



Estudo do Perfil de Mulheres Submetidas a Exame Mamográfico em uma Clínica Particular do Sul de Minas Gerais

Study of the Profile of Women Submitted to Mammography in a Private Clinic of the South of Minas Gerais

Nilo César do Vale Baracho,¹

Américo Luiz de Oliveira Rezende,²

Aline Cunha Santos,³

Barbra Rafaela de Melo Santos

Azevedo.³

1 Farmacêutico-bioquímico.

Mestre em Fisiologia e Farmacologia. Professor Adjunto de Farmacologia e Bioquímica, Faculdade de Medicina de Itajubá, MG

2 Médico. Especialista em Radiologia. Professor Adjunto de Anatomia Radiológica da FMI.

3 Acadêmicas do 4º ano de Medicina da FMI.

O trabalho foi realizado na Faculdade de Medicina de Itajubá.

Correspondência:

Nilo César do Vale Baracho.
Faculdade de Medicina de Itajubá
Av. Renó Júnior, 368. São Vicente
Itajubá/MG. CEP: 37502-138.
Tel: (35) 3629-8700.
E- mail:
nilocvbaracho@yahoo.com.br

RESUMO

Objetivos: Traçar o perfil das mulheres submetidas a exame mamográfico em uma clínica particular do sul de Minas Gerais em 2007.

Materiais e Métodos: Foram analisadas 3665 fichas com informações sobre as pacientes. Os dados coletados foram repassados para uma tabela do Excel®, onde foram separados e contabilizados, sendo, posteriormente, transferidos para gráficos e tabelas do mesmo programa.

Resultados: A média das idades das pacientes foi de 50,1 anos e a maior parte delas se originava do Sistema Único de Saúde – SUS (63,44%). A paridade média foi de 2,9 filhos por mulher, sendo que a maioria amamentou (88,56%). Os laudos foram, em sua maioria, classificados em B1 e B2 (86,49%) e dentre os casos de antecedência familiar de câncer de mama, destacou-se o de grau 3 (33,77%). 6,93% das pacientes apresentavam nódulo palpável e 3,63%, secreção papilar; apenas 8,98% faziam reposição hormonal e 5,05% tomavam anticoncepcional oral; 20,22% eram fumantes e 16,40% das mesmas já haviam realizado algum procedimento cirúrgico anterior nas mamas. **Conclusões:** As mulheres têm estado mais expostas a prováveis fatores de risco para o câncer de mama, embora demonstrem uma tendência positiva em relação ao auto cuidado. O exame mamográfico pode não ser tão eficaz, como único exame, para o diagnóstico dessa neoplasia.

Palavras-chave: Neoplasias mamárias, fatores de risco, mamografia, BI-RADS®, perfil das mulheres.

ABSTRACT:

Objectives: Plot the profile of women undertaking mammography exams in a private clinic located southern Minas Gerais on 2007. **Materials and methods:** 3665 cards with information about the patient were analyzed. The data collected was put into an excel table, than separated and accounted for, being, afterwards, transferred to other table.

Results: The mean age was 50.1 years and most used SUS (63.44%). They had in average 2.9 children, most of the nursed (88.56%). Reports were, mostly, classified as B1 and B2 (86.49%) and among those with breast cancer history in their families, those of degree 3 were highlighted (33.77%). 6.93% of patients showed palpable nodules and 3.69% presented papillary secretion; only 8.98% took Hormone Replacement Therapy and 5.05% took oral contraceptive pill; 20.22% were smokers and 16.40% had undergone some surgery procedure on breasts. **Conclusions:** Women have been more exposed to risk factors related to breast cancer, although they have demonstrated a positive tendency regarding self examination. Mammography exams can't be relied as the only diagnostic exam of this neoplasia.

Key words: Breast neoplasms, risk factors, mammography, BI-RADS®, women's profile.

INTRODUÇÃO

Independente do órgão acometido, um tumor maligno, vulgarmente conhecido como câncer, é resultado de uma proliferação continuada de células anormais em um organismo vivo. O câncer de mama especificamente acontece quando células mamárias defeituosas crescem desordenada e descontroladamente, afetando a funcionalidade das mesmas. Tais alterações são decorrentes de uma série de danos no DNA das células deste tecido.¹

Esse tipo de câncer é um dos mais temidos pelas mulheres, uma vez que sua frequência é muito alta e seus efeitos psicológicos afetam a percepção da sexualidade e a visão de si mesmas.² Além disso, representa a neoplasia maligna de maior prevalência entre as mulheres brasileiras, sendo a principal causa de morte, por câncer, entre elas.³

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), eram esperados 49.240 novos casos de câncer de mama para o Brasil em 2010, com um risco estimado de 49 casos a cada 100 mil mulheres. As regiões Sudeste e Sul possuem as maiores incidências, sendo que Minas Gerais é o Estado cuja taxa é a mais alta de todo o país: 88,3 casos a cada 100 mil mulheres.⁴

Considerando os agravos decorrentes dessa neoplasia tão frequente na população mundial, é extremamente necessário que sua descoberta seja cada vez mais precoce, uma vez que o diagnóstico tardio diminui muito as chances de sobrevivência, como constatado na América do Sul.⁵ No entanto, muitos fatores levam ao surgimento de barreiras a essa descoberta prematura, como condições socioeconômicas, confinamento geográfico e étnico e diferenças no acesso individual aos serviços de saúde.⁶ Além disso, o alcance desigual das pacientes às formas de diagnóstico da doença, relacionado a aspectos como educação, local de moradia, salário, idade e etnia, contribui para o agravamento da mesma.⁷

As formas mais eficazes para detecção precoce do câncer de mama são o Exame Clínico da Mama (ECM) e a Mamografia. Esta última, corresponde a radiografia da mama, que permite a detecção precoce do câncer, por ser capaz de mostrar lesões em fase inicial, muito pequenas, sendo considerada o teste mais sensível para a detecção do câncer de mama não palpável.⁸

Estudos são favoráveis ao uso da mamografia como método de detecção precoce, capaz de reduzir a mortalidade por câncer de mama,² mas, apesar dessa predileção, é indicado que se faça uma associação desta, com o exame clínico e a ultra-sonografia, por se tratarem de exames complementares entre si, que podem

juntos oferecer uma confirmação mais precoce e segura.⁹

Um importante sistema de classificação dos laudos mamográficos é o Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS®), que representa uma ferramenta bastante eficaz na predição de malignidade do câncer e na redução de erros nos laudos mamográficos.¹⁰ Segundo a quarta edição do BI-RADS®, a classificação dos exames é feita com base no grau de suspeição das lesões em categorias: 0 – necessidade de avaliação adicional (ultra-sonografia, por exemplo); 1 – sem achados positivos; 2 – achados benignos; 3 – achados provavelmente benignos; 4 – achados suspeitos; 5 – achados altamente suspeitos. Os laudos que têm diagnóstico histopatológico maligno, previamente confirmado, são enquadrados na categoria 6.¹¹

Muitos fatores levam as mulheres a buscarem atendimento médico especializado para saúde das mamas e, entre eles, destaca-se a mastalgia, que, apesar de apresentar diversas razões, é frequentemente associada, pelas próprias pacientes, ao câncer, causando prejuízos psicológicos graves as mesmas pelo temor de possuírem a doença.¹²

Considerando, portanto, o enorme impacto da neoplasia mamária na vida das mulheres e a necessidade do conhecimento dos grupos de risco e dos fatores associados à dificuldade na prevenção, o objetivo deste trabalho foi traçar o perfil das mulheres submetidas à radiografia mamográfica no ano de 2007, em uma clínica particular de diagnóstico por imagem da cidade de Itajubá, Sul de Minas Gerais.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foram analisadas 3665 fichas preenchidas por mulheres submetidas à mamografia no ano de 2007, no ato da realização do exame, em clínica particular de diagnóstico por imagem, localizada em Itajubá, sul de Minas Gerais, Brasil. Os parâmetros investigados nesta pesquisa foram: idade, paridade, tempo de amamentação, condição ginecológica, medicamentos tomados, uso de reposição hormonal, realização de algum tipo de cirurgia mamária, uso de prótese de silicone, grau de antecedência familiar de câncer de mama, tabagismo, presença de nódulo palpável, secreção papilar ou sinal na mama, e retração de pele ou mamilo.

Além dessas variáveis, registros administrativos também foram utilizados, como: origem do exame (se particular, através de planos e convênios de saúde, ou assistência prestada pelo Sistema Único de Saúde - SUS); número da ficha,

utilizado para individualizar as informações, sem identificar as pacientes, e ainda, laudo de cada exame mamográfico, dado pelo médico radiologista responsável da clínica.

Os dados coletados foram repassados para uma tabela do Excel®, na qual cada coluna continha uma variável, enquanto as linhas representaram os 3665 exames. Após o término da coleta, foram separados os intervalos ou os valores em colunas distintas e, utilizando como referência as colunas em que os dados foram coletados, foram efetuadas as fórmulas necessárias para que os mesmos fossem separados. Após a separação, novas fórmulas foram utilizadas para a contagem dos dados, cujos valores foram registrados nas colunas criadas para cada valor ou intervalo. Em seguida, com o auxílio do assistente de gráfico do programa, os dados foram transferidos para gráficos do tipo

histograma, devidamente ajustados à informação necessária. As tabelas também foram feitas utilizando as ferramentas deste mesmo programa.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Itajubá em Setembro de 2008, sob o protocolo de número 015/08.

RESULTADOS

Foram analisadas 3665 fichas de mulheres que se submeteram ao exame mamográfico, sendo encontradas desde jovens, com menos de 20 anos (9 mulheres - 0,25%), até senhoras com mais de 80 anos de idade (15 mulheres - 0,41%). No entanto, a maioria, 1504 (69,95%,) tinha entre 41 e 60 anos, sendo a faixa etária média de 50,1 anos de idade (Gráfico 1).

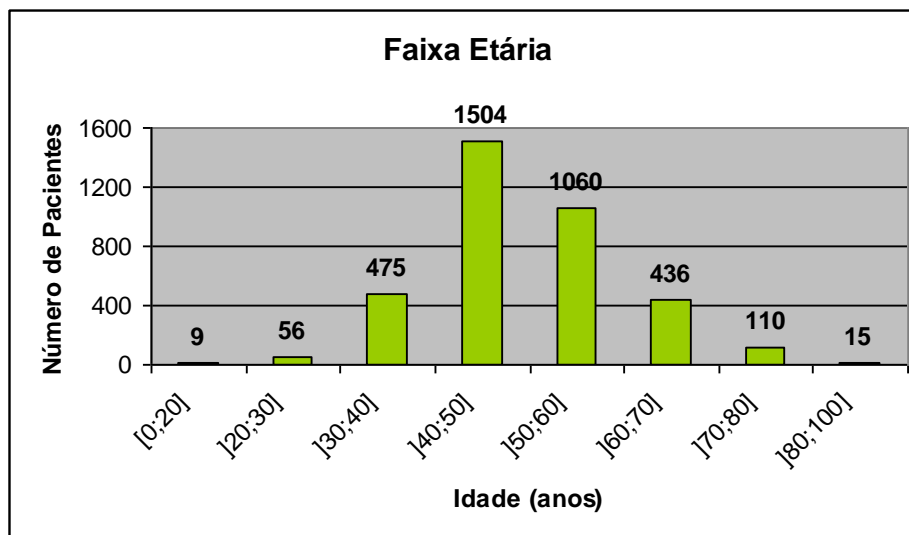


Gráfico 1 – Faixa etária das mulheres submetidas ao exame mamográfico em 2007

Em relação à forma de assistência à saúde utilizada pelas pacientes para a realização do exame, constatou-se que 2325 mulheres (63,44%) se originavam do Sistema Único de Saúde, 1258 (34,32%) utilizavam algum tipo de plano de saúde, sendo este privado, ambulatorial ou resultante de convênios e apenas 82 (2,24%) das pacientes realizaram o exame de forma particular.

Quanto à paridade, obteve-se uma média de 2,9 filhos por mulher, sendo contabilizados todos os nascidos vivos. Observou-se que 414 (11,30%) mulheres não tiveram nenhum filho e 44 (1,20%) eram mães de 11 filhos ou mais, sendo encontrados casos de pacientes com até 25 gestações bem sucedidas. Apesar de algumas discrepâncias, a maioria das mães segue uma tendência nacional de formar famílias menores, com 2 ou 3 filhos. (Gráfico 2).

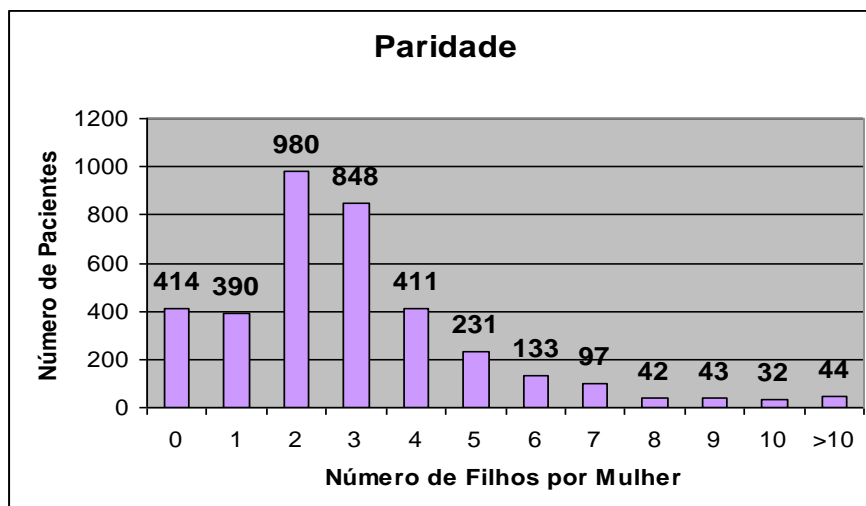


Gráfico 2 – Paridade das mulheres submetidas ao exame mamográfico em 2007

Das mulheres que tiveram filhos, 2879 (88,56%) os amamentaram por mais de 31 dias, já 372 (11,44%) não os amamentaram (nessa classificação foram encaixadas as mulheres que nunca amamentaram ou que o fizeram por um

período máximo de 1 mês – 30 dias). Dentre as 2879 mulheres que amamentaram os filhos, a maioria delas (1412 - 49%) o fez por um período que variou entre 31 dias e 6 meses. (Gráfico 3).

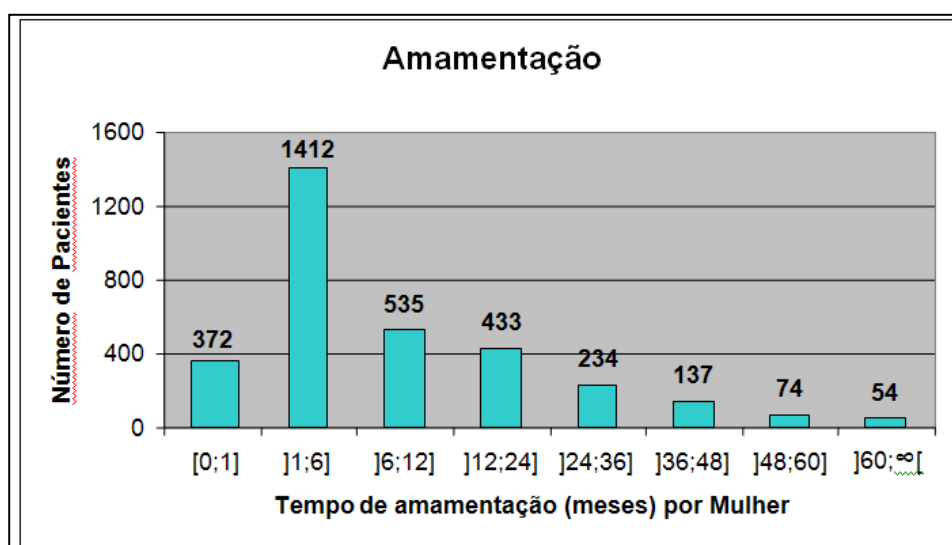


Gráfico 3 – Meses de amamentação das mulheres (que tiveram filhos) submetidas ao exame mamográfico em 2007

Através de informações coletadas nas fichas das pacientes foi constatado que 1683 (45,92%) apresentavam menstruação normal, 1546 (42,18%) já se encontravam no período da menopausa e 436 (11,90%) haviam realizado o procedimento cirúrgico da histerectomia, com a

extirpação total ou parcial do útero e estruturas adjacentes.

Tomando como base o **BI-RADS®** para a classificação dos achados mamográficos obtidos na realização da mamografia, pode-se constatar que 243 (6,63%) pacientes foram enquadradas na classificação B0, 1473 (40,19%), em B1, 1697

(46,30%), em B2, 220 (6,00%), em B3, 20 (0,54%) em B4, 11 (0,30%) em B5 e apenas 1 (0,03%) paciente se encaixou na categoria B6,

que corresponde a um diagnóstico maligno, previamente confirmado (Gráfico 4).

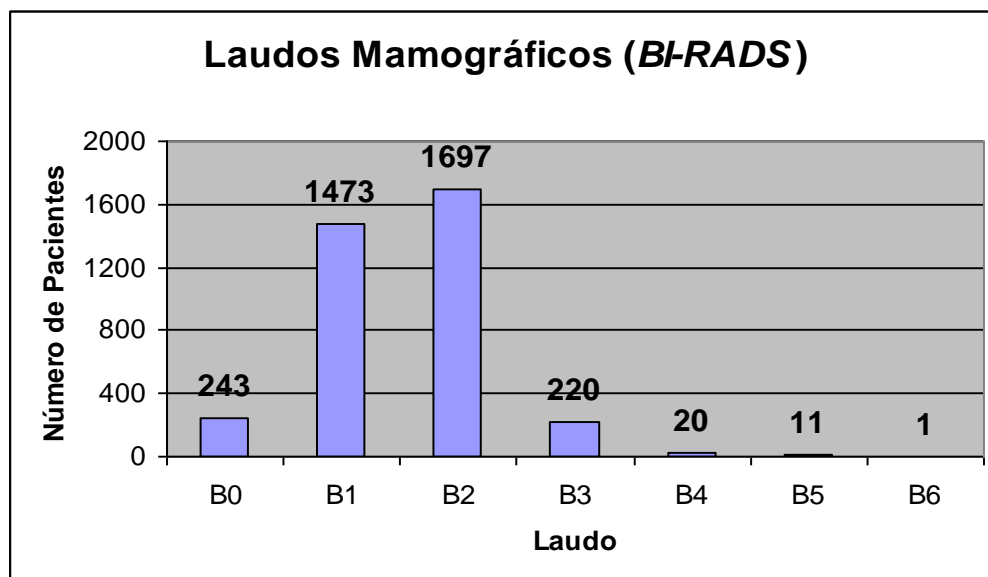


Gráfico 4 – Classificação dos laudos segundo o BI-RADS®, obtidos nos exames mamográficos em 2007

Os antecedentes familiares de câncer de mama, informados a partir dos conhecimentos das próprias pacientes, resultaram em 4 classificações, segundo o grau de parentesco entre as pacientes e as mulheres de suas famílias que apresentaram neoplasia mamária maligna. Dentre as pacientes que apresentaram antecedentes familiares (total de 606), 97 (16,01%) tinham antecedentes com grau 1 de parentesco (mãe ou avó), 160 (26,40%), grau 2 (irmã), 241 (39,77%), grau 3 (tia) e 108

(17,82%) apresentaram grau 4 (prima), sendo que, quando as pacientes apresentavam mais de um grau de parentesco (avó e tia, por exemplo), foi considerado apenas o maior grau numa escala decrescente (de 1 a 4); da mesma forma, quando as pacientes apresentavam mais de uma familiar, com o mesmo grau de parentesco, acometida da doença (duas primas, por exemplo), foi considerada apenas uma (Gráfico 5).

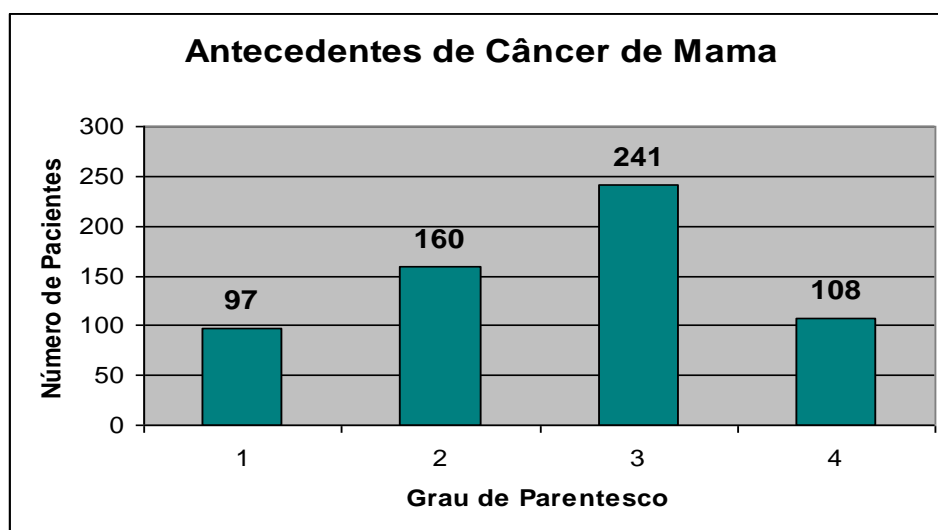


Gráfico 5 – Antecedentes familiares de câncer de mama das mulheres submetidas ao exame mamográfico em 2007

Embora alguns dos medicamentos de uso (constante ou esporádico) relatados pelas pacientes, não tenham aparente relação com a neoplasia mamária maligna, optou-se por fazer um registro dos encontrados com maior frequência, uma vez que constavam entre os dados das fichas analisadas. Desta forma, foi observado que um grande número de pacientes (1084 - 29,58%) fazia uso de algum tipo de medicamento para controle da hipertensão ou tomavam antidepressivos (707 - 19,29%) e 185 (5,05%) das mesmas tomavam anticoncepcional oral. Além disso, 990 (27,01%) pacientes mencionaram algum outro tipo de remédio, entre fitoterápicos, medicamentos usados para doenças neurológicas e cardíacas, analgésicos, quimioterápicos, entre muitos outros.

Entre as características encontradas nas mamas das pacientes, observou-se que 398

(10,86%) apresentavam algum tipo de sinal (verruca, pinta, cicatriz, mancha de nascença, etc.), sendo mais prevalentes os sinais encontrados na mama esquerda das mesmas (166 - 41,71%). As pacientes que possuíam nódulo palpável, confirmado pelos profissionais que realizaram o atendimento às mesmas, eram 254 (6,93%), sendo, também, mais prevalente apresentarem na mama esquerda (133 - 52,35%). Algumas pacientes apresentaram algum tipo de secreção papilar (sangue, leite, pus, entre outras) no momento do exame, constituindo um total de 141 (3,85%), sendo mais comum a secreção em ambas as mamas (77 - 54,61%). Um total de 121 mulheres (3,30%) apresentou, ainda, como característica, a retração da pele da mama ou do próprio mamilo, sendo que o achado se mostrou mais comum em ambos os lados (57 - 47,11%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Características encontradas nas mamas das pacientes submetidas ao exame mamográfico em 2007

Característica	Esquerda		Direita		Ambas		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sinal	166	41,71	148	37,19	84	21,10	398	100
Nódulo Palpável	133	52,35	104	40,95	17	6,70	254	100
Secreção Papilar	38	26,95	26	18,44	77	54,61	141	100
Retração Pele/Mamilo	45	37,19	19	15,70	57	47,11	121	100

Em última análise, foram transcritos dados relacionados à realização anterior de alguma cirurgia nas mamas das pacientes e outras variáveis relevantes, como o uso de reposição hormonal e o tabagismo. Constatou-se que 601 (16,40%) pacientes foram submetidas a algum tipo de procedimento cirúrgico mamário,

incluindo mastectomia, punção, retirada de nódulo(s) ou cisto(s), redução das mamas, entre outros. Além desses procedimentos, 9 (0,24%) mulheres haviam colocado prótese de silicone nas mamas. Entre as variáveis analisadas, verificou-se que 329 (8,98%) faziam reposição hormonal e 741 (20,22%) eram fumantes (Tabela 2).

Tabela 2 - Realização de procedimentos cirúrgicos e outras variáveis

Procedimento/Variável	o	N	%
Reposição Hormonal	29	3	8,98
Tabagismo	41	7	20,22
Cirurgia	01	6	16,40
Silicone		9	0,24

DISCUSSÃO

Segundo a Sociedade Brasileira de Mastologia, a taxa de detecção precoce de câncer de mama em países mais desenvolvidos gira em torno de 70%, caindo para 15% no Brasil.⁴ A idade constitui um importante fator de risco, havendo um aumento rápido da incidência desse tipo de câncer com o passar do tempo (especialmente após os 35 anos),² sendo, por isso, muitas vezes considerada uma indicação de mau prognóstico.

A alta incidência de exames na faixa etária de 41 a 50 anos demonstra aparente preocupação de médicos e pacientes em relação à prevenção e diagnóstico precoce do câncer de mama e de outras enfermidades associadas, embora a literatura indique que muitos aspectos epidemiológicos e clínicos estão ligados a pacientes mais jovens.¹³

O alto número de pacientes encaminhadas à realização do exame mamográfico pelo Sistema Único de Saúde demonstra que esse tem sido o meio mais acessível às mesmas, quando buscam por atendimento médico especializado.

A Lei Federal 11.664, que entrou em vigor a partir de 29 de abril de 2009, garante que o SUS, por meio dos seus serviços, próprios, conveniados ou contratados, deve assegurar a realização de exame mamográfico a todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade.¹⁴ Com isso, espera-se que a procura pelo exame aumente e, principalmente, se torne mais acessível às mulheres, embora a falta de acesso gratuito, nesse estudo, não tenha sido um fator limitante, uma vez que a procura demonstrou-se relativamente alta, com a realização de uma média de 10,96 exames diários na clínica em questão. Isso

demonstra, contrariando a literatura, que a consciência da necessidade da prática do auto cuidado tem superado as condições de precariedade financeira ou mesmo cultural, em relação à saúde,^{6,7} devido, provavelmente, a grande repercussão dos agravos da doença.

A taxa de fecundidade no Brasil tem sofrido decréscimo desde a década de 1960, tendo passado de 6,3 filhos para 2,3 em 2000,¹⁵ o que reflete diversos fatores, dentre eles a inserção da mulher no mercado de trabalho. Essa tendência foi confirmada pelo presente estudo.

Uma revisão de 47 estudos, realizados em 30 países, envolvendo cerca de 50 mil mulheres com câncer de mama e 97 mil controles, sugere que o aleitamento materno pode ser responsável por 2/3 da redução estimada no câncer de mama. Além disso, a amamentação foi tanto mais protetora, quanto mais prolongada: o risco relativo de ter câncer decresceu 4,30% a cada 12 meses de duração da amamentação.¹⁶ No presente estudo, constatou-se que das mulheres que tiveram filhos, 78,55% ofereceram leite materno aos mesmos, sendo que a grande maioria delas o fez por um período que variou entre 1 e 6 meses.

O número de mulheres que apresentavam menstruação normal na época da realização do exame foi apenas 3,74% menor do que o de mulheres que já haviam entrado no período da menopausa, o que pode evidenciar a preocupação das mesmas com sua saúde em diferentes fases da vida.

Chama a atenção o fato de que, embora 42,18% das mulheres já estivessem na menopausa, apenas 8,98% das mesmas fizessem algum tipo de reposição hormonal. De acordo com a literatura, esse fenômeno pode estar ligado

ao temor que existe em relação ao uso da reposição, associado a um maior risco de se desenvolver câncer de mama, o que, apesar de ter sido evidenciado em estudos realizados em todo o mundo,¹⁷ ainda constitui um tema controverso. Da mesma forma, o uso de anticoncepcionais orais, que não raramente é citado como um fator de risco, ainda causa discussões na literatura.¹⁸

Embora seja alto o número de mulheres que realizaram a histerectomia, esta constitui um procedimento operatório bastante comum, sendo que entre 20 e 30% das mulheres serão submetidas a esta operação até os 70 anos de idade.¹⁹

O maior número de achados mamográficos foi classificado, segundo o BIRAD'S®, em B1 e B2, que não constituem, de acordo com esse critério, nenhuma anormalidade que possa resultar em um câncer.

O único achado que apresenta um diagnóstico maligno previamente confirmado, classificado como B6, poderia indicar uma baixíssima incidência de casos de câncer de mama na região. No entanto, devem ser considerados os laudos classificados como B0, os quais, ao contrário do que se possa pensar, não constituem um bom prognóstico, mas sim uma incerteza,¹¹ ou seja, evidenciam o fato de que não foi possível, apenas com o exame mamográfico, diagnosticar, sem nenhuma dúvida, tal patologia. Torna-se bastante intuitivo que possa haver alguns (ou muitos) casos de câncer ocultos sob a classificação B0, porém, não foi possível contabilizá-los neste estudo, uma vez que os pesquisadores não tiveram acesso à investigação posterior, provavelmente realizada nessas pacientes.

A história familiar é um importante fator de influência no surgimento do câncer de mama, especialmente se um ou mais parentes de primeiro grau (mãe ou avó) foram acometidas antes dos 50 anos de idade.² Um estudo que analisou 2000 mulheres em Goiânia encontrou 7,5% de história de câncer mamário na família das que procuraram uma instituição privada para realização da mamografia.²⁰ No presente estudo, uma porcentagem de 16,5% das 3665 pacientes relatou algum tipo de antecedência familiar da doença (2,65% de primeiro grau), o que confirma a tendência apresentada na literatura, porém de forma mais acentuada.

Algumas das características encontradas, como sinais e retração da pele dos seios ou do mamilo, não constituem, ao menos do ponto de vista patológico, um problema. Já a presença de nódulos palpáveis e algum tipo de secreção estranha nas mamas, foi, em muitos casos, o fator determinante para que as pacientes buscassem o serviço de saúde, embora esses fatores não representem necessariamente, um mau prognóstico.²¹

Um fato interessante é que muitas vezes, a paciente referia a presença de algum tipo de nódulo ao realizar o auto-exame, a qual era descartada ou confirmada pelo profissional responsável no momento do pré-exame. Isso testifica que as mulheres têm estado cada vez mais atentas ao seu próprio corpo, o que reflete numa melhora da saúde das mesmas.²²

A literatura indica um aumento de quatro vezes nas chances de desenvolvimento de câncer em mamas densas, sendo o tabagismo sugerido como um provável fator de risco, uma vez que pode aumentar essa densidade.²³ Nesse trabalho foram encontrados 20,22% de mulheres que referem tabagismo, sendo esta uma taxa consideravelmente alta.

Foi encontrado um número considerável de mulheres que já sofreram algum tipo de intervenção cirúrgica nas mamas. Estudos demonstram que as mais frequentes são: retirada de nódulo, punção, plástica, mastectomia, prótese e ainda, retirada de microcalcificações, em menor proporção.²⁰

Embora o implante de prótese de silicone seja muitas vezes referido como fator de risco, não há evidência científica que comprove essa relação.²⁴ O presente estudo apresentou um baixo índice quanto a próteses mamárias (0,24%).

CONCLUSÕES

Os dados obtidos mostram um número insignificante de laudos com malignidade confirmada, no entanto, os muitos achados sem conclusão indicam que essas pacientes deram prosseguimento à investigação e muitas delas, provavelmente, vieram descobrir a presença de uma neoplasia mamária maligna. Esse fato pode sugerir uma baixíssima incidência desse tipo de câncer na região estudada ou demonstrar que, utilizada como único exame, a mamografia não

pode ser considerada eficaz no diagnóstico dessa neoplasia.

Os resultados indicam que as mulheres têm estado mais expostas a prováveis fatores de risco para o câncer de mama, embora demonstrem uma tendência positiva em relação ao auto cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Nino LAG, Garavito AA, Jaramillo CE, Velásquez SJ, Corcho RDS, Bernal BHA. Câncer de mama: HER2/neu, métodos diagnósticos y concideraciones clínicas. Rev Colomb Cancerol. 2007 Mar;11(1):40-57.
2. Instituto Nacional do Câncer; Ministério da Saúde. Câncer de mama. 2008 [Internet]. [Citado: 2008 Set 20]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>
3. Ferreira MLM, Oliveira C. Conhecimento e significado para funcionárias de indústrias têxteis sobre prevenção do câncer do colo-uterino e detecção precoce do câncer da mama. Rev Bras Cancerol. 2006 Jan/Mar;52(1):5-15.
4. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: Incidência de câncer no Brasil. Síntese de resultados e comentários. 2010 [Internet]. [Citado 2010 Mar 15]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=5
5. Wiesner C. Determinantes psicológicos, clínicos y sociales del diagnóstico temprano del câncer de mama en Bogotá, Colombia. Rev Colomb Cancerol. 2007 Mar;11(1):13-22.
6. Marchi AA, Gurgel MSC, Fonsechi-Carvasan GA. Rastreamento mamográfico do câncer de mama em serviços de saúde públicos e privados. Rev Bras Ginecol Obstet. 2006 Abr;28 (4):214-19.
7. Angus J, Paszar L, McKeever P, Trebilcock A, Shivji F, Edwards B. Trajetórias para o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama: explorando as relações sociais na demora do diagnóstico. Texto contexto Enferm. 2007 Out/Dez;16(4):591-98.
8. Resende LMP, Matias MARF, Oliveira GMB, Salles MA, Melo FHC, Gobbi H. Avaliação de microcalcificações mamárias de acordo com as classificações do Breast Imaging Reporting end Data System (BI-RADSTM) e de Lê Gal. Rev. Bras Ginecol Obstet. 2008 Fev;30(2):75-9.
9. Siqueira FMP, Rezende CAL, Barra AA. Correlação entre o exame clínico, a mamografia e a ultra-sonografia com o exame anatomopatológico na determinação do tamanho tumoral no câncer de mama. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008 Mar;30(3):107-12.
10. Vieira AV, Toigo FT. Predição de malignidade em pacientes das categorias 4 e 5 BI-RADSTM. Radiol Bras. 2004 Jan/Fev;37(1):25-7.
11. Kestelman FP, Souza GA, Thuler LC, Martins G, Freitas VAR, Canella EO. Breast Imaging Reporting and Data System – BI-RADS®. Valor preditivo das categorias 3, 4 e 5. Revisão Sistemática da Literatura. Radiol Bras. 2007 Mai/Jun;40(3):173-7.
12. Sivini FN, Molina A, Costa CFF, Sivini FMP. Mastalgia cíclica: o impacto do medo de câncer no tratamento. Rev Bras Mastologia. 2003 Abr/Jun;13(2):67-70.
13. Clagnan WS, Andrade JM, Carrara HHA, Tiezzi DG, Reis FJC, Marana HRC, et al. Idade como fator independente de prognóstico no câncer de mama. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008 Fev;30(2):67-74.
14. JusBrasil. Legislação. 2009 [Internet]. [Citado 2009 Mai 05]. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/93804/lei-11664-08>
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE. Pesquisas. Fecundidade. 2009 [Citado 2009 Mai 10]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/pesquisas/fecundidade.html#anc1>
16. Rea MF. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. J Pediatr. 2004 Nov;80 (5):142-6.
17. Million Women Study Collaborators. Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. Lancet. 2003 Aug;362(9382):419-27.
18. Tessarola S, Béria JU, Tomasi E, Barros AJD. Contraceptivos orais e câncer de mama: estudo de casos e controles. Rev Saúde Pública. 2001 Fev;35(1):32-8.
19. Soria HLZ, Fagundes DJ, Sória-Vieira S, Cavalli N, Santos CRC. Histerectomia e as doenças ginecológicas benignas: o que está sendo praticado na Residência Médica no Brasil? Rev Bras Ginecol Obstet. 2007 Fev;29(2):67-73.
20. Godinho ER, Koch HA. O perfil da mulher que se submete a mamografia em Goiânia – Uma

contribuição a “bases para um programa de detecção precoce do câncer de mama”. Rev Radiol Bras. 2002 Mai/Jun;35(3):139-45.

21. Nazário ACP, Rego MF, Oliveira VM. Nódulos benignos da mama: uma revisão dos diagnósticos diferenciais e conduta. Rev Bras Ginecol Obstet. 2007 Abr;29(4):211-9.

22. Muller MC, Frasson A, Kieling C, Hoffmann FS, Fleck P, Zogbi H, et al. A prática do auto-exame das mamas em mulheres de uma comunidade universitária. PsicoUSF. 2005 Dez; 10 (2):185-90.

23. Araújo HR, Costa LOBF, Miranda NMM, Colares MCR. Densidade mamográfica em mulheres climatéricas em uso de terapia de reposição hormonal. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2004 Ago;26(7):563-71.

24. Thuler LC, Leal PR, Costa CRA, Anlicoara R. A influência do silicone na gênese do câncer de mama. Rev. Bras. Cancerol. 2003 Jan/Mar;49(1):9-15.

O trabalho foi realizado na Faculdade de Medicina de Itajubá.

Correspondência: Nilo César do Vale Baracho. Faculdade de Medicina de Itajubá
Av. Renó Júnior, 368. São Vicente Itajubá/MG. CEP: 37502-138. Tel: (35) 3629-8700.
E- mail: nilocvbaracho@yahoo.com.br