

# Estudo Epidemiológico de Pacientes com Tumor de Ovário no Município de Jundiaí no Período de Junho de 2001 a Junho de 2006

*Epidemiological Study of Ovary Tumor Patients in the city of Jundiaí from June, 2001 to June, 2006*

Estudio Epidemiológico de Pacientes con Tumor de Ovario en el Municipio de Jundiaí, durante el periodo de junio de 2001 a junio de 2006

Bianca Mello Luiz<sup>1</sup>, Patrícia Frodl Miranda<sup>1</sup>, Edna Marina Cappi Maia<sup>2</sup>, Rogério Bonassi Machado<sup>3</sup>, Milzen Jessel Lavander Giatti<sup>4</sup>,  
Armando Antico Filho<sup>5</sup>, João Bosco Ramos Borges<sup>6</sup>

## Resumo

O estudo teve como objetivo avaliar o perfil sociodemográfico e reprodutivo de mulheres com diagnóstico de câncer de ovário na cidade de Jundiaí, São Paulo, no período de junho de 2001 a junho de 2006. Foi realizado um estudo descritivo, retrospectivo, através de inquérito, de todos os casos de tumores malignos do Laboratório de Anatomia Patológica do Sistema Único de Saúde (SUS) de Jundiaí e do Ambulatório de Saúde da Mulher da Secretaria de Saúde do Município de Jundiaí, a fim de identificar o perfil dos casos de tumor de ovário maligno. As características sociodemográficas das pacientes portadoras de tumor de ovário evidenciaram que: a média de idade no momento do diagnóstico foi de 55 ( $\pm$  13,5 anos); a média de nível educacional no momento do diagnóstico foi de 5,8 ( $\pm$  3 anos); e a maior prevalência foi de mulheres casadas e de raça branca. As características reprodutivas das pacientes portadoras de tumor de ovário evidenciaram que: a média de idade da menarca foi de 13 ( $\pm$  1,6 ano); a maior prevalência foi de multiparidade; houve aumento de peso desde a idade do diagnóstico até a idade atual; a média de tempo de amamentação foi de 8,6 meses ( $\pm$  6,5 meses); e houve maior prevalência de mulheres que fizeram uso de anticoncepcional hormonal oral.

**Palavras-chave:** Neoplasias Ovarianas; Fatores Socioeconômicos; Dados Demográficos; História Reprodutiva; Epidemiologia Descritiva; Estudos Retrospectivos; Jundiaí, SP

<sup>1</sup>Aluna da Graduação do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Jundiaí.

<sup>2</sup>Doutora em Tocoginecologia pela Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp e Professora Adjunta da Disciplina de Ginecologia da Faculdade de Medicina de Jundiaí.

<sup>3</sup>Doutor em Tocoginecologia pela Faculdade de Medicina da UNIFESP e Professor Adjunto da Disciplina de Ginecologia da Faculdade de Medicina de Jundiaí.

<sup>4</sup>Mestre em Tocoginecologia pela Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp e Professora Assistente da Disciplina de Ginecologia da Faculdade de Medicina de Jundiaí.

<sup>5</sup>Médico Patologista e Professor Auxiliar da Disciplina de Patologia da Faculdade de Medicina de Jundiaí.

<sup>6</sup>Doutor em Tocoginecologia pela Faculdade de Medicina da USP e Professor Titular da Disciplina de Ginecologia da Faculdade de Medicina de Jundiaí.

Este estudo fez parte do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica - PIBIC/CNPq da Faculdade de Medicina de Jundiaí, ano de 2007.  
Endereço para correspondência: João Bosco Ramos Borges. Av. Nove de Julho, 1.177 - Sala 11 - Jundiaí (SP), Brasil - CEP: 13.208-010.  
E-mail: drbosco@terra.com.br

## INTRODUÇÃO

O câncer de ovário é a oitava neoplasia maligna mais diagnosticada em mulheres no Brasil e a quinta causa de morte por câncer em mulheres americanas<sup>1</sup>, além de ser responsável por 6% dos cânceres que atingem as mulheres. Sendo o terceiro mais incidente no aparelho genital feminino em países desenvolvidos<sup>2,3</sup>, ficando abaixo apenas do carcinoma do colo do útero e de endométrio<sup>4</sup>, corresponde a 1,8% dos cânceres ginecológicos, sendo o que apresenta mais elevada mortalidade<sup>5</sup>.

Esse tumor pode ocorrer em qualquer faixa etária, mas acomete principalmente mulheres acima dos 40 anos de idade, constituindo-se numa das clássicas neoplasias ocultas do abdômen.

Estudos americanos indicam que esse câncer pode ocorrer em uma a cada 69 mulheres ao longo da vida, sendo que, anualmente, 20.000 mulheres são diagnosticadas com a doença e, destas, 15.000 morrem por ano. Das mulheres diagnosticadas com câncer de ovário, 55 % morrem dentro de cinco anos, enquanto que entre as mulheres negras apenas 40% sobrevivem cinco anos ou mais<sup>6</sup>. A estimativa de novos casos de morte por câncer ovariano nos Estados Unidos em 2007 era de 22.430 casos novos e 15.280 mortes<sup>7</sup>. Durante toda a vida, a mulher apresenta o risco de 1,48% de chance de desenvolver a doença e a incidência aumenta com a idade, de 1,4 casos por 100.000 em mulheres abaixo dos 40 anos até 45 casos por 100.000 em pacientes acima dos 60 anos<sup>8</sup>.

Sendo os ovários órgãos duplos e pequenos situados na pélvis feminina, os tumores iniciais são difíceis de diagnosticar através do exame clínico na consulta ginecológica<sup>2</sup>.

O câncer de ovário geralmente não causa sintomatologia, tornando o tumor ginecológico mais difícil de ser diagnosticado e, quando se manifesta, é muito provável que a doença esteja num estado avançado ou tenha se expandido além dos ovários e, por isso, 70% dos diagnósticos são tardios<sup>4</sup>. Outro fator que dificulta o diagnóstico é que não há um método diagnóstico confiável, fácil de executar e que possa ser realizado em todas as mulheres, e os sintomas apresentados na doença já avançada são facilmente confundidos com os de outras patologias.

Sendo assim, a única maneira de interferir na história natural do câncer do ovário é o estabelecimento precoce de seu diagnóstico e a correta abordagem terapêutica. O fato de que, mesmo em países desenvolvidos, pouco se avançou em termos de diagnóstico precoce tem colaborado para a manutenção de uma taxa de mortalidade por essa doença em níveis bastante elevados.

A etiologia do câncer de ovário parece ser multifatorial, incluindo fatores reprodutivos, hereditários e pessoais. Existem evidências consistentes a respeito do efeito protetor do uso de contraceptivos orais, da multiparidade<sup>9</sup>, não sendo significativa a quantidade de filhos, nem a idade com que foram concebidos, independentemente do subtipo histológico<sup>10</sup>.

A dieta é um fator de influência significativa no risco de desenvolver câncer ginecológico: frutas, vegetais (particularmente os que contêm caroteno, como o tomate e a cenoura) e antioxidantes reduzem o risco, enquanto gordura animal aumenta esse risco. Já a atividade física protege contra câncer de ovário, independentemente do Índice de Massa Corpórea.

Os principais fatores de risco não modificáveis para o câncer de ovário são a idade e a susceptibilidade genética. Cerca de 10% dos casos de tumor ovariano apresentam componente genético ou familiar, sendo a presença de casos na família o fator de risco isolado mais importante<sup>5</sup>. Também mulheres que carregam mutações deletérias nos genes relacionados ao câncer de ovário (BRCA1 no cromossomo 17q12-21 e BRCA2 no cromossomo 13q12-13) possuem aumento do risco de desenvolver essa doença<sup>8,11,12</sup>.

A neoplasia maligna de ovário representa desafio; pois, apesar dos avanços da terapia oncológica, a sobrevida das pacientes não se alterou muito nas últimas décadas<sup>1</sup>. A sobrevida global é de apenas 30% a 40% em cinco anos. Isso ocorre, em parte, porque a maioria das pacientes tem a doença diagnosticada em estágios avançados, depois que o câncer já se estendeu além dos limites do ovário<sup>8</sup>, situação em que as opções de tratamento são restritas à cirurgia citorrredutora e a quimioterapia baseada nos derivados da platina. Essas modalidades terapêuticas são apenas parcialmente efetivas e, conseqüentemente, a maioria das pacientes apresentará recorrência e óbito em função da doença, o que reafirma a importância da detecção precoce.

Nos Estados Unidos, apenas 20% dos casos são diagnosticados precocemente. Quando diagnosticada em estágios mais avançados, a sobrevida de cinco anos diminui em cerca de 30%<sup>6</sup>.

Baseado na morbiletalidade dessa doença e no pouco conhecimento da epidemiologia desse tumor no município de Jundiá, resolveu-se fazer este estudo. A integração da universidade e da saúde é hoje diretriz curricular do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde na busca de melhores resultados em saúde pública. Uma base de dados para os gestores de saúde municipal em Jundiá é fundamental para que medidas de diagnóstico precoce de doença mortal possam ser implantadas e, com isso, modificar o resultado do diagnóstico e do tratamento dessa grave patologia no Estado de São Paulo.

Foi com base nessa realidade que se resolveu estabelecer o perfil das mulheres que tiveram câncer de ovário no município de Jundiá e, assim, avaliar as características sociodemográficas e reprodutivas; a presença de história pessoal e familiar nos casos de câncer ovariano; bem como a que tipo de investigação médica anterior ao diagnóstico haviam sido submetidas essas mulheres (exames subsidiários e sintomas); e o tipo de tratamento a que se submeteram.

## CASUÍSTICA E MÉTODO

Estudo descritivo, retrospectivo, por meio de inquérito a todos os casos de tumores malignos, aplicado às pacientes que compareceram ao Ambulatório de Saúde da Mulher da Secretaria de Saúde do Município de Jundiá. Foram incluídas todas as mulheres com diagnóstico confirmado de câncer de ovário, baseando-se em resultados de anatomopatologia; os dados histopatológicos foram obtidos através do cadastro das pacientes que compareceram ao Laboratório de Anatomia Patológica do Sistema Único de Saúde (SUS) de Jundiá, no período de 30 de junho de 2001 a 30 de junho de 2006, e que foram diagnosticadas com tumor de ovário maligno. O Laboratório de Anatomia Patológica do SUS de Jundiá centraliza todos os exames histopatológicos do município. Foram excluídas as mulheres cujo diagnóstico histopatológico foi indeterminado ou trazia dúvida. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Jundiá, seguindo as normas de pesquisa em seres humanos e de acordo com a declaração de Helsinque revisada em 1983. Os sujeitos da pesquisa foram contatados via telefone e, após lido o termo de consentimento pelo entrevistador e assinado pela

entrevistada, iniciou-se o inquérito através de questionário estruturado, codificado e pré-testado, que foi aplicado por alunos da Faculdade de Medicina de Jundiá, após treinamento na fase de pré-teste. Os dados coletados foram digitados em planilha do programa Microsoft Excel. Os resultados foram consolidados e apresentados em forma de tabelas e gráficos. Os dados foram descritos através de médias, desvio-padrão e frequências absolutas (n) e relativas (%). O nível de significância assumido foi de 5% e o *software* utilizado para análise foi o SAS versão 8.2.

## RESULTADOS

Foram avaliadas no total 455 mulheres com tumores de ovário, entre as quais 398 (87,47%) apresentaram tumores benignos e 57 (12,53%) tumores malignos, objeto deste estudo (Tabela 1). A média de idade no momento do diagnóstico do câncer ovariano foi de 55 anos ( $\pm 13,5$  anos) e a maioria das mulheres possuía nível educacional de 5,8 ( $\pm 3$  anos), em média (ensino primário). Entre as pacientes estudadas, em média, a idade da menarca foi de 13 ( $\pm 1,6$  ano), e eram mulheres múltíparas, sendo que todas tiveram aumento de peso do momento do diagnóstico até o momento do estudo (Tabela 2). A maioria das mulheres estudadas (40%) tinha até 50 anos no momento do diagnóstico, pertencia à raça branca e era casada. Das pacientes analisadas, 65% fizeram uso de anticoncepcional hormonal oral por algum período da vida e 90% delas amamentaram seus filhos. Nenhuma delas possuía história familiar de câncer de ovário, 15% possuíam história familiar de câncer de mama e 40% relatavam história familiar de outros tipos de câncer que não o de mama ou de ovário. Das pacientes estudadas, 35% possuíam ultrassonografia

**Tabela 1.** Tipos histológicos de tumores malignos de ovário encontrados na população feminina do município de Jundiá, no período de junho de 2001 a junho de 2006

<b>Malignos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Cistoadenocarcinoma papilífero, seroso, unilateral	14	24,6%
Cistoadenocarcinoma papilífero, mucinoso, unilateral	11	19,3%
Adenocarcinoma unilateral	10	17,5%
Cistoadenocarcinoma papilífero, seroso, bilateral	7	12,3%
Adenocarcinoma bilateral	7	12,3%
Adenocarcinoma metastático unilateral	2	3,5%
Cistoadenocarcinoma papilífero, mucinoso, bilateral	1	1,8%
Cistoadenocarcinoma papilífero, sero-mucinoso, unilateral	1	1,8%
Adenocarcinoma metastático bilateral	1	1,8%
Neoplasia maligna indiferenciada, de grandes células, unilateral	1	1,8%
Tumor cístico, seroso, padrão <i>borderline</i> , bilateral (com pequena área de invasão)	1	1,8%
Carcinoma indiferenciado	1	1,8%

anterior ao diagnóstico, sendo que 25% dos exames foram realizados até um ano antes e 10% até dois anos antes do diagnóstico; 65% das mulheres estudadas não possuíam ultrassonografia anterior ao diagnóstico. Todas as pacientes que responderam ao questionário realizaram cirurgia como tratamento, sendo que nenhuma delas se submeteu à radioterapia e sete delas (35%), além da cirurgia, fizeram quimioterapia.

**Tabela 2.** Características das variáveis intervalares analisadas entre as mulheres diagnosticadas com tumor maligno de ovário no município de Jundiá, no período de junho de 2001 a junho de 2006

Variáveis	n	Média	Desvio padrão
Idade no momento do diagnóstico (em anos)	57	55	13,5
Idade no momento do estudo (em anos)	57	58,5	13,0
Nível educacional no diagnóstico (em anos de estudo)	57	5,8	3,0
Idade da menarca (em anos)	57	13	1,6
Número de gestações	55	3,4	1,6
Número de partos	35	2,8	1,4
Tempo de amamentação (em meses)	33	8,6	6,5
Idade na menopausa (em anos)	57	46,2	7,2
Peso atual (em Kg)	57	67,3	8,7
Peso no diagnóstico (em Kg)	57	59,6	8,8
IMC* atual	57	26,1	3,4
IMC* no diagnóstico	57	23,1	3,7

\*IMC - Índice de Massa Corpórea

## DISCUSSÃO

A proposta deste estudo foi traçar um perfil das pacientes diagnosticadas com tumor maligno de ovário no município de Jundiá. O objetivo de identificar fatores que possam ser considerados predisponentes para o aparecimento desse câncer como uma forma de fornecer dados epidemiológicos sobre as pacientes do município de Jundiá e região e ajudar a Secretaria Municipal de Saúde a implantar ações no rastreamento dessa doença estimulou o levantamento desses dados.

Quanto ao efeito protetor da multiparidade sobre o aparecimento do câncer, como descrito no trabalho de Titus-Ernstoff<sup>9</sup>, das 57 mulheres entrevistadas, apenas duas (3,5%) eram nuligestas, enquanto 55 pacientes (96,5%) tiveram uma ou mais gestações. É conhecido que nas mulheres com baixo nível educacional é comum o maior número de gestações, e os resultados deste estudo apresentaram média de nível educacional baixa, de 5,8 anos (ensino primário).

Das mulheres múltiparas encontradas, apenas duas não amamentaram e 17 apresentaram um ou mais abortos. Labbok e Rosenblatt relatam que o risco da doença é maior em mulheres que amamentam<sup>13,14</sup>.

Estudos de Kurian<sup>10</sup> afirmam a existência de evidências consistentes da influência do uso de contraceptivo oral na proteção contra a incidência do tumor de ovário, independentemente do subtipo histológico. Hulka<sup>15</sup> e LaVecchia e Franceschi<sup>16</sup> afirmam que o uso de contraceptivo oral reduz pela metade o risco de desenvolver o câncer, sendo um benefício que cresce pelo seu uso contínuo e que continua por 15 anos ou mais após cessar o seu uso. Das pacientes deste estudo, 37 (65%) fizeram uso de anticoncepcional oral, com tempo de uso variando de dois meses a dois anos. Das 57 pacientes estudadas que fizeram uso do anticoncepcional oral, apenas uma o fez por mais de seis meses (dois anos), sendo o tempo de uso das outras pacientes variável entre um e seis meses.

Cutler e Young<sup>17</sup> verificaram que a prevalência do câncer de ovário era de 30 por 100.000 mulheres aos 40 anos de idade, elevando-se para 70 por 100.000 aos 60 anos de idade. Estudos de DeLand *et al.*<sup>18</sup> mostraram que a média de idade das portadoras de câncer do ovário era de 50 anos, contra 34 anos das portadoras de neoplasias benignas. Esses achados são confirmados pelos resultados deste estudo, o qual verificou que a média etária das mulheres acometidas por tumor de ovário foi de 55 anos.

A incidência e a mortalidade do câncer de ovário aumentam com a idade. Mundialmente, a taxa de incidência torna-se um "platô" após os 70 anos, o qual está relacionado à exaustão dos oocistos na menopausa<sup>19</sup>. Nos dados deste estudo, a idade média de menarca foi de 13 anos e a de menopausa, 46,2 anos, lembrando que a maioria das mulheres até o momento do diagnóstico encontrava-se na pré-menopausa ou perimenopausa<sup>20</sup>. As pacientes foram castradas devido à cirurgia para remoção do tumor, e daí essa variável reflete mais a idade no momento da cirurgia que propriamente a idade na menopausa, dificultando a comparação desses achados com os de outros estudos.

História familiar de câncer de mama, de cólon ou endometrial de primeiro grau de parentesco (mãe ou irmã) é considerada fator de risco<sup>21</sup>. A estimativa citada

pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) é de que cerca de 10% dos casos de tumor ovariano apresentam componente genético ou familiar, sendo a presença dos casos na família o fator de risco isolado mais importante<sup>7</sup>. Elit<sup>22</sup> afirma que a história familiar de câncer de ovário está presente em 20% dos cânceres ovarianos. Neste estudo, embora nenhuma das mulheres entrevistadas tenha apresentado história pessoal de câncer de mama e história familiar de câncer de ovário, nove mulheres (15%) apresentaram história familiar de câncer de mama e 23 (40%), história pessoal de outros tipos de câncer que não de mama ou de ovário. Apesar da ausência de história pessoal de câncer de mama, a história familiar desse tipo de câncer não pode ser descartada, e pode ter influenciado o aparecimento do tumor de ovário nessas pacientes pelo risco maior de apresentarem mutações deletérias em genes relacionados ao câncer de ovário e de mama<sup>8,11,12</sup>. Das que não possuíam história pessoal e nem familiar do câncer mamário, outros fatores de risco encontrados, como ausência de exercícios físicos regulares<sup>10</sup>, excesso de peso e uso de anticoncepcional oral<sup>21</sup>, podem ter influenciado no aparecimento do tumor.

Há dificuldade no diagnóstico apropriado do tumor ovariano pelo fato de os seus sintomas serem facilmente confundidos com os de outras doenças e, além disso, não existir método diagnóstico confiável, fácil de executar e que possa ser realizado em todas as mulheres<sup>2</sup>. Neste estudo, a principal manifestação que motivou a procura do sistema de saúde foi dor abdominal (75% das pacientes), seguido do aparecimento de ultrassonografia suspeita (20%) e corrimento avermelhado (5%). A dor abdominal é sintoma normalmente associado ao estágio avançado do tumor, principalmente no caso de o órgão acometido ser o ovário. Aqui, mais uma vez, fica clara a necessidade de diagnóstico precoce, que poderia mudar a morbiletalidade da doença.

## CONCLUSÃO

Deve-se sempre lembrar a importância do diagnóstico precoce em saúde da mulher. O município de Jundiá é onerado ao atender à demanda em tratamento de alta complexidade, e o alto custo com o atendimento de pacientes dos municípios vizinhos não é seguido de repasse financeiro das cidades da microrregião. A saúde é custeada pela verba disponível pela gestão plena, que é insuficiente. E já é sabido em saúde pública que os gastos com o tratamento são muito maiores que aqueles com a prevenção. Esse levantamento de dados de câncer ovariano deve estimular a implementação de novas políticas públicas na área da saúde da mulher em Jundiá, estimulando a busca ativa das mulheres que compõem a faixa de risco para tumor maligno de ovário e nelas realizando os exames de

rastreamento, a fim de que os casos de tumor, quando existirem, sejam diagnosticados em estágio mais precoce possível. A atenção básica deve se capacitar para o encaminhamento mais precoce das mulheres acometidas por câncer, garantindo melhor prognóstico e qualidade de vida a essas pacientes. Devem-se também estabelecer, além de educação médica continuada, programas de promoção da saúde para que a paciente recorra anualmente aos serviços de atendimento para a realização dos exames preventivos. O conhecimento sobre tumor de ovário no município, bem como dos fatores de risco para o mesmo, deverão fazer com que as mulheres fiquem alertas e procurem espontaneamente serviços de atenção básica, não recorrendo ao médico apenas em estágio já avançado de doença, conseguindo, com isso, melhorar a morbiletalidade dessa agressiva doença.

**Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.**

## REFERÊNCIAS

1. Silva-Filho AL, et al. Cirurgia não ginecológica em pacientes com câncer de ovário. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2004 jun; 26(5): 411-6.
2. Hospital do Câncer. [acesso: 2007 Jun 20]. Disponível em: URL: <http://www.hcanc.org.br/outrasinfs/ensaios/ovar1.html>.
3. Torres JCC, et al. Risk-of-Malignancy Index in preoperative evaluation of clinically restricted ovarian cancer. *Sao Paulo Med J* 2002 maio; 120(3):72-6.
4. Pinotti JA, Fonseca AM, Bagnoli ZB. Tratado de Ginecologia. Rio de Janeiro: Revinter; 2005. p. 792-8, p. 833-7.
5. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil 1999. [acesso: 2007 Jun 20]. Rio de Janeiro: INCA / Conprev; 1999. Disponível em: URL: <http://www.inca.gov.br>.
6. U.S. Cancer Statistics Working Group. United States Cancer Statistics: 2003 Incidence and Mortality Web-based Report. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention and National Cancer Institute; 2006. [acesso: 2007 Jun 20]. Disponível em: URL: <http://www.cdc.gov/cancer/npcr/uscs>.
7. Ries LAG, Eisner MP, Kosary CL, et al., editors. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2002. Bethesda, Md: National Cancer Institute, 2005. v 10. [acesso: 2007 Jun 20]. Disponível em: URL: <http://www.cancer.net.nci.nih.gov>
9. Titus-Ernstoff L, Perez K, Cramer DW, Harlow BL, Baron JA, Greenberg ER. Menstrual and reproductive factors in relation to ovarian cancer risk. *Br J Cancer* 2001; 84(5):714-21.
10. Kurian AW, et al. Histologic types of epithelial ovarian cancer: have they different risk factors? *Gynecol Oncol* 2005; 96(2):520-30.

11. Struewing JB, Hartge P, Wacholder S, et al.: The risk of cancer associated with specific mutations of BRCA1 and BRCA2 among Ashkenazi Jews. *N Engl J Med* 1997; 336 (20): 1401-8.
12. Easton DF, Ford D, Bishop DT. Breast and ovarian cancer incidence in BRCA1-mutation carriers. Breast Cancer Linkage Consortium. *Am J Hum Genet* 1995; 56 (1): 265-71.
13. Labbok MH. Effects of breastfeeding on the mother. *Pediatr Clin North Am* 2001; 48: 143-58.
14. Rosenblatt KA, Thomas DB. WHO collaborative study of neoplasia and steroid contraceptives. *Int J Epidemiol* 1993; 22: 192-7.
15. Hulka BS. Epidemiologic analysis of breast and gynecologic cancers. *Progress in Clinical Biology and Research* 1997; 396: 17-29.
16. La Vecchia C, Franceschi S. Oral contraceptives and ovarian cancer. *Eur J Cancer Prev* 1999; 8: 297-304.
17. Cutler SL, Young JL. Third national cancer survey: incidence data. *Natl Cancer Inst Monogr* 1975; 41:1-454.
18. DeLand M, et al. Ultrasonography in the diagnosis of tumors of the ovary. *Surg Gynecol Obstet* 1979; 148: 346-8.
19. Weiss NS, et al. Ovarian cancer. In: Schottenfeld D, Fraumeni Jr JF, editors. *Cancer epidemiology and prevention*. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 1996. p.1040-57.
20. Jaszmann L. Epidemiology of climateric and postclimateric complaints. In: Van Keep PA, Lauritzen C, editors. *Ageing and estrogens: front hormone research*. Basel: Karger; 1973. p. 22-4.
21. Averette HE, Nguyen H. Gynecologic cancer. In: Murphy GP, Lawrence Jr W, Lenhard Jr RE, editors. *American Cancer Society textbook of clinical oncology*. 2nd ed. Atlanta: American Cancer Society; 1995. p. 552-79.
22. Elit L. Familial ovarian cancer. *Canadian Family Physician* 2001; 47:778-84.

**Abstract**

The objective of this study was to evaluate the socio-demographic and reproductive profiles of women diagnosed with ovarian tumor in the city of Jundiaí, São Paulo, Brazil, from June 2001 to June 2006. A descriptive and retrospective questionnaire was applied in the Anatomopathology Laboratory of the *Sistema Único de Saúde* (SUS, Unified Health Care System) in Jundiaí and in the Women Health Outpatient Clinic of Jundiaí Health Department. The socio-demographic profiles of the women with ovarian tumor were as follows: the average age at the moment of diagnosis was 55 years-old ( $\pm$  13.5 years-old); the average level of education at the moment of diagnosis was 5.8 years ( $\pm$  3 years); and most women were white and married. The reproductive profiles of these women were as follows: the average age at menarche was 13 years-old ( $\pm$  1.6 year); most women were multiparas; there was a weight increase from the age at diagnosis to the age in the occasion of this study; the average breastfeeding period was 8.6 months ( $\pm$  6.5 months); and most women used oral hormonal contraceptive methods.

**Key words:** Ovarian Neoplasms; Socioeconomic Factors; Demographic Data; Reproductive History; Epidemiology, Descriptive; Retrospective Studies; Jundiaí city, SP

**Resumen**

El objetivo del estudio fue evaluar el perfil sociodemográfico y reproductivo de mujeres diagnosticadas con cáncer de ovario en el municipio de Jundiaí, São Paulo, durante el periodo de junio de 2001 a junio de 2006. Se llevó a cabo un estudio descriptivo, retrospectivo, a través de una averiguación, de todos los casos de tumores malignos del Laboratorio de Anatomía Patológica del Sistema Único de Salud (SUS) de Jundiaí y del Ambulatorio de Salud de la Mujer de la Secretaría de Salud del Municipio de Jundiaí, a fin de identificar el perfil de los casos de tumor de ovario maligno. Las características sociodemográficas de los pacientes con tumor de ovario evidenciaron que: la edad promedio en el momento del diagnóstico fue de 55 ( $\pm$  13,5 años); el nivel promedio educativo en el momento del diagnóstico fue de 5,8 ( $\pm$  3 años) y la mayor prevalencia se observó en mujeres casadas y de raza blanca. Las características reproductivas de las pacientes con tumor de ovario evidenciaron que: la edad promedio de la menarquia fue de 13 ( $\pm$  1,6 años), la mayor prevalencia fue de multiparidad, hubo aumento de peso desde la edad del diagnóstico hasta la edad actual, el tiempo promedio de lactancia materna fue de 8,6 meses ( $\pm$  6,5 meses) y hubo mayor prevalencia en mujeres que utilizaron anticonceptivos hormonales orales.

**Palabras clave:** Neoplasias Ováricas; Factores Socioeconómicos; Datos Demográficos; Historia Reproductiva; Epidemiología Descriptiva; Estudios Retrospectivos; Jundiaí, SP