



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DE IMPERATRIZ
CURSO DE MEDICINA

PROF^a DRA. IRACIANE RODRIGUES DO NASCIMENTO OLIVEIRA

GABRIEL CONCEIÇÃO MARQUES

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO CÂNCER DE MAMA NO ESTADO DO
MARANHÃO: um panorama de uma década**

Imperatriz-Ma

2025

GABRIEL CONCEIÇÃO MARQUES

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO CÂNCER DE MAMA NO ESTADO DO
MARANHÃO: um panorama de uma década**

Trabalho de Conclusão de Ciclo apresentado
ao Curso de Medicina da Universidade Federal
do Maranhão - UFMA/Imperatriz, como parte
dos requisitos para a obtenção do título de
Bacharel em Medicina.

Orientador(a): Profª Dra. Iraciane
Rodrigues do Nascimento Oliveira

Imperatriz-Ma

2025

Marques, Gabriel Conceição.

Perfil epidemiológico do câncer de mama no estado do
maranhão: um panorama de uma década / Gabriel Conceição
Marques. - 2025.

35 p.

Orientador(a): Iraciane Rodrigues do Nascimento
Oliveira.

Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão,
Colégio Metropolitano Aliança, 2025.

1. Câncer de Mama. 2. Perfil Epidemiológico. 3.
Rastreamento. I. Oliveira, Iraciane Rodrigues do
Nascimento. II. Título.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DE IMPERATRIZ
CURSO DE MEDICINA**

Candidato: GABRIEL CONCEIÇÃO MARQUES

Título: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO CÂNCER DE MAMA NO ESTADO DO MARANHÃO: um panorama de uma década

Orientador: Profª Dra. Iraciane Rodrigues do Nascimento Oliveira

A Banca Julgadora de trabalho de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, em sessão pública realizada 02/06/2025, às 14:30 considerou

Aprovado (X)

Reprovado ()

Banca Examinadora:

Presidente: Profª Dra. Iraciane Rodrigues Nascimento Oliveira

Universidade Federal do Maranhão - Curso de Medicina/CCIm

Membro Titular 1: Prof. Me. Jullys Allan Guimarães Gama

Universidade Federal do Maranhão - Curso de Medicina/CCIm

Membro Titular 2: Profª Me. Bruna Pereira Carvalho Sirqueira

Universidade Federal do Maranhão - Curso de Medicina/CCIm

Imperatriz-MA, 03 de JUNHO de 2025

SUMÁRIO

RESUMO	2
ABSTRACT	3
1. INTRODUÇÃO	4
2. MÉTODOS	7
3. RESULTADOS	8
4. DISCUSSÃO	16
5. CONCLUSÃO	18
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	 20

APRESENTAÇÃO DO ARTIGO

Título: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO CÂNCER DE MAMA NO ESTADO DO MARANHÃO: um panorama de uma década

Autores: Gabriel Conceição Marques, Iraciane Rodrigues do Nascimento Oliveira.

Status: Não Submetido

Revista: Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde

ISSN: 2446-5410

Fator de Impacto: Qualis B3

DOI: Não Disponível

TÍTULO:

Perfil epidemiológico do câncer de mama no estado do maranhão: um panorama de uma década.

Autores:

Gabriel Conceição Marques ¹ Iraciane Rodrigues do Nascimento Oliveira ¹⁰

¹ Discente da Universidade Federal do Maranhão

² Docente da Universidade Federal do Maranhão

Endereço completo do autor para correspondência:

Rua Tamandaré, 490, Mercadinho, Imperatriz-MA, Brasil.

CEP: 65901-360

Telefone de contato: (99) 982458412

E-mail: marques.gabriel@discente.ufma.br

Instituição sede da pesquisa:

Universidade Federal do Maranhão

Fontes de financiamento à pesquisa:

Próprio

Declaração de conflitos de interesse:

Declaramos que não há conflitos de interesse

RESUMO

Introdução: O câncer de mama é uma patologia multifatorial resultante de divisão celular desordenada por mecanismos mutagênicos, atingindo principalmente lóbulos e ductos mamários. Embora raro em homens, é o tipo de câncer mais frequente em mulheres e a segunda neoplasia mais prevalente globalmente. **Objetivo:** Descrever o perfil epidemiológico do câncer de mama no Maranhão de 2013 a 2022. **Metodologia:** Pesquisa retrospectiva, epidemiológica, observacional e descritiva sobre o câncer de mama, baseado em dados secundários disponibilizados pelo SISCAN e Painel Oncologia Brasil acessados via DATASUS que foram organizados e examinados pelas ferramentas Microsoft Excel e SPSS. **Resultados:** Foram notificados 10 528 casos diagnosticados no período com aumento de incidência até 2021 (2 523 casos) e menor ocorrência em 2015 (484 casos). Percebeu-se uma centralização diagnóstica com São Luís concentrando o maior número; 91,1 % dos pacientes eram mulheres, especialmente entre 40 e 59 anos (51,8 %). Quanto à detecção, 54,7 % dos tumores eram não palpáveis e 45,3 % detectados clinicamente. O carcinoma ductal infiltrante foi o subtipo mais comum (74,9 %). A imuno-histoquímica mostrou elevado percentual de dados ausentes, assim como o tipo neoplásico e a escolaridade. **Conclusão:** Os achados reforçam a necessidade de expandir programas de rastreio e aprimorar registros em saúde para diagnósticos precoces e condutas eficazes. A elevada inconsistência nos dados imuno-histoquímicos aponta lacunas na coleta e análise, sugerindo a padronização regional de protocolos, necessidade de identificar barreiras ao rastreio e avaliar intervenções educativas, sustentando políticas públicas que reduzam a morbimortalidade do câncer de mama no Maranhão.

Palavras-chave: Câncer de mama. Perfil epidemiológico. Rastreamento.

ABSTRACT

Introduction: Breast cancer is a multifactorial pathology resulting from disordered cell division by mutagenic mechanisms, mainly affecting mammary lobules and ducts. Although rare in men, it is the most frequent type of cancer in women and the second most prevalent neoplasm globally. **Objective:** To describe the epidemiological profile of breast cancer in Maranhão from 2013 to 2022. **Methodology:** Retrospective, epidemiological, observational and descriptive research on breast cancer, based on secondary data made available by SISCAN and Painei Oncologia Brasil accessed via DATASUS that were organized and examined by Microsoft Excel and SPSS tools. **Results:** A total of 10,528 cases diagnosed were reported in the period with an increase in incidence until 2021 (2,523 cases) and a lower occurrence in 2015 (484 cases). A diagnostic centralization was observed with São Luís concentrating the largest number; 91.1% of patients were women, especially between 40 and 59 years of age (51.8%). Regarding detection, 54.7% of tumors were nonpalpable and 45.3% were clinically detected. Infiltrating ductal carcinoma was the most common subtype (74.9%). Immunohistochemistry showed a high percentage of missing data, as well as neoplastic type and education. **Conclusion:** The findings reinforce the need to expand screening programs and improve health records for early diagnosis and effective management. The high inconsistency in immunohistochemical data points to gaps in collection and analysis, suggesting regional standardization of protocols, the need to identify barriers to screening and evaluate educational interventions, supporting public policies that reduce morbidity and mortality from breast cancer in Maranhão.

Keywords: Breast cancer. Epidemiological profile. Screening.

1. INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o tipo de câncer mais comum que acomete as mulheres e a segunda neoplasia mais prevalente no aspecto mundial, configurando um importante problema de saúde no âmbito global¹. O tecido mamário é composto por lóbulos, que são interligados por ductos que também comunicam com os tecidos conjuntivo, adiposo e linfático.

O surgimento neoplásico se dá através da divisão celular desordenada, principalmente de início lobular, por um processo mutagênico, pode acometer também pessoas do sexo masculino, porém é uma ocorrência significativamente menos comum. O desenvolvimento tumoral se dá ao longo do tempo e pode evoluir da fase *in situ* para um caráter invasivo, se propagando para outros tecidos². A etiologia do câncer de mama é advinda de diversos fatores, como fatores genéticos, exposição hormonal prolongada, etilismo, idade entre outros.

Acerca do panorama mundial do câncer de mama, estima-se que ocorra 2,3 milhões de casos novos no ano de 2020, representando 24,5% dos casos novos de câncer em mulheres, o que se assemelha ao percentual estimado para o Brasil, sendo de 29% dos casos de câncer em mulheres, sendo estimados para o triênio 2023-2025, 73.610 casos novos de câncer de mama³.

Segundo levantamentos estatísticos a incidência de tumores mamários vem aumentando nos países desenvolvidos e subdesenvolvidos, e tal patologia também se configura com alto índice de morbidade e mortalidade, sendo o responsável pelo maior número de mortes por câncer na população feminina estimado para o ano de 2020. As regiões do Brasil que concentram as taxas mais altas de incidência são as regiões mais desenvolvidas, Sul e Sudeste. Em homens o câncer de mama corresponde há cerca de 1% dos casos diagnosticados, fatores genéticos, doenças hepáticas e tumores de próstata estão relacionados com o desenvolvimento neoplásico⁴.

Apesar da incidência de câncer estar aumentando ao longo dos anos, a mortalidade do mesmo vem sofrendo uma leve queda desde a década de 1970, isso

se dá principalmente ao estabelecimento de protocolos e técnicas de rastreio e diagnóstico do câncer de mama em mulheres, o diagnóstico da neoplasia em homens se faz geralmente mais tardio comparativamente às mulheres, o que se pode relacionar ao desconhecimento da patologia por parte da população masculina. O manejo dos pacientes diagnosticados é semelhante em ambos os sexos, sendo relacionado ao tipo de tumor desenvolvido e tendo melhor prognóstico quando descoberto em estágios iniciais⁵.

A realização periódica de exames constitui a maneira mais eficaz de diagnosticar a neoplasia precocemente, evitando assim o desenvolvimento de complicações, os métodos mais utilizados são a mamografia, exames de sangue e ultrassonografias². A mamografia é o principal exame de rastreio de neoplasia mamária, podendo ser realizado a partir dos 35 anos em mulheres na faixa etária de risco. Os sinais patológicos apresentados também são importantes na observação macroscópica de rotina, podem-se indicar sinais sugestivos de alterações neoplásicas a presença de nódulos palpáveis, vermelhidão, coceira frequente na região da mama, secreção anormal do mamilo ou alterações cutâneas como aspecto em casca de laranja ou feridas na região mamilar⁶.

Devido ao grande aporte dos tecidos sanguíneo e linfático na glândula mamária, o risco de o câncer desenvolver metástase para outros tecidos é facilitado⁷. Os fatores de risco relacionados ao desenvolvimento da neoplasia são a faixa etária, o sexo, fatores hormonais – devido à responsividade da mama principalmente ao estrogênio –, história reprodutiva, hábitos de vida, fatores ambientais e antecedentes pessoais ou familiares⁸.

É importante atentar que apesar da indicação periódica de rastreio do câncer de mama por mamografia a partir dos 50 anos, até 15% das mulheres são diagnosticadas pela presença de massa mamária não detectada na mamografia, além disso cerca de 30% desenvolvem o tumor no intervalo entre a realização das mamografias. É de grande importância também atentar para a parcela de mulheres sem acesso ao rastreamento por mamografias de rotina - seja por falta de infraestrutura na região onde reside, ou por serem mulheres jovens com menos de 40 anos – que podem desenvolver neoplasia de mama ou axilar com ou sem alterações cutâneas².

A categorização do câncer de mama é determinada através do Grau Histológico, que prediz a malignidade tumoral e seu potencial metastático. É analisado o índice mitótico, grau tubular e nuclear do tumor, que constituem suas características morfológicas. Por meio das características da célula cancerosa, é elencado os subtipos do tumor, podendo estar relacionado ao receptor de estrógeno (RE), receptor de progesterona (RP), receptor do fator de crescimento epidérmico humano (HER-2) ou relacionado a uma proteína nuclear não histona (Ki-67). A classificação pode guiar melhor o manejo e facilitar o prognóstico do paciente⁹.

A população estimada residente no Brasil para o ano de 2019 é de 210.147.125 habitantes, sendo desta, 52,2% correspondendo a parcela do sexo feminino¹⁰.

O presente estudo teve como objetivo descrever o perfil epidemiológico do câncer de mama no estado do Maranhão, no período de 2013 a 2022 devido à extrema importância da atualização do perfil epidemiológico para se estimar a magnitude da doença e desenvolver estratégias locais para minimizar a morbimortalidade da população acometida, como a melhor alocação de recursos e dinamização do atendimento desta população, em função da padronização do manejo dessa doença tão prevalente¹¹.

2. MÉTODOS

Configura-se um estudo retrospectivo, de caráter epidemiológico, com perspectiva observacional descritiva. Um estudo epidemiológico descritivo determina a prevalência das doenças de acordo com as condições associadas, levando em consideração o tempo, localização, e aspectos individuais¹².

Os dados serão obtidos através do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) e Painel Oncologia Brasil, disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no período de 2013 a 2022.

O espaço amostral consistirá no número de pacientes diagnosticados com câncer de mama no estado do Maranhão, entre 2013 e 2022, o qual consiste em 10.528 de casos. As variáveis de interesse, utilizadas serão: ano, sexo, faixa etária, receptor hormonal e mamografia - número de exames, tipo de detecção de lesão e escolaridade.

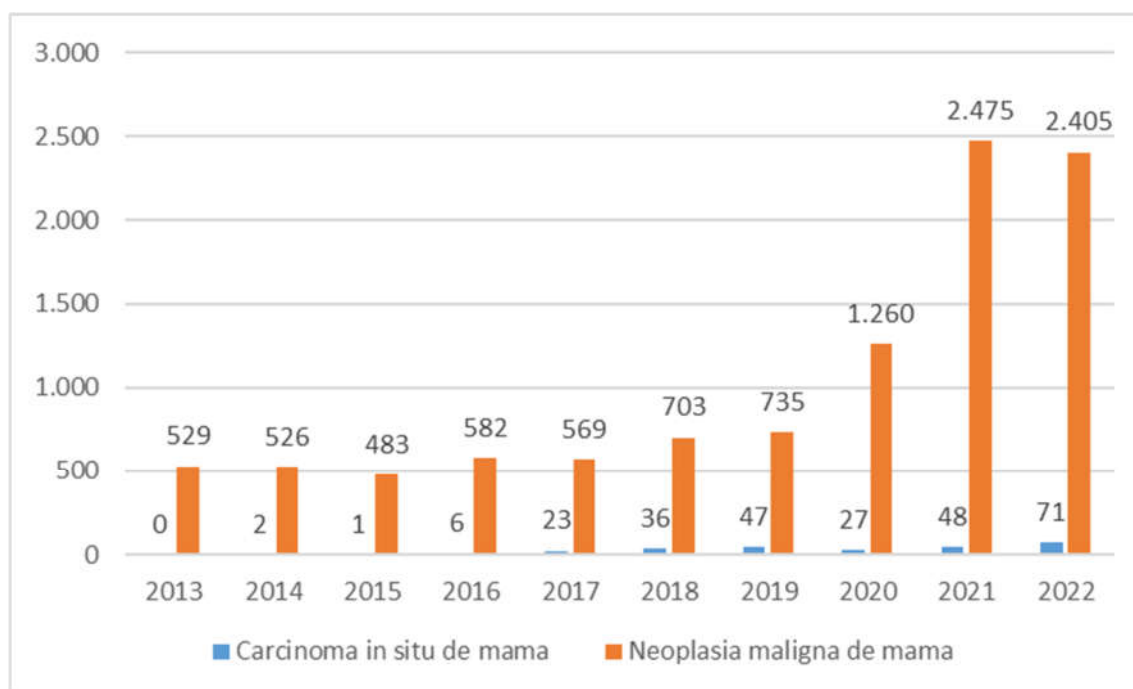
Após coleta, as informações foram organizadas em tabelas, com auxílio do programa TabNet Win32 3.0 e do software Microsoft Excel 2020, e analisadas estatisticamente com apoio do software Statistical Package for the Social Sciences 22.0.

Com a realização desta análise, busca-se enriquecer a sapiência relativa às questões que ameaçam a sobrevivência de pacientes com câncer de mama, com isso, aprimorando o atendimento destes pacientes. Ademais, espera-se que este delineamento possa ser utilizado para atualização e comparação de trabalhos futuros com o mesmo objetivo que o atual.

3. RESULTADOS

No intervalo de tempo analisado, foram registrados 10528 casos de câncer de mama no Maranhão (neoplasia maligna da mama ou carcinoma in situ da mama) . É mostrado na figura 1 que o ano com maior número de casos foi 2021, com 2523 casos, e a menor quantidade foi registrada no ano de 2015, com 484 casos.

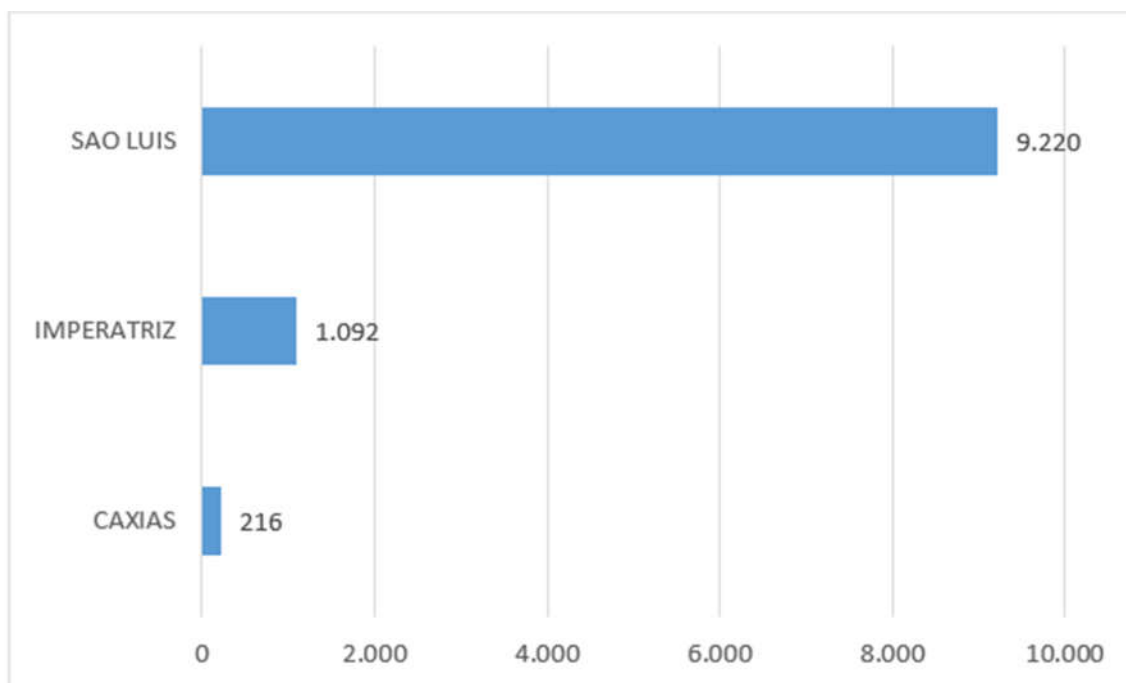
Figura 1. Número de casos de câncer de mama por ano no Maranhão, de 2013 a 2022.



Fonte: Painel Oncologia Brasil - DataSUS.

A figura 2 descreve o número de casos de câncer de mama por município de diagnóstico no Maranhão nesse mesmo período, exteriorizando que São Luís é a cidade com maior número de casos diagnosticados ($n = 9220$) e Caxias a com o menor número ($n = 216$).

Figura 2. Casos de câncer de mama por município de diagnóstico no Maranhão de 2013 a 2022.



Fonte: Painel Oncologia Brasil - DataSUS.

Quanto aos dados socioeconômicos, é evidenciado na tabela 1 que o sexo feminino teve a maior parte dos casos cancer de mama, com 91,1%; no que diz respeito a faixa etária, a doença acomete majoritariamente indivíduos dos 40 a 59 anos, representando 51,8% dos casos.

Tabela 1. Características socioeconômicas dos pacientes com tuberculose na microrregião de Imperatriz, Maranhão, de 2010 a 2020.

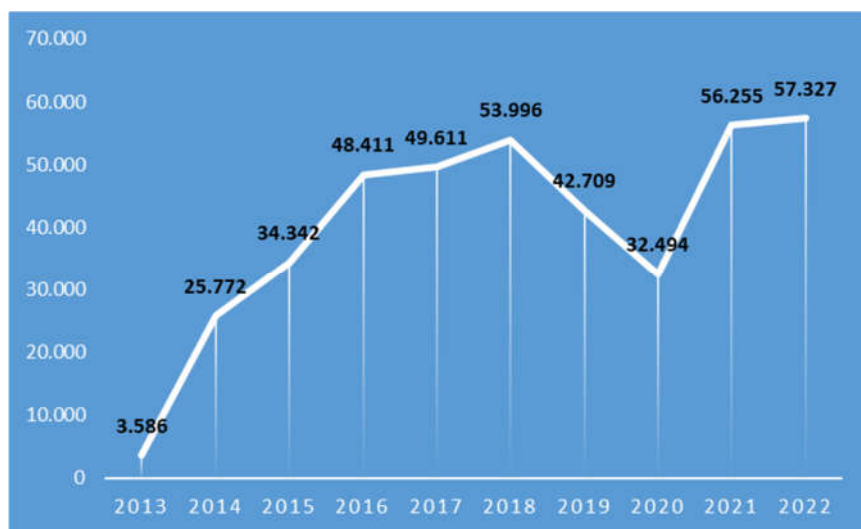
Variável	N	%
Sexo		
Masculino	932	8,8
Feminino	9596	91,1
Faixa etária		

0 – 19 anos	119	1,1
20 – 29 anos	459	4,3
30 – 39 anos	1400	13,2
40 – 49 anos	2666	25,3
50 – 59 anos	2791	26,5
60 – 69 anos	1881	17,8
70 – 79 anos	923	8,7
≥ 80 anos	289	2,7

Fonte: Painel Oncologia Brasil - DataSUS

Na figura 3 Elenca-se o número de mamografias realizadas no período em análise e sua distribuição durante os anos, evidenciando-se um aumento gradativo de 2013 à 2018, seguido de um declínio até o ano de 2020 onde volta à tendência inicial de elevação no número de exames realizados, podendo ser atribuído à dificuldade de notificação e/ou realização do exame em vigência de pandemia (COVID-19), percebe-se também que o ano de 2022 foi o ano em que teve a maior realização de mamografias dentre o período analisado, representando 14% do total de exames realizado durante o período (n=404.503).

Figura 3. Mamografias realizadas no Maranhão de 2013 a 2022.



Fonte: Sistema de Informação do Câncer – SISCAN.

Na tabela 2 podem ser analisados os dados acerca da mamografia, exame utilizado tanto para rastreio quanto para diagnósticos, onde se pode observar, excluindo-se os resultados ignorados, que o maior número de exames realizados foi na população de ensino fundamental incompleto ($n= 1.287$), dos 404.503 exames, 0,5% são relativos à pessoas com histórico familiar positivo, e com relação ao resultado 13,2% dos exames teve um resultado inconclusivo, necessitando de complementação, enquanto 2% dos exames indicaram um acompanhamento mais precoce, realização de biópsia ou tratamento adequado.

Tabela 2. Mamografias realizadas no Maranhão, de 2013 a 2022.

Variável	N	%
Escolaridade		
Analfabeto	550	0,13
Ensino Fundamental Incompleto	1.287	0,3
Ensino Fundamental Completo	700	0,17

Ensino Médio Completo	848	2
Ensino Superior Completo	127	0,02
Ignorado	400.991	99,13
Tipo de Rastreio		
População alvo	393.275	97,2
População de risco elevado (história familiar)	2.113	0,5
Paciente já tratado de câncer de mama	7.532	1,8
Ignorado	1.583	0,39
BI-RADS		
Categoria 0	53.561	13,2
Categoria 1	179.168	44,2
Categoria 2	163.882	40,5
Categoria 3	3.401	0,8
Categoria 4	3.361	0,8
Categoria 5	555	0,1
Categoria 6	575	0,1

Fonte: Sistema de Informação do Câncer – SISCAN.

No que concerne a tabela 3, são informadas características histopatológicas relacionada aos pacientes diagnosticados com câncer de mama. Onde evidencia-se que a maioria da biópsias realizadas foram em pacientes com lesão não palpável (n =5.776), a mama mais acometida foi a mama direita com 50,6%, e o tipo neoplásico mais comum excetuando-se os resultados ignorados foi o carcinoma ductal infiltrante.

Tabela 3. Variáveis histológicas do câncer de mama no Maranhão, de 2013 a 2022.

Variável	N	%
Tipo de detecção da lesão		
Exame clínico da mama (palpável)	4.794	45,3
Imagem (não palpável)	5.776	54,7
Mama		
Mama Direita	5.358	50,6
Mama Esquerda	5.212	49,4
Característica Neoplásica		
Carc. intr. (in situ) baixo grau his.	33	0,3
Carc. intr. (in situ) grau interm.	53	0,5

Carc. intr. (in situ) alto grau hist.	54	0,5
Carcinoma lobular in situ	6	<0,1
Carcinoma ductal infiltrante	1844	17,4
Carc. ductal comp. intr. pred.	11	0,1
Carcinoma lobular invasivo	62	0,5
Carcinoma tubular	15	0,1
Carcinoma mucinoso	45	0,4
Carcinoma medular	1	<0,1
Outros	337	3,1
Ignorado	8.109	76,7

Fonte: Sistema de Informação do Câncer – SISCAN.

Outra característica relevante para o câncer de mama é a presença de receptores hormonais avaliados no estudo imunohistoquímico. A tabela 4 exibe dados a respeito da variação com relação aos mesmos nos casos de câncer de mama no Maranhão no período estudado.

Tabela 4. Dados sobre análise imuno-histoquímica do câncer de mama no Maranhão, de 2013 a 2022.

Variável	N	% (excetuando-se ignorados)
----------	---	-----------------------------

Receptor Estrogênico	Hormonal		
Positivo	6	50	
Negativo	3	25	
Inconclusivo	3	25	
Ignorado	10.558	-	
Receptor Progesterona	Hormonal		
Positivo	5	45	
Negativo	3	27	
Inconclusivo	3	27	
Ignorado	10.559	-	
Outro imuno- histoquímico			
Sim	9	81	
Não	2	19	
Ignorado	10.559	-	

Fonte: Sistema de Informação do Câncer – SISCAN.

4. DISCUSSÃO

No período analisado, foi observado algumas semelhanças entre o perfil socioeconômico deste com os demais estudos pesquisados, incluindo características como predominantemente do sexo feminino, idade entre 40 e 59 anos, e com ensino fundamental incompleto.

A grande similaridade entre o perfil dos indivíduos estudados neste estudo e o de Christina et al⁵ demonstra baixa influência das condições regionais dentro do Brasil na incidência de câncer de mama no que diz respeito à características socioeconômicas.

Quanto à classificação radiológica (BI-RADS) percebe-se uma divergência com relação aos estudos de Neiva, Soares e Secco¹¹, nos quais demonstra-se uma maior frequência de classificações que necessitam de acompanhamento precoce ou complementação cirúrgica para estabelecimento diagnóstico (BI-RADS 3,4 e 5) somando 64,6%. Enquanto no presente estudo as classificações mais frequentes foram as que indicam acompanhamento anual de rotina (BI-RADS 1 e 2) somando 84,8%.

Com relação ao tipo histológico o presente estudo demonstra uma maior prevalência do carcinoma ductal infiltrante correspondendo à 74,9% dos casos analisados, excetuando-se os ignorados, perfil que se assemelha bastante aos estudos de Dantas et al¹. mas ainda assim inferior ao apontamento das Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Carcinoma de Mama que apontam tal tipo histológico em mais de 90% dos casos. A segunda variante histológica mais encontrada foi o carcinoma lobular infiltrante com 2,5% da amostra, divergindo do estudo de Dantas et al¹ em relação à porcentagem da amostra porém assemelhando-se em ordem de aparecimento. Tal análise é de grande importância epidemiológica no que diz respeito ao prognóstico e conduta adotada durante a intervenção terapêutica do câncer de mama.

Acerca dos receptores estrogênicos os dados levantados no presente estudo demonstram a necessidade de uma melhor estratificação dos mesmos, tendo em vista que o número de ignorados corresponde à mais de 99% da amostra total, porém

evidencia-se uma tendência divergente em relação ao estudo de Dantas et al¹. quando se relaciona a positividade de receptores hormonais onde este resulta em sua maior prevalência (80% para RE e 61,14% para RP) em detrimento de outros receptores como HER-2 (20%), enquanto no presente estudo evidenciou-se uma maior prevalência de positividade de outros receptores (n=9) em detrimento à receptores hormonais (n=6 para RE e n=5 para RP).

Abordando acerca do tipo diagnóstico, fator importante para a intervenção precoce otimizando um tratamento menos agressivo e mais eficaz objetivando-se um melhor prognóstico os dados levantados demonstram uma porcentagem semelhante de detecção de lesão palpável (exame clínico) e lesão não palpável (exame de imagem), constituindo respectivamente 45,3 e 54,7% da amostra, não havendo também divergência significativa com relação à lateralidade correspondendo o acometimento da mama direita à 50,6% e a mama esquerda 49,4%. O primeiro parâmetro diverge dos resultados apresentados no estudo de Christina et al⁵. onde a lesão palpável assumiu 69% da amostra enquanto que as lesões detectadas por imagem corresponde à 31%, já o parâmetro lateralidade demonstra um maior acometimento da mama esquerda correspondendo à 57,3% da amostra analisada, demonstrando ainda baixa discrepância com relação à lateralidade no acometimento da mama.

Quanto ao número de mamografias realizadas, o estudo demonstrou aumento crescente até o ano de 2018, o que pode estar relacionado com a criação do programa de mamografia móvel em 2012 segundo a Portaria n° 2.304 conforme descrito no estudo de Teixeira e Aragão⁴. Porém um dado que contrasta com o relatado neste estudo se dá quando se analisa a variável escolaridade tendo mais realização de mamografias pessoas com ensino fundamental incompleto (36,6%) indo de encontro à sentença de que muitos casos de câncer de mama são diagnosticados tardiamente devido à falta de informação da população, já que a mamografia permite o diagnóstico precoce de nódulos cancerígenos.

Relativo à triagem de pacientes com histórico familiar, o presente estudo demonstra uma baixa porcentagem em relação à amostra total representando apenas 0,5% da amostra, fato que demonstra uma maior necessidade de rastreio destes

pacientes tendo em vista que o estudo de Amendola e Vieira¹³ aponta uma associação da patologia com a presença dos genes BRCA1 e BRCA2 em 20% dos casos.

Um dado relevante observado no presente estudo foi em relação ao câncer de mama no sexo masculino, representando uma taxa significativa de 8,8% na década analisada, corroborando com o achado da literatura que traz o acometimento do sexo masculino por processo mutagênico em frequência significativamente menor que no sexo feminino segundo Winters et. Al².

Acerca do decréscimo no número de realização de mamografias nos anos de 2018-2020 pode-se associar à ocorrência da pandemia de COVID-19, que trouxe uma mudança radical no panorama da saúde principalmente no que se refere à rastreamento, devido sua gravidade e necessidade de medidas de isolamento, tal característica no entanto não se espelha no número de diagnósticos de cancer de mama no mesmo período.

5. CONCLUSÃO

Observou-se um aumento progressivo na incidência, com pico em 2021, predominância em mulheres na faixa etária de 40 a 59 anos e elevada proporção de exames mamográficos rotineiros (BI-RADS 1 e 2). Além disso, o carcinoma ductal infiltrante representou a maioria dos casos analisados, demonstrando consonância com dados nacionais.

Esses achados corroboram a literatura, que enfatiza a relevância do rastreamento precoce e da caracterização histopatológica para melhorar o prognóstico das pacientes. A elevada taxa de registros “ignorados” em exames de imunohistoquímica evidencia a necessidade de aprimorar os fluxos de coleta, análise e notificação de dados. A implementação de protocolos regionais, adaptados às especificidades demográficas do Maranhão, pode otimizar a alocação de recursos e reduzir disparidades no diagnóstico.

Como limitações, destacam-se o uso de dados secundários sujeitos a falhas de completude e a escassez de informações sobre fatores de risco individuais, como

histórico familiar e exposições hormonais. Trabalhos futuros devem incorporar metodologias qualitativas e avaliar o impacto de programas educativos na adesão ao rastreio. Recomenda-se, ainda, fortalecer políticas públicas de triagem e o acesso a testes hormonais, visando à detecção precoce e ao aprimoramento do manejo clínico do câncer de mama na região.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DANTAS, Giovana Gurjão et al. Perfil epidemiológico de pacientes com câncer de mama atendidos no Hospital Hinja em Volta Redonda – RJ: análise de prontuários. Cadernos UniFOA v. 14, n. 41, p. 137–146 , 3 dez. 2019. Disponível em: <https://revistas.unifoa.edu.br/cadernos/article/view/2843>. Acesso em: 25 nov. 2021.
2. WINTERS, S., MARTIN, C., MURPHY, D., & SHOKAR, N. K. (2017). Breast Cancer Epidemiology, Prevention, and Screening. Approaches to Understanding Breast Cancer, 1–32.
3. Instituto Nacional do Câncer (INCA) [homepage on the Internet]. Estimativa 2018 –Incidência de câncer no Brasil. Available from: URL: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/estimativa-2018.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2021.
4. TEIXEIRA, Luana; ARAGÃO, Mariana. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO CâNCER DE MAMA NO BRASIL: UM RESGATE DA LITERATURA. Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde - UNIT - PERNAMBUCO v. 4, n. 3, p. 62–62 , 2020. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/facipesaude/article/view/9874>. Acesso em: 25 nov. 2021.
5. CHRISTINA, Beatriz *et al.* Perfil epidemiológico das pacientes com câncer de mama atendidas em Juiz de Fora – Minas Gerais (MG), Brasil / Epidemiological profile of breast cancer patients treated in Juiz de Fora - Minas Gerais (MG), Brazil. Brazilian Journal of Development v. 6, n. 10, p. 80575–80592 , 2020. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/18626/14998>. Acesso em: 25 nov. 2021.
6. ISABELA COSTA CERQUEIRA; SILVA; LORENA, Evelyn. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE CâNCER DE MAMA FEMININA NA REGIÃO NORTE NO ANO DE 2020. Facit Business and Technology Journal v. 1, n. 27 , 2020. Disponível em: <http://revistas.faculdefacit.edu.br/index.php/JNT/article/view/1038/702>. Acesso em: 25 nov. 2021.
7. MOORE, K. L. et al. Anatomia orientada para a clínica. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 98-106.
8. MOY, B. Câncer de Mama Localizado. In: CHABNER, B. A.; LONGO, D. L. Manual de oncologia de Harrison. 2. ed. Porto Alegre: AMGH, 2015. p. 706-713.
9. LUIZA, Ana et al. FATORES DE RISCO E PREVENÇÃO DO CâNCER DE MAMA. Cadernos da Medicina - UNIFESO v. 2, n. 3 , 2019. Disponível em: <https://revista.unifeso.edu.br/index.php/cadernosdemedicinaunifeso/article/view/1683>. Acesso em: 25 nov. 2021.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnad_panorama_saude_brasil.pdf. Acesso em: 25 nov. 2021.
11. NEIVA, Vera; SOARES, Lisandra; SECCO, Leonardo. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE CâNCER DE MAMA DA POPULAÇÃO ATENDIDA NO HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS – JACAREÍ. Anais [recurso

eletrônico] //II Encontro Científico Humanitas. Disponível em: <https://www.humanitas.edu.br/arquivos.humanitas/oficial-anais-02.pdf#page=153>. Acesso em: 25 nov. 2021.

12. LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 12, n. 4, p. 189–201, 2003.
13. AMENDOLA, Luis Cláudio Belo; VIEIRA, Roberto. A contribuição dos genes BRCA na predisposição hereditária ao câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, p. 325-330, 2005. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_51/v04/pdf/revisao3.pdf. Acesso em: 25 de nov. 2021.

NORMAS DA REVISTA BRASILEIRA DE PESQUISA EM SAÚDE

REVISTA BRASILEIRA DE PESQUISA EM SAÚDE

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

- Declaração de Conflito de Interesse
- Parecer consubstanciado de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa
- Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais
- Manuscrito redigido seguindo template da revista

Diretrizes para Autores

MENU

No menu "*Sobre a Revista*" <https://periodicos.ufes.br/rbps/about> está disponível nosso foco, escopo e periodicidade; Política de Acesso livre; Responsabilidades do autor; Aspectos éticos e Política contra plágio e más condutas e pesquisa; Documentação de conflito de interesse e de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa; Registros de ensaios clínicos e direitos autorais (Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais).

As Diretrizes estão dispostas abaixo. Acesse o [template](#) para submeter o seu manuscrito na RBPS. Siga-o rigorosamente. Insira também as demais declarações e folhas de rosto.

SUBMISSÃO

A submissão de trabalhos na rbps é online pelo sistema Open Journal System (OJS) (<https://periodicos.ufes.br/rbps/about/submissions>). O autor correspondente deve fornecer um ID ORCID (*Open Researcher and Contributor ID*, <http://orcid.org/>) no momento da submissão inserindo-o no perfil do usuário no sistema de submissão. Recomendamos que seja feito o mesmo para os coautores.

Na submissão, os autores devem realizar *upload* de todos os documentos constantes nas seções "conflitos de interesse" e "direitos autorais". Além disso, deve fazer *upload* do manuscrito a ser avaliado (seguir *templates* indicados).

FLUXO EDITORIAL

Na seleção de manuscritos para publicação, são avaliados: originalidade, relevância e metodologia, além da adequação às normas editoriais adotadas pelo periódico (disponível em "Diretrizes para Autores").

Ao ser submetido à avaliação, o manuscrito é avaliado inicialmente pela Secretaria, observando se está em concordância com as normas de publicação da RBPS, principalmente à juntada documental exigida. Em seguida, o manuscrito é designado aos editores científicos para iniciar o processo de avaliação duplo-cega e por pares.

Os manuscritos só iniciarão o processo de tramitação se estiverem de acordo com as "Diretrizes para Autores". Caso contrário, serão devolvidos para adequação às normas e inclusão de documentos eventualmente necessários.

Os editores científicos recebem os manuscritos designados pelo editor-chefe, avaliam se há concordância com o foco e escopo científico de publicação da RBPS e inicia, tarefa de revisão técnico-científica por meio de indicação de pareceristas/revisores ad hoc científicos que recebem os manuscritos. Esta etapa editorial ocorre com distribuição aos pareceristas/revisores ad hoc descentralizada, sendo que um revisor é vinculado a instituições localizadas no Estado do Espírito Santo ou em outros Estados, e o outro revisor externo, de instituições localizadas fora do Espírito Santo ou fora do Brasil.

Os editores científicos recebem as avaliações dos pareceristas/revisores ad hoc, elaboram parecer consubstanciado dos manuscritos científicos e remete-os ao editor-científico, num prazo médio de 30 dias úteis.

O processo de avaliação por pares e de forma cega (sistema de peer e *blind review*) é procedimento sigiloso quanto à identidade tanto dos autores quanto dos pareceristas/revisores ad hoc, por isso os autores deverão empregar todos os meios possíveis para evitar a identificação de autoria do manuscrito e os revisores/pareceristas ad hoc certificarão que não há qualquer conflito de interesse nas análises técnico-científicas.

Os pareceres dos pareceristas/revisores *ad hoc* englobam três possibilidades: a) Submissão aceita; b) Submissão aceita com restrições; c) Submissão rejeitada. O parecer final será emitido pelo editor científico que definirá os próximos passos do fluxo editorial do manuscrito. Os autores acompanham esse fluxo pelo sistema Open Journal System (OJS) que utilizou para submeter o manuscrito.

Os manuscritos, quando aceitos, estarão sujeitos a pequenas correções ou modificações que não alterem o estilo do autor. Essas eventuais modificações só ocorrerão após prévia consulta ao autor.

No caso de aceite com restrições, o editor científico devolverá o manuscrito aos autores para que façam as devidas alterações indicadas pelos pareceristas/revisores *ad hoc* e reapresentem para nova avaliação.

Quando recusado, o editor científico devolverá o manuscrito aos autores com a justificativa.

DIRETRIZES PARA AUTORES

1. CONTEÚDO DAS SEÇÕES

Os manuscritos enviados à RBPS devem ser redigidos no idioma português ou inglês e devem se enquadrar em uma das seções da revista, descritas a seguir:

1 - **Editorial**: comentário crítico e aprofundado, preparado pelos editores da Revista e/ou por pessoa convidada com notória vivência sobre o assunto abordado. Deve conter a estrutura de um texto dissertativo, com Introdução, Desenvolvimento, Conclusão e Referências.

2 - **Artigos originais** (perfazem mais de 80% da edição): apresentam resultados inéditos de pesquisa científica, clínica ou experimental, entre outros. Devem conter em sua estrutura: Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências.

3 - **Relatos de casos**: apresentação da experiência profissional, baseada em estudos de casos peculiares e/ou em novas técnicas, com comentários sucintos de interesse para a atuação de outros profissionais da área. Devem conter em sua estrutura: Introdução, Relato(s) do(s) Caso(s), Discussão e Referências. Para relatos de técnicas: Introdução, Apresentação da Técnica, Conclusão e Referências.

4 - **Artigos de revisão**: avaliação crítica sistematizada sobre determinado assunto, devendo ter conclusões. Devem ser descritos os procedimentos adotados – metodologia de busca, critérios de inclusão e exclusão, resultados e discussão –

esclarecendo a delimitação do tema. Devem conter em sua estrutura: Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências.

5 - Relatos de Experiência: Redação técnico-científica com objetivo de descrever experiência vivenciada e contribuir com a construção do conhecimento na área de forma sistematizada e estruturada com finalidade de trazer reflexões sobre determinada realidade e/ou experiência. Deve conter: Introdução (contextualização, relato da experiência, marco teórico), resultados, discussão e conclusões.

2. MANUSCRITOS EM LINGUA ESTRANGEIRA

A Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde aceita submissão de manuscritos na íntegra em língua estrangeira desde que os autores apresentem junto ao trabalho submetido o certificado de revisão de inglês ou espanhol.

Os pesquisadores deverão assumir os custos da revisão em língua estrangeira. Caso um dos coautores seja estrangeiro nativo da língua inglesa e/ou espanhola, este deverá revisar o inglês e o espanhol do trabalho. O autor principal (correspondente) deverá enviar atesto para revista confirmando que essa revisão foi feita por um dos autores nativos da língua inglesa ou espanhola.

Para manuscritos em língua portuguesa, é obrigatório seção de *abstract*, porém não é necessário submeter atesto de revisão da língua (essa etapa é realizada no fluxo de editoração da RBPS sem custos aos autores).

3. APRESENTAÇÃO DO MANUSCRITO

Os manuscritos deverão ser digitados em *Word for Windows* e enviados exclusivamente pelo Sistema *On-line* de Submissão de Manuscritos (<http://periodicos.ufes.br/rbps>), acompanhados dos documentos digitalizados: a) Declaração de Conflito de Interesse; b) Parecer consubstanciado de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa; c) Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais.

As páginas do manuscrito devem estar numeradas e configuradas para papel A4, com margens superior, inferior, esquerda e direita de 3 cm, fonte Arial tamanho 12 e espaço 1,5, com alinhamento do texto justificado e parágrafos com tabulação com recuo de primeira linha em 1,25. O número de páginas está limitado a 25 e deve obedecer à configuração acima, incluindo Página de Rosto, Resumo, *Abstract*,

Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão, Referências, além de ilustrações (figuras, tabelas, quadros, gráficos, fotos etc.).

A) Página de rosto

Deverá ser enviada uma página de rosto contendo somente os seguintes itens: título do manuscrito em português e inglês e nome completo dos autores, informação sobre a afiliação dos autores (principal instituição de origem, cidade, estado e país), nome e endereço completo para correspondência, local em que o estudo foi realizado. Indicação do responsável pela troca de correspondência, fornecendo endereço completo (CEP, telefone com DDD e endereço eletrônico - e-mail) para contato.

Devem ser incluídas na folha de rosto as fontes de financiamento para realização da pesquisa, tais como: bolsas de estudos e auxílios financeiros.

IMPORTANTE: A Página de Rosto deve ser incluída como documento suplementar. Os dados contidos na página de rosto não devem ser incluídos no corpo do manuscrito para garantia do sistema de fluxo editorial *blind review*.

B) Resumo e Abstract

Os resumos devem possibilitar ao leitor avaliar o interesse do manuscrito e compor uma série coerente de frases, e não a simples enumeração de títulos, fornecendo, portanto, uma visão clara e concisa do conteúdo do manuscrito, suas conclusões significativas e a contribuição para a saúde coletiva. Deve conter, no máximo, 250 palavras e ser apresentado em português e inglês, incluindo palavras de estrutura (Introdução, Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusão) e palavras-chave.

C) Palavras-chave e Keywords

São palavras ou expressões que identificam o conteúdo do manuscrito, fornecidas pelo próprio autor. Deverão ser seguidos os cabeçalhos de assuntos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), em português e inglês, indicados pela Biblioteca Virtual em Saúde (<http://decs.bvs.br>).

D) Estrutura do texto

A estrutura do texto deverá estar de acordo com a natureza do manuscrito: Editorial, Artigos Originais, Artigos de Revisão, Relato de Casos e de Experiência.

E) Ilustrações

As ilustrações e tabelas do manuscrito submetido à apreciação estão limitadas ao número máximo de cinco. No entanto, no caso de aceite do manuscrito, serão solicitados aos autores os arquivos originais em que as ilustrações e tabelas foram construídas a fim de permitir a formatação gráfica.

De acordo com a ABNT, NBR 14724, de 17 de março de 2011, “Qualquer que seja o tipo de ilustração [ou tabela], sua identificação aparece na parte superior, precedida da palavra designativa (desenho, esquema, fluxograma, fotografia, gráfico, mapa, organograma, planta, quadro, retrato, figura, imagem, entre outros), seguida de seu número de ordem de ocorrência no texto, em algarismos arábicos, travessão e do respectivo título”.

Os desenhos enviados poderão ser melhorados ou redesenhados pela produção da Revista, a critério do Corpo Editorial. Imagens digitais poderão ser aceitas desde que sua captação primária tenha ocorrido, pelo menos, em tamanho (10cm x 15cm) e com resolução adequada (300 dpi). Desenhos e esquemas deverão ser limitados ao mínimo, feitos, preferencialmente, em *Corel Draw*, devendo ser fornecidos em formato digital junto com o arquivo do manuscrito e apresentados em folhas separadas. Se houver figuras extraídas de outros trabalhos previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução. Essa autorização deve acompanhar o manuscrito submetido à apreciação para publicação. Todas as ilustrações e tabelas, sem exceção, devem ser citadas no corpo do texto e ser apresentadas em páginas separadas.

F) Agradecimentos

É opcional aos autores. Devem ser breves, diretos e dirigidos apenas a pessoas ou instituições que contribuíram substancialmente para a elaboração do manuscrito. Deverão estar dispostos no manuscrito antes das referências. Não devem ser feitos agradecimentos de cunho pessoal ou familiar.

G) Referências

As referências estão limitadas a um número máximo de 30 (exceto para revisões sistemáticas) e devem ser apresentadas na ordem em que aparecem no texto, numeradas e normatizadas de acordo com o Estilo *Vancouver*. Os exemplos devem estar conforme os Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos ([National Library of Medicine](#)).

A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores. Referências a documentos não indexados na literatura científica mundial, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento (teses, relatórios de pesquisa, comunicações em eventos, dentre outros) e informações extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, se relevantes, devem figurar no rodapé das páginas do texto onde foram citadas.

H) Citação das referências no texto

Seguir o sistema numérico de citação, no qual somente os números índices das referências, na forma sobrescrita, são indicados no texto. Não devem ser citados os nomes dos autores e o ano de publicação. Somente é permitida a citação de nome de autores (seguido de número índice e ano de publicação do manuscrito) se estritamente necessário. Exemplos de citação de referências no texto:

- Números aleatórios

“O processamento é negligenciado pela maioria dos profissionais, chegando alguns autores a afirmar que cerca de 90% das falhas em radiografias acontecem na câmara escura” ^{2,8,10}.

- Números sequenciais

“Desde que observações clínicas comprovaram que lesões de mancha branca são reversíveis, a remineralização passou a ser um importante mecanismo na prevenção e redução clínica das cáries em esmalte”¹⁻⁴.

- Citação de nome de autor

“Cassatly et al.² reportam um caso de osteomielite em uma paciente submetida à apicectomia com laser de Nd: YAG, que levou à necrose de parte da maxila, pela difusão do calor gerado ao tecido ósseo adjacente ao ápice radicular.”

I) Abreviaturas

Não são recomendáveis, exceto as reconhecidas pelo Sistema Internacional de Pesos e Medidas ou as consagradas nas publicações médicas, que deverão seguir as normas internacionais tradicionalmente em uso (aprovasdas pelo documento de Montreal publicado no British Medical Journal 1979;1:532-5). Quando o número de abreviaturas for significativo, providenciar um glossário à parte.

J) Nomes de drogas

A utilização de nomes comerciais (marca registrada) não é recomendável; quando necessário, o nome do produto deverá vir após o nome genérico, entre parênteses, em caixa-alta-e-baixa, seguido pelo símbolo que caracteriza a marca registrada, em sobrescrito.

K) Considerações finais

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a sua conformidade em relação a todos os itens aqui listados. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

Para contato, envie e-mail para rbps.ccs@ufes.br

Correspondências devem ser enviadas à Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde aos cuidados da Editoria-chefe da Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde (RBPS), endereço: Avenida Marechal Campos, número 1468, Maruípe, Vitória, Espírito Santo, Brasil, Cep: 29040-090. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo.

Artigos Originais

O resumo deve possibilitar ao leitor avaliar o interesse do manuscrito e compor uma série coerente de frases, e não a simples enumeração de títulos, fornecendo, portanto, uma visão clara e concisa do conteúdo do manuscrito, suas conclusões significativas e a contribuição para a saúde coletiva. Deve conter no máximo 250 palavras, em parágrafo único, espaçamento simples, e as seções “**Introdução, Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusão**”. O nome da seção deve estar em negrito. O texto deve ser em fonte Arial, 12, sem negrito. Ao final do resumo, devem ser listadas de 3 a 5 palavras-chave.

Relato de Caso

Apresentação da experiência profissional, baseada em estudos de casos peculiares e/ou em novas técnicas, com comentários sucintos de interesse para a atuação de outros profissionais da área. Devem conter em sua estrutura: Introdução, Relato(s) do(s) Caso(s), Discussão e Referências. Para relatos de técnicas: Introdução, Apresentação da Técnica, Conclusão e Referências.

Relatos de Experiência

Redação técnico-científica com objetivo de descrever experiência vivenciada e contribuir com a construção do conhecimento na área de forma sistematizada e estruturada com finalidade de trazer reflexões sobre determinada realidade e/ou experiência. Deve conter: Introdução (contextualização, relato da experiência, marco teórico), resultados, discussão e conclusões.

Artigos de Revisão

Avaliação crítica sistematizada sobre determinado assunto, devendo ter conclusões. Devem ser descritos os procedimentos adotados – metodologia de busca, critérios de inclusão e exclusão, resultados e discussão – esclarecendo a delimitação do tema. Devem conter em sua estrutura: Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências.

Declaração de Direito Autoral

Direitos Autorais

Solicita-se aos autores dos manuscritos submetidos à apreciação enviar à RBPS uma Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais, contendo a assinatura de cada um dos autores, de acordo com o modelo apresentado a seguir:

Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais

Nós, abaixo assinados, transferimos todos os direitos autorais do manuscrito intitulado “_____” à Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde. Declaramos, ainda, que o manuscrito é original e não está sendo considerado para publicação em outra revista, no formato impresso ou eletrônico.

(Discriminar as funções de cada autor)

Exemplos:

(Nome do autor) realizou a aplicação do questionário, experimento clínico, correção e edição final.

(Nome do autor) realizou a busca bibliográfica, coletou dados e atuou na redação, correção e edição final.

Local, __/__/__. Assinatura(s): _____

IMPORTANTE: A Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais deve ser incluída como documento suplementar.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

Respeitosamente,

Equipe Editorial da RBPS.