



Universidade Federal do Ceará  
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado  
Departamento de Enfermagem

**LEVANTAMENTO DE FATORES DE RISCO PARA  
CÂNCER DE MAMA EM FAMILIARES DE  
MASTECTOMIZADAS**

Isabela Melo Bonfim

Fortaleza - Ceará

2005

Cod. Ac. : 74336  
R 13848089/06  
15/02/06

Isabela Melo Bonfim

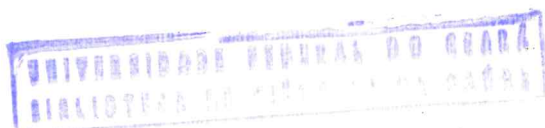
**LEVANTAMENTO DE FATORES DE RISCO PARA CÂNCER DE MAMA EM  
FAMILIARES DE MASTECTOMIZADAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, para Exame Geral de Conhecimentos do Curso de Mestrado em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem Clínico-Cirúrgica. Linha de pesquisa: Assistência Participativa de Enfermagem Clínico-Cirúrgica em Situação de Saúde Doença.

Orientadora:  
Profª. Drª. Ana Fátima Carvalho Fernandes

D  
F 636.99449  
B6962  
ex. 2

Fortaleza-Ceará  
2005



B6961 Bonfim, Isabela Melo

Levantamento de fatores de risco para câncer de mama em familiares de mastectomizadas/ Isabela Melo Bonfim. – Fortaleza, 2005.

86 f.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Fátima Carvalho Fernandes.  
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará.  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

1. Neoplasias mamárias. 2. Fatores de risco. 3. Família.  
4. Mastectomia. I. Título.

CDD 616.99449

B6961 Bonfim, Isabela Melo

Levantamento de fatores de risco para câncer de mama em familiares de mastectomizadas/ Isabela Melo Bonfim. – Fortaleza, 2005.

86 f.

Orientadora: Profª. Dra. Ana Fátima Carvalho Fernandes.  
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará.  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

1. Neoplasias mamárias. 2. Fatores de risco. 3. Família.  
4. Mastectomia. I. Título.

CDD 616.99449

Isabela Melo Bonfim

LEVANTAMENTO DE FATORES DE RISCO PARA CÂNCER DE MAMA EM  
FAMILIARES DE MASTECTOMIZADAS

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, para Exame Geral de Conhecimentos do Curso de Mestrado em Enfermagem Clínico-Cirúrgica. Área de Concentração em Enfermagem Clínico-Cirúrgica.

Data da Aprovação: 26 de agosto de 2005

BANCA EXAMINADORA

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Fátima Carvalho Fernandes  
Orientadora

Prof. Dr. Paulo César de Almeida  
Membro Efetivo

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Augediva Maria Jucá Pordeus  
Membro Efetivo

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Raimunda Magalhães da Silva

Membro Suplente



## DEDICATÓRIA

Dedico essa dissertação e toda minha vida ao meu filho Iuri.

Desculpe-me por todas as vezes que seu leite tinha que ser esquentado e chegava até você por uma mamadeira fria, ao invés do calor da mamãe;

Por todas as vezes que você perdeu minha atenção para um computador;

Por todas as vezes que você ficou com outras pessoas para que a mamãe pudesse ir à aula;

Foram dois filhos gerados paralelamente e nascidos contemporaneamente: Iuri e mestrado.

Meu amor, você sabe que tudo o que faço é pensando em você!

Esse trabalho é todo seu.

## AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

- ♥ À minha mãe Graça, pela doação de uma vida inteira para que eu pudesse chegar até aqui; agradeço ainda por ter sido mãe de meu filho, permitindo assim que eu realizasse o sonho de ser mestre;
- ♥ Ao meu pai Luiz que sempre foi meu fã incondicional e trazia no brilho de seus olhos o orgulho por ter uma filha enfermeira. Onde o senhor estiver, sei que está me aplaudindo;
- ♥ Ao meu marido Norberto pelo apoio e por ter me feito acreditar que tudo daria certo;
- ♥ Aos meus irmãos Daniela e Marcelo e aos meus sobrinhos Milla, Marcelo Filho e Levi por serem meu eterno porto-seguro;
- ♥ À minha cunhada Madá, por todas as vezes que escutou minhas angústias e me fez confiar que o melhor sempre iria acontecer;
- ♥ À minha amiga Elisângela por ter segurado minha mão nos momentos em que achei que não conseguiria, obrigada por devolver-me a confiança em mim.
- ♥ Ao meu amigo e professor Paulo César, por ser tão simples mesmo sendo tão grande e por ter me acolhido em um momento de incerteza e dificuldade. Por ter me aberto as portas do conhecimento estatístico e por ter me dado a maior prova de solidariedade recebida neste período. Minha gratidão é infinita.

## AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida, da saúde e da inteligência, fatores primordiais para todas as realizações e pelo amparo em todas as horas.

À Nossa Senhora por me ouvir nos momentos difíceis e por ter me concedido o privilégio da maternidade e à São Francisco por atender a todos os meus pedidos.

À minha orientadora Profª. Dra. Ana Fátima Carvalho Fernandes por ter acreditado na minha capacidade para realizar este trabalho.

À instituição onde foi realizada esta pesquisa na pessoa das enfermeiras Cleonice e Jaqueline, por terem aberto todas as portas para mim.

À CAPES pela concessão do fomento que possibilitou a realização deste estudo.

À Profª. Dra. Raimunda Magalhães da Silva, Profª. Dra. Augediva PorDeus e Prof. Dr. Paulo César de Almeida por aceitarem participar dessa banca e me engrandecerem com seus ensinamentos.

Às familiares de mastectomizadas por terem permitido a intromissão em suas vidas, esquecendo a sua dor para colaborarem com esta pesquisa.

À minha avó Mundinha por ter me acolhido como filha e por suas orações nos momentos difíceis de minha vida.

Aos colegas de turma do Mestrado, pelo companheirismo e apoio, em especial à Lea Barroso que sempre me incentivou e se disponibilizou em ajudar-me.

À minha grande amiga Adriana Cavalcante porque sempre foi o ouvido disponível pra escutar minhas angústias e a voz que me confortou nas incertezas. Obrigada por mesmo de longe, estar tão perto.

Às amigas Sefora, Yvina e Cris, por acreditarem sempre em minha capacidade e estarem sempre tão presentes.

À Lidi, fiel colaboradora, minha gratidão por seu carinho com o meu maior tesouro: meu filho Iuri.

Sempre ganha quem sabe amar, apoiar e  
perdoar e não quem melhor sabe tudo e

julga

Heinrich Heine

## RESUMO

O câncer de mama feminino emerge como uma doença de importância cada vez maior em todas as partes do mundo. É uma patologia de incidência crescente, já sendo considerado como um dos maiores problemas de saúde pública. Tem como um dos principais fatores de risco para o seu desenvolvimento, o parentesco em primeiro grau com um paciente com neoplasia mamária. Este estudo teve como objetivos: Caracterizar sócio-demograficamente as familiares das mastectomizadas de uma instituição referência no atendimento a pacientes com câncer; Identificar fatores de risco para câncer de mama entre as familiares; Descrever práticas de autocuidado adotadas por mães, filhas ou irmãs de mulheres mastectomizadas; Detectar causas atribuídas pelas mulheres ao surgimento do câncer de mama de suas familiares; Verificar a existência de associação entre as variáveis estudadas. Para tanto, foi realizada uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa, no período de abril e maio de 2005. Foi utilizado como roteiro um questionário semi-estruturado, aplicado a mulheres, familiares de mastectomizadas em tratamento quimioterápico na instituição escolhida. A amostra constou de 100 mulheres, sendo 56 filhas, 42 irmãs e 2 mães de mastectomizadas. As mulheres eram em sua maioria (82,0%) católicas, casadas (51,0%), tinham ensino médio ou superior completo (41,0%), ganhavam entre dois e três salários mínimos (28,0%) e tinham o comércio como principal atividade profissional (26,0%). A maioria das filhas (35,8%) estava na faixa etária de 18 a 28 anos com média de 33 anos. Entre as irmãs, a maioria (38,0%) tinha entre 49 e 59 anos com média de 51 anos. Na amostra formada por filhas (N = 56), encontrou-se em sua maioria, fatores de risco como: idade da 1ª. menstruação inferior ou igual a doze anos (46,5%), nuliparidade (39,2%), uso de anticoncepcional oral (CO) (62,5%), tempo elevado (mais de 5 anos) de uso de CO (42,9%), consumo de gordura de porco (51,8%) e consumo de alimentos enlatados (51,8%). Na parcela de entrevistadas irmãs de mastectomizadas (N = 42), identificou-se como fatores de risco para o desenvolvimento da neoplasia mamária em sua maioria: faixa etária de risco (38,0% têm idade entre 49 e 59 anos) ocorrência de abortos (80% sofreram um aborto), uso de anticoncepcional oral (66,6%), ingestão de álcool (69,0%), consumo de gordura de porco (64,2%) e consumo de alimentos enlatados (71,4%). O estudo demonstrou que as mulheres em sua maioria, associam o surgimento do câncer de suas familiares ao uso de anticoncepcional, e que têm o hábito de realizarem práticas de auto-cuidado como auto-exame, exame clínico e mamografia, embora algumas não os realizem na frequência preconizada. Sugere-se a criação de novos programas de educação para a saúde, que sejam direcionados especialmente à essas familiares. Que as palestras educativas sejam realizadas nas salas de espera de hospitais, clínicas e consultórios, onde a demanda é espontânea e o tempo de espera é ocioso, tendo a enfermagem, um papel fundamental nesse sentido, uma vez que a realização de educação pra saúde, é uma das áreas de maior atuação do enfermeiro do século XXI, mais voltado para a prevenção e menos para o aspecto curativo.

**Palavras chave:** câncer de mama, familiares, mulher mastectomizada, fator de risco.

## ABSTRACT

The feminine breast cancer appears as a disease of bigger importance in all parts of the world. It is a pathology with increasing incidence, being already considered as one of the biggest problems in public health. It has as one of the main risk factors for its development, the relationship in first degree with a patient with breast neoplasm. This study had as objectives: characterize sociodemographically the relatives of mastectomized women in a reference institution in the attendance of patients with cancer; Identify risk factors for breast cancer among the relatives; Describe selfcare practices adopted by mothers, daughters or sister of mastectomized women; Detect causes attributed by women to the appearance of breast cancer in their relatives; Verify the existence of association between the variables studied and contribute to the planning of education in health actions for relatives of mastectomized women. To do so, a descriptive study with quantitative approach was carried out, in the period from April to May, 2005. A semi-structured questionnaire was used as a guide, applied to women, relatives of mastectomized women in quimiotherapeutic treatment in the institution chosen. The sample was composed of 100 women, being 56 daughters, 42 sisters and 2 mothers of mastectomized women. The women were in the majority (82,0%) catholics, married (51,0%), had high school or college level completed (41,0%), earned between two and three monthly wages (28,0%) and had commerce as their main professional activity (26,0%). The majority of the daughters (35,8%) were in the 18 to 28 age group with average of 33 years of age. Among the sisters, the majority (38,0%) were between 49 and 59 years old with average of 51. In the sample composed by daughters (N=56), one found in the majority, risk factors such as: age of first period inferior or equal to twelve years of age (46,5%), nulliparity (39,2%), use of oral contraceptive (OC) (62,5%), long time (more than five years) of OC use (42,9%), consumption of lard (51,8%) and consumption of canned food (51,8%). In the parcel of sisters of mastectomized interviewed (N=42), one identified as risk factors for the development of breast neoplasm in the majority: age group at risk (38,0% are between 49 and 59 years old) occurrence of abortion (80% had an abortion), use of oral contraceptive (66,6%), ingestion of alcohol (69,0%), consumption of lard (64,2%) and consumption of canned food (71,4%). The study showed that women, in the majority, associate the appearance of cancer in their relatives to the use of contraceptives, and that they have the habit of doing self-care practices such as self-exam, clinical examination and mammography, although some don't do them in the recommended frequency. One suggests the creation of new programs of education for health, that are directed specially to these relatives, that the educational lectures are conducted in waiting rooms of hospitals, clinics and doctors' offices, where the demand is spontaneous and the waiting time is idle, having the nursing, a fundamental role this way, once the accomplishment of education for health is one of the areas of bigger performance of the nurse from the century XXI, more focused on the prevention and less on the healing aspect.

**Keywords:** breast neoplasms, risk factors, family, mastectomy.

## LISTA DE ABREVIATURAS

CO - Contraceptivos Orais

ICC - Instituto do Câncer do Ceará

TRH - Terapia de Reposição Hormonal

AEM - Auto-Exame das Mamas

CA - Câncer de Mama

ECM - Exame Clínico das Mamas

AVC - Acidente Vascular Cerebral

IAM - Infarto Agudo do Miocárdio

## LISTA DE TABELAS

- 1 Características sócio-demográficas das familiares de mastectomizadas do ICC ..... 43
- 2 Associação do grau de parentesco com causa atribuída ao surgimento do CA de mama ..... 49
- 3 Associação do grau de parentesco com as variáveis: idade da primeira menstruação e a idade da menopausa das familiares das mastectomizadas do ICC 50
- 4 Associação do grau de parentes com fatores reprodutivos das familiares das mastectomizadas do ICC ..... 53
- 5 Associação do grau de parentesco com as variáveis: uso e tempo de uso de anticoncepcional e terapia de reposição hormonal das familiares das mastectomizadas do ICC ..... 57
- 6 Associação do grau de parentesco com hábitos de uso diário de familiares das familiares das mastectomizadas do ICC ..... 60
- 7 Associação do grau de parentesco com consumo de alimentos associados ao surgimento de CA de mama por familiares de mastectomizadas do ICC ..... 63
- 8 Associação do grau de parentesco com práticas de auto-cuidado das familiares de mastectomizadas do ICC ..... 34

## SUMÁRIO

RESUMO .....	7
ABSTRACT .....	8
LISTA DE ABREVIATURAS .....	10
LISTA DE TABELAS .....	11
1 INTRODUÇÃO .....	14
2 OBJETIVOS .....	18
3 REVISÃO DE LITERATURA .....	20
3.1 O câncer de mama .....	20
3.2 Fatores de risco para o câncer de mama .....	23
3.2.1 Descrição dos fatores de risco .....	25
4 METODOLOGIA .....	34
4.1 Natureza do estudo .....	34
4.2 Local do estudo .....	34
4.3 População .....	36
4.4 Amostra .....	36
4.5 Variáveis do estudo .....	37
4.6 Instrumento e procedimentos para coleta .....	38
4.7 Estudo piloto .....	38
4.8 Organização e análise dos dados .....	38
4.9 Aspectos éticos da pesquisa .....	39
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	42
5.1 Características sócio-demográficas .....	42
5.1.1 Parentesco .....	44
5.1.2 Renda familiar .....	45
5.1.3 Idade de filhas e irmãs .....	45
5.1.4 Situação conjugal .....	46
5.1.5 Religião .....	47
5.1.6 Escolaridade .....	47
5.1.7 Atividade Profissional .....	48

5.2 Causas atribuídas pelas familiares ao surgimento do câncer de sua parente	48
5.3 Fator de risco Idade da primeira menstruação e idade da menopausa .....	49
5.4 Fatores de risco reprodutivos .....	52
5.5 Fator de risco uso de anticoncepcional oral e terapia de reposição hormonal .....	57
5.6 Fator de risco relacionado a hábitos de vida .....	60
5.7 Fator de risco relacionado a hábitos alimentares .....	62
5.8 Fatores de risco relacionados à prática de auto-cuidado .....	64
6 CONCLUSÃO .....	69
REFERÊNCIAS .....	74
APÊNDICE I .....	81
APÊNDICE II .....	83
APÊNDICE III .....	84
ANEXO .....	86



## 1 INTRODUÇÃO

Em minha vida, dois fatos foram relevantes para despertar-me o interesse em estudar a temática câncer de mama. O primeiro deles, aconteceu há muito tempo quando eu ainda era criança e soube que uma vizinha muito querida havia falecido devido a um câncer de mama. Imaginei como um tumor pôde ser capaz de levar para longe de todos aquela pessoa tão jovem e alegre. Na inocência de uma criança, questionei porque ela simplesmente não tomou o remédio e ficou curada, já que eu acreditava que existisse remédio para todas as doenças.

O outro fato foi quando já como profissional enfermeira, pude observar o sofrimento de uma filha de uma paciente que se submeteu a uma mastectomia. Ela sofria ao mesmo tempo pelo diagnóstico da mãe e pelo medo de também vir a ter neoplasia mamária. Aquela situação comoveu-me muito e despertou em mim o desejo de estudar mais profundamente os fatores de risco para câncer de mama em familiares de mastectomizadas.

Iniciei assim, leituras de publicações pertinentes ao assunto, pesquisas na internet, consulta a livros, periódicos e qualquer veículo que pudesse me trazer algo novo sobre o câncer. Nessa época, tive a oportunidade de ingressar na carreira acadêmica como docente. Acompanhando alunos do curso de graduação em enfermagem no campo de prática, pude mais uma vez ter contato com pacientes oncológicos, convivendo mais próximo à realidade destes e de seus familiares, bem como suas angústias e limitações.

Com a perspectiva de conhecer mais sobre o assunto, mesmo não trabalhando especificamente na área, engajei-me em um grupo de pesquisa intitulado Saúde da Mulher. Nele, assistimos apresentações de artigos relacionados à saúde das mulheres, participamos de discussões, nos atualizamos constantemente e desenvolvemos pesquisas que abordem a temática em vários aspectos.

Desenvolver pesquisas sobre o tema escolhido proporcionou novamente o meu convívio com mulheres mastectomizadas e seus familiares. A partir dessa convivência, instigou-me o questionamento de que, o fato de ter na família um paciente com câncer, intensificaria ou não a adoção de medidas de prevenção e detecção precoce do câncer de mama pelos familiares.



Com este questionamento, resolvi abordar essa problemática e percebi que inicialmente deveria aprofundar o conhecimento sobre câncer, sua prevenção, formas de detecção precoce, diagnóstico e tipos de tratamento, para posteriormente especificar a questão fatores de risco.

Com o novo levantamento bibliográfico necessário para a pesquisa, pude perceber que muitos autores também estudaram o tema câncer. Porém a ênfase dos trabalhos já realizados e publicados voltava-se para questões como: prevenção, auto-exame, diagnóstico precoce, tratamento e prognóstico do câncer. Apesar de muito se estudar sobre a temática, a literatura que aborda os fatores de risco para câncer de mama, ainda é insuficiente.

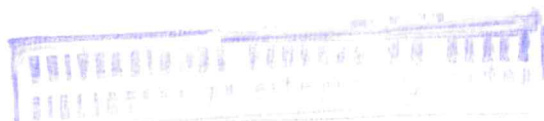
Muitos são os artigos que levantam a questão da importância da prevenção do câncer, como o de Thuler (2003), que diz que o controle do câncer de mama deve priorizar a prevenção e a detecção precoce. Esse mesmo autor afirma que a prevenção deve focalizar, sobretudo, os fatores de proteção.

Já Fernandes, Santos e Silva (2005), enfatizam ser a detecção precoce o melhor caminho para um bom prognóstico. A mulher que examina suas mamas com frequência, descobre o nódulo ainda cedo, já que o câncer de mama tem evolução lenta.

Encontrei diversas pesquisas sobre as consequências físicas e psicológicas da mastectomia. Chamou-me atenção trabalhos que descreviam as principais situações e sentimentos vivenciadas pela mulher com câncer de mama e indicação de mastectomia, como os de Araújo e Fernandes (2005), Venâncio (2004), Carlos (2003), Albuquerque (2003), Santos e Villa (2003), Bergamasco e Ângelo (2001) e Silva e Mamede (1998).

Com relação ao diagnóstico da neoplasia, muitos autores também pesquisaram e publicaram a respeito. Pode-se citar os trabalhos de Aguillar e Bauab (2003), e Luna e Koch (2002), que referem ser o diagnóstico precoce da doença através de programas de rastreamento, a melhor maneira de combater a sua evolução para estágios mais avançados.

Quanto ao tratamento do câncer de mama, a literatura disponível também é muito vasta. Pode-se citar artigos como os de Fernandes, Santos e Silva (2005), e de Jesus e Lopes (2003), que afirmam que após conhecer o diagnóstico de sua doença, a mulher deverá ser informada sobre os tipos de tratamento existentes, bem como a possibilidade de efeitos colaterais e os benefícios esperados.



Molina, Dalben e Luca (2003), referem que a maior parte dos protocolos de tratamento para câncer de mama disponíveis necessita, para serem eficientes, que o diagnóstico seja estabelecido nas fases precoces da doença.

Pesquisando em vários periódicos da área, pude perceber que outro aspecto muito estudado é a questão da sexualidade da mulher mastectomizada. Pesquisas como as de Duarte e Andrade (2003), Torrico (2002), Souza et al. (2004), evidenciam que a sexualidade dessas pacientes é afetada diante do diagnóstico de câncer de mama.

No entanto, não identifiquei estudos que abordem os fatores de risco para câncer de mama em familiares de pacientes com neoplasia mamária, sendo a literatura pertinente a este assunto, ainda insuficiente e carente de pesquisas a respeito. Acredito, que o conhecimento gerado pela pesquisa, poderá nortear ações de educação em saúde que objetive a prevenção e controle do câncer de mama. Baseada nestes fatos, justifico a realização do presente estudo.

## OBJETIVOS

---

---

## **2 OBJETIVOS**

### 2.1 Geral:

Identificar a prevalência de fatores de risco para o câncer de mama entre familiares de mulheres mastectomizadas

### 2.2 Específicos:

- Caracterizar sociodemograficamente as familiares das mulheres mastectomizadas atendidas em uma instituição de referência no tratamento de pacientes com câncer;
- Identificar fatores de risco para câncer de mama entre familiares de mastectomizadas;
- Descrever práticas de autocuidado adotadas por mães, filhas ou irmãs de mulheres mastectomizadas;
- Detectar causas atribuídas por mães, filhas ou irmãs de mulheres mastectomizadas ao surgimento do câncer de mama;
- Verificar a existência de associação entre: grau de parentesco com mulheres mastectomizadas e fatores de risco para câncer de mama.
- Contribuir para o planejamento de ações de educação em saúde para familiares de mulheres mastectomizadas.

## REVISÃO DE LITERATURA

---

---

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 O câncer de mama**

Em nossa sociedade, as mamas são tidas como órgãos de estimulação e prazer sexual, além de representarem feminilidade, tendo também a função de amamentação. Elas sempre tiveram influência significativa na intensidade corporal, social e sexual das mulheres (ALBUQUERQUE, 2003; JESUS; LOPES, 2003).

Ultimamente, além de todo o significado que as mamas já possuíam, houve uma supervalorização destas, devido à importação do modelo americano de beleza. No Brasil, a predileção por seios grandes é cada vez mais evidenciada e as mulheres que não estão dentro do padrão tido como ideal, sentem-se inferiorizadas. A partir daí, iniciou-se uma verdadeira corrida aos consultórios de cirurgiões plásticos para implantes de próteses de silicone.

Devido a tudo isso, em nossa cultura ocidental, os seios têm um significado muito especial, e a mulher com patologia mamária, e com diagnóstico de câncer de mama, atravessa períodos difíceis em sua vida, principalmente com relação à sua auto-imagem (HENRIQUES; SANTOS; SILVA, 2001).

Sendo assim, o câncer de mama é um dos mais temidos entre as mulheres, por representar uma ameaça à sua feminilidade trazendo consigo inúmeros efeitos psicológicos (MONTEIRO et al., 2003).

O câncer de mama feminino emerge como uma doença de importância cada vez maior em todas as partes do mundo, por sua frequência elevada e, principalmente, pela dimensão do problema, enfatizando a situação atual da morbidade e mortalidade da patologia (Padilha; Pinheiro, 2004). Dessa forma, ela já é considerada como um dos maiores problemas de saúde pública (VENÂNCIO, 2004).

A incidência da doença vem aumentando no mundo nas últimas décadas, estando projetada para ser de 1,45 milhão de casos novos em 2010, o que significa um aumento de 82% sobre a incidência de 1990 (AGUILLAR; BAUAB, 2003). Esses números indicam o

aumento da incidência tanto nos países em desenvolvimento quanto nos países desenvolvidos.

A magnitude do problema pode ser visualizada ao se considerar a incidência em diferentes regiões geográficas do mundo. A neoplasia mamária é o tumor mais incidente no sexo feminino em países como Estados Unidos, Canadá, Noruega, Cuba, Índia, Suécia, Austrália e Brasil e o segundo no Equador, Argélia e Japão (PIMENTEL et al., 2002).

Nos Estados Unidos, a Sociedade Americana de Cancerologia indica que uma em cada dez mulheres tem a probabilidade de desenvolver um câncer de mama durante a sua vida (BRASIL, 2003).

Segundo a Organização Panamericana de Saúde (2004), entre as latinas, o câncer de mama é a principal causa de morte por câncer. No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, o câncer de mama representa uma das primeiras causas de óbito em mulheres, sendo apenas superado pelas mortes provocadas por doenças cardiovasculares e causas externas como acidentes de trânsito e violência urbana (VENÂNCIO, 2004).

Moura-Gallo et al. (2004), afirmam que no Brasil, vem sendo verificado o aumento nos coeficientes de mortalidade padronizados nos últimos 20 anos.

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), as estimativas para 2005 apontam que ocorrerão 49.470 casos novos de câncer de mama, distribuindo-se de forma heterogênea nas unidades da federação e capitais do país. No Estado do Ceará, estima-se que a neoplasia mamária seja responsável por 1.430 casos novos, sendo 670 somente em Fortaleza (BRASIL, 2005).

O carcinoma mamário é o resultado de multiplicações desordenadas de determinadas células que se reproduzem em grande velocidade, desencadeando o aparecimento de tumores ou neoplasias malignas que podem vir a afetar os tecidos vizinhos e provocar metástases (DUARTE; ANDRADE, 2003).

As causas de câncer são variadas, podendo ser externas (substâncias químicas, irradiação, vírus) ou internas (hormônios, condições imunológicas e mutações genéticas), estando ambas inter-relacionadas.

As causas externas relacionam-se ao meio ambiente e aos hábitos e costumes próprios de um ambiente social e cultural. As causas internas são, na maioria das vezes,

geneticamente pré-determinadas e estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas. Esses fatores causais podem interagir de várias formas, aumentando a probabilidade de transformações malignas nas células normais (GODINHO; KOCH, 2004).

Luna e Koch (2002), afirmam não haver no Brasil, um método eficaz de prevenção do câncer de mama, sendo, portanto, o diagnóstico precoce da doença, a forma mais plausível de combatê-la.

Por isso, atualmente as tentativas para controle da doença concentram-se na prevenção e detecção precoce. O Instituto Nacional do Câncer (INCA), admite que são três as ações fundamentais para o diagnóstico precoce do câncer de mama: 1) auto-exame das mamas, realizado de forma adequada; 2) exame clínico das mamas realizado por profissional especializado e 3) mamografia realizada regularmente conforme orientação do profissional médico. Dessa forma, há possibilidade de uma ação precoce e eficaz, já que 90% dos casos são curáveis quando o diagnóstico é feito precocemente (DUARTE; ANDRADE, 2003).

Uma vez diagnosticado câncer de mama, o tratamento deverá ser iniciado o mais rápido possível. Segundo Fernandes, Santos e Silva (2005), os tipos de tratamento para a neoplasia mamária mais utilizados são: tratamento cirúrgico, onde as cirurgias mais empregadas são a tumorectomia, quadrantectomia e mastectomia radical modificada; radioterapia; hormonioterapia e quimioterapia.

De acordo com Silva e Vila (2003), os melhores resultados no tratamento do câncer de mama são obtidos com o emprego integrado de diversas modalidades terapêuticas.

Uma vez diagnosticado e iniciado o tratamento, iniciam-se também, várias mudanças físicas e psicológicas no paciente. A neoplasia de mama tem o poder de mudar tudo na vida do paciente e muitas vezes, também da família. Passado e futuro passam a ser coisas distantes e o presente assume outras proporções. Essa constatação é muito sofrida, principalmente porque o paciente de câncer é estigmatizado, sente-se diferente, é visto com compaixão pela sociedade (BARBOSA, 2002).

A partir do diagnóstico confirmado, o paciente obriga-se a tomar um rumo diferente do que poderia imaginar, pois o câncer acarreta alterações significativas nas mais variadas esferas da vida, como lazer, trabalho e família. Ter câncer implica mudanças no cotidiano e nas relações com as pessoas do seu contexto social (VENANCIO, 2004).

O diagnóstico do câncer tem ainda o poder de colocar em primeiro plano a vulnerabilidade do ser humano, trazendo à tona uma série de questões vitais sobre o significado da vida. Assim sendo, tanto o diagnóstico quanto o tratamento da doença, produzem graves traumas emocionais, manifestados sob a forma de depressão, melancolia, solidão, retraimento, desesperança, revolta, entre outros (SANTOS e VILLA (2003).

Todos esses sentimentos podem surgir a partir do impacto do diagnóstico; medo da mutilação cirúrgica de um órgão que revela a estética e a sexualidade feminina; medo da solidão e abandono; do sentimento de compaixão não só da sociedade, quanto do parceiro sexual e da recorrência da doença. Mais da metade dos pacientes com câncer apresentam algum distúrbio psiquiátrico, especialmente depressão e ansiedade (SOUZA et al., 2004; BERGAMASCO; ANGELO, 2001).

### **3. 2 Fatores de risco para o câncer de mama**

O câncer de mama é uma doença cuja etiologia e prognóstico são muito variados e as interações entre os fatores genéticos e ambientais parecem exercer um peso importante tanto em relação ao risco como na evolução dos casos (MOURA-GALLO et al., 2004).

Segundo Molina, Dalben e Luca (2003), até o momento, o câncer de mama não pode ser evitado. Todavia, algumas das etapas da história natural da doença são conhecidas, bem como seus fatores de risco e de proteção.

A etiologia do câncer de mama envolve uma interação de diversos fatores denominados de fatores de risco. Cavalcanti (2003), diz que através da epidemiologia e da observação clínica pode-se associar a probabilidade de se desenvolver câncer da glândula mamária com a presença dessas variáveis.

Segundo Godinho e Koch (2004), os fatores de risco determinam os grupos de pessoas expostas a maior probabilidade de desenvolverem o câncer de mama, e que deverão ser examinadas com maior cuidado e frequência.

De acordo com o *American Council on Science and Health*, os fatores de risco são classificados a partir da veracidade da prova científica que embasa cada fator (MORGAN; GLADSON, 1998).

São denominados estabelecidos, aqueles fatores que são comprovados por pesquisas científicas. São eles: idade, antecedentes familiares, história de doenças benignas proliferativas, exposição prolongada a estrógenos endógenos, exposição a radiações ionizantes e obesidade pós-menopausa. Já como aparentes, são considerados os explicados por uma maioria de estudos: nuliparidade, terapia de reposição hormonal e uso de contraceptivo hormonal (FIGUEIRA et al., 2002).

Como fatores controversos são considerados aqueles que algumas pesquisas defendem e outras negam sua relação com câncer de mama: lactação, aborto, dietas ricas em gordura, álcool e tabagismo (MAKANEN; MUÑOZ, 2002).

Os ditos especulativos são os que para os quais existem poucos estudos que confirmem a sua relação com neoplasia mamária: obesidade pré-menopausa, tamanho da mama, traumatismo mamário, exposição à radiação eletromagnética proveniente de exposição ocupacional ou doméstica (FIGUEIRA et al., 2002).

Moura-Gallo et al. (2004), dizem que embora o mecanismo causal do câncer de mama não seja totalmente conhecido, não há dúvida de que a interação entre os fatores genéticos e ambientais exerce papel fundamental na etiologia e na evolução dos casos.

A contribuição de fatores externos é comprovada pela observação de que populações de origem asiática ao migrarem para países ocidentais, tendem a aumentar o risco de desenvolver neoplasia mamária nas gerações subseqüentes (ZIEGLER, 1993).

A educação deficiente das mulheres em relação aos fatores de risco para câncer de mama, também contribui para o desenvolvimento da doença, uma vez que a mulher não está alerta para a necessidade de diagnóstico precoce. A maioria das mulheres detecta o tumor em um estágio avançado, podendo tal fato ser atribuído a pouca prática do auto-exame a mama, podendo romper a identidade e auto-estima da mulher (MELO, 2001).

Uma mulher portadora de um ou mais fatores de risco não necessariamente desenvolverá a doença, porém terá maior predisposição ao seu desenvolvimento.

### 3.2.1 Descrição dos fatores de risco

#### **Sexo**

Segundo Thuler (2003), o simples fato de pertencer ao sexo feminino já se constitui um fator de risco importante. Embora homens possam apresentar o câncer de mama, a neoplasia mamária é pelo menos 100 a 150 vezes mais freqüente entre as mulheres (FLETCHER, 2003; MEISTER; MORGAN, 2000).

A predominância do câncer de glândula mamária no sexo feminino dá-se principalmente devido à maior quantidade de tecido mamário e à exposição ao estrogênio e androgênio.

A estimulação ao processo de divisão celular das células da mama, regida pelos ciclos ovulatórios ao longo da vida reprodutiva da mulher, poderia conduzir ao surgimento potencial de células mal-formadas, suscetíveis à ação de substâncias carcinogênicas (LIMA et al., 2001).

#### **Idade**

Luna e Koch (2002), afirmam que as taxas de mortalidade padronizadas mais recentes indicam uma situação desfavorável para esta neoplasia maligna, pois apesar da modernização tecnológica, o quadro tende a se agravar em face do aumento da expectativa de vida da população brasileira e da conseqüentemente elevação do contingente feminino em idades mais avançadas. Ferreira et al. (2002), concordam com essa afirmação, quando referem que à medida que a população envelhece, há uma percentagem crescente nos grupos etários mais velhos, e os números totais das mulheres com câncer continuarão a aumentar.

A idade constitui o fator de risco isolado mais importante na determinação do risco de uma mulher desenvolver câncer de mama (GODINHO; KOCH, 2004; PALMEIRA, 2002).

A maior contribuição para a gênese da neoplasia mamária vem da idade, sendo em alguns casos, o envelhecimento o único fator de risco conhecido (THULER, 2003). Pode-se

afirmar que o risco de morrer devido às neoplasias malignas em uma década da vida, é o dobro da década anterior (MOLINA; DALBEN; LUCA, 2001).

É consenso mundial que a maior incidência dos tumores malignos da mama ocorra em torno dos 50 anos, sendo mais incomum, porém não raro, em mulheres jovens (CRIPPA et al., 2002).

Já Borghesan et al. (2003), concordam com essa afirmação, no entanto, também chamam a atenção para uma tendência no aumento na faixa etária juvenil.

Segundo Godinho e Koch (2004), o risco de uma mulher de 30 anos de idade ter câncer de mama corresponde a aproximadamente 7% daquele de uma mulher de 60 anos. Aos 35 anos este risco sobe para 20%. O aumento da incidência da neoplasia mamária com a idade provavelmente seja conseqüente ao efeito cumulativo da exposição a agentes carcinogênicos durante a vida. No Brasil, o acometimento mais marcante se faz em idade média de 52 anos.

## **História Familiar**

As mulheres que têm história familiar de câncer de mama devem adotar medidas de autocuidado para a detecção precoce da doença, pois já existe conhecimento acerca da predisposição genética (CAVALCANTI, 2003).

Observou-se que qualquer história familiar de câncer de mama, tanto do lado materno quanto paterno, aumenta o risco de uma mulher desenvolver esta neoplasia, no entanto, este aumento geralmente é desprezível. O risco somente é relevante quando o parentesco é de primeiro grau: mãe, irmã ou filha (pai, irmão ou filho) (GODINHO; KOCH, 2004).

Ainda esse autores, afirmaram que ter um parente de primeiro grau com tumor mamário pós-menopausa, dobra o risco de uma mulher desenvolver a doença e eleva-o nove vezes se o tumor aparecer em sua parente no período pré-menopausa.

O risco de se desenvolver a doença em pacientes com familiares que tenham tido câncer mamário, é especialmente elevado quando o familiar apresenta o câncer antes dos 50 anos de idade e em ambas as mamas (THULER, 2003; MOLINA; DALBEN; LUCA, 2003).

Mulheres com mãe e irmã com câncer de mama apresentam duas a quatro vezes

mais risco, e, se ambas, tiverem a doença, o risco aumenta ainda mais, especialmente se a doença delas tiver ocorrido antes da menopausa (MAKANEN e MUNOZ, 2002).

Nesse sentido, o mapeamento do risco relacionado à história familiar tem sido considerado como um fator de grande importância uma vez que entre os vários aspectos relacionados com o risco de desenvolvimento do câncer de mama, o fator familiar é, talvez, o mais aceito na comunidade científica.

## **Câncer de Mama Hereditário**

Os avanços na genética têm demonstrado que a identificação de mutações genéticas nos genes BRCA-1 e BRCA-2, em famílias com importante história de câncer, podem facilitar o diagnóstico da predisposição para a patologia mamária, mesmo antes do aparecimento da doença (HENRIQUES; SANTOS; SILVA, 2001).

Segundo Paiva et al. (2002), as mutações nos genes BRCA-1 e BCRA-2, são os fatores de risco genético mais pesquisados. Entretanto, Thuler (2003), afirma que foi observado que apenas uma em cada 1000 mulheres apresenta esse padrão de mutação, e somente cerca de 5 a 10% dos casos de câncer de mama podem ser atribuídos a mutações genéticas.

O oncogene BRCA-3 foi descrito mais recentemente, porém, representa apenas 1% dos casos de carcinoma mamário, enquanto que o BRCA-1 é referido em cerca de 50% a 70%, e o BRCA-2, entre 15% e 20% (FIGUEIRA et al., 2002).

## **Antecedente Pessoal de Patologia Mamária**

Estudos já realizados demonstram que a probabilidade cumulativa de desenvolver um novo tumor na mama contra-lateral de um paciente com história pessoal de câncer de mama seja de 0,5 a 1% em cada ano de seguimento (MAKANEN; MUNOZ, 2002; FIGUEIRA et al., 2002; THULER, 2003; GODINHO; KOCH, 2004).

Caso a patologia anterior tenha sido na forma benigna, o risco de desenvolver neoplasia mamária irá depender do resultado histopatológico da lesão (PAIVA et al., 2002).

Entretanto, autores como Pascalicchio, Fristachi, Baracat (2001), afirmam que se uma mulher tem doença mamária benigna com características que justifiquem a indicação de biópsia, excluindo-se fibroadenomas, provavelmente exista em algum outro ponto de sua mama uma displasia pré-maligna.

Porém, conforme dizem Figueira et al. (2002), as lesões benignas não-proliferativas não aumentam o risco, já as proliferativas sem atipia representam risco relativo de 1,9, as hiperplasias atípicas conferem risco de 5,3. Estando essa atipia associada à história de antecedente familiar de primeiro grau com câncer de mama, o risco eleva-se para 8,9.

### **Obesidade Pós-Menopausa**

Existe uma forte relação entre elevado índice de massa corpórea e câncer de mama (PAIVA et al., 2002). Autores como Igisk e Santana (2000), chamam a atenção para mulheres com peso superior a 70 quilos após a menopausa.

Conforme dizem Figueira et al. (2002), uma vez em presença de obesidade, ao nível do tecido adiposo periférico, há aumento da conversão de andrógenos adrenais como androstenediona, em estrona e estradiol. A prolongada exposição a esses hormônios eleva o risco, marcadamente em mulheres menopausadas.

Portanto, o controle do peso pós-menopausa é uma prática de prevenção primária que deve adotada pelas mulheres na tentativa de reduzir o risco de desenvolver câncer de mama.

### **Lactação**

A lactação como agente protetor do câncer de mama ainda é muito controverso. Não é ampla a literatura sobre os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. Até o presente, sabe-se que há uma relação positiva entre amamentar e apresentar menos doenças como o câncer de mama (ENGER et al., 1997).

Autores como Lima et al. (2001), acreditam que, com a primeira gestação e lactação, há uma maturação das células da mama, tornando-as potencialmente mais protegidas em relação à ação de substâncias cancerígenas.

Segundo Rea (2004), uma revisão de 47 estudos realizados em 30 países envolvendo cerca de 50 mil mulheres com câncer de mama e 97 mil controles, sugere que o aleitamento materno pode ser responsável por dois terços da redução estimada no câncer de mama.

Afirma ainda que, a amamentação foi tanto protetora quanto mais prolongada, tendo o risco de ter câncer, decrescido 4,3% a cada 12 meses de duração da amamentação independente da origem das mulheres (países desenvolvidos e não-desenvolvidos), idade, etnia, presença ou não de menopausa e número de filhos.

A observância de diminuição de risco de desenvolvimento de câncer de mama em mulheres que amamentaram, dá-se provavelmente devido uma redução do número de ciclos ovulatórios durante toda a vida reprodutiva (FIGUEIRA et al., (2002); THULER (2003).

Dessa forma, a nuliparidade e o retardo na primiparidade, consistiriam em fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama.

## **Fatores Reprodutivos**

Dentre os fatores reprodutivos, pode-se citar a precocidade da menarca (antes dos doze anos de idade), a ocorrência da menopausa em fases tardias da vida reprodutiva, mulheres com intervalo de 30 anos entre a primeira e a última menstruação, idade avançada no primeiro parto, abortamento no primeiro trimestre de gravidez, mulheres que com idade superior a 35 anos ainda não engravidaram e a nuliparidade (IGISK e SANTANA, 2000, LIMA et al., 2001).

Molina, Dalbe e Luca (2001), afirmam que as maiores taxas de incidência de câncer de mama, ocorrem entre mulheres que ainda não tiveram filhos.

Com relação à menarca precoce, menopausa tardia e idade avançada no primeiro parto, Figueira et al. (2002), justificam serem fatores de risco para desenvolvimento de neoplasia mamária, por estarem intimamente relacionados a um aumento no risco relativo de câncer de mama, uma vez que nestas situações, as mulheres ficam expostas a estrógenos endógenos por muito mais tempo.

## **Terapia de Reposição Hormonal**

Os hormônios exógenos têm sido apontados como possíveis elevadores do risco para câncer de mama por ser a neoplasia mamária considerada uma patologia hormonodependente (GODINHO; KOCH, 2004).

Porém, estudos epidemiológicos já realizados sobre o tema, como os de Figueira et al. (2002), referem ser ainda um assunto extremamente contraditório. Algumas pesquisas mostram os efeitos benéficos da reposição hormonal na mulher menopausada, com diminuição da mortalidade por infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC), além de outras formas de câncer, levando à ponderação de que o ideal não é a privação das mulheres destes benefícios, e sim seu acompanhamento cauteloso durante a terapia de reposição hormonal (GODINHO; KOCH, 2004).

Contudo, vale destacar o estudo *Women's Health Initiative*, conhecido como WHI, realizado pelo Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos, que teve seu início em 1993 e foi interrompido prematuramente em maio de 2002, pelas evidências do aumento significativo de câncer de mama invasivo, com uso da TRH (FERNANDES et al., 2004).

Autores como Padilha e Pinheiro (2004), afirmam que a terapia de reposição hormonal não aumenta a incidência de câncer se utilizada durante período igual ou inferior a dez anos. No entanto, quando o período aumenta para dez a quinze anos, a reposição hormonal oferece pequeno risco. O aumento real do risco ocorre após os quinze anos de tratamento.

## **Uso de Anticoncepcional Hormonal Oral**

Existem estudos na literatura com resultados diversos em relação ao uso de contraceptivos orais e o câncer de mama. Alguns deles apresentam associação positiva afirmando que mulheres expostas aos contraceptivos orais têm mais chance de desenvolverem neoplasia mamária em relação às não expostas.

Outras pesquisas como a de Tessaro et al. (2001), referem não ser evidente a associação entre câncer de mama e uso de anticoncepcionais orais, a não ser em mulheres usuárias por mais de cinco anos e com idade superior a 45 anos.

Para Figueira et al. (2002) e Godinho e Koch (2004), o aumento do risco parece estar relacionado ao uso prolongado da pílula, principalmente quando o uso é iniciado em idade precoce, especialmente antes da primeira gestação a termo.

Em estudo de casos controle realizado em Belo Horizonte, MG, Gomes et al. (1995), encontraram risco relativo de 1,8 entre as usuárias de contraceptivos orais comparadas com as que nunca os utilizaram.

Já a metanálise de 54 estudos realizada pelo *Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer* (CGHFBC), encontrou associação positiva com risco de 24% maior entre as mulheres com uso recente de contraceptivos orais (CGHFBC, 1996).

## **Consumo de Gordura**

O binômio dieta-saúde representa um novo paradigma no estudo dos alimentos. Surge a compreensão de que a alimentação adequada exerce um papel além do que fornecer energia. Ela é responsável também pelo bem-estar e pela saúde das pessoas (PADILHA; PINHEIRO, 2004).

Os nutrientes podem atuar como protetores da saúde ou como coadjuvantes na ocorrência de doenças. De acordo com Lima, Fisberg e Slater (2003), os padrões dietéticos adotados por um indivíduo, família ou população determinará seu estado de saúde.

A relação entre o consumo de certos alimentos e o risco de câncer possui evidência científica, apesar da complexidade dos fatores que estão associados à ingestão dos alimentos, como conservação e preparo do alimento, tipo e quantidade de alimento consumido.

Estudos epidemiológicos populacionais associam a concentração de gordura na dieta com a incidência de câncer de mama (FIGUEIRA et al., 2002).

Padilha e Pinheiro (2004), afirmam ser a dieta incorreta, um fator dietético potencialmente importante. Portanto, como afirmam Henriques, Santos e Silva (2001), o uso abusivo de gorduras constitui comprovadamente um fator de risco para o câncer de mama.

## **Consumo de Carnes Vermelhas**

Foi constatado que a ingestão de carne vermelha representa um forte fator de risco na carcinogênese (MAKANEN; MUNOZ, (2002). O motivo é devido à formação de aminas heterocíclicas durante o cozimento. Essas aminas têm elevado poder de mutação induzindo o desenvolvimento de tumores em diversos órgãos. Ao contrário disto, as carnes brancas não significam aumento do risco (FIGUEIRA et al., 2002).

## **Uso de álcool**

Estudos desenvolvidos para conhecer os efeitos do álcool no organismo humano e sua relação com a neoplasia mamária, demonstraram a ocorrência de associação positiva entre a ingestão do álcool e o câncer de mama (MAKANEN; MUNOZ, 2002; THULER, 2003; MOLINA; DALBEN; LUCA, 2003).

À medida que a ingestão diária de álcool aumenta, cresce também o risco, sendo que, de acordo com Figueira et al. (2002), para que isso ocorra, a dose necessária é aproximadamente igual ou maior que dois drinques/dia.

## **Tabagismo**

A associação positiva entre o tabagismo e o desenvolvimento de tumor mamário ainda é questionada por alguns autores. Porém, autores como Padilha e Pinheiro (2004) e Couch et al. (2001), defendem a relação entre o hábito de fumar e o câncer de mama.

Segundo Couch et al. (2001), uma pesquisa envolvendo 426 famílias acompanhadas durante 52 anos, concluiu que o tabagismo aumentou a incidência de câncer mamário, porém esse aumento ocorreu principalmente nas pessoas que apresentavam outros fatores predisponentes associados.

## **Exposição a Pesticidas Organoclorados e Radiação Ionizante**

Investigações como as realizadas por Falck et al. (1992), Krieger et al. (1994) e Costabeber et al. (2000), mostram que resíduos organoclorados podem estar associados com a incidência de câncer de mama em mulheres.

Alguns compostos organoclorados ao serem estudados, demonstraram um fraco efeito estrogênico, o que levou os pesquisadores a sustentarem a hipótese de que representem de fato, fatores de risco para câncer de mama (FIGUEIRA et al., (2002).

Autores como Paiva et al. (2002) e Thuler (2003), corroboram com os acima citados, ao afirmarem que a exposição a agentes pesticidas organoclorados significam um importante fator associado ao desenvolvimento de tumor de mama.

Já relacionado à exposição à radiação ionizante, a Organização Mundial de Saúde (2002), afirma que represente um fator de risco real para o câncer de mama.

Autores como Garcia (2005) e Thuler (2003), validam tal informação ao afirmarem que a exposição a essa energia eletromagnética ionizante, seja de fato considerada como fator predisponente ao câncer mamário.

Devido à existência de todos os fatores de risco anteriormente descritos, uma das propostas de intervenção para o controle do câncer de mama está fundamentada no mapeamento do risco a que as mulheres estão expostas, visando à detecção de tumores o mais precocemente possível.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Natureza do estudo**

Estudo de natureza descritiva, dentro de uma abordagem quantitativa. Segundo Gil (2002), estudos descritivos apresentam características de uma determinada população, estabelecendo relações entre variáveis. Polit e Hugler (2004), afirmam que estudos descritivos podem ser de grande valor para o enfermeiro, uma vez que aprofundam o conhecimento sobre determinado assunto.

Conforme Leopardi (2002), a abordagem quantitativa, é o tipo de abordagem que se utiliza quando tem um instrumento válido, visando assegurar objetividade e credibilidade dos achados, e os instrumentos não expõem risco à vida humana. A questão proposta indica a preocupação com a quantificação, quando necessita comparar eventos ou replicar estudos.

Para que seja implementado o método quantitativo na saúde, é necessário um mínimo de conhecimento dos desenhos epidemiológicos e de bioestatística, a fim de reconhecer os dados obtidos e fazer uma adequada interpretação, análise e discussão dos resultados (LEOPARDI, 2002).

### **4.2 Local do estudo**

O estudo foi realizado no ambulatório de quimioterapia de um hospital filantrópico, centro de referência em atendimento ao paciente oncológico no município de Fortaleza/CE nos meses de abril e maio de 2005.

Observou-se neste ambulatório, em visitas anteriores à enfermagem de mulheres, no pós-operatório de mastectomia, que algumas, não sabiam exatamente o diagnóstico médico, o que dificultava a abordagem do assunto câncer, uma vez que, por orientação da equipe de enfermagem, o tema não deve ser abordado de maneira direta. Assim, quando essas mulheres vão se submeter à quimioterapia, o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico já foram discutidos com familiares e pacientes, o que facilita a inserção no assunto.

Este hospital foi fundado em 1944, como entidade filantrópica. Tem como missão básica: prevenir, diagnosticar e tratar o câncer, de forma efetiva, eficiente e humanizada.

Atualmente o hospital dispõe de 140 leitos destinados ao atendimento aos doentes de câncer, abrangendo, majoritariamente, pacientes do SUS, além de pacientes de convênios e particulares, residentes em Fortaleza e nas cidades do interior do Estado do Ceará.

Os pacientes têm acesso aos seguintes serviços de ambulatório, centro de diagnóstico por imagem; quimioterapia; radioterapia; centro-cirúrgico; sala de recuperação anestésica; unidade de terapia intensiva; laboratório de anatomia patológica, imunohistoquímica e análises clínicas; unidades de internação e mais oncologia pediátrica.

As pacientes em quimioterapia ambulatorial comparecem ao hospital para realizar a sessão, geralmente acompanhadas de familiares e após o tratamento retornam para suas casas.

Escolheu-se a sala de espera do ambulatório de quimioterapia para aplicar os questionários, devido ao fato dos familiares ficarem aguardando seus parentes realizarem o tratamento, o que disponibiliza um tempo que geralmente seria ocioso.

A abordagem e o convite para a participação do estudo foram feitos na sala de espera. Nessa oportunidade foram esclarecidos os objetivos do estudo, assinados os termos de consentimento livre e esclarecido e aplicado o questionário, que se encontra no APÊNDICE I.

#### **4.3 População**

A população do estudo constou de todas os familiares acompanhantes das pacientes mastectomizadas por câncer de mama, em tratamento quimioterápico ambulatorial no Instituto do Câncer do Ceará.

#### **4.4 Amostra**

O tamanho da amostra teve como base a variável “câncer de mama” em mulheres adultas. O Estado do Ceará tem uma taxa estimada de 34,55 casos para cada 100 mil mulheres. Já em Fortaleza, o número de casos novos tem taxa estimada de 53,82 a cada 100 mil habitantes do sexo feminino (BRASIL, 2005). Empregando-se a fórmula a seguir,

apropriada para população infinita, fixando-se ainda, um erro amostral absoluto de 9,77% e um nível e significância de 5%, o tamanho da amostra ficou sendo 100 familiares.

$$n = \frac{t^2_{5\%} \times P \times Q}{e^2}$$

$e^2$

Onde:

- n é o tamanho da amostra;
- t é o valor da distribuição t de Student ( $t_{5\%}=1,96$ );
- P é a prevalência de câncer de mama em mulheres adultas na cidade de Fortaleza ( $P=53,82\%$ );
- $Q = 100\% - P = 100\% - 53,82\% = 46,18$
- e é o erro amostral absoluto ( $e = 9,77\%$ ).

Para a inclusão das mulheres na amostra, levou-se em consideração os seguintes critérios:

- Ser parente em 1º grau de mulher mastectomizada em tratamento quimioterápico ambulatorial. Entende-se por parente em 1º grau: mãe, irmã ou filha;
- Estar acompanhando a paciente no tratamento quimioterápico ambulatorial, fato que possibilitou a realização da entrevista na sala de espera enquanto aguardava sua parente;
- Ter idade igual ou superior a 18 anos. Optou-se por mulheres a partir dessa faixa etária, vez que menores de idade necessitariam a autorização de seus responsáveis que poderiam estar realizando a quimioterapia, ou ausentes do hospital no momento da entrevista;
- As mulheres que apresentaram disponibilidade e aceitação para participar voluntariamente do estudo, após todas as explicações necessárias acerca do trabalho e objetivos do mesmo, concedendo autorização prévia verbal e por escrito para a

efetivação da entrevista;

No caso em que houve mais de uma acompanhante por paciente, e essas acompanhantes preencheram todos os critérios de inclusão, todas responderam ao questionário.

#### **4.5 Variáveis do estudo**

O estudo engloba as seguintes variáveis:

- I- De identificação: idade, renda familiar, situação conjugal, escolaridade, profissão e religião;
- II- De conhecimento: se conhece algum fator que possa causar câncer de mama e se sabe dizer a possível causa do câncer de sua familiar;
- III- Fatores de risco para câncer de mama: grau de parentesco, idade da 1<sup>a</sup>. menstruação, idade da menopausa, idade da 1<sup>a</sup>. gestação, se amamentou, tempo de amamentação, no. de gestações, n.º de partos, ocorrência de aborto, uso de contraceptivo hormonal, tempo de uso do anticoncepcional, uso de hormônios e tempo de reposição hormonal;
- IV- Tipo de alimentação rotineira: ingestão de gorduras animal, frituras, alimentos enlatados, alimentos defumados e embutidos;
- V- Hábitos de uso diário: tabagismo, ingestão de álcool, ingestão de café;
- VI- Práticas de auto-cuidado: realização de auto-exame, realização do exame clínico e realização da mamografia, bem como a frequência de realização de cada um dos exames.

#### **4.6 Instrumento e procedimentos para coleta**

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados, um questionário semi-estruturado, constante no Apêndice I, por considerar que esse permite uma certa organização

dos questionamentos à medida que as informações vão sendo fornecidas (FUJISAWA, 2000).

Segundo Moura, Seidl e Ferreira (1998), os questionários consistem em instrumentos compostos de um conjunto de perguntas em geral elaboradas, com o intuito de reunir informações sobre as percepções, crenças e opiniões dos indivíduos a respeito deles próprios e dos objetos, pessoas e eventos presentes em seu meio ambiente.

#### **4.7 Estudo piloto**

O questionário foi previamente testado por dez familiares das pacientes obedecendo a todos os critérios de inclusão e exclusão. O estudo piloto teve como objetivo principal, testar o roteiro, a adaptação do pesquisador para realizá-la, bem como o tratamento e análise dos dados.

#### **4.8 Organização e análise dos dados**

Foi realizada uma simulação de tabelas com os 30 roteiros iniciais para que fossem realizados os primeiros testes estatísticos. Após validação, foi concluída a amostra de 100 familiares.

Inicialmente foi realizada uma análise estatística descritiva, que consiste em descrever e resumir os dados, estimando o quão confiavelmente eles podem fazer previsões e gerar descobertas (BELLO, 2001).

Os dados foram organizados em tabelas e realizada análise bivariada com testes de associação para as variáveis: grau de parentesco e causas atribuídas ao surgimento do câncer de mama; grau de parentesco e idade da 1ª. menstruação e idade da menopausa; grau de parentesco e idade da 1ª. gravidez e número de gestações; grau de parentesco e ocorrência e tempo de amamentação; grau de parentesco e número de filhos e número de abortos; grau de parentesco e uso e tempo de uso de anticoncepcionais e reposição hormonal; grau de parentesco e hábitos de uso diário como: alimentação, tabagismo, ingestão de café, ingestão de álcool; grau de parentesco e exposição à radiação e exposição a pesticidas; grau de parentesco e práticas de auto-cuidado: auto-exame das mamas, exame clínico e mamografia.

Calculou-se a média e o desvio padrão e foram realizados os testes não

paramétricos de Fisher, teste  $X^2$  e Fisher – Freeman – Halton. Esse último teste foi utilizado quando o teste  $X^2$  não era recomendado.

Para as análises bivariadas, excluiu-se o parentesco mãe, visto que foram apenas duas em todo o estudo. Fixou-se o nível de significância de 5% para todas as análises inferenciais. Os dados foram processados no programa *EPI-INFO*.

#### **4.9 Aspectos éticos da pesquisa**

A fase de coleta de dados do estudo somente foi iniciada após sua apreciação e aprovação pelo comitê de ética em pesquisa da própria instituição (ANEXO I).

O conhecimento da instituição acerca do desenvolvimento da pesquisa deu-se primeiramente através de uma entrevista da pesquisadora com o diretor do hospital. Após o primeiro contato, foi encaminhado um ofício (APÊNDICE II), acompanhado de um resumo do projeto para que o mesmo pudesse inteirar-se sobre o assunto que seria abordado.

Posteriormente, o projeto foi inscrito no SISNEP (Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos) e encaminhado para o comitê de ética da instituição. Após a aprovação e o consentimento para que iniciasse a coleta, uma nova entrevista foi marcada com a gerente de enfermagem e enfermeira responsável pelo setor de quimioterapia, para que ambas recebessem uma cópia do projeto, permitindo o conhecimento do estudo a ser realizado. Com a anuência de todos os profissionais, iniciou-se a coleta de dados.

Em atenção à Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996 sobre pesquisa em seres humanos, foram obedecidas todas as suas exigências, que dizem que deve ser respeitada a liberdade da participação dos sujeitos e conservado o anonimato dos mesmos (FORTES, 1998). Essa resolução exige que sejam cumpridos aspectos éticos fundamentais na pesquisa com indivíduos, grupo ou comunidade, quais sejam:

- 1) Consentimento livre e esclarecido - indica a anuência do sujeito da pesquisa e/ou de seu representante legal, livre de vícios, dependência, subordinação ou intimidação após explicação completa e pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios e o incômodo que esta possa acarretar, formulada em

um termo de consentimento, autorizando sua participação voluntária na pesquisa;

- 2) Ponderação entre riscos e benefícios, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de dados;
- 3) Garantia de que danos previsíveis serão evitados;
- 4) Relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis.

O esclarecimento compreendeu primeiramente a apresentação da pesquisadora e a explicação às entrevistadas do que se pretendia fazer, sendo-lhes assegurado anonimato de suas respostas, assim como, foram informados os objetivos da pesquisa, como também, ressaltada a relevância da sua contribuição no fornecimento dos dados, oferecendo-lhes, por fim, a liberdade para participar ou não do estudo. A aceitabilidade implicou na assinatura do Termo de Consentimento, Livre e Esclarecido (APÊNDICE II).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

---

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **5.1 Características sociodemográficas**

A amostra (N = 100) já descrita na metodologia, será demonstrada na Tabela 1 que se segue, sendo caracterizada conforme dados sócio-demográficos das familiares das mastectomizadas.

**TABELA 1 – Características socio-demográficas das familiares de mastectomizadas. Instituto do Câncer, Fortaleza – CE, abril/maio 2005**

Variáveis	N= 100	%	Estatísticas
<b>1. Parentesco (N=100)</b>			
Filha	56	56	
Irmã	42	42	
Mãe	2	2	
<b>2. Renda familiar (SM)*</b>			
≤ 1	13	13	
1 —  2	26	26	Mínima = nenhum salário
2 —  3	28	28	Máxima = 8 salários mínimos
3 —  5	26	26	Média = 2,4 salários mínimos
5 —  8	7	7	
<b>3. Idade das filhas (ano) (N=56)</b>			
18 —  28	20	35,8	
28 —  38	17	30,4	Mínima = 18 anos
38 —  48	16	28,5	Máxima = 58 anos
48 —  58	3	5,3	Média = 33 anos
<b>4. Idade das irmãs (ano) (N=42)</b>			
29 —  39	9	21,5	
39 —  49	6	14,2	Mínima = 29 anos
49 —  59	16	38,0	Máxima = 75 anos
59 —  69	9	21,5	Média = 51 anos
69 —  75	2	4,8	
<b>5. Situação Conjugal</b>			
Casada	51	51	
Separada	20	20	
Solteira	19	19	
Viúva	10	10	
<b>6. Religião</b>			
Católica	82	82	
Evangélica	10	10	
Espírita	8	8	
<b>7. Escolaridade</b>			
Analfabeto/ Ensino Fundamental Incompleto	34	34	
Ensino Fundamental Completo	14	14	
Ensino Médio Incompleto	11	11	
Ensino Médio Completo ou Superior	41	41	
<b>8. Atividade Profissional</b>			
Comerciante	26	26	
Do lar	21	21	
Autônoma	18	18	
Doméstica	17	17	
Estudante	8	8	
Professora	5	5	
Aposentada	5	5	

\* SM = Salário Mínimo = R\$ 260,00 no período da coleta

### 5.1.1 Parentesco

Conforme observado na tabela 1, a amostra foi formada em sua maioria por filhas de mastectomizadas (56%), sendo 42% irmãs e apenas 2% mães. Sabe-se que um dos fatores de risco para câncer de mama, mais estudado é o parentesco em primeiro grau com um paciente portador de neoplasia mamária.

Godinho e Koch (2004), afirmam que qualquer história familiar de câncer de mama, tanto do lado materno quanto paterno, aumenta o risco de uma mulher desenvolver esta neoplasia, no entanto, este aumento geralmente é desprezível. O risco somente é relevante quando o parentesco é de primeiro grau: mãe, irmã ou filha (pai, irmão ou filho). A presença de câncer de mama em parente de primeiro grau pós-menopausada dobra o risco de uma mulher desenvolver a doença e eleva-o nove vezes se a parente for pré-menopausada.

Conforme o Documento de Consenso de Controle do Câncer de Mama (2004), são definidos com risco elevado para o desenvolvimento do câncer de mama: mulheres com história familiar de pelo menos um parente em primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama abaixo dos 50 anos de idade, mulheres com história familiar de pelo menos um parente em primeiro grau com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária entre outros.

Moura-Gallo et al. (2004), afirmam que é reconhecida a influência dos fatores genéticos, sendo que filhas de mães portadoras de câncer de mama têm um risco bem aumentado de desenvolver a doença se comparadas a mulheres sem relato de história familiar.

De acordo com estudo realizado por Borghesan et al. (2003), ter um parente em primeiro grau com câncer de mama, é considerado preocupante, já que pode aumentar em até quatro vezes a possibilidade de desenvolvimento da neoplasia.

Já Molina, Dalben e De Luca (2003), afirmaram que aproximadamente 10% de todos os tumores de mama são herdados, aumentando o risco tanto mais próximo seja o parentesco e quanto mais cedo for diagnosticado o câncer no familiar afetado.

Corroborando com esse pensamento, temos ainda autores como Thuler (2003), Molina et al. (2003), Makenen e Munoz (2002) que dizem ser o fator familiar um dos mais importantes aspectos a serem observados no estudo dos fatores predisponentes para o

aparecimento do câncer mamário. Fator este que toda a amostra estudada já apresentava previamente, uma vez que foi composta exclusivamente por familiares em primeiro grau de mulheres que têm câncer de mama.

### 5.1.2 Renda familiar

Com relação à renda familiar, observou-se que 13% da amostra, possuía renda familiar menor que um salário mínimo. Uma parcela significativa de 26% ganhava entre um e dois salários, seguida de outro grupo também bastante significativo de 28% que tinha como renda mensal entre dois e três salários.

Ganhando entre três e cinco salários mensais, têm-se 26% das familiares e finalmente, dispondo de uma renda familiar entre cinco e oito salários mínimos, observou-se apenas sete familiares. Percebeu-se que a maior parte da amostra encontrava-se ganhando até três salários mensalmente, sendo a renda mínima referida de nenhum salário, a renda máxima foi de oito salários mínimos e a média de 2,4 salários mínimos.

Antigamente o câncer era visto como uma doença de países ricos e industrializados, enquanto que as doenças relacionadas com a fome, as infecciosas e as parasitárias, de países subdesenvolvidos. Porém, as estatísticas atuais não confirmam esta tendência. Autores como Molina, Dalben e De Luca (2003), afirmam que mais da metade dos casos novos de cânceres reportados anualmente ocorrem em países subdesenvolvidos.

De acordo com Mc Worter et al. (1989), mesmo em países desenvolvidos, as classes sociais menos privilegiadas economicamente, são as que apresentam as maiores taxas da doença.

### 5.1.3 Idade de filhas e irmãs

Conforme pôde ser observado na Tabela 1, a idade das entrevistadas foi bastante variável, porém, observou-se também que dentre as filhas (N = 56), a maioria de 35,8% (20 mulheres), está na faixa etária de 18 – 28 anos. A idade mínima das filhas foi de 18 anos e a máxima de 58 anos, com média de 33 anos. As irmãs das mastectomizadas (N = 42),

observou-se uma concentração maior na faixa etária de 49 – 59 anos e correspondendo a 38,0% (16 mulheres), tendo idade mínima de 29 anos, máxima de 75 anos e média de 51 anos.

Molina, Dalben e De Luca (2003), afirmam que 80% dos óbitos por câncer de mama, ocorrem em pessoas maiores de 50 anos de idade.

Araújo e Fernandes (2005), relataram que entre as neoplasias, o câncer de mama destaca-se por atingir mulheres de todas as idades, em especial acima dos 45 anos, porém, nos últimos anos, o câncer de mama vem acometendo mulheres com idade inferior a 40 anos, o que vem preocupando os especialistas, favorecendo a implementação de campanhas de conscientização da comunidade para a detecção precoce do tumor (FERNANDES et al., 2005).

Ao realizar um estudo sobre a temática, Eisenberg et al. (2000) e Nasajon e Balem (1999), concluíram que o câncer de mama acomete mulheres cada vez mais jovens com curva ascendente a partir dos 25 anos, no entanto, a maioria dos casos concentra-se realmente entre 45 e 50 anos.

A partir dessas observações, podemos concluir que dentre as entrevistadas, as irmãs das mastectomizadas apresentaram um fator de risco maior para o desenvolvimento da neoplasia mamária relacionado ao fator idade, devido ao fato de estarem dentro da faixa etária reconhecidamente de maior risco para desenvolver o câncer de mama.

#### 5.1.4 Situação conjugal

Analisando a variável situação conjugal, foi observado que a maioria das familiares entrevistadas encontrava-se no grupo das casadas, correspondente a 51%, a clientela formada por separadas foi de 20%, solteiras 19%, seguida de 10% de viúvas. Foram consideradas casadas as mulheres que independente do estado civil, tinham união amorosa estável durante dois anos, no mínimo. Ferreira, Franco e Queiroz (2002), afirmam que um casamento bem estruturado, dá apoio social e/ou barra os efeitos do estresse, enquanto que um mau casamento, a perda do companheiro, ou mesmo o fato de estar separada tem efeitos prejudiciais ao bom funcionamento do organismo.

### 5.1.5 Religião

Com relação à religião, a maior proporção das mulheres (82%) seguia o catolicismo, enquanto que 10% disseram ser evangélicas e 8% espíritas.

Sabe-se que muitas vezes, a religião na presença da doença, funciona como um bálsamo para o paciente e familiares, diminuindo o peso de ter um câncer. No entanto, não foram encontradas na literatura referências que indicassem a escolha da religião como um fator determinante no risco para o desenvolvimento da neoplasia mamária.

### 5.1.6 Escolaridade

No quesito escolaridade, para surpresa do pesquisador, encontrou-se que a maioria de 41% tinha ensino médio completo ou superior (37 e 4 respectivamente), já uma parcela bastante significativa de 34% era analfabeta ou tinha ensino fundamental incompleto. Um total de 14% concluiu o ensino fundamental, seguido de 11% com ensino médio incompleto.

Fazendo uma co-relação nível de escolaridade com renda familiar, foi observado ainda que, apesar da maioria da amostra ter como nível de escolaridade ensino médio completo ou superior, a renda familiar variou em sua maior parte de um a três salários. O que demonstra um problema típico de países subdesenvolvidos, onde profissionais não conseguem ocupações compatíveis com suas qualificações, refletindo em baixos salários e conseqüentemente baixas condições de vida.

Foi observado que as maiores proporções ficaram nos dois extremos do nível de escolaridade. Em estudo realizado por Molina et al. (2003), encontrou-se que quanto maior o grau de instrução, maior o conhecimento sobre métodos de prevenção para o câncer de mama, devido ao próprio domínio da leitura e melhores oportunidades de acessar serviços de saúde. Conseqüentemente, as mulheres terão mais oportunidades de cuidarem de seu corpo.

Estudos comprovam que mulheres mais jovens ou com nível educacional mais elevado, demonstram maior controle na tomada de decisão com relação ao cuidado com sua saúde (FALLOWFIELD, 1997).

Da mesma forma, observou-se que mulheres com grau de instrução menor ou menos anos de estudo têm menos acesso ao serviço de saúde, ficando muitas vezes de fora dos programas de prevenção e detecção precoce da neoplasia mamária.

A parcela de mulheres analfabetas ou com ensino fundamental incompleto, apesar de não corresponder à maioria, é bastante significativa sendo de 34%, fato que retrata um dos problemas sociais mais graves do Brasil, em que o pouco ou nenhum estudo expressam diferenças entre as pessoas, seja no acesso à informação ou nas possibilidades de se beneficiarem de novos conhecimentos (SANTOS, 2004).

Arantes e Mamede (2003), referem que as mulheres com baixo nível de escolaridade, não são levadas em consideração pelos profissionais de saúde, no momento de uma tomada de decisão com relação ao próprio tratamento. Possivelmente, pelo fato de que são consideradas com pouco conhecimento e, portanto, não capacitadas para essa tomada de decisão tão importante.

Em estudo realizado por Molina, Dalben e Luca (2003), observou-se que o grau de escolaridade é fator significativo, uma vez que as mulheres com mais anos de estudo tiveram melhores oportunidades de diagnóstico precoce do câncer mamário e tratamento adequado, do que as com pouco estudo.

#### 5.1.7 Atividade Profissional

Quanto à ocupação, pode-se observar que, 26% era formada por comerciantes. Praticando atividades do lar, encontrou-se 21% da amostra, seguida de 18% autônomas, 17% domésticas. Das entrevistadas foi encontrado ainda que 8% eram estudantes, enquanto que 5% eram professoras e também 5% eram aposentadas e/ou pensionistas.

Observou-se uma preocupação intensa por parte das entrevistadas, com o sustento da família. Houve uma maior parcela de ocupação remunerada conforme visto na Tabela 1.

### **5.2 Causas atribuídas pelas familiares ao surgimento do câncer de sua parente**

As mulheres foram interrogadas com relação às possíveis causas do surgimento do câncer de familiar. As respostas foram contempladas na tabela a seguir.

**TABELA 2 – Associação do grau de parentesco com causa atribuída ao surgimento do CA de mama. ICC, Fortaleza-CE; abril/maio de 2005**

Causas atribuídas ao surgimento do CA	Parentesco				Total	p
	Filha		Irmã			
	Nº	%	Nº	%		
Uso de anticoncepcional	12	21,5	11	26,1	23	
Fumo e álcool	10	17,8	8	19,0	12	
Presença de nódulos	10	17,8	7	16,6	17	
Levantou muito peso	4	7,1	5	12,0	9	0,876
Pancada	5	8,9	4	9,5	9	
Mágoa/ preocupação	3	5,4	2	4,8	5	
Outros	12	21,5	5	12,0	17	
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>	<b>98</b>	

p de Fisher – Freeman - Halton

Conforme pode ser observado, o valor p de Fisher-Freeman-Halton foi de 0,876, o que demonstra que não houve associação entre as variáveis parentesco e causas atribuídas ao surgimento do câncer de mama. O grau de parentesco das entrevistadas com as mastectomizadas não interferiu na causa atribuída pelas parentes ao surgimento da neoplasia mamária das pacientes.

Como causa do surgimento do câncer de mama, mais citada pelas entrevistadas, encontrou-se o uso de anticoncepcionais orais referidos por 21,5% das filhas (N = 56) e 26,1% das irmãs (N = 42). O tabagismo, fumo e ingestão de álcool, presença de nódulos, excesso e peso, pancada, mágoa e preocupação e outros, têm-se: 17,8% e 19,0%, 17,8% e 16,6%, 7,1% e 12,0%, 8,9% e 9,5%, 5,4% e 4,8% e 21,5% e 12,0% referidos por filhas e irmãs das pacientes respectivamente.

Foram considerados como outros, as respostas que foram citadas uma ou duas vezes apenas pelas familiares como: excesso de trabalho, noites mal-dormidas, falta de cuidado com o corpo, alimentação inadequada, taxa elevada de hormônios.

### 5.3 Fator de risco Idade da primeira menstruação e idade da menopausa

Na Tabela 3 a seguir, serão abordados os fatores de risco idade da primeira menstruação e idade da menopausa. Sabe-se que são considerados fatores de risco para desenvolvimento e câncer de mama, mulheres que tiveram sua menarca com idade igual ou inferior a doze anos e/ou que entraram na menopausa com idade igual ou superior a cinquenta e cinco anos. As variáveis serão associadas ao fator grau de parentesco.

Vale ressaltar que nas análises bivariadas serão excluídas as mães de mastectomizadas por representarem apenas 2% de toda a amostra (N = 100).

**TABELA 3 - Associação do grau de parentesco com as variáveis: idade da primeira menstruação e a idade da menopausa das familiares das mastectomizadas do ICC. Fortaleza – CE, abril / maio de 2005**

Variáveis	Parentesco				Teste	p
	Filha		Irmã			
	Nº	%	Nº	%º		
<b>1. Idade da 1ª menstruação (ano)</b>						
≤ 12	26	46,5	15	35,8		
> 12	30	53,5	27	64,2	1,13 <sup>(1)</sup>	0,287
<b>2. Idade da menopausa (ano)</b>						
≤ 55	7	87,5	22	81,5		
> 55	1	12,5	5	18,5	(2)	

<sup>(1)</sup> Teste  $\chi^2$ ; <sup>(2)</sup> Teste de Fisher

Conforme foi observado anteriormente na tabela 3, de todas as entrevistadas que eram filhas de mastectomizadas (N = 56), a maioria de 53,5% (30 mulheres), teve seu primeiro episódio menstrual com idade acima de doze anos, enquanto que, 46,5% (26 delas) menstruaram pela primeira vez com doze anos ou menos.

Entre as familiares que eram irmãs de mastectomizadas (N = 42), a maioria de 64,2% (27 mulheres), menstruou com idade acima de doze anos, seguido de 35,8% (15 entrevistadas) que tiveram menarca com doze anos ou menos.

Observando os dados acima descritos, pode-se dizer que não houve associação estatística entre o fator grau de parentesco e idade da menarca das familiares de mastectomizadas ( $p = 0,287$ ), revelando que a idade da primeira menstruação das familiares não é influenciada pelo grau de parentesco.

Torna-se importante a reflexão de que, apesar da maioria da amostra correspondente a filhas e irmãs de mastectomizadas, ter apresentado o primeiro episódio menstrual após os doze anos de idade, fato que é satisfatório, uma parcela considerável de 41 mulheres apresentaram primeira menstruação com doze anos ou menos. Tornando necessária a reflexão do fator de risco idade da primeira menstruação.

Segundo Cavalcanti (2003) e Clark e Macgee (1997), a menarca precoce está intimamente relacionada a um aumento no risco relativo de ter câncer de mama devido ao fato de que nessa situação as mulheres ficam expostas a estrógenos endógenos por maior período de tempo.

Sempre que se fala em fatores de risco para desenvolvimento de neoplasia mamária, cita-se o fator reprodutivo início dos ciclos menstruais em uma idade precoce como sendo um fator de relativa importância.

Autores como Jesus e Lopes (2004) e Ellery (2004) corroboram com essa afirmação ao afirmarem que a precocidade da menarca corresponde a um fator de risco para o câncer mamário.

Analisando a variável idade da menopausa, pode-se observar na Tabela 3, que do total de mulheres entrevistadas ( $N = 100$ ), apenas 35% já haviam entrado na menopausa. Do total de 8 filhas de mastectomizadas que já entraram na menopausa, em 7 delas (87,5%), a menopausa ocorreu em idade menor ou igual a 55 anos e somente 1 (12,5%) acima dos 55 anos de idade.

Observando as irmãs das mastectomizadas, percebeu-se que 22 delas ou 81,5% do total já menopausadas ( $N = 27$ ), tiveram esse evento fisiológico com 55 anos ou menos, enquanto que 18,5% entraram na menopausa após os 55 anos, o que corresponde a 5 mulheres.

A partir dos dados descritos, pode-se afirmar que também não houve associação estatística entre as variáveis idade da menopausa e grau de parentesco ( $p = 0,691$ ). A idade da

menopausa dessas mulheres, independe do grau de parentesco que as mesmas têm com as mastectomizadas.

Mesmo que o fator de risco para desenvolvimento de câncer de mama idade da menopausa acima dos 55 anos não tenha sido observado na maioria das entrevistadas, é válido que seja comentado que conforme afirma Cavalcanti (2003), a mulher que entrou na menopausa somente após os 55 anos, sofreu maior exposição aos estrógenos endógenos, o que a fez ficar exposta a mais um fator de risco (MOURA-GALLO et al., 2004).

Conforme afirmam Faria, Leme e Oliveira (1997), em condições em que há maior número de ciclos ovulatórios cumulativos, o risco oncogenético estaria aumentado, pois manteria o epitélio mamário sujeito à constante divisão celular.

Devido a esse fato, quanto mais precoce a menarca e mais tardia a menopausa, maior será o número de ciclos ovulatórios e, conseqüentemente, maior o risco de desenvolver a doença (FARIA; LEME; OLIVEIRA, 1997).

Um estudo do tipo caso-controle realizado por Dupont et al. (1995), no período de 1979 a 1984, constatou que a exposição a um maior número de ciclos menstruais estava realmente associada a aumento do risco de câncer de mama.

#### **5.4 Fatores de risco reprodutivos**

A tabela a seguir, demonstra a análise das variáveis associadas grau de parentesco com fatores reprodutivos como: idade da primeira gestação, número de gestações, número de filhos, número de abortos, ocorrência e tempo de amamentação das familiares entrevistadas.

**TABELA 4 – Associação do grau de parentes com fatores reprodutivos das familiares das mastectomizadas do ICC – Fortaleza-CE, abril /maio de 2005**

Variáveis	Parentesco				Teste	p
	Filha		Irmã			
	Nº	%	Nº	%		
<b>1. Idade da 1ª gestação (ano)</b>						
14 – 20	15	44,1	13	31,7	1,31 <sup>(1)</sup>	0,520
21 – 25	11	32,3	15	36,6		
26 – 32	8	23,6	13	31,7		
<b>2. Número de gestações</b>						
0	22	39,2	1	2,3	18,87 <sup>(1)</sup>	0,002
1	8	23,5	7	17,0		
2	8	23,5	9	22,0		
3	7	20,5	9	22,0		
4	5	14,8	7	17,0		
5 ou mais	6	17,7	9	22,0		
<b>3. Número de filhos</b>						
0	22	39,2	1	2,3	20,97 <sup>(1)</sup>	0,001
1	10	29,4	10	24,3		
2	10	29,4	11	26,9		
3	10	29,4	9	21,9		
4 ou mais	4	11,8	11	26,9		
<b>4. Número de abortos</b>						
0	44	78,6	22	52,3	(2)	0,014
1	8	66,7	16	80,0		
2	4	33,3	4	20,0		
<b>5. Ocorrência de amamentação</b>						
Sim	29	51,8	33	78,6	7,41 <sup>(1)</sup>	0,006
Não	27	48,2	9	21,4		
<b>6. Tempo de amamentação</b>						
1 — 2	7	24,1	3	9,1	20,65	0,001
2 — 4	4	13,8	5	15,1		
4 — 6	2	6,9	11	33,4		
6 ou mais	16	55,2	14	42,4		

<sup>(1)</sup> Teste  $\chi^2$ ; <sup>(2)</sup> Teste de Fisher – Freeman - Halton

Dentre os fatores de risco reprodutivos para o desenvolvimento da neoplasia mamária, a nuliparidade, a idade avançada do primeiro parto, o número de filhos e de abortos e a amamentação e tempo da mesma, também correspondem a fatores associados ao surgimento do câncer de mama.

A partir das entrevistas, constatou-se que 22 filhas de mastectomizadas nunca engravidaram. Conforme observado na Tabela IV, de um total de 34 filhas de mastectomizadas que já engravidaram, 44,1% (15 mulheres) delas tiveram a primeira gestação na faixa etária entre 14 e 20 anos. Em 32,3% (11) das filhas, observou-se que a primeira gravidez ocorreu entre 21 e 25 anos, seguido de 23,6% (8 familiares) que tiveram sua primeira gravidez entre 26 e 32 anos.

Entre as irmãs das pacientes mastectomizadas, perfazendo um total de 41 mulheres que já engravidaram, encontrou-se que em 31,7% (13) delas, a primeira gestação ocorreu entre 14 e 20 anos. Tendo engravidado entre 21 e 25 anos, encontrou-se 36,6% (15) das irmãs das pacientes e 31,7% (13), tiveram sua primeira gestação com idade entre 26 e 32 anos.

A partir dos dados descritos, observou-se que não se obteve associação entre a variável grau de parentesco com a variável idade da primeira gestação ( $p = 0,520$ ). A idade que as entrevistadas referiram ter engravidado pela primeira vez não depende do grau de parentesco que as mesmas têm com as mastectomizadas.

Com relação ao número de gestações referidas pelas mulheres, observou-se que 22 (39,2%) filhas de mastectomizadas nunca engravidaram. Das participantes do estudo filhas de mastectomizadas que referiram ter engravidado ( $N = 34$ ), 23,5% (10) tiveram uma única gestação, seguidas de 23,5% (8), 20,5% (7), 14,8% (5 mulheres), 17,7% (6) que tiveram duas, três, quatro, cinco e mais de cinco gestações respectivamente.

Entre as mulheres irmãs de mastectomizadas, 2,3% (uma mulher), nunca engravidaram, 17,0% (7) engravidaram uma única vez e 22,0% (9 mulheres), 22,0% (9 delas), 17,0% (7) e 22,0% (9) referiram ter engravidado duas, três, quatro, cinco e mais de cinco vezes respectivamente.

Observou-se a partir dos dados descritos que houve associação entre as variáveis grau de parentesco e número de gestações ( $p = 0,002$ ). Dentre as mulheres entrevistadas, percebeu-se que as irmãs das mastectomizadas apresentaram maiores porcentagens relacionadas à ocorrência de gestações. Essa realidade pode ser explicada devido ao fato das irmãs estarem em uma faixa etária predominantemente superior aquelas que são filhas de mastectomizadas. Conseqüentemente, uma maior parte mais delas já tiveram oportunidades de casarem ou tiveram relacionamentos que geraram filhos.

Analisando a variável número de filhos, observa-se que dentre as filhas das pacientes (N = 56), 39,2% (22) não tiveram nenhum filho. Das que tiveram filhos (N = 34), 29,4% (10) tiveram um, 29,4% (10) são mães de dois filhos, seguidas de 29,4% (10) com três filhos e com quatro ou mais, têm-se 11,8% (4). Das entrevistadas que eram irmãs das pacientes (N = 42), encontrou-se que 2,3% (uma mulher) não têm nenhum filho. Das que referiram possuir filhos (N = 41), 24,3% (10 mulheres) tiveram um, 26,9% (11) tiveram dois, 21,9% (9 delas) tiveram três e 26,9% (11 mulheres) tiveram quatro filhos ou mais.

Já com relação ao número de abortos ocorridos, encontrou-se que dentre as participantes filhas de mastectomizadas (N = 56), 78,6% (44 mulheres) nunca sofreram abortos. Das que referiram ter abortado (N = 12), 66,7% (8 mulheres) tiveram um aborto e 33,3% (4) dois abortos. Dentre as irmãs (N = 42), detectou-se que 52,3% (22 mulheres), nunca sofreram aborto. Dentre as que sofreram, 80,0% (16) tiveram pelo menos um aborto e 20,0% (4), dois abortos.

Analisando os dados referentes ao número de filhos e de abortos das entrevistadas, observou-se que houve associação estatística das duas variáveis com a variável grau de parentesco ( $p = 0,001$  e  $p = 0,014$  respectivamente), evidenciando que o número de filhos e número de abortos está relacionado ao grau de parentesco. As mulheres entrevistadas que eram irmãs das pacientes, apresentaram tanto maior número de filhos quanto maior ocorrência de abortos.

Realizando estudo sobre a relação aborto X câncer de mama, Medina et al. (1993), concluíram que o aborto espontâneo ou induzido no primeiro trimestre de gestação é um fator de risco para neoplasia mamária.

Com relação ao fator de risco para câncer de mama nuliparidade ou primeira gestação tardia, Rossano et al (2002), reforçam estudos que afirmam que mulheres cuja primeira gestação a termo ocorreu antes dos 18 anos de idade, apresentavam um terço do risco daquelas com primeira gestação após os trinta anos de idade e das nulíparas. Isso se dá devido ao reduzido tempo de exposição ao estrogênio. Quanto mais ciclos ovulatórios, maior a exposição da mulher ao estrógeno, sendo portanto, maior o potencial de alterações genéticas e conseqüentemente, o desenvolvimento da neoplasia mamária (THULER, 2003).

Smith et al. (2002), dizem que a nova população de células tronco mamarias que se desenvolvem durante a gravidez, alguma das quais sobrevivem depois da lactação, podem ajudar a explicar porque motivo a gravidez pode reduzir o risco de câncer de mama durante a vida.

Lima *et al.* (2001), corroboram com os autores acima citados quando afirmam que o desenvolvimento da primeira gravidez representa um importante evento no processo de maturação das células mamárias, tornando-as, portanto, potencialmente mais protegidas em relação à ação de substâncias cancerígenas.

Faria, Leme e Oliveira (1997), dizem que a gestação precoce a termo seguida ou não de lactação, além de diminuir a ocorrência de ovulações, induz diferenciação do lóbulo mamário, tornando-o menos susceptível à indução neoplásica por agentes mutagênicos. Portanto, como pôde ser observado na Tabela V, as irmãs das mastectomizadas tiveram esse fator positivo se comparadas às filhas das mastectomizadas, uma vez que apresentaram maior número de gestações.

Ao realizar a análise da variável ocorrência de amamentação, observa-se que 51,8% (29 mulheres) das filhas das pacientes (N = 56) amamentaram e 48,2% (27) nunca amamentaram, e entre as irmãs das mastectomizadas (N = 42), encontrou-se que 78,6% (33) delas amamentaram e 21,4% (9) não amamentaram.

Dentre as mulheres que amamentaram, foi interrogado também o tempo da amamentação. Das entrevistadas que amamentaram e são filhas de mastectomizadas perfazendo um total de 29 mulheres, encontrou-se que 24,1% (7) delas amamentaram de um a dois meses, enquanto que 13,8% (4) de dois a quatro meses, 6,9% (2) de quatro a seis meses e 55,2% (16) acima de seis meses.

Encontrou-se que das 42 mulheres irmãs de mastectomizadas, 33 amamentaram. Desse total, 9,1% (3) amamentaram de um a dois meses, 15,1% (5) de dois a quatro meses, 33,4% (11) de quatro a seis meses e 42,4% (14) acima de seis meses. Observou-se que houve associação estatística entre as variáveis grau de parentesco e ocorrência de amamentação e grau de parentesco e tempo de amamentação ( $p = 0,006$  e  $p = 0,001$  respectivamente).

As irmãs das mastectomizadas apresentaram maior porcentagem tanto em relação a ocorrência da amamentação quanto ao tempo de amamentação que foi mais elevado em sua maioria. Esse fator chega a ser considerado positivo para as irmãs das pacientes, pois sabe-se que a amamentação é considerada um fator de proteção contra o câncer de mama.

Um estudo apresentado durante o 42º. Congresso da American Society for Cell Biology (2002), defende a tese de que gravidez e amamentação são fatores de proteção contra

a neoplasia mamaria. Corroborando com essa afirmação, Kligerman (2002), confirma em seus estudos a existência de alguma proteção da amamentação, principalmente em mulheres jovens. Molina, Dalben e De Luca (2003), acrescentam que a frequência e duração da amamentação também significam fator de proteção maior ou menor, pois ela é tanto mais protetora quanto mais prolongada (REA, 2004).

### 5.5 Fator de risco uso de anticoncepcional oral e terapia de reposição hormonal

A tabela que se segue irá analisar a associação das variáveis grau de parentesco com uso e tempo de uso de anticoncepcional oral e uso de terapia de reposição hormonal (TRH).

**TABELA 5 - Associação do grau de parentesco com as variáveis: uso e tempo de uso de anticoncepcional e terapia de reposição hormonal das familiares das mastectomizadas do ICC. Fortaleza – CE, abril / maio de 2005**

Variáveis	Parentesco				Teste	p
	Filha		Irmã			
	Nº	%	Nº	%º		
<b>1. Uso de anticoncepcional</b>						
SIM	35	62,5	28	66,6	0,18 <sup>(1)</sup>	0,670
NÃO	21	37,5	14	33,4		
<b>2. Tempo de uso de anticoncepcional (mês)</b>						
1   2	5	14,3	4	14,2	0,89 <sup>(1)</sup>	0,031
12   36	5	14,3	13	46,4		
36   60	10	28,5	3	10,8		
Mais de 60	15	42,9	8	28,6		
<b>3. Terapia de reposição hormonal</b>						
SIM	1	1,8	7	16,6	(2)	0,031
NÃO	55	98,2	35	83,4		

<sup>(1)</sup> Teste  $\chi^2$ ; Teste de Fisher

Na realização do presente trabalho, foi considerada como usuária de anticoncepcional oral, aquela mulher que faz uso há pelo menos um mês. A partir da observação da tabela descrita anteriormente, pode-se constatar que de um total de 56 mulheres entrevistadas que eram filhas de mastectomizadas, 35 delas fazem uso de anticoncepcionais orais perfazendo 62,5% e 21 delas (37,5%) não fazem uso de contraceptivos orais (CO).

Em relação às irmãs das pacientes cujo total foi de 42 mulheres, 28 delas (66,6%) fazem uso de anticoncepcionais orais e 14 (33,4%) não usam os CO. Analisando os dados descritos, pode-se concluir que não há associação estatística entre as variáveis grau de parentesco e uso de CO ( $p = 0,670$ ).

Foi observado que tanto filhas quanto irmãs de mastectomizadas em sua maioria fazem uso de anticoncepcionais orais. Esse fato pode ser justificado devido à dificuldade financeira decorrente de um país em desenvolvimento, ou ainda pela questão da busca da igualdade profissional, o que as leva a adotarem medidas que permitam que elas estejam mais disponíveis para o mercado de trabalho, e um maior número de filhos poderia limitar essa disponibilidade.

Analisando a variável tempo de uso de CO, observou-se que dentre as mulheres filhas de mastectomizadas que fazem uso de anticoncepcionais orais ( $N = 35$ ), 14,3% delas, (5) utilizam entre um e doze meses. Outra parcela de 14,5 % das filhas (5) já utilizam CO de 12 a 36 meses, seguido de 28,5% (10) que fazem uso de 36 a 60 meses e a maioria de 42,9% (15) que utilizam há mais de 60 meses.

Ainda observando a mesma variável, com relação às irmãs de mastectomizadas que utilizam CO (28 delas), 14,2% (4), já utilizam entre um e doze meses, 46,4% (13), fazem uso de 12 a 36 meses, 10,8% (3), de 36 a 60 meses e 28,6% (8), há um tempo acima de 60 meses.

Avaliando a variável tempo de uso de anticoncepcionais orais com a variável grau de parentesco, observou-se que há uma associação estatística entre elas ( $p = 0,031$ ), ou seja o tempo de uso dos CO, variou conforme o parentesco que essas mulheres tinham com as mastectomizadas.

As filhas das pacientes apresentaram um maior tempo de uso de anticoncepcionais se comparadas com as que são irmãs das mastectomizadas. Esse fato pode ser explicado



devido à parcela de mulheres em idade fértil ser maior entre as filhas se comparadas com as irmãs. Porém, se esse aspecto for analisado do ponto de vista dos fatores de risco para surgimento do câncer de mama, torna-se fator negativo, já que segundo Figueira et al. (2002), o aumento do risco parece estar relacionado ao uso prolongado da pílula, principalmente quando iniciado em idade precoce e especialmente antes da primeira gestação a termo (BRINTON et al, 1995).

Com relação a variável uso de reposição hormonal, considerou-se como sendo usuárias da terapêutica, mulheres que faziam uso há no mínimo um mês. Analisando os dados coletados, observou-se que entre as filhas de mastectomizadas (N = 56), apenas uma parcela de 1,8% (uma mulher), utilizava a terapia de reposição hormonal (TRH), enquanto que 98,2% (55 mulheres), delas não faziam a reposição de hormônios.

Entre as irmãs de mastectomizadas (N = 42), encontrou-se como resultado que 16,6,% (7), já utilizam a TRH diariamente e 83,4% (35), nunca fizeram uso de hormônios para reposição. Partindo desses valores, encontrou-se uma associação estatística entre as variáveis grau de parentesco e uso de terapia de reposição hormonal ( $p = 0,031$ ), o que demonstra que o uso de TRH depende do fator familiar. Observou-se que dentre as irmãs das mastectomizadas, uma parcela maior utiliza a TRH se comparadas às filhas. Esse fato pode ser explicado também baseando-se na faixa etária da amostra, visto que a TRH inicia-se geralmente após a menopausa e as irmãs das pacientes apresentam uma maior porcentagem de mulheres já menopausadas.

Do ponto de vista fator de risco para surgimento de neoplasia mamária, a terapia de reposição hormonal é considerada um risco considerável quando combinado estrógeno + progesterona (CHEN et al., 2002; COLDITZ; ROMER, 2000).

Contudo, autores como Figueira et al. (2002), relatam que o aumento real do risco para aparecimento do CA mamário com o uso da TRH, ocorre após 15 anos de reposição de hormônios. Do total de apenas oito mulheres participantes desse estudo que utilizam a TRH, duas delas utilizam há um ano, três há três anos e três fazem uso há cinco anos, o que demonstra que as entrevistadas teoricamente não apresentam esse fator de risco.

### 5.6 Fator de risco relacionado a hábitos de vida

Na tabela a seguir, serão expostas as variáveis fumo (tabagismo), ingestão de álcool, exposição a veneno e exposição à radiação, associadas com grau de parentesco.

**TABELA 6 - Associação do grau de parentesco com hábitos de uso diário de familiares das familiares das mastectomizadas do ICC. Fortaleza – CE, abril / maio de 2005**

Variáveis	Parentesco				$\chi^2$	p
	Filha		Irmã			
	Nº	%	Nº	%º		
<b>1. Fumo</b>						
SIM	12	21,4	13	30,9	1,15	0,403
NÃO	44	78,6	29	69,1		
<b>2. álcool</b>						
SIM	13	23,2	29	69,0	20,59	0,001
NAO	43	76,8	13	31,0		
<b>3. Manipulação de pesticidas</b>						
SIM	5	8,9	8	19,1	2,14	0,144
NÃO	51	91,1	34	80,9		
<b>4. Exposição a radiação</b>						
SIM	19	33,9	16	38,1	0,180	0,670
NÃO	37	66,1	26	61,9		

Na realização das entrevistas, foram consideradas como fumantes, as mulheres que independente da quantidade, faziam uso diário da nicotina. Como ingestão de álcool, considerou-se o seu consumo regular semanal ou diário. Com relação ao contato com veneno, foram consideradas mulheres que referiram contato semanal ou diário enquanto que para a variável exposição à radiação, utilizou-se como critério mulheres que expõem-se diária, semanal ou mensalmente de forma regular.

Analisando os dados referentes ao tabagismo, observou-se que 12 (21,4%) filhas de mastectomizadas fumavam e 44 (78,6%) não têm o hábito de fumar. Dentre as irmãs, 13 (30,9%) fumavam e 29 (69,1%) nunca fumaram. Observou-se ainda que não há associação entre essa variável e o grau de parentesco ( $p = 0,403$ ), revelando que ambas são

independentes. Diante desses dados, pode-se afirmar que apenas a minoria da amostra é formada por fumantes, fato satisfatório, já que de acordo com estudo realizado por Couch et al. (2001), com filhas e irmãs de mulheres que tinham sido acometidas por câncer de mama, o hábito de fumar representa um risco relativo (R.R.) de 2,4 maior de vir a desenvolver esta neoplasia quando comparadas àquelas não fumantes.

Diante da indagação do hábito de ingestão de álcool, encontrou-se que dentre as filhas, 23,2% afirmaram ingerir bebida alcoólica e 76,8% não fazem uso de álcool. Entre as irmãs, 69% ingeriam bebida alcoólica e 31% não ingerem. Diante desses resultados, constatou-se que houve associação estatística entre essa variável e o grau de parentesco ( $p = 0,001$ ), o que demonstra que o hábito de ingestão de álcool esteve relacionado ao fator grau de parentesco. As irmãs de mastectomizadas apresentaram maior porcentagem de consumidoras de álcool se comparadas às filhas. Esse aspecto torna-se preocupante, uma vez que como afirmam Vachon et al. (2001), o consumo de álcool por parentes em primeiro grau de pacientes com câncer, representa um risco relativo (R.R.) de 2,45 superior de ter a mesma neoplasia se comparadas àquelas que nunca consomem álcool.

Relacionando álcool com tabagismo, Borguesan et al. (2003), afirmam que mesmo sendo o fumo considerado um dos principais fatores de risco para o câncer do aparelho respiratório e o álcool relacionado com os cânceres de boca, de faringe, de esôfago e de fígado, existem trabalhos recentes que relatam uma associação ou uma maior potencialidade de ambos como responsáveis pelo desenvolvimento do câncer de mama.

A partir da análise dos dados referentes a contato das mulheres com venenos pesticidas, chegou-se ao resultado que dentre as filhas, apenas cinco (8,9%) têm contato com veneno e 51 (91,1%) delas não têm nenhum contato. Já entre as irmãs, encontrou-se uma porcentagem de 19,1% (8) que manipula venenos pesticidas regularmente e 81% (34) não têm contato algum. Observou-se que essa variável não apresentou associação estatística com o grau de parentesco ( $p = 0,144$ ), sendo, portanto independentes.

Mesmo não havendo uma associação entre as variáveis, percebeu-se que uma maior parcela entre as irmãs de mastectomizadas expõe-se a esse tipo de organoclorados. Essa realidade pode ser explicada porque, um maior número de entrevistadas que são irmãs, têm a agricultura como fonte de renda e profissão, o que acaba possibilitando o contato com produtos tóxicos.

Esse é mais um fator de risco encontrado na amostra, que embora seja a minoria, não é menos importante, pois de acordo com o Ministério da Saúde, a exposição a pesticidas e organoclorados está entre os principais fatores associados a um risco aumentado de desenvolver câncer de mama (Brasil, 2002). Thuler (2003), afirma que evitar a exposição a pesticidas organoclorados está entre as poucas práticas de prevenção primária que a mulher pode adotar para reduzir o risco de desenvolver câncer de mama.

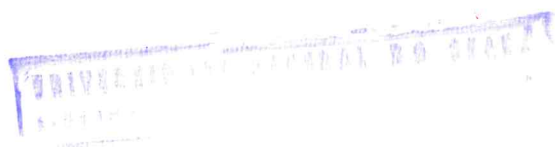
Com relação a variável exposição à radiação, 19 (33,9%) mulheres filhas de mastectomizadas referiram que se expõem regularmente e 37 (66,1%) não se expõem à radiação ionizante. Entre as irmãs da mastectomizadas, 16 (38,1%) relataram exposição à radiação, enquanto que 26 (61,9%) nunca expuseram-se. Partindo desses dados, conclui-se que não há associação estatística ( $p = 0,670$ ) entre as variáveis grau de parentesco e exposição à radiação, sendo, portanto, ambas independentes.

Observou-se nas mulheres entrevistadas, que tanto as filhas quanto as irmãs de mastectomizadas, apresentaram uma parcela correspondente à minoria de cada grupo que se expõe à radiação. As mulheres que referiram essa exposição, afirmaram ser devido a necessidade de investigar alguma patologia pessoal, por estar acompanhando seu familiar em exames radiológicos ou ainda decorrente da sua profissão.

É importante ressaltar que a exposição à radiação ionizante é considerada por alguns autores como um fator que pode aumentar o risco para o desenvolvimento do câncer mamário, particularmente quando ocorre durante a “janela” de risco entre a menarca e a primeira gestação a termo, porém deve-se salientar, que os níveis necessários para atuar dessa maneira raramente são atingidos em se tratando de exames radiográficos (FARIA et al., 1994; ATALAH SAMUR et al., 2000).

### **5.7 Fator de risco relacionado a hábitos alimentares**

A tabela que se segue irá abordar hábitos alimentares considerados como associados ao surgimento da neoplasia mamária e que são consumidos pelas familiares das mastectomizadas. Os alimentos foram associados com a variável grau de parentesco.



**TABELA 7 - Associação do grau de parentesco com consumo de alimentos associados ao surgimento de CA de mama por familiares de mastectomizadas do ICC. Fortaleza – CE, abril / maio de 2005**

Alimentos associados ao surgimento do CA	Parentesco				$\chi^2$	p
	Filha		Irmã			
	Nº	%	Nº	%º		
Gordura de porco	29	51,8	27	64,2	1,53	0,216
Carne de porco	12	21,4	16	28,5	3,27	0,071
Frituras	8	14,2	7	16,6	0,105	0,746
Alimentos enlatados/ conservas	29	51,8	30	71,4	0,95	0,330
Alimentos defumados ou embutidos	15	26,7	16	38,1	1,42	0,237

Na análise da variável alimentos associados ao surgimento do CA, levou-se em conta que algumas mulheres afirmaram ter como hábito o consumo de mais de um alimento descrito na Tabela 7.

A partir dos dados expostos, pode-se afirmar que 29 filhas e 27 irmãs referiram consumir gordura de porco correspondendo a 51,8% e 64,2% de cada amostra respectivamente. Referindo consumir carne de porco, encontrou-se 12 filhas (21,4%) e 16 irmãs (28,5%). Oito filhas e sete irmãs afirmaram que têm o hábito de consumir frituras perfazendo um total de 14,2% e 16,6% na mesma ordem. Alimentos enlatados e conservas foram citados por 29 (51,8%) e 30 (71,4%) filhas e irmãs respectivamente e alimentos defumados ou embutidos foram mencionados por 15 filhas e 16 irmãs, o que perfaz um total de 26,7% e 31,8% de cada amostra respectivamente.

Os testes estatísticos realizados com as amostras revelaram que não há associação entre o consumo dos alimentos citados na Tabela 7 e a variável grau de parentesco, sendo os valores de p de Fisher para cada um  $p = 0,216$ ,  $p = 0,071$ ,  $p = 0,746$ ,  $p = 0,330$  e  $p = 0,237$  respectivamente conforme ordem citada na tabela.

Alimentos como gordura de porco, enlatados e conservas, foram citados pela maioria da amostra de filhas e irmãs, o que é um fator preocupante visto que a ingestão excessiva de gorduras de origem animal, polissaturadas, aumenta a chance de desenvolvimento de neoplasia mamária (Halbe, 2000). Segundo Faria et al. (1994), esse fato pode ser explicado talvez porque propicie o metabolismo intestinal dos esteróides biliares em estrogênio, sob ação de bactérias.

Em pesquisa publicada no *Journal of the National Cancer Institute*, os autores Cho et al. (2003), concluíram, que o consumo de gordura parece realmente aumentar o risco de câncer de mama em mulheres pré-menopáusicas. Embora a ingestão total de gorduras não estivesse ligada ao câncer de mama, o consumo de certos tipos de gorduras realmente conferia maior risco.

Vale lembrar que algumas participantes deste estudo, já estão na fase pré-menopáusicas ou no climatério, o que torna ainda mais preocupante a presença de hábitos alimentares prejudiciais à saúde, pois há evidências no estudo de Cho et al (2003), que as mulheres que consumiram altas quantidades de gordura animal tiveram até 54% maior probabilidade de desenvolver câncer de mama que as mulheres que não consumiram.

É importante ressaltar ainda, que a simples correção da dieta, é considerada pelo profissional mastologista como um dos únicos fatores de risco que esse profissional pode atuar de forma simples e decisiva, diminuindo o risco de CA de mama em 15 a 20% (FARIA et al., 1994).

### 5.8 Fatores de risco relacionados à prática de autocuidado

A seguir, apresenta-se a análise das variáveis práticas de autocuidado, associadas com grau de parentesco.

**TABELA 8 - Associação do grau de parentesco com práticas de autocuidado das familiares de mastectomizadas do ICC. Fortaleza – CE, abril / maio de 2005**

Variáveis	Parentesco				p
	Filha		Irmã		
	Nº	%	Nº	%º	
<b>1. Auto-exame</b>					
Não realiza	25	44,6	20	47,6	0,649
Realiza mensalmente	14	45,1	13	59,0	
Frequência não preconizada	17	54,9	9	41,0	
<b>2. Exame Clínico</b>					
Não realiza	19	33,9	13	30,9	0,458
Realiza anualmente	21	56,7	22	75,9	
Frequência não preconizada	16	43,3	7	24,1	
<b>3. Mamografia</b>					
Não realiza	48	85,7	27	64,2	(1) 0,041
Realiza bianualmente	4	50,0	3	20,0	
Frequência não preconizada	4	50,0	12	80,0	

p de Fisher – Freeman - Halton

Analisando a tabela 8, pode-se observar, que ao serem indagadas com relação à realização do auto-exame da mama (AEM), da amostra formada por filhas de mastectomizadas (N = 56), 44, 6% (25) responderam que não o realizam. Dentre as que realizam (N = 31), 45,1% (14) o fazem mensalmente e 54,9% (17) relataram realizar esporadicamente ou semestralmente, o que foi classificado como frequência não preconizada, conforme apresentado na Tabela 8.

Na parcela de mulheres irmãs de mastectomizadas, (N = 42), constatou-se que 47,6% (20) afirmaram não realizarem o auto-exame. Enquanto as irmãs das pacientes que referiram realizar o AEM (N = 22), 59,0% (13) disseram que fazem mensalmente e 41,0% (9 mulheres) o fazem esporadicamente ou semestralmente.

Segundo apresentado na Tabela 8, não houve associação entre grau de parentesco e realização do auto-exame das mamas ( $p = 0,649$ ). O grau de parentesco que as mulheres têm com as pacientes, não interferiu na realização do AEM, embora tenha sido observado que entre as filhas, houve uma menor adesão ao exame que entre as irmãs.

Considerando a letalidade do câncer de mama e as seqüelas físicas e emocionais para a mulher, é de absoluta importância a sua detecção precoce e o auto-exame das mamas, é considerado uma técnica de detecção precoce, indolor, sem custo e de fácil realização (Borghesan et al., 2003). Para que seja realmente eficaz, deverá ser realizado de forma correta e regular, sendo recomendada sua realização mensal (FERNANDES et al., 2005).

Na amostra de mulheres que afirmaram realizar o AEM (31 filhas e 22 irmãs), 45,1% das filhas (14) e 59,0 das irmãs (13) realizam mensalmente e 54,9% (17) filhas e 41,0% (9) realizam de forma inadequada, sendo esporadicamente ou semestralmente.

As pesquisas indicam um impacto significativo do AEM na detecção inicial do CA de mama nas mulheres que o realizam de forma regular, além de haver também detecção de pequenas mudanças nas propriedades físicas das mamas, diminuindo assim, a probabilidade de metástase e aumentando a sobrevida. Estudos demonstram que a sobrevida em cinco anos tem sido de 75% entre as praticantes do AEM contra 57% entre as não-praticantes (MONTEIRO et al., 2003).

Analisando a variável realização de exame clínico das mamas (ECM), observou-se que não há associação estatística com a variável grau de parentesco ( $p = 0,458$ ). O fato das

mulheres serem filhas ou irmãs das mastectomizadas, não interferiu nessa prática de autocuidado. Observou-se uma parcela de 33,9 % (19) de filhas de mastectomizadas (N = 56), que referiram não realizarem o exame clínico, e 30,9% (13) de irmãs das pacientes (N = 42) que também negaram realizar o exame clínico.

Dentre as filhas que afirmaram realizarem o ECM (N = 37), encontrou-se uma parcela de 56,7% (21 delas), realizando anualmente e 43,3% (16 mulheres) realizando uma vez a cada cinco ou dez anos, o que foi classificado como frequência não-preconizada, conforme observado na tabela 8.

Entre as entrevistadas que eram irmãs de mastectomizadas e que afirmaram realizarem o exame clínico (N = 29), uma parcela de 75,9% (22 delas), afirmou realizar anualmente e 24,1 (7 mulheres) realizam numa frequência não preconizada.

Segundo o Documento de consenso de controle do câncer de mama (2004), o exame clínico das mamas é parte fundamental da propeidêutica para o diagnóstico do câncer. Deve ser realizado como parte do exame físico e ginecológico, e constitui a base para solicitação dos exames complementares. É de extrema importância para a descoberta precoce do CA de mama, sendo o retorno à consulta com o profissional, dependente da idade e dos fatores de risco da mulher, porém, é consenso a indicação de sua realização anual (ATALAH SAMUR et al., 2000).

Foi satisfatório o fato de encontrar tanto nas filhas quanto irmãs das pacientes, porcentagens correspondentes a maioria das amostras, que realizam o ECM com frequência anual, visto que conforme foi citado anteriormente, é o intervalo de tempo mais adequado para essas mulheres. Porém, a parcela de mulheres que não realizam ou realizam com frequência não recomendada, ainda é bastante considerável, o que demonstra que essas mulheres ainda têm que ser esclarecidas e estimuladas a praticarem desse autocuidado.

Na tabela apresentada anteriormente, observou-se que dentre a amostra formada por filhas de mastectomizadas (N = 56), 85,7% (48), nunca realizaram a mamografia das mamas. Dentre as que realizam (N = 8), metade realiza bianualmente (quatro mulheres) e metade realizou apenas uma vez ou a cada cinco anos. As mulheres que responderam realizar o exame mamográfico com frequência diferente de dois anos, considerou-se como frequência não preconizada, conforme exposto na Tabela 8.

Na amostra formada por irmãs de mastectomizadas (N = 42), 64,2% (27 mulheres), afirmaram que não realizam o exame mamográfico. Entre as irmãs que afirmaram realizá-lo (N = 15), apenas 20% (3) referiram realizar a mamografia bienalmente e a grande maioria de 80% (12), referiu realizar com frequência não preconizada.

Ainda analisando a Tabela 8, observou-se que há associação estatística entre as variáveis realização de mamografia e grau de parentesco ( $p = 0,041$ ). Uma maior parcela de mulheres que eram irmãs das mastectomizadas referiu realizar o exame. Esse fato pode ser explicado devido à faixa etária dessas mulheres ser predominantemente maior que a das filhas.

De acordo com o Documento de Consenso de Controle de Câncer de Mama (2004), o rastreamento mamográfico deve ser bienal em mulheres com idade entre 50 e 69 anos e anual, a partir de 35 anos, nas mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama. Com a indicação de realizar a primeira mamografia em mulheres com fatores de risco para o desenvolvimento de CA de mama, na faixa etária de 35 anos de idade, algumas filhas entrevistadas, estariam fora desse intervalo etário, o que justifica a maior porcentagem de irmãs de mastectomizadas que afirmaram realizar o exame. Ressalta-se ainda, que nenhuma entrevistada de toda a amostra referiu realizar a mamografia com periodicidade anual, apesar de apresentarem o fator familiar como risco para neoplasia mamária.

**CONCLUSÃO**

---

---

## 6 CONCLUSÃO

A realização do estudo intitulado levantamento de fatores de risco para câncer de mama em familiares de mastectomizadas, possibilitou que se fizesse as seguintes observações:

- Da amostra de 100 mulheres, 56 eram filhas de mastectomizadas, 42 eram irmãs e 2 eram mães.
- O retrato dessas mulheres demonstra que a maioria das filhas (20%) tem idade compreendida entre 18 e 28 anos, e que a maioria das irmãs tem faixa etária entre 49 e 59 anos. Uma maior porcentagem delas, é formada por casadas (51%), e 82% seguem o catolicismo como religião. Quanto à escolaridade, 34% são analfabetas ou têm ensino fundamental incompleto e 26% têm o comércio como principal atividade profissional.
- As causas que as familiares atribuíram ao surgimento do câncer de suas parentes, não foram associadas ao grau de parentesco ( $p = 0,876$ ).
- A idade da primeira menstruação das mulheres, não se associou ao grau de parentesco ( $p = 0,287$ ). A maioria da amostra formada por filhas (46,5%), teve a menarca com idade igual ou inferior a 12 anos.
- A idade da primeira gestação das entrevistadas não se associou a grau de parentesco ( $p = 0,520$ ). A maioria das filhas (44,1%) teve sua primeira gestação entre 14 e 20 anos, já as irmãs, em sua maioria (36,6%), tiveram sua primeira gravidez com idade entre 21 e 35 anos.
- O número de gestações e número de filhos, foram associados com grau de parentesco ( $p = 0,002$  e  $p = 0,001$  respectivamente), tendo as irmãs de mastectomizadas apresentado maior número de gestações e maior número de filhos que as filhas das pacientes.
- Grau de parentesco associou-se com número de abortos ( $p = 0,014$ ), ocorrência de amamentação ( $p = 0,006$ ) e tempo de amamentação ( $p = 0,001$ ). As irmãs das

pacientes apresentaram maior número de abortos, maior porcentagem referindo que amamentaram e maior tempo de amamentação quando comparadas às filhas.

- Grau de parentesco não se associou com uso de anticoncepcional ( $p = 0,670$ ), porém, associou-se com tempo de uso de anticoncepcional e com terapia de reposição hormonal. A maioria da amostra formada tanto por filhas (62,5%), quanto por irmãs (66,6%), referiram fazer uso de CO.
- Não houve associação de grau de parentesco com fumo ( $p = 0,403$ ), manipulação de pesticidas ( $p = 0,144$ ) e exposição à radiação ( $p = 0,670$ ), já com a variável ingestão de álcool, houve associação estatística ( $p = 0,001$ ). A maioria da amostra de irmãs (69,0%), referiu ingerir álcool.
- Não houve associação estatística entre grau de parentesco e consumo de nenhum dos alimentos relacionados ao surgimento de neoplasia mamária, que sejam: gordura de porco ( $p = 0,216$ ), carne de porco ( $p = 0,071$ ), frituras ( $p = 0,746$ ), alimentos enlatados/conservas ( $p = 0,330$ ), alimentos defumados ou embutidos ( $p = 0,237$ ).
- Houve associação de grau de parentesco com realização de mamografia ( $p = 0,041$ ), mas não houve com realização de auto-exame ( $p = 0,649$ ) e exame clínico ( $p = 0,458$ ).

Além disso, a pesquisa permitiu que fossem encontrados outros fatores associados ao surgimento de câncer de mama nas mulheres entrevistadas, além do fator parentesco já conhecido antes do início do estudo. Na amostra formada por filhas ( $N = 56$ ), encontrou-se em sua maioria, fatores de risco como: idade da 1<sup>a</sup>. menstruação inferior ou igual a doze anos (46,5%), nuliparidade (39,2%), uso de anticoncepcional oral (62,5%), tempo elevado (mais de 5 anos) de uso de CO (42,9%), consumo de gordura de porco (51,8%) e consumo de alimentos enlatados (51,8%).

Na parcela de entrevistadas irmãs de mastectomizadas, identificou-se como fatores de risco para o desenvolvimento da neoplasia mamária em sua maioria: faixa etária de risco (38,0% têm idade entre 49 e 59 anos) ocorrência de abortos (80% sofreram um aborto), uso de anticoncepcional oral (66,6%), ingestão de álcool (69,0%), consumo de gordura de porco (64,2%) e consumo de alimentos enlatados (71,4%).

O estudo demonstrou que as mulheres em sua maioria, associam o surgimento do câncer de suas familiares ao uso de anticoncepcional, e que têm o hábito de realizarem

práticas de auto-cuidado como auto-exame, exame clínico e mamografia, embora algumas não os realizem na frequência preconizada.

Desenvolver esse estudo, permitiu que o pesquisador pudesse perceber detalhes do universo das entrevistadas, que vão além dos objetivos da pesquisa, como a falta de programas de educação para a saúde, que envolvam as familiares das pacientes com câncer de mama, já que o fator familiar é reconhecido como fator de risco para o desenvolvimento da neoplasia mamária.

O auto-exame é considerado como eficaz na detecção precoce da neoplasia da mama, se realizado adequadamente, porém, muitas das entrevistadas, desconheciam a forma correta de realização do AEM e por isso, sua prática não era eficaz na detecção precoce do câncer, o que vem alertar sobre a necessidade que essas mulheres têm de serem orientadas .

O conhecimento desse fato, estimulou o autor, para que sugerisse a criação de novos programas de educação para a saúde, que sejam direcionados especialmente à essas familiares. Que as palestras educativas sejam realizadas nas salas de espera de hospitais, clínicas e consultórios, onde a demanda é espontânea e o tempo de espera é ocioso, conforme foi observado durante a coleta de dados.

A enfermagem tem um papel fundamental nesse sentido, uma vez que a realização de educação pra saúde, é uma das áreas de maior atuação do enfermeiro do século XXI, mais voltado para a prevenção e menos para o aspecto curativo.

Sugere-se ainda, que a prática da educação em saúde seja entendida sob o aspecto de uma educação transformadora, entendendo a pessoa como agente promotor desse tipo de aprendizagem, visando atender as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais em uma perspectiva pessoal e coletiva (BARROSO et al., 2003).

Propõe-se ainda, que nos consultórios médicos, durante as consultas com pacientes já acometidas pelo câncer mamário, seja realizado o convite para que seus familiares em primeiro grau possam comparecer à unidade de saúde, a fim de receberem informações a respeito da doença, serem examinados e esclarecidos, uma vez que são futuros pacientes em potencial e a prevenção é menos onerosa e menos traumática do que o tratamento curativo e de reabilitação.

Para tanto, o estudo realizado, será de grande valia como um tópico a mais na comprovação da necessidade de se direcionar a atenção para os familiares de pacientes com câncer, em especial, a neoplasia mamária. Será um suporte para a comunidade científica, uma vez que poucos são os estudos realizados voltados para essa população.

Pode-se inferir ao final desse estudo, que na luta contra o câncer de mama, o acompanhamento do familiar saudável, é de suma importância para que seja modificada a realidade atual desse problema de saúde pública, já que a prevenção e a detecção precoce, só serão possíveis de acontecer, se essa camada da população também for contemplada por todas as estratégias voltadas para essa problemática.

## REFERÊNCIAS

---

---

## 6 REFERÊNCIAS

AGUILLAR, V. L. N.; BAUAB, S. P. Rastreamento mamográfico para detecção precoce do câncer de mama. **Rev. Bras. Mastol.**, v. 13, n. 2, p. 82-89, 2003.

ALBUQUERQUE, I.M.N. **Perfil de mulheres submetidas a mamografia:** contribuição para a enfermagem e promoção da saúde. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2003.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Câncer facts and figures. United States, 2002.** Disponível em: <<http://www.cancer.org>>. Acesso em: dia. dez. 2004.

ARANTES, S. L.; MAMEDE, M. V. A participação das mulheres com câncer de mama na escolha do tratamento: um direito a ser conquistado. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 49-58, jan./fev. 2003.

ARAÚJO, I. M. A.; FERNANDES, A. F. C. **Enfrentando o diagnóstico de câncer de mama:** depoimentos de mulheres mastectomizadas. Fortaleza. Ed. UFC, 2005.

ATALAH SAMUR, E.; URTEAGA R. C.; REBOLLEDO ACEVEDO, A.; MEDINA LOIS, E.; CSENDES JUHASZ, A. Factores de riesgo del cáncer de mama em mujeres de Santiago. **Rev. Méd. Chile**, v. 128, n. 2, p. 137-143, 2000.

BARBOSA, A.M.G. **Câncer – direito e cidadania:** informações que podem mudar sua vida. Recife: Bagaço, 2002.

BARROSO, G. T.; VIEIRA, N. F. C.; VARELLA, Z. .M. V. **Educação em saúde no contexto da promoção humana.** Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2003. 120p.

BELLO, A. A análise descritiva de dados. In: WOOD, G. L.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 330p. p.200-210, 2001.

BERGAMASCO, R. B.; ANGELO, M. O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experimentado pela mulher. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 47, n. 3, p. p. 277-282, 2001.

BORGHESAN, D.H.P; BARAUNA, M; PELLOSO, S.M; CARVALHO, M.D.B. **Auto-exame das mamas: conhecimento dos profissionais da área da saúde de uma instituição pública.** Acta Scientiarum. Health Sciences. Maringá, v. 25, n.1, p. 103-113, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Cancer. Conprev. **Estimativa de incidência e mortalidade por câncer no Brasil.** Rio de Janeiro, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer . **Falando sobre câncer de mama.** Rio de Janeiro: INCA, 2002.

BRINTON, A. L.; DALING, R.J; JONATHAN, L.M et al. Oral contraceptive and breast cancer risk among young women. **J. Nat. Cancer Inst.**, v. 87, p. 827-835, 1995.

CARLOS, A.S. **Repercussões e sentimentos do câncer mama em filhas de pacientes mastectomizadas.** Dissertação (Mestrado), Universidade de Fortaleza. Fortaleza, 2003.

CAVALCANTI, P.P. **Identificando fatores de risco nos familiares de mulheres mastectomizadas.** Monografia de Graduação do Curso de Enfermagem. Universidade Federal do Ceará, 2003.

CLARK, J. C.; MACGEE, R. F. **Enfermagem oncológica: um currículo básico.** 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 586 p.

CHEN, C. L.; WEISS, N. S.; NEWCOMB, P.; BARLOW, W.; WHITE, E. Hormone replacement therapy in relation to breast cancer. **J. Epidemiol.**, v. 287, n. 6, p. 734-741, 2002.

CHO, E.; SPIEGELMAN, D.; HUNTER, D.; CHEN, J.; COLDITZ, G. A.; WILLETT, W. Premenopausal fat intake and risk of breast cancer. **J. Nat. Cancer Inst.**, v. 95, n. 14, p. 1079-1085, July 16, 2003.

COLDITZ, G. A.; ROSNER, B. Cumulative risk of breast cancer to age 70 years according to risk factor status: data from the nurses health study. **J. Epidemiol.**, v. 152, n. 10, p. 950-964, 2000.

COLLABORATIVE GROUP ON HORMONAL FACTORS IN BREAST CANCER. Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53297 women with breast cancer and 100239 women without breast cancer from 54 epidemiology studies. **Lancet.** 1996.

CONSENSO DE CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 50, n. 2, p. 77-90, 2004.

COSTABEBER, I; ROSARIO, A; JODRAL, M. Resíduos organoclorados em tecido adiposo mamário y su relación com el câncer de mama. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 33, N. 4, p. 506-514, 2000.

COUCH, F. I.; CERHAN, J. R.; VIENKANT, R. A.; GRABRICK, D. M.; THERNEAU, T. M.; PANKNATZ, V. S.; HARTMANN, L. C.; OLSON, J. E.; VACHON, C. M.; SELLERS, T. A. Cigarette smoking increases risk for breast cancer in high-risk breast cancer families. **Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.**, v. 10, n. 4, p. 327-332, Apr. 2001.

CRIPPA, C. G.; d'ACAMPORA, A. J.; ARAUJO, E. J.; MARASCIULO, A. C.; HALLAL, A. L. C.; GONDIN, G. Câncer de mama em mulheres jovens: um estudo de probabilidade de sobrevivência livre de doença. **Rev. Bras. Mastol.**, v. 12, n. 4, 2002.

DISPARIDADES en el tamizaje del cáncer cervicouterino e mamario em mujeres latinas y no latinas en Estados Unidos. **Rev Panam Salud Publica**, v. 16, n. 3., p. 208-209, 2004.

DUARTE, T. P.; ANDRADE, A. N. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. **Est. Psicol.**, v. 8, n. 1, p. 155-163, 2003.

- DUPONT, W. D; PAGE, D. L; PARL, F. F. Estrogen replacement therapy in women with a history of proliferative breast disease. **Cancer**, v. 6, p. 1277-1283, 1995.
- EISENBERG, A.L.A et al. Fatores prognósticos do câncer de mama. **Rev. Bras. Mastol.**, v. 10, n. 2, p. 75-78, 2000.
- ENGER, S.; ROSS, R.; HENDERSON, B.; BERNSTEIN, L. Breastfeeding history pregnancy experience and risk of breast cancer. **J. Bras. Câncer**, n. 76, p. 118-123, 1997.
- FALLOWFIELD, L. Offering choice of surgical treatment to women with breast cancer. **Patient Educ. Counseling**, v. 30, n. 3, p. 209-214, 1997.
- FALCK, F. J.; RICCI, A. J.; WOLFF, F. M.; GODBOLD, J.; DECKERS, P. Pesticides and polychlorinated biphenyl residues in human breast lipids and their relation to breast cancer. **Arch. Environ. Health**, v. 47, p. 143-146, 1992.
- FARIA, S. L.; LEME, L. H. S; OLIVEIRA, J. A. **Câncer da mama: diagnóstico e tratamento**. Rio de Janeiro: Medsi, 1997.
- FERNANDES, A.F.C; SANTOS, M.C.L; SILVA, R.M. **Câncer de mama: como detectar e cuidar**. Fortaleza. Ed. UFC, 2005.
- FERNANDES, A.F.C; CAVALCANTI, P.P; BONFIM, I.M; MELO, E.M. Significado do grupo de auto-ajuda na reabilitação da mulher mastectomizada. **Rev. RENE**, v. 9, n. 1, p. 42-46, 2005.
- FERNANDES, C.E; FERREIA, J.A. de S; MELO, N.R; PEIXOTO, S. **Terapêutica hormonal no climatério feminino: Onde estamos e para onde vamos?** São Paulo: Seguimento, 2004.
- FERREIRA, M. L. S. M.; FRANCO, C. B.; QUEIROZ, F. C. Construindo o significado da mastectomia: experiência de mulheres no pós-operatório. **Rev. Ciênc. Méd.**, v. 11, n. 1, p. 47-54, 2002.
- FERREIRA, A.C; MAUAD, F.F; CARRARA, S; ELIAS, J.J; BARBOSA, A.B.J. Contribuição da ultra-sonografia abdominal no seguimento de pacientes pós-tratamento do câncer mamário. **Revista Brasileira de Mastologia**. v. 12, n. 1, 2002.
- FIGUEIRA, A. F.; SANTOS, A. L. G.; ARAÚJO, R. F.; BELTRÃO, J. E. N.; FREIRE, A. A. B.; RASQUIN, J. H. Fatores de risco para câncer de mama. **Rev. Latinoam. Mastol.**, v. 3, n. 2, p. 78-82, 2002.
- FLETCHER, S. W. Screening for breast cancer. Up to date. Disponível em: <URL: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)>. Acesso em: 28, jul. 2003.
- FORTES, P. A. C. **Ética e saúde: questões éticas deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente**. Estudos de caso. São Paulo; E.P.U., 1998.
- FUJISAWA, D. S. **Utilização de jogos e brincadeiras como recurso no atendimento fisioterapêutico de crianças**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Marília, 2000.

- GARCIA, A. H. R. **Oncocamp: Câncer de mama.** Disponível em: <[http://www.oncocamp.com.br/mostra\\_artigo.asp?CodArtigo=12](http://www.oncocamp.com.br/mostra_artigo.asp?CodArtigo=12)>. Acesso em: 2 fev. 2005.
- GIL, A.C. **Métodos e técnicas da pesquisa social.** São Paulo: Atlas. 2002.
- GODINHO, E. R.; KOCH, H. A. Rastreamento do câncer de mama: aspectos relacionados ao médico. **Radiol. Bras.**, v. 37, n. 2, p. 91-99, 2004.
- GOMES, A. L. R. R.; GUIMARÃES, M. D. C.; GOMES, C. C.; CHAVES, I. G.; GOBBI, H.; CAMARGO, A. F. **A case-control study of risk factors for breast cancer in Brazil.** *J. Int. Epidemiol.*, v. 24, p. 292-999, 1995.
- HALBE, H. W. **Tratado de ginecologia.** 3. ed. São Paulo: Roca, 2000. , v. 1, p. 141.
- HENRIQUES, M. E. R. M.; SANTOS, I. B. C.; SILVA, F. M. C. Fatores de risco para câncer de mama em mulheres mastectomizadas. **Nursing**, São Paulo, ano 4, n. 36, p. 24-29, 2001.
- IGISK, C. B. G.; SANT'ANA, R. G. Grupo de apoio à mulher mastectomizada. **Nursing**, São Paulo, ano. 3, , n.22, p. 10, 2000.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - INCA -. Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil, obtido pela Internet. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/cancer/epidemiologia/estimativa2005/ceara/html>>. Acesso em: 26 jun. 2005.
- JESUS, L. L. C.; LOPES, R. L. M. Considerando o câncer de mama e a quimioterapia na vida da mulher. **Rev. Enfermagem UERJ**, v. 11, p. 208-211, 2003.
- KLIGERMAN, J. Fundamentos para uma política nacional de prevenção e controle do câncer. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 48, n. 1, p. 3-7, 2002.
- KRIEGER, N.; WOLFF, M. S.; HIATT, R. A.; RIVERA, M.; VOLGEMAN, J.; ORENTREICH, N. Breast cancer and serun organochlorines: a propesctive suty among White, black, and asian women. **J. Natl Cancer Inst.**, v. 86, p. 589-599, 1994.
- LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde.** 2. ed. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.
- LIMA, M. G.; KOIFMAN, S.; SCAPULATEMPO, I. L.; PEIXOTO, M.; NAOMI, S.; AMARAL, M. C. Fatores de risco para câncer de mama em mulheres indígenas Térena de área rural, Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 17, n. 5, p. 1537-1544, 2001.
- LIMA, F. E. L.; FISBERG, R. M.; SLATER, B. Desenvolvimento de um questionário quantitativo de frequência alimentar (QQFA) para um estudo caso-controle de dieta e câncer de mama em João Pessoa-PB. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 6, n. 4, p. 373-379, 2003.
- LUNA, M.; KOCH, H. A. Avaliação dos laudos mamográficos: padronização prática de recomendação de conduta para um programa de detecção precoce do câncer de mama por meio da mamografia. **Rev. Bras. Mastol.**, v. 12, n. 1, p. 7-12, 2002.
- MAKANEN, G.; MUNOZ, G. H. Riesgo y modelos de riesgo para cáncer de mama. In: MUÑOZ, G. H.; BERNADELLO, E. T. L.; PINOTTI, J. A.; BARROS, A. C. S. D.

**Tratamiento conservador en cáncer de mama.** Caracas: McGraw Hill, 2002. cap.4, p. 25-37.

MC WORTER, W. P.; SCHATZKIM, A. G.; HORN, J. W.; BROWN, C. C. **Contribution of socioeconomic status to black/white differences in cancer incidence.** *Cancer*, v. 63, p. 982- 987, 1989.

MEDINA, E.; PASCUAL, J. P.; MEDINA, A. M.; MEDINA, R. Fatores associados a la producción de cancer de mama en mujeres chilenas – um estudo de casos y controles. *Rev. Méd. Chile*, v. 111, p. 1279-1286, 1983.

MEISTER, K; MORGAN, J. **Risk factors for breast cancer:** a report by the American Concil on Science and Health. 2000.

MELO, E. M. **Processo adaptativo da família frente à mastectomia.** Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2001.

MOLINA, L.; DALBEN, I.; LUCA, L. A. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. *Rev. Assoc. Méd. Bras.*, v. 49, n. 2, p. 89-93, 2001.

MONTEIRO, A. P. S.; ARRAES, E. P. P.; PONTES, L. B.; CAMPOS, M. S. S.; RIBEIRO, R. T.; GONÇALVES, R. E. B. Auto-exame das mamas: freqüência do conhecimento, prática e fatores associados. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, v. 25, n. 3, p. 201-205, 2003.

MORGAN, J. W.; GLADSON, J. Position paper of the American council on Science and health on risk factors for breast cancer. *Breast*, v. 4, n. 3, p. 177-197, 1998.

MOURA-GALLO, C. V; SIMÃO, T. A.; RIBEIRO, F. S.; SERPA, M. J. A.; CARDOSO, L. E. B.; MENDONÇA, G. A. S. Mutações no gene TP53 em tumores malignos de mama: associação com fatores de risco e características clínico-patológicas, inclusive risco de óbito, em pacientes residentes no Rio de Janeiro. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v. 7, n. 2, p. 167-175, 2004.

NASAJON, L. W.; BALEM, J. L. A evolução do câncer de mama na mulher jovem – uma revisão da literatura. *Femina*, v. 27, n. 9, p. 745-747, 1999.

PADILHA, P. C.; PINHEIRO, R. L. O papel dos alimentos funcionais na prevenção e controle do câncer de mama. *Rev. Bras. Cancerol.*, v. 50, p. 3, p. 251-260, 2004.

PAIVA, C. E.; RIBEIRO, B. S.; GODINHO, A. A.; MEIRELLES, R. S. P.; SILVA, E. V. G.; MARQUES, G. D.; ROSSINI JÚNIOR, O. Fatores de risco para câncer de mama em Juiz de Fora (MG): um estudo caso-controlé. *Rev. Bras. Cancerol.*, v. 48, n. 2, p. 231-237, 2002.

PALMEIRA, H. T. Características anatomopatológicas e dados epidemiológicos de pacientes com câncer de mama submetidas a tratamento cirúrgico na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand. *Rev. Bras. Mastol.*, v. 12, n. 1, p. 31-34, 2002.

PASCALICCHIO J.C., FRISTACHI C.E., BARACAT, F.F. Câncer de mama: fatores de risco, prognósticos e preditivos. *Rev. Bras. Mastol.*, v. 11, p. 71-84, 2001.

PIMENTEL, V. N.; SILVA, L. M. V.; PAIM, J. S.; COSTA, M. C. N. Evolução da mortalidade por câncer de mama. Salvador (BA) 1979 – 1996. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 48, n. 4, p. 505-509, 2002.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. Ética e pesquisa em enfermagem In: \_\_\_\_\_. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto alegre: Artes Médicas, 1995. p.291-309.

REA, M. F. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. **J. Pediatr.**, v. 80, n. 5, p. 142-146, 2004.

ROSSANO, R. B. A.; et al. Fatores de risco para o câncer de mama. **Rev. Latinoam. Mastol.**, v. 3, n. 2, p. 103-108, 2002.

SANTOS, A. N. S.; VILLA, V. S. C. O significado da mastectomia radical modificada: “Só quem faz é que sabe”. **Nursing**, ano 6, n. 61, p. 30-35, 2003.

SANTOS, M. C. L. **Qualidade de vida de mulheres mastectomizadas**: estudo comparativo no campo da enfermagem oncológica realizado com populações atendidas em um grupo de auto-ajuda e no ambulatório de hormonioterapia de um hospital oncológico. 2004. 106p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2004.

SMITH, G. H. et al. Celulas-troco e redução do risco do câncer de mama. Apresentado no 42º Congresso da American Society for Cell Biology. **Rev. Gineconews**, n. 47, p. 13, 2002.

SOUSA, F. G. M.; RIBEIRO, R. A. R.; SILVA, M. S. B.; IVO, P. S. A.; LIMA JÚNIOR, V. S. L. Depressão e ansiedade em pacientes com câncer de mama. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v. 31, n. 5, p. 75-79, 2004.

TESSARO, S.; BÈRIA, J. U.; TOMASI, E.; BARROS, A. J. D. Contraceptivos orais e câncer de mama: estudo de casos e controles. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 32-38, 2001.

THULER, L. C. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 49, n. 4, p. 227-238, 2003.

TORRICO, L. E. Actitudes ante el cáncer de mama: miedos y realidad. **Psicol. y Salud**, v. 12, n. 1, 41-48, 2002.

VACHON, C. M. **Investigation of interaction of alcohol intake and family history on breast cancer risk in the Minnesota**. Disponível em: <http://www.research.bmn.com/medline/search/record?biomed=yes>. Acesso em: 22 set. 2004.

VENÂNCIO, J. L. Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 50, n. 1, p. 55-63, 2004.

ZIEGLER, R. G.; HOOVER R. N.; PIKE, M. C.; HILDESHEIM, A.; NOMURA, A. M.; WEST, D. W.; WU-WILLIAMS, A. H.; KOLONEL, L. N.; HORN-ROSS, P. L.; ROSENTHAL, J. F.; HYER, M. B. Migration patterns and breast cancer risk in Ásia-American women. **J. Natl. Cancer Inst.**, v. 85, n. 22, p. 1819- 1827, 1993.

## APÊNDICES

---

---

## APÊNDICE I

### QUESTIONÁRIO SEMI-ESTRUTURADO

#### A) DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\*Idade \_\_\_\_\_

\*Renda Familiar:

Menos de 1 salário ( )

1 salário mínimo ( )

de 1 a 2 salários ( )

de 2 a 3 salários ( )

de 3 a 4 salários ( )

de 4 a 5 salários ( )

de 5 a 10 salários ( )

Acima de 10 salários ( )

\*Situação conjugal:

1-Solteira ( )

3-Viúva ( )

5- União estável ( )

2-Casada ( )

4-Separada ( )

\*Escolaridade:

analfabeto ( )

ensino fundamental incompleto ( )

ensino fundamental completo ( )

ensino médio incompleto ( )

ensino médio completo ( )

nível superior ( )

\*Profissão: \_\_\_\_\_

\*Religião: \_\_\_\_\_

#### B) NIVEL DE CONHECIMENTO

Você conhece algum fator que pode causar câncer de mama?

---

#### C) DETECÇÃO DE POSSÍVEIS CAUSAS

Na sua opinião, qual(is) a(s) possível(is) causa(s) do câncer de mama da sua irmã, mãe ou filha?

---

#### D) FATORES DE RISCO

\*Grau de parentesco: filha ( ) irmã ( ) mãe ( )

\*Idade da 1ª Menstruação: \_\_\_\_\_ Idade da Menopausa: \_\_\_\_\_

\*Idade da 1ª gestação \_\_\_\_\_

\*Amamentou? Sim ( ) Não ( ) Tempo \_\_\_\_\_

\*Quantas vezes ficou grávida? \_\_\_\_\_

\*Quantas vezes teve filho? \_\_\_\_\_

\*Teve algum aborto? \_\_\_\_\_

\*Uso de anticoncepcional hormonal: sim ( ) não ( ) Qual: \_\_\_\_\_

Tempo de uso? \_\_\_\_\_

\*Uso de hormônios: sim ( ) não ( ) Qual: \_\_\_\_\_

Tempo de uso: \_\_\_\_\_

**Tipo de alimentação rotineira:**

- 1- banha (gordura) de porco ( )
- 2- carne de porco e derivados( )
- 3- Frituras ( )
- 4- Alimentos enlatados (carne de lata, conservas) ( )
- 5- Alimentos defumados ou embutidos (lingüiças, bacon) ( )

**Hábitos de uso diário:**

\*Fumo:

- Não ( )
- Menos de 5 cigarros/dia ( )
- Entre 5 e 10 cigarros/dia ( )
- Entre 10 e 20 cigarros/dia ( )
- Mais de 20 cigarros/dia ( )

\*Álcool:

- Não ( )
- Diariamente ( )
- Semanalmente ( )
- Esporadicamente ( )

\*Exposição a veneno, pesticidas organoclorados:

- Não ( )
- Diariamente ( )
- Semanalmente ( )
- Esporadicamente ( )

\*Exposição a radiação ionizante

- Não ( )
- Diariamente ( )
- Semanalmente ( )
- Esporadicamente ( )

**E) PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO**

\*Auto- exame das mamas:

- Não ( )
- Mensalmente ( )
- Frequência não-preconizada ( )

\*Exame clínico:

- Não ( )
- Anualmente ( )
- Frequência não-preconizada: ( )

\*Faz mamografia?

- Não ( )
- Anualmente ( )
- Bienalmente ( )
- Frequência não-preconizada ( )

## APÊNDICE II

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Senhora,

Meu nome é Isabela Melo Bonfim, sou enfermeira e aluna do curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, e estou desenvolvendo neste hospital uma pesquisa intitulada “**Levantamento de fatores de risco para câncer de mama em familiares de mulheres mastectomizadas**”.

Observamos que dentre alguns fatores que podem levar ao desenvolvimento de câncer de mama, o fator familiar é um dos mais importantes, por isso, queremos pesquisar junto às irmãs, mães e/ou filhas de pacientes que realizaram mastectomia por câncer de mama, o nível de conhecimento dos fatores de risco para esse tipo de câncer e ainda descrever quais práticas de autocuidado foram adotadas por filhas, mães e/ou irmãs de mulheres mastectomizadas.

Caso a senhora aceite, pedirei que responda um questionário onde serão feitas perguntas relacionadas aos fatores de risco e práticas de autocuidado.

Dou-lhe a total garantia de que não revelarei seu nome e nada que puder lhe identificar em meu trabalho. Asseguro-lhe ainda, que a qualquer momento, desde que seja de sua vontade, poderá ter acesso ao questionário e ao trabalho por completo.

Responder ao questionário, não lhe trará nenhum risco ou desconforto psicológico, tendo à senhora ainda, a liberdade de retirar sua autorização ou consentimento a qualquer momento, sem que isto lhe traga prejuízo ao tratamento de sua familiar.

Afirmo ainda, que essa pesquisa está sendo realizada com a autorização do diretor do hospital Dr. Sérgio Juaçaba, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética da instituição.

Caso precise entrar em contato comigo, poderá encontrar-me à Rua Rodrigues Júnior, no. 921, apto. 301. Bairro Centro. Fortaleza-CE. Tel. (85)32537091. E minha orientadora a Dra. Ana Fátima Carvalho Fernandes, poderá ser encontrada à Rua Alexandre Baraúna, no. 1115. Fortaleza/CE. Tel. (85)32888464.

---

#### Pesquisadora

Tendo sido satisfatoriamente informada sobre a pesquisa “**Levantamento de fatores de risco para câncer de mama em familiares de mastectomizadas**”, realizada pela Enfermeira e Mestranda Isabela Melo Bonfim, concordo em participar da mesma. Estou ciente que meu nome não será divulgado e que a mesma estará disponível no endereço: Rua Rodrigues Júnior, no. 921, apto. 301. Bairro Centro. Fortaleza/CE. Tel. (85)32537091, para responder a quaisquer perguntas. Estou ciente também, que posso retirar meu consentimento a qualquer momento.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura da participante da pesquisa  
(1<sup>a</sup>. via pesquisador; 2<sup>a</sup>. via participante)

APÊNDICE III



Universidade Federal do Ceará  
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem  
Departamento de Enfermagem  
Rua Alexandre Baraúna, 1115 Rodolfo Teófilo Fortaleza-CE  
CEP: 60430-160 Fone: (85) 288 8455 Fax: (85) 288 8451

Fortaleza, 20 de fevereiro de 2005

Ao Senhor Diretor do Hospital do Câncer  
do Ceará,

Estou encaminhando o projeto de dissertação de mestrado intitulado **Levantamento de fatores de risco para câncer de mama em familiares de mastectomizadas**, para torná-lo de conhecimento da direção deste Hospital visando apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa dessa instituição e posterior aprovação.

A pesquisa tem como autora a enfermeira e mestranda Isabela Melo Bonfim e como orientadora a Profa. Dra. Ana Fátima Carvalho Fernandes.

Certa de contar com sua atenção, subscrevemo-me,

---

Isabela Melo Bonfim

**ANEXO**

---

---


ANEXO I



Ao Investigador Principal  
Dra. Isabela Melo Bonfim

Levamos ao conhecimento de V.Sa. que o projeto "Levantamento de fatores de risco para câncer de mama em familiares de mastectomizados", sob sua responsabilidade, na condição de investigadora, após ter sido apreciado por um dos membros deste Comitê de Ética, foi apresentado na reunião do CEP de 06/04/2005, com a seguinte conclusão: Aprovação, sem restrições.

Cordiais saudações,

  
Dr. Marcelo Gurgel Carlos da Silva  
Presidente do C.E.P- HC-ICC