

Análise crítica do diagnóstico, tratamento e seguimento de pacientes com câncer de mama acompanhadas em serviço de Mastologia do Distrito Federal

Critical analysis of the diagnosis, treatment and follow-up of patients with breast cancer accompanied in a Mastology service of the Distrito Federal

Fabiana Christina Araújo Pereira Lisboa¹, Fábio Siqueira², Simone Moura Lopes Viana³, Josiane Fernandes Ferreira Rodrigues⁴, Tayse Rabelo Nunes¹

Descritores

Câncer de mama
Perfil de saúde
Saúde da mulher
Terapia combinada
Prognóstico
Saúde pública

Keywords

Breast neoplasms
Health profile
Women's health
Combined modality therapy
Prognosis
Public health

RESUMO

Objetivo: Analisar o diagnóstico, tratamento e seguimento de pacientes com câncer de mama do Serviço de Mastologia do Hospital Regional de Taguatinga (HRT) e verificar a adequação às recomendações preconizadas e os aspectos epidemiológicos da população estudada. **Métodos:** Estudo observacional transversal realizado no período de 01 de janeiro de 2009 a 31 de dezembro de 2011. Coleta de dados em livros de registro de cirurgias, revisão de prontuários e entrevista. Análise estatística pelo programa IBM/SPSS v.18.0. **Resultados:** Das 201 pacientes com suspeição para câncer de mama, 116 permaneceram na amostra. 74% tiveram tempo de espera menor do que 30 dias para a primeira consulta no HRT. O resultado anatomopatológico com menos de 30 dias foi para 57%. A espera para tratamento complementar menor do que 30 dias foi para 38%, 41% entre 30 e 60 dias e 21% maior do que 60 dias. O intervalo entre as consultas foi de 3 e 6 meses para 66,4%. 35% das biópsias foram realizadas em serviço particular, e 7,89%, em serviço público. 69,44% das pacientes com câncer de mama tiveram acesso ao estudo imuno-histoquímico. 47,2% das pacientes com câncer de mama tiveram suporte de equipe multidisciplinar. 27,8% fizeram reconstrução mamária. 83,33% das pacientes com câncer de mama amamentaram. 58,3% não apresentavam história familiar positiva para câncer de mama. O tipo histológico mais frequente foi o carcinoma ductal invasivo (88,9%). **Conclusão:** Este trabalho se presta como instrumento gerador de mudanças em políticas públicas para estruturação de serviços prestadores de assistência às pacientes com câncer de mama a fim de impactar o prognóstico e a sobrevida.

ABSTRACT

Objective: To analyze the diagnosis, treatment and follow-up of patients with breast cancer of the Mastology service from Hospital Regional de Taguatinga (HRT) and check the adequacy to the recommendations and the epidemiological aspects of the study population. **Methods:** Cross-sectional observational study conducted in the period of 01/01/2009 to 31/12/2011. Data collection in books of record of surgeries, review of medical records and interview. Statistical analysis by the program IBM/SPSS v. 18.0.

Trabalho realizado no Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia no Hospital Regional de Taguatinga (HRT) – Brasília (DF), Brasil.

¹Médica Residente em Ginecologia e Obstetrícia do HRT – Brasília (DF), Brasil.

²Farmacêutico; Mestre em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia do HRT – Brasília (DF), Brasil.

³Médica Ginecologista (Obstetra e Ecografia) do HRT – Brasília (DF), Brasil.

⁴Médica Mastologista do HRT – Brasília (DF), Brasil.

Endereço para correspondência: Fabiana Christina Araújo Pereira Lisboa – Hospital Regional de Taguatinga – QND 41, Casa 16 – CEP: 72120-410 – Brasília (DF), Brasil – E-mail: fabianachristinalisboa@gmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar.

Recebido em: 27/03/2014. **Aceito em:** 27/01/2015

Results: Between 201 patients with suspicion for breast cancer, 116 remained in the sample. 74% had waiting time less than 30 days for the first consultation in HRT. The result of pathologic with less than 30 days was 57%. The waiting for additional treatment less than 30 days was 38%, 41% between 30 and 60 days and 21% greater than 60 days. The interval between the medical consultations was 66.4% between 3 and 6 months. 35% of biopsies were performed in particular service and 7.89%, public service. 69.44% of patients with breast cancer have had access to immunohistochemical study. 47.2% of patients with breast cancer have had support of the multidisciplinary team. 27.8% have had the breast reconstruction. 83.33% of patients with breast cancer breastfed. 58.3% hadn't a positive family history for breast cancer. The most common histological type was invasive ductal carcinoma (88.9%). **Conclusion:** This work aims to provoke changes in public policies for structuring services providers of assistance to patients with breast cancer to impact in terms of prognosis and survival.

Introdução

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o primeiro entre as mulheres¹, constituindo-se na doença que mais mata a população feminina no Brasil². Apresenta incidência aumentada em países desenvolvidos e industrializados; contudo, as taxas de mortalidade diminuem gradativamente em virtude de programas eficazes de combate ao câncer³. No Brasil, o diagnóstico tardio resulta em aumento da mortalidade e menor possibilidade de tratamentos cirúrgicos conservadores⁴.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que mais de 70% das mortes por câncer ocorram em países em desenvolvimento em decorrência de programas de combate ao câncer ineficientes ou inexistentes⁵; a agência propõe quatro componentes básicos para um programa adequado de controle do câncer: prevenção (melhor serviço de saúde), detecção precoce (rastreamento populacional), diagnóstico e tratamento e cuidado paliativo (incluindo apoio psicológico)⁶.

A Portaria nº 530 do Ministério da Saúde, publicada no Diário Oficial da União no dia 27 de março de 2012, estabelece o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM) com o objetivo de implementar um programa nacional de monitoramento da qualidade dos serviços de diagnóstico por imagem que realizam mamografia. Os Programas de Rastreamento Mamográfico (PRMs) organizados atingem redução de mortalidade por câncer de mama em até 35%, principalmente quando submetidos a controle de qualidade efetivo⁷.

Além disso, para diminuir as desigualdades regionais, o Ministério da Saúde vai ampliar a área de assistência das Unidades Oncológicas Móveis para realização de mamografia. As ações previstas no PNQM estão inseridas no Plano Nacional de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo do Útero e de Mama — uma ampla estratégia lançada em março do ano passado, com investimentos do Ministério da Saúde da ordem de R\$ 4,5 bilhões, até 2014¹.

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) anunciou no evento “INCA no Outubro Rosa: fortalecendo laços para o controle

do câncer de mama”, no dia 27 de março de 2012, sete recomendações para controle da mortalidade do câncer de mama no Brasil^{8,9}: o tratamento após diagnóstico confirmado deve ser iniciado o mais breve possível até o prazo máximo de três meses^{10,11}, com prejuízo de comprometer a sobrevida da mulher; quando indicado, o tratamento complementar de quimioterapia ou hormonioterapia deve ser iniciado no máximo em 60 dias, e o de radioterapia, no máximo em 120 dias. Atrasos no início do tratamento complementar aumentam o risco de recorrência local da doença e diminuem a sobrevida¹² (em algumas situações de tratamento com quimioterapia, a radioterapia pode ocorrer após os 120 dias).

Toda mulher com câncer mama deve: ter seu diagnóstico complementado com a avaliação do receptor hormonal¹³; ser acompanhada por uma equipe multidisciplinar especializada; receber cuidados em um ambiente acolhedor; ter direito aos cuidados paliativos para o adequado controle dos sintomas e suporte social, espiritual e psicológico; todo hospital que trata câncer de mama deve ter registro hospitalar de câncer em atividade.

Por ser uma doença grave e de grande incidência e prevalência no nosso país, programas de rastreamento, diagnóstico precoce, instituição da terapêutica adequada e seguimento pós-tratamento devem ser implementados e adequadamente seguidos nos serviços públicos e privados brasileiros, de maneira a fornecer a melhor assistência para as pacientes acometidas, com a finalidade de controle do câncer de mama. A antecipação do diagnóstico de recidiva pode significar uma vantagem em termos de sobrevida e/ou qualidade de vida, após as medidas terapêuticas adequadas^{9,14,15}, além de representar conforto psicológico para a paciente, por saber que está sendo apropriadamente acompanhada.

O presente trabalho objetivou analisar a realização do diagnóstico, tratamento e seguimento de pacientes com câncer de mama acompanhadas no Serviço de Mastologia do Hospital Regional de Taguatinga (HRT) e verificar a adequação às recomendações preconizadas pelos órgãos nacionais responsáveis pelas políticas de atendimento ao câncer de mama e os aspectos

epidemiológicos e socioculturais da população estudada, com a finalidade de prestar uma assistência médica de qualidade e que possa ter impacto positivo em termos de prognóstico e sobrevida para as mulheres acometidas pelo câncer de mama.

Métodos

Estudo observacional transversal para avaliar o diagnóstico, tratamento e seguimento de pacientes com câncer de mama acompanhadas no Serviço de Mastologia do HRT no período de 01 de janeiro de 2009 a 31 de dezembro de 2011.

A coleta de dados consistiu em levantamento de dados em livros de registro de cirurgias realizadas para tratamento do câncer de mama no período da pesquisa, revisão de prontuários e entrevista. Critérios de inclusão: pacientes submetidos à cirurgia para tratamento de câncer de mama no HRT no período da pesquisa, independentemente do sexo e idade, e que tenham aceitado participar da pesquisa e cujo prontuário tenha sido identificado. Critérios de exclusão: pacientes que não tiveram o prontuário identificado ou adequadamente preenchido, não atenderam ao contato telefônico ou não concordaram em participar da pesquisa.

Para a compilação das informações e análise estatística, foi utilizado o programa *IBM/SPSS* v.18.0 e realizada análise descritiva das variáveis.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), sob o parecer nº 05710512.9.0000.5553.

Resultados

No período estudado foram identificadas 201 pacientes com suspeição para câncer de mama e submetidas à biópsia, sendo que 85 não foram incluídas por não preencherem os critérios de inclusão da pesquisa. Das 116 pacientes do estudo, 59 mantiveram seguimento de acompanhamento na Mastologia do HRT (50,9%), 56 não abandonaram o acompanhamento em momentos distintos e 1 paciente foi excluída por não haver dados no prontuário suficientes para acompanhamento.

Do total de 116 pacientes, 90 foram submetidas à cirurgia para tratamento de câncer de mama; contudo, somente 36 permaneceram na amostra. Durante o seguimento dos três anos, seis das pacientes com câncer de mama vieram a óbito por causa da doença. Apenas dois pacientes do grupo com doença eram homens.

O perfil epidemiológico das pacientes com câncer de mama atendidas mostrou idade média de 50,92 anos no ano da biópsia, idade média da menarca e menopausa, respectivamente, de 12,97 e 47 anos.

Nesta pesquisa foram verificados, para as pacientes com câncer de mama, os tempos de espera para primeira consulta na Mastologia

do HRT e no hospital terciário de referência para tratamento complementar e resultado do exame anatomopatológico. 74% das pacientes tiveram um tempo de espera menor do que 30 dias para a primeira consulta na Mastologia do HRT, 12 e 14% tiveram uma espera de 30 a 60 dias e mais de 60 dias, respectivamente.

Para as pacientes submetidas a tratamento cirúrgico, o resultado anatomopatológico foi disponibilizado com menos de 30 dias para 57% delas, 24% receberam o resultado entre 30 e 60 dias, e 19%, após 60 dias. A espera para início do tratamento complementar em hospital terciário menor do que 30 dias foi para 38% das pacientes, para espera entre 30 e 60 dias e maior do que 60 dias foi para 41 e 21% das pacientes, respectivamente. O tempo médio de espera entre a biópsia e o tratamento cirúrgico definitivo foi de 2,6 meses na Mastologia do HRT. A porcentagem do intervalo entre as consultas foi de 66,4% para entre 3 e 6 meses; 7,8% para maior do que 6 meses; 25,9% sem informação.

Das pacientes com câncer de mama, tem-se que 72,2% fizeram o estudo anatomopatológico em serviço particular; 13,9%, em serviço público; 13,9% não apresentaram informações acerca desse dado. Tem-se que 69% das pacientes com câncer de mama tiveram acesso ao estudo imuno-histoquímico (sobre as demais, 31%, não se foram encontrados dados descritos no prontuário da realização do exame).

Apenas 47,2% das pacientes com câncer de mama tiveram suporte de equipe multidisciplinar com acompanhamento em psicologia (52,8% não tiveram acesso). O serviço de psicologia direcionado para essas pacientes só está implementado em serviços terciários no Distrito Federal, não estando disponível no HRT. As pacientes que tiveram esse acompanhamento foram atendidas no serviço terciário de referência.

Das pacientes mastectomizadas, apenas 27,8% tiveram oportunidade de reconstrução mamária, 38,9% não fizeram e 33,3% não tinham dados no prontuário sobre tal informação. Em relação ao grau de satisfação com o atendimento no Serviço de Mastologia do HRT pelas pacientes com câncer de mama, tem-se que 94,4% dos pacientes informaram estar satisfeitos ou muito satisfeitos e 5,6% responderam estar insatisfeitos ou muito insatisfeitos com o serviço.

Do total de pacientes incluídas no estudo, 28,8% apresentavam hipertensão arterial sistêmica (HAS), 22,5% eram portadoras de *diabetes mellitus* (DM), 6,25% negaram comorbidades e 2,6% apresentaram associação de HAS, DM e outra comorbidade, 1,25% possuíam distúrbios do humor (depressão) e 41,25% não apresentavam informações de comorbidades em seus prontuários.

Das pacientes com câncer de mama, 83,33% informaram que amamentaram seus filhos, 2,8% informaram que não amamentaram e para 13,88% não foi obtida informação sobre este item.

O número médio de gestações e parto por mulher com câncer de mama foi, respectivamente, de 3,7 e 3,0, sendo que 75,8% eram múltiparas (duas ou mais gestações), 8,1%, primigestas, e 8,1%, nulíparas. Entre as pacientes múltiparas, 51,9% tiveram

duas ou três gestações (o maior número de gestações encontrado nesta pesquisa foi de uma paciente que apresentou 9).

Das pacientes com doença, 58,3% não apresentavam história familiar positiva para câncer de mama; 41,6% apresentavam; 55,5% usaram anticoncepcional hormonal oral (ACHO) ao longo da vida; 41,7% não usaram; 2,8% não informaram. Em relação à terapia de reposição hormonal (TH), 91,66% das pacientes relataram que não fizeram uso. Sob outro ponto de vista, 55,6% nunca fizeram hormonioterapia com ACHO ou TH; 38,88% fizeram; 5,55% fizeram uso dos dois métodos em algum período da vida.

O tipo histológico mais frequente foi o carcinoma ductal invasivo (88,9%), seguido por carcinoma lobular (5,6%) e carcinoma mucinoso e tumor filodes (2,8%). Entre as pacientes estudadas não foi encontrado outro tipo de tumor.

Discussão

No presente estudo foi observada uma grande redução da amostra, por falta de adequado preenchimento dos prontuários e pela dificuldade de localizar as pacientes para entrevista por contato telefônico ou pelos prontuários no arquivo. O registro médico adequado e a existência de prontuário eletrônico são bases fundamentais para a pesquisa clínica hospitalar, devendo existir uma conscientização dos profissionais acerca da importância da anotação dos dados e aguarda-se a implementação do prontuário eletrônico em todos os serviços de saúde no Distrito Federal.

Tem-se igualmente considerável perda de seguimento de pacientes com alta suspeição para câncer de mama na Mastologia do HRT, provavelmente em virtude da inexistência de serviço de busca ativa dessa população, o que pode ter como consequência a piora do prognóstico com o avançar de uma doença maligna. Contudo, as pacientes que não mantiveram seguimento podem ter sido operadas ou acompanhadas em outra localidade.

O perfil epidemiológico da paciente com câncer de mama mostra uma paciente do sexo feminino com idade média de 50 anos ao diagnóstico e idade média de menarca e menopausa semelhante à da população brasileira em geral (também semelhante à encontrada por outros pesquisadores^{16,17}). Entre 45–50 anos de idade é que justamente se tem as taxas mais elevadas de ocorrência de câncer de mama. Menarca precoce e menopausa tardia aumentam o risco de câncer de mama, dobrando após os 55 anos e com risco 40% maior se ocorrer antes de 35 anos¹⁸.

Metade dos casos foi ou é tabagista (não foi analisada a variável fumo passivo). Supõe-se que o fator descoberta/diagnóstico de câncer de mama seja o principal motivador para interrupção do hábito de fumar. Os estudos atuais têm mostrado que pode existir pequeno vínculo negativo entre tabagismo e câncer de mama, contudo com pouco efeito¹⁸.

As comorbidades mais prevalentes foram HAS e DM, compatível com a faixa etária¹⁹. Os distúrbios de humor, principalmente

depressão, foram pouco descritos na anamnese, mas foram revelados frequentes na entrevista, apesar de não terem sido quantificados nesse momento do estudo.

A amamentação, apesar de ser considerada fator protetor, esteve presente em 83,3% dos casos de câncer de mama, sem, contudo, ter sido avaliado o tempo total de amamentação por mulher. Evidências recentes indicam que a amamentação pode não fornecer grau significativo de proteção contra o câncer de mama¹⁸.

A média de partos e gestações das pacientes com câncer de mama no estudo foi maior do que a taxa de fecundidade no Brasil: 1,90, segundo o Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)²⁰. Em relação à paridade, as variáveis que apresentam maior risco de câncer de mama são idade acima de 35 anos na primeira gestação e nuliparidade¹⁸. No presente estudo não foi estudada a idade da primeira gestação.

A maioria não apresentava história familiar positiva para câncer de mama. Apenas 10% dos casos de câncer de mama têm predisposição genética¹⁸. Não foram questionados acerca de outros tipos de câncer. O uso de TH não se mostrou fator importante na história das pacientes com câncer de mama em virtude de poucas terem feito uso. Em usuárias de ACHO, o risco relativo de desenvolver câncer de mama é de 1,3, contudo clinicamente pouco significativo¹⁸.

O câncer de mama na população masculina apresenta comportamento similar ao na feminina; contudo, os homens frequentemente possuem receptor hormonal positivo, sendo mais sensíveis à hormonioterapia¹¹. Em geral, é tardiamente reconhecido com piora do prognóstico¹². É uma patologia rara, sendo menos de 1% de todos os tumores mamários¹³, o que foi compatível com o achado do presente estudo.

Faz-se notório que as pacientes com câncer de mama pouco utilizam o Serviço de Anatomia Patológica do HRT, provavelmente em função da demora para liberação do resultado em torno de 60 dias vista na prática diária. Dessa maneira, essas mulheres, em muitas situações, optam por procurar o serviço complementar de saúde para realização de exame após a biópsia/cirurgia, por ter acesso ao resultado em tempo hábil. A implementação de programa que priorize a realização de exames histopatológicos no HRT para os casos com alta suspeição favoreceria a condução dos casos e poderia até mesmo auxiliar a antecipação do tratamento cirúrgico.

As pacientes com câncer de mama têm prioridade no acesso e na marcação de consultas na Mastologia do HRT, desde que venham de forma direta ao serviço e não dependam do sistema de marcação via Posto de Saúde, mostrando adequação da triagem para recebimento de acordo com a gravidade. Todavia, apesar do fácil acesso inicial para consulta e rápido encaminhamento para tratamento cirúrgico após confirmação histológica, o tempo de espera pelo resultado anatomopatológico é um fator limitante para a fluidez do serviço.

O tempo de espera para consulta no serviço terciário para tratamento complementar foi razoável e dentro dos limites esperados de até 90 dias para quimioterapia e de até 120 dias para radioterapia.

O tempo de espera após confirmação diagnóstica e tratamento cirúrgico definitivo é adequado de acordo com as recomendações do INCA⁸, principalmente para um serviço público com grande demanda de pacientes e com limitações de salas cirúrgicas disponibilizadas mensalmente.

A maioria das pacientes apresentou seguimento regular, dentro do esperado de anamnese e exame físico a cada 3 a 6 meses nos 3 primeiros anos, de 6 a 12 meses no quarto ano e anual a partir de então sendo que a mamografia era realizada anualmente¹⁵. A realização de outros exames de rotina não evidencia melhoria em termos de prognóstico¹⁴.

Supõe-se que todas as pacientes com câncer de mama tiveram acesso ao estudo imuno-histoquímico, já que todas foram encaminhadas para Oncologia e que tal exame é imprescindível para o tratamento complementar, apesar de somente 69,4% terem esse dado relatado em prontuário, o que pode estar relacionado com a baixa qualidade no preenchimento dos prontuários.

O acesso a apoio multidisciplinar e, principalmente, psicológico é precário, só ocorrendo em serviço terciário de referência. A Mastologia do HRT necessita ter um serviço de psicologia estruturado que dê suporte para as pacientes com câncer de mama. Apesar disso, o grau de satisfação com o atendimento às pacientes com câncer de mama no Serviço de Mastologia do HRT foi elevado.

O carcinoma ductal invasivo foi o tipo histológico mais prevalente, corroborando os dados de frequência de ocorrência na literatura (de 70–85%), seguido de lobular (10%) e mucinoso (2–3%)²¹.

Conclusão

Apesar da adequação da metodologia empregada, observou-se grande perda de dados em virtude de informações não colhidas e anamnese incompleta registrada nos prontuários. A dificuldade de localizar os prontuários físicos no arquivo médico do hospital foi outro fator limitante para ampliar a amostra. A existência de prontuário eletrônico e adequado preenchimento com dados completos favoreceria a pesquisa clínica em serviços de saúde com grande volume de pacientes e agilizaria o processo de coleta de dados, gerando informações em saúde em tempo hábil para ação imediata.

Os achados descritos permitem a confecção de um retrato de como tem sido feita a assistência às pacientes com câncer de mama atendidas em serviço público secundário mostrando as limitações, destacadamente, em suporte de anatomia patológica em tempo oportuno, disponibilidade de centro cirúrgico que dê

vazão ao fluxo de pacientes com anesthesiologistas disponíveis, equipe de Oncologia Clínica disponível e equipe multidisciplinar para acompanhamento das pacientes.

Observa-se igualmente o grande volume de pacientes que oneram em tempo e custos o Centro Cirúrgico para realização de biópsias incisionais para diagnóstico em casos de suspeita de câncer de mama que poderiam ser realizadas de forma ambulatorial, por exemplo, se o material para *Core Biopsy* fosse disponível.

Mais estudos, em caráter de avaliação dos serviços públicos, deveriam ser feitos para se ter de forma concreta a realidade da saúde pública no Brasil em diferenciados tipos de serviço e especialidades, de maneira a se ter um projeto de mudança visando melhorias do atendimento.

Este trabalho se presta, no contexto da saúde pública, como instrumento que possibilita a geração de mudanças em políticas públicas que promovam estruturação nos serviços prestadores de assistência às pacientes com câncer de mama, tanto no âmbito local como nacional, e que possam garantir o adequado acesso e tratamento em tempo oportuno, de maneira que possam possibilitar impacto em termos de prognóstico e sobrevida.

Agradecimentos

Agradeço ao Deus da vida, meu Senhor.

Agradecemos ao funcionário do arquivo do Hospital Regional de Taguatinga (HRT), o senhor Rosevaldo Lopes de Alencar, pela contribuição e presteza em localizar os prontuários médicos.

Referências

1. Brasil. Saúde promove melhorias na assistência oncológica [Internet]. [cited 2012 May 18]. Available from: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/4579/162/saude-lanca-medidas-para-melhorar-assistencia-oncologica.html>
2. Brasil. Incidência de Câncer no Brasil [Internet]. Estimativa 2012 [cited 2012 May 18]. Available from: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>
3. Silveira DP. Perfil da incidência e da sobrevida de câncer de mama: análise a partir dos registros de câncer de base populacional e cobertura de planos privados de saúde no município de São Paulo [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2011.
4. Buitrago F, Uemura G, Sena MCF. Fatores prognósticos em câncer de mama. *Comun Ciênc Saúde*. 2011;22(Sup. Esp. 1):69-81.
5. Testa L, Mano MS. Quimioterapia em câncer de mama. *Rev Bras Mast*. 2010;20(4):190-8.
6. World Health Organization (WHO). Cancer control: knowledge into action, WHO guide for effective programmes. Diagnosis and Treatment. Module 4, II Series. WHO; 2008.
7. Tsunoda AT. Estudo de indicadores de qualidade nas mulheres com câncer de mama detectado pelo programa de rastreamento mamográfico do Hospital de Câncer de Barretos [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. Faculdade de Medicina; 2011.

8. Brasil. Inca renova recomendações para tratamento do câncer de mama no País [Internet]. [cited 2012 May 12]. Available from: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2011/inca_renova_recomendacoes_para_tratamento_do_cancer_de_mama_no_pais
9. Veronesi U. Mastologia Oncológica. São Paulo: Editora MEDSI; 2002.
10. Brasil. Orientações para o atendimento à Saúde da adolescente [Internet]. Ministério da Saúde. [cited 2012 Mar 22]. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_atendimento_adolescente_menina.pdf
11. Ministério da Saúde. Manual de Atenção à mulher no Climatério/ Menopausa. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. Caderno 9.
12. Dixon M, Sainsbury. Manual de Doenças da Mama. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Revinter; 2001.
13. Schimidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. Série Saúde no Brasil. [Internet] Fascículo 4:61-74. [cited 2012 Mar 22]. Available from: <http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/images/stories/pdf/brazilpor41.pdf>
14. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010: escolaridade e rendimento aumentam e cai mortalidade infantil [Internet]. [cited 2012 May 27]. Available from: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias_visualiza.php?id_noticia=2125&id_pagina=1
15. Giordano SH, Buzdar AU, Hortobayi GN. Breast cancer in men. *Ann Intern Med.* 2002;137(8):678-87.
16. Araújo DB. Metástases pulmonares em homem: localização incomum do tumor primário. *J Bras Patol Med Lab.* 2008;33(2):234-7.
17. Freitas AM, Silva LLM, Toscani NV, Graudenz, MS. Perfil imunohistoquímico de carcinomas mamários invasivos em homens. *J Bras Patol Med Lab.* 2008;44(5):375-80.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Controle do Câncer de Mama. Documento de Consenso. 17. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
19. Luca LA, Barbosa EM. O impacto, na sobrevida, dos exames bioquímicos e de imagem utilizados no seguimento a pacientes com Câncer de Mama. *Femina.* 2008;36(3):185-8.
20. Amorim WC, Silva LCR. Guia de bolso de Mastologia. São Paulo: Editora Atheneu; 2012.
21. Robbins SL, Cotran RS, Kumar V, Schoen FJ. Patologia estrutural e funcional. 5 ed. Rio de Janeiro: Editora Revinter; 1996.