

JORGE LUÍS DE MORAES

**TENDÊNCIA DE MORTALIDADE POR CÂNCER DE MAMA
EM GESTANTES OU MULHERES ATÉ UM ANO APÓS
PARTO, NO BRASIL, NO PERÍODO DE 2000 A 2009.**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2011**

JORGE LUÍS DE MORAES

**TENDÊNCIA DE MORTALIDADE POR CÂNCER DE MAMA
EM GESTANTES OU MULHERES ATÉ UM ANO APÓS
PARTO, NO BRASIL, NO PERÍODO DE 2000 A 2009.**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Coordenador do Curso de Medicina: Prof. Dr. Carlos Eduardo Pinheiro
Professor Orientador: Prof. Dr. Mario Julio Franco
Professor Co-Orientador: Prof^a. Dr^a. Roxana Knobel**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2011**

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, José e Catharina, por sempre me propiciarem as ferramentas para chegar até aqui, por me ensinarem a construir meu próprio caminho, pelo zelo e confiança em todas as decisões que eu tomei até hoje;

A minha namorada, Thais, por me ensinar a amar e ser amado, pela paciência, conselhos, carinho, descontração e compreensão nos momentos de minha ausência, muitas vezes em datas importantes e também no dia-a-dia;

As minhas amigas de infância, Daiane e Roberta, pessoas que sempre estiveram ao meu lado, e que apesar dos rumos diferentes, a certeza de que cada reencontro é como se nunca tivéssemos partido;

Aos amigos de faculdade, companheiros de caminhada e ombros amigos nessa jornada que só quem a percorre entende o seu significado, em especial ao amigo-irmão Murilo pela amizade verdadeira;

Ao Dr. Mario Julio e Dra. Roxana, profissionais exemplares, que mesmo com as dificuldades, falta de tempo e abdicação de outros afazeres, se prontificaram a orientar a realização deste trabalho;

A todos esses meu **MUITO OBRIGADO!**

Tendência de mortalidade por câncer de mama em gestantes ou mulheres até um ano após parto, no Brasil, no período de 2000 a 2009.

Breast cancer mortality trends during pregnancy or in women up to one year after delivery in Brazil between 2000 and 2009.

Autor:

Jorge Luís de Moraes

Acadêmico da 11ª fase do Curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina.

Contato:

- Endereço eletrônico: jorge_3009@yahoo.com.br

- Telefone: +55 48 33649865

- Endereço: Rod. Admar Gonzaga, 841, Bloco A, apto 711, Itacorubi, Florianópolis/SC, Brasil, CEP 88034 000

Instituição: Departamento de Tocoginecologia - Universidade Federal de Santa Catarina

Resumo

Objetivo: quantificar as mortes por câncer de mama em gestantes ou mulheres até um ano após o parto, no Brasil, no período de 2000 a 2009 através do traçado de uma série histórica do Coeficiente de Mortalidade Materna no período descrito.

Método: trata-se de um estudo descritivo, de série temporal de óbitos, em mulheres gestantes ou até um ano após parto com causa base neoplasia maligna de mama, no Brasil, no período de 2000 a 2009. Foram construídas séries históricas e calcularam-se os coeficientes de mortalidade por câncer de mama. Foi utilizado o programa Microsoft Excel 2007 para o cálculo das equações de tendência linear.

Resultados: no período de estudo ocorreram 306 mortes por câncer de mama em gestantes ou até um ano após parto. O coeficiente de mortalidade variou entre 0,65 e 1,55. Os resultados indicam que há aumento da tendência de mortalidade ao longo da série, com crescimento de 44,7%. Mulheres na faixa etária entre 30 e 39 anos, negras e sem nenhuma escolaridade apresentaram os maiores índices de crescimento de mortalidade.

Conclusão: Esse estudo permitiu conhecer os padrões temporais da mortalidade por câncer de mama em gestantes ou até um ano após parto e conseguiu detectar uma tendência crescente.

Palavras-chave: *neoplasias da mama; gravidez; coeficiente de mortalidade*

Abstract

Purpose: This study aims to quantify the deaths from breast cancer in pregnancy or in women up to one year after delivery in Brazil between 2000 and 2009 through the trend of breast cancer mortality among these women.

Method: Descriptive study of a temporal series of women deaths during pregnancy or up to one year after delivery underlying cause of death was breast cancer in Brazil between 2000 and 2009. Historical series were constructed and mortality rates for breast cancer were calculated. The equations for linear trend were obtained from Microsoft Excel 2007 program.

Results: During the study period there were 306 deaths from pregnant women or up to one year after delivery. The mortality rate ranged from 0.65 and 1.55. The results indicate that there is a trend in mortality from breast cancer with growth of 44.7%. Women between 30 and 39 years, black and with no education had the highest growth rates of mortality.

Conclusion: This study helped identify the temporal patterns of mortality from breast cancer in pregnant women or up to one year after delivery and was able to detect an increasing trend.

Key words: *breast neoplasms; pregnancy; mortality rate*

Tendência de mortalidade por câncer de mama em gestantes ou mulheres até um ano após parto, no Brasil, no período de 2000 a 2009.

Breast cancer mortality trends during pregnancy or in women up to one year after delivery in Brazil between 2000 and 2009.

Introdução

O câncer de mama é o segundo tipo mais frequente de câncer do mundo e a neoplasia maligna que mais acomete o sexo feminino, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA) ¹, as taxas de mortalidade por câncer de mama no Brasil continuam elevadas mesmo sendo considerado de relativo bom prognóstico, muito provavelmente porque há retardo no diagnóstico e na instituição de terapêutica adequada. Relativamente raro antes dos 35 anos de idade, acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente. O número de mortes em 2008 foi de 11.735 mulheres e a estima-se que em 2011 ocorram 49.240 novos casos. A taxa de mortalidade por câncer de mama ajustada pela população mundial apresenta uma curva ascendente e representa a primeira causa de morte por câncer na população feminina brasileira. As regiões Sudeste e Sul são as que apresentam as maiores taxas, com 12,6 e 12,5 óbitos/100.000 mulheres em 2007, respectivamente. Esses dados permitem considerar o câncer de mama um problema de saúde pública no Brasil. ^{2,3}

Em países desenvolvidos como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Holanda, Dinamarca e Noruega, observam-se um aumento da incidência de câncer de mama acompanhado de uma redução na mortalidade, o que está associado à detecção precoce e oferta de tratamento adequada. ³

A inserção das mulheres no mercado de trabalho, a conquista do seu espaço na sociedade fez com que adquirissem maior independência tanto profissionalmente quanto em relação à família. Com a tendência a postergar a gestação para a 3ª e 4ª década de suas vidas,

doenças que comumente acometem mulheres em idade adulta associam-se às gestações mais tardias, com isso, espera-se que o diagnóstico de câncer de mama durante a gravidez seja cada vez mais comum.⁴ Paralelamente, o câncer de mama está sendo diagnosticado em mulheres mais jovens, não se sabe se isso é devido ao diagnóstico mais precoce pelo avanço da tecnologia médica, conscientização feminina e programas de rastreamento ou se a história natural da doença está se modificando pelas alterações ambientais e pela exposição a agentes potencialmente cancerígenos como o tabagismo e a obesidade.^{3,5}

Câncer de mama é considerado associado à gravidez quando diagnosticado durante a gravidez ou até um ano após o parto. Em contraponto, alguns autores criticam essa denominação, porque de alguma forma ela implica que o câncer de mama possa ser induzido ou estimulado pela gestação, enquanto na verdade parece ser mais uma coincidência do que uma associação. Cerca de 20% dos cânceres de mama em mulheres baixo dos 30 anos são associados com a gestação, no entanto menos de 5% dos cânceres de mama diagnosticados em mulheres abaixo dos 50 anos são detectados durante a gestação ou no período pós-parto.⁶

⁷ O câncer de mama representa 0,2 a 3,8% de todos os cânceres que ocorrem na gestação. As neoplasias malignas mais comuns na gravidez são: câncer de colo uterino, câncer de mama, melanoma, câncer de ovários, câncer de tireóide, leucemia, linfoma e câncer colo retal.^{5,8} Ainda que a frequência do diagnóstico seja em média de 1 para 3000 gestações, poucos obstetras, cirurgiões e oncologistas tem experiência no manejo da gestante com câncer de mama.

A grande preocupação que cerca o câncer de mama durante a gravidez deve-se ao prognóstico reservado em decorrência de fatores como: atraso no diagnóstico, limitação das opções de tratamento (principalmente se a gestação estiver no 1º trimestre) e estágio geralmente avançado no momento do diagnóstico.

O retardo no diagnóstico de massas na mama durante a gravidez é comum. A hipertrofia e o ingurgitamento mamário em resposta às mudanças hormonais durante a gestação podem tornar o exame físico e a imagem da mamografia mais difícil do que em pacientes não grávidas. O câncer de mama geralmente se apresenta na gravidez como uma massa ou espessamento e ocasionalmente associada à descarga papilar. O atraso de um mês no tratamento de tumor primário aumenta o risco de metástase axilar em 0,9%, o atraso de seis meses aumenta o risco em 5,1%. O diagnóstico diferencial inclui mais frequentemente adenoma lactante, fibroadenoma, cistos, hiperplasia lobular, galactocele, abscesso, lipoma e hamartoma.⁹

Com o diagnóstico torna-se necessário o estadiamento para instituir o tratamento adequado. A classificação é a mesma das pacientes não-grávidas, através do conhecido sistema TNM e não há maior dificuldade em decorrência da gestação. Para tal, utiliza-se o tamanho do tumor (T: Tx, Tis T0 a T4), comprometimento linfonodal (N: Nx, N0 a N3) e a presença ou ausência de metástases à distância (M: Mx, M0 e M1). A partir desses dados, classifica-se em cinco grupos, sendo que o Estádio 0 tem o melhor prognóstico e o Estádio IV, o pior.⁸

O tratamento deve ser o mais próximo possível dos protocolos para as mulheres sem gestação concomitante. Muitas drogas quimioterápicas administradas para pacientes grávidas tem mostrado serem seguras para o feto após o primeiro trimestre, período da organogênese. Mulheres grávidas com câncer podem ser tratadas com doxorrubicina, fluoracil e ciclofosfamida no segundo ou terceiro trimestre com relativa segurança para mãe e para o feto. No entanto, a administração dessas drogas deve ser evitada três semanas antes do nascimento para prevenir toxicidade medular neonatal.¹⁰ Avilés e Neri¹¹ indicam que a exposição à quimioterapia no primeiro trimestre pode resultar em malformação congênita. O tratamento cirúrgico pode ser feito em qualquer momento da gestação com risco mínimo para

o feto¹². Radioterapia quando necessária é realizada após o parto, porque durante a gestação implica em risco de teratogenicidade e indução de problemas hematológicos.⁹ A radiação causa mudanças no mamilo e nos ductos lactíferos dificultando a lactação.¹³

Somente a partir de 2003, por iniciativa do INCA e da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde foram consensuadas as recomendações para o rastreamento populacional do câncer de mama no Brasil com base na evidência científica e experiência de outros países. É fundamental estruturar a rede de cuidados de saúde a permitir que junto ao aumento de diagnósticos também venha a ampliação da oferta de tratamento para todas as mulheres que necessitam acompanhamento. Entretanto, o simples aumento da oferta de serviços pode não garantir a sua utilização, dado que outros fatores interferem no acesso, como a distância geográfica dos serviços ofertados, a estrutura econômica e de estímulos ao cuidado com a saúde, bem como a percepção da relevância que se tem desse cuidado. Oliveira *et al*¹⁴ demonstram em seu estudo que mulheres residentes em região metropolitana tem mais de três vezes a chance de serem submetidas ao exame de mamografia do que as de área rural. Essa chance também é maior em todas as regiões se comparado com a região Norte, destacando a região Sudeste onde as mulheres realizam duas vezes mais mamografias. Mesmo assim, o Brasil apresenta uma tendência de evolução favorável apesar de persistirem padrões de desigualdade social.

A análise da razão de mortalidade materna é um dos indicadores mais sensíveis de pobreza e de iniquidade social, constitui um excelente indicador da cobertura e da qualidade da atenção à saúde e é fato que as causas não obstétricas mesmo não entrando no cálculo também refletem esse panorama, uma vez que em algumas regiões, elas são as maiores causas de morte materna.¹⁵

Rui Laurenti¹⁶ cita em seu texto intitulado “Medindo a Mortalidade Materna” o seguinte trecho: “A mortalidade materna representa um indicador do status da mulher, seu

acesso à assistência à saúde e a adequação do sistema de assistência à saúde em responder às suas necessidades. É necessário, portanto, ter informação sobre níveis e tendências da mortalidade materna, não somente pelo que ela diz sobre os riscos na gravidez e no parto, mas também pelo que significa sobre a saúde, em geral, da mulher e, por extensão, seu status social e econômico.”

O objetivo desse estudo é quantificar as mortes por câncer de mama em gestantes ou até um ano após o parto no Brasil no período de 2000 a 2009 através do traçado de uma série histórica do Coeficiente de Mortalidade Materna no período descrito.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo de série temporal, baseado em dados secundários. Incluíram-se os óbitos de mulheres gestantes ou até um ano após o parto registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), que possuíam como causa de óbito neoplasia de mama, obtidos no endereço eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS, <http://www.datasus.gov.br>) do Ministério da Saúde, no período compreendido entre 2000 e 2009. Não houve qualquer tipo de pesquisa em atestados de óbitos ou prontuários.

Para o cálculo do número de óbitos utilizou-se a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), incluindo a categoria C.50, neoplasia maligna de mama. Para o cálculo do coeficiente (C), no período selecionado, foi utilizada a seguinte fórmula: número de mortes (n) por câncer de mama em gestantes ou até um ano após o parto dividido pelo número de nascidos vivos (NV) multiplicado por 100.000, pela fórmula $C=n/NV \times 100.000$.

Consideraram-se quatro grupos de faixas etárias: 15 a 19 anos, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos e 40 a 49 anos. Também foram construídas séries históricas comparando as regiões

brasileiras: Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste; coeficientes comparando as mulheres de cor branca, preta e parda, as que constavam como cor ignorada não foram computadas no cálculo desta série. E coeficientes comparando a escolaridade: nenhum ano de estudo, 1 a 3 anos, 4 a 7 anos, 8 a 11 anos e 12 anos ou mais.

A análise de tendência constituiu-se de cálculos das retas de modelos de regressão linear. Consideraram-se no estudo como variável dependente (Y) os coeficientes de mortalidade por câncer de mama e como variável independente (X) os anos de estudo. O modelo é dado por $Y = \beta_0 + \beta_1 X$, onde β_0 é o termo constante e β_1 é o coeficiente de efeito linear. As equações de tendência linear e a estatística de ajuste de modelo (valor de R^2) foram obtidas com o programa Excel 2007.¹⁷

O estudo observou as recomendações da Resolução N° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para Pesquisa Científica em Seres Humanos, tendo sido submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina n° 209/2008.

Resultados

No período do estudo (2000 a 2009) ocorreram 306 mortes por câncer de mama em mulheres gestantes ou até um ano após o parto. O coeficiente total do período foi 1,01. Os coeficientes de mortalidade nesse período variaram de 0,65 (ano 2002) a 1,55 (ano 2007). A Figura 1 apresenta os dados dos coeficientes de mortalidade por câncer de mama no grupo em estudo. A linha de tendência indica que há tendência ao aumento da mortalidade por câncer de mama ao longo da série histórica de 10 anos ($R^2=0,48$) com crescimento de 44,7% verificado pela equação de tendência linear ($Y=0,0689X+0,6432$).

Dentre as faixas etárias, a faixa entre 30 e 39 anos corresponde a 30,7% da amostra e mostrou a maior tendência de crescimento da mortalidade ($R^2=0,54$). O crescimento da

mortalidade nessa faixa etária foi de 58,5% (Tabela 1). As demais faixas etárias também mostraram tendência ao aumento da mortalidade: 20 a 29 anos 16,6% ($R^2=0,05$), 40 a 49 anos 14,9% ($R^2=0,02$) e 15 a 19 anos 8,9% ($R^2=0,03$). A Figura 2 mostra o coeficiente de morte por câncer de mama em cada faixa etária.

Observa-se também uma tendência de aumento de mortes em mulheres negras, o crescimento da mortalidade nesse grupo foi de 548,6% ($R^2=0,66$) ao longo do período estudado, enquanto nas mulheres de cor parda foi de 108,12% ($R^2=0,39$) e nas brancas 35,13% ($R^2=0,09$), conforme Figura 3 e Tabela 1.

Nas regiões brasileiras, como observado na Figura 4 e tabela 1, a região com maior tendência de aumento de morte por câncer de mama é a região Norte com crescimento de 14,37% ($R^2=0,007$), as demais regiões apresentaram crescimento semelhante, em torno de 0,44% ao longo de 10 anos.

Em relação à escolaridade observou-se aumento importante entre as mulheres com nenhum ano de estudo, sendo observado um crescimento de 1198,26% ($R^2=0,54$) ao longo da série, seguido pelo aumento de 619,68% ($R^2=0,72$) nas mulheres com 1 a 3 anos de estudo, conforme Figura 5 e Tabela 1.

Discussão

A faixa etária com maior coeficiente de morte materna por CA de mama foi a de 40 a 49 anos, dado que coincide com a literatura, já que se espera um aumento do número de casos com o avanço da idade.¹⁸ Chama a atenção, no entanto, que o coeficiente que mais tem tendência ao aumento é o de mulheres entre 30 e 39 anos. Outros estudos já apontaram essa tendência.¹⁹ Houve também alguns casos de morte por CA de mama no grupo de mulheres extremamente jovens, abaixo dos 30 anos e até mesmo abaixo dos 19 anos. O que deve servir como alerta de que, não importando a idade da mulher, o diagnóstico diferencial com CA de

mama sempre deve ser excluído. Desde a consulta pré-concepcional, os médicos devem realizar um exame clínico completo de mamas e manter um alto grau de suspeição para o câncer.

Em geral, o câncer de mama é mais comum em mulheres brancas e de nível socioeconômico mais alto.¹⁴ Neste estudo, o número total de mulheres brancas que morreram foi maior que o de negras, mas os coeficientes de mortalidade entre as negras se mostraram maiores em quase todos os anos, além de apresentar uma tendência ao aumento mais significativa. Um estudo americano mostrou que mulheres negras tem risco de morte por câncer de mama durante a gestação aumentado em 68% comparado às mulheres brancas. Baixa incidência de câncer de mama em mulheres negras, mas alta mortalidade tem sido observada em vários estudos e pode ser atribuída em parte a maior prevalência de carcinoma ductal em mulheres negras.²⁰ Comparado às mulheres brancas, as asiáticas tem prognóstico melhor.²¹ Essa diferença racial pode ser devida a diferenças na taxa de fertilidade entre cada grupo étnico, mas no caso do Brasil, temos que pensar na diversidade de acesso aos meios diagnósticos, uma vez que as minorias sociais tem menos acesso a eles. O retardo no diagnóstico influencia diretamente na abordagem da mulher, furtando a oportunidade de submeter-se a um tratamento conservador, diminuindo, então, sua expectativa de vida, e consequentemente aumentando as taxas de mortalidade desta doença.²²

A freqüência de distribuição dos diferentes tipos de câncer apresenta-se variável em função das características de cada região, o que enfatiza a necessidade do estudo das variações geográficas nos padrões desta doença, para seu adequado monitoramento e controle.²³ As regiões Sul e Sudeste possuem as maiores taxas brutas de incidência de câncer de mama, apresentando taxas menores de incidência nas regiões Nordeste e Centro Oeste, enquanto a região Norte é a que apresenta menor índice,²² no contraponto, esse estudo mostrou que a região Norte é que teve maior crescimento da mortalidade enquanto as outras regiões

mantiveram-se praticamente estáveis. Se não soubéssemos que o câncer é uma doença multifatorial, poderíamos associar sua incidência diretamente com a concentração urbana e a sua letalidade inversamente proporcional à concentração urbana.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)²⁴ realizada em 2008 registra que 71,1% das mulheres de 50 a 69 anos foram algum dia submetidas a exame de mamografia. Também aqui se refletem as desigualdades regionais características do país: nas Regiões Norte e Nordeste, essa proporção é de apenas 49,8% e 54,9%, respectivamente.

O aumento da oferta, a maior distribuição dos equipamentos no território (interiorização) e o aumento da renda, impulsionado pelo crescimento da economia e pela política de inclusão social, trazem impacto substancial na expansão do acesso aos meios diagnósticos. Outra dimensão da condição social é a educação, com grau de influência menor do que o da renda, mas ainda importante, associando maiores coberturas ao maior nível de escolaridade.¹⁴ O fato de o estudo ter mostrado enorme aumento da mortalidade entre as mulheres sem nenhum estudo ou com poucos anos de estudo é preocupante. A chance de realização de rastreamento aumenta com a renda e a escolaridade. Nos Estados Unidos, no período de 1992 a 2000 houve desigualdades na realização de mamografias, desfavorável para os grupos sociais mais pobres, de classe social mais baixa e de menos escolaridade.²⁵

O acesso a intervenção terapêutica varia consideravelmente entre pacientes com e sem plano de saúde. O fato de a maioria das pacientes não submetidas à cirurgia de tumor de mama corresponder à clientela sem plano de saúde pode indicar dificuldade de acesso. Isso pode ser decorrente da não-disponibilidade de todos os recursos necessários para o tratamento do câncer de mama nas unidades. Diversos fatores podem contribuir para a criação de barreiras de acesso aos serviços de saúde e condicionar piores resultados a esses pacientes.²⁶

Aos institutos e hospitais universitários cabe a maior responsabilidade pela formação, treinamento e atualização dos recursos humanos que atuam no sistema de saúde brasileiro.

Também, a realização ou participação em pesquisas que auxiliem o País no aprimoramento de sua política de saúde.²⁶

O presente estudo apresenta limitações no que tange a coleta secundária de dados. No Brasil as subnotificações ainda são uma constante bem como o mau preenchimento dos atestados de óbito²⁷, fazendo com que a real situação da morte por câncer de mama em gestantes seja, provavelmente, subestimada. Também não é possível dizer como ocorreu o diagnóstico e se essas mulheres foram submetidas a algum tratamento ou não. Mesmo assim, permite traçar um panorama dessa doença entre as gestantes e fica clara a tendência ao aumento da mortalidade. A coleta de dados baseou-se somente no pior desfecho possível que é a morte materna, evento que afeta diretamente um grande número de pessoas de uma família e da comunidade na qual está inserida. Sem contar a morbidade que traz a patologia, comprometendo a qualidade de vida dessas mulheres.

Apesar do iminente aumento da mortalidade por câncer de mama nas gestantes, a situação é frequentemente menosprezada por médicos e pesquisadores. E diante da relevância do tema fazem-se necessários mais estudos para melhorar o rastreio e oferta da terapêutica adequada. A introdução de políticas de saúde que reduzam os entraves, principalmente entre a suspeita e o diagnóstico, permitirá que as mulheres tenham acesso mais ágil aos equipamentos urbanos de saúde, proporcionando o diagnóstico precoce com reais chances de cura.

Referências

1. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Estimativas de incidência e mortalidade por câncer de mama no Brasil. [Internet]. 2003.
2. Lotti RCB, de Almeida Barra A, Dias RC, Makluf ASD. Impacto do Tratamento de Câncer de Mama na Qualidade de Vida. *Rev. bras. cancerol.* 2008; 54(4):367–71.
3. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Controle do Câncer de Mama. [documento de consenso]. Rio de Janeiro: INCA, 2004.
4. Berry DL, Theriault RL, Holmes F a, Parisi VM, Booser DJ, Singletary SE, et al. Management of breast cancer during pregnancy using a standardized protocol. *American journal of clinical oncology.* 1999; 17(3):855-61.
5. Mottola Junior J, Berrettini Junior A, Mazzocato C, Laginha F, Fernandes CE, Marques JA. Câncer de Mama Associado à Gravidez : Um Estudo Caso / Controle. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2002; 24(9):585-91.
6. Wallack M, Wolf J. Gestational carcinoma of the female breast. *Curr Probl Cancer.* 1983;7(9):1-58.
7. Anderson B, Petrek J, Byrd D. Pregnancy influences breast cancer stage at diagnosis in women 30 years of age and younger. *Ann. surg. oncol.* 1996; 3(204).
8. Costa CLR, Loures LF, Araújo DAC, Souza LC. Câncer de mama durante a gestação: revisão bibliográfica. *HU rev.* 2007; 32(4):109–14.
9. Woo JC, Yu T, Hurd TC. Breast Cancer in Pregnancy: A Literature Review. *Arch Surg.* 2003;138(1):91-8.
10. García-Manero M, Royo MP, Espinos J, Pina L, Alcazar JL, López G. Pregnancy associated breast cancer. *Eur. j. surg. oncol.* 2009; 35(2):215-8.
11. Avilés A, Neri N. Hematological malignancies and pregnancy: a final report of 84 children who received chemotherapy in utero. *Clin Lymphoma.* 2001; 2(173):7.
12. Duncan PG, Pope WD, Cohen MM, Greer N. Fetal risk of anesthesia and surgery during pregnancy. *Anesthesiology.* 1986; 64(6):790-4.
13. Higgins S, Haffty BG. Pregnancy and lactation after breast conserving therapy for early stage breast cancer. *Cancer.* 1994; 73(8):2175-80.
14. Oliveira EXG, Pinheiro RS, Melo ECP, Carvalho MS. Condicionantes socioeconômicos e geográficos do acesso à mamografia no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva.* 2011; 16(9):3649-664.
15. Costa AAR, Ribas MDSSDS, Amorim MMRD, Santos LC. Mortalidade materna na cidade do Recife. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2002; 24(7):455-62.
16. Laurenti R. Medindo a mortalidade materna. São Paulo-SP: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças/Universidade de São Paulo. 200;1-8.
17. Felix JD, de Castro DS, Amorim MHC, Zandonade E. Tendência da Mortalidade por Câncer de Mama em Mulheres no Estado do Espírito Santo, no Período de 1980 a 2007. *Rev. bras. cancerol.* 2011; 57(2):159–66.
18. Schedin P. Pregnancy-associated breast cancer and metastasis. *Nat Rev Cancer.* 2006;6(4):281-91.
19. Martins E, Freitas-Junior R, Curado MP, Freitas NMA, Oliveira JCD, Silva CMBE.

- Evolução temporal dos estádios do câncer de mama ao diagnóstico em um registro de base populacional no Brasil central. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009;31(5):219-23.
20. Carey LA, Perou CM, Livasy CA, Dressler LG, Cowan D, Conway K et al. Race, breast cancer subtypes, and survival in the Carolina Breast Cancer Study. *JAMA.* 2006;295(21):2492-502
 21. Rodriguez AO, Chew H, Cress R, Xing G, McElvy S, Danielsen B et al. Evidence of poorer survival in pregnancy-associated breast cancer. *Obstet Gynecol.* 2008 Jul;112(1):71-8
 22. Rodrigues CS, Henrique G, Givisiez N. Estudo da acessibilidade ao serviço de saúde de pacientes com câncer de mama no município de Campos dos Goytacazes. Em: XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP. Caxambu-MG. Brasil: 2010.
 23. Guerra MR, Gallo CVM, Mendonça G, Silva G. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Rev Bras Cancerol.* 2005;51(3):227-34.
 24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores, 2008. 2009.
 25. Schootman M, Jeffe DB, Reschke AH, Aft RL. Disparities related to socioeconomic status and access to medical care remain in the United States among women who never had a mammogram. *Cancer Causes Control.* 2003;14(5):419-25.
 26. Brito C, Portela MC, Vasconcellos MT. Assistência oncológica pelo SUS a mulheres com câncer de mama no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Saude Publica.* 2005 Dec;39(6):874-81.
 27. Tanaka AC d'Andretta, Mitsui L. Estudo da magnitude da mortalidade materna em 15 cidades brasileiras. São Paulo: UNICEF, 1999.

Tabela

Tabela 1. Resultado da análise de tendências e modelo do coeficiente de mortalidade por câncer de mama em gestantes ou até um ano após o parto, segundo faixa etária, escolaridade, cor e região no Brasil, de 2000 a 2009.

Variável	Categoria	Modelo	R ²	% de crescimento
Faixa Etária	15 a 19	$Y=-0,0003X+0,5699$	0,0367	8,9
	20 a 29	$Y=0,0006X-1,1676$	0,0558	16,6
	30 a 39	$Y=0,0054X-10,717$	0,5477	58,5
	40 a 49	$Y=0,0026X-5,0437$	0,0241	14,9
Escolaridade	Nenhuma	$Y=0,6657X-1330,9$	0,5412	1198,26
	1 a 3 anos	$Y=0,2823X-564,19$	0,7275	619,68
	4 a 7 anos	$Y=0,065X-129,64$	0,6336	162,5
	8 a 11 anos	$Y=0,0204X-40,645$	0,1572	118,45
	12 anos ou mais	$Y=0,0044X-7,8269$	0,0009	4,06
Cor	Preta	$Y=0,5486X-1096,3$	0,6653	548,6
	Parda	$Y=0,0501X-99,783$	0,3977	108,12
	Branca	$Y=0,044X-86,873$	0,0938	35,13
Região	Norte	$Y=0,0108X-20,924$	0,0071	14,37
	Nordeste	$Y=0,1277X+0,1124$	0,468	0,44
	Centro-oeste	$Y=0,0919X+0,2524$	0,1792	0,44
	Sudeste	$Y=0,0487X+1,1141$	0,1663	0,44
	Sul	$y=0,0377x+0,6147$	0,0197	0,44

Y = incidência

X = ano

Figuras

Figura 1. Coeficiente de mortalidade por câncer de mama em gestantes ou até 1 ano após o parto, entre 2000 e 2009.

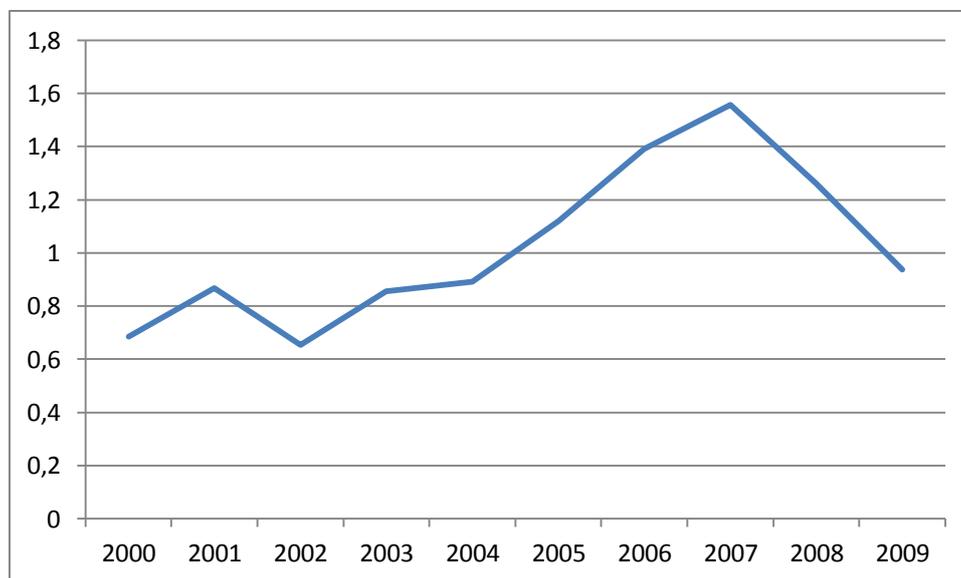


Figura 2. Coeficiente de mortalidade por câncer de mama em gestantes ou até um ano após o parto, nas faixas etárias, de 2000 a 2009.

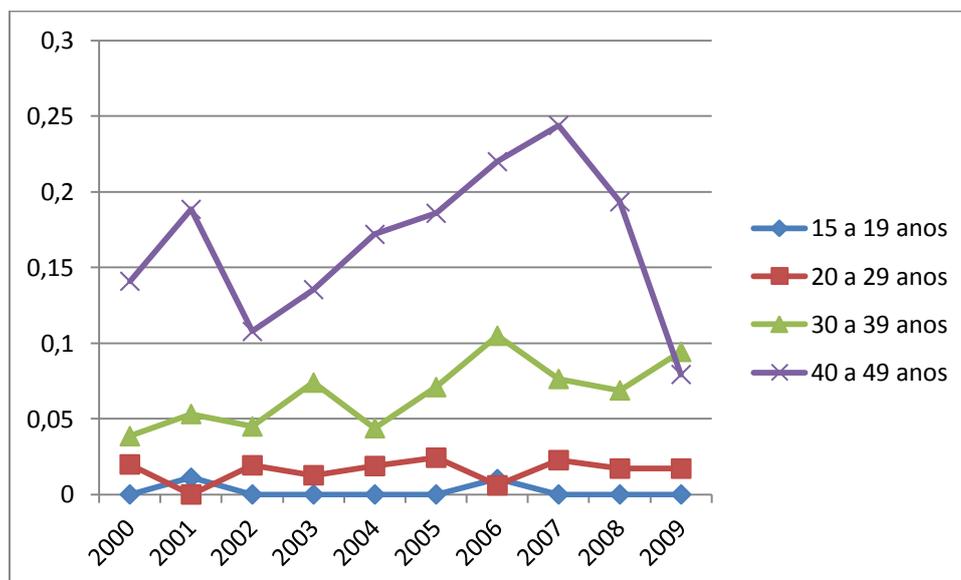


Figura 3. Coeficiente de mortalidade por câncer de mama em gestantes ou até um ano após o parto em relação à cor, de 2000 a 2009.

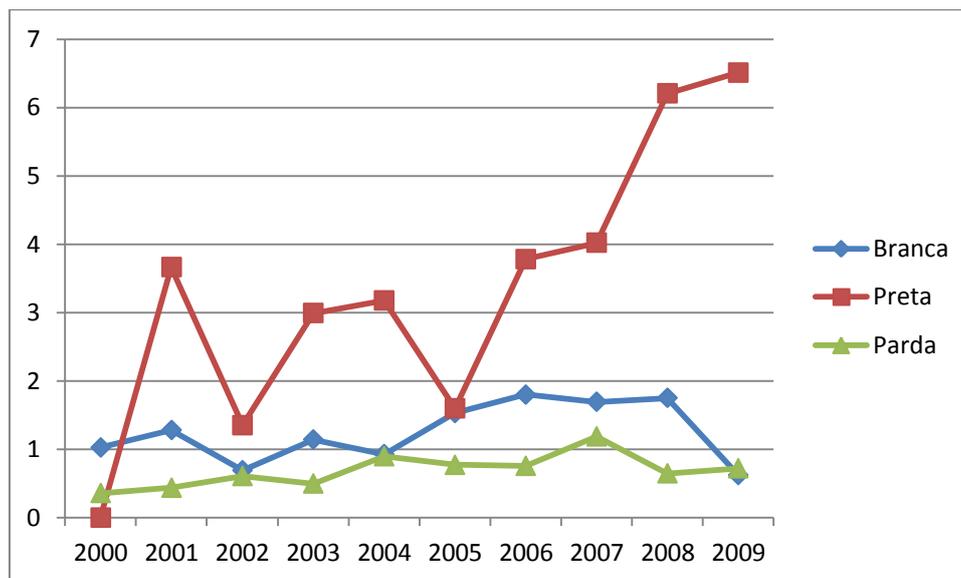


Figura 4. Coeficiente de mortalidade por câncer de mama em gestantes ou até um ano após o parto nas regiões brasileiras, de 2000 a 2009.

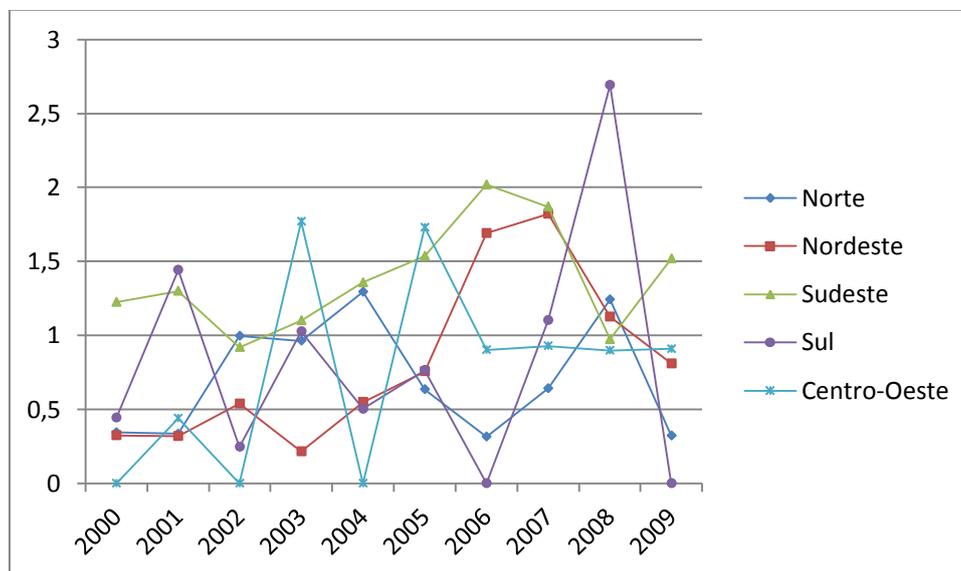
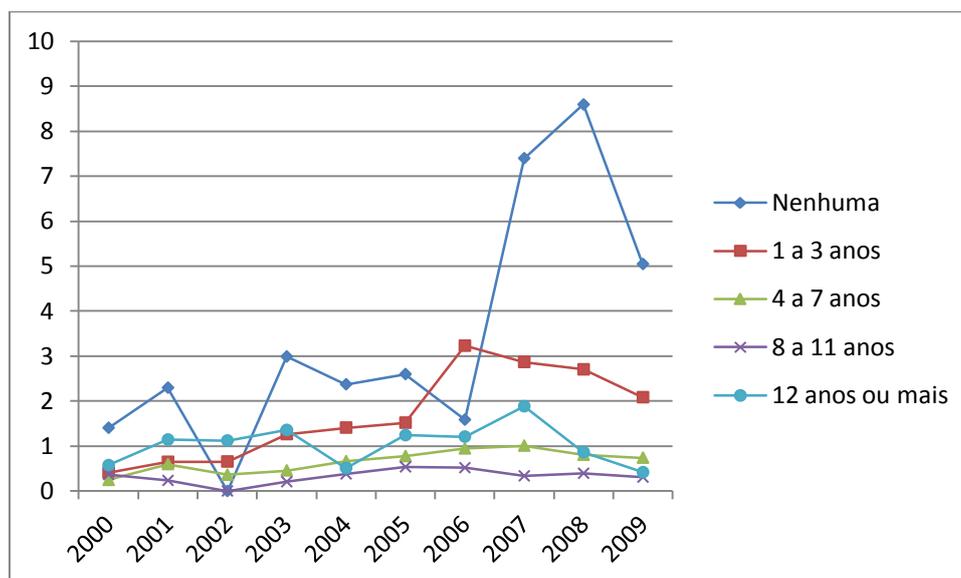


Figura 5. Coeficiente de mortalidade por câncer de mama em gestantes ou até um ano após o parto de acordo com a escolaridade, de 2000 a 2009.



ANEXOS

1. Normas adotadas:

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para Trabalhos de Conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 16 de junho de 2011.

Adotou-se o formato Artigo, conforme as Normas para Submissão da Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, disponíveis em <http://www.scielo.br/revistas/rbgo/pinstruc.htm> (acesso em 15/09/2011), e transcritas a seguir:

Instruções aos autores

A **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** (Rev Bras Ginecol Obstet. ISSN 0100 7203), publicação mensal de divulgação científica da Federação das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), é dirigida a obstetras, ginecologistas e profissionais de áreas afins, com o propósito de publicar contribuições originais sobre temas relevantes no campo da Ginecologia, Obstetrícia e áreas correlatas. É aberta a contribuições nacionais e internacionais.

O material enviado para análise não pode ter sido submetido simultaneamente à publicação em outras revistas nem publicado anteriormente. Na seleção dos manuscritos para publicação, são avaliadas originalidade, relevância do tema e qualidade da metodologia utilizada, além da adequação às normas editoriais adotadas pela revista. O material referente a artigos recusados não é devolvido.

Todos os manuscritos submetidos à revista são analisados por pareceristas anônimos e o sigilo é garantido durante todo o processo de revisão. Cópias dos pareceres dos revisores são enviadas aos autores. Os manuscritos aceitos e os aceitos condicionalmente são enviados para os autores para que sejam efetuadas as modificações e para que os mesmos tomem conhecimento das alterações a serem introduzidas, a fim de que o trabalho seja aceito para publicação. Os autores devem devolver o texto com as modificações solicitadas assim que possível, devendo justificar, na carta de encaminhamento, se for o caso, o motivo do não atendimento às sugestões. Não havendo retorno do trabalho após três meses, presume-se que os autores não têm mais interesse na publicação. Caso haja retorno após esse prazo, será considerada nova submissão, e o trabalho deve ser submetido à nova análise.

Os conceitos e declarações contidos nos trabalhos são de responsabilidade dos autores.

O manuscrito enviado para publicação deve ser redigido em português.

A revista publica contribuições nas seguintes categorias:

1. Artigos Originais, trabalhos completos prospectivos, experimentais ou retrospectivos. Manuscritos contendo resultados de pesquisa clínica ou experimental original têm prioridade para publicação;
2. Notas Prévias de trabalhos em fase final de coleta de dados, mas cujos resultados são originais e relevantes para justificar sua publicação;
3. Relatos de Casos, de grande interesse e bem documentados, do ponto de vista clínico e laboratorial. O texto deve ser baseado em revisão bibliográfica atualizada. O número de referências pode ser igual ao dos trabalhos completos;

4. Técnicas e Equipamentos, que são apresentações de inovações em diagnóstico, técnicas cirúrgicas e tratamentos, desde que não sejam, clara ou veladamente, propaganda de drogas ou outros produtos;

5. Artigos de Revisão e Atualização, incluindo avaliação crítica e sistematizada da literatura. A seleção dos temas é baseada em planejamento estabelecido pela editoria e editores associados. Os autores convidados devem ter publicações em periódicos sobre o tema escolhido. O número de autores das revisões pode variar entre um e quatro, dependendo do tipo de texto e da metodologia empregada. Devem ser descritos os métodos e procedimentos adotados para a realização do trabalho, podendo ser empregadas técnicas para se obterem atualizações, metanálises ou revisões sistemáticas. O texto deve ser baseado em revisão atualizada da literatura. Tratando-se de tema ainda sob investigação, a revisão deve discutir todas as tendências e linhas de investigação em curso. Apresentar, além do texto da revisão, resumo, abstract e conclusões. Ver a seção "Preparo do manuscrito" para informações quanto ao texto, página de rosto, resumo e abstract. Contribuições espontâneas podem ser aceitas. Nesse caso, devem ser enviados inicialmente um resumo ou esboço do texto, a lista de autores e respectivas publicações sobre o tema. Se houver interesse da revista, são convidados para redigir e enviar o texto definitivo. No caso de contribuições espontâneas, aplicam-se as normas citadas para os autores convidados;

6. Comentários Editoriais, sob solicitação do editor;

7. Resumos de Teses apresentadas e aprovadas nos últimos 12 meses, contados da data de envio do resumo. Devem conter, aproximadamente, 250 palavras e seguir as normas da revista quanto à estruturação, à forma e ao conteúdo. Incluir título em português e inglês e, no mínimo, três palavras ou expressões-chave. O resumo deve ser enviado em disquete, CD ou DVD com uma cópia impressa. Em arquivo separado, informar: nome completo do autor e do

orientador; membros da banca; data de apresentação e a identificação do serviço ou departamento onde a tese foi desenvolvida e apresentada.

8. Cartas dos leitores para o editor, versando sobre matéria editorial ou não, mas com apresentação de informações relevantes ao leitor. As cartas podem ser resumidas pela editoria, mas com manutenção dos pontos principais. No caso de críticas a trabalhos publicados, a carta é enviada aos autores para que sua resposta possa ser publicada simultaneamente.

Informações gerais

1. A revista não aceita material editorial com objetivos comerciais.

2. Conflito de interesses: devem ser mencionadas as situações que podem influenciar de forma inadequada o desenvolvimento ou as conclusões do trabalho. Entre essas situações, menciona-se a participação societária nas empresas produtoras das drogas ou equipamentos citados ou utilizados no trabalho, assim como em concorrentes da mesma. São também consideradas fontes de conflito os auxílios recebidos, as relações de subordinação no trabalho, consultorias etc.

3. No texto, devem ser mencionadas a submissão e a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde foi realizado o trabalho.

4. Artigo que trate de pesquisa clínica com seres humanos deve incluir a declaração de que os participantes assinaram o termo de consentimento livre e informado.

5. A partir de agosto de 2007, os periódicos indexados nas bases de dados Lilacs e SciELO passaram a exigir que os ensaios controlados aleatórios (randomized controlled trials) e ensaios clínicos (clinical trials) submetidos à publicação tivessem o registro em uma base de dados de ensaios clínicos. Essa decisão foi decorrente da orientação da Plataforma

Internacional para Registros de Ensaio Clínicos (ICTRP) da Organização Mundial da Saúde (OMS), do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). As instruções para o registro estão disponíveis no endereço eletrônico do ICMJE (http://www.icmje.org/clin_trialup.htm) e o registro pode ser feito na base de dados de ensaios clínicos da National Library of Medicine disponível em <http://clinicaltrials.gov/ct/gui>.

6. O número de autores de cada manuscrito é limitado a sete. Trabalhos de autoria coletiva (institucionais) devem ter os responsáveis especificados. Trabalhos e estudos multicêntricos podem ter número de autores compatível com o número de centros (cada situação é avaliada pela editoria e pelos revisores). Os investigadores responsáveis pelos protocolos aplicados devem ser especificados no fim do artigo. O conceito de coautoria é baseado na contribuição substancial de cada um, seja para a concepção e planejamento do trabalho, análise e interpretação dos dados, ou para a redação ou revisão crítica do texto. A inclusão de nomes cuja contribuição não se enquadre nos critérios citados não é justificável. Todos os autores devem aprovar a versão final a ser publicada.

7. Os autores são informados, por carta, do recebimento dos trabalhos e do número de protocolo na revista. Os trabalhos que estão de acordo com as Instruções aos Autores e se enquadram na política editorial da revista, são enviados para análise de revisores indicados pelo editor.

8. Os originais em desacordo com essas instruções são devolvidos aos autores para as adaptações necessárias antes da avaliação pelo Conselho Editorial.

9. Junto com os originais, deve ser enviada carta de encaminhamento assinada por todos os autores. Podem ser enviadas cartas separadas. Na carta, deve ficar explícita a concordância com as normas editoriais, com o processo de revisão e com a transferência de copyright para a

revista. O material publicado passa a ser propriedade da Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia e da Febrasgo, só podendo ser reproduzido, total ou parcialmente, com a anuência dessas entidades.

10. Para manuscritos originais, não ultrapassar 25 páginas de texto digitado. Limitar o número de tabelas e figuras ao necessário para apresentação dos resultados que são discutidos (como norma geral, limitar a cinco). Para manuscritos do tipo Relato de Caso e Equipamentos e Técnicas, não ultrapassar 15 páginas, reduzindo também o número de figuras e/ou tabelas. As Notas Prévias devem ser textos curtos, com até 800 palavras, cinco referências bibliográficas e duas ilustrações (ver "Preparo do manuscrito", "Resultados").

11. Enviar disquete, CD ou DVD devidamente identificado com o arquivo contendo texto, tabelas, gráficos e as legendas de outras figuras (fotos). Encaminhar também três cópias impressas do manuscrito. O trabalho pode ser enviado para a revista pelo sistema de submissão on-line no portal SciELO. O endereço eletrônico para correspondência com a revista é: rbgo@fmrp.usp.br.

Preparo dos manuscritos

As normas que seguem foram baseadas no formato proposto pelo ICMJE e publicado no artigo Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals, atualizado em Outubro de 2008 e disponível no endereço eletrônico <http://www.icmje.org/>.

Apresentação do texto

1. Os trabalhos devem ser digitados em espaço 2 em todas as seções, da página de rosto às referências bibliográficas, tabelas e legendas. Cada página deve conter aproximadamente 25 linhas em uma coluna. Usar preferencialmente o processador de texto Microsoft Word® e a

fonte Times New Roman 12. Não dar destaque a trechos do texto: não sublinhar ou usar negrito. Numerar todas as páginas iniciando pela página de rosto.

2. Não usar maiúsculas nos nomes próprios (a não ser a primeira letra) no texto ou nas referências bibliográficas. Não utilizar pontos nas siglas (DPP em vez de D.P.P.). Quando usar siglas ou abreviaturas, descrevê-las por extenso na primeira vez que forem mencionadas no texto.

3. Para impressão, utilizar folhas de papel branco, deixando espaço mínimo de 2,5 cm em cada margem. Iniciar cada seção em uma nova página: página de rosto; resumo e palavras ou expressões-chave; abstract e keywords; texto; agradecimentos; referências; tabelas individuais e legendas das figuras não digitadas.

Página de rosto

Apresentar o título do trabalho em português e em inglês; nomes completos dos autores sem abreviaturas; nome da instituição onde o trabalho foi desenvolvido, titulação, afiliação institucional dos autores, informações sobre auxílios recebidos sob forma de financiamento, equipamentos ou fornecimento de drogas. Indicar o nome, endereço, telefone, fax e e-mail do autor para o qual a correspondência deve ser enviada. Dar preferência para o endereço da instituição onde o trabalho foi desenvolvido. O autor tem de indicar quais informações pessoais não devem ser publicadas.

Resumo

O resumo do trabalho deve aparecer na segunda página. Para trabalhos completos, redigir um resumo estruturado, que deve ser dividido em seções identificadas: objetivo, métodos, resultados e conclusões. Deve ter aproximadamente 300 palavras. O resumo deve

conter as informações relevantes, permitindo que o leitor tenha uma ideia geral do trabalho. Deve incluir descrição resumida de todos os métodos empregados e da análise estatística efetuada. Expor os resultados numéricos mais relevantes, não apenas indicação de significância estatística. As conclusões devem ser baseadas nos resultados do trabalho e não da literatura. Evitar o uso de abreviações e símbolos. Não citar referências bibliográficas no resumo. Abaixo do resumo, indicar o número de registro e/ou identificação para os ensaios controlados aleatórios e ensaios clínicos.

Na mesma página do resumo, citar pelo menos cinco palavras ou expressões-chave que serão empregadas para compor o índice anual da revista. Devem ser baseadas no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) publicado pela Bireme, que é uma tradução do Medical Subject Headings (MeSH) da National Library of Medicine e está disponível no endereço eletrônico <http://decs.bvs.br>.

Em outra página, deve ser impresso o abstract como versão fiel do texto do resumo estruturado (purpose, methods, results, conclusions). Deve ser também acompanhado da versão para o inglês das palavras ou expressões-chave (keywords). O resumo e o abstract dos Relatos de Casos e Artigos de Revisão e de Atualização não devem ser estruturados e são limitados a 150 palavras. Para Notas Prévias, não há necessidade do resumo.

Introdução

Repetir, na primeira página da introdução, o título completo em português e inglês. Nessa seção, mostre a situação atual dos conhecimentos sobre o tópico em estudo, divergências e lacunas que possam eventualmente justificar o desenvolvimento do trabalho, mas sem revisão extensa da literatura. Para Relatos de Casos, apresentar um resumo dos casos

já publicados, epidemiologia da condição relatada e uma justificativa para a apresentação como caso isolado. Expor claramente os objetivos do trabalho.

Métodos

Iniciar essa seção indicando o planejamento do trabalho: se prospectivo ou retrospectivo; ensaio clínico ou experimental; se a distribuição dos casos foi aleatória ou não etc. Descrever os critérios para seleção das pacientes ou grupo experimental, inclusive dos controles. Identificar os equipamentos e reagentes empregados. Se a metodologia aplicada já tiver sido empregada, indicar as referências, além da descrição resumida do método. Descrever também os métodos estatísticos empregados e as comparações para as quais cada teste foi empregado.

Os trabalhos que apresentam como objetivo a avaliação da eficácia ou tolerabilidade de tratamento ou droga devem, necessariamente, incluir grupo controle adequado. Para informações adicionais sobre o desenho de trabalhos desse tipo, consultar ICH Harmonized Tripartite Guideline - Choice of Control Group and Related Issues in Clinical Trials (http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/e10_e.html). Ver também item 4 das "Informações gerais".

Resultados

Apresentar os resultados em sequência lógica, com texto, tabelas e figuras. Expor os resultados relevantes para o objetivo do trabalho e que são discutidos. Não repetir no texto dessa seção todos os dados das tabelas e figuras, mas descrever e enfatizar os mais importantes, sem interpretação dos mesmos (ver também tabelas). Nos Relatos de Casos, as seções "métodos" e "resultados" são substituídas pela descrição do caso, mantendo-se as demais.

Discussão

Devem ser realçadas as informações novas e originais obtidas na investigação. Não repetir dados e informações já mencionadas nas seções "introdução" e "resultados". Evitar citação de tabelas e figuras. Ressaltar a adequação dos métodos empregados na investigação. Comparar e relacionar as suas observações com as de outros autores, comentando e explicando as diferenças. Explicar as implicações dos achados, suas limitações e fazer as recomendações decorrentes. Para Relatos de Casos, basear a discussão em ampla e atualizada revisão da literatura. Recomenda-se tabular informações sobre os casos já publicados para comparação.

Agradecimentos

Dirigidos a pessoas que tenham colaborado intelectualmente, mas cuja contribuição não justifica coautoria, ou para aquelas que tenham dado apoio material.

Referências

Todos os autores e trabalhos citados no texto devem constar dessa seção e vice-versa. Numerar as referências bibliográficas por ordem de entrada no trabalho e usar esses números para as citações no texto. Evitar número excessivo de referências, selecionando as mais relevantes para cada afirmação e dando preferência para os trabalhos mais recentes. Não empregar citações de difícil acesso, como resumos de trabalhos apresentados em congressos ou publicações de circulação restrita. Não empregar referências do tipo "observações não publicadas" e "comunicação pessoal". Para textos escritos originalmente em português, a referência também deve ser feita em português. Artigos aceitos para publicação podem ser citados acompanhados da expressão: "aceito e aguardando publicação", ou "in press", indicando-se o periódico, volume e ano. Trabalhos aceitos por periódicos que estejam

disponíveis on-line, mas sem indicação de fascículos e páginas, devem ser citados como "ahead of print".

No caso de citações de outras publicações dos autores (autocitação), incluir entre as referências bibliográficas apenas trabalhos originais (não citar capítulos ou revisões), impressos em periódicos regulares e relacionados ao tema.

O número de referências bibliográficas deve ser aproximadamente 30. Para Notas Prévias, no máximo dez. Os autores são responsáveis pela exatidão dos dados constantes das referências bibliográficas.

Para todas as referências, citar os autores até o sexto. Se houver mais de seis autores, citar os seis primeiros, seguidos da expressão et al., conforme os seguintes modelos:

Formato impresso

• Artigos em revistas

- Moran CA, Suster S, Silva EG. Low-grade serous carcinoma of the ovary metastatic to the anterior mediastinum simulating multilocular thymic cysts: a clinicopathologic and immunohistochemical study of 3 cases. *Am J Surg Pathol.* 2005;29(4):496-9.

- Parpinelli MA, Faúndes A, Cecatti JG, Surita FG, Pereira BG, Passini Junior R, et al. Subnotificação da mortalidade materna em Campinas: 1992 a 1994. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2000;22(1):27-32.

- Miyatake T, Ueda Y, Yoshino K, Shroyer KR, Kanao H, Sun H, et al. Clonality analysis and human papillomavirus infection in squamous metaplasia and atypical immature metaplasia of

uterine cervix: is atypical immature metaplasia a precursor to cervical intraepithelial neoplasia 3? Int J Gynecol Pathol. 2007;26(2):180-7.

- Livro

- Baggish MS, Karram MM. Atlas of pelvic anatomy and gynecologic surgery. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders; 2006.

- Capítulos de livro

- Daher S, Mattar R, Sass N. Doença hipertensiva específica da gravidez: aspectos imunológicos. In: Sass N, Camano L, Moron AF, editores. Hipertensão arterial e nefropatias na gravidez. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 45-56.

Formato eletrônico

Apenas para informações estatísticas oficiais e citação de referências de periódicos não impressos. Para estatísticas oficiais, indicar a entidade responsável, o endereço eletrônico, o nome do arquivo ou entrada. Incluir o número de telas, data e hora do acesso. Termos como "serial", "periódico", "homepage" e "monography", por exemplo, não são mais utilizados. Todos os documentos devem ser indicados apenas como [Internet]. Para documentos eletrônicos com o identificador DOI (Digital Object Identifier), mencionar no final da referência, além das informações que seguem:

- Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS [Internet]. Informações de Saúde. Estatísticas vitais. Mortalidade e nascidos vivos: nascidos vivos desde 1994. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008. [citado 2007 Fev 7]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>

- Monografia na internet ou livro eletrônico

- Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <<http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>>

Tabelas

Imprimir tabelas em páginas separadas, com espaço duplo e fonte Arial 8. A numeração deve ser sequencial, em algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Todas as tabelas devem ter título e todas as colunas da tabela devem ser identificadas com um cabeçalho. A legenda deve conter informações que permitam ao leitor entender o conteúdo das tabelas e figuras, mesmo sem a leitura do texto do trabalho. As linhas horizontais devem ser simples e limitadas a duas no topo e uma no final da tabela. Não empregar linhas verticais. Não usar funções de criação de tabelas, comandos de justificação, tabulações decimais ou centralizadas. Utilizar comandos de tabulação (tab) e não o espaçador para separar as colunas e, para nova linha, a tecla enter. No rodapé da tabela, deve constar legenda para abreviaturas e testes estatísticos utilizados.

Figuras (gráficos, fotografias e ilustrações)

As figuras devem ser impressas em folhas separadas e numeradas sequencialmente, em algarismos arábicos, conforme a ordem de aparecimento no texto. Todas as figuras devem ter qualidade gráfica adequada (usar somente fundo branco) e apresentar título e legenda, digitados em fonte Arial 8. No disquete, CD ou DVD devem ser enviadas em arquivo eletrônico separado do texto (a imagem aplicada no processador de texto não significa que o original está copiado). Para evitar problemas que comprometam o padrão da revista, o processo de digitalização de imagens (scan) deve obedecer aos seguintes parâmetros: para

gráficos ou esquemas usar 800 dpi/bitmap para traço; para ilustrações e fotos (preto e branco) usar 300 dpi/RGB ou grayscale. Em todos os casos, os arquivos devem ter extensão .tif e/ou .jpg. No caso de não ser possível a entrega do arquivo eletrônico das figuras, os originais devem ser enviados em impressão a laser (gráficos e esquemas) ou papel fotográfico (preto e branco) para que possam ser devidamente digitalizadas. Também são aceitos arquivos com extensão .xls (Excel), .cdr (CorelDraw[®]), .eps, .wmf para ilustrações em curva (gráficos, desenhos, esquemas). São aceitas, no máximo, cinco figuras. Se as figuras já tiverem sido publicadas, devem vir acompanhadas de autorização por escrito do autor/editor e constando a fonte na legenda da ilustração.

Legendas

Imprimir as legendas usando espaço duplo, acompanhando as respectivas figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) e tabelas. Cada legenda deve ser numerada em algarismos arábicos, correspondendo a cada figura e tabela, e na ordem que foram citadas no trabalho.

Abreviaturas e siglas

Devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez no texto. Nas legendas das tabelas e figuras, devem ser acompanhadas de seu nome por extenso. As abreviaturas e siglas não devem ser usadas no título dos artigos e nem no resumo.

2. Parecer do Comitê de Ética:



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Departamento de Projetos e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPESH

Campus Prof. João David Ferreira Lima - CEP 88040-900
Trindade - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil | www.cep.ufsc.br / +55 (48) 3721-9206

PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº 209/2008

I- Identificação

Título do Projeto: Catarinas – Nascimento, Vida e Morte
Pesquisador Responsável: Maria de Lourdes de Souza
Pesquisador Principal: Jefferson David Pereira, Thiago Viçoso dos Santos e Vera Lúcia de Azevedo Lima
Propósito: Trabalhos de conclusão de curso; relatórios técnicos e artigos
Instituição onde se realizará: Centro de Ciências da Saúde – REPENSUL
Início da coleta de dados: -/08/2008 **Término previsto:** -/08/2010

II- Objetivos: Geral: Analisar o processo do nascer e morrer na realidade brasileira no período de 1998 e 2008.

Específicos: Avaliar as condições clínicas, epidemiológicas e sociais das mortes de mulheres em idade fértil, relacionadas à gestação, parto e puerpério; Estudar a gestação de adolescentes como fenômeno social; Verificar a existência de associações entre o processo de viver e morrer das mulheres e a mortalidade de seus filhos; Analisar a segurança, da mãe e filho, durante a gestação, parto e puerpério no contexto dos serviços de saúde; Determinar e analisar o significado dos anos potenciais de vida perdidos segundo a causa de óbito; Avaliar se o processo de adoecer e morrer são semelhantes entre homens e mulheres e determinar os possíveis componentes de risco social; Sistematizar a produção do conhecimento que fundamenta a compreensão da violência doméstica contra as mulheres, os processos de viver, adoecer e morrer como fenômeno social e o cuidado de enfermagem.

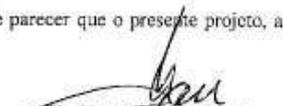
III- Sumário do Projeto: Trata-se de um estudo com dois tipos de delineamento: a- quantitativo, transversal, descritivo; b- qualitativo de inspiração fenomenológica. Os autores objetivam analisar o processo do nascer e morrer na realidade brasileira, particularmente focado na saúde da mulher. Ressaltam ainda, a necessidade de revisão de conceitos e de práticas sociais, envolvendo o tema da morte como componente do processo vital. A população do estudo será composta de: Mulheres e homens que morreram em SC de 1998 a 2008 (em particular associado à gestação, puerpério ou violência); nascidos vivos que morreram antes de completar 27 dias; mulheres submetidas a violência, jovens adolescentes, matriculados em escolas públicas de Santa Catarina. Serão utilizados indicadores clássicos da epidemiologia como Razão de Mortalidade, APVP, testes de associação. A coleta de dados será realizada em fontes secundárias (DATASUS, SIM e SINASC, livro de registros de partos e nascimentos do CO-HU-UFSC etc.) e primárias (informações obtidas através debates com de participantes)

IV- Comentários: A proposta de uma análise ampla do processo do nascer e morrer na realidade brasileira, com o compromisso de ensino/aprendizagem e com o desenvolvimento científico na área da saúde e da educação é relevante. A possibilidade de sistematizar dados e no futuro organizá-los de tal forma que possa ser utilizado como material didático reforça a relevância. A metodologia está adequada e atende a todos os requisitos éticos. A pesquisadora responsável tem qualificação e experiência na área. A documentação exigida está presente. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é está adequadamente redigido, e deverá ser aplicado para a coleta de dados obtidos através das fontes primárias e secundárias (prontuários médicos).

V- Parecer: Pelo exposto, somos de parecer que o presente projeto, assim como o TCLE, sejam aprovados por este Comitê.

Aprovado (X)

Data da Reunião: 25/08/2008


Washington Portela de Souza
Coordenador do CEPESH

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/ 96 e 251/ 97 do CNS.