

Perfil clínico, sociodemográfico e epidemiológico da mulher com câncer de mama

Clinical, sociodemographic and epidemiological profile of woman with breast cancer

Perfil clínico, socio-demográfica y epidemiológica de las mujeres con cáncer de mama

Gabriela Magalhães¹; Camila Brandão-Souza²; Suzete Maria Fustinoni³; Jéssica Carvalho de Matos⁴; Janine Schirmer⁵

Como citar este artigo:

Magalhães G; Brandão-Souza C; Fustinoni SM; et al. Perfil clínico, sociodemográfico e epidemiológico da mulher com câncer de mama. Rev Fund Care Online. 2017 abr/jun; 9(2):473-479. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.473-479>

ABSTRACT

Objective: To describe the main clinical, therapeutic and epidemiological characteristics of women diagnosed with breast cancer in the Pérola Byington Hospital, between the years 2000 and 2006. **Methods:** This was a cross sectional study and quantitative nature. Data collection was performed using a structured form. **Results:** Most of the women were married, white, with low education, catholic and housewives. About 75% had at least one pregnancy, and 33.1% breastfed. Just over 30% had hormone replacement. Smokers were 14.7% and 2.7% were ex-smokers. The initial clinical staging of highest incidence are the II and III, representing together 66.5% of cases. Before the first consultation, 91.3% of women had no diagnosis of breast cancer and no prior treatment. **Conclusion:** Knowing the profile of women affected by breast cancer is essential for targeting of resources and decision-making.

Descriptors: Breast Neoplasms; Epidemiology; Women's Health.

¹ Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

² Mestre e doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

³ Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP). Professora adjunto da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

⁴ Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

⁵ Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo. Professora Titular e Diretora da Escola Paulista de Enfermagem, da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

RESUMO

Objetivo: Descrever as principais características clínico-terapêuticas e epidemiológicas de mulheres diagnosticadas com câncer de mama no Hospital Pérola Byington, entre os anos de 2000 e 2006. **Métodos:** Trata-se de um estudo de corte transversal e natureza quantitativa. A coleta de dados foi realizada por meio de um formulário estruturado. **Resultados:** A maior parte das mulheres era casada, branca, com baixa escolaridade, católica e do lar. Cerca de 75% tiveram pelo menos uma gravidez, e 33,1% amamentaram. Pouco mais de 30% fizeram reposição hormonal. Eram fumantes 14,7%, e 2,7% ex-fumantes. Os estadiamentos clínicos iniciais de maior incidência são os II e III, juntos representam 66,5% dos casos. Cerca de 91,3% das mulheres não apresentavam diagnóstico do tumor de mama e nem tratamento anterior à primeira consulta. **Conclusão:** Conhecer o perfil das mulheres acometidas pelo câncer de mama é imprescindível para o direcionamento de recursos e tomadas de decisão.

Descritores: Neoplasias da Mama; Epidemiologia; Saúde da Mulher.

RESUMEN

Objetivo: Describir las principales características clínicas, terapéuticas y epidemiológicas de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en el Hospital Pérola Byington, entre los años 2000 y 2006. **Métodos:** Se realizó un estudio de corte transversal y de naturaleza cuantitativa. La recolección de datos se realizó mediante un formulario estructurado. **Resultados:** La mayoría de las mujeres estaban casadas, blancas, con bajo nivel de educación, católica y dueña de casa. Aproximadamente el 75% tenía al menos un embarazo, y el 33,1% con leche materna. Algo más del 30% tenían de reemplazo hormonal. Las fumadoras eran el 14,7% y el 2,7% ex fumadoras. La estadificación clínica inicial de mayor incidencia son la II y III, en conjunto representan 66,5% de los casos. Sobre el 91,3% de las mujeres no tenían un diagnóstico de tumor de mama y no se sometieron a tratamiento previo a la primera consulta. **Conclusión:** Conocer el perfil de las mujeres afectadas por cáncer de mama es esencial para la orientación de los recursos y la toma de decisiones.

Descriptor: Neoplasias de la Mama; Epidemiología; Salud de la Mujer.

INTRODUÇÃO

O Câncer de Mama representa a causa mais comum de morte entre as mulheres e, exceto o câncer de pele não melanoma, é o de maior incidência em 140 países. Para os anos de 2014-2015 estima-se que no Brasil surgirão 57 mil novos casos.¹

As regiões Sudeste e Sul são caracterizadas pela predominância dos casos de câncer de mama, sendo São Paulo o estado brasileiro com maior número de casos previstos para o período de 2014 a 2015: 16.160 novos casos.² Entre os anos de 2005 e 2010 registraram-se 69.310 mil óbitos por esta causa.³

Frente ao impacto causado pela doença, foi criado um conjunto de informações sistematizadas sobre o comportamento, características e tendências da doença que objetivam coletar, analisar e classificar informações de todos os casos novos de câncer, com a finalidade de construir dados estatísticos fidedignos do acontecimento de câncer na população em questão.

Tais ferramentas, denominadas Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) e Registro Hospitalar de Câncer

(RHC), auxiliam no monitoramento e avaliação das ações de controle e pesquisa do câncer, além de ajudar na tomada de decisão frente aos efeitos dos tratamentos.^{4,5}

Registrar esses dados nem sempre é uma tarefa fácil, considerando a falta de recursos materiais e humanos. O risco de distorções é real,⁴ e a completude, muitas vezes, é ruim.⁵ Entretanto, há disponibilidade de capacitação e atualização dos profissionais visando melhora na qualidade.

As informações contidas nos RHCs dão subsídios a vários estudos, dentre eles os de sobrevivência⁶ e análises de tendências temporais dos fenômenos associados à doença,⁵ sendo possível também toda a caracterização da população segundo as variáveis clínicas e epidemiológicas.

Diante do exposto e do impacto social relacionado à doença, idealizou-se este estudo que poderá auxiliar no conhecimento acerca do perfil das mulheres acometidas pelo câncer de mama e também oferecer subsídios para desenvolver estratégias para prevenção, detecção precoce e tratamento desta neoplasia.

OBJETIVO

Descrever o perfil clínico-terapêutico, sociodemográfico e epidemiológico, de mulheres diagnosticadas com câncer de mama atendidas no Hospital Pérola Byington.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de corte transversal, de natureza quantitativa, realizado no Hospital Pérola Byington, Centro de Referência da Saúde da Mulher, no Município de São Paulo. Os dados foram extraídos do RHC, bem como dos prontuários das mulheres atendidas nesse hospital.

A amostra do estudo foi aleatória dentre as mulheres que receberam o primeiro diagnóstico de câncer de mama entre os anos de 2000 e 2006, totalizando 299 registros.

As variáveis foram definidas a partir do Manual de Registros Hospitalares de Câncer, rotinas e procedimentos do INCA,⁴ que é base de dados para alimentação do Sistema de Informações de Registro Hospitalar de Câncer (SisRHC).

Do total das variáveis foram escolhidas 16 sociodemográficas, 9 referentes ao tumor e 2 referentes ao tratamento, por serem consideradas as de maior interesse para o delineamento do perfil.

Nas mulheres que possuíam mais de um tumor primário, considerou-se apenas o primeiro diagnóstico.

Como critério de inclusão, a mulher deveria ter realizado o primeiro diagnóstico de câncer de mama, confirmado por biópsia, no serviço em estudo no período de 2000 a 2006.

A coleta de dados foi realizada utilizando um formulário com as variáveis sociodemográficas e clínicas. O período de coleta de dados foi entre agosto de 2013 a abril de 2014.

Os dados foram armazenados em planilha utilizando o Programa Excel e realizado os testes de frequência simples para as variáveis por meio do Statistical Package for the Social Sciences, versão 19.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Unifesp segundo parecer número 572.865.

RESULTADOS

Na Tabela 1 observa-se o perfil sociodemográfico. A faixa etária predominou entre 50 e 69 anos (44,15%). A média das idades foi de 53,95 com uma mediana de 52 e desvio padrão de 13,5 anos. Quanto à cor da pele, 31,5% eram brancas e mais de 50% da amostra não tinha completude dessa variável. As mulheres casadas predominam com 26,4%. Quanto à escolaridade, 4,7% da população do estudo relatou ter o ensino fundamental incompleto, 2% são analfabetas e apenas 0,3% têm nível superior. Dentre as ocupações, o predomínio foi das mulheres “do lar”, com 10%. Na variável religião, 30,4% eram católicas.

A não completude dos dados foi um fator importante e limitante do estudo, variando de 52,5% na variável raça/cor a 88,3% na variável escolaridade.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico das mulheres com câncer de mama diagnosticadas e atendidas no Hospital Pérola Byington no período de 1º de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2006

Variáveis	N	%
Idade		
Igual ou menor que 39 anos	37	12,37
40 a 49 anos	88	29,43
50 a 69 anos	132	44,15
70 anos ou mais	42	14,05
Raça/Cor		
Branca	95	31,8
Preta	15	5,0
Amarela	4	0,3
Parda	31	10,4
Sem Informação	157	52,5
Grau de Instrução		
Ensino Fundamental Incompleto	15	5
Ensino Fundamental Completo	4	1,3
Ensino Médio Completo	9	3,0
Ensino Superior Completo	1	0,3
Analfabeto	6	2,0
Sem Informação	264	88,3

Tabela 1 continuação - Perfil sociodemográfico das mulheres com câncer de mama diagnosticadas e atendidas no Hospital Pérola Byington no período de 1º de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2006

Variáveis	N	%
Estado Conjugal		
Solteira	21	7,0
Casada	79	26,4
Divorciada	12	4,0
Viúva	18	6,0
União Estável	2	0,7
Sem Informação	167	55,9
Ocupação		
Do lar	30	10
Aposentada	9	3,0
Empregada Doméstica	10	3,3
Outros	14	4,7
Sem Informação	236	79
Religião		
Católica	91	30,4
Evangélica/Cristã	33	11
Espírita	3	1,0
Não Possui	2	0,6
Testemunha de Jeová	2	0,7
Sem Informação	168	56,2
Total	299	100

IDADE - Média: 53,95; Mediana: 52,0; Moda: 44; Desvio Padrão: 13,5; Mínimo: 19; Máximo: 99.

Segundo descrito na Tabela 2, a maioria (75,3%) das mulheres teve pelo menos uma gravidez. Em relação à idade do primeiro parto, 39,8% tinham menos de 30 anos, enquanto as com idade igual ou acima de 30 anos representaram 8% da amostra. Do total, 33,1% das mulheres amamentaram e 9,7% não.

Quanto à Menarca, 21,40% dos casos ocorreu entre 11 e 15 anos. A moda para idade foi de 14 anos, sendo mínimo de 9 e máximo de 19.

A variável menopausa teve 21,40% das mulheres com idade entre 44 e 50 anos. A moda foi de 50 anos e idade mínima de 34 e máxima de 57.

Cerca de 35% das mulheres encontravam-se na pós-menopausa, seguido por 20,4% na pré-menopausa.

As que fizeram uso de anticoncepcional perfazem um percentual de 4,3%, e 25,8% não o fizeram. Dos 299 registros, 30,8% realizaram terapia de reposição hormonal e 14,4% não.

Quanto aos antecedentes familiares relacionados ao câncer de mama, 46,5% das mulheres relataram não ter antecedentes, seguido de 14,4% que apresentaram casos na família.

Em relação aos hábitos de vida e fatores de risco modificáveis, 54,2% das mulheres não eram tabagistas, 14,7% eram fumantes e 2,7% ex-fumantes. O alcoolismo foi negado em 56,9% dos casos e em apenas 0,3% foi confirmado.

Ao analisar a Tabela 2, observar-se que o item sem informação teve frequência de 16,42% a 72,91% entre as variáveis.

Tabela 2 - Caracterização dos antecedentes pessoais e familiares das mulheres com câncer de mama diagnosticadas e atendidas no Hospital Pérola Byington no período de 1º de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2006

Variáveis	N	%
Nuliparidade		
Sim	25	8,4
Não	225	75,3
Sem Informação	49	16,4
Idade do primeiro parto		
≤ 30 anos	119	39,8
> 30 anos	9	3,0
Não se Aplica	24	8,0
Sem Informação	147	49,2
Idade da Menarca		
≤ 10 anos	9	3,01
11 a 15 anos	64	21,40
≥ 16 anos	8	2,68
Sem Informação	218	72,91

Tabela 2 continuação - Caracterização dos antecedentes pessoais e familiares das mulheres com câncer de mama diagnosticadas e atendidas no Hospital Pérola Byington no período de 1º de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2006.

Variáveis	N	%
Idade da Menopausa		
< 40 anos	11	3,68
40 - 55 anos	64	21,40
> 55 anos	3	1,00
Não se Aplica	55	18,40
Sem Informação	166	55,52
Status Hormonal ao Diagnóstico		
Pré Menopausa	61	20,4
Pós Menopausa	105	35,1
Sem Informação	133	44,4
Uso de Anticoncepcional		
Sim	13	4,3
Não	77	25,8
Sem Informação	209	69,9
Reposição Hormonal		
Sim	9	3,0
Não	92	30,8
Sem Informação	198	66,2
Antecedente Familiar de Câncer de Mama		
Sim	43	14,4
Não	139	46,5
Sem Informação	117	39,1

(Continua)

(Continuação)

Amamentação		
Sim	99	33,1
Não	29	9,7
Sem Informação	171	57,2

Tabela 2 continuação - Caracterização dos antecedentes pessoais e familiares das mulheres com câncer de mama diagnosticadas e atendidas no Hospital Pérola Byington no período de 1º de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2006

Variáveis	N	%
Alcoolismo		
Sim	1	0,3
Não	170	56,9
Sem Informação	128	42,8
Tabagismo		
Sim	42	14,0
Não	162	54,2
Ex-Tabagista	8	2,7
Sem Informação	87	29,1
Total	299	100

IDADE MENARCA - Moda: 14; Mínimo: 9; Máximo: 18.

IDADE MENOPAUSA - Moda: 50; Mínimo: 34; Máximo: 57.

Em 95,4% da amostra, a localização do tumor primário não foi topograficamente descrita, sendo utilizada a sigla SOE, que corresponde à glândula mamária sem especificação. O Quadrante Superior Externo foi descrito em 2,3%, seguido pelo Quadrante Superior Interno com 1,7%; já o Quadrante Inferior Interno e Quadrante Inferior Externo tiveram cada 0,3%. O estadiamento clínico inicial de maior incidência isolada foi o estadiamento II em 45,82% dos casos, seguido pelo estágio III com 20,73%, estágio I 15,72% e o estágio IV em 3,68%, a porcentagem de não completude foi 14,05.

Houve metástase a distância em 13,63% da amostra. Sendo que desse total, 5,52% das mulheres apresentaram metástase nos ossos, articulações e cartilagens articulares dos membros, 3,9% nos brônquios e pulmões, 1,95% fígado e vias biliares, 0,97% nos linfonodos, 0,97% no encéfalo e 0,32% em localidades mal definidas. Das pacientes, 13 apresentaram recidiva, totalizando 4,4% da amostra, desse total, 2,7% foram recidiva local e 1,7% recidiva regional. O restante se divide em 86,3% que não apresentaram e 9,4% sem informação.

A lateralidade predominante foi a Esquerda em 55,9% dos casos.

Em relação aos receptores hormonais, 51,5% foi positivo para o Receptor de Estrógeno, 25,8% negativos e 8,7% inconclusivos. Para o Receptor de Progesterona, 43,5% dos casos tiveram resultado positivo, 39,1% negativo, e 2,7% inconclusivo. Quanto aos marcadores tumorais, o marcador c-erbB-2 foi positivo em 30,1% dos casos, negativo em 34,4% e inconclusivo em 4%. O marcador tumoral P53 foi positivo em 22,4% dos casos, negativo em 33,1% e inconclusivo em 2,7%.

Tabela 3 - Caracterização clínica das mulheres com câncer de mama diagnosticadas e atendidas no Hospital Pérola Byington no período de 1º de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2006

Variáveis	N	%
Localização do Tumor Primário		
Mama, Quadrante Superior Interno	5	1,7
Mama, Quadrante Inferior Interno	1	0,3
Mama, Quadrante Superior Externo	7	2,3
Mama, Quadrante Inferior Externo	1	0,3
Mama, SOE	285	95,4
Lateralidade		
Esquerda	167	55,9
Direita	127	42,5
Bilateral	4	1,3
Sem Informação	1	0,3
Receptor de Estrógeno		
Positivo	154	51,5
Negativo	77	25,8
Inconclusivo	26	8,7
Sem Informação	42	14,0
Receptor de Progesterona		
Positivo	130	43,5
Negativo	117	39,1
Inconclusivo	8	2,7
Sem Informação	44	14,7
Marcador Tumoral c-erbB-2		
Positivo	90	30,1
Negativo	103	34,4
Inconclusivo	12	4,0
Sem Informação	94	31,4

Tabela 3 continuação - Caracterização clínica das mulheres com câncer de mama diagnosticadas e atendidas no Hospital Pérola Byington no período de 1º de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2006

Variáveis	N	%
Marcador tumoral P53		
Positivo	67	22,4
Negativo	99	33,1
Inconclusivo	8	2,7
Sem Informação	125	41,8
Metástase		
Não	247	80,2
Fígado e Vias Intra-Hepáticas	6	1,95
Brônquios e Pulmões	12	3,9
Ossos, Articulações e Cartilagens Articulares dos Membros	17	5,52
Encéfalo	3	0,97

(Continua)

(Continuação)

Outras Localidades e Localizações Mal Definidas	1	0,32
Linfonodos	3	0,97
Sem Informação	19	6,17
Recidiva		
Local	8	2,7
Regional	5	1,7
Não	258	86,3
Sem Informação	28	9,4
Estadiamento		
I	47	15,72
II	137	45,82
III	62	20,73
IV	11	3,68
Sem Informação	42	14,05
Total	299	100

Dos 299 registros analisados, 91,3% foram de mulheres que não apresentavam diagnóstico do tumor de mama e nem tratamento anterior à primeira consulta no Hospital Pérola Byington. As com diagnóstico prévio corresponderam a 7,7% e 1% tiveram diagnóstico e realizaram tratamento prévio em outro serviço.

Do total da amostra, 32,44% realizaram os seguintes tratamentos: Cirurgia, Quimioterapia, Radioterapia e Hormonioterapia. Já 25,08% realizaram somente Cirurgia, Quimioterapia e Radioterapia.

Tabela 4 - Caracterização do tratamento das mulheres com câncer de mama diagnosticadas e atendidas no Hospital Pérola Byington no período de 1º de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2006

Variáveis	N	%
Tratamentos e Combinações		
Apenas Cirurgia	20	6,69
Apenas Quimioterapia	4	1,34
Cirurgia + Quimioterapia	16	5,4
Cirurgia + Radioterapia	14	4,7
Cirurgia + Hormonioterapia	18	6,02
Quimioterapia + Hormonioterapia	1	0,33
Cirurgia + Quimioterapia + Radioterapia	75	25,08
Cirurgia + Quimioterapia + Hormonioterapia	24	8,03
Cirurgia + Radioterapia + Hormonioterapia	24	8,03
Quimioterapia + Radioterapia + Hormonioterapia	1	0,33
Cirurgia + Quimioterapia + Radioterapia + Hormonioterapia	97	32,44
Sem Tratamento	5	1,7

(Continua)

(Continuação)

Diagnósticos e Tratamentos Anteriores		
Sem Diagnóstico e Sem Tratamento	273	91,3
Com Diagnóstico e Com Tratamento	3	1,0
Com Diagnóstico e Sem Tratamento	23	7,7
Total	299	100

DISCUSSÃO

A faixa etária encontrada nas mulheres corrobora estudos anteriores⁷ que afirmam que conforme o avanço da idade os riscos para o câncer de mama aumentam,⁸ sendo relativamente raro antes dos 35 anos.⁹

A predominância da cor convergiu com achados anteriores.^{7,10} Todavia, não se pode concluir muito a respeito dessa variável, considerando o número reduzido de mulheres não brancas, além da alta taxa de não completude.⁷

As mulheres casadas também são a maioria em estudos semelhantes,^{11,12} que afirmam ser importante a presença de um companheiro para o enfrentamento da doença devido ao grande impacto psicossocial gerado, mas sua ausência não constitui fator de risco.^{7,11,12}

Observa-se uma baixa escolaridade dessas mulheres, semelhante a resultados encontrados em estudos de igual caráter.^{7,12} Mulheres “do lar” também são a maioria no estudo de Pinho e Coutinho.¹³

Outro estudo também aponta a primazia da religião Católica.¹² Segundo Caldeira, Carvalho e Vieira (2014),¹⁴ a angústia espiritual está presente durante o tratamento do câncer, tendo a religião grande importância, e necessitando de preparo dos enfermeiros para auxiliar durante o processo.

Em relação à gravidez e a idade do primeiro parto, estudos do gênero também encontraram resultados semelhantes,^{10,15} relatando a maioria como mães jovens.

A maior parte das mulheres amamentou. Apesar de não ser provado pela ciência, a amamentação já tem sido caracterizada como fator de proteção contra o câncer de mama em outros estudos.^{16,17}

Quanto à idade da menarca, o resultado é semelhante ao estudo de Paiva *et al.* (2002),¹⁰ que apresentou mínima e máxima de 9 e 20 respectivamente. Em relação à idade da menopausa, os dados encontrados também podem ser vislumbrados em outros estudos,^{10,15} bem como a predominância de mulheres no período pós menopausal.¹⁸

Sobre a correlação entre uso de anticoncepcionais e câncer de mama, alguns autores afirmam não ter observado correlação positiva,¹⁹ divergindo de outro grupo que defende essa associação.¹¹ Já em relação terapia de reposição hormonal, um estudo aponta que esse fator passa a ser de risco após o quinto ano de uso.¹⁹

Já está claro na literatura que câncer de mama em parentes de primeiro grau, principalmente mãe e irmã, aumentam o risco em até duas vezes de ter câncer de mama.²⁰

Em relação aos hábitos de vida e fatores de risco modificáveis, o Instituto Nacional do Câncer²¹ afirma que mulheres fumantes, ex-fumantes e fumantes passivas têm riscos mais elevados de desenvolver câncer, principalmente após a menopausa. A ingestão de bebidas alcoólicas também é um fator de risco para todos os tipos de câncer, incluindo o de mama.²²

A localização do tumor correspondente à glândula mamária, sem especificação, também foi predominante em um estudo realizado no Espírito Santo,²³ evidenciando falha no registro fidedigno da informação.

O estadiamento é uma das variáveis mais importantes quando se fala em sobrevida, sendo sua predominância em I e II (inicial) associado à melhor prognóstico às mulheres, podendo ter uma sobrevida de 97% em 5 anos; caso diagnosticado no estágio avançado, essas chances caem bruscamente.⁷

A presença tanto de recidiva como metástase tem sido associada a pior prognóstico.²³ A maioria dos casos não evoluiu para metástase, convergindo com resultados de um estudo anterior.²⁴

A lateralidade esquerda é predominante na literatura e, além deste, também foi encontrada em um estudo realizado no Espírito Santo.²³

Cintra *et al.* (2012),¹⁸ em seu estudo sobre receptores hormonais no câncer de mama, também identificou maior prevalência de casos negativos do marcador tumoral c-erbB-2. Autores evidenciam grandes diferenças no prognóstico de acordo com o tratamento recebido.²⁵

CONCLUSÃO

O câncer de mama é uma condição multifatorial, o que permite o estudo de muitos fatores de risco. Dentre as mulheres pesquisadas, a grande maioria apresentou perfil semelhante ao descrito na literatura existente, como idade e estadiamento. É importante ressaltar a baixa qualidade do RHC do hospital estudado, assim como dos registros dos prontuários, principalmente dos dados sociodemográficos, que predominaram sem informação e poderiam ter sido utilizados para melhor delinear o perfil dessas mulheres.

São necessários mais estudos que tracem o perfil das mulheres com câncer de mama, locais comprometidos com o binômio ensino-pesquisa, com profissionais que se dediquem a preencher de maneira fiel formulários e o próprio prontuário do paciente, para que se torne possível o avanço da ciência com a utilização dos dados secundários, auxiliando no planejamento de agendas específicas da saúde, direcionamento de recursos, educação continuada, bem como em ações de promoção à saúde, detecção precoce das doenças e conduta para tratamento.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. Latest world cancer statistics. Global cancer burden rises to 14.1 million new cases in 2012: Marked increase in breast cancers must be addressed. 2013. Disponível em: <http://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2013/pdfs/pr223_E.pdf>. Acesso em: 17 out 2014.
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2014. 124p. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/outros-destaques/estimativa-de-incidencia-de-cancer-2014/estimativa_cancer_24042014.pdf>. Acesso em 08 set 2014.
3. IBGE. Mortalidade – Brasil. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>, 2010. Acesso em: 25 jan 2016.
4. Ministério da Saúde. Manual de Rotinas e Procedimentos para Registros de Câncer de Base Populacional. Rio de Janeiro, INCA, 2006. Disponível em: http://www.inca.gov.br/vigilancia/download/manual_rotinas_procedimentos_rcbp.pdf. Acesso em: 25 jan 2016.
5. Pinto IV, Ramos DN, Costa MCE, Ferreira CBT; Rebelo MS. Completude e consistência dos dados dos registros hospitalares de câncer no Brasil. Rio de Janeiro. Cad. Saúde Colet. 2012; 1(20):113-20.
6. Edwards D, Bell, J. Cancer registries: future development and uses in Britain. J Public Health Med. 2000; 2(22):216-9.
7. Höfelmann DA, Anjos JC dos, Ayala AL Sobrevida em dez anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Joinville, Santa Catarina, Brasil. Ciênc. saúde coletiva. 2014;19(6)1813-24.
8. Freitas GSN; Chaveiros SFS. Estudo da Mortalidade por Câncer de Mama nos Anos de 1984, 1994 a 2004, no Estado do Mato Grosso do Sul. 2006 Disponível em: <<http://www.ms.gov.br/controle/show.file.php?id=11498htm>>, Acesso em: 25 jun 2014.
9. Instituto Nacional do Câncer (INCA) Tipos de Câncer. Mama. INCA, 2012. Disponível em <http://www2.inca.gov.br/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer_mama+>. Acesso em: 225 jun 2014.
10. Paiva CE, Ribeiro BS, Godinho AA, Meirelles RSP, Silva EVG, Marques GD, Junior OR. Fatores de risco para câncer de mama em Juiz de Fora (MG): um estudo caso-controle. Revista Brasileira de Cancerologia.2002;48(2):231-37.
11. Lauter DS, Berlezi EM, Rosanelli CLSP, Loro MM, Kolankiewicz ACB. Câncer de mama: estudo caso-controle no Sul do Brasil. Revista Ciência & Saúde, Porto Alegre. 2014;7(1)19-26.
12. Leite FMC, Bubach S, Amorim MHC, Castro DS de, Primo CC. Mulheres com Diagnóstico de Câncer de Mama em Tratamento com Tamoxifeno: Perfil Sociodemográfico e Clínico. Revista Brasileira de Cancerologia. 2011;57(1):15-21.
13. Pinho, VSF Coutinho, ESF. Variáveis associadas ao câncer de mama em usuárias de unidades básicas de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2007; 23(5):1061-69.
14. Caldeira S, Carvalho E C, Vieira M. Entre o bem-estar espiritual e a angústia espiritual: possíveis fatores relacionados a idosos com cancro. Revista Latino Americana de Enfermagem. 2014;22(1)28-34.
15. Penha NS, Nascimento DEB, Pantoja ACC, Oliveira AEM, Maia CSF, Vieira ACS. Perfil sócio demográfico e possíveis fatores de risco em mulheres com câncer de mama: um retrato da amazônia. Rev Cienc Farm Básica Apl. 2013;34 (4):579-584.
16. Inumar LE, Silveira EA, Naves MMV. Fatores de Risco e de Proteção para Câncer de Mama: Uma Revisão Sistemática. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2011;27(7):1259-1270.
17. Gajalakmi V, Mathheus A, Brennan P, Rajan B, Kanimozhi VC, Mathews A, et al. Breastfeeding and breast cancer risk in India: a multicenter case-control study. Int J Cancer. 2009;125:662-5.
18. Cintra JRD, Teixeira MTB, Diniz RW, Junior HG, Florentino TM, Freitas GF, et al. Perfil imuno-histoquímico e variáveis clinicopatológicas no câncer de mama. Rev. Assoc. Med. Bras. 2012;58(2)178-187.
19. Schunemann Junior E, Souza RT, Dória MT. Anticoncepção hormonal e câncer de mama. Feminina. 2011;39(4):232.
20. Colditz GA, Willet WC, Hunter DJ, Stampfer MJ, Mandon JE, Hennekens CH, et al. Family history, age and risk of breast cancer. Perspective data from the Nurses' Health Study. JAMA. 1993;270(13):338-43.
21. Instituto nacional do Câncer (INCA) Como o fumo amplia o risco de câncer de mama INCAc, 2011. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/atualidades/ver.asp?id=1659>>. Acesso em: 25 jun 2014.
22. Setiwan VW, Monroe KR, Wilkens LR, Kolonel LN, Pike MC, Henderson BE. Breast cancer risk factors defined by estrogen and progesterone receptor status: the Multietnic Cohort Study. Am J Epidemiol. 2009;169:1251-9.
23. Albrecht CAM et al. Mortalidade por câncer de mama em hospital de referência em oncologia, Vitória, ES. Rev. bras. epidemiol. [online]. 2013;16(3)582-91.
24. Almeida AMP, Marquini HR, Leite RM, Nai GA. Prevalência de Câncer de mama e associação com seus fatores prognósticos e preditivos. Colloquium Vitae. 2012;4(1):27-37.
25. Boada L.B.G.L, Baez JLL. Supervivencia del cáncer de mama. AMC [online]. 2011;15(6)983-92.

Recebido em: 24/02/2016

Revisões requeridas: 24/05/2016

Aprovado em: 10/10/2016

Publicado em: 10/04/2017

Autor responsável pela correspondência:

Gabriela Magalhães

Rua Ibitirama, 2051, apartamento 11, Bloco Violetas

Vila Prudente, São Paulo/SP

Email: magalhaesg.9@gmail.com

CEP: 03133-200