

Perfil epidemiológico das pacientes com câncer de mama atendidas no Hospital Geral de Palmas, Tocantins, no período de 2004 a 2009

Epidemiological profile of patients with breast cancer at the General Hospital of Palmas, Tocantins, in the period from 2004 to 2009

Daniilo Lopes Castro¹, Mariana Caetano Alves¹, Larissa Guimarães Resende¹, Nilo Coelho dos Santos Junior^{1,2}

Descritores

Neoplasias de mama
Perfil de saúde
Mama
Saúde pública
Epidemiologia

Keywords

Breast neoplasms
Health profile
Breast
Public health
Epidemiology

RESUMO

O objetivo do presente estudo é descrever o perfil epidemiológico das pacientes com diagnóstico de câncer de mama tratadas no Hospital Geral Público de Palmas, Tocantins, no período de 2004 a 2009 e contribuir para a melhoria das informações e formulações de medidas educacionais relacionadas a esse problema de saúde pública. Foi realizado estudo retrospectivo de corte transversal no serviço de Registro Hospitalar de Câncer do Hospital Geral Público de Palmas. Foram incluídas todas as pacientes diagnosticadas e tratadas com câncer de mama no período de 2004 a 2009, excluindo homens acometidos. As informações foram coletadas por meio da análise das fichas do Registro Hospitalar de Câncer disponibilizadas pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA). As fichas se referem a 168 pacientes, das quais 70,3% encontravam-se entre 41 e 60 anos. Dessas, 57,1% são procedentes do interior do estado. Em relação ao estadiamento, os níveis II e III correspondiam a 74,4% dos casos analisados. Quanto ao grau de instrução, 11,9% possuíam ensino superior e 7,1% eram analfabetas. Os principais métodos de tratamento foram: quimioterapia (71,4%), cirurgia (47,6%) e hormonioterapia (30,4%), sendo que 32,5% das pacientes terminaram o tratamento com a doença estável e 34,5% com remissão completa do tumor. Os resultados da pesquisa mostraram que a faixa etária mais acometida correspondia às mulheres ainda em idade laboral, grande parte em estadio avançado. A maioria das pacientes do interior recebeu diagnóstico tardio. Mulheres cujo tratamento foi realizado nos estádios iniciais da doença obtiveram melhores resultados.

ABSTRACT

To describe of this study is to describe the epidemiological profile of patients diagnosed with breast cancer treated at the Palmas Public General Hospital, in Palmas, Tocantins, Brazil, during the period of 2004–2009, and to contribute to the improvement of information and formulation of educational actions related to this public health problem. A retrospective cross-sectional study was developed at the Cancer Hospital Registry service in the HGPP. All breast cancer patients diagnosed and treated in the period from 2004 to 2009, excluding affected men, were included. Data were collected by means of the analysis of the Cancer Hospital Registry records provided by the National Cancer Institute (INCA). Data refer to 168 patients, of which 70.3% were between 41–60 years of age; 57.1% of these were from the inland Tocantins. Regarding the staging, levels II and III accounted for 74.4% of the analyzed cases. Concerning the education degree, 11.9% had higher education and 7.1% were illiterate. The main treatment strategies were: chemotherapy (71.4%), surgery (47.6%), and hormone therapy (30.4%), so that 32.5% of patients have completed the treatment with stable disease and 34.5% with complete remission of the tumor. Research results show that the most affected age group correspond to working-age women, largely in advanced stage of cancer. Most of the patients from inland received a late diagnosis. Women whose treatment was performed in the early stages of the disease have demonstrated better results.

Trabalho realizado no Hospital Geral de Palmas Dr. Francisco Ayres – Palmas (TO), Brasil.

¹Departamento de Medicina da Universidade Federal do Tocantins – Palmas (TO), Brasil.

²Departamento de Registro Hospitalar de Câncer, Núcleo de Pesquisa do Hospital Geral de Palmas Dr. Francisco Ayres – Palmas (TO), Brasil. Endereço para correspondência: Daniilo Lopes Castro – 105 norte, Alameda das Aroeiras, lote 10, quadra interna 10, casa 10 – CEP 77001-048 – Palmas (TO), Brasil – E-mail: danilolopes_9@hotmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar.

Recebido em: 30/08/2014. **Aceito em:** 10/09/2014

Introdução

O câncer de mama é a neoplasia mais incidente e a principal causa de morte por câncer entre as mulheres em todo o mundo¹. São diagnosticados, aproximadamente, um milhão de casos por ano, existindo mais de 4,4 milhões de mulheres que padecem dessa enfermidade².

No Brasil, o câncer de mama é a primeira causa de morte por câncer entre as mulheres, exceto na região Norte, onde prevalece o câncer de colo de útero. Esses dados podem se tornar ainda mais expressivos, podendo ter um aumento de cerca de 30% na próxima década com o aumento da longevidade da população³⁻⁴.

Estimam-se 52.680 novos casos de câncer de mama no Brasil para o ano de 2012, representando uma taxa de incidência de 52,5 casos por 100 mil mulheres. Para o estado do Tocantins essa estimativa corresponde a 160 novos casos e, na capital Palmas, menos de 15 casos⁵.

A etiologia do câncer de mama é considerada multifatorial. Os principais fatores de risco estabelecidos são idade, história familiar e pessoal de câncer de mama, exposição prolongada aos hormônios femininos e alcoolismo. Pela dificuldade em se isolar um único fator e calcular sua verdadeira contribuição, torna-se difícil um estudo mais específico^{3,6,7}.

O presente estudo objetivou descrever o perfil epidemiológico das pacientes com diagnóstico de câncer de mama tratadas no Hospital Geral de Palmas, Tocantins, no período de 2004 a 2009. Além de contribuir para a melhoria das informações epidemiológicas do estado e formulações de medidas de conscientização da gravidade desse problema de saúde pública.

Metodologia

Para entender os objetivos desta pesquisa, foi realizado um estudo retrospectivo, de corte transversal, realizado no Hospital Geral Público de Palmas (HGPP), no serviço de Registro Hospitalar de Câncer (RHC), estado do Tocantins, por meio da análise das Fichas de RHC disponibilizadas pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) e preenchidas pelos profissionais do serviço. Foram incluídos todos os registros das pacientes diagnosticadas e tratadas no HGPP referentes ao período de janeiro de 2004 a dezembro de 2009. Os cânceres de mama masculina foram excluídos devido ao baixo número de casos, além de não ser o foco do estudo. Todas as pacientes da pesquisa foram estudadas de acordo com os preceitos éticos existentes e seus nomes mantidos em sigilo. Por ser um estudo apenas de revisão de prontuários não houve necessidade de utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pois os prontuários são documentos de responsabilidade da instituição. Porém, a pesquisa foi submetida ao Conselho de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Tocantins, recebendo a aprovação segundo o parecer 011/2011. As variáveis analisadas foram:

idade, estado civil, procedência, câncer na família, estadiamento, tabagismo, alcoolismo, primeiro tratamento recebido, estado da doença ao final do primeiro tratamento recebido no hospital, grau de escolaridade e lateralidade. Outras variáveis como: nuliparidade, uso de anticoncepcional oral, primeira gestação a termo acima dos 30 anos, idade da menopausa e uso de terapia de reposição hormonal não foram analisadas, pois não existiam tais informações nos registros. Os resultados foram analisados através dos programas Epi Info[®] 3.5.1 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos), IBM[®] SPSS[®] 20.0.0 (Statistical Package for the Social Sciences), sendo calculadas as frequências absolutas e relativas. Avaliou-se a existência de correlação estatisticamente significativa entre as variáveis por meio do teste exato de Fisher, em outras situações, optou-se pelo teste qui-quadrado, permitindo nível de significância, $p < 0,05$.

Resultados

Os resultados referem-se a 168 pacientes, das quais 50,6% correspondem aos anos de 2008 e 2009 e 26,8% aos anos de 2006 e 2007. A faixa etária mais acometida foi a de 41 a 60 anos (70,3%), dessas 57,1% são procedentes do interior do estado. Quanto ao estado civil, foi observado que 57,1% estavam casadas no momento do diagnóstico e tratamento e 14,3% eram viúvas (Tabela 1). Em relação ao estadiamento, níveis II e III corresponderam a 74,4% dos casos analisados. Quanto ao grau de instrução, apenas 11,9% possuíam ensino superior, enquanto que 57,7% cursaram até o ensino médio e 7,1% eram analfabetas. Das pacientes, 52,9% relataram história de câncer na família. Os principais métodos de tratamentos foram: quimioterapia (71,4%), cirurgia (47,6%) e hormonioterapia (30,4%) (Tabela 2). Das pacientes que fizeram tratamento, 32,5% permaneceram com a doença estável e outras 34,5% com remissão completa do tumor, no entanto 20,8% tiveram apenas remissão incompleta (Tabela 3). Quando foram observados os hábitos das pacientes acometidas pela doença, 22,6% referiram uso de bebidas alcoólicas e 33,9% relataram tabagismo.

Analisando a faixa etária e o estadiamento, observa-se que no estágio I 42,8% apresentavam menos do que 51 anos e 57,2% mais que essa idade no momento do diagnóstico; no estágio IV foram observadas 22,7 e 77,3%, respectivamente ($p = 0,2027$).

Das pacientes procedentes da capital, 62,5% apresentavam estágio I e II e 37,5% III e IV; para as provenientes do interior esses valores foram, respectivamente, 54,2 e 45,8%, ao comparar os grupos ($p = 0,3553$).

Em relação às pacientes casadas, foram diagnosticadas com estágio I e II, 56,3%, III e IV, 43,7%; das pacientes viúvas, 58,3% (estádio I e II) e 41,7% (estádio III e IV) e entre as divorciadas, 68,8 e 31,2%, respectivamente. Em todos os cruzamentos desses resultados $p > 0,05$.

Tabela 1. Análise univariável das características das pacientes pesquisadas

Variáveis	n	%	Valor p
Estado civil			
Casada	96	57,1	<0,0001
Divorciada	16	9,5	
Solteira	32	19	
Viúva	24	14,3	
Procedência			
Capital	72	42,9	<0,0760*
Interior	96	57,1	
Estadiamento			
I	21	12,5	<0,0001
II	76	45,2	
III	49	29,2	
IV	22	13,1	
Grau de instrução			
Ensino fundamental completo	16	9,5	<0,0001
Ensino fundamental incompleto	41	24,4	
Ensino médio completo	40	23,8	
Analfabeto	12	7,1	
Nível Superior	20	11,9	
Sem informação	39	23,2	
Câncer na família			
Não	71	42,3	<0,0001
Sem informação	9	5,4	
Sim	88	52,4	
Alcoolismo			
Sim	38	22,6	<0,0001
Não	130	77,4	
Tabagismo			
Sim	57	66,1	<0,0001
Não	111	33,9	
Lateralidade do câncer			
Bilateral	1	0,6	<0,0001
Direita	75	44,6	
Esquerda	90	53,6	
Não se aplica	1	0,6	
Sem informação	1	0,6	

*Não foi estatisticamente significativo, devido $p > 0,05$.

Ao comparar o nível de escolaridade das pacientes com o momento do diagnóstico, inicial (estádio I e II) e tardio (III e IV), apresentavam-se com nível superior, respectivamente, 70% (I e II) e 30% (III e IV); com ensino médio completo, 65 e 35%; ensino fundamental completo, 83,3 e 18,7%, e as analfabetas 41,7 e 58,3%. Relacionando o grupo de analfabetas com os demais grupos, na mesma ordem de citação, obteve-se $p = 0,1502$, $p = 0,1884$ e $p = 0,0497$.

As pacientes tabagistas com estadiamento I e II correspondem a 57,9%, III e IV a 42,1%; entre as não fumantes os valores são 57,1 e 42,4% ($p = 0,9197$). Estabelecendo a mesma relação, entre as que fazem uso de bebida alcoólica, o valor é igual 55,3 e 44,7%, e entre as não etilistas, 58,4 e 41,6% ($p = 0,8694$).

Das pacientes com estágio I e II, após o primeiro tratamento, 70,7% obtiveram remissão completa, enquanto que 20%

Tabela 2. Relação entre os diferentes tipos de tratamento utilizados para o primeiro tratamento das pacientes atendidas e tratadas no Hospital Geral Público de Palmas, Tocantins

1º Tratamento	n	%	Valor p
C + Q	53	31,55	<0,0001
Q	41	24,40	
H	34	20,24	
C + Q + R	10	5,95	
Q + H	6	3,57	
C	6	3,57	
Q + R + C + H	5	2,98	
Q + R	3	1,78	
C + H	2	1,19	
Q + C + H	2	1,19	
Q + R + H	1	0,59	
R + C + H	1	0,59	
C + R	1	0,59	
Não realizou tratamento	3	1,78	

C: cirurgia; Q: quimioterapia; H: hormonioterapia; R: radioterapia.

Tabela 3. Análise univariável da resolatividade do primeiro tratamento das pacientes com diagnóstico de câncer de mama

Estado da doença ao final do primeiro tratamento	n	%	Valor p
Doença estável	55	32,7	<0,0001
Doença em progressão	6	3,6	
Fora de possibilidade terapêutica	5	3,0	
Não se aplica	1	0,6	
Remissão completa	58	34,5	
Remissão incompleta	35	20,8	
Sem informação	8	4,8	

encontravam-se fora de possibilidade terapêutica; nos estádios III e IV os valores foram 29,7% (remissão completa) e 80% (fora de possibilidade terapêutica), para esses dados $p = 0,0387$.

Dentre as que tiveram remissão completa, 55,2% eram da capital e 44,8% do interior; remissão incompleta 31,4 e 68,6%, respectivamente ($p = 0,0327$). Das pacientes procedentes de regiões interioranas, 66,7% mantiveram a doença em progressão e 60% fora de possibilidade terapêutica.

Quanto ao resultado do tratamento, 44,4% das pacientes entre 21 e 30 anos apresentaram remissão incompleta do câncer e 11,1% apresentaram a doença em progressão. Para as pacientes com 70 anos ou mais, esses valores correspondem, respectivamente, a 11,1 e 0% ($p = 0,3846$).

Discussão

Em se tratando das variáveis analisadas envolvidas no câncer de mama, pode-se citar que a faixa etária corresponde a um dos pontos mais importantes. Esse fato pode ser explicado pelo

acúmulo de lesões no decorrer dos anos, o que favorece o surgimento das neoplasias malignas mamárias^{3,8}.

Em inúmeros estudos a faixa etária mais acometida corresponde àquela entre 40 e 60 anos de idade^{3,9-12}. Observou-se que 70,6% das pacientes pesquisadas encontravam-se nessa faixa etária, estando de acordo com as tendências mundiais.

Acredita-se que mulheres com idade mais avançada geralmente possuem um melhor prognóstico em relação às mulheres jovens¹³. No entanto, em estudo realizado em Santa Catarina, Brasil, o qual subdividiu mulheres com câncer de mama em dois grupos, um contendo mulheres com menos de 35 anos e outro com mais de 65, não apresentou qualquer diferença estatística em relação a essa avaliação⁴.

Quando comparada a eficácia do tratamento entre um grupo de 21–30 anos e outro com mais de 70 anos, não houve significância, confirmando estudo de Santa Catarina.

Estudo realizado na Europa evidenciou que 66,4% das pacientes com idade inferior a 50 anos foram tratadas com terapia hormonal, entretanto, o tratamento radioterápico diminuiu com a idade mais avançada. A quimioterapia foi utilizada em 77,2% das pacientes com menos de 50 anos¹⁴.

No HGPP, em todas as faixas etárias, os principais tratamentos utilizados foram quimioterapia (72,01%) e cirurgia (69,06%), ambos utilizados como tratamento isolado ou associado. A hormonioterapia foi preconizada em 30,35% dos casos e correspondeu ao terceiro tratamento mais utilizado. Destaca-se o pequeno número de casos submetidos ao tratamento radioterápico, com apenas 12,48% dos casos.

O estado civil como um fator de risco psicológico é ainda pouco estudado em decorrência da grande dificuldade de se fazer essa abordagem. Alguns estudos apontam que mulheres solteiras apresentam pior prognóstico por serem frequentemente diagnosticadas com doença mais avançada^{15,16}.

No presente estudo observou-se que aquelas não casadas (solteiras, viúvas e divorciadas) apresentaram uma frequência maior nos estádios I e II quando relacionadas às casadas, apesar de $p > 0,05$. Quanto ao resultado final do primeiro tratamento, não houve diferença absoluta e relativa entre os grupos.

Ao se estudar a associação entre tabagismo e câncer de mama, fatores como perfil hormonal da população estudada, fumo ativo ou passivo, idade de início e duração do hábito de fumar e a quantidade de cigarros fumados devem ser levados em consideração para que se obtenha uma associação mais fidedigna^{17,18}.

Quando analisado o tabagismo ativo por si só, semelhante aos demais estudos epidemiológicos, não foi demonstrada consistentemente a associação desse hábito com um risco aumentado de câncer de mama, assim como estadiamentos mais avançados entre as fumantes.

O álcool também é conhecido como fator de risco para o câncer de mama, possivelmente por ação indireta do acetaldeído¹⁹. Existem divergências entre diversas pesquisas, no entanto, em estudo caso-controle realizado em Long Island, Nova York, o

risco para câncer de mama aumentou em 40 a 45% para mulheres que consomem álcool com frequência²⁰.

A maioria das pacientes diagnosticadas com câncer de mama não fazia uso de bebidas alcoólicas e não foi observado estadiamento mais elevado entre aquelas com esse hábito.

O INCA aponta que no Brasil predomina o diagnóstico no estadiamento II e III⁷. Em um estudo feito em São Carlos, São Paulo, em 2007, no sistema de estadiamento TNM os tumores *in situ* corresponderam a 6,6% de todos os casos, tumores no estágio I a 25,4%, estágio II a 44,3%, estágio III a 17,0% e estágio IV a 6,6%²¹.

Em consonância com os dados do Brasil e de São Carlos, os estadiamentos II e III foram os mais comuns. O diagnóstico em estágio inicial (TNM estágio I) ainda é baixo, o que pode estar associado à dificuldade da população ao acesso à saúde e aos programas de prevenção, o que favorece o aumento da morbidade e mortalidade e diminui a chance de cura do câncer de mama.

Segundo o INCA, quanto mais avançado o estadiamento do tumor, maior a frequência de óbitos ao final da terapêutica inicial, com 21% dos casos em estágio IV evoluindo para óbito após o primeiro tratamento⁷.

Após o primeiro tratamento observou-se que quando diagnosticadas em estadiamento III e IV, 80% das pacientes encontravam-se fora de possibilidade terapêutica, enquanto que nos estádios I e II 70,7% obtiveram remissão completa ($p=0,0387$).

Um fator auxiliar que pode corresponder à demora no momento do diagnóstico é a procedência da paciente. Programas efetivos de rastreamento e detecção precoce do câncer de mama esbarram em diversas dificuldades, como a quantidade insuficiente e sobretudo a distribuição de mamógrafos. Devido à melhor infraestrutura e maior disponibilidade de recursos financeiros, a capital do estado disponibiliza acesso mais oportuno à mamografia do que as cidades do interior²².

Observou-se que pacientes provenientes do interior, em sua maioria, receberam diagnóstico em estadiamentos mais avançados (III e IV) e apresentaram baixa resolutividade ao primeiro tratamento (doença em progressão e fora de possibilidade terapêutica).

O grau de escolaridade está diretamente relacionado ao menor acesso aos meios diagnósticos, com consequente detecção da doença em estágios mais avançados e com piores prognósticos, representando esse um fator de risco importante^{23,24}.

Em valores absolutos, pacientes com algum nível de escolaridade, desde o ensino fundamental até o nível superior, diagnosticaram a doença mais precocemente quando comparadas ao grupo das pacientes não alfabetizadas. Entretanto, nossa casuística apresentou significância apenas quando comparados os grupos com ensino fundamental completo e analfabetas.

Esses valores afirmam a relação entre escolaridade e acesso aos meios diagnósticos, reforçando a importância da informação sobre o câncer de mama, a orientação quanto à realização dos exames preventivos, bem como oferecer a garantia dos serviços a todas as pacientes^{23,24}.

Conclusão

A idade é sem dúvida um fator de risco altamente pronunciado em diversos tipos de câncer. No município de Palmas, Tocantins, não foi diferente. A faixa etária mais acometida pelo câncer de mama nas pacientes do HGPP está entre 41 e 60 anos, mostrando consonância com vários estudos que também demonstram maior prevalência de casos nessas idades.

Houve ainda predomínio de pacientes nos estádios II e III, principalmente aquelas procedentes do interior, o que de certa forma demonstra a necessidade de investigação mais precoce em lesões não palpáveis através de métodos específicos de avaliação. Essa investigação também se justifica pela observação de que mulheres cujo tratamento foi realizado nos estádios iniciais da doença obtiveram melhores resultados.

A escolaridade também é uma variável importante, pois a paciente tem a possibilidade de reconhecimento e busca dos métodos mais eficientes de investigação, além do conhecimento dos métodos de rastreamento e acesso aos serviços especializados.

O tabagismo, apesar de estar relacionado ao desenvolvimento de vários tipos de câncer, ainda não é um fator de risco consubstancialmente comprovado para o desenvolvimento do câncer de mama.

Os resultados encontrados podem contribuir para o planejamento de ações voltadas à saúde da mulher, com a ampliação do acesso aos programas de prevenção do câncer de mama, principalmente no interior do Estado, permitindo a realização de diagnósticos precoces e tratamentos mais eficazes visando melhorar a qualidade de vida da mulher portadora dessa doença.

Referências

- Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global Cancer Statistics. *CA Cancer J Clin*. 2011;61(2):69-90.
- Instituto Nacional do Câncer (INCA). Tipos de câncer: mama [Internet]. 2012 [cited 2012 Jun 05]. Available from: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer_mama++
- Paiva CE, Ribeiro BS, Godinho AA, Meirelles RSP, Silva EVG, Marques GA, et al. Fatores de risco para o câncer de mama em Juiz de Fora (MG): um estudo caso controle. *Rev Bras Cancerol*. 2002;48(2):231-37.
- Oliveira AR. Correlação dos principais fatores prognósticos no câncer de mama entre mulheres jovens e idosas atendidas no serviço de mastologia da maternidade Carmela Dutra de Florianópolis/SC [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.
- Brasil. Ministério da Saúde. Estimativas 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2011. p. 42-54.
- Pinho VFS, Coutinho ESF. Variáveis associadas ao câncer de mama em usuárias de unidades básicas de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(5):1061-9.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Perfil da morbimortalidade brasileira do câncer de mama. Informativo vigilância de câncer, n. 2. Rio de Janeiro: INCA; 2012.
- Paulinelli RR, Freitas Júnior R, Curado MP, Souza AA. A situação do câncer de mama em Goiás, no Brasil e no mundo: tendências atuais para a incidência e a mortalidade. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2003;3(1):17-24.
- Brito C, Portela MC, Vasconcellos MT. Survival of breast cancer women in the state of Rio de Janeiro, Southeastern Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(3):481-9.
- Kwong A, Mang OWK, Wong CH, Chau WW, Law SC, Hong Kong Breast Cancer Research Group. Breast Cancer in Hong Kong, Southern China: the first population-based analysis of epidemiological characteristics, stage-specific, cancer-specific, and disease-free survival in breast cancer patients: 1997-2001. *Ann Surg Oncol*. 2011;18(11):3072-8.
- Ellberg C, Olsson H. Breast cancer patients with lobular cancer more commonly have a father than a mother diagnosed with cancer. *BMC Cancer*. 2011;11:497.
- Leal CS, Santos KRRA, Maia HGSN. Características epidemiológicas do câncer de mama no estado da Paraíba. *Rev Bras Mastologia*. 2005;12(2):15-22.
- Clagnan WS, Andrade JM, Carrara HHA, Tiezzi DG, Reis FJC, Marana HRC, et al. Idade como fator independente de prognóstico para o câncer de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008;30(2):67-74.
- Dewis R, Gribbin J. Breast cancer: diagnosis and treatment. An assessment of need. Cardiff: National Collaborating Centre for Cancer; 2009.
- Eaker S, Wigertz A, Lambert PC, Bergkvist L, Ahlgren J, Lambe M. Breast cancer, sickness absence, income and marital status: a study on life situation 1 year prior diagnosis compared to 3 and 5 years after diagnosis. *PLoS One*. 2011;6(3):e18040.
- Schneider IJC, d'Orsi E. Sobrevida em cinco anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(6):1285-96.
- Zhu HH, Hu CH, Strickland P. Perspectives of breast cancer etiology: synergistic interaction between smoking and exogenous hormone use. *Chin J Cancer*. 2011;30(7):433-41.
- Xue F, Willett WC, Rosner BA, Hankinson SE, Michels KB. Cigarette smoking and the incidence of breast cancer. *Arch Intern Med*. 2011;171(2):125-33.
- Cantinelli FS, Camacho RS, Smaletz O, Gonsales BK, Braguittoni E, Rennó Junior J. A oncopsiquiatria no câncer de mama: considerações a respeito de questões do feminino. *Rev Psiquiatr Clín*. 2006;33(3):124-33.
- Bowlin SJ, Leske MC, Varma A, Nasca P, Weinstein A, Caplan L. Breast cancer risk and alcohol consumption: results from a large case-control study. *Int J Epidemiol*. 1997;26(5):915-23.
- Macchetti AH. Estadiamento do câncer de mama diagnosticado no sistema público de saúde de São Carlos. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2007;40(3):394-402.
- Batiston AP, Tamaki EM, Santos MLM, Cazola, LHO. Método de detecção do câncer de mama e suas implicações. *Cogitare Enferm*. 2009;14(1):59-64.
- Matos JC, Pelloso SM, Carvalho MDB. Fatores associados à realização da prevenção secundária do câncer de mama no Município de Maringá, Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(5):888-98.
- Molina L, Dalben I, Luca LA. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. *Rev Assoc Méd Bras*. 2003;49(2):185-90.