOPES, 2008).

Segundo Hofelmann et al. (2014) o câncer de mama, quando diagnosticado em fases iniciais, tem grandes chances de cura, com uma sobrevida de 97% em cinco anos. É o parâmetro mais utilizado para avaliar resultados na área oncológica, na qual as taxas de

mortalidade em séries históricas são de alta relevância, sendo possível abordar técnicas estatísticas de análise de sobrevivência com observações obtidas em registros de serviços de saúde, contribuindo também em pesquisas epidemiológicas.

3.2 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER

Com as transformações sócio-demográficas, das quais o Brasil vem passando nas últimas décadas, tais como, redução da natalidade, redução da mortalidade infantil, aumento da expectativa de vida e aumento da proporção de idosos, vem causando mudanças significativas no perfil de morbimortalidade de nossa população, ou seja, as doenças infecciosas e parasitárias, que no século passado eram as principais causas de morte, dão espaço as doenças crônicas não transmissíveis, que são as cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes mellitus e o câncer (SILVA et al., 2010; GUERRA, et al 2005; OLIVEIRA, CESSE, 2005).

No Brasil, a estimativa para o ano de 2014, que será válida também para o ano de 2015, aponta para a ocorrência de aproximadamente 576 mil casos novos de câncer, reforçando a magnitude do problema do câncer no país. O câncer de pele do tipo não melanoma (182 mil casos novos) será o mais incidente na população brasileira, seguido pelos tumores de próstata (69 mil), mama feminina (57 mil), cólon e reto (33 mil), pulmão (27 mil), estômago (20 mil) e colo do útero (15 mil) (INCA, 2014).

São várias as causas de câncer, podendo ser externas ou internas ao organismo, estando essas inter-relacionadas. As causas externas estão relacionadas ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de um ambiente social e cultural, já as causas internas são, em sua maioria, geneticamente pré-determinadas, estando ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas. Pode-se dizer que o surgimento do câncer depende da intensidade e duração da exposição das células a agentes cancerígenos (MATOS, et al., 2009).

A fim de mudar o panorama do câncer atualmente, é necessário que haja a busca por informações de qualidade, sobre a incidência e prevalência desta doença nas populações, com o intuito de propiciar a implantação de políticas públicas que incentivem a realização de ações efetivas de prevenção e detecção precoce, reduzindo os danos, as altas taxas de mortalidades como também as despesas públicas (RODRIGUES, FERREIRA, 2010).

3.3 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE MAMA

O câncer de mama é o segundo tipo mais frequente no mundo, e o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano. De acordo com estimativa do INCA (2014), haverá 57.120 novos casos diagnosticados no decorrer deste ano. Sendo um tipo de câncer relativamente raro antes dos 35 anos, acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente. É o mais frequente nas mulheres das regiões Sudeste (71,18/ 100 mil), Sul (70,98/ 100 mil), Centro-Oeste (51,30/ 100 mil) e Nordeste (36,74/ 100 mil), na região Norte, é o segundo tumor mais incidente (21,29/ 100 mil).

Se tratando do diagnóstico de câncer de mama, diz-se que acarreta uma série de problemas para a figura da mulher, visto que carrega consigo o estigma de dor, sofrimento e morte, sobretudo por estar associado à perda da mama que, culturalmente falando, tem grande significado, sendo bastante valorizada e representativa para a identidade feminina (LEITE, et al., 2012).

Deve-se ressaltar que se diagnosticado e tratado previamente tem melhor prognóstico, mas taxas de mortalidade por câncer de mama, no Brasil, continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados, onde na população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de 61%. Porém, de acordo com estudos realizados pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), em 2011, relatou um número de 13.345 mortes decorrentes do câncer de mama e suas complicações, sendo 120 homens e 13.225 de mulheres.

O diagnóstico tardio, acompanhado da terapêutica inadequada, são fatores contribuintes para que o câncer de mama continue sendo a principal causa de morte entre as mulheres do Brasil. Em contrapartida, há altas chances de cura quando diagnosticadas em fases iniciais. Acredita-se que ações integradas de controle do câncer, incluindo prevenção dos fatores de risco, detecção precoce dos tumores, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, reduzem a mortalidade e a morbidade do câncer (SILVA et al., 2013; SILVA, HORTALE, 2012).

As causas são variadas, dividindo-se em externas, se tratando das substâncias químicas, irradiações, vírus, as quais estão mais relacionadas aos hábitos de vida e costumes próprios no seu contexto sociocultural, ou internas, que são os hormônios, condições imunológicas e mutações genéticas, estando ligadas as condições genéticas pré-determinadas e relacionadas à capacidade do organismo de defesa às agressões externas, ambas inter-relacionadas (MOURÃO, et al., 2008).

O estadiamento do câncer de mama é capaz de prever possíveis complicações, estimar o prognóstico do caso, bem como identificar a seleção terapêutica mais adequada, seja ela cirúrgica e radioterapia, para tratar lesões regionais, e as modalidades quimioterapia e hormonioterapia, para manejar o acometimento sistêmico, podendo ser utilizadas combinadas ou isoladamente, de acordo com a necessidade de cada paciente, objetivando o aumento da sobrevida e a provável cura, assim, melhorando a qualidade vida (MOURA, et al., 2013; SOUZA, et al., 2013).

Conhecer o perfil epidemiológico é de grande importância, tanto para o conhecimento da patologia, quanto para ajudar na promoção da atenção à saúde, bem como na qualidade de vida dos indivíduos, refletindo em um tratamento adequado e eficaz. E ainda podendo auxiliar no controle da doença, revelando os fatores fisiopatológicos, os fatores de risco modificáveis que impedem a progressão do tumor e identificar a população de maior risco para o desenvolvimento desta neoplasia, evitando maiores mutilações (WEBER, et al., 2007).

Os fatores de risco são definidos 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.

3.4 FATORES DE RISCO PARA O CÂNCER DE MAMA

Conhecer a distribuição dos fatores de risco para o câncer de mama é de suma importância por possibilitar ajuda na identificação dos grupos mais propensos a desenvolvê-lo. Em relação aos principais fatores de risco para câncer de mama estão aqueles ligados a idade, os genéticos e os endócrinos. Destaca-se o sexo feminino, a idade avançada, história familiar de câncer de mama, menarca precoce e menopausa tardia, exposição às radiações ionizantes em idade inferior a 40 anos, terapia de reposição hormonal para tratamento dos efeitos da menopausa e obesidade, são alguns que podem ser citados. (COIMBRA, et al., 2010; BUSSOLOTTO, et al., 2012; LAUTER, et al., 2014; MELO, et al., 2013).

No sexo feminino, apesar do empenho do Ministério da Saúde no controle do tumor da mama, este ainda é o tumor que mais atinge mulheres, mesmo aquelas em idade jovem (OLIVEIRA; CESSÉ, 2005). A taxa de incidência do câncer de mama, ajustada por idade, é de cerca de 100 vezes mais elevada em mulheres do que em homens nos EUA, taxa que se mantém para todos os países (STEIN, et al., 2009).

Em relação à idade, a literatura é consistente em afirmar que a grande maioria dos casos de câncer de mama é registrada entre os 45 e 55 anos de idade, é neste momento que a mulher começa a vivenciar a sintomatologia do período climatérico, sendo que após os 30 anos de idade a incidência aumenta, após a estabilidade entre os 45 e 55 anos esta incidência aumenta progressivamente com o avançar da idade.

A história familiar de câncer de mama é um fator de risco importante para o desenvolvimento do câncer de mama, visto que as mulheres com parente em primeiro grau têm um risco aumentado em desenvolver a doença em relação às mulheres sem parentesco, variando também com a idade que este familiar foi diagnosticado, quanto mais jovem o familiar, maior o risco conferido. Podendo também, estar relacionados aos fatores genéticos, como as mutações de BRCA 1/2, estes produzem proteínas reguladoras do mecanismo de multiplicação celular, conhecidas como supressoras dos tumores (PINHO; COUTINHO, 2007; STEIN, et al., 2009).

Os eventos da ampliação da estimulação hormonal que acontecem com a menarca precoce e a menopausa tardia levam à estimulação estrogênica contínua, o que induz a proliferação de células na mama, são, portanto consideradas risco para o desenvolvimento da neoplasia mamária por aumentarem a vida reprodutiva da mulher pela estimulação ovariana contínua, aumentando as chances de deformação celular, tornando-as mais susceptíveis a ação de substâncias carcinogênicas (BELLINI, et al., 2013).

A exposição às radiações ionizantes é um risco conhecido para câncer de mama, visto que sobreviventes da bomba atômica, mulheres submetidas à irradiação pós-parto por mastite ou radioterapia para neoplasia torácica tem incidência aumentada do câncer de mama, em idade inferior a 40 anos, a susceptibilidade é maior (STEIN, et al., 2009).

Se tratando da terapia de reposição hormonal para tratamento dos efeitos da menopausa, acredita-se que não seja indutor do câncer de mama, porém provavelmente promotor, ou seja, aumentaria o crescimento de tumores pré-existentes, além de dificultar a sensibilidade mamográfica (BELLINI, et al., 2013).

No que se refere à obesidade, este fator de risco parece apresentar uma interação com o perfil menopausal das mulheres, visto que as que estiverem acima do peso na pré-menopausa correm um risco mais baixo, já as pós-menopáusicas acima do peso tem maior risco de desenvolver câncer de mama, devendo-se ao fato de que a gordura corporal afeta diretamente os níveis dos hormônios circulantes, como a insulina, assim criando o ambiente propício à carcinogênese e dificultando a apoptose (BUSSOLOTTO, et al., 2012).

Além dos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama anteriormente citados, existem outros fatores que podem acarretar o desenvolvimento desta neoplasia, dentre eles estão o uso de tabaco e álcool em excesso e com frequência, fatores socioeconômicos e étnicos, o maior ganho de estatura obtido até a idade adulta, traumas na mama, estresse e depressão, o autocuidado insuficiente, sedentarismo, densidade mamográfica alta, hiperplasia mamária atípica, doenças benignas da mama, como também os fatores ligados à gestação, onde temos a primiparidade tardia e nuliparidade (BATISTON, et al., 2011; INUMARU, SILVEIRA, NAVES, 2011; BELLINI, SANTOS).

3.5 FATORES DE PROTEÇÃO PARA O CÂNCER DE MAMA

Considerando a alta incidência para o desenvolvimento do câncer de mama, é de suma importância, além de identificar os fatores de risco, identificar também os fatores ditos como protetores para tal patologia, onde se pode destacar a dieta, quando rica em frutas verduras e legumes, a prática de atividade física regular e a amamentação exclusiva.

No que se refere à dieta, uma alimentação rica em frutas, verduras, legumes, fibras e produtos integrais, junto à baixa ingestão de alimentos fonte de gordura, podem prevenir não só o câncer, mas também doenças cardíacas e crônicas, pelo fato de que em sua composição há moléculas antioxidantes capazes de prevenir a formação e proliferação de tumores (SCHALY, TOMASI, 2011; BUSSOLOTTO, et al., 2012).

A atividade física regular, principalmente durante a adolescência, associa-se diretamente à redução significativa do risco de desenvolvimento do câncer de mama, pode-se dizer que a participação em níveis moderados de atividade física é capaz de reduzir consideravelmente a frequência de ciclos ovulatórios, portanto, qualquer fator que reduza esta frequência de ovulação e, conseqüentemente a exposição cumulativa a hormônios ovarianos pode reduzir o risco de desenvolver este tipo de neoplasia (STEIN, et al., 2009).

A lactação tem sido apontada como fator protetor para o desenvolvimento do câncer de mama, tal proteção ocorre pelo fato de que a amamentação impede o retorno da menstruação, o que diminui a exposição ao estrogênio endógeno, porém para que ocorra esta supressão menstrual é necessário que o aleitamento materno ocorra de forma exclusiva (LAUTER, et al., 2014).

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo retrospectivo, transversal, quantitativo e descritivo, realizado a partir dos prontuários de atendimento de pacientes diagnosticados com câncer de mama, seguindo uma seleção de amostra acessível e respeitando os critérios de inclusão e exclusão.

4.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada nas dependências do Laboratório de Ciências e Tecnologia em Saúde (LCTS/UEPB/FAP) que se localiza no Centro de Cancerologia Dr. Ulisses Pinto do Hospital Fundação Assistencial da Paraíba (FAP).

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Fizeram parte da amostra prontuários de pacientes diagnosticados com câncer de mama, que se submeteram a tratamento fisioterapêutico no Laboratório de Ciências e Tecnologia em Saúde, no Centro de Cancerologia Dr. Ulisses Pinto do Hospital Fundação Assistencial da Paraíba (FAP), em 2014, portadoras de neoplasia maligna da mama, de ambos os sexos, sem discriminação de faixa etária.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram considerados critérios de inclusão:

Prontuários de pacientes diagnosticados com neoplasia mamária maligna, independente do gênero, sem discriminação de idade, que tenham sido submetidos a algum tipo de procedimento relacionado à doença, cadastrados no sistema de Registro do Laboratório de Ciências e Tecnologia em Saúde do Hospital Fundação Assistencial da Paraíba (FAP), em 2014.

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Como critérios de exclusão, tivemos:

Prontuários de pacientes com outros tipos de câncer, que não o câncer de mama.

4.6 INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Foi utilizado um questionário de coleta, desenvolvido, tendo por base, o protocolo de avaliação, atendimento e reavaliação do LCTS/UEPB/FAP.

4.7 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Identificaram-se os prontuários de pacientes diagnosticados com neoplasia mamária maligna cadastrada no Sistema de Registro do Laboratório de Ciência e Tecnologia em Saúde do Centro de Cancerologia Dr. Ulisses Pinto do Hospital Fundação Assistencial da Paraíba (LCTS/UEPB/FAP).

Realizou-se triagem dos prontuários das pacientes atendidas no LCTS/UEPB/FAP, em 2014, contabilizou-se quantitativamente, e tabulou-se os dados de acordo aspectos sociodemográfico, bem como os fatores epidemiológicos, que indicam risco ou proteção para esta neoplasia, e ainda dados referentes ao estadiamento clínico e número de óbitos, visando melhor avaliação da sobrevida livre da doença.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Inicialmente o projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB seguindo as diretrizes e normas aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução número 466, de 12 de dezembro de 2012, obtendo aprovação através do protocolo de número 30763514.9.0000.5187.

Teve assinatura do pesquisador responsável na Declaração de Concordância com o Projeto, estando ciente da existência e concordando com os termos do projeto e da resolução 466/12 do CNS/MS. Comprometendo-se com os objetivos e responsabilidades do projeto, assinando o Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável em Cumprir os Termos da Resolução 466/12 do CNS/MS.

A instituição Hospital Fundação Assistencial da Paraíba – FAP, na figura do responsável pela instituição, assinou o Termo de Autorização Institucional, ciente da realização do projeto e seus objetivos e termos.

Será responsabilidade do pesquisador, reservar a privacidade dos pacientes cujos dados foram coletados, assegurando que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão sendo divulgadas somente de forma anônima, assinando o Termo de Compromisso para Coleta de Dados em Arquivo.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra constou 39 prontuários de pacientes com diagnóstico de câncer de mama, admitidos no Serviço de Fisioterapia Oncofuncional do LCTS/UEPB/FAP, em 2014.

A **Tabela 1** apresenta o quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados pelo sexo, no LCTS/UEPB/FAP, em 2014.

Tabela 1: Quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados pelo sexo, no LCTS/UEPB/FAP, em 2014.

Faixa Etária	Feminino	Masculino	Total
30 – 40	2	0	2
40 – 50	12	0	12
50 – 60	12	1	13
60 – 70	6	0	6
70 – 80	6	0	6

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

Como apresentado na **Tabela 1**, é possível observar o quantitativo de casos de câncer de mama, distribuído por faixa etária, e especificado pelo sexo. De um total de 39 prontuários, 38 são pacientes do sexo feminino, enquanto que apenas um é do sexo masculino. A distribuição de faixa etária mais predominante é de 50 a 60 anos, somando 13 pacientes.

O câncer de mama merece especial atenção entre as neoplasias por ser uma das localizações de tumores mais frequentes entre as mulheres de todo o mundo. Corroborando com a pesquisa, Pinheiro et al (2013) relata em seu estudo que, apenas excluindo os tumores de pele não melanoma, o câncer de mama é mundialmente o mais incidente na população feminina, representando em 2008, 23% de todos os tipos de câncer, com uma estimativa de mortalidade de 458 mil mulheres, sendo a causa mais frequente de morte por câncer no sexo feminino.

O fato de pertencer ao sexo feminino constitui o fator de risco mais importante, embora homens possam apresentar este tipo de câncer. A doença é pelo menos 100 a 150 vezes mais frequente entre as mulheres, devido à maior quantidade de tecido mamário e à sua exposição ao estrogênio endógeno. O estrogênio tem um importante papel no câncer de mama, induzindo o crescimento de células do tecido mamário, aumentando o potencial de alterações genéticas e, por consequência, o desenvolvimento do câncer (THULER, 2003). Portanto, qualquer fator que leve a um aumento no estrogênio poderá levar também a um aumento no risco de desenvolver câncer de mama (PENHA, et al 2013).

Segundo Ferreira e Matos (2015), alguns autores afirmam que a biologia do desenvolvimento do câncer de mama está diretamente relacionada à idade, uma vez que sua incidência é mais elevada em mulheres na pós-menopausa, estando ligada ao processo de envelhecimento. Pode-se dizer que o longo período de exposição a agentes carcinógenos, a diminuição da capacidade de reparação de danos no DNA celular, as alterações no epitélio mamário e o longo período de latência do câncer poderiam explicar a maior frequência desta neoplasia em mulheres a partir dos 50 anos.

Por outro lado, quando diagnosticado em mulheres mais jovens, o câncer de mama costuma apresentar aspectos biológicos mais agressivos.

A **Tabela 2** apresenta o quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados pelo estado civil, no LCTS/UEPB/FAP, em 2014.

Tabela 2: Quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados pelo estado civil, no LCTS/UEPB/FAP, em 2014.

Faixa Etária	Casado	Solteiro	Viúvo	Outros	Total
30 – 40	1	1	0	0	2
40 – 50	5	3	2	2	12
50 – 60	10	1	0	2	13
60 – 70	4	0	2	0	6
70 – 80	4	0	2	0	6

Outros: Divorciados; União estável; Sem informação

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

É possível observar nos dados apresentados pela **Tabela 2**, que no somatório de 39 prontuários, a maioria é casada, somando 24 prontuários; seguido pelos viúvos, somando 6 prontuários; e solteiros, somando 5 prontuários. Também foi possível observar divorciados, união estável ou que não apresentaram informação, somando 4 prontuários.

O estudo de Mourão et al (2008) sobre o perfil de pacientes portadores de câncer de mama no Ceará, apresenta predominância de indivíduos casados, seguido por viúvos e solteiros, corroborando com os resultados deste estudo.

O estado civil casado ou o convívio com companheiro pode não constituir um fator de risco para o câncer de mama, porém, tem relação com a diversidade de papéis assumidos por elas na contemporaneidade, com jornadas duplas ou triplas o que pode desencadear stress, considerando que sua inserção no campo de trabalho não a libera das responsabilidades com as atividades domésticas e educação dos filhos, resultando em um acúmulo de atribuições podendo contribuir para o desequilíbrio do orgânico (LAUTER, et al, 2014).

A **Tabela 3** apresenta o quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados pelo nível de escolaridade, no LCTS/UEPB/FAP, em 2014.

Tabela 3: Quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados pelo nível de escolaridade, no LCTS/UEPB/FAP, em 2014.

Faixa Etária	Nível Superior	Nível Médio	Ensino Fundamental	Outros	Total
30 - 40	0	0	2	0	2
40 - 50	0	3	8	1	12
50 - 60	1	3	7	2	13
60 - 70	1	0	3	2	6
70 - 80	0	0	4	2	6

Outros: Nenhuma; Analfabeto funcional; Sem informação.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

A **Tabela 3** apresenta o quantitativo de casos de câncer de mama distribuído por faixa etária e especificado pelo nível de escolaridade. Neste, observamos que 24 prontuários apresentam pacientes que possuem Ensino Fundamental Completo ou Incompleto, 6 possuem Nível Médio, 2 apresentam Nível Superior, e outros 7 se enquadram em nenhuma formação, analfabetos funcionais ou sem informação encontradas.

O nível de escolaridade da mulher pode influenciar na realização de medidas preventivas do câncer de mama, e conseqüentemente na detecção precoce do tumor. Pelo fato de serem mais vulneráveis, mulheres com menor escolaridade devem ser alvo de estratégias de prevenção secundária do câncer de mama (PINHEIRO, et al, 2013).

Os achados de Mourão et al (2008) corroboram com este estudo, visto que verifica aspectos relacionados com o grau de instrução. As percentagens mostram uma conexão com a baixa escolaridade, principalmente de mulheres. No Brasil, em décadas passadas, a maioria da amostra tinha acima de 50 anos. A baixa escolaridade tem vínculo com a falta de informação, e com a falta de conhecimento sobre métodos de prevenção e detecção precoce, bem como a dificuldade no acesso aos serviços básicos de saúde.

A **Tabela 4** apresenta o quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados pela profissão/ocupação, no LCTS/UEPB/FAP, em 2014.

Tabela 4: Quantitativo dos casos de câncer de mama distribuídos por faixa etária e especificados por profissão/ocupação, no LCTS/UEPB/FAP, em 2014.

Faixa Etária	Do Lar	Agricultor	Auxiliar de Serviços	Outros	Total
30 – 40	1	0	0	1	2
40 – 50	5	3	1	3	12
50 – 60	5	4	2	2	13
60 – 70	2	2	0	2	6
70 – 80	4	0	0	2	6

Outros: Aposentado; Professor; Motorista; Assistente social; Comerciante; Vendedor; Balconista.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

Em relação à profissão/ocupação, a **Tabela 4** apresenta a denominação “Do Lar” como ocupação predominante, somando 17 pacientes; 9 são agricultores; 3 são auxiliares de serviços gerais; 10 pacientes se enquadram em aposentados, professores, motoristas, assistente social, comerciantes, vendedores e balconistas.

As classes sociais menos favorecidas são as mais prejudicadas, pois na grande maioria das vezes, tem o seu diagnóstico estabelecido tardiamente. Corroborando com os achados deste estudo, a pesquisa de Gozzo et al (2012) sobre as informações necessárias para a elaboração de um manual educativo, para auxiliar a mulher para tratamento do câncer de mama, revelou que a maioria das mulheres entrevistadas indicaram sua profissão/ocupação como “Do Lar”. Tais dados são condizentes com o grau de instrução de certa parcela da amostra.

A **Tabela 5** apresenta o quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados por município de referência, no LCTS/UEPB/FAP, em 2014.

Tabela 5: Quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados por município de referência, no LCTS/UEPB/FAP, em 2014.

Faixa Etária	Campina Grande	Esperança	Aroeiras	Outros	Total
30 - 40	0	0	0	2	2
40 - 50	6	1	1	4	12
50 - 60	7	0	1	6	14
60 - 70	3	1	0	2	6
70 - 80	3	0	0	2	5

Outros: Cuité, Montadas, São João do Tigre, Fagundes, Ingá, Serra Redonda, Puxinanã, Junco do Seridó, Cubati, Lagoa de Roça, Queimadas, Alagoa Nova, Massaranduba, Picuí e Frei Martinho.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

Campina Grande, como apresentado na **Tabela 5**, foi o município de referência com maior número de casos de câncer de mama, totalizando 19 pacientes, seguido por Esperança e Aroeiras, ambos com 2 pacientes procedentes. Em outros municípios se encontram 16 pacientes, e são eles: Cuité, Montadas, São João do Tigre, Fagundes, Ingá, Serra Redonda, Puxinanã, Junco do Seridó, Cubati, Lagoa de Roça, Queimadas, Alagoa Nova, Massaranduba, Picuí e Frei Martinho.

A maioria dos pacientes serem procedentes de Campina Grande pode ser explicada pelo fato da cidade apresentar maior número populacional em relação aos outros municípios circunvizinhos, bem como ter mais fatores de exposição. Considerada região metropolitana de um centro de referência e encaminhamento de serviços de atendimento primário e secundário em tratamento oncológico, especificamente o Hospital da FAP, Campina Grande, abrange os demais municípios, explicando a grande quantidade de casos de câncer em tratamento.

A **Tabela 6** apresenta o quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados pelo período de referência de queixa clínica principal, no LCTS/UEPB/FAP, em 2014.

Tabela 6: Quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados pelo período de referência de queixa clínica principal, no LCTS/UEPB/FAP, em 2014.

Faixa Etária	Pré-Menopausa	Peri-Menopausa	Pós-Menopausa	Outros	Total
30 - 40	1	1	0	0	2
40 - 50	9	0	2	1	12
50 - 60	5	2	5	1	13
60 - 70	0	0	6	0	6
70 - 80	0	0	6	0	6

Outros: Sem informação; Não se aplica.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

A **Tabela 6** apresenta dados que dizem respeito ao quantitativo de casos de câncer de mama distribuídos por faixa etária e especificados pelo período de referência de queixa clínica principal, revelando que: 19 pacientes apresentaram a doença na pós-menopausa, 15 na pré-menopausa e 3 na peri-menopausa, enquanto outros não apresentaram informação no prontuário ou este dado não se aplica.

De acordo com Thuler (2003), para o sexo feminino, a maior contribuição para a gênese do câncer de mama vem da idade, sendo o envelhecimento o único fator de risco conhecido em muitos casos. Tal fato pode justificar a pós-menopausa como período de

referência da queixa, visto que a maioria dos pacientes encontra-se na faixa etária de 50 anos acima.

A **Tabela 7** apresenta o quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados pela queixa clínica principal, no LCTS/UEPB/FAP, em 2014.

Tabela 7: Quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados pela queixa clínica principal, no LCTS/UEPB/FAP, em 2014.

Faixa Etária	Tumor	Secreção Papilar	Dor	Outros	Total
30 – 40	2	0	0	0	2
40 – 50	11	1	0	0	12
50 – 60	9	1	0	3	13
60 – 70	4	1	1	0	6
70 – 80	5	1	0	0	6

Outros: Ulceração no mamilo; Ulceração na pele; Retração do mamilo/aréola.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

A queixa principal, apresentada na **Tabela 7**, mostra como sintoma mais prevalente, o tumor, somando 31 pacientes; 4 pacientes apresentaram secreção papilar espontânea, sanguinolenta ou não-sanguinolenta; 1 paciente apresentou dor, e outros 3 apresentaram ulceração no mamilo, ulceração na pele ou retração do mamilo/aréola.

O estudo de Oshiro et al (2014) relata sobre o câncer de mama avançado e o evento sentinela para detecção precoce, concordando com este estudo, visto que o achado do nódulo pela própria mulher, através do autoexame das mamas, foi constante nas entrevistas reforçando o valor desse procedimento nas atividades educativas em saúde desenvolvidas no país, porém somente permite a detecção de nódulos palpáveis, limitando seu impacto sobre o prognóstico da paciente.

Vale ressaltar que o tumor é o sinal de alerta mais conhecido para o câncer de mama, fazendo com que haja uma atenção especial para esse sintoma. Além de que, as consultas médicas instruem os pacientes a políticas de prevenção e autoexame, a fim de obter uma detecção precoce.

A **Tabela 8** apresenta o quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados por identificação da mama afetada, no LCTS/UEPB/FAP, em 2014.

Tabela 8: Quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados por identificação da mama afetada, no LCTS/UEPB/FAP, em 2014.

Faixa Etária	Direita	Esquerda	Total
30 – 40	1	1	2
40 – 50	8	4	12
50 – 60	8	5	13
60 – 70	2	4	6
70 – 80	5	1	6

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

O quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados por identificação da mama afetada, apresentado na **Tabela 8**, indica que a mama direita é a mais acometida, somando 24 pacientes, enquanto 15 pacientes foram acometidos pelo câncer na mama esquerda. Nenhum paciente da amostra apresentou câncer de mama bilateral.

O estudo de Brito et al (2014) sobre fatores associados à persistência da terapia hormonal em mulheres com câncer de mama relatou vários aspectos inerentes a esta neoplasia, a exemplo da lateralidade do tumor, onde o câncer unilateral foi o mais prevalente, concordando com os achados desta pesquisa.

A **Tabela 9** apresenta o quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados por hereditariedade, no LCTS/UEPB/FAP, em 2014.

Tabela 9: Quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados por hereditariedade, no LCTS/UEPB/FAP, em 2014.

Faixa Etária	Sim	Não	Sem Informação	Total
30 – 40	2	0	0	2
40 – 50	10	2	0	12
50 - 60	8	4	1	13
60 – 70	4	2	0	6
70 – 80	4	1	1	6

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

A **Tabela 9** apresenta o quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados por hereditariedade, revelando que 28 pacientes apresentaram história familiar de câncer, sejam eles de mama ou outros tipos, enquanto que apenas 9 não

tiveram casos de câncer na família. Outros 2 prontuários não apresentaram informação sobre o assunto.

É estabelecido que a história familiar coloca o paciente em um grupo de risco aumentado para desenvolvimento da doença, visto que a associação de risco entre o câncer de mama em mulheres jovens e a presença de história familiar é bem definida. Pinheiro et al (2013) corrobora com nossos estudos quando diz que o histórico de câncer em parentes de primeiro grau aumenta o risco de câncer em duas vezes.

Mesmo que este não seja um fator com possibilidade de modificação, é primordial que as mulheres recebam informações sobre os riscos aos quais estão expostas, pois a informação é uma grande aliada no desenvolvimento de uma atitude positiva e consciente das mulheres em relação a detecção precoce do câncer de mama (BATISTON, et al, 2011).

A **Tabela 10** apresenta o quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados pelo fator social do tabagismo, no LCTS/UEPB/FAP, em 2014.

Tabela 10: Quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados pelo fator social do tabagismo, no LCTS/UEPB/FAP, em 2014.

Faixa Etária	Ativo	Passivo	Ex-Consumidor	Não	Total
30 – 40	0	0	0	2	2
40 – 50	3	4	1	3	12
50 – 60	2	3	3	5	13
60 – 70	0	2	1	3	6
70 – 80	0	3	1	2	6

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

O quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados pelo fator social do tabagismo, apresentado na **Tabela 10**, contabiliza 15 pacientes que negavam ser fumantes. Em contrapartida, um total de 24 se enquadrava em tabagistas ativo, passivo ou ex-consumidor.

Batiston, et al (2011), em seu estudo, mostrou que pesquisas recentes concluíram que a relação entre tabagismo ativo e câncer de mama são consistentes, tendo sido observado um aumento de 20% a 50% no risco de câncer de mama em associação com fatores como alta intensidade, longa duração do hábito de fumar e idade do início do tabagismo. As relações entre o fumo ativo e o câncer de mama, tanto na pré-menopausa como na pós-menopausa são consistentes com uma relação de causalidade, corroborando com o estudo.

Este, sendo um fator de risco modificável merece uma sensibilização maior da população diante do grande favorecimento para o câncer de mama para que mudem o hábito, a fim de obter melhor qualidade de vida.

A **Tabela 11** apresenta o quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados pelo fator social do etilismo, no LCTS/UEPB/FAP, em 2014.

Tabela 11: Quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados pelo fator social do etilismo, no LCTS/UEPB/FAP, em 2014.

Faixa Etária	Sim	Não	Sem Informação	Total
30 – 40	0	2	0	2
40 – 50	1	10	1	12
50 – 60	1	12	0	13
60 - 70	0	6	0	6
70 – 80	0	6	0	6

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

Se tratando do fator etilismo, a **Tabela 11** apresenta dados que comprovam que 36 pacientes negaram este hábito, 2 assumiram ser etilistas, sociais ou não, e um prontuário não apresentava informação deste dado.

Inumaru et al (2011) em seu estudo apresenta dados controversos em relação ao nosso estudo, revelando que a ingestão de bebida alcoólica representa um fator de risco convincente para o câncer de mama, tanto em mulheres na pré-menopausa quanto na pós-menopausa.

No que se refere aos diferentes tipos de bebidas alcoólicas, não foram encontradas diferenças significativas, o que comprova que o etanol, independentemente do tipo de bebida em que é veiculado, causa aumento no risco de tal neoplasia.

A **Tabela 12** apresenta o quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados pela presença de obesidade, no LCTS/UEPB/FAP, em 2014.

Tabela 12: Quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados pela presença de obesidade, no LCTS/UEPB/FAP, em 2014.

Faixa Etária	Não	Sobrepeso	Sem Informação	Total
30 – 40	2	0	0	2
40 – 50	8	2	2	12
50 – 60	9	0	4	13
60 – 70	6	0	0	6
70 – 80	3	1	2	6

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

A **Tabela 12** apresenta o quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados pela presença de obesidade, revelando que 28 pacientes não eram obesos, 3 apresentavam sobrepeso, e 8 prontuários não apresentaram informação para este dado pesquisado.

O estudo de Pirhardt e Mercês (2008) revelou que o risco de câncer de mama aumenta em pessoas obesas porque a gordura é estrogênica. O tecido adiposo é um grande reservatório de esteroides, pois a reação enzimática responsável pela conversão de andrógenos em estrógenos ocorre tanto em homens, quanto nas mulheres, portanto a obesidade é um fator de risco.

Os achados desse estudo apresentam resultados contrários em relação a esta pesquisa, visto que nenhum paciente era obeso, apenas uma pequena quantidade sobrepeso, sendo a maioria dentro da normalidade de peso corporal.

A **Tabela 13** apresenta o quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados pela prática de atividade física, no LCTS/UEPB/FAP, em 2014.

Tabela 13: Quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados pela prática de atividade física, no LCTS/UEPB/FAP, em 2014.

Faixa Etária	Sim	Não	Sem Informação	Total
30 – 40	0	2	0	2
40 – 50	0	7	5	12
50 – 60	1	8	4	13
60 – 70	0	4	2	6
70 – 80	0	2	4	6

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

A atividade física regular aparece no quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados pela prática de atividade física, apresentado na **Tabela 13**, revelando que 23 pacientes não praticam atividade física, um é praticante, enquanto 15 prontuários de pacientes não apresentaram informação sobre este dado.

A prática regular de atividade física é considerada como fator de proteção provável para o câncer de mama na pós-menopausa, porém, as evidências do efeito protetor desta variável ainda são limitadas para mulheres na pré-menopausa. Observou-se o efeito protetor somente para atividade física no lazer acima de 6 horas/semana e para o câncer de mama invasivo, tomando-se como referência o sedentarismo, com exceção do exercício físico no

trabalho, mostrou-se protetora para o câncer de mama em todas as fases da vida, em especial a partir dos 50 anos de idade (INUMARU, et al, 2011).

A **Tabela 14** apresenta o quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados pela informação de amamentação exclusiva, no LCTS/UEPB/FAP, em 2014.

Tabela 14: Quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados pela informação de amamentação exclusiva, no LCTS/UEPB/FAP, em 2014.

Faixa Etária	Sim	Não	Outros	Total
30 – 40	0	1	1	2
40 – 50	0	3	9	12
50 – 60	1	3	9	13
60 – 70	1	2	3	6
70 – 80	0	2	4	6

Outros: Sem informação; Não se aplica.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

A **Tabela 14** apresenta o quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados pela informação de amamentação exclusiva, revela que 11 pacientes não amamentaram, em outros 26 este dado não poderia ser aplicado ou não obtivemos informação, enquanto que apenas 2 pacientes amamentaram.

Penha et al (2010) em seu estudo, não encontrou nenhuma associação entre aleitamento materno e o câncer de mama, corroborando com este estudo. Entretanto, estudos indicam que a amamentação pode contribuir para o efeito protetor das mamas, pois leva a diferenciação completa das células mamárias, assim como uma renovação do tecido mamário e das células epiteliais.

O efeito protetor da amamentação em relação ao câncer de mama não pode ser desprezado e, diferentemente de outros fatores de risco, este pode ser modificado por meio da prática do aleitamento materno. A proteção pela amamentação deve ser de conhecimento de todas as mulheres, já que tem a possibilidade de aumentar a adesão a esta prática (BATISTON, et al. 2011).

A **Tabela 15** apresenta o quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados pelo estadiamento do tumor, no LCTS/UEPB/FAP, em 2014.

Tabela 15: Quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados pelo estadiamento do tumor, no LCTS/UEPB/FAP, em 2014.

Faixa Etária	TI	TII	TIII	TIV	Sem Informação	Total
30 – 40	0	1	0	1	0	2
40 – 50	2	5	1	2	2	12
50 – 60	1	3	3	2	4	13
60 – 70	0	4	0	1	1	6
70 – 80	0	3	2	1	0	6

Legenda: TI: Estadiamento I; TII: Estadiamento II; TIII: Estadiamento III; TIV: Estadiamento IV.
Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

Nos dados apresentados na **Tabela 15**, obteve-se um total de 15 pacientes com estadiamento TII, 7 pacientes com estadiamento TIV, 6 pacientes com estadiamento TIII, 3 pacientes com estadiamento TI e em outros 7 os prontuários não apresentaram informação para este dado.

No estudo de Pinheiro et al (2013), a maioria apresentava estadiamento clínico avançado (\geq IIB). As mulheres mais jovens apresentaram mais frequentemente estadiamento clínico avançado (II, III e IV) com características clínicas e patológicas desfavoráveis, quando comparadas com mulheres com idade superior a 50 anos.

O estadiamento mais avançado em mulheres jovens pode ser devido ao rastreamento do câncer de mama não ser preconizado para essa faixa etária e por essas mulheres apresentarem maior densidade mamária, reduzindo a eficácia das mamografias.

A **Tabela 16** apresenta o quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados pelo tipo histológico do tumor, no LCTS/UEPB/FAP, em 2014.

Tabela 16: Quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados pelo tipo histológico do tumor, no LCTS/UEPB/FAP, em 2014.

Faixa Etária	Carcinoma Ductal Invasivo	Carcinoma Invasivo Tipo Não Especial	Outros	Total
30 -40	2	0	0	2
40 – 50	10	1	1	12
50 – 60	12	0	1	13
60 – 70	3	2	1	6
70 – 80	5	0	1	6

Outros: Rbdomiossarcoma pleomórfico; Carcinoma lobular invasivo; Sem informação.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

O tipo histológico mais evidente na pesquisa, apresentado pela **Tabela 16**, foi o carcinoma ductal invasivo, somando 32 pacientes, seguido pelo carcinoma invasivo de tipo não especial, somando 3 pacientes. Outros 4 se enquadram em carcinoma lobular invasivo ou sem informação.

No tocante ao aspecto histológico, os resultados obtidos neste estudo demonstram que o carcinoma ductal invasivo foi o mais frequente. No estudo de Pinheiro et al (2013), não houve diferença entre mulheres jovens ou em mulheres em idade mais avançada.

A **Tabela 17** apresenta o quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados por óbito, no LCTS/UEPB/FAP, em 2014.

Tabela 17: Quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados por óbito, no LCTS/UEPB/FAP, em 2014.

Faixa Etária	Sim	Não	Total
30 – 40	0	2	2
40 – 50	1	11	12
50 – 60	2	11	13
60 – 70	1	5	6
70 – 80	0	6	6

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

A **Tabela 17** apresentou o quantitativo de casos de câncer de mama, distribuídos por faixa etária e especificados por óbito, revelando que 35 pacientes não foram á óbito, enquanto que 4 faleceram.

Observou-se, no estudo de Ferreira e Matos (2015) que em comparação com as taxas de mortalidade por câncer de mama das mulheres menores de 60 anos, as daquelas de 60 anos ou mais, apresentaram magnitude relevante. Analisado, as taxas das idosas foram bem mais altas que as das mais jovens, nas diferentes localidades analisadas, o que, de certa forma, corroboram com os achados deste estudo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Identificou-se achados epidemiológicos associados ao câncer de mama, através da análise dos fatores de risco e de proteção para desenvolvimento da doença.
- Há fatores de risco (sociodemográficos, genéticos, anatomo-fisiológicos, sociais e de hábitos de vida) que favorecem maior probabilidade do desenvolvimento do câncer de mama, bem como, fatores protetores e de risco que influenciam a sobrevida do paciente (característica histológica do tumor, estadiamento, prática de atividade física, amamentação).
- Se faz necessária a implementação de políticas públicas de saúde, que priorizem a atenção primária, e realizem ações educativas de prevenção e promoção à saúde, afim de informar a população sobre o câncer de mama feminino e masculino, destacando os fatores protetores e de risco para o desenvolvimento da doença.
- É necessário um aprofundamento epidemiológico, a partir de uma amostra maior, possibilitando um conhecimento mais amplo sobre a temática, assim como, a realização de uma pesquisa em universo temporal, para determinação do perfil epidemiológico do paciente acometido por neoplasia mamária maligna.

7 PERSPECTIVAS FUTURAS

- Contribuir na formulação de estratégias de políticas públicas de saúde, priorizando a atenção básica, que realizem ações educativas de prevenção e promoção à saúde, a fim de informar a população em geral sobre o câncer de mama feminino e masculino, destacando os fatores protetores e de risco para o desenvolvimento da doença.
- Desenvolver protocolos, municipais e estaduais, de avaliação, atendimento e reavaliação, que priorizem o diagnóstico precoce do câncer de mama em tempo hábil, oferecendo às mulheres atendimento resolutivo e de fácil acesso.

REFERÊNCIAS

- BATISTON, A. P. et al. Conhecimento e prática sobre os fatores de risco para o câncer de mama entre mulheres de 40 a 69 anos. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.11, n.2, p.163-171, 2011.
- BELLINI, V. B. S.; SANTOS, C.; OSELAME, G. B. fatores de risco e de proteção para câncer de mama na mulher. **Revista UNINDRADE**, v.14, n.1, p.45-64, 2013.
- BOSSOLOTTO, F.; SIVIERO, J.; SILVA, A. C. P. Fatores de risco associados ao câncer de mama em uma amostra de mulheres participantes de uma universidade da terceira idade. **RBCEH, Passo Fundo**, v.9, n.2, p.247-262, 2012.
- BRITO, C.; PORTELA, M. C.; VASCONCELLOS, M. T. L. Fatores associados à persistência à terapia hormonal em mulheres com câncer de mama. **Revista de Saúde Pública**, v.48, n.2, p.284-295, 2014.
- COIMBRA, R. 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, p.76-81, 2010.
- CONCEIÇÃO, L. L.; LOPES, R. L. M. O cotidiano de mulheres mastectomizadas: do diagnóstico à quimioterapia. In: **Revista de Enfermagem da UERJ**. v.16, p.26-31, 2008.
- COUTINHO, L. T. M. et al. Correlação da depressão em pacientes com câncer de mama mastectomizadas e não mastectomizadas. **R. Min. Educ. Fís.**, Viçosa, Edição Especial, n.5, p.171-179, 2010.
- FERREIRA, D. B.; MATOS, I. E. Tendência da mortalidade por câncer de mama em mulheres no estado do Rio de Janeiro, Brasil, 1996-2011. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.3, p.895-903, 2015.
- GOZZO, T. et al. Informações para a elaboração de um manual educativo destinado às mulheres com câncer de mama. **Esc Anna Nery (impr.)**, abr-jun; v.16, n.2, p.306-311, 2012.
- GUERRA, M. R.; GALLO, C. V. M.; MENDONÇA, G. A. S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.51, n.3, p.227- 234, 2005.

HÖFELMANN, D. A.; ANJOS, J. C.; AYALA, A. L. Sobrevida em dez anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Joinville, Santa Catarina, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.6, p.1813-1824, 2014.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (BRASIL). **Controle do Câncer de Mama: Conceito e Magnitude**. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_control_cancer_mama/conceito_magnitude. Acessado em 15 de maio de 2014, às 18:54.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (BRASIL). **Fatores de risco**. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=474. Acessado em: 15 de maio de 2014, às 20:59.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (BRASIL). **Mama**, 2014. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>. Acessado em 27 de maio de 2014.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (BRASIL). **Tipos de Câncer: Mama**. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer_mama. Acessado em: 15 de maio de 2014, às 18:00.

INUMARU, L. E.; SILVEIRA, E. A.; NAVES, M. M.V. Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma revisão sistemática. **Caderno de Saúde Pública**, v.27, n.7, p.1259-1270, 2011.

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

LEITE, F. M. C.et al. Estratégias de enfrentamento e relação com condições sociodemográficas de mulheres com câncer de mama. **Acta Paul Enfermagem**, v.25, n.2, p.211-7, 2012.

MATOS, J. C.et al. Mortalidade por câncer de mama em mulheres no município de Maringá, Paraná, Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.30, n.3, p.445-52, 2009.

MELO, W. A.et al. Fatores associados na mortalidade por câncer de mama no noroeste paranaense. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Edição Especial, p.2087-94, 2013.

MOURA, N. A. V.; CASTRO, V. B.; COSTA, M. A. O. Perfil epidemiológico de mulheres com câncer de mama tratadas em hospital filantrópico de referência. **Revista de Enfermagem UFPI**, v.2, n.4, p.35-41, 2013.

MOURÃO, C. M. L. et al. Perfil de pacientes portadores de câncer de mama em um hospital de referência no Ceará. **Revista RENE**, v.9, n.2, p.47-53, 2008.

OSHIRO, M. L. et al. Câncer de mama avançado como evento sentinela para avaliação do programa de detecção precoce do câncer de mama no Centro-Oeste do Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.60, n.1, p.15-23, 2014.

OLIVEIRA JR, F. J. M.; CESSÉ, E. A. P. Morbi-mortalidade do câncer na cidade do Recife na década de 90. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.51, n.3, p.201-208, 2005.

PENHA, N. S. et al. Perfil sócio demográfico e possíveis fatores de risco em mulheres com câncer de mama: um retrato da Amazônia. **Revista Ciência Farmácia Básica Aplicada**, v.34, n.4, p.579-584, 2013.

PINHEIRO, A. B. et al. Câncer de mama em mulheres jovens: análise de 12.689 casos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.59, n.3, p.351-359, 2013.

PINHO, V. F. S.; COUTINHO, E. S. F. Variáveis associadas ao câncer de mama em usuários de unidades básicas de saúde. **Caderno de Saúde pública**, v.23, n.5, p.1061-1069, 2007.

PIRHARDT, C. R.; MERCÊS, N. N. A. Fatores de risco para câncer de mama: nível de conhecimento dos acadêmicos de uma universidade. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, jan/mar; v17, v.1, p.102-6, 2009.

RODRIGUES, J. S. M.; FERREIRA, N. M. L. A. Caracterização do perfil epidemiológico do câncer em uma cidade do interior paulista: Conhecer para intervir. **Revista Brasileira de cancerologia**, v.56, n.4, p.431-441, 2010.

SCHALY, C.; TOMASI, P. Z. Perfil epidemiológico das portadoras do câncer de mama no serviço de oncologia em um Hospital Universitário do Oeste de Santa Catarina no período de julho a setembro de 2011. **Unoesc & Ciência- ACBS**, v.2, n.2, p.179-186, 2011.

SILVA, C. A. L. O. et al. Prevalência de fatores associados ao câncer entre alunos de graduação nas áreas da saúde e ciências biológicas. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.56, n.2, p.243-249, 2010.

SILVA, R. C. F.; HORTALE, V. A. Rastreamento do câncer de mama no Brasil: Quem, como e por quê? **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.58, n.1, p.67-71, 2012.

SILVA, P. F.et al. Associação entre variáveis sociodemográficas e estadiamento clínico avançado das neoplasias da mama em hospital de referencia no estado do Espírito Santo. **Revista Brasileira de cancerologia**, v.59, n.3, p.361-367, 2013.

SOUZA, M. M. et al. Taxa de mortalidade por neoplasia maligna de mama em mulheres residentes da Região Carbonífera Catarinense no período de 1980 a 2009. **Caderno de Saúde Coletiva**, v.21, n.4, p.384-90, 2013.

STEIN, A. T. et al. Rastreamento do câncer de mama: recomendações baseadas em evidências. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v.53, n.4, p.438-446, 2009.

THULER, L. C. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.49, n.4, p.227-238, 2003.

WEBER, C. R.et al. Mortalidade por câncer no município de santo Augusto/RS: Traçado do perfil epidemiológico. **Revista Contexto & Saúde**, v.6, n.12, p.7-16, 2007.