
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MULHERES QUE REALIZARAM MASTECTOMIA EM UMA UNIDADE-REFERÊNCIA EM SALVADOR - BAHIA

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF WOMEN WHO UNDERWENT MASTECTOMY IN A UNIT - REFERENCE IN SALVADOR, BAHIA

ANA CLÁUDIA CONCEIÇÃO DA SILVA^{1#}; ALBERTO TEIXEIRA DOS ANJOS²; IAYARA ROSA MASCARENHAS²

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB

[#] Autor correspondente: [anasaudcoletiva@yahoo.com.br]

² Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública

Recebido em 21/maço/2014

Aprovado em 12/maio/2014

Sistema de Avaliação: *Double Blind Review*

RESUMO

Introdução: O câncer de mama corresponde a uma doença complexa, comum entre as neoplasias que acometem mulheres. Conhecer o perfil epidemiológico é imprescindível para potencializar ações em saúde. Este estudo visa descrever perfil epidemiológico de mulheres que realizaram mastectomia. **Materiais e métodos:** Estudo de corte transversal, descritivo. Estudaram-se mulheres que realizaram mastectomia, frequentaram serviço de fisioterapia num hospital em Salvador, Bahia. Instrumento de coleta contendo hábitos de vida, dados sociodemográficos, ocupacionais, clínicos e terapêuticos. Para processamento e análise dos dados, utilizou-se o software SPSS. **Resultados:** Foram estudadas 98 mulheres. Faixa etária predominante entre 40-59 anos (51,0%); 65,3% não tiveram histórico familiar de câncer de mama; 62,2% realizaram mastectomia tipo Madden; 94,9% tiveram complicações; 92,9% realizaram fisioterapia no pós-operatório. **Conclusão:** Dentre os fatores de riscos para câncer de mama, a idade predominou, corroborando com a literatura. Faz-se necessária a realização de estudo que avalie a associação entre idade e presença de mastectomia nessa população.

Palavras-chave: Epidemiologia. Saúde da Mulher. Câncer de Mama. Mastectomia.

ABSTRACT

Introduction: Breast cancer is a complex disease, which is common among cancers that affect women. Knowing the epidemiological profile is essential to enhance health actions. This study aims to describe the epidemiological profile of women who underwent mastectomy. **Methods:** A cross-sectional study, descriptive. It was studied women who underwent mastectomy, who were attended by a physiotherapy service in a hospital in Salvador, Bahia. The data collection instrument contained social demographic characteristics, lifestyle, occupational, clinical, and therapeutic. It was used the SPSS software for processing and data analysis. **Results:** It was studied 98 women. Predominant age range, 40-59 years (51.0%); 65.3% did not have a family history of breast cancer; 62.2% underwent mastectomy type Madden; 94.9% had complications; 92.9% underwent physiotherapy postoperatively. **Conclusion:** Among the risk factors for breast cancer, age was predominant, corroborating the literature. It is necessary to conduct study to assess the association between age and the presence of mastectomy in this population.

Keywords: Epidemiology, Women's Health, Breast Neoplasms, Mastectomy.

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama corresponde a uma doença complexa de frequência mais comum entre as neoplasias que acometem as mulheres. Para o ano de 2008, 28 novos casos foram estimados para cada 100.000 habitantes na cidade de Salvador-Bahia, com um crescimento rápido e progressivo na faixa etária acima dos 35 anos, representando um problema de importância significativa no processo de vigilância à saúde da mulher^{1,2}.

No que se refere ao câncer de mama feminino, alguns fatores encontram-se em maior evidência para seu desenvolvimento, como: nuliparidade, mulheres com menopausa tardia, menarca antes dos 13 anos de idade, histórias de câncer de mama na família, obesidade, mulheres em uso de anticoncepcionais com elevado teor de progesterona e idade avançada^{2,3}.

Com o objetivo de se estabelecer o controle sobre essa doença, as cirurgias de mama são realizadas, buscando-se promover um controle local a partir da remoção das células alteradas. Esses procedimentos cirúrgicos variam desde uma tumorectomia, (apenas a retirada do tumor localmente), até uma mastectomia radical Halsted, (extirpação da mama, músculos peitorais, além do esvaziamento axilar)⁴.

O tratamento cirúrgico proposto pode resultar em complicações que acarretam uma série de consequências de ordem física e emocional, dentre as quais se destacam as relacionadas ao desempenho das atividades de vida diária e de seus papéis sociais^{5,6}. Estes fatores limitantes poderão ainda resultar em problemas de origem conjugal, ocupacional e financeira, ao interferir, diretamente, na qualidade de vida da mulher que realizou cirurgia de mama⁷. Diante de problemas de tantas dimensões, é indispensável a abordagem multidisciplinar para o tratamento dessas mulheres, visando à reabilitação global nos âmbitos físico, psicológico, social e profissional⁴.

Conhecer o perfil epidemiológico dessa população torna-se imprescindível para que se possa potencializar o planejamento e acompanhamento das ações em saúde, voltadas para essa população. Este estudo visa descrever o perfil epidemiológico das mulheres que realizaram cirurgia de mama e frequentaram o serviço de fisioterapia em uma unidade hospitalar de referência em Salvador, Bahia.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, cuja população foi composta por 108 mulheres que realizaram cirurgia de mama, frequentaram o Ambulatório de Fisioterapia, referência para o tratamento de câncer no Estado da Bahia.

O processo de coleta de dados foi realizado no período de abril e maio de 2009, com mulheres que frequentaram o serviço no turno matutino e se encontravam na área de espera. O recrutamento dos sujeitos ocorreu por meio de convite, sendo informados sobre o objetivo da pesquisa e a forma de participação. Foram adotados como critérios de inclusão: mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama que frequentaram o serviço no período predeterminado, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.

Foi elaborado um instrumento de coleta de dados, contendo os seguintes blocos de questões: 1) características sociodemográficas; 2) características clínicas; 3) relacionadas a hábitos de vida; 4) características ocupacionais; 5) características referentes às atividades de vida diária - AVD'S; 6) características do tratamento fisioterapêutico.

As variáveis de interesse foram: câncer de mama, idade, raça, estado civil, renda mensal, escolaridade, história familiar, menarca, gestação, amamentação, tipo de cirurgia, tempo de cirurgia, complicações pós-cirurgia de mama, terapia adjuvante e recidiva, tabagismo, consumo de álcool e prática de exercício físico, além do tratamento fisioterapêutico, atividade laboral, necessidade de afastamento da atividade profissional, condições de exercer a atividade profissional, necessidade de auxílio para realizar as AVD'S, atividades que realiza durante acompanhamento pré-operatório, realização de tratamento pós-cirúrgico, tempo de início de atendimento fisioterapêutico após intervenção cirúrgica, participação em grupo de apoio para mulheres que realizaram cirurgia de mama.

Foram estimadas frequências relativas e absolutas das variáveis estudadas. Os dados foram apresentados em formatos de tabelas e gráfico. Os dados foram processados e analisados mediante o software Statistical Package for the Social Sciences – SPSS.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Aristides Maltez, Protocolo nº 240/09, respeitando os aspectos éticos, em concordância com o Conselho Nacional de Saúde (resolução 196/96 de pesquisa em seres humanos).

3 Resultados

Foram abordadas 108 mulheres; destas, oito se recusaram a responder o instrumento de coleta de dados, uma não completou e uma apresentava dificuldade de comunicação. Resultou-se em taxa resposta de 90,7% (n=98).

Pode-se verificar que a faixa etária predominante foi de 40-59 anos (51,0%). A raça que concentrou o maior número de mulheres foi a negra (46,9%), seguida da parda (38,8%). Com relação ao estado civil, predominaram as solteiras (37,8%), porém não houve uma diferença quando comparada ao número de mulheres casadas. Quanto ao nível de escolaridade, 88,8% possuíam o nível médio. Com relação à renda mensal, 67,3% referem renda inferior ou igual a um salário mínimo.

Tabela 1- Caracterização das mulheres que realizaram cirurgia de mama segundo variáveis sociodemográficas em Salvador-Ba, Brasil

Variáveis	n =98	(%)
Idade		
20-39 anos	11	11,2
40-59 anos	50	51,0
≥ 60 anos	37	37,8
Raça		
Branca	14	14,3
Parda	38	38,8
Negra	46	46,9
Estado Civil		
Casada	36	36,7
Solteira	37	37,8
Viúva ou Separada	25	25,5
Escolaridade		
Baixa	9	9,2
Média	87	88,8
Alta	2	2,0
Renda Mensal (SM)		
Até 1 SM	66	67,3
>1 á 2 SM	27	27,6
>2 á 4 SM	4	4,1
>4 SM	1	1,0

Observou-se que 64,3% das mulheres residem na cidade de Salvador, seguido da cidade de Valença com 4,1%. Evidenciou-se que 65,3% das entrevistadas não tiveram histórico familiar de câncer de mama. Quanto à menarca, 67,3% das mulheres tiveram acima dos 13 anos de idade. No que se refere à gestação, 86,7% tiveram filhos, e 75,5% amamentaram. (Tabela 2). Em se tratando do tipo de cirurgia, a mastectomia modificada do tipo Madden foi a mais frequente (62,2%). Quanto ao tempo de cirurgia realizada, 43,9% apresentaram tempo menor que um ano, e 31,6% maior que três anos. A quimioterapia e radioterapia foram as terapias adjuvantes mais realizadas (36,7%), e a maioria das mulheres não apresentou histórico de recidiva identificada até o momento da coleta (93,9%).

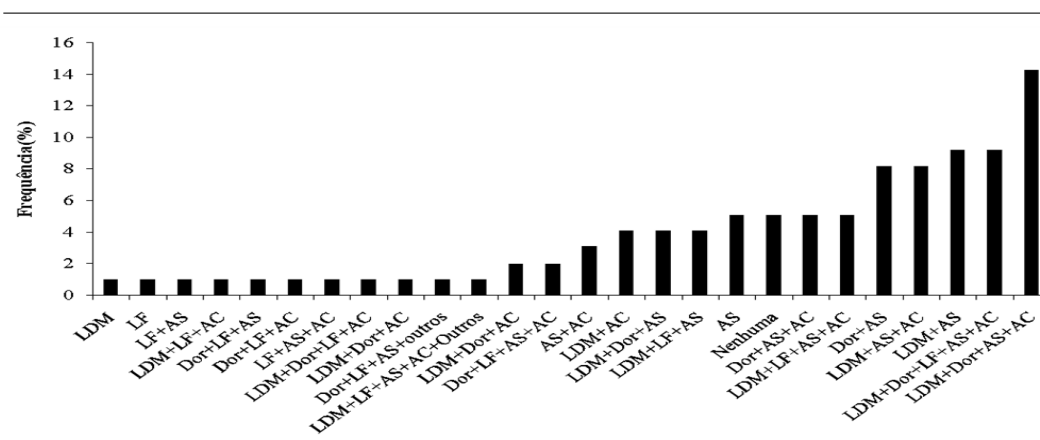
Tabela 2- Caracterização das mulheres que realizaram cirurgia de mama segundo variáveis dos aspectos clínicos. Salvador-Ba, Brasil

Variáveis	n =98	(%)
História familiar		
Sim	34	34,7
Não	64	65,3
Gestação		
Sim	85	86,7
Não	13	13,3
Amamentação		
Sim	74	75,5
Não	24	24,5
Menarca		
<13 anos	32	32,7
≥13 anos	66	67,3
Tipo de cirurgia		
Mastectomia Halsted	1	1,0
Mastectomia Simples	5	5,1
Mastectomia Patey	8	8,2
Mastectomia Madden	63	64,3
Quadrantectomia + LA ¹	13	13,2
Outras	8	8,2
Tempo de cirurgia		
<1 ano	43	43,9
1 á 3 anos	24	24,5
>3 anos	31	31,6
Terapia adjuvante		
QT ^{II}	23	23,5
RT ^{III}	8	8,2
QT ^{II} + RT ^{III}	36	36,7
RT ^{III} + HT ^{IV}	1	1,0
QT ^{II} + RT ^{III} + HT ^{IV}	8	8,2
Nenhuma	22	22,4
Recidiva		
Sim	6	6,1
Não	92	93,6

Legenda: ILA: Linfadectomia axilar; IIQT: Quimioterapia; IIIRT: Radioterapia; IVHT: Hormonioterapia.

As complicações pós-cirúrgicas mais predominantes foram a limitação de movimento, associado à dor, alteração de sensibilidade e aderência cicatricial (14,2%).

Figura 1 – Caracterização das mulheres que realizaram cirurgia de mama segundo complicações pós-cirúrgicas. Salvador-BA, 2009.



LDM Limitação de movimento. LF Linfedema. ADS Alteração de sensibilidade. AC Aderência cicatricial

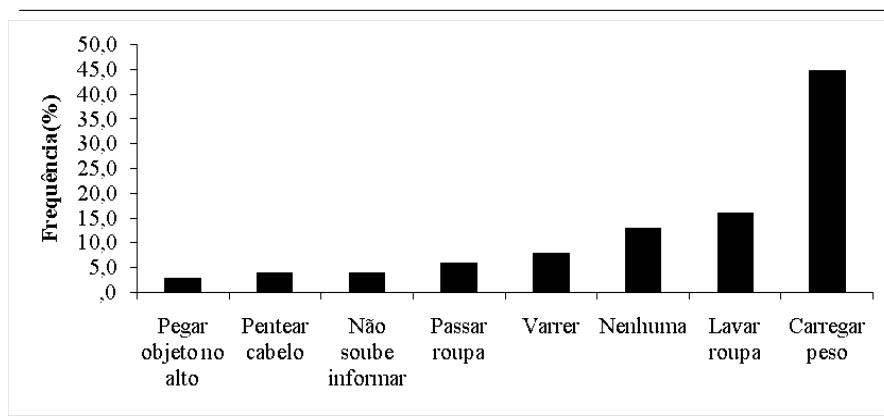
No que se refere aos hábitos de vida, 67,3% das mulheres relataram nunca terem fumado, 75,5% não fizeram uso de qualquer tipo de bebida alcoólica, e 57,2% não praticavam atividade física. Em relação à ocupação, 39,8% encontravam-se afastadas de suas atividades laborais, decorrente de cirurgia (50,0%), e 56,2% dessas mulheres relataram não possuir condições de voltar a exercer suas atividades profissionais.

Tabela 3- Caracterização das mulheres que realizaram cirurgia de mama segundo variáveis dos hábitos de vida e ocupacionais em Salvador-Ba, Brasil

Variáveis	n =98	(%)
Tabagismo		
Fumante atual	-	-
Ex-fumante	32	32,7
Nunca fumou	66	67,3
Consumo de álcool		
Bebe	24	24,5
Não bebe	74	75,5
Atividade física		
Não praticante	56	57,2
Praticante	42	42,8
Atividade laboral		
Trabalha	11	11,2
Não trabalha	38	38,8
Afastada	39	39,8
Aposentada	10	10,2
Afastamento devido a cirurgia		
Sim	49	50,0
Não	8	8,2
Não trabalha	41	41,8
Condições de exercer atividades profissionais		
Sim	7	7,1
Não	55	56,2
Não trabalha	41	36,7

Quanto à realização das atividades de vida diária, 67,3% das mulheres informaram necessitar de ajuda para realizá-las; em contraposição, 32,7% não precisaram desse auxílio. Dentre as atividades mais comprometidas pode-se destacar o ato de carregar peso (44,9%), seguido do ato de lavar roupa (16,3%).

Figura 2 – Caracterização das mulheres que realizaram cirurgia de mama segundo atividade de vida diária comprometida. Salvador-BA.



De acordo com os achados, todas as mulheres não haviam realizado algum tipo de tratamento fisioterapêutico no período pré-operatório. Já o acompanhamento no período pós-operatório (92,9%) e 3,1% recordavam. O início do atendimento fisioterapêutico em nível ambulatorial ocorreu em sua maioria no período acima de 15 dias (63,3%). Quanto à participação em grupo de apoio, 64,7% mencionaram não participar.

5 DISCUSSÃO

Os achados revelaram que as categorias predominantes foram: faixa etária de 40 a 59 anos; raça negra; menarca após os 13 anos de idade; ter tido filhos; ter amamentado, mastectomia radical do tipo Madden; possuir limitação de movimento associada à dor; alteração de sensibilidade e aderência cicatricial; ter realizado quimioterapia e radioterapia; nunca ter fumado; nunca ter consumido bebida alcoólica; não praticar atividade física (fora o ambiente fisioterapêutico); afastamento das atividades laborais secundário a complicações do procedimento cirúrgico; realização de fisioterapia no pós-operatório imediato.

A partir dos achados, evidenciou-se que a faixa etária mais frequente foi a de 40 a 59 anos. Estudos corroboram com esse achado, uma vez que é bastante comum a predominância de mulheres que tiveram câncer de mama entre a quarta e quinta década de vida^{8,9,10,11}. Embora se tenha observado um aumento da incidência deste câncer em mulheres jovens,¹² segundo dados do INCA, a maioria das pacientes acometidas encontram-se na faixa etária de 40 a 69 anos¹³. Considerando-se o tempo como um fator dependente para aquisição de alterações genéticas, a incidência de câncer e sua relação com a idade passarão a ter uma forte correlação¹⁴.

A raça negra correspondeu à raça de maior autodefinição pelas mulheres. Em contrapartida, outros estudos evidenciaram a raça branca como sendo de maior predominância. Em estudo realizado no estado da Paraíba (2002), 82% de mulheres acometidas pelo câncer de mama pertenciam à raça branca¹⁵. Foi realizado um estudo descritivo em Santa Catarina (2005), que observou prevalência de 94,5% de mulheres pertencentes ao grupo caucasóide¹⁰. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), na Bahia, em 2006, 63,4% da população era constituída por indivíduos pardos e 15,0% por negros¹⁶. A falta de critérios quanto à autopercepção referente à raça pode ter sido um fator para explicar as diferenças encontradas.

Não foram evidenciadas diferenças expressivas quanto ao número de mulheres casadas e não casadas (solteiras, separadas ou viúvas). Estes resultados diferenciam-se dos encontrados em outros estudos^{8,10,11,17}. Estudos relatam que mulheres casadas apresentaram um melhor quadro de saúde geral quando comparado com as solteiras. O suporte, tanto social quanto emocional, advindo de um bom relacionamento, como o casamento, são fatores hipotéticos para justificar essa diferença¹⁸.

Antecedentes positivos relacionados à história familiar de câncer de mama foram observados em menor número. Este dado é semelhante aos resultados de outros estudos^{9,12}. A história positiva de câncer de mama na família corresponde a um importante fator para o seu desenvolvimento. O risco torna-se mais elevado quando o familiar possui parentesco em primeiro grau, câncer antes dos 50 anos de idade, no período de pré-menopausa e mutações nos genes BRCA1 e BRCA2 (genes supressores tumorais)^{3,19}.

Uma proporção elevada de indivíduos apresentou menarca após os 13 anos de idade, relataram ter tido filhos e os amamentaram. De forma generalizada, estudos afirmam que tais variáveis correspondem a fatores de menor risco para o desenvolvimento da neoplasia mamária^{2,3,14,19}. A probabilidade de se desenvolver o câncer está relacionada a fatores endógenos e exógenos, tais como: idade, menopausa tardia, reposição e contraceptivos hormonais, dieta hiperlipídica e exposição à radiação ionizante^{2,3,14}. A cirurgia de maior frequência apresentada pelas mulheres foi a mastectomia radical do tipo Madden, procedimento que conserva os músculos peitorais maior e menor²⁴. Tal fato se mostrou mais evidente em função do protocolo cirúrgico adotado pela instituição para o tratamento do câncer de mama. Um estudo epidemiológico, realizado em 2006, evidenciou que 68,8% das mulheres pesquisadas realizaram cirurgia radical modificada, sendo esta sem especificações⁹. Outra pesquisa aponta para resultado semelhante ao estudo supracitado, quando evidencia que 50,0% dos indivíduos realizaram o mesmo procedimento cirúrgico¹⁰. Esta, entre as demais mastectomias, corresponde a menos mutilante, resultando assim em menores alterações em nível físico-funcional.

Limitação de movimento associada à dor, alteração de sensibilidade e aderência cicatricial foram as complicações pós-cirúrgicas mais encontradas neste estudo. Dentre as mais frequentes, entre todas as associações realizadas, prevaleceu a alteração de sensibilidade, seguida da limitação de movimento. Pesquisadores concordam parcialmente com este achado, uma vez que o dado mais frequente observado em seus estudos foi a limitação da amplitude de movimento (ADM), seguida de dor.²⁰ Outro autor ainda demonstra complicações, como linfedema e seroma¹⁰. Tal redução da ADM, complicação de grande relevância, ocorre em função do quadro algico,

modificações das estruturas da cavidade axilar e cinesiofobia²⁴. Dores e alterações de sensibilidade poderão estar relacionadas à incisão cirúrgica, ao retardo no processo cicatricial e à movimentação do membro tracionando a incisão. Este quadro poderá levar o indivíduo a um consequente desenvolvimento do ombro congelado e maior probabilidade de apresentar aderência cicatricial e linfedema^{2,20}.

A quimioterapia e a radioterapia corresponderam às terapias adjuvantes realizadas em maior prevalência, uma vez que estas fazem parte do protocolo de tratamento da instituição onde foi realizado o estudo. Outros estudos assemelham-se ao achado^{11,20}. Tais terapias adjuvantes representam um recurso importante no combate ao câncer, por possuírem grande capacidade de destruir células malignas⁴.

Não fumar e não consumir bebida alcoólica mostraram-se como hábitos frequentes. A literatura não relata, de forma clara e específica, a real contribuição do ato de fumar e consumir álcool na gênese do câncer de mama^{2,3,14,21}. Em seu estudo acerca do hábito de fumar, concluiu-se que o tabagismo tem pouco ou nenhum efeito independente sobre o risco de se desenvolver o câncer de mama²¹. O ato de não praticar exercício físico (fora do ambiente fisioterapêutico) prevaleceu em relação às mulheres que o praticavam. Outro estudo revela que a falta de força de vontade correspondeu ao indicador de barreira à prática de atividade física mais apontada pela população de mulheres que realizaram cirurgia de mama. O esclarecimento quanto à percepção de benefícios e barreiras relacionados à prática de exercício físico, torna-se um imprescindível indicador para a execução de ações reabilitadoras, voltadas às mulheres mastectomizadas¹¹.

No que se refere à atividade laboral, a maioria das mulheres encontravam-se afastadas, secundário a complicações do procedimento cirúrgico, e também não apresentavam condições de retornar às atividades profissionais. Em estudo, evidencia-se que os principais motivos que causaram o afastamento de mulheres do seu emprego foram: menor força do braço, menor agilidade e o peso do braço¹⁰. Não existem restrições quanto à execução de atividades profissionais, porém é necessário que a função do membro superior acometido seja previamente restabelecida⁴. Contudo, o efeito negativo do câncer pode resultar em problemas de ordem psicológica e socioeconômica, interferindo assim na decisão de retorno à prática da atividade laboral²². O ato de carregar peso foi observado em maior predominância como atividade de vida diária mais limitada. Tal fato pode ser devido às recomendações e cuidados a que essas mulheres são submetidas, visando-se minimizar as sequelas, a exemplo do linfedema, decorrentes da intervenção cirúrgica e/ou dos tratamentos adjuvantes.

Todas as mulheres deste estudo não realizaram fisioterapia pré-operatória. Até onde se investigou, não foram encontrados estudos que mencionaram tais relações. A atuação do fisioterapeuta deve ser iniciada no pré-operatório, objetivando conhecer as alterações preexistentes e identificar os possíveis fatores de risco para as complicações pós-operatórias. Quando necessário, deve ser instituído tratamento fisioterapêutico já nesta etapa visando minimizar e prevenir possíveis sequelas²³.

A realização de fisioterapia no pós-operatório imediato foi algo comum entre as mulheres, bem como o início da fisioterapia em nível ambulatorial, acima de 15 dias da alta hospitalar. Não foram encontrados, contudo, parâmetros de comparação na literatura. A atuação fisioterapêutica no pós-operatório da cirurgia do câncer de mama deve ser o mais precoce possível, uma vez que poderão surgir complicações advindas desse procedimento^{2,20}.

Tecidos que cicatrizam-se enquanto imobilizados ou até mesmo sob movimento reduzido ou anormal podem deixar de atender às exigências funcionais e estruturais impostas pelas atividades diárias²⁴.

6 CONCLUSÃO

A partir desse estudo, pode-se estabelecer que o mesmo apresentou as seguintes vantagens: baixo custo, objetividade da coleta, obtenção de dados de forma rápida, desvelamento do perfil epidemiológico da população estudada, bem como obtenção de informações para possibilitar o planejamento de ações em saúde. Observou-se como limitação o curto período de coleta e o estabelecimento do retrato parcial do evento estudado.

É indispensável o conhecimento do perfil de uma determinada população para que medidas possam ser estabelecidas, visando à estruturação e acompanhamento das ações de saúde. Faz-se necessário que dados como reposição e contraceptivos hormonais, assim como hábitos alimentares, sejam incluídos em futuras pesquisas, para melhor abranger potenciais fatores de risco para neoplasia mamária.

Tendo em vista que alguns estudos revelam o estadiamento do tumor como um elemento de eleição para o melhor procedimento cirúrgico, sugere-se como elemento importante a ser verificado, assim como a avaliação com fisioterapeuta antes da cirurgia, para verificar possíveis alterações cinético-funcionais secundárias a outras patologias. Dessa forma, tais elementos funcionais tornar-se-iam parâmetros para a intervenção fisioterapêutica posterior à cirurgia.

Ações preventivas primárias ainda são pouco realizadas, quando comparadas às ações de prevenção secundárias e terciárias. Outros estudos analíticos devem ser realizados, visando avaliar a associação entre potenciais fatores de risco e câncer de mama.

AGRADECIMENTOS

A coordenadora do serviço de Fisioterapia do Hospital Aristides Maltez, bem como toda a equipe da Fisioterapia ambulatorial que facilitou e proporcionou o acesso as pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa de câncer (online). Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=1795>. Acesso em: 10/12/2008 às 17:08.
2. Guirro ECO, Guirro RRJ. Fisioterapia Dermato-Funcional: Fundamentos, Recursos e Patologias. 3. ed. São Paulo: Manole, 2002. p.465-90.
3. Brasileiro Filho, G. Bogliolo Patologia. Rio de Janeiro: Guanabara. 6ed. 2000. p.538-62.
4. Camargo MC, Marx AG. Reabilitação Física no Câncer de Mama. São Paulo: Roca. 2000. p.17-40.

5. Makluf ASD, Dias RC, Barra AA. Avaliação da Qualidade de Vida em Mulheres com Câncer de Mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*. v. 52, n. 1, 2006. p. 49-58.
6. Mamede MV et al. Orientações pós-mastectomia: o papel da enfermagem. *Revista Brasileira de Cancerologia*. v.46, n.1, 2000. p. 57-62.
7. Campos PS, Alvares B. Câncer de Mama. Rio de Janeiro: Medsi, 1994. p.227-230.
8. Silva BB. da. et al. Síndrome da Mama Fantasma: Características Clínicas e Epidemiológicas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. v.29, n.9, 2007. p. 446-451.
9. Schmahlfeldt HR, Bendaña JR. Caracterización clínico – epidemiológica de las Pacientes Diagnosticadas com Câncer de mama em El Instituto Hondureño de Seguridad Social, Julio 2003 – Junio 2005, Tegucigalpa. *Revista Médica de los Post. Grados. De Medicina*. v. 9, n. 3, 2006. p. 422-26.2006
10. Dias M. Impacto das cirurgias para tratamento do câncer de mama na qualidade de vida e atividade profissional [Dissertação]. Santa Catarina.Universidade Federal de Santa Catarina.2005.
11. Prado MAS, Mamede MV, Almeida AM, Clapis MJ. A pratica da atividade física em mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama: percepção de barreiras e benefícios. *Rev Latino-am Enfermagem*. v.12, n.3, 2004.p.494-502.
12. Crippa CG. et al. Perfil Clínico e Epidemiológico do Câncer de Mama em Mulheres Jovens. *Arquivos Catarinenses de Medicina*.v. 32, n.3. 2003.p.50-8.
13. Instituto Nacional de Câncer. Incidência de acordo com a faixa etária (online). Disponível em: < http://www.mamainfo.org.br/texto.asp?c=fatores_de_risco>. Acesso em: 22/03/2009 às 09:30.
14. Breantani MM, Celho FRG, Kowalski LP. Bases da Oncologia. São Paulo: Lemar. 2ed. 2003.p.3-24.
15. Leal CS, Santos KRRA, Nunes-Maia HGS. Características epidemiológicas do câncer de mama no estado da Paraíba. *Revista Brasileira de Mastologia*. v.12, n.2, 2002. p.15-22.
16. Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística -IBGE, Síntese dos Indicadores Sociais, Tabela 8.1 - População total e respectiva distribuição percentual, por cor ou raça, segundo as Grandes Regiões, Unidades da Federação e Regiões Metropolitanas - 2006. Acessado em 19 de março de 2009.
17. Panobianco MS, Mamede MV. Complicações e intercorrências associadas ao edema de braço nos três primeiros meses pós mastectomia. *Rev Latino-am Enfermagem*.v.10, n.4, 2002. p.544-51.

-
18. Kravdal O. The impact of marital status on cancer survival. *Soc Sci Med.* v.52, n.3, 2001. p.357-68.
 19. Thuler LC. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. *Revista Brasileira de Cancerologia.* v.49, n.4, 2003.
 20. Batiston AP, Santiago SM. Fisioterapia e complicações físico-funcionais após tratamento cirúrgico do câncer de mama. *Revista Fisioterapia e Pesquisa.*v.12,n.3, 2005, p.30-35.
 21. Secretariat Cancer Research UK Epidemiology Unit. Alcohol, tobacco and breast cancer: collaborative reanalysis of individual data from 53 epidemiological studies, including 58,515 women with breast cancer and 95,067 women without the disease. *Br J Cancer.* 2002.
 22. Bradley C, Neumark D. Breast cancer and women`s labor supply. *Health Services Research,* v.37, n.5, 2002. p.1309-1328.
 23. Ministério Da Saúde. Controle do Câncer de mama – Documento de consenso. *Revista Brasileira de Cancerologia.* v.50, n.2, 2004.
 24. Lederman E. Fundamentos da Terapia Manual – Fisiologia, Neurologia e Psicologia. São Paulo: Manole. 2001. p.9-22.