

Universidade Federal do Maranhão
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto e da
Criança – Mestrado Acadêmico

**PERFIL DE MULHERES DIAGNOSTICADAS COM CÂNCER
DE MAMA ATENDIDAS EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM
ONCOLOGIA NO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS - MA.**

Mara Izabel Carneiro Pimentel

MARA IZABEL CARNEIRO PIMENTEL

**PERFIL DE MULHERES DIAGNOSTICADAS COM CÂNCER
DE MAMA ATENDIDAS EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM
ONCOLOGIA NO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS - MA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto e da Criança como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde do Adulto e da Criança.

Área de Concentração: Atenção à Mulher.

Orientador: Prof. Dr Wellington Roberto Gomes de Carvalho.

Co-Orientadora: Prof. Dra Bianca Ramallo.

Coordenadora: Prof. Dra Maria do Desterro Soares Brandão Nascimento.

São Luís

2014

MARA IZABEL CARNEIRO PIMENTEL

**PERFIL DE MULHERES DIAGNOSTICADAS COM CÂNCER
DE MAMA ATENDIDAS EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM
ONCOLOGIA NO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS - MA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto e da Criança como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde do Adulto e da Criança.

A Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado apresentada em sessão pública considerou a candidata aprovada em: ____/____/____.

Prof. Dr. Wellington Roberto Gomes de Carvalho (Orientador)

Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Marcos Antônio Barbosa Pacheco (1º Examinador)

Universidade Ceuma

Prof. Dr. Emanuel Péricles Salvador (2º Examinador)

Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Rosilda Silva Dias (3º Examinador)

Universidade Federal do Maranhão

AGRADECIMENTOS

A Deus, que nos concede a cada dia uma página de vida nova no livro do tempo. Agradeço a Ti por guiar meus passos, tanto nos momentos mais difíceis, como nas alegrias e conquistas.

A Universidade Federal do Maranhão, ao programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto e da Criança, em nome da Profa. Dra. Maria do Desterro Soares Brandão Nascimento, Profa. Dra. Maria Bethânia da Costa Chein, Profa. Dra. Luciane Maria Oliveira Brito e a todos os demais professores deste Mestrado, por nos proporcionar um crescimento intelectual e pessoal ao longo desta jornada. A todos os funcionários do programa, Regina Costa, Emanuel Leite e Aline Almeida, pela ajuda e apoio prestados.

Ao Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Bello, pela oportunidade de execução deste trabalho. Às pacientes, pois sem elas este trabalho não seria viável e a todos que, de alguma forma, colaboraram para a realização deste trabalho.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Wellington Roberto Gomes de Carvalho, pela permanente presteza para a execução deste trabalho, fazendo-me entender o quanto magnífico é oferecer orientação, ensinamentos e experiência neste nível.

À minha co-orientadora, Profa. Dra. Bianca Ramalho, quero expressar o meu reconhecimento e admiração por sua competência profissional e minha gratidão por ser uma profissional extremamente qualificada e pela forma humana com a qual conduziu este trabalho.

À Coordenação da Universidade Ceuma, Profa. Me. Francisca Noronha, Profa. Me. Márcia Machado, Profa. Esp. Márcia Veras, as funcionárias Patrícia Castro, Samylla Santos, Elenilde Rosário, pelo apoio, incentivo e carinho.

Aos médicos mastologistas, Dr. Eduardo Petribu (cirurgião oncologista do Hospital A. C. Camargo - Câncer Center, São Paulo) e Dr. José Pereira Guará do Hospital Aldenora Bello, pelas explicações acerca da patologia.

À minha sobrinha, Vanessa Pimentel Leal, acadêmica de Medicina, Tayanna Avelar do Nascimento e Joseane França Moreira, enfermeiras, que tanto contribuíram nas entrevistas com os pacientes.

Às minhas amigas, Alcyone Paredes e Jurema Castro Filha, pelas horas de dedicação nas entrevistas, apoio e contribuição.

Aos amigos de classe, Ana Lourdes Avelar Nascimento, Maria de Fátima Carvalho, Raquel Moreira Lima, Sulayne Guimarães, Surama Bandeira de Sousa, por todos os momentos em que fomos estudiosas

Dedico esse trabalho a você, pai, Francisco Carneiro Filho (*in memoriam*), que me ensinou a lutar pelos meus ideais, com honestidade, fidelidade, dignidade e humildade. Que sempre foi um exemplo de alegria de viver, de lutar e de superação e que me inspirou a ser um ser humano melhor e buscar meus objetivos de vida. Pai, lamento muito por não estar mais aqui, para presenciar essa nossa vitória, mas fico feliz em saber que estás em um lugar bom, torcendo e rezando para que minha felicidade e sucesso sejam absolutos e plenos. Saudades eternas...

À minha mãe, Lia Maria Faray Carneiro, pelo cuidado e dedicação, os quais foram, em alguns momentos, a esperança para seguir. Sua presença significa segurança e certeza de que não estou sozinha nessa caminhada. Obrigada pela confiança e pelo amor que me fortalece todos os dias.

Ao meu esposo, Manoel Caldas Pimentel, por estar sempre ao meu lado, pelo companheirismo, respeito, incentivo, amor e carinho.

Aos meus filhos, Bruno Francisco Carneiro Pimentel, Victor Carneiro Pimentel e Karen Izabel Carneiro Pimentel, a mais pura forma de amor, por terem me acompanhado com paciência, iluminando de maneira especial os meus pensamentos, os quais eu rogo todas as noites por fazerem parte da minha vida.

Aos meus irmãos, Marcus Faray Carneiro, Mauricio Faray Carneiro, Nairlene Carneiro Delgado e Luís Henrique Carneiro, que, de forma especial e carinhosa, me deram forças e coragem, apoiando-me nos momentos de dificuldades.

.

*“Porque o Senhor Deus é sol e escudo: o
Senhor dá graça e glória”.*

(Salmos: 84.11).

RESUMO

O câncer de mama ainda acomete milhares de mulheres a cada ano em todo o mundo. O objetivo deste estudo foi caracterizar o perfil de mulheres diagnosticadas com câncer de mama, atendidas em um hospital de referência em oncologia no município de São Luís - MA. Trata-se de um estudo descritivo, transversal com 157 mulheres diagnosticadas com câncer de mama. Incluindo mulheres na faixa etária de 30 e 70 anos de idade. Foram estudadas as variáveis sociodemográficas e clínicas tais como: idade, estado civil, escolaridade, procedência, renda familiar e os fatores de risco, como a cor da pele, prática de atividade física, menarca precoce, menopausa, paridade, idade do primeiro parto, amamentação, utilização de anticoncepcional oral, terapia de reposição hormonal, uso de bebida alcoólica, tabagismo, conhecimento e realização do autoexame das mamas. Foram registrados respectivamente (demográficos e clínicos) o tipo de tratamento, o tempo de busca por ajuda profissional e o apoio psicológico. Os resultados mostraram que a maioria das mulheres na faixa etária nos intervalos entre 41 a 50 e 51 a 60 anos de idade (32,5%), respectivamente; casadas (48,4%); com ensino médio completo (41,4%) respectivamente das demais; procedentes dos municípios do Estado (51,6%); renda de um a dois salários mínimos (56,7%); cor da pele parda (66,9%). Registra-se percentual maior que não praticavam atividade física (54,1%), não consumiram bebidas alcoólicas (58,0%) e não tabagistas (74,5%). Outros indicativos encontrados: menarca a partir dos doze anos de idade (81,9%); menopausa antes dos 50 anos (59,2%); idade do 1º parto (90,0%) e aleitamento materno (96,5%). Desta amostra, negam uso de anticoncepcional oral (53,5%) e terapia de reposição hormonal (86%); realizavam o autoexame das mamas (73,25%) e tinham conhecimento sobre o autoexame (88,54%). Como tratamento, as avaliadas submeteram-se à quimioterapia (30,6%) seguida da cirurgia associada à quimioterapia (26,8%). O tempo de procura por ajuda profissional prevaleceu em até um mês (67,3%) e não obtiveram apoio psicológico (56,7%). Considera-se o câncer de mama uma neoplasia de fácil prevenção, mediante a adoção em mudanças de hábitos de vida e submetendo-se ao monitoramento, métodos e diagnósticos, contribuindo, dessa forma, para a redução de alguns fatores de risco.

Palavras-chave: Câncer de mama, Perfil, Mulheres.

ABSTRACT

Breast cancer still affects thousands of women each year worldwide. The aim of this study was to characterize the profile of women diagnosed with breast cancer treated at a referral hospital in oncology in São Luís - MA. This is a descriptive, cross-sectional study with 157 women diagnosed with breast cancer. Including women aged 30 and 70 years of age. Sociodemographic and clinical variables such as were studied: age, marital status, education, origin, family income, and risk factors such as skin color, physical activity, early menarche, menopause, parity, age at first birth, breastfeeding, use of oral contraceptives, hormone replacement therapy, alcohol use, smoking, knowledge and realization of self-examination of breasts. The type of treatment, time to search for professional help and psychological support were recorded respectively (demographic and clinical). The results showed that the majority of women in the age group ranges from 41 to 50 and 51 to 60 years old (32.5%), respectively; married (48.4%); with high school education (41.4%) respectively of the others; coming from the municipalities of the state (51.6%); income of one to two minimum wages (56.7%); dark brown skin (66.9%). Highest percentage is recorded that physical inactivity (54.1%) did not consume alcohol (58.0%) and nonsmokers (74.5%). Other indications found: menarche from the age of twelve (81.9%); menopause before age 50 (59.2%); age at 1st calving (90.0%) and breastfeeding (96.5%). This sample, deny use of oral contraceptives (53.5%) and hormone replacement therapy (86%); performed breast self-examination (73.25%) and had knowledge about self-examination (88.54%). As treatment, evaluated underwent chemotherapy (30.6%) followed by surgery combined with chemotherapy (26.8%). The search time for professional help prevailed within one month (67.3%) and did not receive psychological support (56.7%). It is considered breast cancer neoplasia easily preventable through the adoption of lifestyle changes and undergoing the monitoring, and diagnostic methods, thereby contributing to the reduction of some risk factors.

Key-words: Breast Cancer, Profile, Women.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Caracterização amostral de mulheres com câncer de mama. São Luís, Maranhão, 2014.....	27
Tabela 2	- Estilo de vida de mulheres com câncer de mama. São Luís, Maranhão, 2014.....	28
Tabela 3	- Histórico ginecológico de mulheres com câncer de mama. São Luís, Maranhão, 2014.....	29
Tabela 4	- Histórico do suporte médico de mulheres com câncer de mama. São Luís, Maranhão, 2014.....	30

LISTA DE SIGLAS

BRCA	- <i>Breast</i> câncer
<i>Core Biopsy</i>	- Biópsia da mama
CNES	- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DNA	- Acido desoxirribonucleico
EORTC QLQ-BR	- <i>European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer-Specific Quality of Life Questionnaire</i>
HER	- Receptor de estrogênio
INCA	- Instituto Nacional do Câncer
IMC	- Índice de massa corpórea
IMOAB	- Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Bello
MA	- Maranhão
OMS	- Organização Mundial de Saúde
Rb	- Retinoblastoma
RM	- Ressonância magnética
RT	- Radioterapia
TRH	- Terapia de reposição hormonal
TZB	- Terapia Adjuvante com Trastuzumabe
US	- Ultrassonografia

SUMÁRIO

	RESUMO	
	ABSTRACT	
1	INTRODUÇÃO	12
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
2.1	Aspectos gerais do câncer de mama.....	14
2.2	Epidemiologia do câncer de mama.....	16
2.3	Fatores de risco para o câncer de mama.....	17
2.4	Métodos de diagnóstico do câncer de mama.....	19
2.5	Tratamento e prevenção do câncer de mama.....	20
3	OBJETIVOS	22
3.1	Objetivo geral.....	22
3.2	Objetivos específicos.....	22
4	METODOLOGIA	23
4.1	Tipo de estudo.....	23
4.2	Período e local do estudo.....	23
4.3	Amostra/amostragem.....	23
4.4	Cálculo do tamanho amostral.....	23
4.5	Crítérios de inclusão e não inclusão.....	24
4.6	Coleta de dados.....	24
4.7	Definição das variáveis.....	24
4.8	Instrumento.....	25
4.9	Método.....	25
4.10	Processamento e tratamento estatístico.....	25
4.11	Aspectos éticos.. ..	25
5	RESULTADOS	26
6	REFERÊNCIAS	31
7	APÊNDICES	35
8	ANEXOS	41
9	ARTIGO CIENTÍFICO	46
9.1	Nome do periódico com sua classificação da WEBQUALIS da CAPES (A1, A2, B1, B2 ou B3) na área de Avaliação Medicina II.....	46
9.2	Normas editoriais/Normas para autores.....	46
9.3	Artigo propriamente dito.....	59

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama faz parte de um grupo heterogêneo de doenças com comportamentos distintos. Ao que tudo indica, esse tipo de câncer é o resultado da interação de fatores genéticos, estilo de vida, hábitos reprodutivo e meio ambiente (SANTOS, 2012).

Além disso, dentre todos os tipos de câncer que podem atingir um ser humano, certamente, o câncer de mama é provavelmente o mais temido pelas mulheres, pois a mama feminina representa aspectos fundamentais na vida da mulher (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2012).

A incidência global do câncer de mama está aumentando progressivamente, tanto nos países desenvolvidos, quanto nos em desenvolvimento, sendo a taxa anual em torno de 3,1%. Observa-se que, de 641.000 casos em 1980, passamos para 1.643.000 somente no ano de 2010, correspondendo uma taxa de 27% dos novos casos de câncer diagnosticados em mulheres (FOROUZANFAR et al., 2011).

No Brasil, a estimativa no ano de 2012 era que ocorressem 52.680 novos casos de câncer de mama, com risco estimado de 52 casos a cada 100.000 mulheres. Entretanto, este risco apresentou grande variação, de acordo com a região do País: no Sudeste, foi de 69/100.000; no Sul, 65/100.000; no Centro-Oeste, 48/100.000; no Nordeste, 32/100.000 e; no Norte, de 19/100.000 mulheres. Também existem diferenças em relação à faixa etária, sendo observada uma taxa específica de 04 quatro casos a cada 100.000 mulheres entre 40 e 49 anos e 05 cinco casos a cada 100.000 mulheres acima de 50 anos (INCA, 2012).

Para o ano de 2014, foram estimados 57.120 casos novos, que representam uma taxa de incidência de 56,1 caso por 100.000 mulheres no Brasil. No Maranhão, para o mesmo ano, são esperados 7.120 neoplasias malignas, desses 570 casos novos de câncer de mama feminino, sendo 250 somente na capital do Estado (INCA, 2013).

A taxa de mortalidade relacionada ao câncer de mama é bastante diferente entre os países desenvolvidos e os em desenvolvimento. Observa-se que, nos países desenvolvidos, houve importante redução da mortalidade. Entretanto, nos países em desenvolvimento, houve estabilidade ou até mesmo contínuo aumento. Esta diferença pode ser atribuída às diversidades das políticas de detecção precoce,

bem como às dificuldades de acesso ao tratamento adequado nos países mais pobres (FREITAS JÚNIOR et al., 2012).

Somente nos Estado Unidos, houve uma queda de 30% na mortalidade pela doença desde 1990, quando foram iniciados os programas de rastreamento com mamografia (LEE et al., 2010).

Embora o câncer de mama seja alvo das ações dos pesquisadores, assim como de diversos programas de saúde e, mesmo tenha havido grande evolução nos recursos diagnósticos e terapêuticos, esse tipo de câncer continua acometendo milhares de mulheres de forma progressiva a cada ano, em todo o mundo.

A identificação precoce do câncer de mama é realizada principalmente a partir de exames de mamografia e ultrassonografia, exames caros e de difícil acesso para a maior parte da população. Assim, torna-se importante a detecção precoce na identificação da população de risco para o desenvolvimento desse tipo de câncer e, conseqüentemente, melhorar o prognóstico e minimizar os casos de morte.

Pela ascendente incidência do câncer de mama e o grande impacto na vida das mulheres, ressaltam-se a importância da abordagem do tema no contexto atual, caracterizando, dessa forma, as mulheres diagnosticadas e tratadas no serviço de oncologia de um Hospital de referência no município de São Luís- MA.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Aspectos gerais do câncer de mama

A carcinogênese é um processo de formação de tumores quando células normais são convertidas em células neoplásicas, as quais adquirem a capacidade de crescerem de modo autônomo. O Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2013) define o câncer como um crescimento desordenado das células que podem invadir tecidos e órgãos e que ainda podem se espalhar para outras regiões do corpo, o que se denomina de metástase.

Oliveira et al. (2009) conceituam o câncer como um processo patológico que começa quando uma célula é transformada por mutação genética do ácido desoxirribonucleico celular (DNA). Esta célula normal forma um clone e prolifera-se de maneira anormal, adquirindo características invasivas, podendo infiltrar tecidos circunvizinhos e ganhar acesso aos vasos linfáticos e sanguíneos, que as levam até outros lugares do corpo.

Existem evidências de polimorfismos genéticos de baixa penetrância que podem aumentar o risco de câncer de mama, sendo dois grupos principais de genes potenciais e que podem estar relacionados aos aspectos genéticos, epidemiológicos e ambientais, como os que codificam proteínas envolvidas no metabolismo dos hormônios esteróides (CYP17, CYP19) e outros relacionados à expressão de enzimas envolvidas no metabolismo de carcinógenos (CYP1A1, CYP2D6, CYP2E1, GSTM1, GSTT1, NAT1, NAT2) (PAIK et al., 2006).

Conforme Cardoso-Filho (2007), a deleção homozigótica dos genes GSTM1 (Gene μ 1 do sistema da glutathione S-transferase) e GSTT1 (Gene μ 1 do sistema da glutathione S-transferase), isolada e combinadamente, associa-se a um risco até seis vezes maior de ocorrência de câncer de mama.

O câncer, quando se inicia em tecidos epiteliais, como pele e mucosa, é conhecido como carcinoma. Caso comece em tecidos conjuntivos, como o tecido de sustentação da mama, então é chamado de sarcoma. Portanto, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, o que acarretará na formação de tumores, acúmulo de células cancerosas, ou neoplasias malignas, bem como

crescimento celular que não respeita a demanda fisiológica de crescimento (INCA, 2012).

Porter e Teisberg (2007) destacam, em seu estudo, que o estágio do câncer é uma das bases fundamentais para o tratamento e convém classificá-lo de acordo com a extensão da doença. O estadiamento geralmente leva em conta o tamanho do tumor, sua profundidade com invasão de órgãos adjacentes, quantos linfonodos entraram em metástase e se ele está espalhado em órgãos distantes, tal como se especifica a seguir:

➤ **Estágio I:** compreende tumor invasivo pequeno, menos de 2 cm de diâmetro; sem comprometimento de linfonodos, isto é, o tumor permaneceu no local no qual foi originado, sem disseminação para os linfonodos ou locais distantes;

➤ **Estágio II:** compreende tumores maiores que 2 cm de diâmetro, mas menores que 5 cm de diâmetros, algumas vezes, os linfonodos podem estar envolvidos. Ainda pode ser classificado em:

Estágio IIa: o tumor tem menos que 2 cm e infiltrou linfonodos axilares; o tumor tem entre 2 e 5 centímetros, mas não atingiu linfonodos axilares; não há evidência de tumor na mama, mas existe câncer nos linfonodos axilares;

Estágio IIb: o tumor tem de 2 a 5 cm e atingiu linfonodos axilares; o tumor é maior que 5 centímetros, mas não atingiu linfonodos axilares.

➤ **Estágio III:** compreende tumores maiores que 5 cm de diâmetro; corresponde ao câncer de mama localmente avançado, e pode ou não ter se espalhado para os linfonodos ou outros tecidos próximos à mama. São classificados ainda como:

➤ **Estágio IIIa:** o tumor é menor que 5 cm e se espalhou pelos linfonodos axilares que estão aderidos uns aos outros ou a outras estruturas vizinhas; o tumor é maior que 5 centímetros, atingiu linfonodos axilares os quais podem ou não estar aderidos uns aos outros ou a outras estruturas vizinhas;

➤ **Estágio IIIb:** o tumor infiltra a parede torácica ou causa inchaço ou ulceração da mama ou é diagnosticado como câncer de mama inflamatório; pode ou não ter se espalhado para os linfonodos axilares, mas não atinge outros órgãos do corpo;

➤ **Estágio IIIc:** tumor de qualquer tamanho que não se espalhou para partes distantes, mas que atingiu linfonodos acima e abaixo da clavícula ou para linfonodos dentro da mama ou abaixo do braço.

➤ **Estágio IV:** compreende tumores de qualquer tamanho, linfonodos cancerosos; é o câncer metastático, ou seja, o tumor espalhou-se para outros locais do corpo como ossos, pulmões, fígado ou cérebro.

2.2 Epidemiologia do câncer de mama

As estatísticas apresentadas pelo INCA (2013), em relação aos tumores mais frequentes que acometem o sexo masculino, apontam para os de próstata, pulmão, estômago, cólon, reto e esôfago. E, para as mulheres, predominam o câncer de pele, mama, seguido pelos cânceres de colo uterino, cólon e reto, pulmão e estômago.

Kim et al. (2010) destacam que, nas décadas de 60 e 70, registrou-se um aumento de 10 vezes nas taxas de incidência ajustadas por idade nos Registros de Câncer de Base Populacional de diversos continentes.

No Brasil, as estimativas de câncer para o ano de 2012, também válidas para o ano de 2013, apontaram a ocorrência de aproximadamente 518.510 casos novos. Entre os diversos tipos de neoplasia, o câncer de mama tem uma forte expressão na saúde pública brasileira, sendo responsável por inúmeras mortes de mulheres. Em 2012, estimou-se a ocorrência de 52.680 novos casos de câncer de mama feminino no Brasil, como já referido anteriormente (INCA, 2011).

São Paulo é o estado brasileiro com a maior incidência da doença, seguido de Rio de Janeiro, Minas Gerais e Rio Grande do Sul. Porém, alguns estados da região nordeste e sul apresentam estimativas anuais entre 1320 e 2110 casos novos da doença, o que pode estar associado a melhor acesso (mamógrafos disponíveis) (INCA, 2012).

No Maranhão, as estimativas de incidência por 100 mil habitantes e de números de casos novos por câncer, em mulheres para o ano de 2012, foi cerca de 460, sendo que 190 casos ocorreram somente na capital do estado. Entretanto, para os anos de 2014 e 2015, são esperados 570 casos novos de câncer de mama feminino e, desses, 250 na capital do Estado (INCA, 2011, 2013).

2.3 Fatores de risco para o câncer de mama

As causas do câncer de mama são pouco conhecidas. Contudo, muitos fatores de risco para o seu desenvolvimento já foram identificados. Dentre eles, a idade, história familiar, primeira gestação após os 30 anos, menarca precoce (idade da primeira menstruação menor que 12 anos), menopausa tardia instalada após os 50 anos de idade, nuliparidade, como fatores de risco não modificáveis; e a obesidade pós-menopausa, uso de terapia de reposição hormonal (TRH), consumo de álcool e não prática de exercícios físicos como fatores modificáveis (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2005; INCA, 2012; TIEZZI, 2009).

A maioria das pacientes com história familiar de câncer de mama apresenta mutações. Entre as alterações genéticas associadas ao câncer de mama estão incluídas o aumento da expressão dos oncogenes *erbB-2*, *int-2* e *myc* e inativação dos genes supressores tumorais *breast cancer* (*BRCA1*, *BRCA2*), *p53*, *retinoblastoma* (*Rb1*), que podem ser transmitidos para os descendentes tanto do sexo feminino quanto do masculino (DIEZ et al., 2006).

Outros fatores incluem a exposição a radiações ionizantes em idade inferior a 40 anos, ingestão regular de bebida alcoólica, mesmo que em quantidade moderada (30g/dia), obesidade, principalmente quando o aumento de peso se dá após a menopausa, e sedentarismo. A prática de atividade física e o aleitamento materno exclusivo são considerados fatores protetores (INUMARU et al, 2011).

Silva et al. (2011) referem também histórias familiares, principalmente em parentes de primeiro grau antes dos 50 anos, como importantes fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama e podem indicar predisposição genética associada à presença de mutações em determinados genes. Porém, o câncer de mama de caráter hereditário (predisposição genética) corresponde a cerca de 5-10% do total de casos.

Conforme Romieu e Lajous (2009), mudanças no estilo de vida das mulheres podem, em parte, explicar o aumento da incidência do câncer de mama, envolvendo desde o sedentarismo e hábitos alimentares até os fatores relacionados ao uso de terapias hormonais, à gestação e à amamentação.

As estimativas iniciais para o risco de desenvolvimento de câncer de mama ao longo da vida, em mulheres portadoras de mutações no gene *BRCA1*, foram superiores a 85% (INCA, 2011).

O risco para portadores de mutação em BRCA2 aproxima-se daquele estimado para BRCA1, embora o acometimento, em idade mais avançada, seja relatado para BRCA2. Estudo de Montenegro (2004) sugere um risco de 50 a 80% para o desenvolvimento de câncer de mama até os 70 anos de idade. Além do câncer de mama, portadores de mutações no gene BRCA1 também são susceptíveis ao desenvolvimento de câncer de ovário e próstata, enquanto mutações no gene BRCA2 elevam o risco para câncer de mama em indivíduos de ambos os sexos.

Beltrão-Braga et al. (2004) reforçam que as mutações adquiridas podem ser causadas por erros durante o processo de replicação ou por mutagênicos endógenos, ou também serem induzidas por agentes externos, os quais podem ser divididos em três classes: 1ª: agentes biológicos (alguns vírus que se integram ao genoma celular interrompendo sequências gênicas); 2ª: agentes físicos (luz ultravioleta e radiações ionizantes); e 3ª: agentes químicos (os hidrocarbonetos policíclicos aromáticos e as nitrosaminas).

As doenças de mama benignas também são outro indicativo para o câncer de mama, pois as mulheres com hiperplasia epitelial atípica têm risco de desenvolver o câncer de mama de quatro a cinco vezes maiores que as mulheres que não apresentam alterações proliferativas em suas mamas (INCA, 2010).

O conhecimento e a compreensão acerca dos fatores de risco para o câncer de mama ganham importância à medida que alguns deles são passíveis de modificação. Deve-se levar em consideração também a associação entre o nível de conhecimento das mulheres e a adesão às práticas de rastreamento e detecção precoce, o que influencia diretamente o momento do diagnóstico da doença e seu prognóstico (ROMIEU E LAJOUS, 2009; AMERICAN CANCER SOCIETY, 2008; SEAH E TAN, 2007).

2.4 Métodos de diagnóstico do câncer de mama

Programas de saúde de base populacional para rastreamento do câncer de mama são fundamentais para a detecção de tumores de mama em seus estágios iniciais. “A política de saúde no Brasil direcionada à prevenção, à detecção precoce, ao diagnóstico, ao tratamento e aos cuidados paliativos no câncer de mama segue as recomendações do Documento do Consenso do Controle de Câncer de Mama, lançado em abril de 2004, pelo Ministério da Saúde” (ALBRECHT, 2011).

Entre os meios de diagnósticos para o câncer de mama, temos o autoexame das mamas, exame clínico e confirmado por exames complementares como a ultrassonografia (USG) de mama, mamografia, ressonância magnética e biópsia. O autoexame das mamas deve ser iniciado por volta dos 20 anos. Todas as mulheres devem ser estimuladas a efetuar o autoexame mensalmente para verificar a presença de nódulos não habituais e outros sinais incomuns (SILVA et al., 2011; LIMA, 2008).

A ultrassonografia (US) é um método de diagnóstico amplamente difundido, sendo utilizada em nosso meio, como adjuvante à mamografia, em achados clínicos ou mamográficos anormais, ou ainda, como de primeira escolha em situações especiais como na gravidez, lactação, mulheres jovens e durante os estados inflamatórios das mamas. Na presença de lesões mamográficas, a US auxilia não só a caracterização e coleta de biópsias, mas também é capaz de identificar lesões adicionais em 14% das mulheres com mamas densas (NOTHACKER et al., 2009; NASCIMENTO et al., 2009).

A mamografia é um procedimento que torna possível o diagnóstico de lesões não palpáveis. Portanto, é um exame necessário e fundamental para se evitar grandes complicações, e tratá-las precocemente reduzirá seus efeitos na população, assegurando, dessa forma, a cada indivíduo, um padrão de vida adequado à manutenção da sua saúde (MATOS et al., 2011).

O Brasil tem quase o dobro dos mamógrafos recomendados pelo Ministério da Saúde, mas eles não estão acessíveis a todas as brasileiras. Sendo sua principal vantagem a capacidade de detectar um nódulo, antes mesmo que ele seja percebido pelo toque. O Ministério da Saúde recomenda 1 mamógrafo por 240 mil habitantes, e a média brasileira é de quase 2. Entretanto, são mal distribuídos, estando a maioria concentrados na região Sul, Sudeste e no Centro-Oeste e, em menor proporção, no

Nordeste e Norte do país. Cerca de 50% dos municípios brasileiros com menos de 50 mil habitantes não possuem mamógrafo, ou seja, tornando-se ainda mais difícil o acesso a este exame para quem mora longe dos grandes centros urbanos (INCA 2013).

Para o rastreamento mamográfico no Brasil, existem 4.287 mamógrafos, sendo 2.017 disponíveis para o Sistema Único de Saúde (SUS). Desses, 1.574 para imagem e 443 com estereotaxia (biopsia ou agulhamento). Em conjunto, eles teriam capacidade de realizar 13,5 milhões de exames por ano, considerando-se 25 exames/por mamógrafo/dia. Entretanto, no SUS, são realizadas apenas 3,5 milhões desse procedimento por ano (INCA, 2013).

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos (CNES), no estado do Maranhão, existem 62 mamógrafos com comando simples e, no SUS, somente 35. Quanto aos mamógrafos com estereotaxia, há apenas 17 equipamentos cadastrados (CNES, 2014).

Com relação à ressonância magnética (RM), Nothacker et al. (2009) destacam que, embora seja um teste de grande importância para a detecção do câncer de mama em pacientes com elevado risco familiar, suas indicações permanecem limitadas, devido ao custo alto e à dificuldade de acesso.

Conforme o Ministério da Saúde, se houver lesões suspeitas, deve-se buscar a confirmação do diagnóstico que pode ser citológico, por meio de punção aspirativa por agulha fina (PAAF); ou histológico, quando o material for obtido por punção, utilizando-se agulha grossa (PAG) ou; também, por biópsia cirúrgica convencional (BRASIL, 2010).

2.5 Tratamento e prevenção do câncer de mama

O tratamento voltado para o câncer de mama envolve procedimentos cirúrgicos e terapias complementares, como a radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia. Além de ser um tratamento multidisciplinar, abrange diversos profissionais da área da saúde (BREGAGNOL; DIAS, 2010).

Na maioria dos casos, o tratamento apresenta indicação cirúrgica, o que dependerá do estadiamento clínico e do tipo histológico do tumor, podendo ser conservadora com a ressecção de um segmento da mama ou não conservadora (mastectomia), que consiste na retirada de toda a mama (SCHNUR et al., 2012).

Outros autores associam as cirurgias de câncer de mama, na maioria das vezes, é necessária a linfadenectomia axilar parcial ou total. Esse procedimento ocasiona algumas complicações, alterações funcionais e sequelas para as mulheres submetidas a essa conduta terapêutica, tais como: deiscência cicatricial, fibrose tecidual, síndrome da mama fantasma, alterações respiratórias, diminuição da amplitude de movimento, dores e linfedema do membro superior, além de retrações cicatriciais e quelóides, o que limita ainda mais a amplitude de movimento do membro superior homolateral à intervenção cirúrgica (MELO et al., 2011).

Inumaru et al. (2011) ressaltam como procedimentos cirúrgicos a lumpectomia, onde o tumor é retirado e grande parte da mama é preservada; a ressecção ampla, corresponde à ressecção do tumor; a quadrantectomia, em que todo o quadrante mamário contendo o tumor é removido juntamente com a pele e o revestimento do músculo grande peitoral; a mastectomia total, cujo tecido da mama é removido; mastectomia radical modificada, na qual toda a mama é removida juntamente com os linfonodos axilares e o revestimento sobre o músculo grande peitoral.

Schnur et al. (2012) destacam a radioterapia (RT) como capaz de destruir células tumorais, reduzir o risco de recorrência local e aumentar a sobrevida. Os efeitos colaterais após aplicação da RT são diversos, dentre eles: dor, alterações cutâneas, restrição da mobilidade, alteração sensitiva local e fadiga. Registra-se também o surgimento de alterações pulmonares com anormalidades radiológicas como aumento da densidade, pneumonite radioativa sintomática, fibrose pulmonar, déficit na ventilação e redução quantitativa nos testes de função pulmonar (GOMIDE et al., 2009).

As ações de controle da doença, após o tratamento conservador, incluem recomendações como o exame clínico trimestral nos dois primeiros anos; semestral, entre o terceiro e o quinto ano e; após, seguimento anual. É aconselhável também a realização da mamografia de controle seis meses após a cirurgia. E a mamografia bilateral subsequente deve ser realizada anualmente (TIEZZI, 2009).

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Caracterizar o perfil de mulheres diagnosticadas com câncer de mama e atendidas em um hospital de referência em oncologia no município de São Luís - MA.

3.2 Específicos

- Descrever as características sociodemográficas, ginecológica e estilo de vida de mulheres com câncer de mama;
- Identificar a frequência de fatores de risco em mulheres com câncer de mama;
- Descrever a frequência do tipo de tratamento e as características do suporte médico.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo transversal, em mulheres diagnosticadas com câncer de mama.

4.2 Período e local do estudo

O estudo foi realizado no período de março a julho de 2014, de segunda a sexta-feira, nos turnos matutino e vespertino, no Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Bello - IMOAB (ANEXO 1).

O IMOAB é um centro de alta complexidade oncológica, considerado hospital de referência oncológica no Estado do Maranhão. Fundado em 1966, atende pacientes do Sistema Único de Saúde-SUS, convênios e particulares.

Composto por enfermarias para adultos e setor de oncopediatria, um centro cirúrgico, unidades de terapia intensiva, serviço de pronto atendimento oncológico, de quimioterapia, de radioterapia, além de atendimentos ambulatoriais.

4.3 Amostra/Amostragem

Foram abordadas pacientes do sexo feminino, com idade entre 30 a 70 anos, com diagnóstico de câncer de mama, em tratamento ou acompanhamento oncológico no referido hospital.

4.4 Cálculo do tamanho amostral

Foram consideradas as mulheres em tratamento de câncer de mama no ano de 2014 (período de março a julho), atendidas no Instituto Maranhense de Oncologia - Hospital Aldenora Bello, em São Luís-MA.

O número de mulheres com essas características era de 225, baseado no intervalo de confiança de 95% e erro amostral de 5%, o “n” para o estudo foi de 143, mas considerando 10% de perdas, totalizando 157 pacientes.

4.5 Critérios de inclusão e não inclusão

O estudo incluiu mulheres na faixa etária entre 30 e 70 anos de idade, com diagnóstico de câncer de mama, concordaram aceitar do estudo. Foram excluídas do estudo mulheres grávidas; as em estágio final da doença; as de idade inferior a 30 anos e superior a 70 anos; aquelas sem condições de se comunicarem verbalmente e, até mesmo, de se locomoverem; bem como as que apresentaram distúrbios mentais ou qualquer tipo de complicação.

4.6 Coleta de dados

Foi realizada uma atividade educativa e esclarecedora do tipo palestra, a fim de explanar melhor o objetivo do estudo, deixando-as esclarecidas sobre a dinâmica do estudo, e, a partir desse momento, elaborou-se uma lista com o nome das pacientes. Aquelas que aceitaram participar da investigação, confirmada pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1), foram entrevistadas pela equipe de pesquisadores treinados. As entrevistas ocorreram em vários ambientes do hospital: auditório, na sala de espera, no setor da quimioterapia, na sala de espera da radioterapia e nas clínicas médicas e cirúrgicas.

4.7 Definição das variáveis

A fim de conhecer as variáveis sociodemográficas da população estudada, foram coletados os dados sobre idade, estado civil, escolaridade, procedência, renda familiar e os fatores de risco, como a etnia, prática de atividade física, menarca precoce, menopausa, filhos, idade do primeiro parto, amamentação, utilização de anticoncepcional oral, terapia de reposição hormonal, uso de bebida alcoólica, tabagismo, conhecimento e realização do autoexame das mamas.

Quanto ao tratamento realizado para o câncer de mama, foi investigado quanto ao tipo de tratamento, ao tempo de busca por ajuda profissional e se obteve apoio psicológico.

4.8 Instrumento

Utilizou-se um questionário com questões abertas e fechadas, nas quais foram investigados dados das pacientes que se referiam às características sociodemográficas, ginecológicas, assim como estilo de vida (APÊNDICE 2).

4.9 Método

O questionário foi aplicado em única etapa pela equipe de pesquisadores treinados. Esse treinamento constou da leitura do instrumento e de simulação de entrevistas, além de um piloto para testagem.

4.10 Processamento e tratamento estatístico

Os dados foram tabulados no Microsoft Office Excel®, versão 2010, e analisados no programa estatístico Stata 12.0. A apresentação dos dados foi realizada em frequências (absoluta e relativa).

4.11 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão (CEP/UFMA), sob o Parecer Consubstanciado de número nº 545.547 (ANEXO 3).

5 RESULTADOS

Foram entrevistadas, entre março a julho de 2014, 157 mulheres com diagnóstico de câncer de mama, em tratamento ou acompanhamento oncológico no Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Bello – IMOAB, São Luís – MA.

Na tabela 1, são demonstradas as variáveis sociodemográficas das avaliadas. Notou-se maior frequência das faixas de idade de 41 a 50 e de 51 a 60 anos, o equivalente a 32,5% (51) para cada intervalo. Quanto ao estado civil, prevaleceram mulheres casadas, 48,4% (76). Em relação à escolaridade, 41, 4% (65) com ensino médio completo. Quanto à localidade, procedentes dos demais municípios do Estado 51,6% (81). A renda predominou entre um e dois salários mínimos, 56,7% (89) e a cor da pele 66,9% (105) são de cor parda.

Tabela 1. Caracterização amostral de mulheres diagnosticadas com câncer de mama em um hospital de referência. São Luís, Maranhão, 2014.

Variáveis	(n)	(%)
Idade (anos)		
41 a 50	51	32,5
51 a 60	51	32,5
61 a 70	32	20,3
30 a 40	23	14,7
Estado civil		
Casada	76	48,4
Solteira	42	26,8
Viúva	21	13,4
Divorciada	16	10,2
Outros	02	1,3
Escolaridade		
Ens. Med. completo	65	41,4
Ens. Fund. incompleto	34	21,7
Ens. Sup. Completo	16	10,2
Ens. Fund. completo	15	9,6
Ens. Med. incompleto	10	6,4
Pós – graduação	07	4,5
Ens. Sup. incompleto	05	3,2
Analfabeta	05	3,2
Procedência		
Outros municípios	81	51,6
São Luís	63	40,1
Outros Estados	13	8,3
Renda familiar		
De 1 a 2 salários mínimos	89	56,7
< 1 salário mínimo	39	24,8
3 a 4 salários mínimos	20	12,7
Mais de 4 salários mínimos	09	5,7
Cor da pele		
Parda	105	66,9
Negra	33	21,0
Branca	19	12,1
Total	157	100,0

Com relação ao estilo de vida, dentre as avaliadas, notou-se uma frequência de 54,1% (85) que não praticam atividade física, 58,0% (91) não consomem bebida alcoólica e de 74,5% (115) não tabagistas (TABELA 2).

Tabela 2. Estilo de vida de mulheres diagnosticadas com câncer de mama em um hospital de referência. São Luís, Maranhão, 2014.

Variáveis	(n)	(%)
Prática de atividade física		
Não	85	54,1
Sim	72	45,9
Consumo de bebida alcoólica		
Não	91	58,0
Sim	66	42,0
Tabagista		
Não	117	74,5
Sim	40	25,5
Total	157	100,0

Dados clínicos demonstraram maior frequência da menarca a partir dos doze anos de idade, 81,9% (127). Quanto à menopausa, 59,2% (93) das avaliadas apresentaram-na antes dos 50 anos. Notou-se que 90,0% (142) têm filhos e, dentre estas, a faixa etária do primeiro parto foi dos 21 a 29 anos de idade, 49,3% (70) e o aleitamento materno prevaleceu em 96,5% (137). A maioria 53,5% (84) das entrevistadas refere não ter utilizado anticoncepcional e, quanto à terapia de reposição hormonal, a maioria, isto é, o equivalente a 86,0% (135) não fez uso desta. Realizam o autoexame das mamas 73,25% (115) e têm conhecimento acerca do autoexame 88,54% (139). (TABELA 3).

Tabela 3. Histórico ginecológico de mulheres diagnosticadas com câncer de mama em um hospital de referência. São Luís, Maranhão, 2014.

Variáveis	(n)	(%)
Menarca		
A partir dos 12 anos	127	81,9
Antes dos 12 anos	30	19,1
Menopausa		
Antes dos 50 anos	93	59,2
Depois dos 50 anos	38	24,2
Não parou	26	16,6
Paridade		
Sim	142	90,0
Não	15	10,0
Idade do 1º parto		
Dos 21 aos 29 anos	70	49,3
Até aos 20 anos	56	39,4
Acima dos 30 anos	16	11,3
Aleitamento materno		
Sim	137	96,5
Não	05	3,5
Uso de anticoncepcional		
Não	84	53,5
Sim	72	45,9
Parou	01	0,6
Reposição hormonal		
Não	135	86,0
Sim	22	14,0
Realização do autoexame		
Sim	115	73,25
Não	42	26,75
Conhecimento do autoexame		
Sim	139	88,54
Não	18	11,46
Total	157	100,0

Dados clínicos relacionados às variáveis tipo de tratamento, tempo de ajuda profissional e apoio psicológico, demonstraram que a quimioterapia, 30,6% (48) e cirurgia/quimioterapia, 26,8% (42) prevaleceram como tratamento nas avaliadas. O tempo de suporte médico prevaleceu em um mês, 67,3% (105) e a maioria admitiu não ter tido apoio psicológico 56,7% (89) (TABELA 4).

Tabela 4. Histórico do suporte médico de mulheres diagnosticadas com câncer de mama em um hospital de referência. São Luís, Maranhão, 2014.

Variáveis	(n)	(%)
Tipo de tratamento		
Quimioterapia	48	30,6
Cirurgia, quimioterapia	42	26,8
Cirurgia, quimioterapia, radioterapia	36	22,9
Quimioterapia, radioterapia	17	10,8
Cirurgia	07	4,5
Radioterapia	03	1,9
Hormonioterapia	02	1,2
Quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia	01	0,6
Cirurgia, radioterapia	01	0,6
Tempo de ajuda profissional		
Até 1 mês	105	67,3
Mais de 1 ano	12	7,7
>1 mês até 1 ano	11	7,1
Outros	28	18,0
Apoio psicológico		
Não	89	56,7
Sim	68	43,3
Total	157	100,0

6 REFERÊNCIAS

ALBRECHT, C. A. M., Análise de Sobrevida de Pacientes com Câncer de Mama, atendidas no hospital Santa Rita de Cássia, na cidade de Vitória Espírito Santo. 2011. **Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)** - Universidade Federal do Espírito Santo, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Vitória, ES, Brasil, 2011.

AMERICAN CANCER SOCIETY. Breast Cancer Facts Figures 2005-2006. **Atlanta: American Cancer Society, Inc,** 2005. Disponível em: <http://www.cancer.org/acs/groups/content/.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2014.

AMERICAN CANCER SOCIETY. Cancer facts e figures. 2008. **Atlanta: American Cancer Society;** 2008. Disponível em: <http://www.cancer.org/downloads.pdf>. Acesso em: 10 out. 2014.

BELTRÃO-BRAGA, P. C. B.; TEIXEIRA, V. R.; CHAMMAS, R. Aspectos moleculares da transformação celular: conceitos e implicações. In: WAITZBERG, D. L. **Dieta, Nutrição e Câncer**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Publicação Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2010.

BREGAGNOL, K. R.; DIAS, S. A. Alterações funcionais em mulheres submetidas à cirurgia de mama com linfadenectomia axilar total. **Rev Bras Cancerol**, v. 1, n. 56, p. 25-33, 2010.

CARDOSO-FILHO, C. C. Influência dos polimorfismos dos alelos Mu 1 (GSTM1) e Theta 1 (GSTT1) do sistema da glutatona S-transferase na susceptibilidade ao câncer de mama esporádico. 2007. **Dissertação (Mestrado em Farmácia) – Universidade de Campinas – UNICAMP**, Campinas, 2007.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Relatórios 2014**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 12 out. 2014.

DIEZ, O. et al. Breast cancer susceptibility genes. **Medicina Clinica**, v. 126, p. 304-310, 2006.

FOROUZANFAR, M. H. et al. Breast and cervical cancer in 187 countries between 1980 and 2010: a systematic analysis. **Lancet**, n. 378, p. 1461-84, 2011.

FREITAS JUNIOR, R. et al. Disparities in female breast cancer mortality rates in Brazil between 1980 and 2009. **Clinics**, São Paulo, n. 67, p. 731-7, 2012.

GOMIDE, L. B. et al. The long-term impact of breast radiotherapy on dyspnea and pulmonary function. **Breast J**, v. 5, n. 15, p. 560, 2009.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. INCA. Expectativa 2012: incidência de câncer no Brasil. **Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA**, 2011, 98p. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/expectativa>> Acesso em: 20 jan. 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. INCA. **Câncer de mama**. Rio de Janeiro, RJ: INCA; 2010. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/expectativa>> Acesso em: 17 set jan. 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. INCA. **Estimativa 2012**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2011. 118 p. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/expectativa>> Acesso em: 8 abr. 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. INCA. Perfil da morbimortalidade brasileira do câncer de mama. **Informativo Vigilância do Câncer**, v. 2, p. 1-12, 2012. <<http://www.inca.gov.br/expectativa>> Acesso em: 8 abr. 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. INCA. **Tipos de câncer**: mama. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2013. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br>. Acesso em: 10 set. 2014.

INUMARU, L. E. et al. Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma revisão sistemática. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, jul. 2011.

KIM, D. D. et al. Saber é prevenir: uma nova abordagem no combate ao câncer de mama. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 1, n. 15, p. 1377-1381, 2010.

LEE, C. H. et al. Breast cancer screening with imaging: recommendations from the Society of Breast Imaging and ACR on the use of mammography, breast MRI, breast ultrasound, and other technologies for the detection of clinically occult breast cancer. **J Am Coll Radiol**, n. 7, p. 18-27, 2010.

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

MATOS, J. C. et al. Fatores associados à realização da prevenção secundária do câncer de mama no município de Maringá, Paraná, Brasil. **Cad Saúde Publica**, v. 27, n. 5, p. 888-98, 2011.

MELO, M. S. I. et al. Avaliação postural em pacientes submetidas à mastectomia radical modificada por meio da fotogrametria computadorizada. **Rev. Bras. Cancerol**, v. 57, n. 1, p. 39-48, 2011.

MONTENEGRO, Tito. Câncer: a humanidade contra-ataca. **Super Interessante**. São Paulo, v. 19, n. 11, p. 44 -53, nov. 2004.

NASCIMENTO, T. G. et al. Autoexame de mama: significado para pacientes em tratamento quimioterápico. **Rev. Bras. Enferm**, v.62, n.4, p.557-61, 2009.

NOTHACKER M. et al. Early detection of breast cancer: benefits and risks of supplemental breast ultrasound in asymptomatic women with mammographically dense breast tissue. A systematic review. **BMC Cancer**, n. 9, p. 335, 2009.

OLIVEIRA, A. C. et al. Incidência do Câncer no Brasil. 2009. **Dissertação (Enfermagem)** - Universidade Vale do Rio Doce, Brasil, 2009.

PAIK, S. et al. Gene expression and benefit of chemotherapy in women with node-negative, estrogen receptor-positive breast cancer. **J Clin Oncol**, v. 23, n. 24, p. 3717- 3718, 2006.

PORTER, M. E., TEISBERG, E. O. Repensando a saúde. Estratégias para melhorar a qualidade e reduzir custos. 1 ed. São Paulo, **Artmed**, 2007.

ROMIEU I, LAJOUS M. The role of obesity, physical activity and dietary factors on the risk for breast cancer: mexican experience. **Salud Pública, Mex**, v. 51, n. 2, p. 172-80, 2009.

SANTOS, J. Assistência a mulheres com câncer de mama em um centro de referência no estado da Paraíba. 2012. 228 f. **Tese (Doutorado em Ciências Sociais)** – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de ciências humanas, letras e artes. Programa de pós-graduação em Ciências Sociais, Natal, 2012

SEAH, M.; TAN, S. M. Am I breast cancer smart? Assessing breast cancer knowledge among healthcare professionals. **Singapore Med J**. 2007; 48: 158-62

SILVA, P. A.; RIUL, S. S. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. **Rev. Bras. Enferm**, v. 64, n. 6, p. 1016-21, 2011. Disponível em: www.scielo.br/pdf/reben. Acesso em: 10 out. 2014.

SCHNUR, J. B. et al. Acute skin toxicity-related, out-of-pocket expenses in patients with breast cancer treated with external beam radiotherapy: a descriptive, exploratory study. **Support Care Cancer**, v. 12, n. 20, p. 3105-13, 2012.

TIEZZI, D. Z. Cirurgia conservadora no câncer de mama. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.8, n. 29, p. 428-34, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, RG: _____, CPF: _____.

Tendo sido convidada a participar do estudo “Câncer de Mama: perfil de mulheres portadoras/sobreviventes atendidas em hospitais de referência em oncologia no município de São Luís – MA”, recebi do Sr (a), _____ da equipe pesquisadora, responsável pela sua execução as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

Que o estudo se destina a traçar o perfil das mulheres diagnosticadas com câncer de mama atendidas em hospitais de referência em oncologia no município de São Luís – MA, onde passarei primeiramente por uma seleção feita pelos médicos que me acompanham (oncologista, fisiatra e fisioterapeutas) responsável pelo meu tratamento. Quanto à importância do estudo é a de melhorar a qualidade de vida, o estado psicológico, bem como contribuir positivamente no tratamento do câncer de mama. Os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: conhecer as características socioeconômicas da amostra; verificar a qualidade de vida das mulheres portadoras/sobreviventes de câncer de mama; classificar as mulheres conforme o Índice de Massa Corpórea (IMC); detectar a realização ou não do autoexame das mamas entre as pacientes entrevistadas.

Esse estudo começará em _____ e terminará em _____. O estudo será feito da seguinte maneira: Primeiramente ter-se-á acesso aos prontuários e discutir com a equipe que presta atendimento a essas pacientes (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e psicólogos) a liberação para participarem da pesquisa, que a mesma não ofereça risco de morte a paciente. Os pesquisadores entraram em contato com todas as pacientes por telefone, convidando-as a participarem da pesquisa. Logo após o contato com as pacientes serão convidadas para participarem de uma atividade educativa e de esclarecimento (uma palestra) a fim de falar melhor sobre o estudo deixando-as conscientes sobre como se dará o estudo.

E a partir de então seguindo as outras etapas descritas a seguir: aplicação de questionário sócio demográfico e escala de SF 36 versão reduzida – analisa a qualidade de vida.

A minha participação será acompanhada diretamente pela equipe executora de professores/pesquisadores envolvidos no estudo, conforme segue: Prof.º Dr.º Wellington Roberto Gomes de Carvalho, e-mail: wrgcarvalho@uol.com.br; o Prof.º Dr.º Cristiano Mostarda, e-mail: cristiano.mostarda@gmail.com, fone: (98) 3272-8171; da Prof.ª Drª. Bianca Trovello Ramallo, e-mail: biancaramallo@gmail.com, fone (98) 8285-8508; do Prof.º Dr. Mário Norberto Sevilio de Oliveira Jr., (98) 3272-8170, e-mail: msevilio@hotmail.com, Chefe do Departamento de Educação Física, da Universidade Federal do Maranhão; Prof.º Dr.º João Batista Garcia, (98)8802-0622, e-mail: jbgarcia@uol.com.br, responsável pelo serviço de Dor e Cuidados Paliativos no Instituto Maranhense de Oncologia; Ms. Ana Karine Pires Miranda, e-mail: anakmiranda@hotmail.com, fone: (98) 8808-3224; Andréa Dias Reis e-mail: ad.dea@hotmail.com, fone: (98) 8722-0570; Alcyone de Oliveira Paredes, e-mail: alcyoneparedes@hotmail.com, fone: (98) 8236-8236, Alexsandro Ferreira dos Santos, e-mail: fs_alexsandro@yahoo.com.br, fone: (98) 9139-4497; Érica Brandão de Moraes Vieira,

e-mail: enfermeira_ERICA@yahoo.com.br, fone: (98) 8821-0586; Francisco Farias Martins Júnior, e-mail: junior.farias.m@hotmail.com, fone: (98) 8851-5861; Jurema Gonçalves Lopes de Castro Filha, e-mail: jurema_filha@hotmail.com, fone: (98) 8829-8872; Mara Izabel Carneiro Pimentel, e-mail: maraicpimentel@hotmail.com, fone: (98) 8803-7732; todos estarão disponíveis para responder e esclarecer quaisquer dúvidas que possam surgir sendo garantindo a mim todas as informações e resultados obtidos com esse estudo.

Minha participação é voluntária, não recebendo nenhum incentivo financeiro, portanto autorizo à equipe responsável pelo estudo, o uso dos meus dados e imagens obtidos durante as etapas de execução da pesquisa, pois fui informada que essas informações serão apenas de competência dos pesquisadores envolvidos no estudo, não sendo permitido acesso a terceiros garantindo assim, minha proteção contra qualquer tipo de discriminação ou estigmatização.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO. _____

São Luís, ____/____/____.

Pesquisador (1) _____
 Pesquisador (2) _____
 Pesquisador (3) _____
 Pesquisador (4) _____
 Pesquisador (5) _____
 Pesquisador (6) _____
 Pesquisador (7) _____
 Pesquisador (8) _____
 Pesquisador (9) _____
 Pesquisador (10) _____
 Pesquisador (11) _____
 Pesquisador (12) _____

Pesquisador (Orientador)

APÊNDICE 2 - Questionário sociodemográfico e fatores de risco

QUESTIONÁRIO

1 Dados Pessoais

Nome _____

Idade _____

Peso _____

Altura _____

Circunferência da cintura _____ cm

1.1 Estado Civil:

- ☐ Casada
☐ Solteira
☐ Divorciada
☐ Viúva
☐ outros _____

1.2 Escolaridade:

- ☐ Analfabeta
☐ Ensino Fundamental completo
☐ Ensino Fundamental incompleto
☐ Ensino Médio completo
☐ Ensino Médio incompleto
☐ Superior Completo
☐ Superior incompleto
☐ Pós-Graduação

1.3 Qual a sua Procedência:

- ☐ Capital do MA
☐ Interior do MA
☐ outros _____

1.4 Qual a sua renda familiar?

- ☐ < de 1 salário mínimo
- ☐ de 1 a 2 salários mínimos
- ☐ 3 a 4 salários mínimos
- ☐ Mais de 4 salários mínimos

2. Fatores de risco

2.1 Raça:

- ☐ Branca
- ☐ Negra
- ☐ Parda

2.2 Praticou ou pratica atividade física?

- ☐ Sim
- ☐ Não

2.2 Com quantos anos foi sua primeira menstruação?

- ☐ Antes dos 12 anos
- ☐ A partir dos 12 anos
- ☐ Outros _____

2.4 Com quantos anos você parou de menstruar?

- ☐ Antes dos 50 anos
- ☐ Depois dos 50 anos
- ☐ Não parou

2.5 Paridade

- ☐ sim
- ☐ não

2.6 Qual a idade do primeiro parto?

- ☐ Até aos 20 anos
- ☐ dos 21 aos 29 anos
- ☐ acima dos 30 anos

2.7 Você amamentou? () Sim () Não

2.8 Fez uso de anticoncepcional oral? () Sim () Não ()

2.9 Realizou terapia de reposição hormonal? () Sim () Não

2.10 Você faz ou fez uso de bebida alcoólica? () Sim () Não

2.11 Você é ou foi tabagista? () Sim () Não

3. Dados de comportamento

3.1 Você conhecia o autoexame das mamas? () Sim () Não

3.2 Você realizava o autoexame das mamas? () Sim () Não

3.3 Qual o tipo de tratamento?

3.4 Quanto tempo você levou para procurar ajuda profissional?

() Até 1 mês

() Até 1 ano

() Mais de 1 ano

() Outros _____

3.5 Você recebeu apoio psicológico?

() Sim () Não

ANEXOS

ANEXO 1 – Autorização do Hospital Aldenora Bello.

CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Eu, Dr^o Flávio Roberto, diretor do Hospital Aldenora Bello, autorizo a permanência da equipe pesquisadores Jurema Gonçalves Lopes de Castro Filha*, Francisco Farias Martins Júnior, Ana Karine Pires Miranda, Alcyone de Oliveira Paredes*, Andréa Dias Reis, Alessandro Ferreira dos Santos*, Mara Izabel Carneiro Pimentel*, João Batista Garcia Santos, Cristiano Teixeira Mostarda, Bianca Ramallo e Mário Norberto Sevilio de Oliveira Jr, graduados respectivamente em Educação Física, Enfermagem, Farmácia regularmente matriculados no Programa de Mestrado Saúde Materno-Infantil da Universidade Federal do Maranhão (*) e os demais membros ativos do Laboratório de Fisiologia e Prescrição do Exercício do Maranhão - LAFIPEMA, para a realização da pesquisa Benefícios do Exercício Físico em Pacientes Portadores do Câncer de Mama, sob a orientação do médico deste hospital, Dr^o João Batista Garcia dos Santos e dos Professores em Educação Física Dr^o Mário Norberto Sevilio de Oliveira Jr, Dr^o Cristiano Teixeira Mostarda e Dr^o Bianca Trovello Ramallo, a partir do mês de agosto de 2013 até dezembro de 2018. A permanecerem no hospital tendo acesso aos prontuários, exames e a sala destinada à realização da pesquisa.

Dr. Flávio Roberto dos Santos Silva
Diretor do Hospital Aldenora Bello

Dr^o Flávio Roberto dos Santos Silva

ANEXO 2 – Parecer Consubstanciado

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO/MA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: BENEFÍCIOS DO EXERCÍCIO FÍSICO EM PACIENTES PORTADORES DE CÂNCER DE MAMA

Pesquisador: MARIO NORBERTO SEVILIO DE OLIVEIRA JUNIOR

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 20865713.2.0000.5087

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHAO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 545.547

Data da Relatoria: 25/02/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto que pretende avaliar os efeitos da prática de exercícios físicos em pacientes com câncer de mama, submetidas a várias formas de tratamento (cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia), sobre vários parâmetros, como qualidade de vida, marcadores de estresse oxidativo e marcadores inflamatórios.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos Primários:

Avaliar as respostas geradas pelos exercícios físicos nos sistemas morfológico, fisiológico e psicológico, bem como no estado nutricional em portadores de câncer de mama.

Objetivo Secundário:

1 Analisar os benefícios proporcionados pelos exercícios físicos na amplitude de movimentos do ombro; 2 Identificar a relação proporcionada pelos

exercícios físicos no controle do Índice de Massa Corporal (IMC), percentual de gordura, percentual de massa magra, bem como melhorias das capacidades físicas (resistência de força e flexibilidade) no grupo submetido ao programa de exercícios; 3 Descrever e comparar o perfil psicológico e a qualidade de vida dos pacientes oncológicos antes e após a realização deste estudo, entre o grupo A, submetido ao programa de exercícios

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO/MA**



Continuação do Parecer: 545.547

físicos, com o grupo B, considerado grupo controle; 4 Avaliar os efeitos do treinamento combinado em portadoras de carcinoma mamário, através dos metabólitos do estrogênio: 2 hidroxi estrona, 2 hidroxi estradiol, 16 a OH estrona e 16 a OH estron 2, níveis totais de estrogênio; 5 Descrever o perfil socioeconômico, realização do autoexame e a classificação usando o índice de massa corporal (IMC) e a relação cintura quadril (ICQ);

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os achados da pesquisa poderão contribuir para reforçar a recomendação para prática de exercícios físicos neste segmento de pacientes, considerando os impactos debilitantes da doença e suas várias formas de tratamento. Não há riscos significativos previstos, além daqueles inerentes à prática de exercícios, que poderão ser minimizados pela avaliação e supervisão adequadas das pacientes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Apesar de os benefícios da atividade física já estarem bem estabelecidos para a população em geral, julgo importante a avaliação específica deste perfil de paciente, considerando as suas morbididades e peculiaridades dos vários tipos de tratamento. A demonstração da segurança, exequibilidade e possíveis efeitos benéficos da prática de exercícios nestas pacientes poderá contribuir para estimular esta prática e, assim, melhorar a qualidade de vida das mesmas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos estão apresentados de forma adequada.

Recomendações:

Revisão da escrita.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de uma pesquisa que poderá trazer informações relevantes e não empecilhos éticos à sua realização.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
 Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética CEP: 65.080-040
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)3272-8708 Fax: (98)3272-8708 E-mail: cepufma@ufma.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO/MA



Continuação do Parecer: 545.547

SAO LUIS, 28 de Fevereiro de 2014

Assinador por:
FRANCISCO NAVARRO
(Coordenador)

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** ceputma@ufma.br

9 ARTIGO CIENTÍFICO

9.1 Nome do periódico com sua classificação da WEBQUALIS da CAPES (A1, A2, B1, B2 ou B3) na área de Avaliação Medicina II.

Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia com classificação da WEBQUALIS da CAPES B3.

9.2 Normas editoriais/Normas para autores

Escopo e política

Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Rev Bras Ginecol Obstet., ISSN 0100 7203), publicação mensal de divulgação científica da Federação das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), é dirigida a obstetras, ginecologistas e profissionais de áreas afins, com o propósito de publicar contribuições originais sobre temas relevantes no campo da Ginecologia, Obstetrícia e áreas correlatas. É aberta a contribuições nacionais e internacionais. A revista aceita e publica trabalhos em português, inglês e espanhol.

O material enviado para análise não pode ter sido submetido simultaneamente à publicação em outras revistas nem publicado anteriormente. Na seleção dos manuscritos para publicação, são avaliadas originalidade, relevância do tema e qualidade da metodologia utilizada, além da adequação às normas editoriais adotadas pela revista. O material publicado passa a ser propriedade da Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia e da Febrasgo, só podendo ser reproduzido, total ou parcialmente, com a anuência dessas entidades.

Os manuscritos submetidos à revista são analisados por pareceristas e o sigilo sobre a autoria e a identidade dos revisores é garantido durante todo o processo de edição. Os pareceres dos revisores e as instruções do editor serão enviados para os autores para que eles tomem conhecimento das alterações a serem introduzidas. Os autores devem reenviar o texto com as modificações solicitadas assim que possível, devendo justificar, na carta de encaminhamento, se for o caso, o motivo do não atendimento de alguma sugestão para modificação. Não havendo retorno do trabalho após três meses, presume-se que os autores não têm

mais interesse na publicação. Os autores podem solicitar em qualquer ponto do processo de análise e edição do texto a sustação do processo e a retirada do trabalho. Os conceitos e as declarações contidos nos artigos são de responsabilidade dos autores.

A revista publica contribuições nas seguintes categorias:

- 1 Artigos Originais, trabalhos completos prospectivos, experimentais ou retrospectivos. Manuscritos contendo resultados de pesquisa clínica ou experimental original têm prioridade para publicação.
- 2 Relatos de Casos, de grande interesse e bem documentados, do ponto de vista clínico e laboratorial. Os autores deverão indicar na carta de encaminhamento os aspectos novos ou inesperados em relação aos casos já publicados. O texto das seções Introdução e Discussão deve ser baseado em revisão bibliográfica atualizada. O número de referências pode ser igual ao dos trabalhos completos.
- 3 Técnicas e Equipamentos, para apresentação de inovações em diagnóstico, técnicas cirúrgicas e tratamentos, desde que não sejam, clara ou veladamente, propaganda de drogas ou outros produtos. Valem para essa categoria todas as normas aplicadas para trabalhos completos.
- 4 Artigos de Revisão, incluindo avaliação crítica e sistematizada da literatura, meta-análises ou revisões sistemáticas. A seleção dos temas e o convite aos autores têm como base planejamento estabelecidos pela editoria. Contribuições espontâneas podem ser aceitas. Nesse caso, devem ser enviados inicialmente um resumo ou roteiro do texto, a lista de autores e as respectivas publicações sobre o tema. Se houver interesse da revista, será enviado convite para apresentação do texto definitivo. Todos os autores devem ter publicações em periódicos regulares, indexados sobre o tema da revisão. O número de autores é limitado a quatro, dependendo do tipo de texto e da metodologia empregada. Devem ser descritos os métodos e procedimentos adotados para a obtenção do texto, que deve ter como base referências recentes, inclusive do ano em curso. Tratando-se de tema ainda sujeito a controvérsias, a revisão deve discutir as tendências e as linhas de investigação em curso. Apresentar, além do texto da revisão, resumo,

abstract e conclusões. Ver a seção "Preparo do manuscrito" para informações quanto ao texto principal, página de rosto, resumo e abstract;

- 5 Comentários Editoriais, solicitados pelo editor;
- 6 Resumos de Teses apresentadas e aprovadas nos últimos 12 meses, contados da data de envio do resumo. Devem conter, aproximadamente, 300 palavras e, para serem aceitos, devem seguir as normas da revista quanto à estruturação, à forma e ao conteúdo. Incluir título em português e inglês e, no mínimo, três palavras ou expressões-chave. Não há revisão do texto dos Resumos de Teses. No arquivo enviado, informar: nome completo do autor e do orientador; membros da banca; data de apresentação e a identificação do serviço ou departamento onde a tese foi desenvolvida e apresentada. Lembramos que a publicação do resumo não impede a posterior publicação do trabalho completo em qualquer periódico.
- 7 Cartas dos Leitores para o Editor, versando sobre matéria editorial ou não, mas com apresentação de informações relevantes ao leitor. As cartas podem ser resumidas pela editoria, mas com manutenção dos pontos principais. No caso de críticas a trabalhos publicados, a carta é enviada aos autores para que sua resposta possa ser publicada simultaneamente.

Forma e preparação de manuscritos

Informações gerais

- 1 A revista não aceita material editorial com objetivos comerciais.
- 2 Conflito de interesses: devem ser mencionadas as situações que podem influenciar de forma inadequada o desenvolvimento ou as conclusões do trabalho. Entre essas situações, menciona-se a participação societária nas empresas produtoras das drogas ou dos equipamentos citados ou utilizados no trabalho, assim como em concorrentes da mesma. São também consideradas fontes de conflito os auxílios recebidos, as relações de subordinação no trabalho, as consultorias etc.
- 3 No texto, deve ser mencionada a submissão e a aprovação do estudo por um Comitê de Ética em Pesquisa reconhecido pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

- 4 Artigo que trate de pesquisa clínica com seres humanos deve incluir a declaração, na seção Métodos, de que os sujeitos do estudo assinaram o termo de consentimento livre e informado. Os autores devem informar, também, que a pesquisa foi conduzida de acordo com a Declaração de Helsinque revisada em 2008.
- 5 No caso de trabalhos envolvendo experimentação animal, os autores devem indicar na seção Métodos que foram seguidas as normas contidas no CIOMS (Council for International Organization of Medical Sciences) Ethical Code for Animal Experimentation (WHO Chronicle 1985; 39 (2): 51-6) e os preceitos do Colégio Brasileiro de Experimentação Animal - COBEA (www.cobea.org.br).
- 6 Todos os ensaios controlados aleatórios (randomized controlled trials) e clínicos (clinical trials) submetidos à publicação devem ter o registro em uma base de dados de ensaios clínicos. Essa é uma orientação da Plataforma Internacional para Registros de Ensaios Clínicos (ICTRP) da Organização Mundial da Saúde (OMS), e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). As instruções para o registro estão disponíveis no endereço eletrônico do ICMJE (http://www.icmje.org/clin_trialup.htm) e o registro pode ser feito na base de dados de ensaios clínicos da National Library of Medicine, disponível em: <http://clinicaltrials.gov/ct/gui>.
- 7 O número de autores de trabalhos completos e relatos de casos é limitado a sete. Trabalhos de autoria coletiva (institucionais) devem ter os responsáveis especificados. Trabalhos e estudos multicêntricos podem ter número de autores compatível com o número de centros (cada situação será avaliada pela editoria e pelos revisores). Os investigadores responsáveis pelos protocolos aplicados devem ser especificados. Todos os autores devem ter conhecimento do texto enviado para a revista.
- 8 O conceito de coautoria é baseado na contribuição de cada um, para a concepção e planejamento do trabalho, análise e interpretação dos dados, para a redação ou revisão crítica do texto. A inclusão de nomes cuja contribuição não se enquadre nos critérios citados ou que tenham fornecido apenas suporte material não é justificável.
- 9 Os autores serão informados, por correspondência eletrônica, do recebimento dos trabalhos. Os trabalhos que estiverem de acordo com as Instruções aos Autores e se enquadram na política editorial da revista serão enviados para

análise por revisores indicados pelo editor. Os originais em desacordo com os objetivos da revista ou com essas instruções são devolvidos aos autores para as adaptações necessárias antes da avaliação pelos Conselhos Editoriais ou recusados sem análise por revisores.

- 10 Junto dos arquivos originais, deve ser enviada uma carta de encaminhamento, na qual deve ficar explícita a concordância com as normas editoriais, com o processo de revisão e com a transferência de copyright para a revista.
- 11 Para manuscritos originais, não ultrapassar 25 páginas de texto digitado ou aproximadamente 30.000 caracteres. Limitar o número de tabelas e figuras ao necessário para apresentação dos resultados que são discutidos (como norma geral, limitar a cinco). Para manuscritos do tipo Relato de Caso, não ultrapassar 15 páginas de texto ou 18.000 caracteres (ver "Preparo do manuscrito", "Resultados").
- 12 O trabalho deve ser enviado pelo sistema de submissão online no portal SciELO. O endereço eletrônico de todos os autores deve ser fornecido. Desta forma, os coautores receberão informação sobre a submissão do trabalho e, assim, não será necessária a assinatura de todos na carta de encaminhamento. O endereço eletrônico para correspondência com a revista é rbgo@fmrp.usp.br. O arquivo correspondente ao trabalho deve ser único e deve conter texto, referências, tabelas e figuras.

Preparo dos manuscritos

As normas que seguem foram baseadas no formato proposto pelo ICMJE e publicado no artigo "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals", atualizado em Outubro de 2008 e disponível no endereço eletrônico: <http://www.icmje.org/>.

Apresentação do texto

1. Os trabalhos devem ser digitados em espaço 2 em todas as seções, da página de rosto às referências bibliográficas, tabelas e legendas. Cada página deve conter aproximadamente 25 linhas em uma coluna. Usar preferencialmente o processador de texto Microsoft Word® e a fonte Times New Roman 12. Não dar

destaque a trechos do texto: não sublinhar ou usar negrito. Numerar todas as páginas, iniciando pela de rosto.

2. Não usar maiúsculas nos nomes próprios (a não ser a primeira letra) no texto ou nas referências bibliográficas. Não utilizar pontos nas siglas (DPP em vez de D.P.P.). Quando usar siglas ou abreviaturas, descrevê-las por extenso na primeira vez que mencionadas no texto. Iniciar cada seção em uma nova página: página de rosto; resumo e palavras ou expressões-chave; abstract e keywords; texto; agradecimentos; referências; tabelas individuais e legendas das figuras.

Página de rosto

Apresentar o título do trabalho em português e em inglês; nomes completos dos autores sem abreviaturas; endereços eletrônicos válidos de todos os autores (opcional, em substituição à carta de encaminhamento); nome da instituição onde o trabalho foi desenvolvido; afiliação institucional dos autores; informações sobre auxílios recebidos sob forma de bolsas de estudos, financiamento, fornecimento de drogas, reagentes ou equipamentos. Obrigatoriamente deve ser fornecido o endereço da instituição onde o trabalho foi desenvolvido, o qual é publicado na página inicial do trabalho. Devem ser indicados nome, endereço, telefone/fax e e-mail do autor para o qual a correspondência deve ser enviada. Essas informações pessoais são empregadas apenas para correspondência com a revista e somente são publicadas se houver pedido do(s) autor(es).

Resumo

O resumo do trabalho deve aparecer na segunda página. Para trabalhos completos, redigir um resumo estruturado, que deve ser dividido em seções identificadas: objetivo, métodos, resultados e conclusões. Deve ter aproximadamente 300 palavras. O resumo deve conter as informações relevantes, permitindo que o leitor tenha uma ideia geral do trabalho. Deve incluir descrição resumida de todos os métodos empregados e da análise estatística efetuada. Expor os resultados numéricos mais relevantes, e não apenas indicação de significância estatística. As conclusões devem ser baseadas nos resultados do trabalho e não da

literatura. Evitar o uso de abreviações e símbolos. Não citar referências bibliográficas no resumo.

Abaixo do texto do resumo indicar o número de registro e/ou identificação para os ensaios controlados aleatórios e ensaios clínicos (ver item 5 das "Informações Gerais").

Na mesma página do resumo, citar pelo menos três palavras ou expressões-chave que serão empregadas para compor o índice anual da revista. Devem ser baseadas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) publicado pela Bireme, que é uma tradução do Medical Subject Headings (MeSH) da National Library of Medicine e está disponível no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br>.

O abstract deve ser versão fiel do texto do resumo estruturado (purpose, methods, results e conclusions). Deve ser também acompanhado da versão para o inglês das palavras ou expressões-chave (keywords). O resumo e o abstract dos Relatos de Casos e dos Artigos de Revisão e de Atualização não devem ser estruturados e são limitados a 150 palavras.

Introdução

Repetir, na primeira página da introdução, o título completo em português e inglês. Nessa seção, mostre a situação atual dos conhecimentos sobre o tópico em estudo, divergências e lacunas que possam eventualmente justificar o desenvolvimento do trabalho, mas sem revisão extensa da literatura. Para Relatos de Casos, apresentar um resumo dos casos já publicados, epidemiologia da condição relatada e uma justificativa para a apresentação como caso isolado. Expor claramente os objetivos do trabalho.

Métodos

Iniciar essa seção indicando o planejamento do trabalho: se prospectivo ou retrospectivo; ensaio clínico ou experimental; se a distribuição dos casos foi aleatória ou não etc. Descrever os critérios para seleção das pacientes ou Grupo Experimental, inclusive dos Controles. Identificar os equipamentos e reagentes empregados (fabricante, cidade e país). Se a metodologia aplicada já tiver sido empregada, indicar as referências, além da descrição resumida do método.

Descrever também os métodos estatísticos empregados e as comparações para as quais cada teste foi empregado.

Os trabalhos que apresentam como objetivo a avaliação da eficácia ou a tolerabilidade de tratamentos ou drogas devem, necessariamente, incluir Grupo Controle adequados. Para informações adicionais sobre o desenho de trabalhos desse tipo, consultar ICH Harmonized Tripartite Guideline - Choice of Control Group and Related Issues in Clinical Trials (http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/e10_e.html). Ver também itens 4 e 5 das "Informações Gerais".

Resultados

Apresentar os resultados em sequência lógica, no texto, nas tabelas e nas figuras. Expor os resultados relevantes para o objetivo do trabalho e que são discutidos. Não repetir no texto dessa seção todos os dados das tabelas e figuras, mas descrever e enfatizar os mais importantes, sem interpretação dos mesmos (ver também "Tabelas"). Nos Relatos de Casos, as seções "Métodos" e "Resultados" são substituídos pela "Descrição do caso", mantendo-se as demais.

Discussão

Devem ser realçadas as informações novas e originais obtidas na investigação. Não repetir dados e informações já mencionadas nas seções "Introdução" e "Resultados". Evitar citação de tabelas e figuras. Ressaltar a adequação dos métodos empregados na investigação. Comparar e relacionar suas observações com as de outros autores, comentando e explicando as diferenças. Explicar as implicações dos achados, suas limitações e fazer as recomendações decorrentes. Para Relatos de Casos, basear a discussão em ampla e atualizada revisão da literatura. As informações sobre os casos já publicados podem ser tabuladas e exibidas nessa seção para comparações.

Agradecimentos

Dirigidos a pessoas que tenham colaborado intelectualmente, mas cuja contribuição não justifica coautoria, ou para aquelas que tenham provido apoio material.

Referências

Todos os autores e trabalhos citados no texto devem constar dessa seção e vice-versa. Numerar as referências bibliográficas por ordem de entrada no trabalho e usar esses números para as citações no texto. Evitar número excessivo de referências, selecionando as mais relevantes para cada afirmação e dando preferência para os trabalhos mais recentes. Não empregar citações de difícil acesso, como resumos de trabalhos apresentados em congressos, teses ou publicações de circulação restrita (não indexados). Não empregar referências do tipo "observações não publicadas" e "comunicação pessoal". Artigos aceitos para publicação podem ser citados acompanhados da expressão: "aceito e aguardando publicação" ou "in press", indicando-se periódico, volume e ano. Trabalhos aceitos por periódicos que estejam disponíveis online, mas sem indicação de fascículos e páginas, devem ser citados como "ahead of print". Outras publicações dos autores (autocitação) devem ser empregadas apenas se houver necessidade clara e forem relacionadas ao tema. Nesse caso, incluir entre as referências bibliográficas apenas trabalhos originais publicados em periódicos regulares (não citar capítulos ou revisões).

O número de referências bibliográficas deve ser aproximadamente 35. Os autores são responsáveis pela exatidão dos dados constantes das referências bibliográficas.

Para todas as referências, citar os autores até o sexto. Se houver mais de seis autores, citar os seis primeiros, seguidos da expressão et al., conforme os seguintes modelos:

Formato impresso

- Artigos em revistas

Ceccarelli F, Barberi S, Pontesilli A, Zanca S, Ranieri E. Ovarian carcinoma presenting with axillary lymph node metastasis: a case report. *Eur J Gynaecol Oncol*. 2011;32(2):237-9.

Jiang Y, Brassard P, Severini A, Goleski V, Santos M, Leamon A, et al. Type-specific prevalence of Human Papillomavirus infection among women in the Northwest Territories, Canada. *J Infect Public Health*. 2011;4(5-6):219-27.

- Artigos com título em inglês e texto em português ou outra língua

Utilizar o título em inglês, entre colchetes e no final da referência, indicar a língua na qual o artigo foi publicado.

Prado DS, Santos DL. [Contraception in users of the public and private sectors of health]. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2011;33(7):143-9. Portuguese.

Taketani Y, Mizuno M. [Application of anti-progesterone agents for contraception]. *Rinsho Fujinka Sanka*. 1988;42(11):997-1000. Japanese.

- Livro

Baggish MS, Karam MM. Atlas of pelvic anatomy and gynecologic surgery. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders; 2006.

- Capítulos de livro

Picciano MF. Pregnancy and lactation. In: Ziegler EE, Filer LJ, editors. Present knowledge in nutrition. Washington (DC): ILSI Press; 1996. p. 384-95.

Formato eletrônico

Apenas para informações estatísticas oficiais e citação de referências de periódicos não impressos. Para estatísticas oficiais, indicar a entidade responsável, o endereço eletrônico, o nome do arquivo ou entrada. Incluir o número de tela, data e hora do acesso. Termos como "serial", "periódico", "homepage" e "monography", por exemplo, não são mais utilizados. Todos os documentos devem ser indicados

apenas como [Internet]. Para documentos eletrônicos com o identificador DOI (Digital Object Identifier), este deve ser mencionado no final da referência, além das informações que seguem:

- Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS [Internet]. Informações de Saúde. Estatísticas vitais. Mortalidade e nascidos vivos: nascidos vivos desde 1994. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008. [citado 2007 Fev 7]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>.
- Monograph on the Internet or e-book
Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available at:<http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>.

Tabelas

Apresentar as tabelas em páginas separadas, com espaço duplo e preferencialmente fonte Arial 8. A numeração deve ser sequencial, em algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Todas as tabelas devem ter título e todas as colunas da tabela devem ser identificadas com um cabeçalho. A legenda deve conter informações que permitam ao leitor entender o conteúdo das tabelas e figuras, mesmo sem a leitura do texto do trabalho. As linhas horizontais devem ser simples e limitadas a duas no topo e uma no final da tabela. Não empregar linhas verticais. Não usar funções de criação de tabelas, comandos de justificação, tabulações decimais ou centralizadas. Utilizar comandos de tabulação (tab) e não o espaçador para separar as colunas e, para nova linha, a tecla enter. No rodapé da tabela, deve constar legenda para abreviaturas e testes estatísticos utilizados.

Figuras (gráficos, fotografias e ilustrações)

As figuras devem ser apresentadas em páginas separadas e numeradas sequencialmente, em algarismos arábicos, conforme a ordem de aparecimento no texto. Todas as figuras devem ter qualidade gráfica adequada e apresentar título e legenda. Para evitar problemas que comprometam o padrão da revista, o processo

de digitalização de imagens (scan) deve obedecer aos seguintes parâmetros: para gráficos ou esquemas, usar 300 dpi/bitmap para traço; para ilustrações e fotos (preto e branco), usar 300 dpi/RGB ou grayscale. Em todos os casos, os arquivos devem ter extensão .tif e/ou .jpg. Também são aceitos arquivos com extensão .xls (Excel), .eps, .psd para ilustrações em curva (gráficos, desenhos e esquemas). São aceitas, no máximo, cinco figuras. Se as figuras já tiverem sido publicadas, devem vir acompanhadas de autorização por escrito do autor/editor e constando a fonte na legenda da ilustração.

Legendas

Digitar as legendas usando espaço duplo, acompanhando as respectivas figuras (gráficos, fotografias e ilustrações). Cada legenda deve ser numerada em algarismos arábicos, correspondendo a cada figura, e na ordem em que foram citadas no trabalho.

Abreviaturas e siglas

Devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez no texto. Nas legendas das tabelas e figuras, devem ser acompanhadas de seu nome por extenso. As abreviaturas e as siglas não devem ser usadas no título dos artigos e nem no resumo.

Envio dos manuscritos

O trabalho deve ser enviado pelo sistema de submissão online no portal SciELO <http://submission.scielo.br/index.php/rbgo/login>.

Outras correspondências deverão ser enviadas para:

Jurandyr Moreira de Andrade – Editor

Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia - Editoria - Avenida Bandeirantes, 3.900, 8º andar - Campus Universitário - CEP 14049-900 - Ribeirão Preto (SP) - Fone: (16) 3602-2803 - Fax: (16) 3633-0946

E-mail: rbgo@fmrp.usp.br.

Itens para a conferência do manuscrito

Antes de enviar o manuscrito, conferir se as Instruções aos Autores foram seguidas e verificar o atendimento dos itens listados a seguir:

1. Carta de encaminhamento assinada por todos os autores (escaneada e anexada como documento suplementar ou enviada pelo correio) ou informação dos endereços eletrônicos válidos de todos os autores na página de rosto;
2. Citação da aprovação do projeto do trabalho por Comissão de Ética em Pesquisa, assinatura do termo de consentimento livre e informado (na seção "Métodos") e informação sobre o atendimento das exigências para pesquisa em animais;
3. Número ou código do registro do estudo, se necessário, na página de rosto (item 5 das "Informações Gerais");
4. Conflito de interesses: informar se há ou não. Se houver, explicar sem omissão de informações relevantes;
5. Página de rosto com todas as informações solicitadas;
6. Resumo e abstract estruturados e compatíveis com o texto do trabalho;
7. Três ou mais palavras-chave relacionadas ao texto e respectivas keywords baseadas no Decs;
8. Verificar se todas as tabelas e figuras estão corretamente citadas no texto e numeradas, e se as legendas permitem o entendimento das mesmas;
9. Referências bibliográficas: numeradas na ordem de aparecimento e corretamente digitadas. Verificar se todos os trabalhos citados estão na lista de referências e se todos os listados estão citados no texto.

9.3 Artigo propriamente dito

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA EM SÃO LUÍS (MA).

SOCIODEMOGRAPHIC AND CLINICAL PROFILE FOR WOMEN WITH BREAST CANCER IN SÃO LUÍS (MA).

Mara Izabel Carneiro Pimentel¹

Bianca Trovello Ramallo

Mário Norberto Sevilio de Oliveira Júnior^{1,2}

Wellington Roberto Gomes de Carvalho^{1,2}

¹Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto e da Criança, Universidade Federal do Maranhão – UFMA – São Luís (MA), Brasil.

²Universidade Federal do Maranhão, Departamento de Educação Física, São Luís (MA), Brasil.

* Trabalho realizado no Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão - UFMA, São Luís – (MA), Brasil.

Correspondência:

Mara Izabel Carneiro Pimentel

Universidade Federal do Maranhão – Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão. Avenida dos

Portugueses, 1996, Cidade Universitária do Bacanga, CEP 65.080-805, São Luís-

MA, Brasil. E-mail: maraicpimentel@hotmail.com

RESUMO

Objetivo caracterizar o perfil de mulheres diagnosticadas com câncer de mama, atendidas em um hospital de referência em oncologia no município de São Luís - MA. **Método:** estudo descritivo, transversal com 157 mulheres diagnosticadas com câncer de mama. Incluindo mulheres na faixa etária de 30 e 70 anos de idade. Foram estudadas as variáveis sociodemográficas e clínicas como: idade, estado civil, escolaridade, procedência, renda familiar e os fatores de risco: cor da pele, prática de atividade física, menarca precoce, menopausa, paridade, idade do primeiro parto, amamentação, utilização de anticoncepcional oral, terapia de reposição hormonal, uso de bebida alcoólica, tabagismo, conhecimento e realização do autoexame das mamas. Dados clínicos como: tipo de tratamento, tempo de busca por ajuda profissional e apoio psicológico. **Resultados:** a maioria das mulheres na faixa etária de 41 a 50 e 51 a 60 anos de idade (32,5%), respectivamente; casadas (48,4%); com ensino médio completo (41,4%); procedentes de outros municípios do Estado (51,6%); renda de um a dois salários mínimos (56,7%); cor da pele parda (66,9%). Percentual maior das que não praticavam atividade física (54,1%), não consumiram bebidas alcoólicas (58,0%) e não tabagistas (74,5%). Menarca a partir dos doze anos de idade (81,9%); menopausa antes dos 50 anos (59,2%); idade do 1º parto (90,0%) e aleitamento materno (96,5%). Negam uso de anticoncepcional oral (53,5%) e terapia de reposição hormonal (86%); realizavam o autoexame das mamas (73,25%) e tinham conhecimento sobre o autoexame (88,54%). Como tratamento a maioria submeteu-se à quimioterapia (30,6%) seguida da cirurgia associada à quimioterapia (26,8%). O tempo de procura por ajuda profissional prevaleceu em até um mês (67,3%) e não obtiveram apoio psicológico (56,7%). **Conclusão:** considera-se o câncer de mama uma neoplasia de fácil prevenção, mediante a adoção em mudanças de hábitos de vida e submetendo-se ao monitoramento, métodos e diagnóstico precoce.

Palavras-chave: Câncer de mama, Perfil, Mulheres.

ABSTRACT

Objective To characterize the profile of women diagnosed with breast cancer treated at a referral hospital in oncology in São Luís - MA. **Method:** A descriptive cross-sectional study of 157 women diagnosed with breast cancer. Including women aged 30 and 70 years of age. Age, marital status, education, origin, family income, and risk factors: skin color, physical activity, early menarche, menopause, parity, age at first birth, breastfeeding, use the sociodemographic and clinical variables were studied as of oral contraceptives, hormone replacement therapy, alcohol use, smoking, knowledge and realization of self-examination of breasts. Clinical data such as: type of treatment, duration of search for professional help and psychological support. **Results:** Most women aged 41-50 and 51-60 years old (32.5%), respectively; married (48.4%); with high school education (41.4%); from other municipalities of the State (51.6%); income of one to two minimum wages (56.7%); dark brown skin (66.9%). Higher percentage of that physical inactivity (54.1%) did not consume alcohol (58.0%) and nonsmokers (74.5%). Menarche from the age of twelve (81.9%); menopause before age 50 (59.2%); age at 1st calving (90.0%) and breastfeeding (96.5%). Deny use of oral contraceptives (53.5%) and hormone replacement therapy (86%); performed breast self-examination (73.25%) and had knowledge about self-examination (88.54%). As most treatment underwent chemotherapy (30.6%) followed by surgery combined with chemotherapy (26.8%). The search time for professional help prevailed within one month (67.3%) and did not receive psychological support (56.7%). **Conclusion:** considered breast cancer neoplasia easily preventable by adopting in lifestyle changes and undergoing the monitoring, methods and early diagnosis.

Key-words: Breast Cancer, Profile, Women.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA EM SÃO LUÍS (MA).

SOCIODEMOGRAPHIC AND CLINICAL PROFILE FOR WOMEN WITH BREAST CANCER IN SAN LUIS (MA).

1 INTRODUÇÃO

Dentre todos os tipos de câncer que podem atingir um ser humano, certamente, o câncer de mama é provavelmente o mais temido pelas mulheres, pois a mama feminina está relacionada a aspectos fundamentais na vida da mulher¹.

A carcinogênese é um processo de formação de tumores quando células normais são convertidas em células neoplásicas, as quais adquirem capacidade de crescerem de modo autônomo. O INCA define o câncer como um crescimento desordenado das células que podem invadir tecidos e órgãos e que ainda podem se espalhar para outras regiões do corpo, o que se denomina de metástase².

Oliveira et al.³ conceituam o câncer como um processo patológico que começa quando uma célula é transformada por mutação genética do ácido desoxirribonucleico celular (DNA). Esta célula normal forma um clone e prolifera-se de maneira anormal, adquirindo características invasivas, podendo infiltrar tecidos circunvizinhos e ganhar acesso aos vasos linfáticos e sanguíneos, que as levam até outros lugares do corpo.

Estudos têm comprovado que o câncer de mama é o mais frequente, sendo a principal causa de morte por câncer entre mulheres no Brasil e no mundo. É o tumor que mais apresenta evidências científicas sobre o impacto do rastreamento na redução da mortalidade⁴.

No Brasil, a estimativa no ano de 2012 era que ocorressem 52.680 novos casos de câncer de mama, com risco estimado de 52 casos a cada 100.000 mulheres. Entretanto, este risco apresentou grande variação de acordo com a região do País: no Sudeste, foi de 69/100.000; no Sul, 65/100.000; no Centro-Oeste, 48/100.000; no Nordeste, 32/100.000 e; por fim, no Norte de 19/100.000 mulheres. Também existem diferenças em relação à faixa etária, sendo observada uma taxa específica de 04 quatro casos a cada 100.000 mulheres entre 40 e 49 anos e 05 cinco casos a cada 100.000 mulheres acima de 50 anos¹.

Estima-se, também, para os anos de 2014 e 2015, no Brasil, a ocorrência de aproximadamente 576 mil casos novos de câncer, incluindo-se os casos de pele não melanoma, seguido pelos tumores de próstata e de mama feminina. No Maranhão, para o mesmo ano, são esperados 7120 neoplasias malignas, dentre as quais 570 casos novos de câncer de mama feminino e, destes, 250 apenas na capital do Estado².

A taxa de mortalidade relacionada ao câncer de mama é bastante diferente entre os países desenvolvidos e os em desenvolvimento. Observa-se que, nos países desenvolvidos, houve importante redução da mortalidade nos últimos anos. Entretanto, nos países em desenvolvimento, verificou-se estabilidade ou até mesmo contínuo aumento. Esta diferença pode ser atribuída às diversidades das políticas de detecção precoce, bem como às dificuldades de acesso ao tratamento adequado nos países mais pobres⁵.

O câncer de mama acarreta nas pacientes dilemas de cunho psicológico e social. Sampaio⁶ destaca que o câncer de mama carrega consigo ansiedades, depressões, medos e distúrbios no autoconceito, em especial, no referente à autoestima e à imagem corporal.

É necessário conhecer a percepção das mulheres sobre o câncer de mama, além de suas crenças, dos fatores risco, detecção precoce, tratamento, a gravidade da doença e o risco de recidiva, dentre tantos outros aspectos relacionados à problemática, o que torna importante, para que se possa implementar medidas assistenciais de acordo com a realidade em que cada mulher vive⁷.

A identificação precoce do câncer de mama é realizada, principalmente, a partir de exames de mamografia e ultrassonografia, exames caros e de difícil acesso para a maior parte da população. Assim, torna-se importante a detecção precoce na identificação da população de risco para o desenvolvimento deste tipo de câncer e, consequentemente, melhorar o prognóstico e minimizar os casos de morte.

O objetivo do estudo foi caracterizar o perfil de mulheres diagnosticadas com câncer de mama e atendidas em hospital de referência em oncologia no município de São Luís- MA.

2 MÉTODOS

O presente estudo foi desenvolvido a partir de um estudo maior, de corte transversal, realizado com amostra de conveniência denominado “*Benefícios do exercício físico em pacientes portadores de câncer de mama*”. A população amostrada foi composta por pacientes do sexo feminino, com idade de 30 a 70 anos de idade, com diagnóstico clínico de câncer de mama em tratamento ou acompanhamento no Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Bello (IMOAB).

Essa instituição está localizada na cidade de São Luís, no estado do Maranhão, e é um hospital de referência estadual em oncologia, com atendimento ambulatorial e internação nas diversas especialidades. A coleta de dados foi

realizada no IMOAB, entre março a julho de 2014, de segunda a sexta-feira, nos turnos matutino e vespertino.

Foram excluídas do estudo mulheres grávidas, em estágio final da doença, idade inferior a 30 anos e superior a 70 anos, aquelas sem condições de se comunicarem verbalmente, bem como as que apresentaram distúrbios mentais e não desejaram participar do estudo.

De acordo com dados fornecidos pelo IMOAB, o número total de mulheres com diagnóstico clínico de câncer de mama em tratamento ou acompanhamento era de 225 pacientes. Para o cálculo da amostra, adotou-se erro amostral tolerável de cinco pontos percentuais (5%), nível de confiança de 95%, estimando-se, assim, uma amostra de 143 mulheres. Convém destacar que, com o acréscimo de 10% para possíveis perdas e lacunas, obteve-se uma amostra final de 157 mulheres.

Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), sob parecer nº 545.547/2014.

Após a orientação e a especificação quanto aos objetivos desta pesquisa, todas as pacientes assinaram o TCLE. A entrevista foi realizada pelo profissional atendente, devidamente capacitado, de forma individual para cada paciente, em sala de espera, com registro em formulário, contendo questões estruturadas como: idade, estado civil, escolaridade, procedência, renda familiar, etnia, prática de atividade física, menarca precoce, menopausa, hereditariedade, filhos, idade do primeiro parto, amamentação, utilização de anticoncepcional oral, terapia de reposição hormonal, uso de bebida alcoólica, tabagismo, conhecimento e realização do

autoexame das mamas, tipo de tratamento, tempo de busca por ajuda profissional e apoio psicológico.

Todas as informações obtidas e contidas no instrumento de pesquisa deram origem a um banco de dados, que foram armazenadas e tabuladas no programa Microsoft Office Excel®, versão 2010. Posteriormente, os dados foram transferidos e analisados no programa estatístico STATA®, versão 12.0 (Stata Corp., College Station, TX, EUA), para efetivação dos cálculos descritivos de frequência absoluta (n) e relativa (%).

3 RESULTADOS

A idade das mulheres diagnosticadas com câncer de mama foi de 32,5%, respectivamente na faixa etária de 41 a 50 anos e de 51 a 60 anos de idade. A maioria casada, 48,4%. Quanto à escolaridade, 41,4% com ensino médio completo. Em relação à procedência, 51,6% oriundas de outros municípios Estado do Maranhão. Renda familiar, 56,7% informaram ser de 1 a 2 salários mínimos. Quanto à cor de pele, 66,9 % pardas (TABELA 1).

Com relação ao estilo de vida, dentre as avaliadas, notou-se uma frequência de 54,1% (85) que não praticavam atividade física, 58,0% (91) não consumiam bebida alcoólica e de 74,5% (115) não tabagistas (TABELA 2).

As variáveis referentes ao histórico ginecológico apresentou maior frequência da menarca a partir dos doze anos de idade, 81,9% (127) e menopausa antes dos 50 anos 59,2% (93). Verificou-se que 90,0% (142) têm filhos e, dentre estas, a faixa etária do primeiro parto foi dos 21 a 29 anos de idade, 49,3% (70) e o aleitamento materno prevaleceu em 96,5% (137). A maioria 53,5% (84) das entrevistadas afirmou não ter utilizado anticoncepcional e, quanto à terapia de reposição hormonal,

a maioria 86,0% (135) não fez uso desta. Realizaram o autoexame das mamas 73,25% (115) e têm conhecimento acerca do autoexame 88,54% (139). (TABELA 3).

O histórico de suporte médico demonstrou que a quimioterapia, 30,6% (48) e cirurgia associada à quimioterapia, 26,8% (42) prevaleceram como tratamento nas avaliadas. O tempo de suporte médico prevaleceu em um mês, 67,3% (105) e a maioria admitiu não ter tido apoio psicológico 56,7% (89). (TABELA 4).

4. DISCUSSÃO

A idade das mulheres com neoplasia mamária, segundo a literatura, está relacionada ao envelhecimento, uma vez que cerca de 75% dos casos ocorrem após os 50 anos de idade⁸. Na amostra estudada, foi observada a idade de 41 a 50 anos e de 51 a 60 anos, semelhantes ao preconizado em literatura relacionada.

No Brasil, de acordo com dados disponibilizados pelo INCA⁹ no que refere aos fatores de risco, a idade média das mulheres com esta neoplasia é de 52,4 anos de idade.

Os dados do estudo demonstraram que a maioria das mulheres entrevistadas 65 (41,4%) tinham ensino médio completo e renda familiar de 1 a 2 salários mínimos 89 (56,7%). Segundo Tessaro¹⁰ a neoplasia da mama ocorre mais entre as mulheres de maior nível socioeconômico, o que provavelmente reflete fatores associados ao estilo de vida. Assim, a escolaridade e a renda elevada resultam em idade tardia para o primeiro filho.

Um estudo realizado com 14 mulheres com câncer de mama em Campina Grande – PB¹¹, em se tratando do estado civil, apontou a maioria das mulheres como casadas. Quanto aos indicadores sociodemográficos, diferenciou-se do nosso estudo quanto à escolaridade das participantes, pois, naquela, a maioria possuía

ensino fundamental incompleto. No que se refere à renda familiar, corrobora com o presente estudo, uma vez que a maioria também recebia entre 1 e 2 salários mínimos.

Di Pietro et al.¹² ressaltam que o risco de CA de mama foi maior entre as mulheres de baixa renda e de menor nível de escolaridade, o que pode também estar associado a um estilo de vida mais estressante.

Com relação à procedência, das entrevistadas, a maioria 51,6% (81) provinha de outros municípios do Estado. De acordo com Paiva et al.,¹³ o câncer de mama é mais incidente na zona urbana. Neste trabalho, essa constatação não se confirmou, já que a maioria residia no interior.

Quanto à cor da pele, a maioria declarou-se parda 66,9% (105). Matos¹⁴ escreveu, em seu estudo, que o câncer de mama é mais incidente em mulheres brancas.

Foi observado, na amostra estudada, que 85 (54,1%) das mulheres avaliadas não praticavam atividade física. Estudo realizado por Pinho e Coutinho¹⁵ demonstrou que mais da metade das mulheres da amostra eram sedentárias, o que se assemelha aos achados desta investigação.

Em estudo realizado por Silva et al.,¹⁶ relacionado aos fatores de risco para o CA de mama em mulheres indígenas no estado do Paraná, constatou-se que somente 17,3% praticavam exercícios físicos, pelo menos três vezes na semana, regularmente.

Romieu e Lajou¹⁷ referem que a atividade física pode exercer efeito nos níveis hormonais. Portanto, pode diminuir o risco de desenvolvimento do CA de mama.

O alcoolismo é um fator de risco amplamente confirmado para o CA de mama¹⁸. No estudo epidemiológico sobre fatores de risco associado ao CA de

mama¹⁹ em Marin Country, nos Estados Unidos, foi identificada maior incidência da CA de mama quando associado ao maior consumo de álcool. No presente estudo, por sua vez, o maior percentual foi de mulheres que não fizeram uso de bebida alcoólica, correspondendo a 91 (58,0%).

O risco de CA de mama invasivo é maior nas mulheres fumantes em relação as não fumantes, conforme os resultados apresentados na reunião anual da American Society of Clinical Oncology²⁰. Verificou-se, neste estudo, que 117 (74,5%) das mulheres entrevistadas não eram tabagistas. Acredita-se que uma redução no número de fumantes pode estar associada às inúmeras campanhas realizadas no Brasil contra o tabagismo.

A revisão do National Breast and Ovarion Cancer Center (NBOCC, 2009),²¹ no que concerne aos fatores de risco para o CA de mama, destaca a associação entre o tabagismo e esse tipo de câncer ainda ser complicado, pelo fato da inexistência de evidências consistentes sobre essa interação.

Das 157 pacientes entrevistadas, 127 (81,9%) apresentaram menarca a partir dos 12 anos de idade. Esse dado está de acordo com o estudo de Pinho e Coutinho¹⁵ realizado com mulheres de Teresópolis (RJ). O risco parece ser mais elevado em meninas que tiveram a menarca aos 16 anos, quando comparadas àquelas que a vivenciaram 2 a 5 anos mais precocemente, e, ainda, estas revelaram maiores riscos de desenvolver CA de mama, cerca de 10 a 30 %²².

A idade da menopausa, na amostra estudada, ocorreu antes dos 50 anos de idade. Dados estes semelhantes ao estudo de Oliveira et al.,³ cuja média de idade foi de $49,1 \pm 4,6$ anos.

No estudo de Vogel²³ com mulheres, as que tiveram menopausa aos 55 anos ou mais possuíam 50% mais chances de desenvolver o CA de mama. Entretanto, as

que cessaram a menstruação aos 45 anos ou mais jovens tiveram 30% menos chances de desenvolvê-lo. Tal constatação, provavelmente, justifica-se pelo fato do elevado nível de estrógenos circulantes os quais a mulher é exposta entre a menarca e menopausa.

Considerando-se o histórico ginecológico das mulheres do presente estudo, 141 (89,8%) tiveram filhos. Destas, 70 (49,3%) tiveram o primeiro filho dos 21 aos 25 anos de idade.

Giglio e Iyeyasu²⁴ escreveram que “as nulíparas apresentam um risco maior em relação às mulheres que engravidaram [...]”, dado que, nesta pesquisa, não pôde ser constatado pelos resultados.

Numa revisão de literatura, os indícios demonstraram que a amamentação pode ser um fator de proteção, pois a prática de aleitamento materno prolongado e exclusivo até os seis meses de idade pode proteger a mulher contra o CA de mama. Além disso, um dos benefícios para a mãe é que a amamentação oferece uma proteção adicional à mulher, bem como a perda de peso ou gordura²⁵. No presente estudo, esse dado foi bastante positivo, pois mais da metade das mulheres entrevistadas amamentaram 137 (96,5%).

De acordo com o INCA,⁸ a associação do uso de contraceptivos orais ao aumento para o risco de CA de mama, em mulheres que utilizaram pílulas com dosagens elevadas de estrogênio, utilizaram por uso prolongado, ou em idade precoce e antes da gravidez, ainda é controversa. Entre as pacientes do estudo, a maioria não utilizou contraceptivos orais 84 (53,5%).

Nesta investigação, 135 (86,0%) das mulheres nunca fizeram uso de Terapia de Reposição Hormonal (TRH). No estudo de Matos et al.,²⁶ (69,2%) das mulheres não fizeram uso da TRH, prevalência essa menor do que a encontrada. Porém, no

estudo realizado por Borghensan et al.,²⁷ observou-se que 81,2% da amostra nunca haviam feito uso da TRH, o que se assemelha também ao verificado neste estudo.

Segundo Maglis,²⁸ o efeito da TRH não é indutor do CA de mama, mas, possivelmente, atua como promotor, pois aumentaria o crescimento de tumores pré-existentes, justificando-se, dessa forma, o crescimento de cânceres em associação ao seu uso.

A TRH contém hormônios femininos, o estrogênio e a progesterona. O Ministério da Saúde²⁹ refere que o estrogênio tem papel de destaque no CA de mama pelo fato de induzir o crescimento das células do tecido mamário, o que leva a alterações genéticas e, conseqüentemente, ao desenvolvimento do CA de mama.

Em relação à realização do autoexame das mamas, o resultado foi positivo, se levado em consideração que 115 (73,25%) das mulheres avaliadas fizeram-no. Conforme o INCA,³⁰ esse exame por si só não deve ser considerado uma estratégia isolada de detecção precoce para o CA de mama. A recomendação é que este faça parte das ações de educação em saúde e para que complementem o conhecimento sobre seu corpo. Portanto, não deve ser substituído pelo exame físico realizado por profissional de saúde qualificado para tal atividade ou ainda pelo exame de imagem.

O autoexame sistemático das mamas tem sido recomendado desde a década de 1930 e foi incorporado às políticas de saúde pública norte-americanas desde os anos 1950. Considerando-se que até 90% dos casos de câncer de mama são detectados pelas próprias mulheres, pode-se deduzir que a promoção do autoexame seja uma estratégia eficaz para sua detecção³¹.

Observou-se que o conhecimento sobre o autoexame apresentou relação significativa com a realização deste, citado por 139 (88,54%) das avaliadas. Vale

ressaltar que muitas mulheres relatam não realizar o autoexame das mamas por preguiça, esquecimento e algumas por medo de encontrar algum tipo de nódulo³².

O CA de mama é tratado como uma doença sistêmica, sendo assim, na maioria das vezes, o tratamento é cirúrgico, seguido de uma terapia coadjuvante como a quimioterapia e ou hormonioterapia³³. Nesta pesquisa, a maioria refere-se à quimioterapia 48 (30,6%), seguidos da cirurgia e quimioterapia 42 (26,8%), dados mais uma vez semelhantes ao citado em literatura especializada.

A maioria (67,3%) levou até um mês para procurar ajuda profissional. Segundo Gebrim e Quadros,³⁴ o câncer de mama é considerado uma doença de bom prognóstico, desde que diagnosticado e tratado precocemente.

Certamente, o CA de mama é o mais temido pelas mulheres em decorrência de sua alta frequência e, sobretudo, devido aos seus efeitos psicológicos, os quais afetam a percepção da sexualidade e a própria imagem pessoal³⁵. No presente estudo, a maioria das mulheres entrevistadas afirmou não ter recebido apoio psicológico 89 (56,7%).

Compreende-se que os profissionais de saúde devem estar aptos a avaliar e quantificar os riscos individuais aos quais as mulheres estão expostas, sendo que os resultados desta avaliação devem ser claramente informados às mulheres, a fim de que este conhecimento seja propulsor de transformações no seu estilo de vida. No que é atinente aos profissionais, a avaliação do risco individualizado pode auxiliar no planejamento de ações de prevenção e rastreamento mais efetivo, considerando-se a necessidade individual de cada mulher³⁶.

Nas entrevistas realizadas, identificaram-se muitas pacientes oriundas do interior do estado do Maranhão, em que muitas delas têm um baixo poder aquisitivo e, também, são carentes de informações com relação à enfermidade. Infere-se que

têm medo de procurar os serviços de saúde e ou, mesmo quando são diagnosticadas e começam o tratamento, sentem-se abandonadas, rejeitadas, inseguras quanto a sua aparência física, principalmente, em relação à queda de cabelo e à retirada da mama (Mastectomia). Assim, essas mulheres não se sentem sexualmente atraentes e são bastante preocupadas com a perspectiva de morrer.

Este estudo possibilitou caracterizar o perfil de mulheres diagnosticadas com câncer de mama no serviço de oncologia do IMOAB, no município de São Luís-MA. Na amostra estudada, constatou-se a ocorrência de diversos fatores de risco para o câncer de mama. Dentre estes, fizeram-se prevalentes a idade, a inatividade física e a falta de apoio psicológico.

Constatou-se, também, a ocorrência de fatores de proteção contra o câncer de mama. Dentre os quais, não consumirem bebidas alcoólicas, não serem tabagistas, amamentarem, não utilizarem contraceptivos orais nem tampouco realizarem a TRH.

Ressalta-se que o câncer de mama é uma neoplasia de fácil prevenção, caso as pessoas apresentem mudanças em seus hábitos, contribuindo, dessa forma, para a redução de alguns fatores de risco.

Compreende-se que são diversas as barreiras para a adoção de práticas preventivas. Dentre as quais se destaca a dificuldade de acesso aos serviços de saúde para diagnóstico e tratamento, pois a maioria dos municípios não disponibiliza de tal equipamento. Desse modo, as pacientes destas localidades precisam buscar atendimento fora do seu domicílio e, assim mesmo, sem a garantia da realização do exame, visto o número insuficiente de equipamentos para este fim no estado do Maranhão.

O município não tem rede de serviço estruturada e muito menos recursos diagnósticos e mamógrafos. Os resultados então não demonstram melhoria do acesso aos métodos diagnósticos.

A prioridade para o combate e a prevenção do CA de mama volta-se para a necessidade de se investir e de ampliar o acesso ao diagnóstico precoce, o que pode ser feito, inicialmente, por exemplo, com a aquisição de mamógrafos, com a adoção de um programa de mamografia móvel, com o uso de carretas e barcos transportando tais equipamentos. Ressalta-se que estas ações possibilitarão a realização de mamografias em lugares mais distantes do país.

Consequentemente, haverá uma redução nas taxas de mortalidade, bem como a diminuição da incidência de casos de câncer de mama, no Brasil e, principalmente, no Maranhão, onde a necessidade e a demanda são bastante significativas.

Conflito de interesses

Não houve conflitos de interesse

REFERÊNCIAS

1. INCA. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2011. 118 p.
2. INCA. Ministério da Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2013.124p.
3. OLIVEIRA, M. M. C. et al. Epidemiologia do câncer de mama em pacientes do Sul do Brasil. **BEPA - Boletim Epidemiológico Paulista**, v. 6, n. 63, p. 4-14, 2009.
4. LEE, C. H. et al. Breast cancer screening with imaging: recommendations from the Society of Breast Imaging and ACR on the use of mammography, breast MRI, breast ultrasound, and other technologies for the detection of clinically occult breast cancer. **J Am Coll Radiol**, n. 7, p. 18-27, 2010.
5. FREITAS JÚNIOR, R. et al. Disparities in female breast cancer mortality rates in Brazil between 1980 and 2009. **Clinics**, n.67, p.731-7, 2012.
6. SAMPAIO, A. A prática do autoexame na prevenção do câncer de mama. In: M. G. G. Gimenes, M. H.; Fávero et al. **A mulher e o câncer**. Campinas: Editorial Psy, p.260-290, 2006.
7. FUGITAL, R. M. I.; GUALDA, D. M. R. A causalidade do câncer de mama à luz do modelo de crenças em saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 4, n. 40, p. 501-6, 2006.
8. INCA-INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (BRASIL), 2010a. **Fatores de Risco**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp>. Acesso em: 10 set. 2014.
9. INCA-INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2010b. **Incidência de câncer no Brasil**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2010>>. Acesso em: 10 set. 2014.
10. TESSARO, S. **Epidemiologia do câncer de mama**. In____: BOFF, R. A. (Org.). Mastologia aplicada: abordagem multidisciplinar. Caxias do Sul, RS: Educs, 2001. p. 15-28.
11. RAMOS, Wennye Soraya Ribeiro. **Sentimentos vivenciados por mulheres acometidas por câncer de mama**. 2010. 27 f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2010.
12. DI PIETRO, P. F. et al. Breast cancer in Southern Brazil: association with past dietary intake. **Nutrición Hospitalaria**, Madrid, v. 22, n. 5, p. 565-572, 2007.

13. PAIVA, Carlos Eduardo et al. Fatores de risco para câncer de mama em Juiz de Fora: um estudo caso-controle. **Revista brasileira de cancerologia**. Minas Gerais, 2005.
14. MATOS, Jéssica Carvalho de et al. Mortalidade por câncer de mama em mulheres do município de Maringá, Paraná, Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, 2009.
15. PINHO, V. F. S., COUTINHO, E. S. F. Variáveis associadas ao câncer de mama em usuárias de unidades básicas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. 23(5): 1061, maio de 2007.
16. SILVA, E. P. et al. Exploração de fatores de risco para câncer de mama em mulheres de etnia Kaingáng, Terra Indígena Faxinal, Paraná, Brasil, 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1493-1500, 2009.
17. ROMIEU, I.; LAJOUS, M. The role of obesity, physical activity and dietary factors on the risk for breast cancer: mexican experience. **SALUD PÚBLICA DE MÉXICO**, Cuernavaca, v. 51, supl. 2, p. s172-2180, 2009.
18. DUMITRESCU, R. G.; COTARLA, I. Understanding breast cancer risk - where do we stand in 2005. **Journal of Cellular and Molecular Medicine**. V. 9. n. 1, p. 208-21, 2005.
19. WRENSCH, M.; CHEW, T.; FARREN, F. et al. - Risk factors for breast cancer in a population with high incidence rates. **Breast Cancer Research**. v. 5, n. 4, p. 88-102, 2003.
20. AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY (ASCO). **Annual Meeting: ABSTRAT 1505**, 6, 2011.
21. NATIONAL BREAST AND OVARIAN CANCER CENTRE (NBOCC). Breast cancer risk factors: a review of the evidence. Surry Hills, NSW, Australia: **National Breast and Ovarian Cancer Centre**, 2009.
22. CIBEIRA, G. H., GUARAGNA, R. M. Lipídio: fator de risco e prevenção do câncer de mama. **Rev Nutrição**, v. 1, n. 19, 2006; Disponível em: www.scielo.br/scielo. Acesso em: 10 set. 2014.
23. VOGEL, V. G. Breast cancer prevention: a review of current evidence. **Journal of Clinical Oncology**, v. 50, n. 3, p. 156-70, 2000.
24. GIGLIO, Auro; IYEYASU, Hirofumi. Câncer de mama. In: LOPES; Ademir et al. **Oncologia para graduação**. São Paulo: Tecmedd, 2005.
25. CUNHA, L. N. **Diet book: Gestante**. São Paulo: Mandarin, 2001. cap. 3, p. 91-122.

26. MATOS, J. C. et al. Prevalence of risk factors for breast neoplasm in the city of Maringá, Paraná State, Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 352-359, 2010.
27. BORGHESAN, D. H. et al. Câncer de mama e fatores associados. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, supl. 1, p. 62-68, 2008.
28. MAJLIS, S. D. Hormonas femeninas y cancer de mama: estado de la polemica y evidencias en 2008. Que responder a las pacientes?. **Revista Chilena de Radiologia**, Santiago de Chile, v. 14, n. 3, p. 113-121, 2008.
29. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (BR). Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Controle de Câncer. **O problema do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2008.
30. INCA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Programa nacional de controle do câncer do colo do útero e de mama**. INCA, Rio de Janeiro. 2006.
31. NASCIMENTO, T. G., SILVA, S. R., MACHADO, A. R. M. Autoexame de mama: significado para pacientes em tratamento quimioterápico. **Rev Bras Enferm**, v.62, n.4, p.557-61, 2009.
32. THULER, L. C. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. **Rev Bras Cancerol**, v.49, n.4, p.227-38, 2003.
33. GANZ, P. A. Quality of life across the continuum of breast câncer care. **Breast J**. v. 5, n. 6, p. 324-30, 2000.
34. GEBRIM, Luiz Henrique; QUADROS, Luis Gerk de Azevedo. Rastreamento do câncer de mama no Brasil. In____: **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro. n. 6. v. 28. jun. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em: 03 out. 2014.
35. INCA. Ensino de qualidade na base do controle do câncer. **Revista Rede Câncer**, n. 6. 2008. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/revistaredecancer/revista>. Acesso em: 20 set. 2014.
36. ADRIANE, P. B. et al. Conhecimento e prática sobre os fatores de risco para o câncer de mama entre mulheres de 40 a 69 anos. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, Recife, v. 2, n. 11, p. 163-171 abr./jun., 2011.

TABELAS

Tabela 1. Caracterização amostral de mulheres diagnosticadas com câncer de mama em um hospital de referência. São Luís, Maranhão, 2014.

Variáveis	(n)	(%)
Idade (anos)		
41 a 50	51	32,5
51 a 60	51	32,5
61 a 70	32	20,3
30 a 40	23	14,7
Estado civil		
Casada	76	48,4
Solteira	42	26,8
Viúva	21	13,4
Divorciada	16	10,2
Outros	02	1,3
Escolaridade		
Ens. Med. completo	65	41,4
Ens. Fund. incompleto	34	21,7
Ens. Sup. Completo	16	10,2
Ens. Fund. completo	15	9,6
Ens. Med. incompleto	10	6,4
Pós – graduação	07	4,5
Ens. Sup. incompleto	05	3,2
Analfabeta	05	3,2
Procedência		
Outros municípios	81	51,6
São Luís	63	40,1
Outros Estados	13	8,3
Renda familiar		
De 1 a 2 salários mínimos	89	56,7
< 1 salário mínimo	39	24,8
3 a 4 salários mínimos	20	12,7
Mais de 4 salários mínimos	09	5,7
Cor da pele		
Parda	105	66,9
Negra	33	21,0
Branca	19	12,1
Total	157	100,0

Tabela 2. Estilo de vida de mulheres diagnosticadas com câncer de mama em um hospital de referência. São Luís, Maranhão, 2014.

Variáveis	(n)	(%)
Prática de atividade física		
Não	85	54,1
Sim	72	45,9
Consumo de bebida alcóolica		
Não	91	58,0
Sim	66	42,0
Tabagista		
Não	117	74,5
Sim	40	25,5
Total	157	100,0

Tabela 3. Histórico ginecológico de mulheres diagnosticadas com câncer de mama em um hospital de referência. São Luís, Maranhão, 2014.

Variáveis	(n)	(%)
Menarca		
A partir dos 12 anos	127	81,9
Antes dos 12 anos	30	19,1
Menopausa		
Antes dos 50 anos	93	59,2
Depois dos 50 anos	38	24,2
Não parou	26	16,6
Paridade		
Sim	142	90,0
Não	15	10,0
Idade do 1º parto		
Dos 21 aos 29 anos	70	49,3
Até aos 20 anos	56	39,4
Acima dos 30 anos	16	11,3
Aleitamento materno		
Sim	137	96,5
Não	05	3,5
Uso de anticoncepcional		
Não	84	53,5
Sim	72	45,9
Parou	01	0,6
Reposição hormonal		
Não	135	86,0
Sim	22	14,0
Realização do autoexame		
Sim	115	73,25
Não	42	26,75
Conhecimento do autoexame		
Sim	139	88,54
Não	18	11,46
Total	157	100,0

Tabela 4. Histórico do suporte médico de mulheres diagnosticadas com câncer de mama em um hospital de referência. São Luís, Maranhão, 2014.

Variáveis	(n)	(%)
Tipo de tratamento		
Cirurgia, quimioterapia	42	26,8
Quimioterapia	48	30,6
Cirurgia, quimioterapia, radioterapia	36	22,9
Quimioterapia, radioterapia	17	10,8
Cirurgia	07	4,5
Radioterapia	03	1,9
Hormonioterapia	02	1,2
Quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia	01	0,6
Cirurgia, radioterapia	01	0,6
Tempo de ajuda profissional		
Até 1 mês	105	67,3
Mais de 1 ano	12	7,7
>1 mês até 1 ano	11	7,1
Outros	28	18,0
Apoio psicológico		
Não	89	56,7
Sim	68	43,3
Total	157	100,0

Pimentel, Mara Izabel Carneiro.

Perfil de mulheres diagnosticadas com Câncer de Mama atendidas em hospital de referência em oncologia no município de São Luís-MA. / Mara Izabel Carneiro Pimentel. __ 2014. 80f.

Dissertação: (Mestrado) – Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-graduação em Saúde do Adulto e da Criança, 2014.

1. Câncer de mama 2. Perfil. 3. Mulheres. I. Título

CDU 618.19-006