

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS MULHERES COM CÂNCER DE MAMA ATENDIDAS NO CENTRO DE ONCOLOGIA DE MOGI GUAÇU - SP

PINTO, Camila da Silva¹

Faculdades Integradas Maria Imaculada – FIMI
camiladasilvapinto@gmail.com

ROZON, Isabela Mendes Baldim²
imbaldim.mg@gmail.com

MARINI, Danyelle Cristine³
Faculdades Integradas Maria Imaculada – FIMI
farmácia@mariaimaculada.br

RESUMO

O aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas no mundo e consequentemente no Brasil tem gerado uma série de estudos, inclusive sobre o câncer de mama nas mulheres. O câncer de mama é uma das doenças que mais acomete mulheres no mundo, ela apresenta várias formas de manifestação, inclusive a mais devastadora: o maligno. Os principais sintomas são vermelhidão na pele, saída de líquido anormal e aparecimento de nódulo nas mamas, é uma doença que tem como tratamento a quimioterapia, a radioterapia e em alguns casos necessita de cirurgia. O objetivo deste trabalho foi definir o perfil das mulheres com câncer de mama, como idade dessas pacientes, gestação e quantidade de filhos, aborto e quantidade de aborto, menopausa e uso de terapia de reposição hormonal, hábitos como tabagismo e etilismo, sublocalização do câncer nas mamas e tipos de carcinoma, bem como os tratamentos realizados e o quadro clínico das pacientes após 5 anos. Analisando 86 prontuários do Centro de Oncologia do Hospital Municipal Doutor Tabajara Ramos, localizado no município de Mogi Guaçu - SP pode-se afirmar que a maioria das mulheres, estão com a idade acima de 46 anos, e possuem um ou mais filhos. Elas foram as mais acometidas pelo câncer de mama, sendo que a incidência do carcinoma prevaleceu no lado esquerdo da mama, do tipo Ductal Invasivo.

¹ Graduada em farmácia das Faculdades Integradas Maria Imaculada.

² Farmacêutica pela Universidade José do Rosário Velano – UNIFEMAS/ Alfenas – MG. Mestre em Ciências Farmacêuticas Universidade Federal de Alfenas.

³ Doutoranda em Educação pela UNIMEP, Mestre em Biologia Celular e Molecular pela UNESP, Especialista em Docência Superior pela Gama Filho, Especialista em Cosmetologia e Dermatologia pela UNIMEP, Habilitada em Bioquímica pela UNIMEP e Graduada em Farmácia pela UNIMEP. Professora e Coordenadora do Curso de Farmácia das FIMI, e Coordenadora da Comissão de Educação do CRF-SP.

Palavras chaves: Câncer de Mama. Incidência. Fatores de risco.

1 INTRODUÇÃO

As mamas são órgãos pares, estão situadas na parede anterior do tórax, sobre o músculo grande peitoral. Externamente cada mama apresenta uma auréola e uma papila que exterioriza 15 a 20 orifícios ductais, os lobos mamários. Cada mama também é composta por ácnio, lóbulo e lobo mamário, ducto lactífero, papila, auréola, tecido adiposo e ligamentos de Cooper (OLIVEIRA et al, 2009).

As mulheres jovens apresentam mamas com uma maior quantidade de tecido glandular, o que faz com que estes órgãos sejam mais densos e firmes, com o passar do tempo, perto da menopausa o tecido mamário vai se atrofiando e progressivamente vai sendo substituído por tecido gorduroso, na pós-menopausa é constituído quase que exclusivamente de gordura e também de resquícios de tecido glandular (OLIVEIRA et al, 2009).

A função principal das mamas é a produção de leite para a amamentação, mas também tem grande importância psicológica para a mulher, pois representa papel fundamental na constituição de sua autoestima e autoimagem (OLIVEIRA et al, 2009).

O câncer de mama ou carcinoma mamário (tumores malignos originados dos epitélios de revestimento externo e interno da mama) é o resultante da multiplicação de células anormais que passam a se dividir descontroladamente, desencadeando o aparecimento de tumores ou neoplasias malignas que podem afetar os tecidos vizinhos provocando metástases. Aparece em forma de nódulos e, na maioria das vezes podem ser identificados pelas próprias mulheres por meio da prática do autoexame (DUARTE; ANDRADE, 2003).

O câncer de mama é o tipo mais comum de câncer entre as mulheres no mundo e no Brasil, é relativamente raro antes dos 35 anos e após essa idade sua incidência aumenta progressivamente, principalmente depois dos 50 anos (INCA, 2016).

O câncer de mama representou 25% do total de casos de câncer no mundo em 2012. Foi a quinta causa de morte por câncer em geral (522.000 óbitos) e é a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres. No Brasil, este tipo de patologia é a mais incidente nas mulheres em todas as regiões, exceto na região Norte, no qual o câncer do colo do útero ocupa a primeira posição. Para o ano de 2016 foram estimados 57.960 casos novos, que representa uma taxa de incidência de 56,2 casos por 100.000 mulheres (INCA, 2016).

É importante ressaltar que o câncer de mama na fase inicial geralmente é assintomático, o que torna difícil sua detecção precoce. Quando ocorre disseminação regional da doença os sintomas geralmente são: vermelhidão, ulceração, edema ou dilatação de veias; e aumento dos linfonodos na axila. Com o avanço da doença e as metástases do câncer de mama podem ocorrer complicações específicas da localização do tumor, como infecções; redução da mobilidade se for metástase óssea; alterações respiratórias, se a doença disseminar para os pulmões; e distúrbios do sistema nervoso central se o tumor produzir metástases cerebrais (OLIVEIRA et al, 2009).

O diagnóstico é um fator imprescindível e para que seja feito é fundamental conhecer os aspectos biológicos, a história natural e as principais vias de disseminação dos tumores (OLIVEIRA et al, 2009).

O câncer de mama pode ser detectado precocemente e as estratégias para a sua detecção são: autoexame realizado mensalmente; exame clínico anual das mamas, realizado por médicos e enfermeiros em todas as mulheres, especialmente naquelas com 40 anos de idade ou mais; exame mamográfico (mamografia) que toda mulher com idade entre 50 e 69 anos deve se submeter anualmente (INCA, 2002).

Estima-se que é possível reduzir em até 28% o risco de a mulher desenvolver câncer de mama se ela tiver uma alimentação saudável, nutrição, realizar atividade física e evitar o consumo de bebidas alcoólicas. A amamentação também é considerada um fator protetor (INCA, 2016).

O tratamento do câncer de mama é um processo de múltiplas etapas, cujas modalidades terapêuticas são: cirurgia, radioterapia, tratamento sistêmico (quimioterapia e hormonioterapia) e reabilitação (INCA, 2002)

Quando se trata de evitar o aparecimento de metástases depois do tratamento inicial, está se falando da quimioterapia adjuvante ou preventiva. São utilizadas substâncias citotóxicas, eficazes em destruir células cancerosas (INCA, 2002).

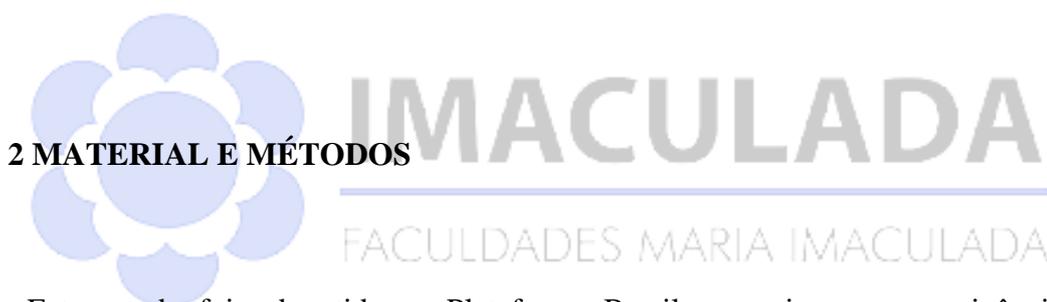
Outro tratamento inclui a cirurgia, cujo objetivo é promover o controle local, a mutilação mínima e a obtenção de informações a respeito da biologia do tumor e de seu prognóstico, modulando assim o tratamento adjuvante (INCA, 2002).

A radioterapia é um recurso terapêutico largamente utilizado no câncer de mama, que se beneficia da capacidade de penetração da radiação criada pelo bombardeamento de elétrons acelerados, ou raios gama emitidos pelo *radium* ou outro material radioativo, em um alvo,

reduzindo e por vezes eliminando o tumor. A radioterapia apresenta frequentemente uma espécie de queimadura da pele sobre a qual foi aplicada, a radioepidermite (INCA, 2002).

A quimioterapia apresenta alguns sintomas colaterais, em diversos graus de intensidade e de acordo com a droga utilizada. As mais frequentes são a toxicidade gástrica, que se manifesta por náuseas e vômitos, e a queda de cabelo. Chama-se quimioterapia primária ou adjuvante àquela feita antes da cirurgia, realizada principalmente em tumores grandes, para facilitar o tratamento cirúrgico posterior (INCA, 2002).

Com base nas altas taxas de mortalidade por esse tipo de câncer, o objetivo deste estudo foi investigar o perfil das pacientes que possuem essa doença visando os fatores de riscos, se essas foram usuárias ou não de bebidas e cigarros, se a gestação ou aborto teve relação com o câncer de mama, se o período de menopausa ou o uso de terapia hormonal influenciou para o surgimento do câncer de mama, além do diagnóstico inicial, identificação a recidiva, o tempo de sobrevida após um período de cinco anos, os tipos de tratamento e o quadro clínico geral dessa pacientes.



Este estudo foi submetido na Plataforma Brasil e seguiu com as exigências para pesquisas que envolvem seres humanos, de acordo com a Resolução nº 466 de 2012 do Ministério da Saúde e **CAAE 66085017.2.0000.5679**.

Tratou-se de uma pesquisa descritiva transversal retrospectiva realizada no Centro de Oncologia, do Hospital Municipal Doutor Tabajara Ramos no município de Mogi Guaçu - SP, sob análise dos prontuários das pacientes atendidas pelo Hospital.

Os prontuários foram recrutados no setor de arquivo do referido centro, dando origem ao banco de dados que foi transformado em tabelas. As informações coletadas passaram por uma planilha eletrônica e optou-se por usar a porcentagem para efeito de comparação. Os prontuários que tiveram as informações incompletas, dados inconsistentes e caligrafia de difícil compreensão, foram excluídos deste trabalho.

Para manter uma linguagem técnica, optou-se por usar a classificação do código internacional de doenças, sendo: CID 10 - C50.0 (Neoplasia maligna do mamilo e aréola); CID 10 - C50.1 (Neoplasia maligna da porção central da mama); CID 10 - C50.2 (Neoplasia

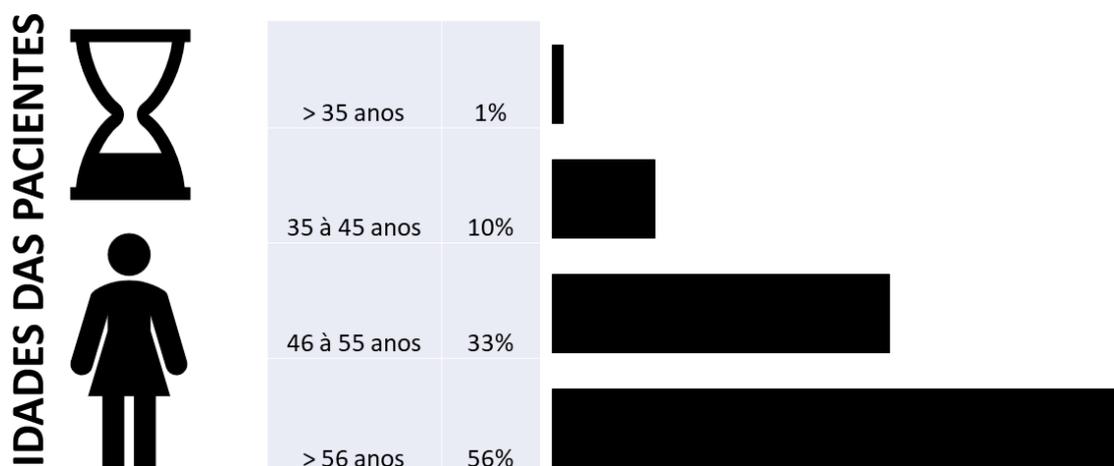
maligna do quadrante superior interno da mama); CID 10 - C50.3 (Neoplasia maligna do quadrante inferior interno da mama); CID 10 - C50.4 (Neoplasia maligna do quadrante superior externo da mama); CID 10 - C50.5 (Neoplasia maligna do quadrante inferior externo da mama); CID 10 - C50.6 (Neoplasia maligna da porção axilar da mama) e CID 10 - C50.9 (Neoplasia maligna da mama, não especificada).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apenas 1 do total de 87 prontuários foi excluído desse projeto por se tratar de câncer de mama no sexo masculino, pois esse trabalho teve como objetivo definir o perfil do câncer de mama do sexo feminino. Frequentemente encontrou-se prontuários não padronizados e com informações não preenchidos como: se possuía filhos (16%), se tiveram aborto (44%), se elas estavam no período de menopausa (63%) ou se faziam o uso de terapia de reposição hormonal (88%), se era usuária ou não de tabagismo (15%) ou etilismo (15%). Um outro problema ocorrido, foi que, quando um paciente entrava em óbito, o prontuário deste, era direcionado para o arquivo morto do hospital, ficando praticamente impossível o acesso a eles. Apenas 1 prontuário que ainda seria encaminhado para o arquivamento foi utilizado. Portanto, do total de 87 prontuários, 86 foram selecionados. As informações tabuladas em planilhas geraram as seguintes informações, conforme elucidado abaixo.

O câncer de mama está mais presente na idade de 46 anos ou mais com um total de 89% dos casos (**FIGURA 1**).

Figura 1: Distribuição das pacientes segundo a idade



Fonte: AUTORES, 2017.

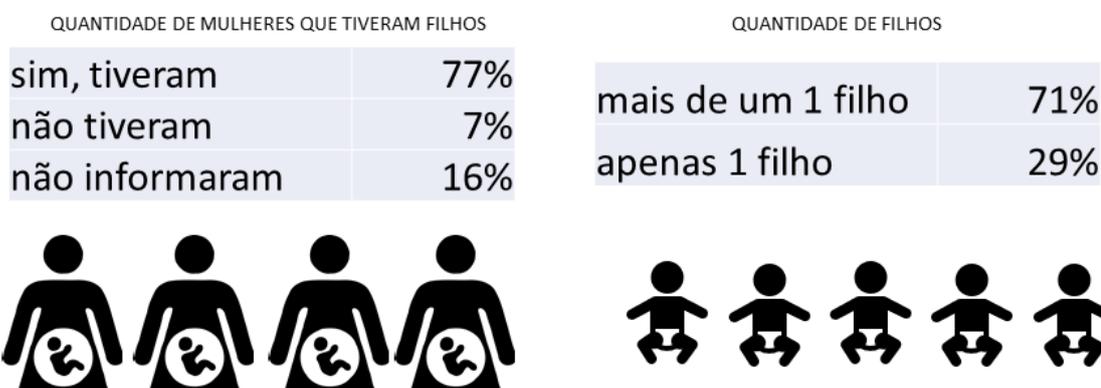
Em 2013, segundo o estudo “Câncer de Mama em Mulheres Jovens: Análise de 12.689 Casos”, foi observada mediana de idade de 36 anos, com predominância de mulheres na faixa etária de 36 a 39 anos (50,9%), residentes na região Sudeste do Brasil. Os dados foram coletados no Módulo Integrador dos Registros Hospitalares de Câncer e no Registro Hospitalar de Câncer do Estado de São Paulo, entre 2000 a 2009 (PINHEIRO et al., 2013). A mortalidade do câncer de mama no Brasil não é homogênea entre as faixas etárias, e observa-se que a mortalidade vem aumentando em mulheres jovens, com tendência semelhante de aumento (MARTINS et al., 2013).

Dos 87 prontuários coletados, apenas 1 era do sexo masculino, mas como esse trabalho se tratou do câncer de mama feminino, este foi excluído. É importante ressaltar que, homens também podem ter câncer de mama, mas isso é raro (apenas 1% dos casos) (INCA, 2016). Em geral, o quadro clínico do câncer de mama masculino é semelhante àquele encontrado no sexo feminino (CASTRO et al., 2008). O diagnóstico, porém, se faz na grande maioria dos casos com a doença avançada devido à baixa suspeição de neoplasia de mama em homens e a ausência de rastreamento nesta população (SBOC, 2011).

Das pacientes, 77% tiveram filhos e das que tiveram filhos 71% tiveram mais de um. 7% não tiveram e 16% não informaram (**FIGURA 2**).

Figura 2 - Distribuição das pacientes segundo a maternidade e a quantidade de filhos

GESTAÇÃO



Fonte: AUTORES, 2017.

O câncer de mama associado à gestação é uma condição clínica cada vez mais prevalente nos dias atuais. Esse fato acontece, principalmente, pelo número crescente de mulheres que cada vez mais postergam sua gestação, e esta incidência tende a aumentar em mulheres que protelam suas gestações para as 3ª e 4ª décadas de vida (FERREIRA et al., 2014).

Um estudo realizado com 61 mulheres portadoras de Câncer de mama e com idade superior aos 50 anos definiu como fatores de riscos para o câncer de mama, além da menarca precoce (primeiro fluxo menstrual) (21,3%), a nuliparidade (estado da mulher que nunca engravidou ou nunca teve filhos biológicos) (11,4%), e a primeira gestação entre 30 e 35 anos (9,2%) (SAMPAIO et al., 2008).

Um outro estudo chegou à conclusão que, das 76 pacientes estudadas, 88,2% engravidaram e tiveram em média 3,32 filhos. Somente 8 (10,5%) pacientes relataram período total de amamentação ao longo da vida superior a 109 meses. Amamentar em um tempo inferior a 109 meses e ter uma paridade inferior a 5, sugere que as mulheres apresentam um fator de risco aumentado para o desenvolvimento do câncer de mama (SCHETTINO et al., 2008).

Devido às alterações fisiológicas próprias do ciclo gravídico-puerperal, as gestantes possuem maior risco de apresentar doença em estágio avançado, pois nódulos pequenos são difíceis de ser diagnosticados (KETTELHUT E MODENA, 2008). Sua incidência varia de 10 a 40 casos por 100.000 gestações (MANOEL et al., 2011). Fatores hormonais como, nunca ter

gerado filhos ou, a primeira gravidez após os 30 anos, bem como não ter amamentado, são considerados possíveis fatores de riscos para o desenvolvimento de câncer nos seios (INCA, 2014)

Do total dos prontuários estudados 17% informaram que já tiveram ou praticaram aborto e destas mais de 53% tiveram mais de um aborto (**FIGURA 3**).

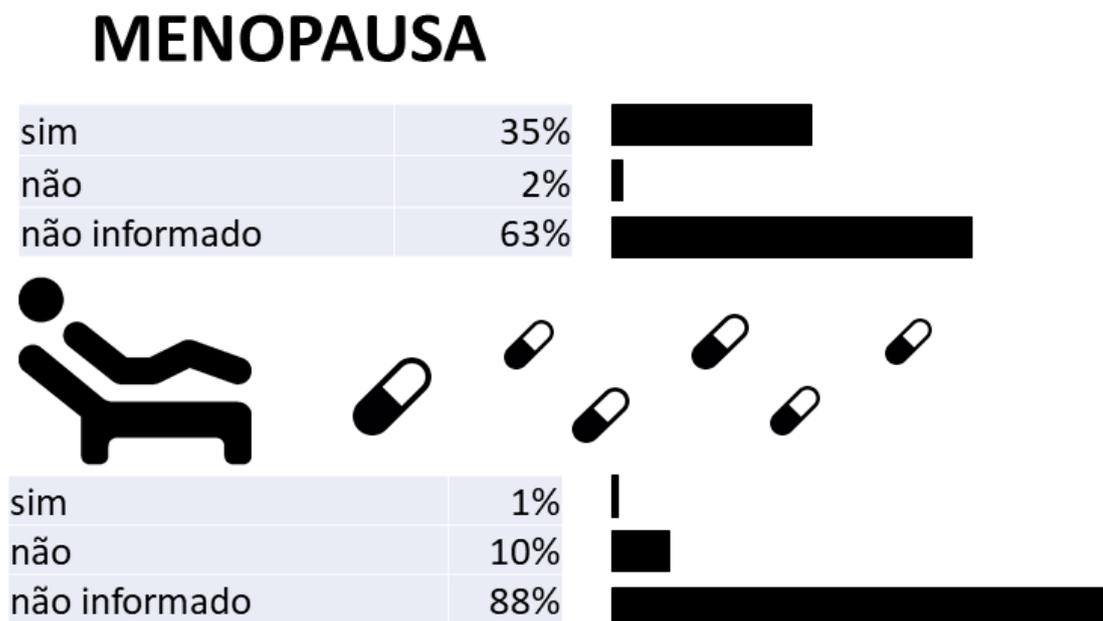
Figura 3 - Distribuição das pacientes segundo a ocorrência e a quantidade de aborto



O aumento da incidência de câncer de mama parece ser melhor explicado pelo aumento das taxas de aborto, especialmente múltiplos abortos (PATRICK; CARROLL, 2007). Já um outro estudo afirma que o aborto não leva a um risco aumentado de câncer de mama ou outras sequelas psiquiátricas ou médicas tardias (GRIMES; CREININ, 2004).

No que refere a menopausa, 35% informaram que estavam nesse período. Com relação a reposição hormonal, apenas 1% delas informaram fazer uso de estrógenos (**FIGURA 4**).

Figura 4 - Distribuição das pacientes Menopausa e uso da Terapia de Reposição Hormonal



USO DE TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL

Fonte: AUTORES, 2017.

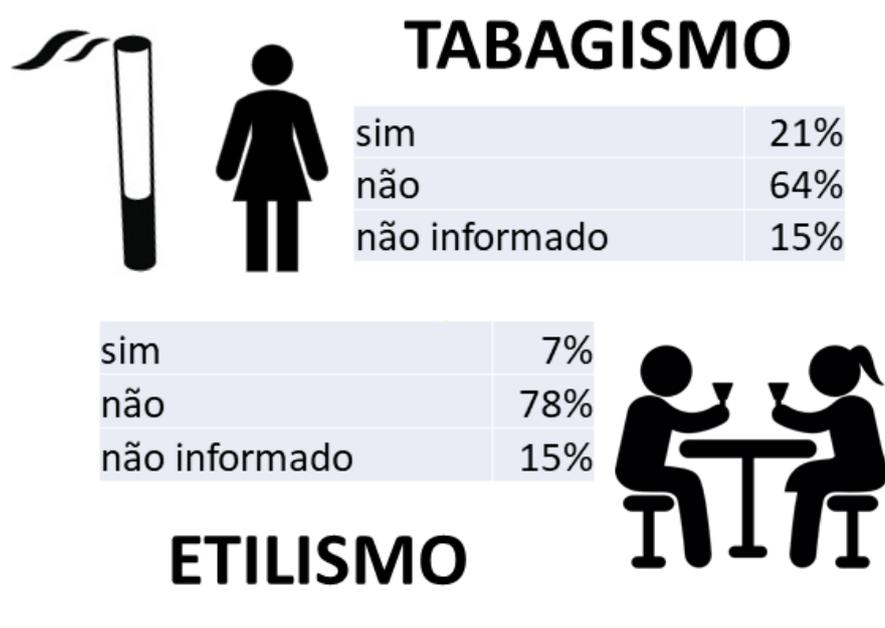
O aumento do risco de câncer de mama nas usuárias de estrógenos não foi observado em mulheres com menopausa natural ou cirúrgica e sem história prévia de câncer de mama, até 5 anos de uso de estrógenos. Entretanto, houve aumento de 30% nesse risco em parte devido à inclusão de mulheres pré-menopáusicas e usuárias de estrógenos (WANNMACHER; LUBIANCA, 2004).

Por outro lado, a terapia hormonal não biodêntica (uso de hormônios que são idênticos aos naturais), sobretudo aquela combinada com progesterona (hormônio sexual esteroide essencial para o equilíbrio do ciclo ovariano e para a gravidez), está associada a maiores riscos de desenvolvimento e recorrência do câncer de mama e não deve ser utilizada em mulheres com passado da doença ou que apresentam alto risco para câncer de mama (PEREIRA et al. 2016).

A Terapia de Reposição Hormonal (TRH), principalmente a terapia combinada de estrogênio (hormônios cuja ação está relacionada com o controle da ovulação e com o desenvolvimento de características femininas) e progesterona (hormônio sexual esteroide essencial para o equilíbrio do ciclo ovariano e para a gravidez), aumenta o risco do câncer de mama (INCA, 2016).

No que refere ao consumo de álcool e cigarros verificou que 21% das pacientes informaram que fazem uso de cigarros e 7% delas fazem uso de bebida com teor alcoólico (FIGURA 5).

Figura 5 - Distribuição das pacientes segundo o Tabagismo e Etilismo



Fonte: AUTORES, 2017.

FACULDADES MARIA IMACULADA

Um estudo bibliográfico realizado em 2011, relatou um aumento significativo da ordem de 4% no risco de câncer de mama para quem faz a ingestão de uma dose de álcool por dia. O álcool aumenta os níveis de estrogênio e os estrogênios podem exercer seu efeito cancerígeno no tecido mamário (SEITZ et al., 2012).

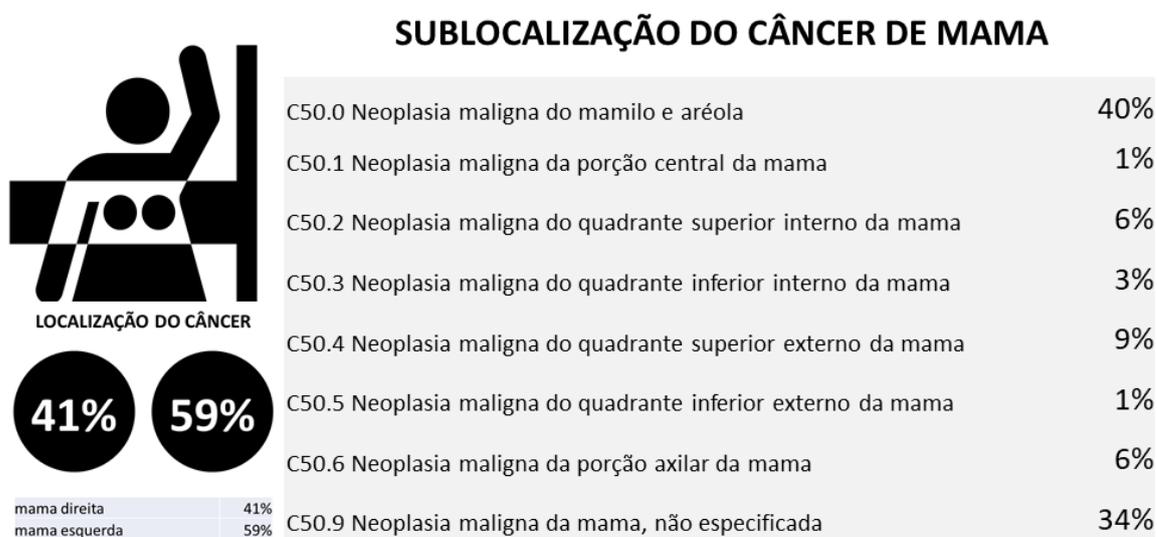
O estudo referiu-se à Prevalência de fatores de risco para o câncer de mama. Em 2010 foi realizado uma amostra com 439 mulheres na faixa etária de 40 a 69 anos residentes na região de Maringá. Das mulheres entrevistadas, 76,1% (334) relataram nunca ter feito uso de bebida alcoólica e 21,2% (93) beberem socialmente. Apenas 13% (57) das mulheres referiu fazer uso de cigarro, sendo que 20% (88) já foi fumante. Quanto aos fatores de risco etilismo e tabagismo, observou-se que a maioria das entrevistadas (76,1%) relatou não fazer uso de bebida alcoólica e 87% referiram não fazer uso de cigarro atualmente (MATOS; PELLOSO; CARVALHO, 2010).

O álcool aumenta o risco de câncer de boca, faringe, laringe, esôfago, fígado e mama. Este risco aumenta independentemente do tipo de bebida e é maior para as pessoas que bebem e fumam (INCA, 2006).

A localização do câncer e a sublocalização do câncer de mama em mulheres, é um tema pouco estudado. Entretanto, neste estudo, constatou-se que esta patologia prevaleceu no lado esquerdo da mama, representando 59% do total. 40% está sublocalizado no mamilo C 50.0 (neoplasia maligna do mamilo e aréola) (**FIGURA 6**).

Um estudo epidemiológico do câncer de mama em 10 anos do maior centro de oncologia do estado de Sergipe, analisou 200 casos de câncer de mama feminino, em pacientes com uma faixa etária entre 29 e 88 anos, percebeu-se que a mama esquerda também foi a mais acometida (55% dos casos) (RIBEIRO et al., 2008).

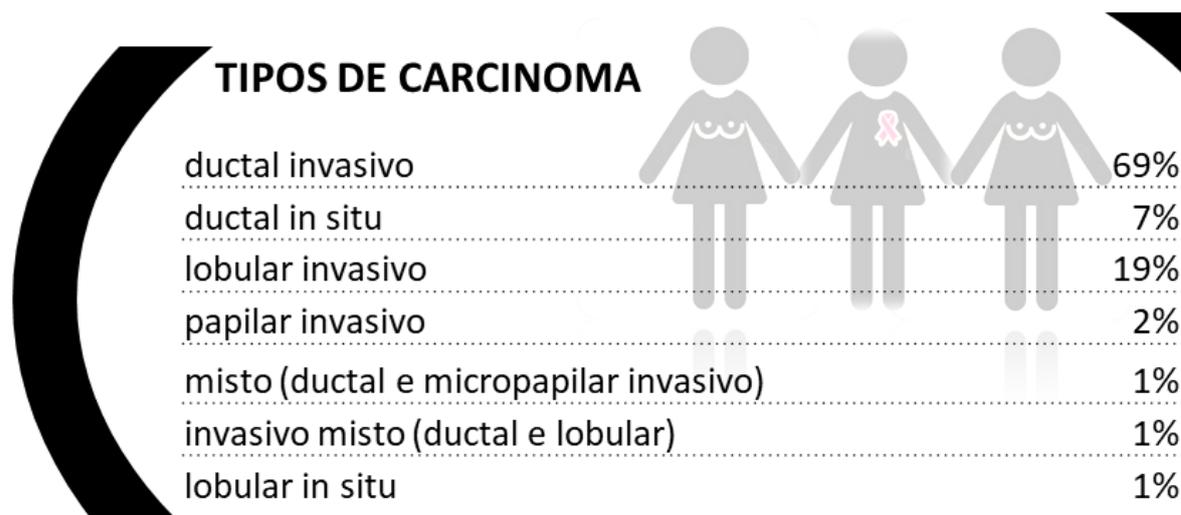
Figura 6 localização do Câncer e sublocalização do Câncer



Fonte: AUTORES, 2017.

Os três principais carcinomas relatados foram: carcinoma Ductal In Situ 7% (06), carcinoma Ductal Invasivo 69% (59) e o carcinoma Lobular Invasivo 19% (16) (**FIGURA 7**).

Figura 7: Distribuição das pacientes segundo o tipo de carcinoma



Fonte: AUTORES, 2017.

Um estudo que analisou o perfil de 1001 mulheres com diagnóstico de câncer de mama catalogadas no Registro Hospitalar de Câncer do CEPON, período de 1999 a 2003, demonstrou que os tipos histológicos mais frequentes foram o carcinoma ductal invasivo (82,6%), outros tipos de carcinoma (7,2%) e carcinoma lobular in situ (4,5%) (SCHNEIDER et al, 2008).

Outra análise descritiva dos prontuários de 187 pacientes com câncer de mama, no período de 03 de 2005 a 02 de 2007, quanto ao tipo histológico do tumor 57,84% apresentaram carcinoma ductal invasivo (CDI), 22,7% carcinoma ductal (CD), 8,65% carcinoma lobular (BATSCHAUER et al, 2008).

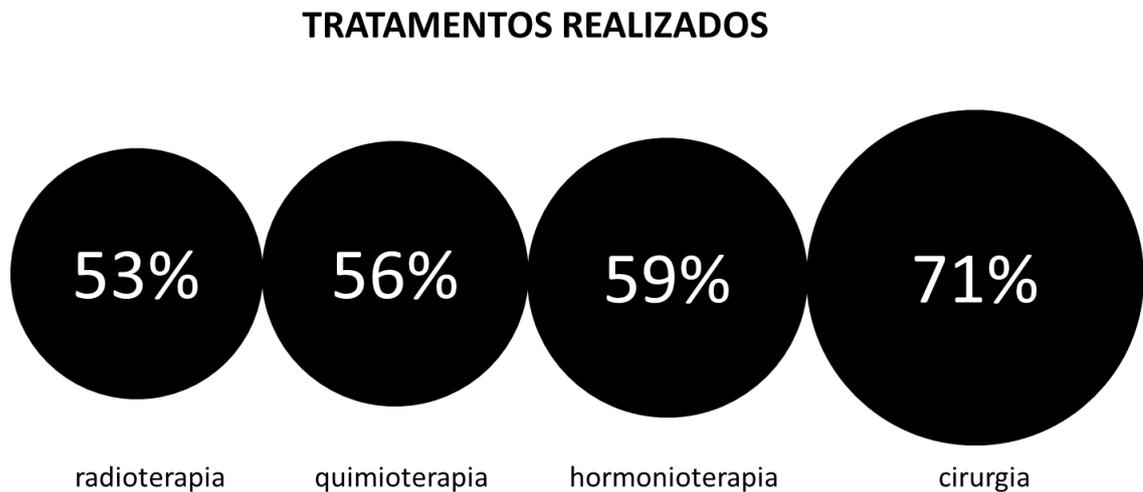
Informações do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), que compõe a base de dados da Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP), no período de 2003 a 2005, cujo o objetivo foi criar um *benchmarking* para as instituições do Brasil, chegou à conclusão que à morfologia do tumor correspondeu a 68% classificados como carcinoma ductal invasivo, 11% carcinoma lobular, 10% como carcinoma ductal in situ e 11 % com outras classificações (BERSI et al, 2008). A maioria dos cânceres de mama é do tipo invasivo (BREASTCANCER, 2010).

Existe muitas maneiras de tratar o câncer, e é o médico, juntamente com a análise dos exames de cada paciente, é quem determina o melhor tipo de tratamento. A cirurgia é um dos métodos de tratamento mais comuns para o câncer de mama. (A C S, 2010).

No que refere ao tratamento 71% das pacientes submeteram-se à cirurgia para a retirada do carcinoma. 56% das pacientes se submeteram à quimioterapia, 59% se

submeteram a hormonioterapia. 53% se submeteram a radioterapia. como forma de tratamento (FIGURA 8). Já a radioterapia danifica as células cancerígenas, porém também as células saudáveis. Isto pode causar efeitos colaterais a paciente (A.C.S, 2010).

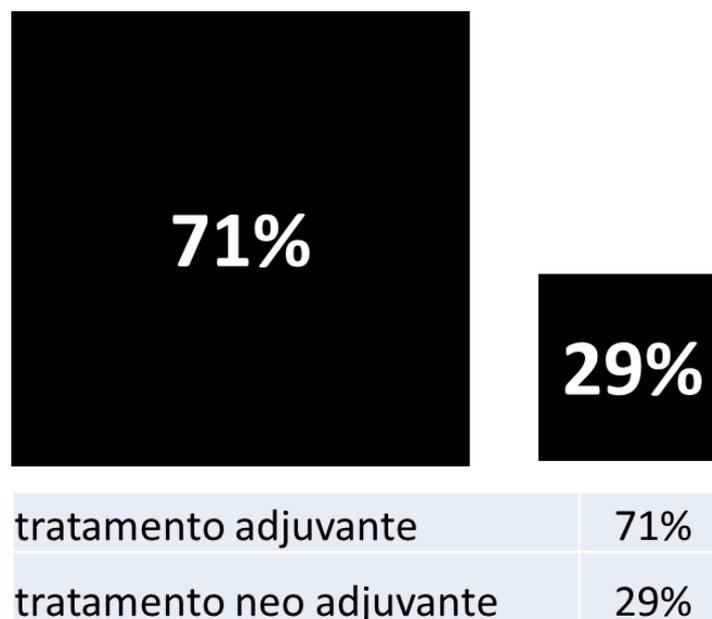
Figura 8 Distribuição das pacientes segundo os tratamentos realizados



Fonte: AUTORES, 2017.

Vale destacar que, 71% das pacientes foram submetidas ao tratamento adjuvante e apenas 29% ao tratamento neoadjuvante (FIGURA 9).

Figura 9 Distribuição das pacientes segundo tratamento adjuvante e neoadjuvante



Fonte: AUTORES, 2017.

De acordo com SBOC (2011) nas pacientes com câncer de mama operável, mas que não são candidatas a uma cirurgia conservadora, o tratamento neoadjuvante pode ser considerado como uma alternativa, já que a administração pré-operatória resulta em uma diminuição do tamanho do tumor permitindo uma diminuição geral de 18% na taxa de mastectomias (apud EBCTCG, Peto R et al, San Antonio, 2006). Entretanto, nos carcinomas que se apresentam em estádios iniciais, o tratamento neoadjuvante tem resultados semelhantes ao tratamento adjuvante (SBOC, 2011). As recomendações para tratamento adjuvante sistêmico estão baseadas na estimativa do risco de recidiva (SBOC, 2011).

Dos 86 prontuários analisados neste trabalho, 99% tiveram, após 5 anos de tratamento, remissão parcial com redução da massa tumoral. 99% estão com a doença estável. 7% tiveram metástase durante o tratamento, ou seja, quando as células cancerígenas se espalham para outras partes do corpo (os formulários não especificaram o local do corpo que o câncer se espalhou). Entretanto o quadro clínico delas (possível perda de seguimento) se encontram sobre controle. 1 pessoa veio ao óbito (**FIGURA 10**).

Figura 10 Distribuição das pacientes segundo quadro clínico após 5 anos

| QUADRO CLÍNICO | SIM | NÃO |
|------------------------------|-----|-----|
| remissão parcial | 99% | 1% |
| doença estável | 99% | 1% |
| possível perda de seguimento | 1% | 99% |
| metástase | 7% | 93% |
| óbito | 1% | 99% |



Fonte: AUTORES, 2017.

4 CONCLUSÃO

Os dados demonstraram que o câncer de mama está presente na idade superior aos 56 anos. As que tiveram filhos foram as mais atingidas pelo câncer, demonstrando que a gravidez pode estar correlacionada diretamente com o câncer de mama.

Não foi encontrado uma relação do aborto, quantidade de aborto, relação da menopausa e uso de terapia de reposição hormonal, uso de tabagismo e etilismo com o câncer

de mama, sendo necessários outras investigações científicas para isso. O principal carcinoma relatado foi o carcinoma Ductal Invasivo, sendo a prevalência do lado esquerdo da mama. Os tratamentos incluíram a cirurgia, seguida pela hormonioterapia, a quimioterapia e a radioterapia. Todas as pacientes foram submetidas a mais de um tratamento, seja adjuvante ou ao tratamento neoadjuvante. Após 5 anos dado o diagnóstico de câncer de mama, quase a totalidade tiveram a doença estável, sendo que apenas uma pessoa veio a óbito.

Portanto, a coleta de dados sobre o perfil do câncer de mama no Centro de Oncologia, do Hospital Municipal Doutor Tabajara Ramos, ajuda o farmacêutico a conhecer os problemas que as mulheres veem passando. Este estudo é fundamental para os novos farmacêuticos, possam entender o seu papel social: orientá-las a continuar, seja com o tratamento proposto pelo médico, seja como orientá-las a obter uma melhor qualidade de vida em frente ao câncer de mama.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

A.C.S. AMERICAM CANCER SOCIETY. **Câncer de mama: claro e simples. esclarecendo suas dúvidas.** São Paulo, 2010. Disponível em <<http://www.femama.org.br/novo/arquivos/0.375270001310142998.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2017.

BATSCHAUER, A.P.B. et al. In: REVISTA SBOC. **Análise dos prontuários de pacientes com câncer de mama atendidas no CEPON de Itajaí – SC.** UNIVALI - Universidade do Vale do Itajaí. Santa Catarina. 2008. Disponível em < <http://www.s boc.org.br/s boc-site/revista-s boc/pdfs/13/resumos.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2017

BERSI, F. et al. In: REVISTA SBOC **Caracterização da população com diagnóstico de câncer de mama no hospital israelita Albert Einstein – Perfil epidemiológico (período de 2003 a 2005).** Programa Integrado de Oncologia - Hospital Israelita Albert Einstein . São Paulo, 2008. Disponível em < <http://www.s boc.org.br/s boc-site/revista-s boc/pdfs/13/resumos.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2017.

BREASTCANCER. **O seu guia para entender o laudo médico de câncer de mama.** [S.l.], [200-?]. Disponível em<http://www.breastcancer.org/Images/Pathology_Report_Bro_FINAL_2%20portuguese_tc m8-334610.pdf>. Acesso em: 20 out. 2017

CASTRO, A.M.V. et al. In: REVISTA SBOC. **Carcinoma de mama masculino: relato de caso.** Hospital São José Avaí - Serviço de Oncologia Clínica. Rio De Janeiro, 2008. Disponível em < <http://www.s boc.org.br/s boc-site/revista-s boc/pdfs/13/resumos.pdf>>. Acesso

em: 20 out. 2017

DUARTE, T.P; ANDRADE, A.N. **Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade.** Estudos de Psicologia. Natal, 2003. Acesso em: 20 out. 2017.

FERREIRA, L. R. G; SPAUTZ, C. C. **Câncer de mama associado à gestação.** Departamento de Tocoginecologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Curitiba (PR), Brasil. 2014. Disponível em < <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2014/v42n4/a4593.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2017.

GRIMES, A. D; CREININ, D. M. **Induced Abortion: An Overview for Internists.** American College of Physicians. [S.l.], 2004. Disponível em < <http://annals.org/aim/fullarticle/717375/induced-abortion-overview-internists>>. Acesso em: 20 out. 2017.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Falando sobre Câncer de Mama.** Rio de Janeiro, 2002.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **A situação do câncer no Brasil.** Rio de Janeiro, 2006.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **A mulher e o câncer de mama no Brasil.** Rio de Janeiro, 2014. Disponível em <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/prova_catalogo_mama.pdf>. Acesso em: 20 out. 2017.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Câncer de mama: é preciso falar disso.** Rio de Janeiro, 2016.

KETTELHUT, C. J.; MODENA, A. B. M. **Câncer de mama e gestação.** Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, 2008. Disponível em < <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/download/985/984> >. Acesso em: 20 out. 2017.

MANOEL, W. J. et al. **Câncer de mama e gravidez: relato de caso.** Revista Brasileira de Mastologia. Brasil, 2011. Disponível em <http://www.rbmastologia.com.br/wp-content/uploads/2015/06/Mas_v21n1_42-45.pdf>. Acesso em: 20 out. 2017.

MARTINS, C.A. et al. **Evolução da Mortalidade por Câncer de Mama em Mulheres Jovens: Desafios para uma Política de Atenção Oncológica.** Revista Brasileira de Cancerologia. Brasil, 2013. Disponível em < http://www1.inca.gov.br/rbc/n_59/v03/pdf/04-artigo-evolucao-mortalidade-cancer-mama-mulheres-jovens-desafios-politica-atencao-oncologica.pdf>. Acesso em: 20 out. 2017.

MATOS, J.C, PELLOSO, S.M, CARVALHO, M.D.B. **Prevalência de fatores de risco para o câncer de mama no município de Maringá, Paraná.** Brasil, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_09.pdf>. Acesso em: 20 out. 2017.

OLIVEIRA, A.C. et al. **O câncer de mama, suas implicações e as considerações de enfermagem na dor.** Universidade Vale do Rio Doce. Governador Valadares, 2009. Disponível em: <http://www.pergamum.univale.br/pergamum/tcc/Ocancerdemamasuasimplicacoeseseasconsideracoesdeenfermagemnador.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2017.

PATRICK, S; Carroll, M.A. **The Breast Cancer Epidemic: Modeling and Forecasts Based on Abortion and Other Risk Factors.** Journal of American Physicians and Surgeons Volume 12. [S.l.], 2007. Disponível em <<http://www.jpands.org/vol12no3/carroll.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2017.

PEREIRA, M. B. B; GUEDES, M. F. C; MACHADO, A. C. C. **Terapia hormonal e câncer de mama.** Revista Brasileira de Mastologia. Brasil, 2016. Disponível em <http://www.rbmastologia.com.br/wp-content/uploads/2017/01/MAS-v27n1_15-20.pdf>. Acesso em: 20 out. 2017.

PINHEIRO, A. B. et al. **Câncer de Mama em Mulheres Jovens: Análise de 12.689 Casos.** Revista Brasileira de Cancerologia. Brasil, 2013. Disponível em <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_59/v03/pdf/05-artigo-cancer-mama-mulheres-jovens-analise-casos.pdf>. Acesso em: 20 out. 2017.

RIBEIRO, D.P. et al. In: REVISTA SBOC. **Estudo epidemiológico do câncer de mama em 10 anos do maior centro de oncologia do estado de Sergipe.** Universidade Federal de Sergipe - Aracaju - SE. Sergipe, 2008. Disponível em <<http://www.s boc.org.br/s boc-site/revista-s boc/pdfs/13/resumos.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2017

SAMPAIO, M.M. et al. In: REVISTA SBOC. **Qual a importância dos fatores de risco para desenvolvimento do câncer de mama (cm)?.** Lab. de Genética Humana, Universidade Federal de Goiás; Programa de Mastologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal. Goiás, 2008. Disponível em <<http://www.s boc.org.br/s boc-site/revista-s boc/pdfs/13/resumos.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2017

SBOC. SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA. **Manuais de Condutas 2011.** Brasil, 2011. Disponível em: <http://www.s boc.org.br/downloads/MANUAL_CONDUCTAS_2011.pdf>. Acesso em 20 out. 2017.

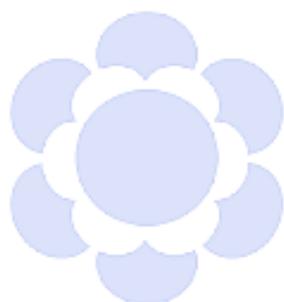
SCHETTINO, R.C. Et al. In: REVISTA SBOC. **Características da paridade e lactação em mulheres com câncer de mama.** Universidade Federal de Minas Gerais - Laboratório de Patologia Comparada. Minas Gerais, 2008. Disponível em <<http://www.s boc.org.br/s boc-site/revista-s boc/pdfs/13/resumos.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2017

SCHNEIDER, I.J.C. et al. In: REVISTA SBOC. **Perfil descritivo de mulheres com câncer de mama em SC.** Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina, 2008. Disponível em <<http://www.s boc.org.br/s boc-site/revista-s boc/pdfs/13/resumos.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2017

SEITZ, H.K. et al. **Epidemiologia e fisiopatologia do câncer de álcool e mama: atualização de 2012.** Universidade de Heidelberg. Alemanha. 2012. Disponível em <<https://academic.oup.com/alcalc/article-pdf/47/3/204/339917/ags011.pdf> >. Acesso em: 20

out. 2017

WANNMACHER, L; LUBIANCA, N. J. **Terapia de reposição hormonal na menopausa: evidências atuais.** Vol. 1, Nº 6. Brasília, 2004. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/HSE_URM_TRH_0504.pdf>. Acesso em: 20 out. 2017.



IMACULADA

FACULDADES MARIA IMACULADA