

Silvia Aparecida Perea

Câncer da mama- Estudo retrospectivo e comparativo do perfil epidemiológico das pacientes em três diferentes faixas etárias

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto para obtenção do título de Mestre em Medicina, no Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Hélio Oliani

*São José do Rio Preto - SP – Brasil
1998*

“Aventurar-se causa ansiedade,
mas deixar de arriscar-se é perder a si mesmo.”

Kierkgaard.

ORIENTADOR

Prof. Dr. Antonio Hélio Oliani

Chefe das Disciplinas de Ginecologia e Obstetrícia do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – SP.

FICHA CATALOGRÁFICA

PEREA, Silvia Aparecida

Câncer da mama- Estudo retrospectivo e comparativo do perfil epidemiológico das pacientes em três diferentes faixas etárias

São José do Rio Preto, FAMERP, 1998.

X, 49 f.

Dissertação: Mestre em Medicina.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Hélio Oliani

1. Câncer da mama. 2. Epidemiologia 3. Idade. 4. Teses.

I Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

II TÍTULO

Ao professor e amigo Dr. Newton Antonio Bordin Jr.,
pessoa que muito admiro e o responsável pela minha formação,
meu sincero agradecimento.

Aos meus pais, Waldéres e Antonio,
aos meus irmãos, Luiz e José Carlos
às minhas cunhadas, Domingas e Eloisa e
à amiga Eloísa, pessoas muito amadas,

Dedico esta Tese

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Dr. Antonio Hélio Oliani, pelos ensinamentos durante a realização deste trabalho e, acima de tudo, pela confiança que sempre depositou em minha pessoa.

Às pacientes da Unidade de Oncologia Ginecológica e Mastologia, razão principal deste trabalho.

À Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto (FUNFARME), na pessoa de seu diretor Prof. Jorge Fares, pelo apoio à pós-graduação, e pela brilhante administração do Hospital de Base.

À Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), na pessoa de seu diretor, Prof. Dr. José Victor Maniglia pelo incentivo à pós-graduação.

À Superintendente do Hospital de Base, Elisete Sgorlon, exemplo de dinamismo e competência e uma amiga que muito me ensinou.

Aos professores do Curso de Pós-Graduação, em especial aos Professores Doutores Emmanuel de Almeida Burdmann e Reinaldo Azoubel pelo incentivo na realização deste trabalho.

À Dra. Tania Dalur de Souza, amiga de todas as horas e que sempre me incentiva a buscar novos caminhos.

Ao Dr. José Luís Esteves Francisco, meu fiel companheiro de profissão, muito obrigada por estar sempre ao meu lado.

À Dra. Maria Lúcia L. Barcelos Veloso, pela paciência e valiosa colaboração na elaboração deste trabalho.

Aos meus amigos do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, que de alguma forma colaboraram na realização deste trabalho.

Às Professoras Adília Maria Peres Sciarra e Neide Neli Romani Ponti, pela dedicação e eficiência no auxílio da correção ortográfica.

Aos Professores José Antonio Cordeiro e Paulo César Bassan pela paciência nos ensinamentos dos testes estatísticos.

Aos Médicos Residentes do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, inclusive os que já terminaram o curso, pelo grande incentivo e carinho demonstrados, e em especial, à Valesca Cristina Mesquita, pela ajuda preciosa no levantamento dos prontuários e nos cuidados com as pacientes nos momentos de minha ausência.

À psicóloga Ana Márcia S. de Almeida Vianna, pela dedicação, competência e carinho que sempre demonstrou às pacientes.

Aos funcionários da Pós-Graduação, José Antonio Silistino, Fabiana Cristina Godoy, Rosimeire C.S. Desidério, pela paciência e apoio recebidos.

À bibliotecária Ana Maria Gonçalves, e aos funcionários Jane A. Padilha e Lázaro D. A. Godoi pela preciosa colaboração na pesquisa bibliográfica.

Ao Luis Henrique O. Ferreira, pela colaboração na realização dos gráficos e na formatação deste trabalho.

Às funcionárias Renata Teixeira e Roseli C. F. Pereira pela ajuda no levantamento das informações e pela lealdade demonstrada à minha pessoa.

Às secretárias Sueli e Dorcelina e ao guarda-mirim Eduardo, que me auxiliam diariamente.

À todos os funcionários do 4º andar, ambulatório de Ginecologia, Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do Hospital de Base, que contribuíram para a realização deste trabalho.

À amiga Maria de Lourdes Brandão, pela paciência e carinho demonstrados durante os ensinamentos de informática.

Ao Luís Brandão da Rocha, pela colaboração valiosa e eficiente demonstrada na tradução dos textos.

À Sra. Ercília, Sr. José Denys Galão (meus pais de coração) e ao José Augusto, o meu agradecimento e o meu amor, sempre.

Aos meus sobrinhos, Luis Gustavo, Luisa Fernanda, Lisa Mirela, Isabella e Daniel, o meu mais profundo amor.

Às minhas queridas avós, Elvira e Josefa, figuras marcantes em minha vida.

Aos amigos Sônia R. Galão e João Marcos, verdadeiros irmãos para mim.

Ao amigo Imar Renato Rocha, meu companheiro, amigo e irmão, muito obrigada por estar sempre ao meu lado.

Aos meus amigos de Pitangueiras (Janete, Vera, Cinha, Cury, Vânia, Mara, Cinho e muitos outros), que tanto alegram a minha vida, a minha amizade e o meu carinho.

Aos eternos amigos, que sempre sinto ao meu lado, José Fernando e Maria Aparecida Galão Novaretti.

À Aline A. Galão Novaretti, a filha que de alguma forma a vida me deu, o meu amor muito especial.

ABSTRACT

A retrospective study in patients carriers of breast cancer was performed during the period of January, 1993 to December, 1997. Two hundred nineteen cases were diagnosed and divided in three groups according to the age group: under age 40 (35 cases or 16%), 41 to 60 years old (116 cases or 53%) and the age of 61 or more (68 cases or 31%).

The aim of this study was to check breast cancer prevalence among young women (under age 40) and analyze epidemiologic data among the groups, comparing with the literature.

The following parameters showed significant results: marital status, origin, profession, age of menarche, number of gestation and pregnancies, contraceptive method and findings of physical exams. Race, menstrual cycle, number of abortion, age of the first livebirth, cigarette smoking, fat intake, corporal weight, family and personal history, clinical stadium and histopathological exams showed no significant results.

Based on those results, it was concluded that young patients compared to older ones, did not present significant differences in the data analysis and also according to the literature they were not adjusted in that epidemiologic profile classically described.

Key-words: Breast cancer. Epidemiology. Age. Thesis.

RESUMO

Foi realizado um estudo retrospectivo com pacientes portadoras de câncer da mama, no período de Janeiro de 1993 a Dezembro de 1997. Nesse período foram diagnosticados 219 casos, sendo os mesmos divididos em três grupos, de acordo com a faixa etária: até 40 anos (35 casos ou 16%), 41 a 60 anos (116 casos ou 53%) e idade igual ou superior a 61 anos (68 casos ou 31%).

O objetivo do estudo foi verificar a prevalência do câncer de mama entre as jovens (idade até 40 anos) e analisar os dados epidemiológicos entre os grupos, comparando-os com os encontrados na literatura.

Os seguintes parâmetros apresentaram resultados significativos: estado civil, procedência, profissão, idade da menarca, número de gestações e de partos, método contraceptivo e os achados do exame físico. A raça, o ciclo menstrual, o número de abortos, a idade ao ter o primeiro filho, a amamentação, o tabagismo, a alimentação com gordura de origem animal, o peso corpóreo, os antecedentes pessoais e familiares, a queixa principal, o estadiamento clínico e o exame histopatológico apresentaram resultados não significativos.

Baseando-se nesses resultados, concluiu-se que as pacientes jovens, quando comparadas com as mais velhas, não apresentaram diferenças significativas na análise de seus dados. Com relação aos dados já referidos na literatura, verificou-se que essas pacientes não pertencem ao perfil epidemiológico classicamente descrito.

Palavras-chaves: Câncer da mama. Epidemiologia. Idade. Tese.

LISTA DE ABREVIATURAS

- ACO – Anticoncepcional Combinado Oral
- ACS – Sociedade Americana de Câncer
- DIU – Dispositivo Intra-Uterino
- EUA – Estados Unidos da América do Norte
- INCA – Instituto Nacional do Câncer
- Kg – Quilogramas
- LT – Laqueadura Tubária
- n – número de casos
- RR – Risco relativo
- SEER – Surveillance, Epidemiology and End Results
- TNM – Tumor, Nódulo, Metástase
- UICC – União Internacional Contra o Câncer

ÍNDICE

I.	Introdução	01
II.	Casuística e Métodos	06
III.	Resultados.....	09
IV.	Discussão.....	32
V.	Conclusões	39
VI.	Referências Bibliográficas	40
VII.	Anexo	48

I. INTRODUÇÃO

As neoplasias malignas constituem sério problema de saúde pública, pelo fato de serem o segundo maior fator de mortalidade em todos os países desenvolvidos e por contribuírem para 34,1% dos óbitos, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares. Nos Estados Unidos, as neoplasias malignas determinam 22,5% dos óbitos, sendo o câncer de mama o segundo causador de morte, após o câncer de pulmão que é o mais freqüente (CRESSANT, 1992).

No Brasil, ocorreram importantes mudanças no padrão de mortalidade, nas últimas décadas, entre elas uma redução proporcional de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias, de 45% em 1930 para 11% em 1980 e um aumento percentual do número de óbitos por doenças cardiovasculares, câncer e causas externas (LOPES *et al.*, 1996).

O câncer é hoje a segunda causa de morte por doença no Brasil. Em 1994 as neoplasias contribuíram para aproximadamente 11% dos óbitos registrados, sendo que 54% desses óbitos ocorreram entre os homens e 46%, entre as mulheres. Nos dias atuais, o câncer de mama é o que mais causa mortes entre as mulheres. Dos 269.000 novos casos de câncer, com previsão de serem diagnosticados em 1998, o câncer de mama será o principal a atingir a população feminina, com 32.695 novos casos e será o responsável por 7.165 óbitos. Uma em cada 12 brasileiras poderá desenvolver a doença; a estimativa é de que até o ano 2000 deverão ocorrer 35.000 novos casos da doença por ano (MINISTÉRIO DA SAÚDE-INCA, 1998).

A necessidade de um conjunto de informações sistematizadas sobre a sua incidência motivou o aparecimento de registros de casos de câncer. O primeiro registro de base populacional a ser instituído foi em Recife, no ano de 1967, seguido pelo de São Paulo em 1969, Fortaleza em 1971 e Porto Alegre em 1973.

O MINISTÉRIO DA SAÚDE criou, em 1976, o Registro Nacional de Patologia que iniciou a coleta de dados dos casos de câncer em todos os laboratórios de anatomia patológica do Brasil. Em cinco anos, no período de 1976 a 1980, o material recolhido revelou 319.767 casos de câncer no país, sendo 199.226 deles em mulheres. Dos casos detectados, 44.935 (22,6%) eram carcinomas epidermóides cervicais e 33.375 (16,7%) cânceres de mama, dos quais 32.966 ocorreram em mulheres e 409 em homens (GOES JR *et al.*, 1978).

Atualmente, o MINISTÉRIO DA SAÚDE, por meio do INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA), conta com 13 registros de base populacional e 36

registros hospitalares. Como os registros hospitalares são de implantação recente, não existem dados nacionais sobre o tempo e a qualidade da sobrevivência de pacientes tratados de câncer, visto que esta análise necessita de longos períodos de acompanhamento, no mínimo, de cinco ou dez anos, dependendo do tipo tumoral.

O estudo epidemiológico do câncer de mama é um dos métodos que mais tem auxiliado o médico no controle dessa doença. Além de indicar os fatores fisiopatológicos que podem contribuir para a etiopatogenia da doença, ainda ajuda a determinar os fatores de risco que podem ser modificados para evitar o desenvolvimento do tumor, o que permite a identificação das mulheres de maior risco, selecionando-as para o diagnóstico precoce e, conseqüentemente, possibilitando o tratamento adequado sem maiores mutilações.

A história da epidemiologia do câncer mamário vem do século passado. Em 1844, foram analisadas as mortes por câncer em Verona (Itália), utilizando-se pela primeira vez estatísticas vitais. Esses estudos concluíram que a taxa de mortalidade por câncer da mama, aumentava com a idade, ressaltando um dos aspectos da epidemiologia dessa doença e que tem servido de base para múltiplos estudos (PINOTTI & TEIXEIRA, 1991).

A incidência de novos casos de câncer de mama apresentava, até 1980, crescimento lento a cada ano, quando, no período de 1980 a 1987, apresentou acentuado aumento de até 32%, provavelmente devido à utilização da mamografia que possibilita o diagnóstico em estágios iniciais (CRESSANT, 1992). A incidência durante toda a vida (“lifetime”) foi estimada pela Sociedade Americana de Câncer em uma para nove mulheres, o que significa que 11% de todas as mulheres americanas desenvolverão câncer de mama em algum momento de sua vida. Ainda, que a ocorrência do câncer de mama é relativamente rara antes dos 35 anos de idade, porém cresce rapidamente após essa idade, principalmente nas faixas etárias mais elevadas. (NEWMAN & ALFONSO, 1997).

Para LOPES *et al.* (1996), as causas do câncer de mama não são totalmente conhecidas. É aceita pela comunidade científica a relação da doença com fatores próprios do hospedeiro, tais como: a duração da atividade ovariana e a hereditariedade e com fatores ambientais, tais como: a alimentação e a utilização de determinados medicamentos.

PINOTTI & TEIXEIRA (1991) relatam que os principais fatores de risco para o câncer de mama, que indicam um risco relativo maior que quatro ($RR \geq 4$), são a idade avançada, história familiar de câncer de mama bilateral na pré-menopausa e a história de

câncer de mama contralateral. Outros fatores de risco estão relacionados com a idade no primeiro parto, a história de doença proliferativa com atipia na mama, a exposição a doses relativamente altas de radiação (100 rads ou mais) no tórax ou na mama (BOICE & MORSAN, 1977), a história de câncer da mama em qualquer parente de primeiro grau, situação sócio-econômica, obesidade e antecedente de câncer de ovário ou endométrio. Todos estes fatores estão associados a um aumento do risco relativo de pelo menos dois ($RR \geq 2$). Finalmente, a idade da menarca, a idade da menopausa, o estado civil, a residência e a raça branca em comparação com a negra, são considerados fatores de risco pequenos, mas não desprezíveis.

O diagnóstico de câncer de mama em mulheres jovens, definidas por WINCHESTER (1996), como aquelas com idade igual ou inferior a 40 anos, tem profundas implicações e leva a algumas perguntas: que efeito terá a doença e seu tratamento na duração e na qualidade de vida, nas relações matrimoniais, sexualidade, estabilidade emocional, no cuidado e educação dos filhos e na profissão? Existem poucos estudos no sentido de avaliar o impacto emocional do câncer de mama na mulher jovem, mas, segundo NORTHOUSE (1994), já foi observada a existência de um desajuste emocional maior na mulher jovem, quando comparada às mais velhas.

O câncer de mama é pouco freqüente em mulheres com menos de 40 anos e extremamente raro em crianças e adolescentes. ASHIKARI *et al.* (1977) realizaram uma revisão da literatura e relataram 74 casos publicados entre 1888 e 1972. Um número pequeno de casos se tratava de carcinoma ductal infiltrante, sendo a maioria do tipo secretor (BAUER *et al.*, 1987). CLOSE & MAXIMOV (1965), chamaram a atenção para o número expressivo de casos em crianças que haviam sido submetidas à terapia de radiação na região do timo. Outros autores também concluíram que a radiação, na região das mamas em crianças e adultos jovens, estava associada a um aumento na incidência do câncer de mama no adulto (LOWELL *et al.*, 1968; ROGERS *et al.*, 1994).

De acordo com os dados do SEER (SURVILLANCE, EPIDEMIOLOGY AND END RESULTS) e do NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS nos Estados Unidos, a probabilidade do desenvolvimento de câncer da mama em mulheres abaixo dos 40 anos é menor que 1%. Este fato foi constatado em análise de mulheres na faixa etária de 20 a 39 anos, no período de 1973 a 1989. SWANSON & LIN (1994), analisaram 77.368 casos de mulheres com diagnóstico de câncer de mama no período compreendido entre 1983 e 1989 e verificaram que menos de 1% (562 pacientes) estava na faixa etária de 20 a 29 anos e 5.062 pacientes ou 6,5% estavam na de 30 a 39 anos. De acordo com a

SOCIEDADE AMERICANA DE CÂNCER (ACS) dos 23.974 casos diagnosticados em 1990, 208 (0,8%) tinham 30 anos ou menos e 1.594 (6,6%) tinham entre 31 e 40 anos.

A incidência do câncer de mama está aumentando na mulher jovem? Conforme dados da ACS, havia 183.000 casos diagnosticados em 1993, com aproximadamente 12.000 desses ocorrendo em mulheres com menos de 40 anos. A análise posterior dos dados do SEER indicam que o número absoluto de casos quase dobrou em mulheres jovens, entre 1970 e 1990. O questionamento é se está aumentando o número de câncer de mama em mulheres jovens, ou se ocorreu um aumento na população feminina jovem. Nos Estados Unidos, observou-se um aumento na população feminina, na faixa etária de 20 a 40 anos, em 1980 e 1990, com conseqüente aumento dos casos de câncer de mama em jovens. Foram diagnosticados 5.120 em 1970; 7.800 em 1980 e 10.050 em 1990 (HANKEY *et al.*, 1994).

A dificuldade e o atraso no diagnóstico ocorrem pelo fato de as mamas da mulher jovem serem fisiologicamente mais ativas que as das mulheres mais velhas, resultando em nodularidades e espessamentos cíclicos, o que torna mais difícil o auto-exame ou mesmo o exame realizado pelo médico. Devido à alta radiodensidade das mamas de mulheres jovens, o exame radiológico (mamografia) é de difícil interpretação e impõe a necessidade de complementação com ultra-sonografia. De acordo com a ACS, a primeira mamografia de rotina para mulheres assintomáticas deve ser realizada aos 35 anos, a cada dois anos até os 50 anos e após, anualmente. É questionado, atualmente, se os programas de rastreamento para o câncer de mama devam ser realizados em mulheres com menos de 40 anos, em vista das dificuldades técnicas e do alto custo para os governos (EDDY, 1997; SALZMANN *et al.*, 1997).

As implicações tardias do tratamento do câncer de mama em mulheres jovens referem-se à quimioterapia, uma vez que esse tratamento mostra-se mais eficaz na pré-menopausa e pelo fato de as jovens apresentarem um maior número de linfonodos comprometidos, quando comparadas com as mais velhas. A incidência de falência ovariana induzida pela quimioterapia ocorre em 50% das mulheres com menos de 40 anos e, como conseqüência, traz um alto índice de osteoporose e aumento no risco de doença cardiovascular, em função dos baixos níveis plasmáticos de estrogênio. Ainda é controversa a instituição do tratamento com reposição hormonal nessas mulheres. Outra consideração importante é a de que as pacientes jovens que não apresentam falência ovariana (50%) e têm sua função reprodutiva normalizada após o término da quimioterapia, podem engravidar. Atualmente, é sabido que a gravidez, durante ou após

o tratamento do câncer da mama, não altera o prognóstico ou a sobrevida das mesmas, devendo ser discutido com a paciente um método contraceptivo, caso ela não deseje a concepção (WINCHESTER, 1996).

Do ponto de vista psicossocial, é importante ressaltar que o impacto da doença na mulher jovem é muito maior do que na mais velha, principalmente nas casadas em que ocorre um desajuste familiar com relação aos filhos e ao marido. Para as solteiras, os efeitos do tratamento, alterando a sua imagem, trazem sérias implicações do ponto de vista sexual (NORTHOUSE, 1994; VIRTEJ *et al.*, 1998).

O objetivo do presente trabalho é verificar a prevalência do câncer de mama em mulheres jovens (com idade igual ou inferior a 40 anos) entre as pacientes portadoras de câncer mamário e analisar os dados epidemiológicos, as queixas e os achados de exame físico, os estadiamentos clínicos da neoplasia e os tipos histológicos, comparando esses dados com os das pacientes portadoras de câncer de mama com a faixa etária de 41 a 60 anos e superior a 61 anos.

II. CASUÍSTICA E MÉTODOS

2.1. Casuística

Foram analisados retrospectivamente os prontuários de 219 pacientes portadoras de câncer da mama, diagnosticados no período de cinco anos, compreendido entre janeiro de 1993 e dezembro de 1997 e registrados no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do Hospital de Base da Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto (FUNFARME).

Todas as pacientes foram atendidas no ambulatório da Unidade de Oncologia Ginecológica e Mastologia, da Disciplina de Ginecologia, do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP).

2.2. Métodos

Os dados coletados da ficha própria de atendimento, arquivada nos prontuários, incluíam: idade da paciente, raça, estado civil, procedência urbana ou rural, profissão, idade da menarca, regularidade dos ciclos menstruais, número de gestações, de partos e de abortos, idade ao ter o primeiro filho, amamentação, método contraceptivo, tabagismo, alimentação com gordura de origem animal, peso corpóreo, antecedente pessoal de câncer da mama, ovário ou endométrio e antecedentes familiares de câncer de mama, a queixa da paciente no momento do diagnóstico, os achados do exame físico das mamas, o estadiamento clínico da neoplasia e o tipo histológico do tumor.

As pacientes foram divididas em três grupos, de acordo com a faixa etária: as que tinham até 40 anos foram consideradas jovens (WINCHESTER, 1996) e pertenciam ao grupo 1; o grupo 2 compreendia as mulheres que tinham entre 41 e 60 anos e o grupo 3 as que tinham mais de 61 anos, que foram consideradas como idosas (HALBE, 1987_c).

Com relação ao grupo racial, no momento da pesquisa, as pacientes foram incluídas em um dos três grupos raciais definidos, ou seja, mongólico ou amarelo, negróide ou preto, caucasiano ou branco; os grupos étnicos intermediários foram incluídos em um dos grandes grupos, de acordo com as características predominantes (DUNN *et al.*, 1972).

Quanto ao estado civil, foram consideradas casadas, quando viviam maritalmente com outra pessoa, independente da situação ser legalizada; viúvas, quando

a relação matrimonial foi desfeita pelo falecimento do cônjuge; divorciadas ou separadas, quando foi desfeita legalmente ou não; e as que não se incluíam nesses grupos, foram consideradas solteiras.

A procedência urbana foi caracterizada pelo fato de a paciente residir em locais com jurisdição e administração próprias, bem como centro mercantil, industrial, financeiro e cultural constituídos. As que não se incluíam nesse grupo, foram consideradas como sendo de procedência rural. Na avaliação das profissões, é importante relatar que foram consideradas do lar as mulheres que não exerciam atividade remunerada e domésticas aquelas que recebiam remuneração pelas atividades exercidas em outros lares que não os seus.

A idade da menarca, ou seja, a ocorrência da primeira menstruação, foi referida pelas pacientes e, para efeito de análise, foi dividida em três grupos: menor ou igual a nove anos, de dez a 15 anos e maior ou igual a 16 anos. Essa divisão foi baseada no fato de que a menarca é considerada precoce, quando ocorre antes dos nove anos e tardia, quando a mesma acontece após os 16 anos. Para a avaliação do ciclo menstrual, o mesmo foi considerado regular, quando o seu intervalo variou de 25 a 35 dias (HALBE, 1987_{a,b}).

O número de gestações, de partos e de abortos foi o referido pelas pacientes, bem como a idade em que tiveram o primeiro filho, sendo que, para este último item, foi realizada uma divisão em três grupos: aquelas que tiveram o primeiro filho até os 20 anos; as que tiveram entre 21 e 30 anos; e por último, aquelas que tiveram após os 31 anos. Essa divisão baseou-se no fato de que a ocorrência de gravidez, antes dos 20 anos, pode ser um fator de proteção contra o câncer da mama, ao contrário daquela que ocorre após os 31 anos (PINOTTI & TEIXEIRA, 1991). Com relação à amamentação, considerou-se apenas o fato de a mesma ter sido realizada ou não, independente do tempo de duração.

Para avaliação do método contraceptivo utilizado, foi perguntado para as pacientes se faziam uso de algum método e qual era esse método. Para análise, eles foram classificados em cirúrgicos (laqueadura tubária e vasectomia), hormonais (contraceptivos orais e injetáveis), o dispositivo intra-uterino (DIU), de barreira (condom e diafragma) e os naturais (tabela, muco cervical, temperatura, sintotérmico e o coito interrompido) (ALDRIGHI *et al.*, 1994).

Quanto ao tabagismo, quando presente, não foi perguntada a quantidade consumida. Com relação à alimentação com gordura de origem animal, também não foi

possível sua quantificação. O peso corpóreo foi aferido pelo médico, pois era um dado utilizado para o cálculo de um possível tratamento quimioterápico e, dessa forma, precisava ser o mais fidedigno possível. O mesmo foi agrupado da seguinte forma: até 60 quilos, de 61 a 70 e acima de 71 quilos. O índice de QUETELET'S (calculado pela razão do peso/altura²) não foi utilizado, pois a altura não foi aferida em todas as pacientes.

As pacientes também foram questionadas sobre antecedentes pessoais de câncer na mama oposta, nos ovários e no endométrio, bem como os antecedentes familiares de câncer da mama. Foram consideradas parentes de primeiro grau a mãe e as irmãs, de segundo grau as tias, primas e avós.

As queixas das pacientes, no momento do diagnóstico, foram registradas no prontuário e enquadradas nos seguintes grupos para análise: nódulo, dor, retração cutânea, ulceração, descarga mamilar e edema da pele. O exame físico das mamas constou de três etapas: a inspeção estática, a inspeção dinâmica e a palpação. Foi realizada a palpação propriamente dita com a mão espalmada (manobra de Vealpeau) e com as pontas dos dedos (manobra de Bloodgood), a expressão mamilar e a pesquisa de linfonodos axilares e supra-claviculares. Todos os sinais encontrados foram registrados no prontuário. Baseando-se nos exames físicos e nos exames complementares para pesquisa de metástases, as pacientes foram estadiadas de acordo com o estadiamento clínico TNM (anexo 1) da UICC (União Internacional Contra o Câncer) em estágio 0, I, II-A, II-B, III-A, III-B ou IV (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1989). Os estudos histológicos dos tumores foram realizados pelo Serviço de Anatomia Patológica do Hospital de Base.

Os procedimentos estatísticos, utilizados para análise, foram os seguintes: estatísticas descritivas, desvio padrão, teste do qui-quadrado, teste de Fisher e o t de Student; o nível para um dado ser considerado significativo foi com um $p < 0,05$ (RUNYON, 1985). A análise foi realizada, comparando-se os três grupos divididos de acordo com a faixa etária.

III. RESULTADOS

Todos os resultados, obtidos das 219 pacientes portadoras de câncer da mama, foram relacionados com a faixa etária e as mesmas foram divididas em três grupos:

Grupo 1: pacientes até 40 anos;

Grupo 2: pacientes de 41 a 60 anos; e

Grupo 3: pacientes acima de 61 anos.

3.1. Faixa etária

Analisando-se a faixa etária (Tabela 1 e Figura 1), verificou-se que, no grupo 1, constavam 35 (16,0%) casos de câncer da mama, sendo que a idade média foi de 35,3 anos com desvio padrão de 3,7; no grupo 2, constatou-se 116 (53,0%) casos com a idade média em torno de 51,2 anos e um desvio padrão de 5,4 e, no grupo 3, 68 (31,0%) casos, sendo a idade média 69,6 anos e o desvio padrão 6,4. A idade média das pacientes estudadas foi de 54,4 anos com desvio padrão de 12,9, tendo a paciente mais jovem 25 anos e a mais idosa 83 anos.

Tabela 1 - Distribuição das pacientes portadoras de câncer da mama de acordo com a faixa etária.

Faixa etária (anos)	n	%
≤ 40	35	16,0
41-60	116	53,0
≥ 61	68	31,0
total	219	100,0

n=número de casos.

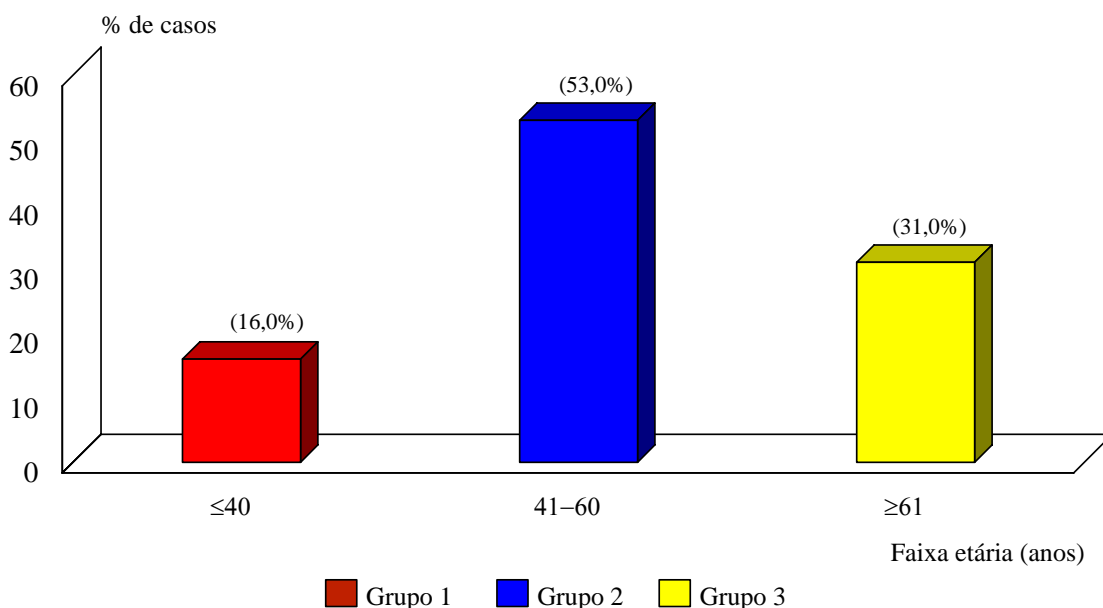


Figura 1 - Distribuição das pacientes portadoras de câncer da mama de acordo com a faixa etária.

3.2. Grupo Racial

O grupo racial foi dividido em pacientes brancas e outras. Nestas últimas, foram incluídas as mulheres da raça negra e as da raça amarela (só foram registrados dois casos da raça amarela no grupo 2).

No presente estudo, pode ser constatado maioria de mulheres da raça branca (Tabela 2 e Figura 2). O grupo 1 apresentou 29 (82,9%) casos de mulheres com câncer de mama da raça branca e seis (17,1%) de outras raças, o mesmo ocorrendo no grupo 2, onde 98 (84,5%) eram mulheres brancas e 18 (15,5%) de outras raças e no grupo 3, com 61 (89,7%) mulheres brancas e sete (10,3%) de outras raças (Tabela 2 e Figura 2).

Com relação à distribuição das pacientes, de acordo com a raça e a faixa etária, os dados não foram significativos ($p = 0,53$).

Tabela 2 - Distribuição das pacientes portadoras de câncer da mama de acordo com o grupo racial e a faixa etária.

Raça	grupo 1		grupo 2		grupo 3		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Branca	29	82,9	98	84,5	61	89,7	188	85,8
Outras	06	17,1	18	15,5	07	10,3	31	14,2
Total	35	100,0	116	100,0	68	100,0	219	100,0

n=número de casos; $p=0,53$.

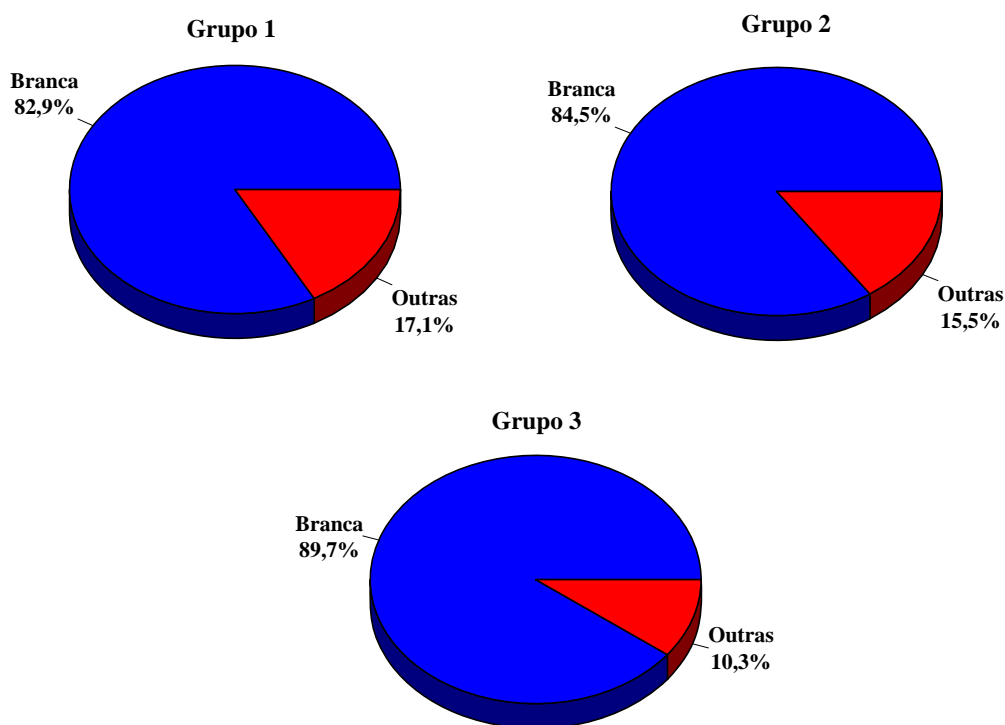


Figura 2 - Distribuição das pacientes portadoras de câncer da mama de acordo com o grupo racial e a faixa etária.

3.3. Estado civil

Com relação ao estado civil (Tabela 3 e Figura 3), verificou-se que, no grupo 1, 26 (74,3%) das pacientes eram casadas, seis (17,1%) eram solteiras e das três (8,6%) restantes, uma era viúva e duas eram divorciadas. No grupo 2, 80 (69,0%) eram casadas, 11 (9,5%) eram solteiras e 25 (21,5%) estavam no grupo das viúvas ou divorciadas. No grupo 3, verificou-se que 37 (54,4%) eram casadas, sete (10,3%) eram solteiras e 24 (35,3%) eram viúvas. Estes resultados foram significativos ($p = 0,0285$), quando os três grupos de faixa etária foram comparados.

Tabela 3 - Distribuição das pacientes portadoras de câncer da mama de acordo com o estado civil e a faixa etária.

Estado civil	grupo 1		grupo 2		grupo 3		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Casadas	26	74,3	80	69,0	37	54,4	143	65,3
Solteiras	06	17,1	11	9,5	07	10,3	24	11,0
Outras	03	8,6	25	21,5	24	35,3	52	23,7
Total	35	100,0	116	100,0	68	100,0	219	100,0

n=número de casos; $p=0,0285$.

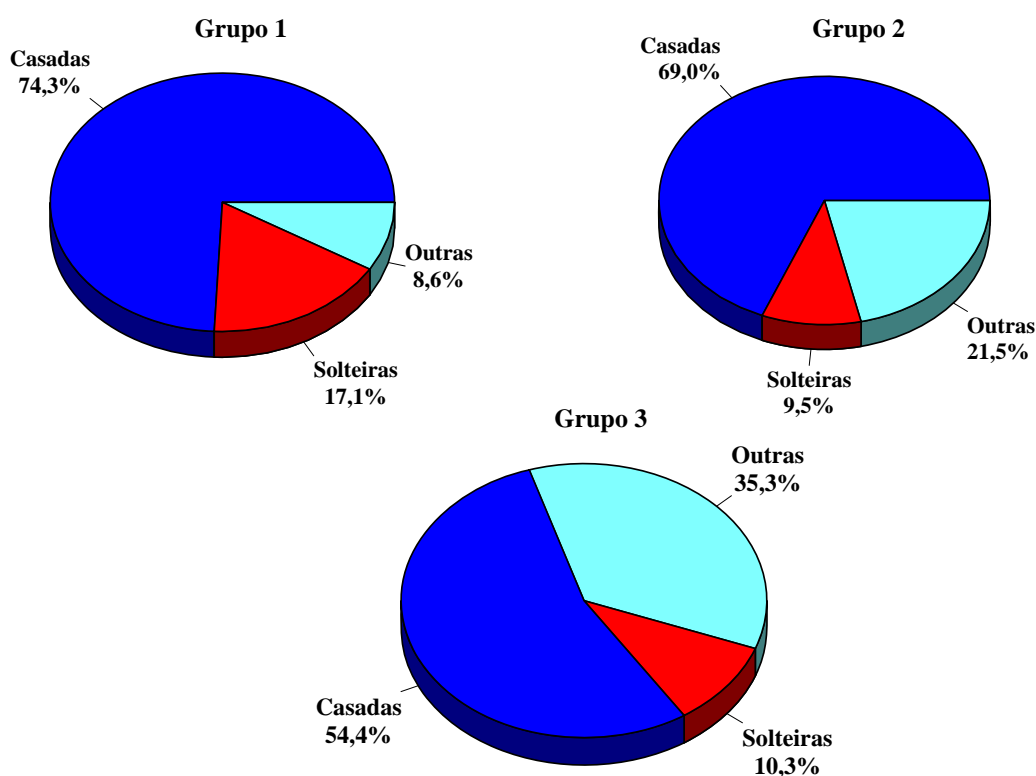


Figura 3 - Distribuição das pacientes portadoras de câncer da mama de acordo com o estado civil e a faixa etária.

3.4. Procedência

Relacionando-se a procedência urbana ou rural com os casos de câncer da mama (Tabela 4 e Figura 4), observou-se que 213 (97,3%), ou seja, a grande maioria das mulheres, procedia de um centro urbano, e apenas seis (2,7%) de procedência rural, sendo que três destas pertenciam ao grupo 1 e três ao grupo 2. Os dados foram significativos ($p = 0,041$), quando foi realizada uma comparação entre os três grupos.

Tabela 4 - Distribuição das pacientes portadoras de câncer da mama de acordo com a procedência e a faixa etária.

Procedência	grupo 1		grupo 2		grupo 3		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Urbana	32	91,4	113	97,4	68	100,0	213	97,3
Rural	03	8,6	03	2,6	-	-	06	2,7
Total	35	100,0	116	100,0	68	100,0	219	100,0

n=número de casos; $p=0,041$.

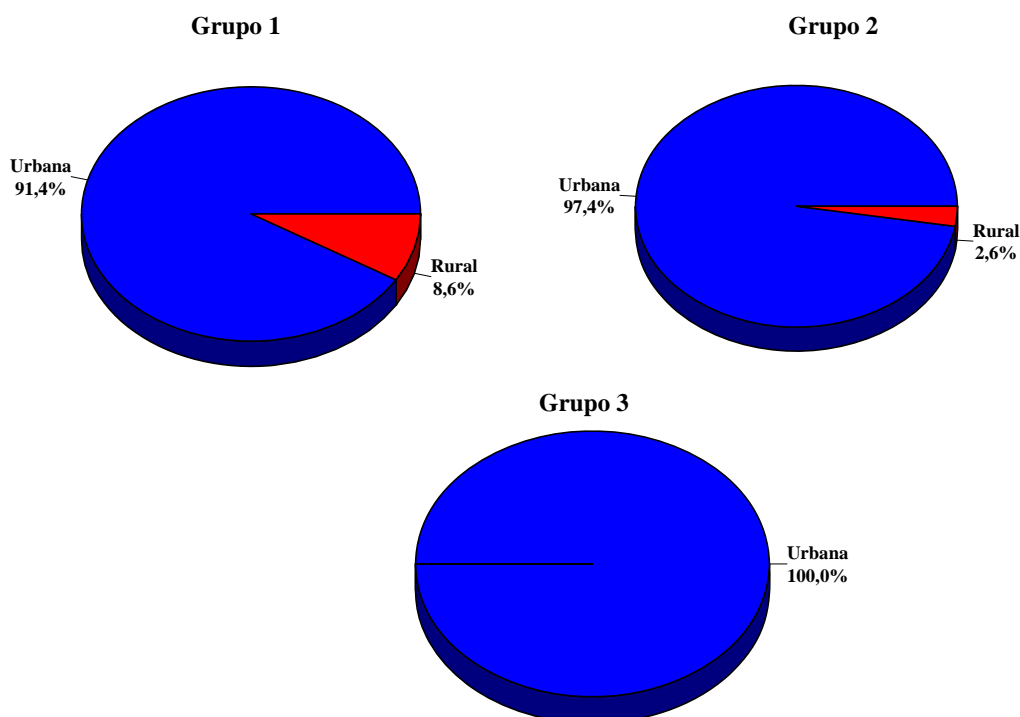


Figura 4 - Distribuição das pacientes portadoras de câncer da mama de acordo com a procedência e a faixa etária.

3.5. Profissão

Das 219 pacientes, 141 (64,4%) não tinham atividade profissional, 18 (8,2%) exerciam atividade como domésticas e 60 (27,4%) trabalhavam nas seguintes profissões: enfermeiras (três), cabeleireiras (cinco), cozinheiras (quatro), professoras (cinco), funcionárias públicas (cinco), lavradoras (quatro), costureiras (sete), massagistas (uma), comerciantes (quatro), e 22 eram aposentadas.

No grupo 1, 15 (42,9%) foram consideradas do lar, sete (20,0%) trabalhavam como domésticas e 13 (37,1%) exerciam algumas das atividades já especificadas. No grupo 2, 76 (65,5%) não trabalhavam com remuneração, 11 (9,5%) eram domésticas e 29 (25,0%) exerciam outras atividades remuneradas. No grupo 3, 50 (73,5%) eram do lar, nenhuma trabalhava como doméstica e 18 (26,5%) trabalhavam em outras atividades (Tabela 5 e Figura 5). A profissão foi um dado significativo, quando se analisou os três grupos ($p = 0,0023$).

Tabela 5 - Distribuição das pacientes portadoras de câncer da mama de acordo com a profissão e a faixa etária.

Profissão	grupo 1		grupo 2		grupo 3		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Do lar	15	42,9	76	65,5	50	73,5	141	64,4
Doméstica	07	20,0	11	9,5	-	-	18	8,2
Outras	13	37,1	29	25,0	18	26,5	60	27,4
Total	35	100,0	116	100,0	68	100,0	219	100,0

n=número de casos; $p=0,0023$.

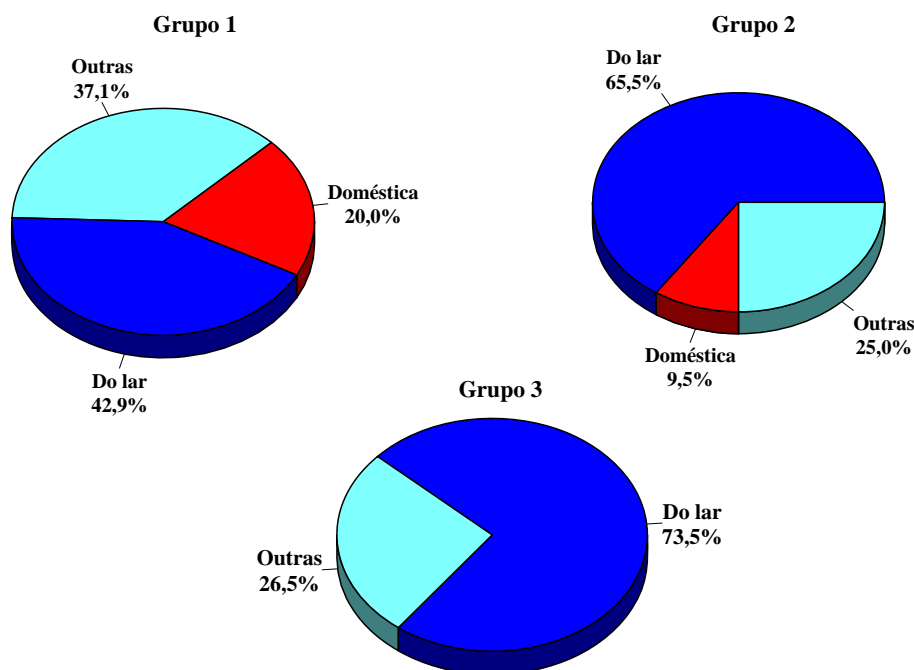


Figura 5 - Distribuição das pacientes portadoras de câncer da mama de acordo com a profissão e a faixa etária.

3.6. Menarca

Nas pacientes avaliadas, a idade média de ocorrência da primeira menstruação foi de 12,9 ($\pm 1,8$) anos, sendo que a idade mínima foi de nove anos (ocorreu no grupo 2) e a máxima de 19 anos (ocorreu no grupo 3). No grupo 1, a idade média foi 12,5 ($\pm 1,6$) anos, nenhuma paciente teve a menarca antes dos nove anos, 34 (97,1%) tiveram-na entre os dez e os 15 anos e uma (2,9%), após os 16 anos. No grupo 2, a idade média foi 12,8 ($\pm 1,6$) anos, uma (0,9%) paciente teve a primeira menstruação antes dos nove anos, 110 (94,8%) tiveram-na entre os dez e 15 anos e cinco (4,3%), após os 16 anos. No grupo 3, a idade média foi 13,3 ($\pm 2,0$) anos, nenhuma teve a menarca antes dos nove anos, 55 (80,9%) tiveram-na entre dez e 15 anos e 13 (19,1%), após 16 anos (Tabela 6 e Figura 6).

Na comparação do grupo 1 com o 2, o resultado não foi significativo ($p^* = 0,283$), mas, quando a comparação foi feita entre os grupos 1 e 3, foi significativo ($p^{**} = 0,029$).

Tabela 6 - Distribuição das pacientes portadoras de câncer da mama de acordo com a idade da menarca e a faixa etária.

Idade da menarca (anos)	grupo 1		grupo 2		grupo 3		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
≤ 9a	-	-	01	0,9	-	-	01	0,4
10-15a	34	97,1	110	94,8	55	80,9	199	90,9
≥ 16a	01	2,9	05	4,3	13	19,1	19	8,7
Total	35	100,0	116	100,0	68	100,0	219	100,0

n=número de casos; $p^*=0,283$; $p^{**}=0,029$.

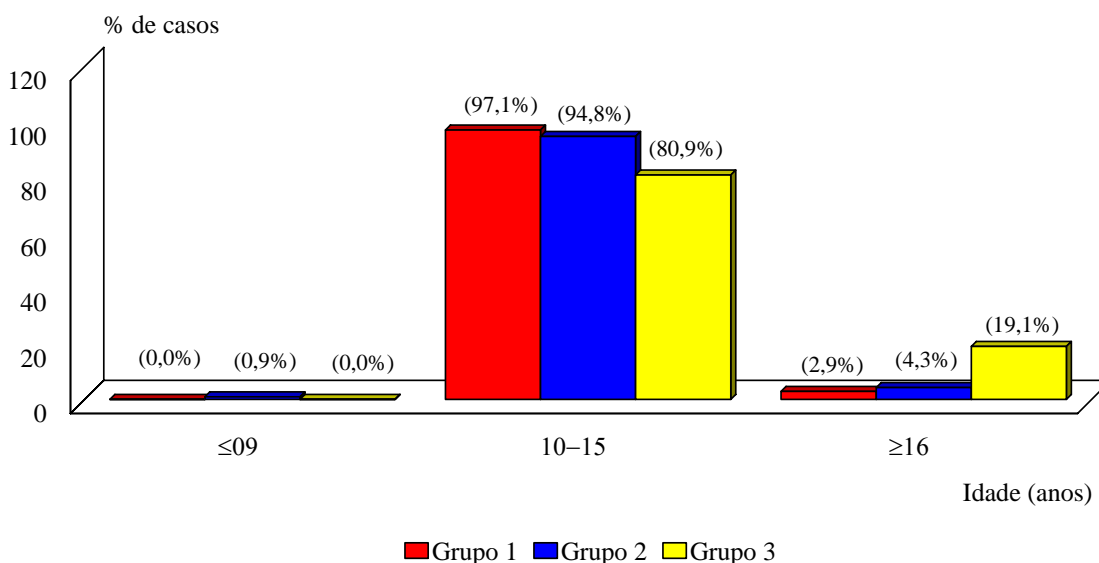


Figura 6 - Distribuição das pacientes portadoras de câncer da mama de acordo com a idade da menarca e a faixa etária.

3.7. Ciclo menstrual

Na avaliação do ciclo menstrual (Tabela 7 e Figura 7), verificou-se que, no grupo 1, 27 (77,1%) pacientes apresentaram ciclos regulares e oito (22,9%) irregulares; no grupo 2, 75 (64,7%) pacientes tinham ciclos regulares e 41 (35,3%) irregulares e, no grupo 3, 42 (61,8%) pacientes referiram que os ciclos foram regulares e 26 (38,2%) irregulares.

A análise do ciclo menstrual, quanto à sua regularidade nos três grupos, não foi significativa ($p = 0,278$).

Tabela 7 - Distribuição das pacientes portadoras de câncer da mama de acordo com a regularidade do ciclo menstrual e a faixa etária.

Ciclo menstrual	grupo 1		grupo 2		grupo 3		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Regular	27	77,1	75	64,7	42	61,8	144	65,8
Irregular	08	22,9	41	35,3	26	38,2	75	34,2
Total	35	100,0	116	100,0	68	100,0	219	100,0

n=número de casos; p=0,278.

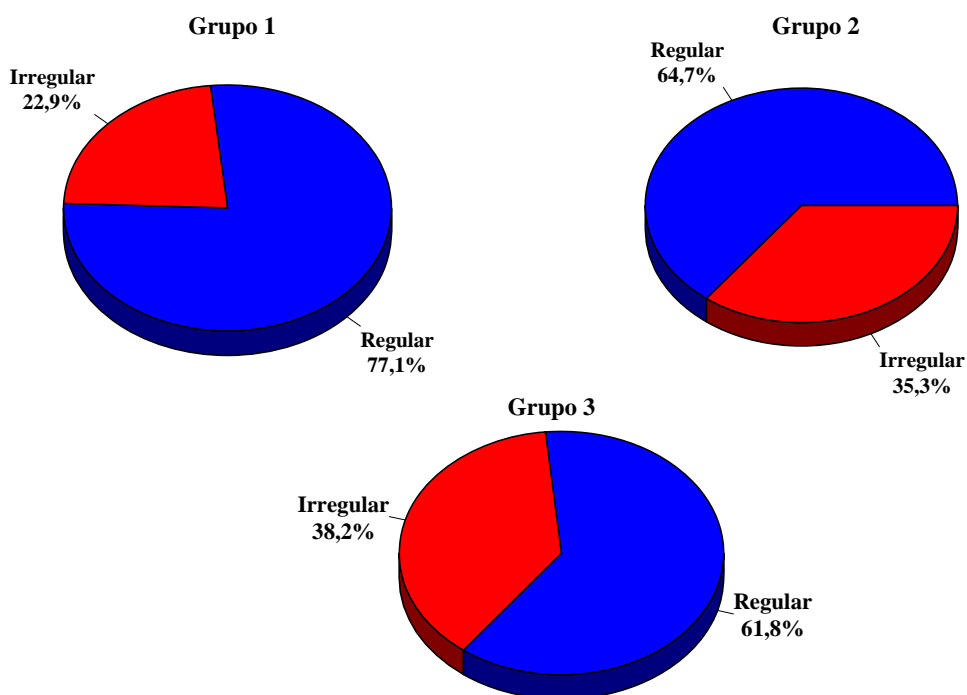


Figura 7 - Distribuição das pacientes portadoras de câncer da mama de acordo com a regularidade do ciclo menstrual e a faixa etária.

3.8. Número de gestações

No grupo 1, cinco (14,3%) pacientes nunca engravidaram, 29 (82,8%) tiveram de uma a três gestações, e uma (2,9%) teve mais de quatro gestações. Quando comparadas com os outros dois grupos foi observado que, no grupo 2, sete (6,1%) nunca engravidaram, 52 (44,8%) tiveram de uma a três gestações e 57 (49,1%) quatro ou mais, e, no grupo 3, o número encontrado foi que sete (10,3%) nunca engravidaram, 26 (38,2%) tiveram de uma a três gestações e 35 (51,5%) tiveram quatro ou mais (Tabela 8 e Figura 8). O número de gestações encontradas, quando comparados os três grupos foi significativo ($p = 0,0001$).

Tabela 8 - Distribuição das pacientes portadoras de câncer da mama de acordo com o número de gestações e a faixa etária.

Número de gestações	grupo 1		grupo 2		grupo 3		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0	05	14,3	07	6,1	07	10,3	19	8,7
1-3	29	82,8	52	44,8	26	38,2	107	48,8
≥ 4	01	2,9	57	49,1	35	51,5	93	42,5
Total	35	100,0	116	100,0	68	100,0	219	100,0

n=número de casos; $p=0,0001$.

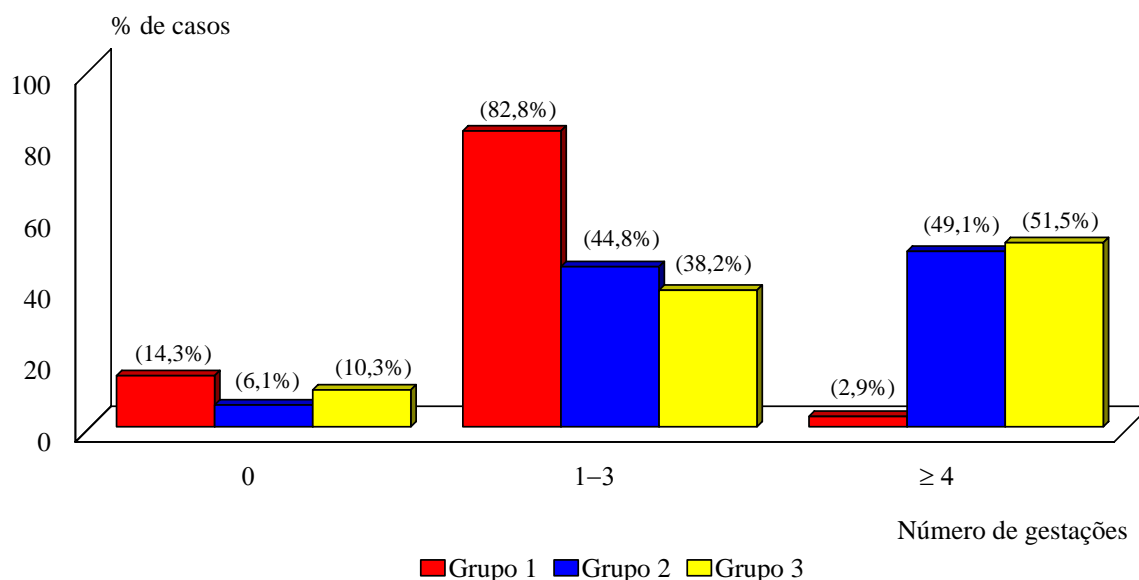


Figura 8 - Distribuição das pacientes portadoras de câncer da mama de acordo com o número de gestações e a faixa etária.

3.9. Número de partos

Das pacientes avaliadas no grupo 1, cinco (14,3%) não tiveram partos, 29 (82,8%) tiveram de um a três partos e uma (2,9%) teve quatro ou mais. Nas pacientes do grupo 2, oito (6,9%) não tiveram partos, 63 (54,3%) tiveram até três e 45 (38,8%) tiveram mais de quatro partos. Naquelas que pertenciam ao grupo 3, oito (11,8%) não tiveram partos, 31 (45,6%) tiveram de um a três e 29 (42,6%) tiveram mais de quatro partos (Tabela 9 e Figura 9). Da mesma forma que o número de gestações, o número de partos também foi significativo ($p = 0,0013$), quando foi realizada a comparação entre os três grupos.

Tabela 9 - Distribuição das pacientes portadoras de câncer da mama de acordo com o número de partos e a faixa etária.

Número de partos	grupo 1		grupo 2		grupo 3		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0	05	14,3	08	6,9	08	11,8	21	9,6
1-3	29	82,8	63	54,3	31	45,6	123	56,2
≥ 4	01	2,9	45	38,8	29	42,6	75	34,2
Total	35	100,0	116	100,0	68	100,0	219	100,0

n=número de casos; $p=0,0013$.

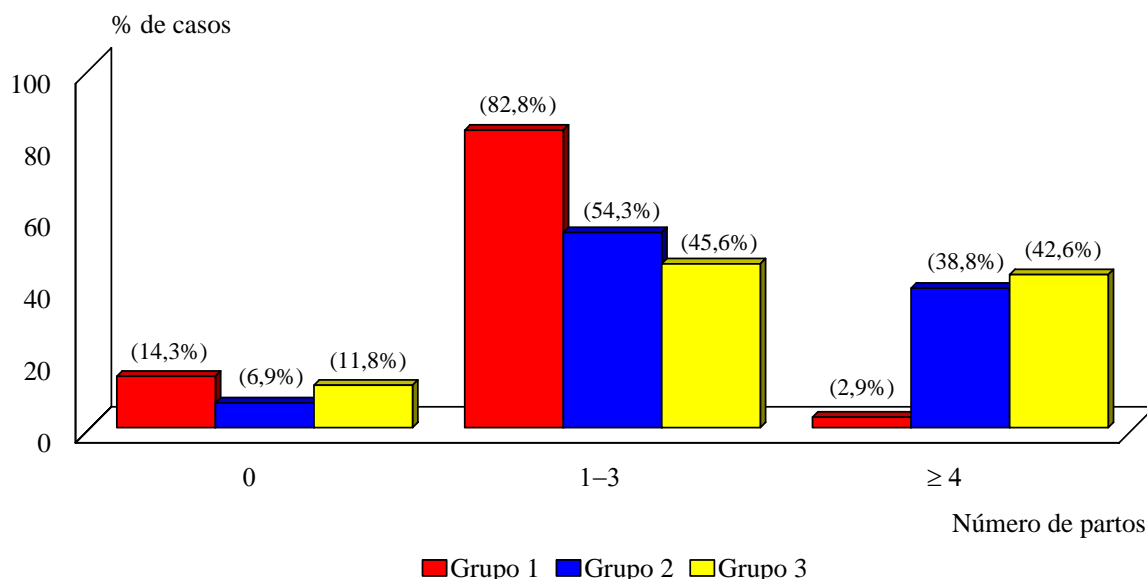


Figura 9 - Distribuição das pacientes portadoras de câncer da mama de acordo com o número de partos e a faixa etária.

3.10. Número de abortos

Das 30 pacientes jovens que engravidaram, 24 (80,0%) nunca abortaram, cinco (16,7%) tiveram um aborto, e uma (3,3%) teve mais de dois. Nas pacientes do grupo 2, 66 (60,5%) não tiveram abortos, 27 (24,8%) tiveram um e 16 (14,7%) tiveram mais de dois. No grupo 3, 32 (52,5%) não tiveram aborto, 19 (31,1%) tiveram um e dez (16,4%) tiveram mais de dois abortos (Tabela 10 e figura 10). Com relação ao número de abortos os dados encontrados não foram significativos ($p=0,13$), quando se compararam os três grupos de faixa etária.

Tabela 10 - Distribuição das pacientes portadoras de câncer da mama de acordo com o número de abortos e a faixa etária.

Número de abortos	grupo 1		grupo 2		grupo 3		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0	24	80,0	66	60,5	32	52,5	122	61,0
1	05	16,7	27	24,8	19	31,1	51	25,5
≥ 2	01	3,3	16	14,7	10	16,4	27	13,5
Total	30	100,0	109	100,0	61	100,0	200	100,0

n=número de casos; $p=0,13$.

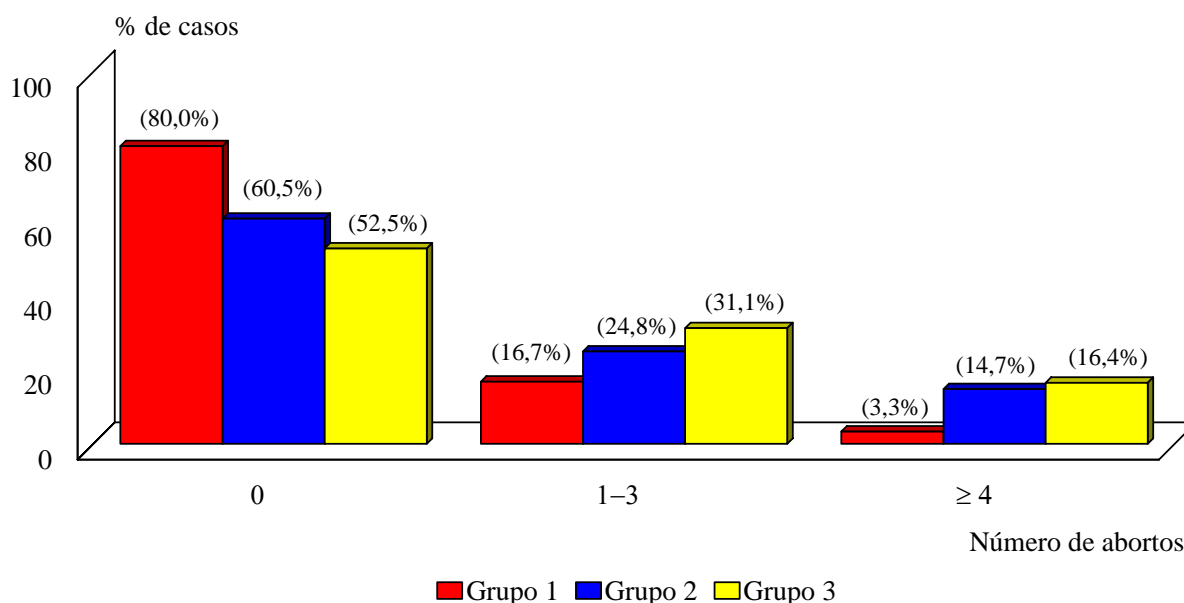


Figura 10 - Distribuição das pacientes portadoras de câncer da mama de acordo com o número de abortos e a faixa etária.

3.11. Idade ao ter o primeiro filho

A idade média em que as pacientes tiveram seu primeiro filho, foi de 22,2 ($\pm 4,8$) anos; a idade mínima foi de 13 anos e a máxima, de 39 anos. No grupo 1, a idade mínima foi de 14 anos e a máxima, de 33 com uma média de 22,7 ($\pm 4,2$) anos; das 30 que tiveram filhos, sete (23,3%) tiveram o primeiro com menos de 21 anos, 22 (73,4%) tiveram entre 21 e 30 anos e apenas uma (3,3%) teve após os 31 anos. No grupo 2, a idade média em que tiveram o primeiro filho foi 22,2 ($\pm 5,2$) anos, a idade mínima foi 13 anos e a máxima 39 anos; o número de mulheres que tiveram seus filhos com menos de 21 anos foi de 41 (38,0%), entre 21 e 30 anos, 58 (53,7%) e com mais de 31 anos, nove (8,3%) pacientes. No grupo 3, a idade média foi 22,1 ($\pm 4,6$) anos, sendo a idade mínima 13 anos e a máxima 38; 19 (31,7%) tiveram seu primeiro filho antes dos 21 anos, 38 (63,3%) tiveram entre 21 e 30, enquanto três (5,0%) tiveram após os 31 anos (Tabela 11 e Figura 11).

Quando se comparou o grupo 1 com o 2, o resultado não foi significativo ($p^* = 0,55$) e o mesmo ocorreu, quando a comparação foi entre o grupo 1 e 3 ($p^{**} = 0,49$).

Tabela 11 - Distribuição das pacientes portadoras de câncer da mama de acordo com a idade em que teve o primeiro filho e a faixa etária.

Idade (anos)	grupo 1		grupo 2		grupo 3		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
≤ 20	07	23,3	41	38,0	19	31,7	67	33,8
21-30	22	73,4	58	53,7	38	63,3	118	59,6
≥ 31	01	3,3	09	8,3	03	5,0	13	6,6
Total	30	100,0	108	100,0	60	100,0	198	100,0

n=número de casos; $p^*=0,55$; $p^{**}=0,49$.

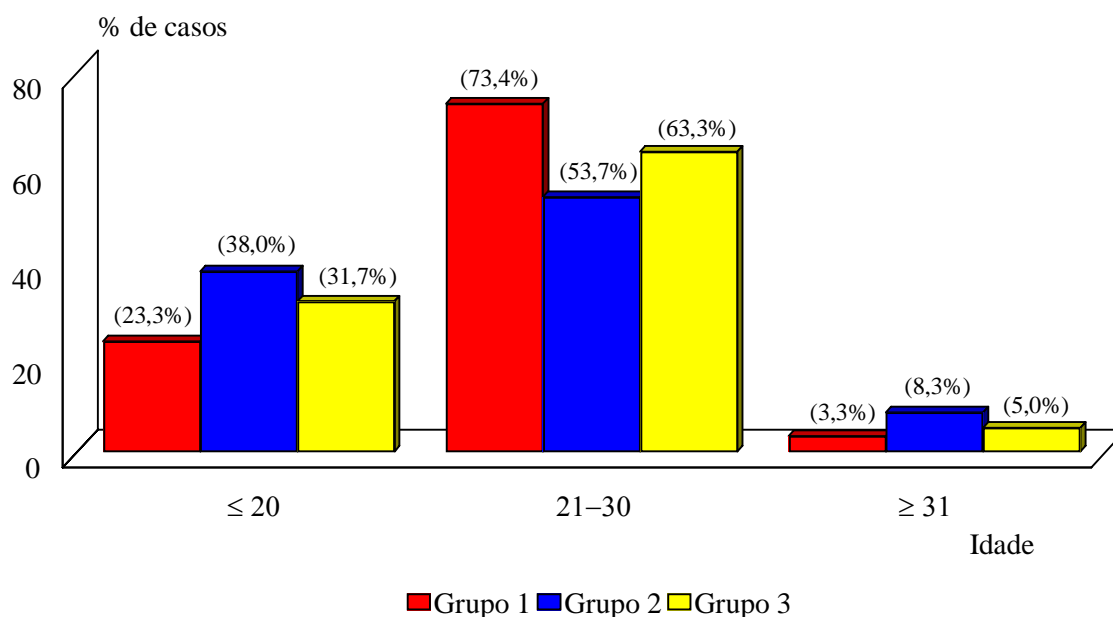


Figura 11 - Distribuição das pacientes portadoras de câncer da mama de acordo com a idade em que teve o primeiro filho e a faixa etária.

3.12. Amamentação

Das 198 pacientes que tiveram filhos, 156 (78,8%) amamentaram, enquanto 42 (21,2%) não o fizeram (Tabela 12 e Figura 12). Também não foi observada diferença entre os três grupos; no grupo 1, 22 (73,3%) amamentaram, enquanto oito (26,7%) não o fizeram; no grupo 2, 88 (81,5%) amamentaram e 20 (18,5%) não; no grupo 3, 46 (76,7%) amamentaram e 14 (23,3%) não.

A amamentação foi um dado não significativo ($p = 0,55$), quando se compararam os três grupos de faixa etária.

Tabela 12 - Distribuição das pacientes portadoras de câncer da mama de acordo com a amamentação e a faixa etária.

Amamentação	grupo 1		grupo 2		grupo 3		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	22	73,3	88	81,5	46	76,7	156	78,8
Não	08	26,7	20	18,5	14	23,3	42	21,2
Total	30	100,0	108	100,0	60	100,0	198	100,0

n=número de casos; p=0,55.

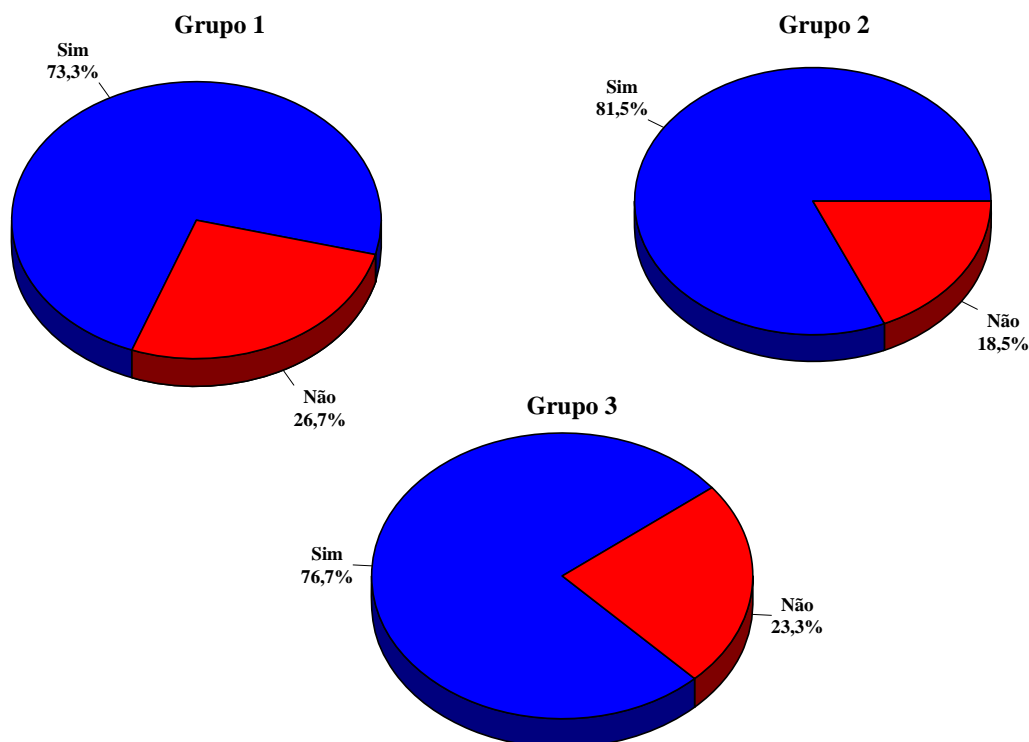


Figura 12 - Distribuição das pacientes portadoras de câncer da mama de acordo com a amamentação e a faixa etária.

3.13. Método contraceptivo

Entre as que utilizavam algum método contraceptivo (Tabela 13 e Figura 13), a laqueadura tubária foi o método mais referido, perfazendo um total de 36 (16,4%) pacientes; 13 (6,0%) utilizavam contraceptivos hormonais, sendo que destas, seis (17,1%) estavam no grupo 1 e seis (5,2%) no grupo 2. Apenas duas (0,9%) utilizavam outros métodos, uma paciente do grupo 1 utilizou o dispositivo intra-uterino e outra do grupo 2 utilizou o diafragma. Quando se compararam os três grupos, em relação aos métodos contraceptivos, verificou-se que os dados foram significativos ($p=0,0001$).

Tabela 13 - Distribuição das pacientes portadoras de câncer da mama de acordo com o método contraceptivo utilizado e a faixa etária.

Método	grupo 1		grupo 2		grupo 3		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nenhum	15	42,9	89	76,7	64	94,1	168	76,7
LT	13	37,1	20	17,2	03	4,4	36	16,4
Hormonal	06	17,1	06	5,2	01	1,5	13	6,0
Outros	01	2,9	01	0,9	-	-	02	0,9
Total	35	100,0	116	100,0	68	100,0	219	100,0

n=número de casos; LT=laqueadura tubária; $p=0,0001$.

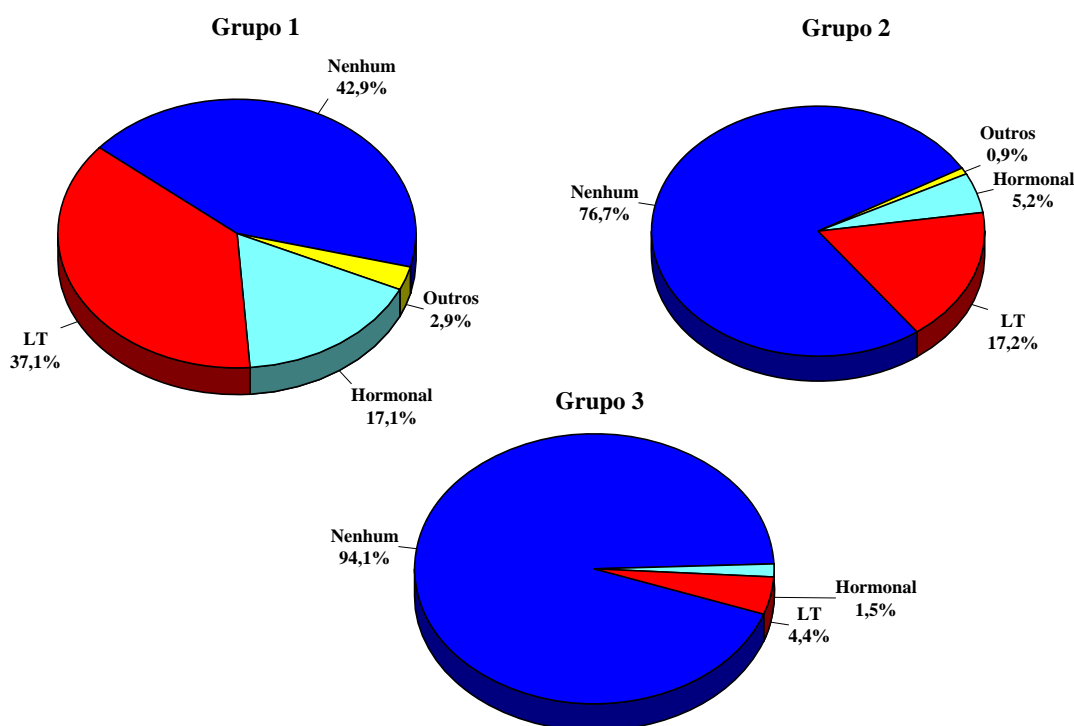


Figura 13 - Distribuição das pacientes portadoras de câncer da mama de acordo com o método contraceptivo utilizado e a faixa etária.

3.14. Tabagismo

Quando perguntadas sobre o hábito de fumar, a maioria das pacientes, 181 (82,6%) negaram, enquanto 38 (17,4%) afirmaram que fumavam. Isto foi observado nos três grupos avaliados (Tabela 14 e Figura 14).

Os dados encontrados com relação ao tabagismo não foram significativos ($p = 0,76$), quando se compararam os três grupos de faixa etária.

Tabela 14 - Distribuição das pacientes portadoras de câncer da mama com relação ao tabagismo e a faixa etária.

Tabagismo	grupo 1		grupo 2		grupo 3		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Não	29	82,9	94	81,0	58	85,3	181	82,6
Sim	06	17,1	22	19,0	10	14,7	38	17,4
Total	35	100,0	116	100,0	68	100,0	219	100,0

n=número de casos; $p=0,76$.

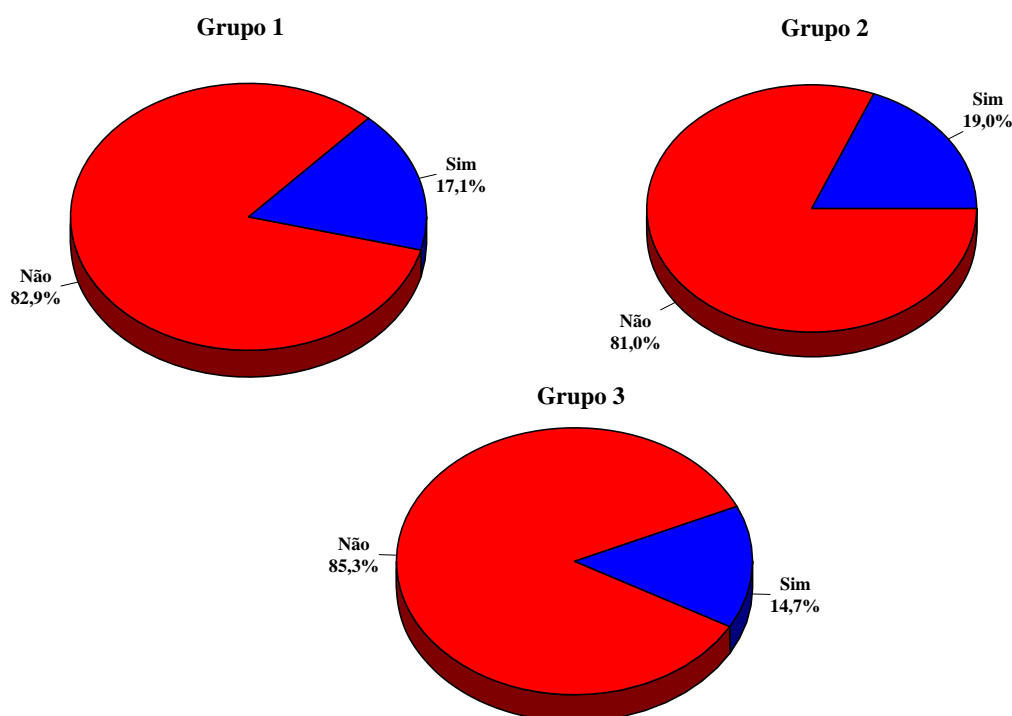


Figura 14 - Distribuição das pacientes portadoras de câncer da mama com relação ao tabagismo e a faixa etária.

3.15. Alimentação com gordura de origem animal

As pacientes foram inquiridas sobre o hábito de ingerirem alimentação com gordura de origem animal e não vegetal. Das 219 pacientes, 197 (90,0%) negaram seu uso e 22 (10,0%) referiram que usavam esse tipo de gordura (Tabela 15 e Figura 15). Também não houve diferença entre os três grupos. Estes dados não foram significativos ($p = 0,255$), quando os três grupos de faixa etária foram comparados.

Tabela 15 - Distribuição das pacientes portadoras de câncer da mama com relação a alimentação com gordura de origem animal e a faixa etária.

Uso de gordura	grupo 1		grupo 2		grupo 3		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Não	30	85,7	108	93,1	59	86,8	197	90,0
Sim	05	14,3	08	6,9	09	13,2	22	10,0
Total	35	100,0	116	100,0	68	100,0	219	100,0

n=número de casos; $p=0,255$.

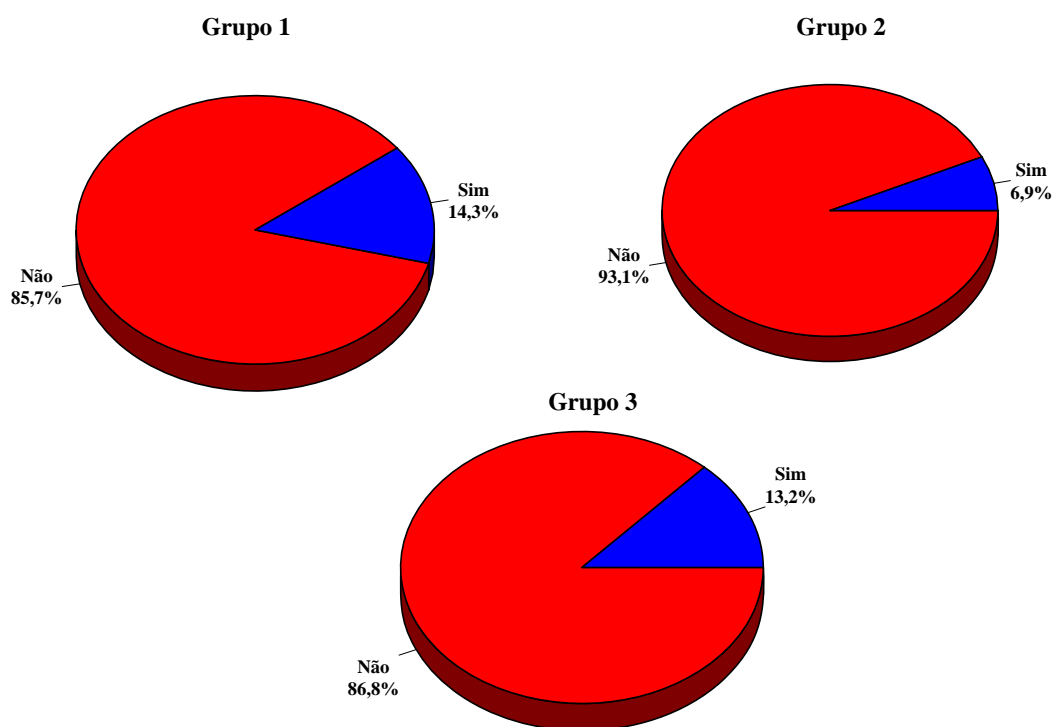


Figura 15 - Distribuição das pacientes portadoras de câncer da mama com relação a alimentação com gordura de origem animal.

3.16. Peso corpóreo

O peso corpóreo médio encontrado foi de 62,4 ($\pm 11,8$) quilos, sendo o menor peso o de 38 quilos (grupo 3) e o maior 111 quilos (grupo 2). No grupo 1, 14 (40,0%) pesavam menos de 60 quilos, o mesmo número foi encontrado na faixa entre 61 e 70 quilos e sete (20,0%) tinham mais de 71 kg. No grupo 2, 47 (40,5%) pesavam menos de 60 quilos, 44 (37,9%) pesavam entre 61 e 70 e 25 (21,6%) pesavam mais de 71 quilos. No grupo 3, 39 (57,3%) pesavam abaixo de 60 quilos, 21 (30,9%) pesavam entre 61 e 70 e oito (11,8%) pesavam mais de 71 quilos (Tabela 16 e figura 16). A análise do peso corpóreo não foi significativa ($p = 0,196$), quando se compararam os três grupos.

Tabela 16 - Distribuição das pacientes portadoras de câncer da mama com relação ao peso corpóreo e a faixa etária.

Peso (kg)	grupo 1		grupo 2		grupo 3		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
≤ 60	14	40,0	47	40,5	39	57,3	100	45,7
61-70	14	40,0	44	37,9	21	30,9	79	36,1
≥ 71	07	20,0	25	21,6	08	11,8	40	18,2
Total	35	100,0	116	100,0	68	100,0	219	100,0

n=número de casos; $p=0,196$.

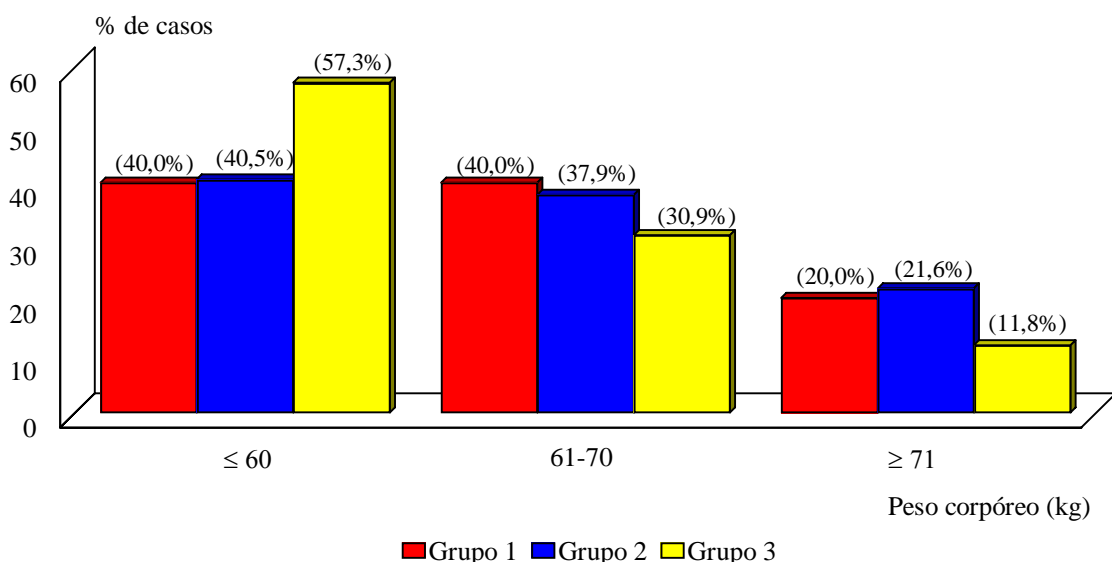


Figura 16 - Distribuição das pacientes portadoras de câncer da mama com relação ao peso corpóreo e a faixa etária.

3.17. Antecedentes pessoais

Das 219 pacientes avaliadas, apenas nove (4,1%) apresentavam antecedentes pessoais de câncer (Tabela 17 e Figura 17), sendo que nenhuma delas faziam parte do grupo 1 e, destes casos, sete eram de câncer da mama (cinco no grupo 2 e dois no grupo 3) e dois de câncer do ovário (grupo 2). A análise destes dados, quando se compararam os três grupos não foi significativa ($p = 0,24$).

Tabela 17 - Distribuição das pacientes portadoras de câncer da mama com relação aos antecedentes pessoais de câncer da mama, do ovário ou do endométrio e a faixa etária.

Antecedentes pessoais	grupo 1		grupo 2		grupo 3		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Não	35	100,0	109	94,0	66	97,1	210	95,9
Sim	-	-	07	6,0	02	2,9	09	4,1
Total	35	100,0	116	100,0	68	100,0	219	100,0

n=número de casos; $p=0,24$.

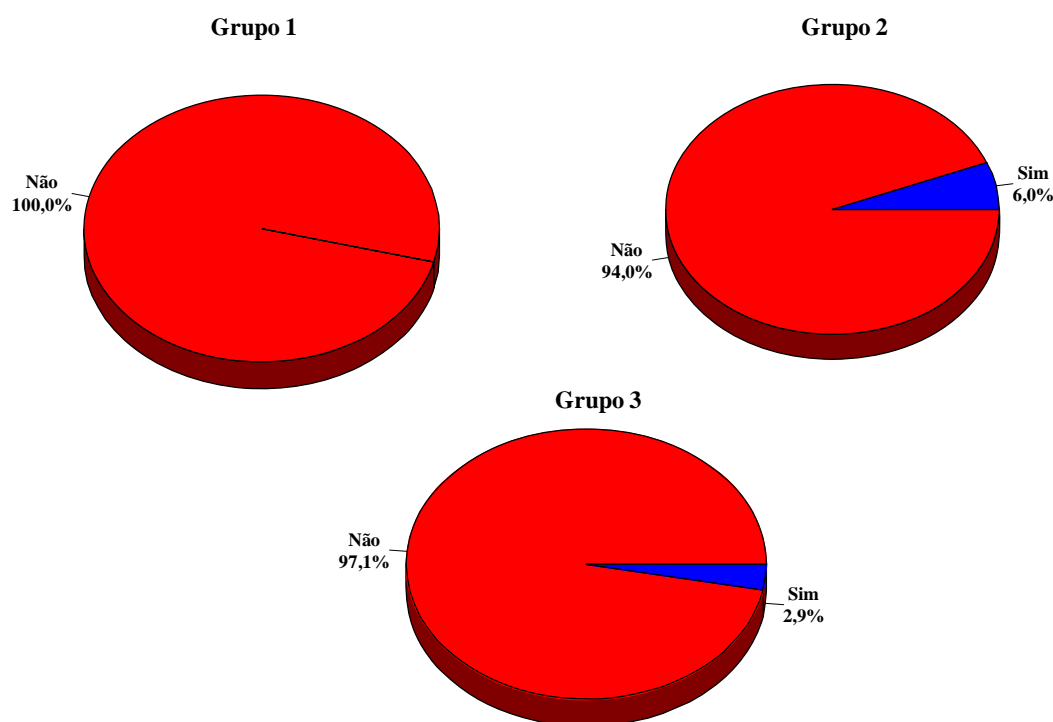


Figura 17 - Distribuição das pacientes portadoras de câncer da mama com relação aos antecedentes pessoais de câncer da mama, do ovário ou do endométrio e a faixa etária.

3.18. Antecedentes familiares

Do total, 183 (83,6%) pacientes não apresentavam antecedentes familiares e 20 (9,1%) apresentavam antecedentes em parentes do primeiro grau, enquanto 16 (7,3%) apresentavam em parentes mais distantes (Tabela 18 e Figura 18).

Com relação às pacientes do grupo 1, 31 (88,6%) não apresentavam esses antecedentes, enquanto uma (2,9%) apresentava a mãe com câncer e as outras três (8,5%) apresentavam duas primas e uma avó. No grupo 2, 98 (84,6%) não tinham antecedentes familiares, nove (7,7%) tinham em parentes do primeiro grau e também nove (7,7%) em outros parentes. No grupo 3, 54 (79,4%) não tinham antecedentes familiares, dez (14,7%) tinham em parentes do primeiro grau e quatro (5,9%) em outros parentes. Os dados encontrados não foram significativos ($p = 0,32$), quando se compararam os três grupos.

Tabela 18 - Distribuição das pacientes portadoras de câncer da mama de acordo com os antecedentes familiares de câncer da mama e a faixa etária.

Antecedentes familiares	grupo 1		grupo 2		grupo 3		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Não	31	88,6	98	84,6	54	79,4	183	83,6
Sim (1° grau)	01	2,9	09	7,7	10	14,7	20	9,1
Sim (outros)	03	8,5	09	7,7	04	5,9	16	7,3
Total	35	100,0	116	100,0	68	100,0	219	100,0

n=número de casos; $p=0,32$.

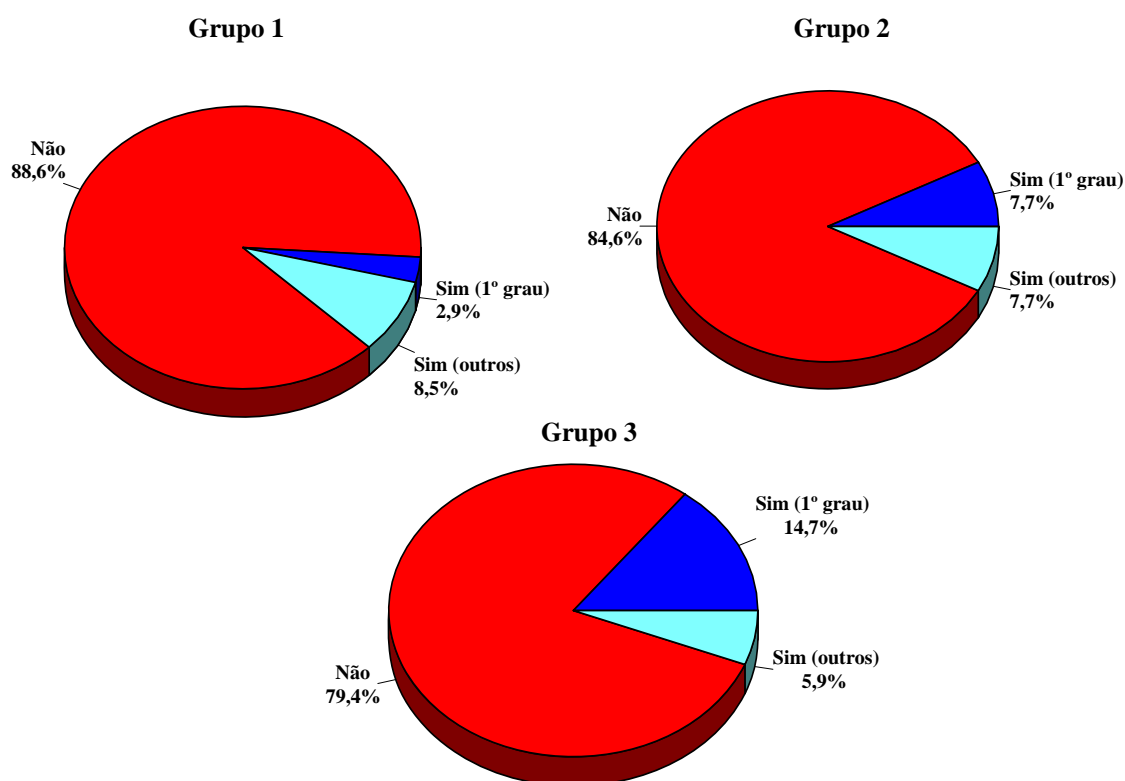


Figura 18 - Distribuição das pacientes portadoras de câncer da mama de acordo com os antecedentes familiares de câncer da mama e a faixa etária.

3.19. Queixas das pacientes

A queixa referida pela maioria das pacientes, 172 (73,2%), no momento do diagnóstico, foi de nódulo mamário, seguida de dor que foi referida por 15 (6,4%) das pacientes; as demais queixas incluíram retração da pele ou do complexo aréolo-mamilar, descarga mamilar, edema da pele e ou ulceração totalizaram 48 (20,4%) dos casos (Tabela 19 e Figura 19). No grupo 1, foram encontradas 23 (65,7%) pacientes com nódulos, quatro (11,4%) com queixa de dor e oito (22,9%) com outras queixas. No grupo 2, 89 (69,0%) pacientes apresentavam nódulos, oito (6,2%) referiam dor e 32 (24,8%) referiam outras queixas. No grupo 3, 60 (84,5%) referiam a presença de nódulos, três (4,2%) apresentavam dor e oito (11,3%) apresentavam outras queixas. No total foram registradas 235 queixas e apenas 11 (4,7%) pacientes eram assintomáticas. Estes dados não foram significativos ($p = 0,093$), quando se compararam os três grupos de faixa etária.

Tabela 19 - Distribuição das pacientes portadoras de câncer da mama com relação à queixa no momento do diagnóstico e a faixa etária.

Queixas	grupo 1		grupo 2		grupo 3		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nódulo	23	65,7	89	69,0	60	84,5	172	73,2
Dor	04	11,4	08	6,2	03	4,2	15	6,4
Outras	08	22,9	32	24,8	08	11,3	48	20,4
Total	35	100,0	129	100,0	71	100,0	235	100,0

n=número de casos; $p=0,093$.

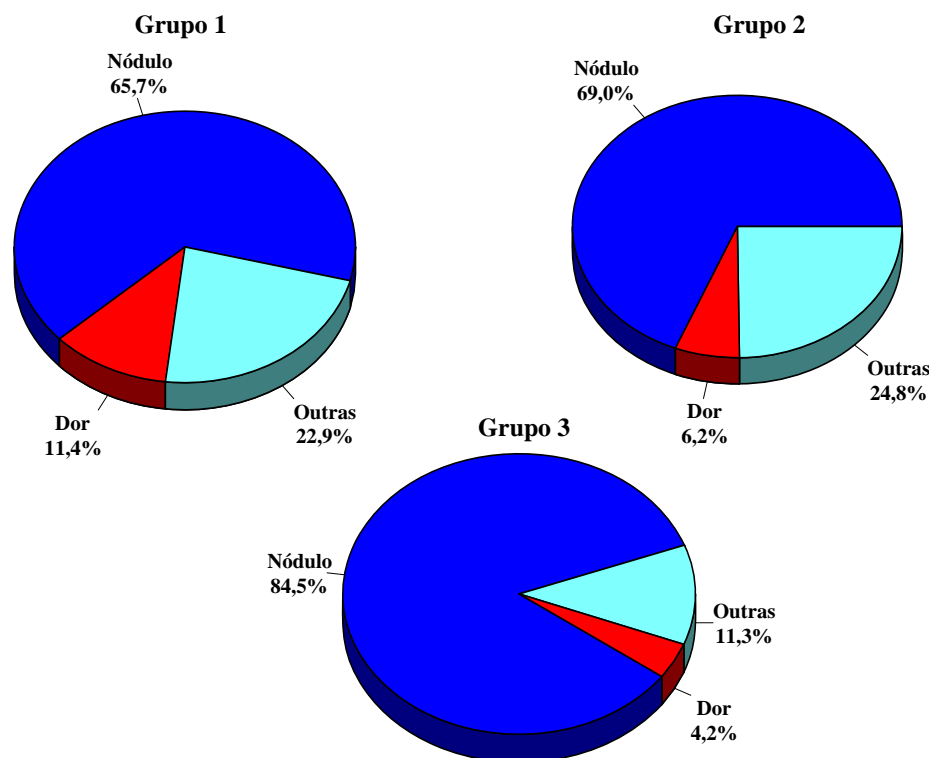


Figura 19 – Distribuição das pacientes portadoras de câncer da mama com relação à queixa no momento do diagnóstico e a faixa etária

A queixa de dor, referida espontaneamente pelas pacientes, apareceu em somente 6,84% dos casos e estava diretamente relacionada ao nódulo mamário. Ao contrário, a queixa de mastalgia (Tabela 20 e Figura 20) que esteve presente em 25 (71,4%) das pacientes do grupo 1, em 50 (43,1%) das que pertenciam ao grupo 2 e, em 33 (48,5%) daquelas do grupo 3, foi significativa ($p = 0,013$), quando esses três grupos foram comparados.

Tabela 20 - Distribuição das pacientes portadoras de câncer da mama de acordo com a presença ou ausência de mastalgia e a faixa etária.

Mastalgia	grupo 1		grupo 2		grupo 3		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Presente	25	71,4	50	43,1	33	48,5	108	49,3
Ausente	10	28,6	66	56,9	35	51,5	111	50,7
Total	35	100,0	116	100,0	68	100,0	219	100,0

n=número de casos; $p=0,013$.

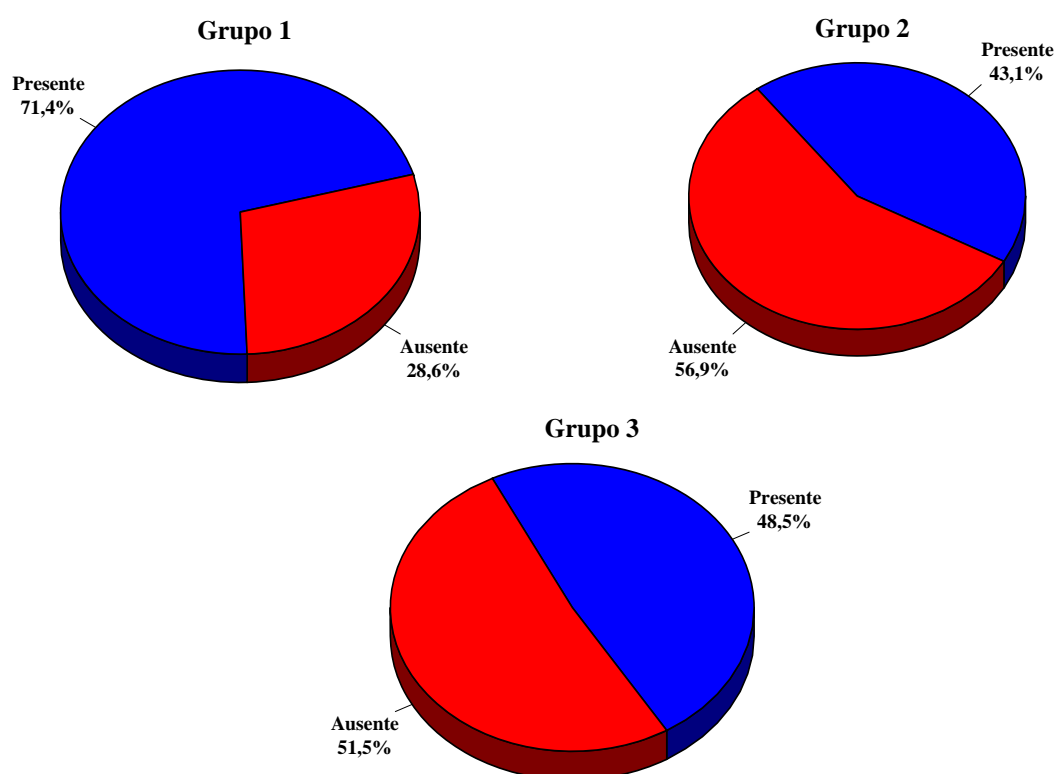


Figura 20 – Distribuição das pacientes portadoras de câncer da mama de acordo com a presença ou ausência de mastalgia e a faixa etária.

3.20. Exame físico

Com relação ao exame físico das mamas, foram detectados 387 sinais, sendo que a maioria foi de nódulos palpáveis, totalizando 230 (59,5%) casos. A retração apareceu em 35 (9,0%) dos casos e os demais sinais, tais como descarga mamilar, edema da pele e/ou ulceração e a presença de gânglios axilares e supra-claviculares totalizaram 122 (31,5%) casos (Tabela 21 e Figura 21). Das 11 (4,7%) pacientes que eram assintomáticas, apenas cinco não apresentaram quaisquer sinais nas mamas e pertenciam ao grupo 2.

Quando foram analisados os sinais detectados em cada grupo, verificou-se que no grupo 1, 23 (65,7%) apresentaram nódulos, nove (25,7%), retração e apenas três (8,6%) apresentaram outros sinais, ao passo que, nos outros dois grupos, foi mais evidente o predomínio de nódulos e de outros sinais; no grupo 2, 126 (55,5%) tiveram nódulo, 17 (7,5%), retração e 84 (37,0%) outros sinais; no grupo 3, 81 (64,8%) tiveram nódulo, nove (7,2%), retração e 35 (28,0%) outros sinais. Esses dados foram significativos ($p = 0,0002$), quando os três grupos foram comparados.

Tabela 21 - Distribuição das pacientes portadoras de câncer da mama com relação ao exame físico das mamas no momento do diagnóstico e a faixa etária.

Exame físico	grupo 1		grupo 2		grupo 3		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nódulo	23	65,7	126	55,5	81	64,8	230	59,5
Retração	09	25,7	17	7,5	09	7,2	35	9,0
Outros	03	8,6	84	37,0	35	28,0	122	31,5
Total	35	100,0	227	100,0	125	100,0	387	100,0

n=número de casos; $p=0,0002$.

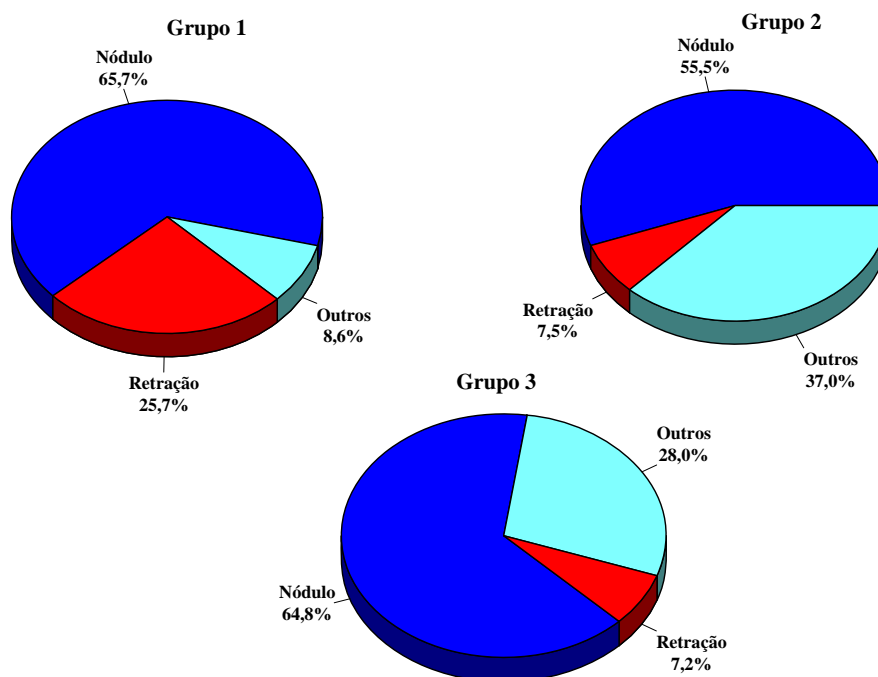


Figura 21 - Distribuição das pacientes portadoras de câncer da mama com relação ao exame físico das mamas no momento do diagnóstico e a faixa etária.

Baseando-se nos sinais encontrados no exame físico, as pacientes foram estadiadas clinicamente e, como já era esperado, a minoria, ou seja, apenas uma (0,4%) paciente estava no estágio 0, e pertencia ao grupo 2; 25 (11,4%) tinham estágio I, sendo que uma (2,9%) era do grupo 1, 15 (12,9%) pertenciam ao grupo 2 e nove (13,2%) estavam no grupo 3; 71 (32,4%) tinham estágio II-A, dessas, 18 (51,4%) eram do grupo 1, 35 (30,2%) eram do grupo 2 e 18 (26,5%) eram do grupo 3; 38 (17,4%) tinham estágio II-B sendo que no grupo 1 havia quatro (11,4%) pacientes, no grupo 2, 20 (17,2%) e no grupo 3, 14 (20,6%); 17 (7,8%) tinham estágio III-A sendo três do grupo 1, sete (6,0%) do grupo 2 e também sete (10,3%) do grupo 3; 35 (16,0%) tinham estágio III-B registrando-se quatro (11,4%) no grupo 1, 21 (18,1%) no grupo 2 e dez (14,7%) no grupo 3 e 32 (14,6%) tinham estágio IV, sendo cinco (14,3%) do grupo 1, 17 (14,7%) do grupo 2 e dez (14,7%) do grupo 3 (Tabela 22 e Figura 22). Esses dados, quando analisados estatisticamente entre os três grupos de faixa etária não foram significativos ($p = 0,49$).

Tabela 22 - Distribuição das pacientes portadoras de câncer da mama de acordo com o estadiamento clínico e a faixa etária.

Estádio clínico	grupo 1		grupo 2		grupo 3		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0	-	-	01	0,9	-	-	01	0,4
I	01	2,9	15	12,9	09	13,2	25	11,4
II-A	18	51,4	35	30,2	18	26,5	71	32,4
II-B	04	11,4	20	17,2	14	20,6	38	17,4
III-A	03	8,6	07	6,0	07	10,3	17	7,8
III-B	04	11,4	21	18,1	10	14,7	35	16,0
IV	05	14,3	17	14,7	10	14,7	32	14,6
total	35	100,0	116	100,0	68	100,0	219	100,0

n=número de casos; $p=0,49$.

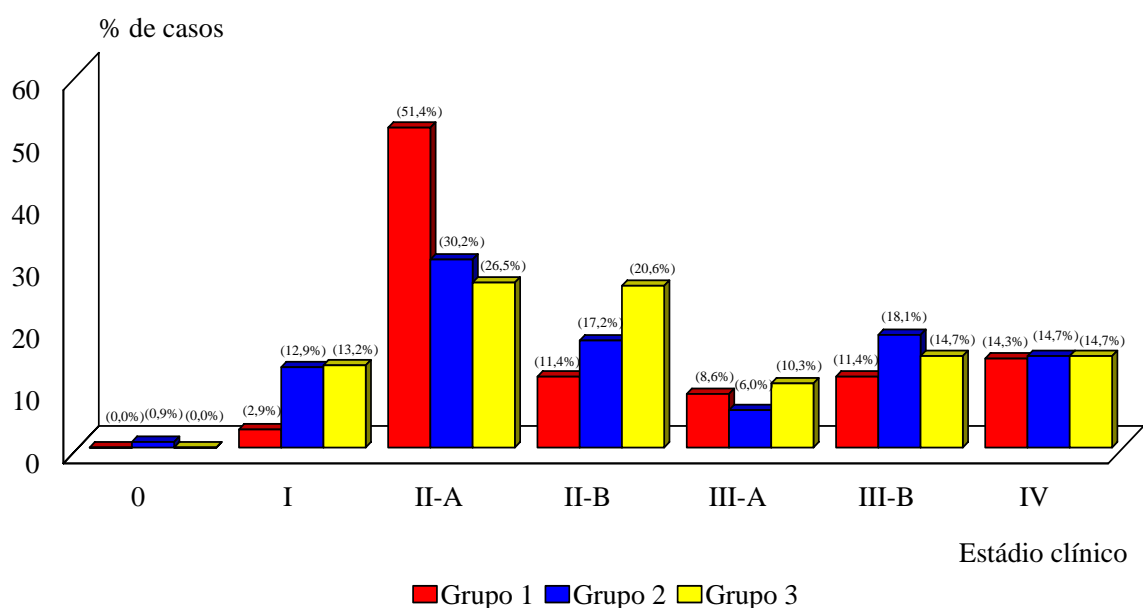


Figura 22 - Distribuição das pacientes portadoras de câncer da mama de acordo com o estadiamento clínico e a faixa etária.

3.21. Exame Histopatológico

A análise do tipo histológico dos tumores revelou que 197 (87,6%) eram do tipo carcinoma ductal invasivo e 28 (12,4%) eram uma miscelânea constituída por carcinoma ductal *in situ*, carcinoma colóide, lobular invasivo e *in situ* (Tabela 23 e Figura 23). Dez pacientes apresentaram tipos histológicos diferentes concomitantemente, sendo a maioria um tipo invasivo e outro *in situ*. Apenas uma paciente apresentou o tipo histológico de carcinoma ductal *in situ* e foi o único caso de estadiamento clínico zero. Estes dados não foram significativos ($p = 0,38$), quando os três grupos de faixa etária foram comparados.

Tabela 23 - Distribuição das pacientes portadoras de câncer da mama de acordo com o exame histopatológico e a faixa etária.

Tipos histológicos	grupo 1		grupo 2		grupo 3		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ductal invasivo	33	89,2	105	89,8	59	83,1	197	87,6
Outros	04	10,8	12	10,2	12	16,9	28	12,4
Total	37	100,0	117	100,0	71	100,0	225	100,0

n=número de casos; $p=0,38$.

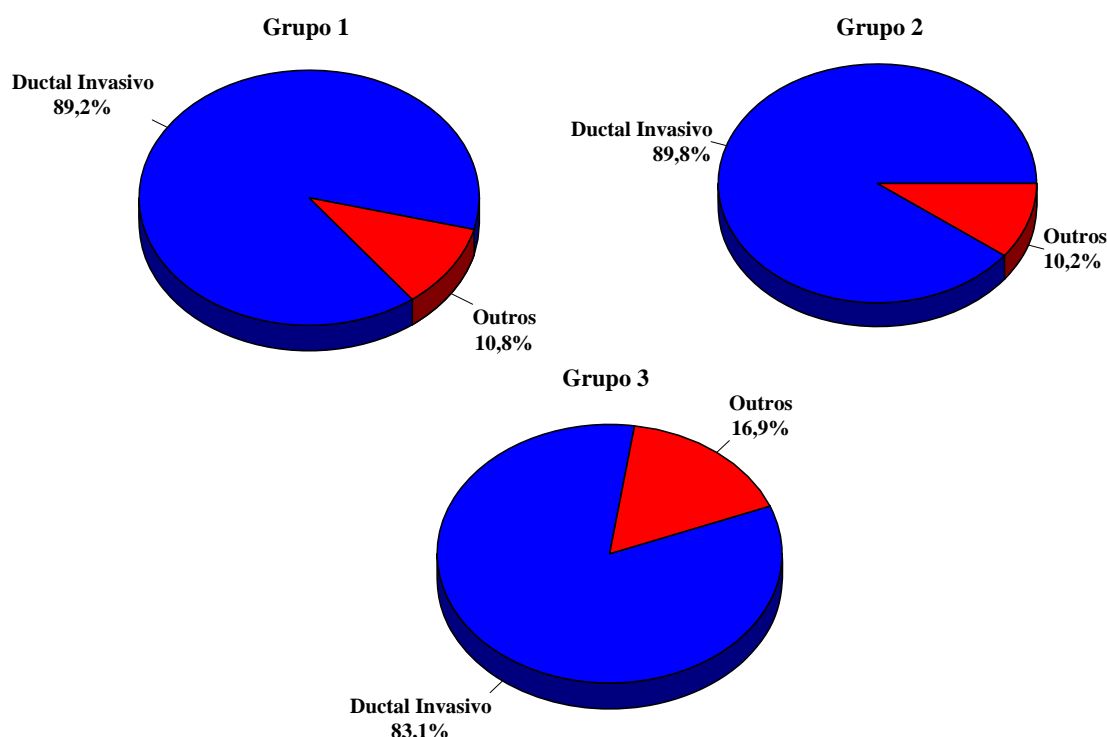


Figura 23 – Distribuição das pacientes portadoras de câncer da mama de acordo com o exame histopatológico e a faixa etária.

HANKEY *et al.* (1994) mostraram que, nos EUA, a incidência do câncer de mama é mais alta em negras até os 40 anos, quando comparadas com as brancas e que essa relação inverte após a menopausa. Tentaram associar com outros fatores epidemiológicos, principalmente os reprodutivos (idade da menarca, idade em que teve o primeiro filho, paridade, número de abortos e uso de ACO) e verificaram que o único dado significativo foi com relação ao uso prolongado de ACO entre as negras, mas isto ainda é controverso. SWANSON & LIN (1994) verificaram, em seu estudo, 92,6% brancas e 7,25 negras; dentre as que tinham até 40 anos, verificaram 6,7% de brancas e 14,1% de negras e observaram também que a mortalidade era maior entre as negras. NEWMAN & ALFONSO (1997) verificaram 32% de negras com idade até 50 anos e 20% de brancas, quando avaliaram 425 pacientes com câncer de mama, no período de 1990 a 1994. BASSETT & KRIEGER (1986) e COATES *et al.* (1992) também mostraram um predomínio de negras entre as jovens e um pior prognóstico entre as mesmas.

Na análise do estado civil, verificamos predomínio de mulheres casadas (65,3%) nos três grupos. O grupo 1 foi o que apresentou o maior número de solteiras (17,1%) e o grupo 3 o maior número de viúvas e divorciadas (35,3%) o que já era esperado em função da idade das pacientes. Esses dados foram significativos e, quando comparados com a população que procura atendimento no ambulatório, verificou-se também uma maioria de mulheres casadas.

VELENTGAS *et al.* (1994) verificaram em seus estudos que as variáveis demográficas, tais como o estado civil ou o fato de estar casada, têm sido associadas com maior risco para câncer de mama na pré-menopausa nos EUA.

O estado civil tem importância na epidemiologia do câncer de mama, quando a ele é associado o nível sócio-econômico e a paridade e verifica-se que as mulheres de classe sócio-econômica mais elevada estão constituindo família mais tardiamente, ou seja, estão tendo seu primeiro filho com idade mais avançada (LOPES *et al.*, 1996).

A procedência urbana das pacientes foi constatada em 97,3% dos casos e isso condiz com o fato de a população atendida no ambulatório do Hospital de Base ser predominantemente urbana. Os trabalhos de HANKEY *et al.* (1994), VELENTGAS *et al.* (1994) e WINCHESTER (1996) também mostraram um predomínio de procedência urbana e questiona-se a influência de fatores ambientais como, a poluição na etiologia do câncer mamário.

A profissão até hoje não teve uma importância significativa na etiologia do câncer de mama. VELENTGAS *et al.* (1994), em seu estudo sobre fatores de risco para mulheres jovens, mostraram risco relativo maior que dois ($RR > 2$) para as mulheres que trabalhavam com processamento de dados, cozinheiras, empregadas domésticas, cabeleireiras e naquelas que trabalhavam com transportes, mas ressaltou que os fatores sócio-econômicos estão fortemente associados com a profissão e são difíceis de serem quantificados. PETRALIA *et al.* (1998) não encontraram relação entre a ocupação e o câncer mamário, mas observaram que, entre as jovens que tinham uma ocupação remunerada, a incidência foi menor.

No presente estudo observou-se que a maioria das mulheres não trabalhava (64,4%) e que a maior parte das que exerciam atividade remunerada, estava no grupo das jovens.

A idade média de ocorrência da menarca no grupo 1 foi de 12,5 ($\pm 1,6$) e não foi significativa, quando comparada ao grupo 2 que foi de 12,8 ($\pm 1,6$), mas, quando comparada ao grupo 3, cuja idade média foi de 13,3($\pm 2,0$), foi significativa ($p=0,029$). Esses dados não são coincidentes com os da literatura, pois é esperada uma menarca precoce (< 9 anos) como fator de risco para câncer de mama. BRINTON *et al.* (1988), observaram que o risco relativo era de 1,3 para as mulheres que tiveram a menarca antes dos 12 anos e que as que tiveram após os 15 anos, tinham 23% menos chance de desenvolver câncer mamário. KAMPERT *et al.* (1988) e TALAMINI *et al.* (1996) também descreveram o efeito protetor da menarca tardia, principalmente, quando associada a primeira gestação muito precoce; esse efeito é benéfico tanto para pacientes jovens como para as pós-menopausadas. KVALE & HEUCH (1988), na Noruega, em seu primeiro estudo, relatou que o risco do câncer de mama diminui com o aumento da idade da menarca, mas em seu estudo de 1992, referiu que os efeitos da menarca tardia não traziam grandes benefícios para pacientes jovens. Já LA VECHIA *et al.* (1992), na Itália, mostraram um menor risco de câncer, quando a menarca ocorreu aos 15 anos ou mais, mas também não evidenciaram um aumento significativo no risco, quando a idade da menarca estava abaixo dos 15 anos.

Quanto à regularidade do ciclo menstrual, no presente estudo verificou-se tanto nas pacientes jovens como nas mais velhas, que houve um predomínio não significativo de ciclos regulares. Segundo HARDY & PINOTTI (1993), um alto número de ciclos

menstruais regulares e ovulatórios estavam associados com um risco maior da presença de câncer mamário.

A paridade foi um dado significativo em todos os grupos, a maioria das pacientes teve de um a três filhos. Esse resultado é discordante da literatura cujo relato é de que a nuliparidade e a baixa paridade estão relacionadas com risco aumentado para câncer de mama (BRINTON *et al.*, 1983; KAMPERT *et al.*, 1988; KVALE, 1992; ROSEN *et al.*, 1984; VELENTGAS *et al.*, 1994; WINCHESTER, 1996). LAYDE *et al.* (1989) compararam mulheres que tiveram só um filho com aquelas que tiveram mais de sete e verificaram o mesmo risco para câncer de mama.

Com relação ao número de abortos, observou-se em todos os grupos, que a maioria das mulheres não teve abortos, mas este dado não foi significativo. Embora controverso, na literatura há registros de que abortos induzidos têm sido associados com um risco aumentado de câncer de mama (VELENTGAS *et al.*, 1994; MADS *et al.*, 1997). HADJIMICHAEL *et al.* (1986) associaram o aborto espontâneo, antes do nascimento do primeiro filho, como um fator de risco aumentado para o câncer de mama. HOWE *et al.* (1989) e ROSENBERG *et al.* (1988) também observaram um aumento no risco, quando ocorreu aborto espontâneo ou provocado antes do nascimento do primeiro filho. ANDRIEU *et al.* (1995) associaram a história familiar de câncer de mama com o número de abortos e concluíram que o risco relativo aumentava para 2,8 naquelas pacientes que tiveram dois ou mais abortos.

A idade em que a paciente teve seu primeiro filho é um dado importante na epidemiologia do câncer de mama. Neste estudo foi observado que, no grupo 1, a idade média foi de 22,7(\pm 4,2), no grupo 2, foi de 22,2(\pm 5,2) e no grupo 3, foi 22,1(\pm 4,6), portanto não significativos. De acordo com o estudo de BRINTON *et al.* (1983), a idade de nascimento do primeiro filho após os 30 anos aumenta o risco de quatro a cinco vezes e antes dos 18 anos o risco diminui. KAMPERT *et al.* (1988) relataram que o nascimento do primeiro filho em idade precoce é um efeito protetor para câncer de mama em jovens. KVALE (1992) relata que, em jovens, esse efeito protetor não está bem claro e que as primíparas tem risco igual às nulíparas.

A amamentação é um dado muito propagado com relação à diminuição no risco para o câncer da mama. Verificou-se no presente estudo, que, em todos os grupos, a maioria das pacientes amamentou (no total 78,8%). McTIERNAN *et al.* (1986) relataram o efeito protetor da lactação em mulheres jovens e referiram também que esse

efeito aumenta à medida que aumenta o tempo de lactação em acordo com o trabalho de HARDY & PINOTTI (1993) em que a diminuição dos ciclos menstruais regulares é mostrado como um fator protetor contra o câncer mamário. No entanto para BYERS *et al.* (1985) a presença ou ausência da lactação, não é fator de risco para o câncer de mama em jovens. LONDON *et al.* (1990) também não conseguiram mostrar relação entre a lactação e a diminuição do risco para o câncer mamário.

No presente estudo, constatou-se, nos três grupos, que a maioria das mulheres referiu não usar algum método contraceptivo. Em parte, isso pode ser explicado pelo fato do trabalho ser retrospectivo e existir alguma falha nessa informação. O uso do método hormonal foi referido por 17,1% das mulheres do grupo 1, 5,2% do grupo 2 e 1,5% do grupo 3. Esses dados foram significativos, quando os três grupos foram comparados. Vários estudos tentam mostrar se existe alguma relação, ou se há aumento no risco para as usuárias dos contraceptivos hormonais (PINOTTI *et al.*, 1975; MEIRIK *et al.*, 1986; WINGO *et al.*, 1991; MALONE *et al.*, 1993; GOMES *et al.*, 1995; ROSENBERG *et al.*, 1996). ROMIEU *et al.* (1990), nos EUA, observaram aumento significativo no risco para câncer de mama em jovens que tinham usado ACO por mais de quatro anos, antes da sua primeira gravidez a termo. PIKE *et al.* (1981) referiram aumento no risco em mulheres jovens que o utilizaram por mais de seis anos antes da primeira gravidez. THOMAS (1991) fez uma revisão da literatura e constatou pouco ou nenhum aumento no risco. BRINTON *et al.* (1997) verificaram um aumento no risco para mulheres jovens e negras que fizeram uso prolongado dos ACO.

Os efeitos do cigarro sobre o risco de câncer de mama não têm sido estabelecido. Mesmo com a hipótese do efeito anti-estrogênico do fumo e de uma possível diminuição no risco do câncer de mama em fumantes a maior parte dos estudos epidemiológicos não tem encontrado nenhuma associação (MacMAHON *et al.*, 1982; HIATT & FIREMAN, 1986; VELENTGAS *et al.*, 1994). A maioria das pacientes analisadas neste estudo negou o uso de cigarro. CHY *et al.* (1990), em um estudo multicêntrico em Atlanta, e SCHECHTER *et al.* (1993), no Canadá, relataram que o risco relativo para câncer mamário em fumantes era de 1,2 e concluíram que o cigarro levava a um quadro de menopausa precoce, mas que isso não tinha efeito protetor sobre a mama. ROSENBERG *et al.* (1994) tentaram também mostrar relação do cigarro com aumento na incidência do câncer de mama, mas não observaram aumento do risco.

MORABIA *et al.* (1996), na Suécia, relacionaram a fumante ativa e a passiva com o câncer mamário e não encontraram diferenças significativas.

Desde os anos 70, os epidemiologistas tentaram relacionar o câncer de mama com o consumo aumentado de gordura de origem animal. Essa hipótese parece ser plausível com base em dados de estudo com imigrantes e experimentos em animais. Nos EUA, havia estimativas de que o consumo de gordura estava altamente relacionado ao câncer de mama e à taxa de mortalidade (ARMSTRONG & DOLL, 1975). Na Itália, um estudo multicêntrico demonstrou haver pouca relação entre a ingestão de gordura e um aumento no risco para câncer mamário (FRANCESCHI *et al.*, 1996). HOWE *et al.* (1990), em uma meta-análise de estudos de casos-controle em mulheres pré-menopausadas mostraram pequena ou nenhuma associação, e posteriormente, em 1991, no Canadian National Breast Screening Study constataram um risco relativo de 1,35, quando eram ingeridos 77g por dia de gordura de origem animal (HOWE *et al.*, 1991). O que se conclui, no momento, é que a evidência epidemiológica para uma associação entre consumo de gordura e incidência de câncer de mama não tem sido forte. Neste estudo verificou-se que, nos três grupos, a maioria das pacientes negaram o consumo excessivo de gordura animal e que, no grupo 1, ocorreu o maior consumo (14,3%), mas esse dado não foi significativo, quando comparado com os outros dois grupos.

Com relação à obesidade, existem estudos relacionando o índice de massa corporal como fator associado ao câncer de mama. Quanto maior o índice de QUETELET'S (calculado pela razão do peso/altura²) maior o risco de câncer de mama (SWANSON *et al.*, 1989). Outros estudos não encontraram associação positiva, mas uma associação inversa, principalmente em mulheres pré-menopausadas (WILLET *et al.*, 1985, 1987; MARCHAND *et al.*, 1988; LONDON *et al.*, 1989; VERREAULT *et al.*, 1989; SWANSON *et al.*, 1996; MAGNUSSON *et al.*, 1998). No presente estudo verificou-se que a análise do peso corpóreo não foi um dado significativo, sendo que o peso médio encontrado foi de 62,4 quilos.

Já é bem conhecido que uma história familiar de câncer de mama está associada a um acréscimo no risco de desenvolvimento da doença. Em geral, uma história familiar de primeiro grau está associada com um acréscimo de duas a três vezes no risco, enquanto que história da doença em parentes do segundo grau tem sido associada com um risco de, aproximadamente, a metade daquele caso fosse de primeiro grau. Mulheres com duas ou mais parentes de primeiro grau afetadas mostram um acréscimo de duas e

meia até 14 vezes, quando comparadas com mulheres sem parentes afetadas e isso ocorre, principalmente, nas pacientes mais jovens (ROSEN *et al.*, 1982; BRINTON *et al.*, 1982; SATIN *et al.*, 1985; OTTMAN *et al.*, 1986; CLAUS *et al.*, 1990; BYRNE *et al.*, 1991; HOULSTON *et al.*, 1992; CALLE *et al.*, 1993). LYNCH *et al.* (1988) e COLDITZ *et al.* (1994) reportaram que numa série de mulheres com câncer de mama diagnosticadas com idade menor ou igual a 40 anos, era duas a oito vezes mais comum terem um caso positivo da doença na família.

O câncer de mama hereditário participa com percentual entre 5% e 9% na incidência do câncer mamário (LYNCH *et al.*, 1991; PARAZZINI *et al.*, 1993). A identificação dos genes relacionados ao câncer de mama tem contribuído para um maior conhecimento desse componente na etiologia da doença. Quando existe mutação no gene BRCA 1, localizado no cromossoma 17q₂₁, apresenta um risco de 80% para o desenvolvimento do câncer de mama. Essa associação também está relacionada com o gene BRCA 2, que está localizado no cromossoma 13q₁₂₋₁₃ (BARROS & PINOTTI, 1994; BREAST CANCER LINKAGE CONSORTIUM, 1997). Neste estudo foi observado que 83,6% das pacientes não apresentaram história familiar, sendo que 9,1% tiveram parentes do primeiro grau com a doença e 7,3% tiveram parentes do segundo grau afetadas.

Com relação à queixa e o exame físico das pacientes, o nódulo mamário foi o principal achado e isto condiz com os dados relatados na literatura (MENKE *et al.*, 1997); poucas pacientes eram assintomáticas (4,7%) e pertenciam ao grupo 2. Não observamos diferença entre os três grupos com relação ao estadiamento clínico; a minoria tinha estágio clínico 0 (0,4%) e estágio clínico I (11,4%) o que mostra que o diagnóstico independente da idade não era feito em estágio inicial da doença. Para as pacientes jovens, é questionado se o diagnóstico precoce afetaria o prognóstico da doença; é controverso ainda, entre os autores, se o câncer de mama em jovens é mais agressivo e se a recorrência, realmente, é maior (HOLLI & ISOLA, 1996; ROCHEFORDIERE *et al.*, 1993; FALKSON *et al.*, 1986).

Quanto ao exame histopatológico nos três grupos, foi observado predomínio do carcinoma ductal invasivo (87,6%) justamente por ser o tipo mais frequente (MENKE *et al.*, 1997); apenas uma paciente, que era assintomática, apresentou carcinoma ductal *in situ*.

IV. DISCUSSÃO

A maioria dos estudos epidemiológicos para o câncer de mama tem sido conduzidos em populações de mulheres mais velhas e, de modo mais amplo, naquelas em período pós-menopausal (DALING & VELENTGAS, 1994; KESSLER, 1992). Estudos que têm incluído mulheres mais jovens, revelam que os fatores que predizem riscos alterados para o câncer de mama, após a menopausa, podem ter efeitos diferentes, ou mesmo contrários no câncer de mama pré-menopausal. Essa observação tem suscitado a questão de que o câncer de mama pré e pós-menopausal possam ser entidades distintas (WAARD, 1979; HENDERSON & PATEK, 1997).

Nos resultados do presente estudo, foi constatada uma prevalência de 16% de câncer de mama em mulheres com idade até 40 anos entre as portadoras de câncer mamário. Não foi possível fazer a estimativa da prevalência sobre a totalidade de mulheres atendidas, pois não existe, nos arquivos do hospital, o registro do número de primeiras consultas atendidas no ambulatório de Ginecologia, no período de 1993 a 1997. Este estudo baseou-se em uma população hospitalar, com diagnóstico de câncer de mama e não em dados coletados de Registros de Base Populacional e, portanto não é representativo da população geral de São José do Rio Preto, uma vez que o Hospital de Base recebe pacientes de outras 22 cidades da região e também de outros estados.

Com relação à raça, verificou-se neste estudo, maioria de pacientes da raça branca (82,9% no grupo 1; 84,5% no grupo 2 e 89,7% no grupo 3). Esses dados não foram significativos e é devido ao fato de que a maioria das mulheres atendidas no ambulatório são brancas. Como 50% dessas mulheres são oriundas de São José do Rio Preto, verificamos que o último censo populacional (1996) constata que 123.078 mulheres são da raça branca, 21.111 são negras e 1.225 amarelas.

É bem reconhecido que a incidência de câncer da mama, verificada em dados de registros de base populacional, é maior em mulheres brancas que em negras (aproximadamente 20%). Uma observação a ser feita é que, nas mulheres com menos de 40 anos, as negras apresentam taxas de incidência de câncer de mama 10 a 40 % mais elevadas que aquelas referentes às brancas. Tem sido especulado que diferenças sócio-demográficas e reprodutivas podem explicar a disparidade étnica na incidência, mas estudos avaliando o papel de fatores específicos não têm sido considerados (BRINTON *et al.*, 1997).

V. CONCLUSÕES

O estudo retrospectivo do perfil epidemiológico de 219 pacientes portadoras de câncer da mama, comparando-se os grupos de idade até 40 anos, entre 41 e 60 anos e igual ou superior a 61 anos, permitiu as seguintes conclusões:

1– O câncer da mama é uma doença que acomete não somente as mulheres mais idosas, mas também as jovens, sendo que a prevalência nessas pacientes com idade até 40 anos foi de 16% (35 casos).

2– Questionando se os fatores de risco são os mesmos para mulheres de diferentes faixas etárias, foi observado no presente estudo que o perfil epidemiológico das pacientes jovens foi semelhante ao das mais velhas.

3– O diagnóstico tanto nas pacientes jovens como nas mais velhas é tardio e a maioria é feito pela história e exame físico.

VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aldrighi JA, Halbe HW, Freitas GC. Planejamento Familiar- Classificação dos métodos: indicações e contra-indicações. In: Halbe HW, editor. Tratado de Ginecologia. 2ª ed. São Paulo: Roca; 1994 c.67 p.642-650.
- American Cancer Society Inc: Cancer Facts & Figures - 1993. New York, American Cancer Society;1993.
- Andrieu N, Duffy SW, Rohan TE, Le MG, Luporsi E, Gerber M, *et al.* Familial risk, abortion and their interactive effect on the risk of breast cancer – a combined analysis of six case-control studies. *Br J Cancer* 1995;72:744-51.
- Armstrong B, Doll R. Environmental factors and cancer incidence and mortality in different countries with special reference to dietary practices. *Int J Cancer* 1975;15:617-31.
- Ashikari H, Jun MY, Farrow JH, Rosen PP, Johnston SF. Breast carcinoma in children and adolescents. *Clin Bull* 1977;55-62.
- Barros ACS, Pinotti JA. Bases teóricas da carcinogênese mamária. *Rev Gin Obst* 1994;5:86.
- Bassett MT, Krieger N. Social class and black-white differences in breast cancer survival. *Am J Public Health* 1986;76:1400-1403.
- Bauer BS, Jones KM, Talbot CW. Mammary masses in the adolescent female. *Surg Gynecol Obstet* 1987;165:63-65.
- Boice Jr JD, Morsan RR. Breast cancer in women after repeated fluoroscopic examinations of the chest. *J Natl Cancer* 1977;59:823.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas. TNM Classificação dos tumores Malignos – Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1989.
- BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Programas de Controle de Câncer-Pro-Onco. Câncer no Brasil- dados dos registros de base populacional: Rio de Janeiro;1995.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer- Pro-Onco. Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil 1998. Rio de Janeiro;1998.

- Breast Cancer Linkage Consortium. Pathology of familial breast cancer: differences between breast cancers in carriers of BRCA1 or BRCA2 mutations and sporadic cases. *The Lancet* 1997;349:1505-10.
- Brinton LA, Hoover R, Fraumeni Jr JF. Interaction of familial and hormonal risk factors for breast cancer. *J Natl Cancer Inst* 1982;69:817-822.
- Brinton LA, Hoover R, Fraumeni Jr JF. Reproductive factors in the aetiology of breast cancer. *Br J Cancer* 1983;47:757-762.
- Brinton LA, Schairer C, Hoover RN, Fraumeni Jr JF. Menstrual factors and risk of breast cancer. *Cancer Invest* 1988;6:245-254.
- Brinton LA, Benichou J, Gammon MD, Brogan DR, Coates R, Schoenberg JB. Ethnicity and variation in breast cancer incidence. *Int J Cancer* 1997;73:349-355.
- Brinton LA, Gammon MD, Malone KE, Schoenberg JB, Daling JR, Coates RJ. Modification of oral contraceptive relationships on breast cancer risk by selected factors among younger women. *Contraception* 1997;55:197-203.
- Byers T, Graham S, Rzepka T, Marshall J. Lactation and breast cancer. Evidence for a negative association in premenopausal women. *Am J Epidemiol* 1985;121:664-674.
- Byrne C, Brinton LA, Haile RW, Schairer C. Heterogeneity of the effect of family history on breast cancer risk. *Epidemiology* 1991;2:276-284.
- Calle EE, Martin ML, Thun JM, Miracle LH, Heath KC. Family history, age and risk of fatal breast cancer. *Epidemiology* 1993;138:675-81.
- Coates RJ, Bransfield DD, Wesley M, Hankey B, Eley JW, Greenberg RS, *et al.* Differences between black and white women with breast cancer in time from symptom recognition to medical consultation. Black/white cancer survival study group. *J Natl Cancer Inst* 1992;84:938-950.
- Colditz AG, Willett CW, Hunter JD. Family history, age and risk of breast cancer. *JAMA* 1994;270:338-43.
- Chu SY, Stroup NE, Wingo PA, Lee NC, Peterson HB, Gwinn ML. Cigarette smoking and the risk of breast cancer. *Am J Epidemiol* 1990;131:244-253.
- Claus EB, Risch NJ, Thompson WD. Age at onset as an indicator of familial risk of breast cancer. *Am J Epidemiol* 1990;131:961-972.
- Close MB, Maximov NG. Carcinoma of breast in young girls. *Arch Surg* 1965;91:386-389.

- Cressant JL. Epidemiology of cancer in the United States. *Cancer epidemiology, prevention and screening, primar care*. Saunders 1992;19:419-441.
- Dunn LC, Morant GM, Shapiro HL. *Raça e Ciência*. São Paulo: Ed.Perspectiva; 1972.v.II.p.270-91.
- Eddy DM. Breast cancer screening in women younger than 50 years of age: what's next? *Ann Intern Med* 1997;127:1035-1036.
- Falkson G, Gelman RS, Pretorius FJ. Age as a prognostic factor in recurrent breast cancer. *J Clin Oncology* 1986;4:663-671.
- Franceschi S, Favero A, Decarli A. Intake of macronutrients and risk of breast cancer. *The Lancet* 1996;347:1351-56.
- Goes Jr JS, Coutinho F, Torloni H. Relatório do programa nacional de controle do câncer. Estrutura básica. Ministério da Saúde. 1978.
- Gomes ALRR, Guimarães MDC, Gomes CC, Chaves IG, Gobbi H, Camargo AF. A case control study of risk factors for breast cancer in Brasil, 1978-1987. *Int J Epidemiology* 1995;292-99.
- Hadjimichael OC, Boyle CA, Meigs JW. Abortion before first livebirth and risk of breast cancer. *Br J Cancer* 1986;53:281-284.
- Halbe HW. Perturbações Menstruais-Conceitos. *In:Halbe HW, editor. Tratado de Ginecologia*. 1^a ed. São Paulo: Roca; 1987_a c.65.p.854-856.
- Halbe HW. Puberdade Normal e Anormal. *In:Halbe HW, editor. Tratado de Ginecologia*. 1^a ed. São Paulo: Roca;1987_b c.69 p.906-922.
- Halbe HW. Climatério Compensado. *In:Halbe HW, editor. Tratado de Ginecologia*. 1^a ed. São Paulo: Roca; 1987_c c.70 p.923-932.
- Hankey BF, Miller B, Curtis R, Kosary C. Trends in breast cancer in younger women in contrast to older women. *J Natl Cancer Inst* 1994;16:7-14.
- Hardy EE, Pinotti JA, Osis MJ, Faundes A. Reproductive variables and risk of breast cancer: a case-control study carried out in Brazil. *Bol Oficina Sanit Panam* 1993;115:93-102.
- Henderson IC, Patek AJ. Are breast cancers in young women qualitatively distinct? *The Lancet* 1997;349:1488.
- Hiatt RA, Fireman BH. Smoking, menopause, and breast cancer. *J Natl Cancer Inst* 1986;76:833-838.

- Holli K, Isola J. Effect of age on the survival of breast cancer patients. *European J Cancer* 1997;33:425-428.
- Houlston RS, McCarter E, Parbhoo S, Scurr JH, Slack J. Family history and risk of breast cancer. *J Med Genet* 1992;29:154-157.
- Howe HL, Senie RT, Bzduch H, Herzfeld P. Early abortion and breast cancer risk among women under age 40. *Int J Epidemiology* 1989;18:300-304.
- Howe GR, Hirohata R, Hislop TG. Dietary factors and the risk of breast cancer: combined analysis of 12 case-control studies. *J Natl Cancer Inst* 1990;82:561-569.
- Howe GR, Friedenreich CM, Jain M, Miller AB. A cohort study of fat intake and risk of breast cancer. *J Natl Cancer Inst* 1991;83:336-40.
- Kampert JB, Whittemore AS, Paffenbarger Jr Rs. Combined effect of childbearing, menstrual events, and body size on age-specific breast cancer risk. *Am J Epidemiol* 1988;128:962-979.
- Kessler LG. The relation between age and incidence of breast cancer. *Cancer* 1992;69:1896-1903.
- Kvale G, Heuch I. Menstrual factors and breast cancer risk. *Cancer* 1988;62:1625-1631.
- Kvale G. Reproductive factors in breast cancer epidemiology. *Acta Oncol* 1992;31:187-194.
- La Vecchia C, Negri E, Bruzzi P, Dardanoni G, Decarli A, Franceschi S, Palli D, Talamini R. The role of age at menarche and at menopause on breast cancer risk: combined evidence from four case-control studies. *Ann Oncol* 1992;3:625-629.
- Layde PM, Webster LA, Baughman AL, Wingo PA, Rubin GL, Ory HW. The independent association of parity, age at first full term pregnancy, and duration of breastfeeding with the risk of breast cancer. Cancer and steroid hormone study group. *J Clin Epidemiol* 1989;42:963-973.
- London SJ, Colditz GA, Stampfer MJ, Willett WC, Rosner B, Corsano K, *et al* Prospective study of smoking and risk of breast cancer. *J Natl Cancer Inst* 1989;81:1625-1631.
- London SJ, Colditz GA, Stampfer MJ, Willett WC, Rosner B, Speizer FE. Prospective study of relative weight, height, and risk of breast cancer. *JAMA* 1989;262:2853-58.
- London SJ, Colditz GA, Stampfer MJ, Willett WC, Rosner BA, Corsano K, *et al*. Lactation and risk of breast cancer in a cohort of US women. *Am J Epidemiol* 1990;132:17-26.

- Lopes ER, Rebelo MS, Abib AR, Abreu E. Câncer de mama: epidemiologia e grupos de risco. *Rev Bras Cancerol* 1996;42:105-116.
- Lowell DM, Martineau RG, Luria SB. Carcinoma of the male breast following radiation. Report of a case occurring 35 years after radiation therapy of unilateral prepuberal gynecomastia. *Cancer* 1968;22:585-586.
- Lynch HT, Watson P, Conway T, Fitzsimmons ML, Lynch J. Breast cancer family history as a risk factor for early onset breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 1988;11:263-267.
- Lynch HT, Watson P, Conway T, Lynch J. Natural history and age at onset of hereditary breast cancer. *Cancer* 1992;69:1404-1407.
- MacMahon B, Trichopoulos D, Cole P, *et al.* Cigarette smoking and urinary estrogens. *N Engl J Med* 1982;307:1062-1065.
- Mads M, Wohlfahrt J, Olsen HJ. Induced abortion and the risk of breast cancer. *N Engl J Med* 1997;336:81-85.
- Magnusson C, Baron J, Persson I, Wolk A, Bergstrom R, Trichopoulos D, *et al.* Body size in different periods of life and breast cancer risk in post-menopausal women. *Int J Cancer* 1998;76:29-34.
- Malone KE, Daling JR, Weiss NS. Oral contraceptives in relation to breast cancer. *epidemiol Rev* 1993;15:80-97.
- Marchand LL, Kolonel LN, Earle EM, Mi PM. Body size at different periods of life and breast cancer risk. *Am J Epidemiol* 1988;128:137-152.
- Meirik OLE, Adami HO, Lund E, Bergstrom R, Christoffersen T, Bergsjö P. Oral contraceptive use and breast cancer in young women. *The Lancet* 1986;20:650-653.
- Menke CH, Biazus JV, Cavalheiro JA, Rabin EG. Diagnóstico Clínico do Câncer de Mama. *In: Basegio DL, Câncer de Mama: Abordagem Multidisciplinar*. 1^a ed. Rio de Janeiro: Revinter; 1998.c.3 p.17-23.
- McTiernan A, Thomas DB. Evidence for a protective effect of lactation on risk of breast cancer in young women. Results from a case-control study. *Am J Epidemiol* 1986;124:353-358.
- Morabia A, Bernstein M, Heritier S, Khatchatrian N. Relation of breast cancer with passive and active exposure to tobacco smoke. *Am J Epidemiol* 1996;143:918-28.

- Newman LA, Alfonso AE. Age-related differences in breast cancer stage at diagnosis between black and white patients in an urban community hospital. *Ann Surg Oncol* 1997;4:655-662.
- Northouse LL. Breast cancer in younger women: effects on interpersonal and family relations. *J Natl Cancer Inst* 1994;16:183-190.
- Ottman R, Pike MC, King MC, Casagrande JT, Henderson BE. Familial breast cancer in a population-based series. *Am J Epidemiol* 1986;123:15-21.
- Parazzini F, La Vecchia C, Negri E, Franceschi S, Tozzi L. Family history of breast, ovarian and endometrial cancer and risk of breast cancer. *Int J Epidemiology* 1993;22:614-618.
- Petralia SA, Vena JE, Freudenheim JL, Marshall JR, Michalek A, Brasure J, *et al.* Breast cancer risk and lifetime occupational history: employment in professional and managerial occupations. *Occup Environ Med* 1998;55:43-48.
- Pike MC, Henderson BE, Casagrande JT, Rosario I, Gray GE. Oral contraceptive use and early abortion as risk factors for breast cancer in young women. *Br J Cancer* 1981;43:72-76.
- Pinotti JA. Oral contraceptives and mammary neoplasms. *Matern Infanc (São Paulo)* 1975;34:137-143.
- Pinotti JA, Teixeira LC. Epidemiologia- Aspectos Atuais. *In: Pinotti JA, Compêndio de Mastologia. 1ª ed. São Paulo: Editora Manole Ltda; 1991. c.6.1 p.257-260.*
- Rocheferdiere A, Asselain B, Campana F, Scholl SM, Fenton J, Vilcoq JR, *et al.* Age as prognostic factor in premenopausal breast carcinoma. *The Lancet* 1993;341:1039-1043.
- Rogers DA, Lobe TE, Rao BN, Fleming ID, Schropp KP, Pratt AS, *et al.* Breast malignancy in children. *J Pediatr Surg* 1994;29:48-51.
- Romieu I, Berlin JA, Colditz G. Oral contraceptives and breast cancer. Review and meta-analysis. *Cancer* 1990;66:2253-2263.
- Rosen PP, Lesser ML, Senie RT, Kinne DW. Epidemiology of breast carcinoma III: relationship of family history to tumor type. *Cancer* 1982;50:171-179.
- Rosen PP, Lesser ML, Kinne DW, Beattie EJ. Breast carcinoma in women 35 years of age or younger. *Ann Surg* 1984;199:133-142.
- Rosenberg L, Schwing PJ, Kaufman DW, Miller DR, Helmrich SP, Stolley PD, *et al.* Breast cancer and cigarette smoking. *N Engl J Med* 1984;310:92-94.

- Rosenberg L, Palmer JR, Kaufman DW, Strom BL, Schottenfeld D, Shapiro S. Breast cancer in relation to the occurrence and time of induced and spontaneous abortion. *Am J Epidemiol* 1988;127:981-989.
- Rosenberg L, Palmer RJ, Sowmya RR. Case-control of oral contraceptive use and risk of breast cancer. *Am J Epidemiol* 1996;143:25-37.
- Runyon RP. *Fundamentals of Statistics in the Biological, Medical and Health Sciences*. Boston: PWS Publishers; 1985 p.171,220-225.
- Salzman P, Kerlikowske K, Phillips K. Cost-effectiveness of extending screening mammography guidelines to include women 40 to 49 years of age. *Ann Intern Med* 1997;127:955-965.
- Sattin RW, Rubin GL, Webster LA, Huezo CM, Wingo PA, Ory HW, *et al.* Family history and the risk of breast cancer. *JAMA* 1985;253:1908-1913.
- Schechter MT, Miller AB, Howe RG. Cigarette smoking and breast cancer: case-control studies of prevalent and incidence cancer in the Canadian National Breast Screening Study. *Am J Epidemiol* 1993;130:213-220.
- Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER): Cancer Statistics Review, 1973-1988. Bethesda, Jul;1991.
- Swanson CA, Brinton AL, Taylor RP, Licitra ML, Ziegler RG, Schairer C. Body size and breast cancer risk assessed in women participating in the breast cancer detection demonstration project. *Am J Epidemiol* 1989;130:1133-1141.
- Swanson GM, Lin CS. Survival patterns among younger women with breast cancer: the effects of age, race, stage, and treatment. *J Natl Cancer Inst* 1994;16:69-77.
- Swanson CA, Coates RJ, Schoenberg JB, Malone KE, Gammon MD, Stanford JL, *et al.* Body size and breast cancer risk among women under age 45 years. *Am J Epidemiol* 1996;143:698-706.
- Talamini R, Franceschi S, La Vecchia C. The role of reproductive and menstrual factors in cancer of the breast and after menopause. *Eur J Cancer* 1996;32:303-310.
- Thomas DB. Oral contraceptive and breast cancer: review of the epidemiologic literature. *Contraception* 1991;43:597-642.
- Velentgas P, Daling JR. Risk factors for breast cancer in younger women. *J Natl Cancer Inst* 1994; 16:15-22.
- Verreault R, Brisson J, Deschênes L, Naud F. Body weight and prognostic indicators in breast cancer. *Am J Epidemiol* 1989;129:260-268.

- Virtej P, Badea M, Badea I, Constantinescu G, Boldea G, Tudose F. Female genito-mammarian cancer in young women. Approach and quality of life. *Eur J Gynaecol Oncol* 1998;19:87-89.
- Waard F, Trichopoulos D. A unifying concept of the aetiology of breast cancer. *Int J Cancer* 1988;41:666-669.
- Willett WC, Browne ML, Bain C, Lipnick RJ, Stampfer MJ, Rosner B, *et al.* Relative weight and risk of breast cancer among premenopausal women. *Am J Epidemiol* 1985;122:731-40.
- Willett WC, Stampfer JM, Colditz AG. Dietary fat and the risk of breast cancer. *N Engl J Med* 1987;1:22-28.
- Winchester DP. Breast cancer in young women. *Surgical Clinics of North America* 1996;76:279-287.
- Wingo AP, Lee CN, Howard OW, Beral V, Peterson BH, Rhodes P. Age-specific difference in the relationship between oral contraceptive use and breast cancer. *Obstetrics and Gynecology* 1991;78:161-170.

VII. ANEXO

TNM-Classificação Clínica

T- Tumor

TX- Tumor primário não pode ser avaliado

T0- Não há evidência de tumor primário

Tis- Carcinoma *in situ*: carcinoma intraductal, ou carcinoma lobular *in situ*, ou doença de Paget do mamilo sem tumor.

T1- Tumor com 2 cm ou menos em sua maior dimensão

T1a- 0,5 cm ou menos em sua maior dimensão

T1b- mais de 0,5 cm e até 1 cm em sua maior dimensão

T1c- mais de 1 cm e até 2 cm em sua maior dimensão

T2- Tumor com mais de 2 cm e até 5 cm em sua maior dimensão

T3- Tumor com mais de 5 cm em sua maior dimensão

T4- Tumor de qualquer tamanho, com extensão direta à parede torácica ou à pele

T4a- Extensão à parede torácica

T4b- Edema (inclusive “peau d’orange”), ou ulceração da pele da mama, ou nódulos cutâneos satélites confinados à mesma mama

T4c- Ambas (T4a e T4b)

T4d- Carcinoma inflamatório

N- Linfonodos regionais

NX- Linfonodos regionais não podem ser avaliados

N0- Ausência de metástase em linfonodos regionais

N1- Metástase em linfonodo(s) axilar(es), homolateral(is), móvel(is)

N2- Metástase em linfonodos axilares fixos uns aos outros ou a outras estruturas

N3- Metástase em linfonodos da cadeia mamária interna homolateral

M- Metástase à distância

MX- Presença de metástase à distância não pode ser avaliada

M0- Ausência de metástase à distância

M1- Metástase à distância (inclusive metástase para linfonodos supraclaviculares)

Grupamento por Estádios

Estádio 0	Tis	N0	M0
Estádio I	T1	N0	M0
Estádio IIA	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Estádio IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Estádio IIIA	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1,N2	M0
Estádio IIIB	T4	Qualquer N	M0
	Qualquer T	N3	M0
Estádio IV	Qualquer T	Qualquer N	M1