

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO

GISLENE GONÇALVES DA SILVA DOS SANTOS

**FATORES DE RISCO E O CÂNCER DE MAMA EM MULHERES**

VITÓRIA  
2014

**GISLENE GONÇALVES DA SILVA DOS SANTOS**

**FATORES DE RISCO E O CÂNCER DE MAMA EM MULHERES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo,  
como requisito obrigatório para obtenção do título de  
Bacharel em Enfermagem

Orientador: Prof. Giovanna Fonseca Scardino.

VITÓRIA  
2014

GISLENE GONÇALVES DA SILVA DOS SANTOS

**FATORES DE RISCO E O CÂNCER DE MAMA EM MULHERES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, por:

---

Prof. Giovanna Fonseca Scardino

---

Prof. Bruno Henrique Fiorin

---

Prof. Luciane Valadão Almeida

*Dedico este trabalho à mulher, ser que foi desenhado pelas mãos de Deus, que a fez singular entre todas as criaturas, forte, bela e também sensível, a fez puro amor e por amor. A esta guerreira que enfrenta todos os dias a caminhada da vida, que enfrenta tempestades, batalhas e doenças. A esta mulher que repleta de fortaleza supera os desafios que lhes são impostos e que com todo o encanto e doçura nos ensina a viver.*

## **AGRADECIMENTOS**

*Gloria in excelsis Deo.* É a Ele a quem primeiramente agradeço. Não teria dado um passo sequer se não fosse por sua presença viva em minha vida. É no Santíssimo Veu do Sacramento que eu encontro meu refúgio e fortaleza.

A Maria Santíssima, virgem do silêncio, minha mãe e intercessora, sempre.

Aos meus pais, Silene e José, que foram muito compreensivos comigo, meus grandes incentivadores nos estudos. Devo muito a vocês.

Aos meus irmãos de coração, amigos trazidos por Deus, Lurdiane, que sempre ouvia meus desabafos, à Priscila, Ione, Dayane e de modo particular à Brunela, Daiane e Jorge que sempre entendiam quando eu dizia que não podia sair com eles. Então rezavam por mim.

À professora Giovanna, minha “orientadora”, que maravilhosamente esteve comigo na preparação deste trabalho. Obrigada por sua enorme paciência, quando eu a deixava quase louca com a minha ansiedade. Agradeço pelas experiências únicas trazidas por ti, todas as explicações e orientações que sabiamente colocava à minha disposição. Orgulho de ter sido sua aluna.

Por fim, agradeço com muito carinho todas as pessoas que direta ou indiretamente me auxiliaram para a concretização deste sonho.

Gislene

*“Conhece-te, aceita-te, supera-te”.*

*Santo Agostinho*

## RESUMO

O Câncer de mama configura-se como a patologia de maior incidência no meio feminino, sendo considerado um problema de saúde pública. Apesar dos inúmeros programas criados desde a década de 80 visando o controle desta doença, seu índice aumenta a cada ano que passa. Isso pode explicar a abordagem deficiente que é feita em relação aos fatores de risco na atenção primária, e é justamente nesse nível de atenção à saúde que acontecem as ações preventivas e a promoção em saúde. É de extrema importância se ter conhecimento dos fatores de risco mais prevalentes para esta doença, principalmente para aquelas mulheres potencialmente pertencentes ao grupo de risco. Partindo deste ponto, sabe-se da importância do profissional de enfermagem na área Oncológica, esse profissional atua em todos os níveis de atenção à saúde, mas é na atenção básica que seu trabalho no combate ao câncer de mama acontece, através de ações educativas direcionadas à população alvo.

**Palavras-chave:** Câncer de mama. Fatores de risco. Enfermagem.

## **ABSTRACT**

The breast cancer appears as the pathology of higher incidence inside of women universe, been considered a public health problem. Despite the many programs created since the 80s for the control of this disease, its index increases year by year. It can explain the deficient approach that is taken in relation to risk factors in primary care, and it is precisely in this level of health care that happen the preventive actions and health promotion. It is of utmost importance to have knowledge of the most prevalent risk factors for this disease, especially for those women potentially belonging to the risk group. From this point, we know the importance of nursing staff in the Oncology area, this professional works at all levels of health care, but it is on basic care that its work in fighting breast cancer happens through educational actions directed to the target population.

**Keywords:** Breast cancer. Risk factors. Nursing.

## LISTA DE FIGURAS

|   |    |
|---|----|
| Figura 01 -Um olhar holístico sobre o sujeito .....                               | 65 |
| Figura 02 -Níveis de atenção no âmbito da saúde e o processo saúde/doença/morte . | 68 |

## LISTA DE TABELAS

|   |    |
|---|----|
| Tabela 01 -Taxa de Mortalidade específica por neoplasias malignas ..... | 29 |
| Tabela 02 - Fecundidade no Total – Brasil – 2000/2060 .....             | 51 |

## LISTA DE GRÁFICOS

|   |    |
|---|----|
| Gráfico 01 - Magnitude do Câncer de Mama no Brasil.....                               | 30 |
| Gráfico 02 - Os principais fatores de risco para o Câncer.....                        | 35 |
| Gráfico 03 - Pacto pela Saúde – 2010 / 2011 – Espírito Santo - Tabagismo .....        | 48 |
| Gráfico 04 - Pacto pela Saúde – 2010 / 2011 – Espírito Santo – Atividade Física ..... | 58 |
| Gráfico 05 - Pacto pela Saúde – 2010 / 2011 – Espírito Santo - Mamografias .....      | 72 |

## **LISTA DE SIGLAS**

INCA – INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER

UBS – UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

CA – CÂNCER

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

TRH – TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. INTRODUÇÃO</b> .....  | <b>25</b> |
| <b>2. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....   | <b>29</b> |
| 2.1 HISTÓRICO DO CÂNCER DE MAMA NO BRASIL .....                                 | 29        |
| 2.2 FATORES DE RISCO .....  | 35        |
| <b>2.2.1 Hereditariedade</b> .....  | <b>36</b> |
| <b>2.2.2 Sedentarismo</b> .....   | <b>37</b> |
| <b>2.2.3 Menopausa Tardia</b> .....   | <b>39</b> |
| <b>2.2.4 Menarca Precoce</b> .....  | <b>41</b> |
| <b>2.2.5 Idade</b> .....  | <b>42</b> |
| <b>2.2.6 Terapia de Reposição Hormonal</b> .....                                | <b>43</b> |
| <b>2.2.7 Dieta</b> .....  | <b>45</b> |
| <b>2.2.8 Álcool</b> .....   | <b>46</b> |
| <b>2.2.9 Tabagismo</b> .....  | <b>47</b> |
| <b>2.2.10 Radiação</b> .....  | <b>49</b> |
| <b>2.2.11 Nuliparidade</b> .....  | <b>50</b> |
| 2.3 A MULHER E OS FATORES DE RISCO PARA O CÂNCER DE MAMA.....                   | 53        |
| 2.4 A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO SOBRE FATORES DE RISCO .....                       | 64        |
| 2.5 O ENFERMEIRO NA ATUAÇÃO CONTRA O CÂNCER DE MAMA NA ATENÇÃO<br>PRIMÁRIA..... | 67        |
| <b>3. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....  | <b>75</b> |
| <b>4. REFERÊNCIAS</b> .....   | <b>79</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

Muito se tem discutido, na atualidade, a cerca das doenças crônico-degenerativas, em especial sobre o Câncer de Mama e sobre os meios pelos quais uma população se expõe aos fatores de risco. É de conhecimento do INCA (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER), que o CA de mama (Câncer de Mama) é a neoplasia maligna de maior incidência no ranking a atingir mulheres na faixa etária dos 50 aos 59 anos de idade, e totaliza a quinta maior causa de mortes ocasionadas por câncer de modo geral (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014).

O CA de Mama também é majoritariamente o mais incidente em todas as regiões do Brasil, exceto no norte do país, onde o câncer de colo do útero lidera a lista. Estatisticamente, a cada ano que passa o número de óbitos por esta doença aumenta, somente para este ano, de 2014, são esperados cerca de 57.120 novos casos (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014).

É uma doença de bom prognóstico quando descoberta em estágios iniciais, ou seja, de forma precoce. Contudo, percebe-se, hoje, que se trata de uma doença cuja taxa de mortalidade só aumenta a cada ano. Esse aumento se dá, provavelmente, devido ao seu diagnóstico tardio, e quando descoberta nesta fase as chances de sobrevivência após cinco anos são de 85% nos países desenvolvidos, e nos países em desenvolvimento de cerca de 60%. Se detectada em fases iniciais têm-se uma condição mais favorável de tratamento e conseqüentemente de cura. (PORTO; TEIXEIRA; SILVA, 2013).

O câncer de mama causa ainda mais medo na mulher pelo fato de acometer uma parte do corpo extremamente importante para ela, e que em muitas culturas, desempenha função importante, tanto na parte sexual, quanto na parte estética, e principalmente na sua identidade feminina como tal (RAMOS; LUSTOSA, 2009).

Ao longo da história, desde a década de 80 foram postas em prática programas e ações governamentais que tiveram como objetivo a detecção precoce, o controle e o tratamento desta neoplasia, uma trajetória longa e de muita importância para o histórico do Câncer de Mama no Brasil. Programas como Assistência Integral à Saúde da Mulher, primeiro a surgir na década de 80, O Pró-Onco, (Programa de Oncologia) criado em 1986, Viva Mulher na década de 90. Foi criada também a

Política Nacional de Atenção Oncológica em 2005, Plano de Ação para o Controle dos Cânceres de Colo do útero e de Mama 2005-2007, Pacto pela Saúde em 2006, dentre outras ações que foram desenvolvidas (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014).

A maioria das doenças que atingem as mulheres na fase adulta pode ser evitada com uma abordagem que vise à identificação dos fatores de risco. Para neoplasia maligna da mama são descritos fatores de risco como Idade (50 a 59 anos de idade), Menopausa tardia, Menarca precoce, Sedentarismo (pode gerar um aumento do peso corporal, que é preocupante na pós-menopausa), Hereditariedade (quando a mulher apresenta parentes de primeiro grau que já tiverem a doença), Exposição à radiação, Nuliparidade, Terapia de Reposição Hormonal (principalmente se o uso for prolongado por mais de cinco anos), Dieta, Alcoolismo, Tabagismo, entre outros. Contudo os fatores de maior incidência são os de origem endócrino e genéticos (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014).

A prevenção e o controle do Câncer de Mama necessitam de uma atenção mais priorizada, visto que há um número crescente de novos casos todos os anos, e que os serviços de saúde não dão conta do diagnóstico, tratamento e do acompanhamento desses casos. Em vista disso, é imprescindível que se invista nas ações preventivas contra esta doença, priorizando ações educativas no serviço primário que visem reduzir o tabagismo, o uso do álcool, e que transmitam estratégias para uma boa e adequada alimentação da população. Importante também que se de enfoque na realização de atividade física, e seja dada à população feminina conhecer sobre os outros fatores de risco para o câncer de mama como dito anteriormente (BRASIL, 2014).

O desenvolvimento da célula tumoral requer anos, logo, certos tipos de neoplasia poderiam ser evitados apenas pela eliminação dos fatores de risco mais prevalentes. Justamente neste âmbito que o profissional de enfermagem atua, de forma crucial na educação da população, orientando quanto aos fatores de risco para o câncer, bem como no rastreamento, na detecção precoce, no tratamento e também na reabilitação dos pacientes oncológicos. O enfermeiro tem o papel de prestar assistência ao indivíduo sadio, àquele que está doente, a comunidade e a família, desenvolvendo atividades e coordenando ações que visem o combate ao Câncer de Mama (SILVA et al., 2001; INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014).

Atuando em todos os níveis de atenção em saúde, em especial na atenção primária, este profissional tem papel importantíssimo na educação em saúde da população. Nas unidades básicas de saúde cabe a ele o ensino do autoexame das mamas, orientações quanto à realização da mamografia, execução do exame clínico das mamas, e sobre os fatores de risco para a doença, como conhecê-los e possivelmente evitá-los (LUCCHESI; LAGANÁ, 2004).

A escolha deste tema para ser abordado neste estudo se deu, pois, a oncologia sempre despertou em mim um enorme desejo de conhecimento, principalmente se tratando do câncer de mama. A convivência com uma pessoa que sentiu na pele o que é ser diagnosticada com a doença e que passou pela mastectomia fez com eu buscasse entender e refletir o decurso desta doença, como ela surge, e principalmente os fatores de risco extrínsecos que contribuem para o desenvolvimento da doença, e aqueles que são inerentes à condição feminina.

Partindo deste ponto, fazendo uma breve descrição do histórico do câncer de mama no Brasil, e dos programas já criados, relacionando a mulher e os fatores de risco para o câncer de mama, este trabalho tem como objetivo realizar uma análise dos fatores de risco mais prevalentes na mulher com Câncer de Mama. Será realizada uma análise da influência dos mesmos na evolução da doença e como eles estão ligados à patologia. Avaliando de forma secundária, contudo primordial a atuação do enfermeiro na atenção básica e seu papel como educador e consequentemente orientador quanto aos fatores de risco.

Trata-se de uma pesquisa de cunho bibliográfico que tem por objetivo abordar Os Fatores de Risco e o Câncer de Mama. Foram utilizados livros e levantados artigos na língua portuguesa que foram publicados no BIREME, SCIELO, LILACS, GOOGLE Acadêmico, Sites que são referências em assuntos sobre o câncer como Instituto Nacional do Câncer (INCA), neste de modo especial foram colhidas boa parte das informações, assim como no site do Ministério da Saúde e suas publicações. Revistas Eletrônicas e outros, no período de 2000 a 2014. Foram excluídos os materiais que não estavam inseridos nesse espaço de tempo, e aqueles que não atendiam as exigências do assunto abordado neste trabalho.

Pesquisa é o conjunto de procedimentos sistemáticos, baseado no raciocínio lógico, que tem por objetivo encontrar soluções para problemas propostos, mediante a utilização de métodos científicos (ANDRADE, 2010, p.109).

Pesquisa bibliográfica é uma revisão de um tema cuja base literária está contida em livros, periódicos, artigos, sites, jornais e te mesmo revistas, ou seja, algo publicado previamente que contenham o tema proposta para a pesquisa. A pesquisa bibliográfica faz parte da investigação científica e requer tempo e dedicação, e acima de tudo uma atenção para entender o tema e assim conseguir de forma clara e objetiva descrevê-lo. Uma de suas vantagens é explicada pelo fato de permitir uma ampla oferta de assuntos e conteúdos do que aquela pesquisada pessoalmente, ou seja, de campo (GIL, 2010).

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 HISTÓRICO DO CÂNCER DE MAMA NO BRASIL

O Câncer de Mama é a neoplasia maligna mais frequente em mulheres. É bem raro antes dos 20 anos, não comum antes dos 30, sendo que, sua incidência é elevada por volta dos 50 anos de idade (LOPES et al., 2008, p. 407).

As taxas de mortalidade por esta patologia continuam elevadas devido ao fato de que ainda é descoberta em estágios avançados e sua incidência tem aumentado, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. Mais especificamente no Brasil, excetuando-se a Região Norte, onde o Câncer de Colo do Útero lidera a ranking, o câncer de mama é a doença de maior ocorrência em todas as regiões do país (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014; PORTO; TEIXEIRA; SILVA, 2013).

A tabela exemplificada abaixo, expressa uma pesquisa realizada pelo DATASUS na região metropolitana de Vitória, Espírito Santo, levando-se em conta a taxa de mortalidade específica por câncer de mama por cada 100 mil habitantes.

Tabela1 - Taxa de Mortalidade específica por neoplasias malignas

| <b>Óbitos p /neoplasia mama feminina por Ano segundo Sexo</b> |             |             |             |             |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>Região Metropolitana: RM de Vitória</b>                    |             |             |             |             |
| <b>Faixa etária: 50 a 69 anos, 60 a 69 anos</b>               |             |             |             |             |
| <b>Período: 2008-2011</b>                                     |             |             |             |             |
| <b>Sexo</b>   | <b>2008</b> | <b>2009</b> | <b>2010</b> | <b>2011</b> |
| <b>Feminino</b>   | <b>52</b>   | <b>60</b>   | <b>58</b>   | <b>76</b>   |

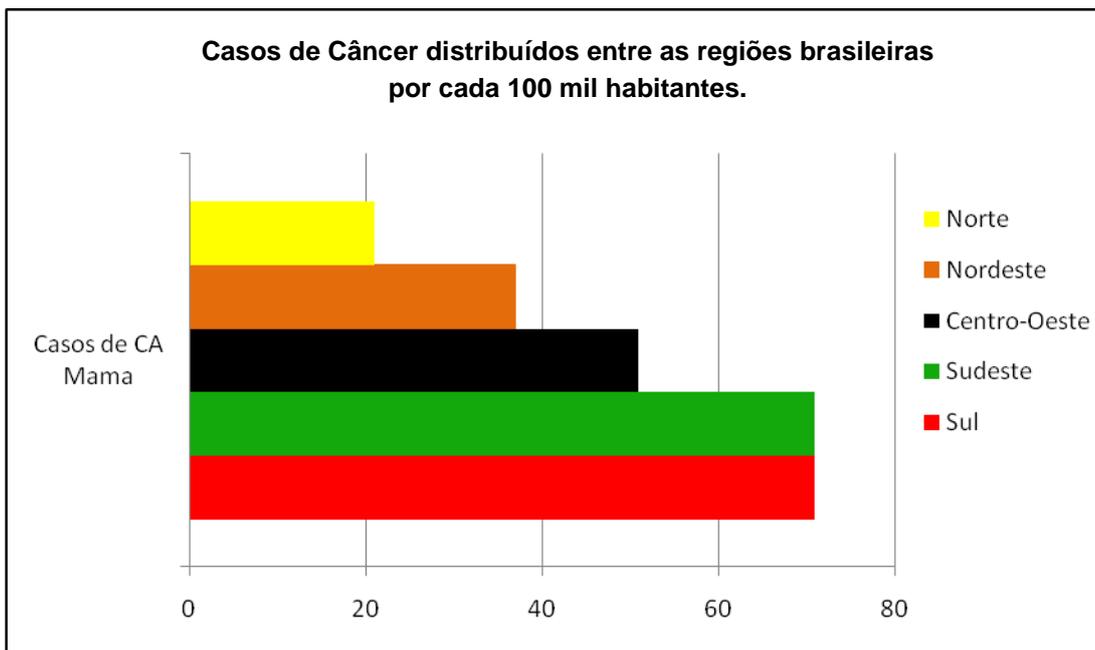
Fonte: DATASUS, 2014

O número de mortes por neoplasia mamária em 2008 chegou a 52/100.00 habitantes e em 2011 esse número aumentou para 76/100.000 habitantes, população essa composta apenas por mulheres, excluindo-se o câncer de mama masculino.

Portanto, é possível observar a crescente taxa de mortalidade pela neoplasia mamária, muito provavelmente pela exposição aos fatores de risco, sendo modificáveis ou não, à faixa etária em que mais ocorre, dentre outras condições que levam ao câncer de mama.

O gráfico abaixo mostra o número de óbitos por câncer de mama nas regiões brasileiras, segundo dados do INCA.

Gráfico – 1 Magnitude do Câncer de Mama no Brasil



Fonte: INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014

Segundo os dados do INCA explanados no gráfico acima, no Sul e Sudeste são 71 casos para cada 100 mil mulheres. No Centro-Oeste (51 casos/100 mil) e Nordeste (37 casos/100 mil). E na região Norte, com menor incidência (21 casos/100 mil).

Esses números são explicados pelo fato de existirem ações deficientes que correspondem ao nível primário de prevenção contra câncer de mama, diferenças regionais no que se refere à transmissão de informação, precariedade dos serviços públicos de saúde, uma estratégia de saúde da família que ainda não consegue abranger uma grande parte da população, etc. O acesso à informação deve ser promovido a fim de apontar à população atitudes que visem, por exemplo, o controle do peso, atividade física, ou seja, a própria conscientização da população a respeito de sua saúde. Faz-se necessário uma melhor e mais ampla cobertura de rastreamento da população de risco, e conseqüentemente a descoberta precoce de

um possível câncer. Com isso entende-se que, as ações que visem o conhecimento social e econômico da população, que visem à melhora das condições de vida são cruciais e imprescindíveis para o controle dos agravos em saúde (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014).

Para o ano de 2012 e 2013 o INCA estimou cerca de 52.580 novos casos da doença, ou seja, uma média de 52 casos para 100 mil mulheres. E somente para este ano de 2014, que também se estende para o ano de 2015 são estimados cerca de 57.120 casos de Câncer de Mama (PORTO; TEIXEIRA; SILVA, 2013; INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014).

O CA de Mama é uma patologia resultante da proliferação anormal das células. Pode surgir através de alterações genéticas, sendo hereditárias ou não ou até mesmo pelo fato da exposição aos fatores de risco. As alterações causadas podem causar mudanças no crescimento celular e até mesmo morte programada das células ocasionando o surgimento do tumor (BRASIL, 2013).

Essa patologia vem aumentando sua incidência a cada dia, independente do tempo médio de vida do ser humano e acabou se tornando um problema de saúde pública. Está relacionada à industrialização e também cogita-se uma relação com elevado nível socioeconômico, além de outros fatores de risco como: a mulher que nunca teve filhos, menarca precoce ou tardia e idade da menopausa, obesidade, alcoolismo, tabagismo, alimentação desregrada (GUERRA et al., 2005).

O impacto do diagnóstico, o tratamento maçante, a possível chance de mastectomia e muitas vezes a rejeição da doença pela mulher e daqueles que convivem com ela levará a uma estigmatização, a uma mudança não só biológica, como social e psicológica, pois a mama representa para a mulher um símbolo de feminilidade não apenas uma estrutura do corpo, logo, tal doença predispõe a depressão, à baixa auto-estima, ao isolamento a até mesmo sentimento de morte por parte desta mulher (ARAÚJO; FERNANDES, 2008).

O câncer de mama é ainda mais temido pelo fato de acometer uma parte valorizada do corpo da mulher e que em muitas culturas, desempenha função significativa na sexualidade da mulher e principalmente na sua identidade como tal, ou seja, um órgão de muita importância para a mulher (RAMOS; LUSTOSA, 2009).

No Brasil, a atenção à saúde da mulher ganhou maior enfoque em meados do século XX, o pensamento que existia era de que à mulher só se limitavam os cuidados em relação a sua maternidade ou até mesmo a ausência de problemas reprodutivos (BRASIL, 2008).

Ainda nesta época, século XX, o câncer era visto como algo contagioso, ligado a questões de higiene, como sujidade física e até moral. No caso das mulheres, o acometimento pelo câncer era tido como consequência de práticas sexuais (TAVARES; TRAD, 2005).

No século seguinte, mesmo com todo o avanço no ramo da pesquisa genética, em como diagnosticar a doença e ainda sim como tratá-la, essa neoplasia ainda continua sendo considerada um grande mistério e os tratamentos ainda são pouco eficazes. Todo material de literatura médica e as ações organizadas pelo governo nessa área dizem que a genética muito influencia para o surgimento do câncer de mama, juntamente com os hábitos de vida da sociedade cada vez mais moderna (TAVARES; TRAD, 2005).

Quando se fala em CA de mama, historicamente, no Brasil, relata-se que a primeira aquisição de Mamógrafos foi feita por volta da década de 70 por interesse de ampliar a cobertura da saúde pública. Nessa época a atenção à saúde era voltada apenas para ações individuais de caráter curativo. O uso de tal equipamento, a princípio, teve seus prós e contras. Os defensores diziam que pelo fato de detectar tumores pequenos aumentaria a chance de sobrevivência dessa mulher, já os críticos alertavam para a exposição da mulher à radiação proveniente do mamógrafo (PORTO; TEIXEIRA; SILVA, 2013).

Contudo, as ações preventivas para o CA de Mama no território brasileiro, de fato, tiveram seu marco inicial nos anos 80, quando surgiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, que objetivava uma maior atenção, que não fosse somente durante a gravidez ou no período puerperal, mais levando em conta as especificidades da população feminina, as desigualdades de gênero, tudo o que envolve questões de crença, atitudes, os papéis desenvolvidos pela mulher na sociedade e que podem estar associados aos agravos em saúde da qual padecem essas mulheres (BRASIL, 2013; INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014).

Porto (et al., 2013) relatam que em 1987, foi desenvolvido o Programa de Oncologia conhecido como Pró-Onco. Para os oncologistas havia uma necessidade de um controle mais específico para o câncer no Brasil, um deles visava os problemas no colo uterino. Enquanto isso, as ações voltadas ao câncer de mama se limitavam em divulgações em folders, cartazes, a própria mídia, todos incentivando o auto-exame das mamas. O pró-Onco tinha como objetivo uma estruturação de um serviço fosse voltado às ações preventivas e de controle do câncer de mama, e que pudesse ser abrangido nacionalmente.

Nos anos de 1990, surgiu o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e Mama, conhecido como Viva Mulher. Esse programa tem como objetivo a detecção precoce da doença, reduzir a mortalidade e as transformações físicas, psicológicas e também sociais dessa mulher. Por isso, cria um vínculo de ajuda mútua entre as esferas do governo, ou seja, uma política de integração nacional possibilitando o financiamento, suporte técnico, de recursos materiais e também financeiro (SILVA; HORTALE, 2011).

Em 2004, o Documento de Consenso sobre o Câncer de Mama, elaborado pelo Ministério da Saúde criou as diretrizes para o controle da doença no país. Segundo esse consenso a diminuição da incidência de câncer em países desenvolvidos está relacionada à detecção precoce da doença, a realização da mamografia periódica e ao tratamento correto e adequado que é ofertado á essas mulheres (MARTINS et al., 2013).

Um ano depois, em 2005, foi elaborada a Política Nacional de Atenção Oncológica, fazendo com que o tratamento do Câncer de Mama e também de útero tivessem uma maior atenção dos estados e municípios, e em 2006 foi lançado o Pacto pela Saúde, reafirmando a importância da detecção precoce (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014; PORTO; TEIXEIRA; SILVA, 2013).

O Pacto pela Saúde, especialmente, afirmou que o controle de câncer de útero e mama no Brasil seria prioridade. Somente para o ano de 2010 e 2011 foram estipuladas onze prioridades no total, sendo que as de número dois e cinco são voltadas diretamente para o combate ao câncer. Na prioridade de número dois o objetivo criado foi de aumentar a oferta do numero de preventivos e cobrir cerca de 80% da população susceptível ao câncer de colo do útero, e também tratar as

lesões prévias de um câncer no útero. Também tinha como objetivo aumentar o número de mamografias ofertadas, visando cobrir cerca de 60% da população de risco. E por fim, na prioridade de número cinco o objetivo era de diminuir os níveis de tabagismo e sedentarismo, ou seja, dois fatores de risco para o câncer (BRASIL, 2012).

Segundo o INCA (2014) no ano de 2007 a 2008 foi criado o Projeto-Piloto que visava à qualidade do serviço prestado do exame da Mamografia. Em 2009 foi implantado o Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA), sendo uma ferramenta que permitia o gerenciamento das ações voltadas para a detecção do CA de mama. Tais informações são geradas na atenção básica, ou seja, nas UBS, onde o profissional realiza a identificação das mulheres que necessitam do exame da mamografia, sendo de forma de rastreamento ou mesmo na forma diagnóstica e por fim faz o pedido do exame (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2010).

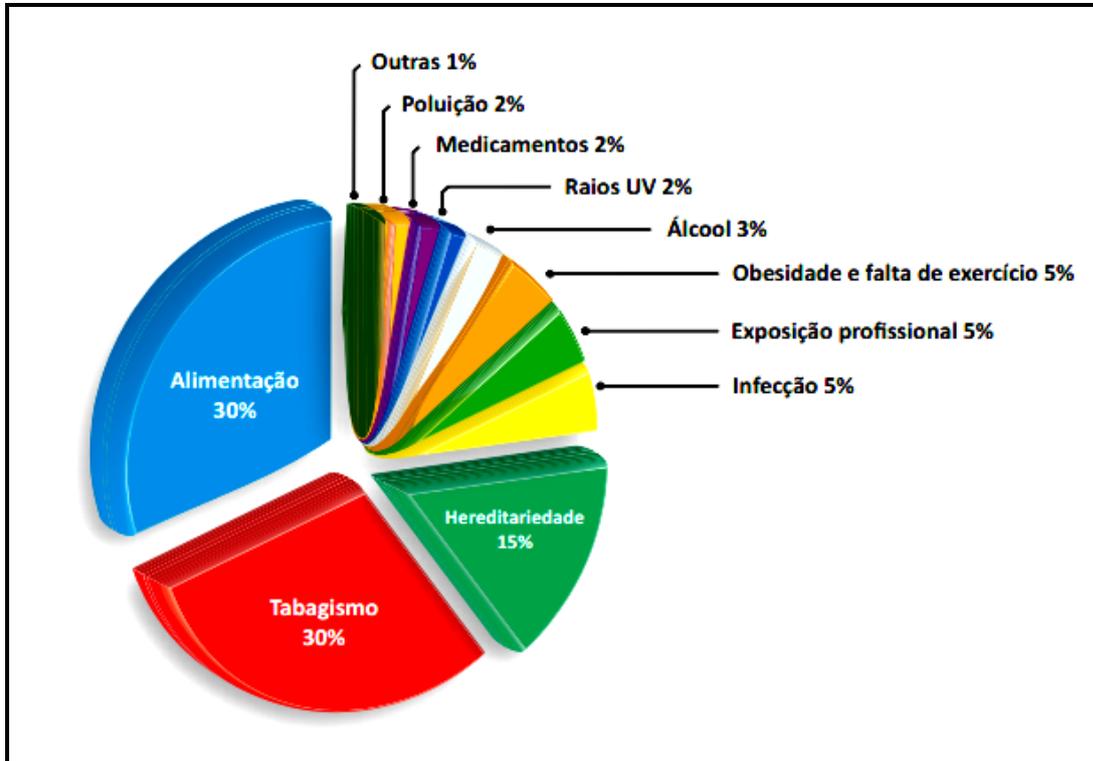
No mês de julho do ano seguinte vieram às recomendações para a redução da mortalidade pela doença no Brasil, implantadas pelo Instituto Nacional do Câncer (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014).

No mês de março de 2011 foi instituído o Plano de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento que visava o controle do Câncer de Colo do Útero e Mama, bem como a assistência na área Oncológica qualificada, pela presidente da república Dilma Rousseff (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014).

Diante de todos esses programas criados percebe-se que, o Brasil tem visto o aumento da mortalidade por câncer de mama em países desenvolvidos, contudo as ações preventivas, o diagnóstico e o controle da doença não têm aumentado com esse ritmo de crescimento (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008).

## 2.2 DETERMINANTES SOCIAIS

Gráfico – 2 Os Principais Fatores de Risco para o Câncer



Fonte: INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014

Risco é uma palavra utilizada para definir a chance que uma pessoa sadia tem, quando exposta a fatores ambientais ou mesmo hereditários de desenvolver uma doença, logo, os fatores que se associam ao aumento do risco para adquirir uma doença são conhecidos como fatores de risco (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014). Os fatores de risco de maior incidência para o câncer de mama estão associados à idade, fatores endócrinos e aos fatores genéticos (BRASIL, 2013).

Os fatores que são relacionados ao câncer podem ser divididos em intrínsecos e extrínsecos. São exemplos de Intrínsecos: a idade, o gênero, herança genética. Como extrínsecos estão: hábitos alimentares, sedentarismo, dieta, radiação, álcool, tabagismo, etc. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008).

Abaixo estão listados os fatores que são mais prevalentes para o Câncer de Mama especificamente, sendo que, a associação destes com o câncer, de fato, só será descrito no capítulo seguinte.

### 2.2.1 Hereditariedade

As neoplasias são uma das maiores causas de morte no mundo. São consideradas doenças genômicas, logo, existem alterações no DNA que são cumulativas, de células normais que sofrem algum tipo de transformação ao longo do tempo e se tornam malignas (JORDE et al., 2000).

Existe o que se conhece como síndrome para a predisposição ao câncer, que acaba por conferir ao indivíduo um risco mais elevado de se adquirir uma doença em uma proporção mais elevada do que no restante da população. Esse tipo de síndrome se relaciona com as células germinativas do indivíduo, desta forma a mutação é transferida para o descendente. Já foram identificados inúmeros genes responsáveis por síndromes de predisposição ao câncer, e dentre as síndromes mais conhecidas estão: Câncer de Colo do Útero, Câncer de Reto, Câncer de Tireóide, Retinoblastomas, Câncer de Próstata e o Câncer de Mama propriamente dito (ACHATZ; MAKDISSI; PROLLA, 2013).

Como afirma Alvarenga e outros (2003) o câncer de caráter hereditário é uma doença genética, ou seja, quando o mesmo tipo de câncer atinge indivíduos de uma mesma família. A transmissão desse gene alterado para as gerações posteriores ocorre da seguinte forma:

- De forma vertical, sendo de uma geração para a outra seguinte;
- Por meio do padrão de herança padronizado por Gregor Mendel, que na maioria das vezes é autossômico dominante, quando há 50% de risco de transmitir a doença para a prole em cada gestação e independente do sexo do indivíduo;
- Por penetrância, quando o indivíduo tem predisposição, portador de uma mutação e tem risco para apresentar uma lesão associada à doença por toda a sua vida; (ALVARENGA et al., 2003).

Estima-se que, do total de casos de câncer diagnosticados a cada ano, cerca de 5% a 10% sejam de caráter hereditário, ou seja, ocasionados por alterações genéticas que foram herdadas, e os outros 90% a 95% dos tumores são ocasionados de forma esporádica e se dão por estímulo de fatores ambientais, e devido a variações

genéticas que podem potencializar o desenvolvimento de um tumor maligno (MAKDISSI; ACHATZ, 2013; AMENDOLA; VIEIRA 2005).

É importante ressaltar que não são todos os descendentes, filhos e netos, que herdaram o gene que sofreu a mutação. É talvez impossível saber qual é o indivíduo que carregará consigo a alteração. Contudo, existe o teste genético que pode detectar tal erro, porém é um teste muito sofisticado e de difícil acesso à maioria da população (INSTITUTO ONCOGUIA, 2013).

É de extrema importância que o médico geneticista ou generalista esteja atento para alguns sinais que predizem a possibilidade de um tumor de caráter hereditário:

- Pacientes jovens que apresentam tumores;
- Bilateralidade ou Multifocalidade do tumor;
- Presença de inúmeros tumores raros em só indivíduo, sendo este benigno ou maligno;
- Dois parentes de primeiro grau que possuem câncer, sendo um deles em idade atípica;
- Evidencia genética que comprove Herança Autossômica Dominante;
- Presença de tumores histopatológicos específicos. (INSTITUTO ONCOGUIA, 2013).

### **2.2.2 Sedentarismo**

A sociedade tem passado por inúmeras mudanças, tanto de caráter econômico e financeiro, quanto relacionados a hábitos de vida. Com essa nova estruturação moderna que os indivíduos acabam por presenciar, eles vão adquirindo novos hábitos e estilos que acabam por comprometer sua condição mental e física. Uma delas é o sedentarismo, que se associa a uma sociedade que vive freneticamente o dinamismo e o consumismo, não reservando tempo para sua saúde. Nesse contexto realista, tem aumentado expressivamente o número de pessoas que são acometidas por doenças crônico-degenerativas, que em sua maioria poderiam ser evitadas por hábitos de vida saudáveis (FERRAZ; MACHADO, 2008).

No período pré-histórico os homens necessitavam de sua força, destreza, velocidade e resistência para sobreviver, precisavam caminhar longas distâncias e

dias de jornada para encontrar um lugar para armarem suas tendas e ali ficarem por um tempo. Passavam por períodos de chuva, escassez de alimento e ainda lutavam com animais. O homem era um ser extremamente ativo, pois nada para ele vinha com facilidade, ele precisava agir. Na Grécia antiga, a atividade física era desenvolvida para fins bélicos e para treinamento dos gladiadores, e nas escolas, em forma de jogos, danças e também como ginástica, surgindo na Europa no século XIX (PITANGA, 2002).

Pitanga (2002) ainda afirma que, hodierno, a atividade física compreende todo e qualquer movimento do corpo humano que é produzido pelos músculos esqueléticos, ou seja, tudo aquilo que demanda gastos energéticos e que também pode sofrer influencia de questões biopsicossociais, como dança, esportes, exercício físico, atividades laborais e o próprio deslocamento realizado pelo ser humano em seu dia a dia.

Como menciona Gualano e Tinucci (2011), Hipócrates dizia que “O que é utilizado, desenvolve-se, o que não o é, desgasta-se.” E para o filósofo Platão o exercício físico é tido como de extrema importância para o equilíbrio e a manutenção da nossa saúde, ou seja, mente sã e corpo são, como ele mesmo dizia “Mens sana in corpore sano.”

O sedentarismo pode aumentar o risco para: Doenças Coronarianas, Infarto Agudo do Miocárdio, Hipertensão Arterial, Câncer do Colo do Útero, Câncer de Mama, Osteoporose, Diabetes e etc. Também se associa ao ganho de peso (levando muitas vezes à obesidade), depressão, ansiedade, e alterações nos padrões de humor (GUALANO; TINUCCI, 2011).

Segundo dados do INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (2014), o sedentarismo é responsável por uma, em cada dez mortes por doenças cardíacas, diabetes e inclusive o câncer de mama.

A prática regular de atividade física apresenta uma relação inversa com risco de doenças crônico-degenerativas e tem um efeito positivo na qualidade de vida e em outras variáveis psicológicas (GUALANO; TINUCCI, 2011, p.37).

De acordo com Booth (et al., 2000) a falta de atividade física é um dos grandes problemas da nossa sociedade, visto que, 70% da população adulta não realiza nem o mínimo preconizado de atividade física. Só nos EUA, os gastos com o tratamento

de doenças que poderiam ser evitadas pela prática de atividade física chegam a nada menos do que a um trilhão de dólares.

Ainda afirma Gualano e Tinucci (2008), que a prática de atividade física é barata, segura, se realizada de forma correta, e muito recomendada, sendo um fator importantíssimo na redução da quantidade maçante de medicamentos utilizados para certas patologias.

### **2.2.3 Menopausa tardia**

De acordo com Silva, Araújo e Silva (2003) o Climatério se caracteriza por ser uma época de transição vivenciada pela mulher, na qual ela passa da fase de reprodução para uma fase não reprodutiva. Para Vigeta e Brêtas (2004) tal fenômeno ocorre por volta da meia idade dessa mulher, trazendo as irregularidades do período menstrual, acompanhados dos sintomas como calor excessivo, frio em demasia, entre outros, configurando-se como o período pré-menopausa. Vale ressaltar que o climatério causa mudanças tanto no físico, social e emocional da mulher.

O fenômeno da menopausa em si, é caracterizado como o cessar da fase reprodutiva da mulher, quando os ovários deixam de funcionar e a produção de estrogênio e peptídeo hormonal diminuem, ocorrendo o aumento das gonadotrofinas hipofisárias, logo, o corpo passa por várias mudanças fisiológicas (TRENCH; SANTOS, 2005).

As meninas nascem com aproximadamente dois milhões de folículos ovarianos, chegando à puberdade com cerca de quatrocentos mil e apenas algumas centenas no período do climatério. O restante acaba por evoluir até apresentar uma atrofia. A produção dos hormônios, estrogênio e de androgênios, tende a oscilar de forma significativa do decorrer dos anos antes de se cessarem os ciclos definitivamente até a chegada da menopausa. Contudo, mesmo após a menopausa ainda se tem uma produção basal de estrona, testosterona e uma quantidade mínima de estradiol e progesterona que na maioria das vezes é a quantidade suficiente para a manutenção e equilíbrio endocrinológico e clínico da mulher (BRASIL, 2008).

A mulher entra no período da menopausa, de fato, após um período de 12 meses consecutivos sem ocorrência de menstruar, o que ocorre aproximadamente por volta

dos 45 e 55 anos de idade. Nos países desenvolvidos a menopausa acontece por volta dos 50-52 anos, já nos países em desenvolvimento ela ocorre em média um ou dois anos a menos. A North American Menopause Society estima que, para o ano de 2030 mais de 1 bilhão e 200 milhões de mulheres estarão vivendo o fenômeno da menopausa (TRENCH; SANTOS, 2005).

A fase de Climatério é algo natural na vida da mulher, fase pela qual todas, sem exceção, irão passar, com uma diferença que algumas passarão por essa fase com mais intensidade relacionada aos sintomas provenientes do cessar da produção hormonal ovariana, e outras enfrentarão esta fase de forma mais branda, com sinais e sintomas bem sutis. Contudo, em ambos os casos é necessário que a mulher tenha um acompanhamento multidisciplinar no sistema de saúde, e que seja de extrema importância a promoção da saúde destas mulheres, o diagnóstico precoce e o tratamento dos sinais e sintomas decorrentes desta fase (BRASIL, 2008).

Ainda são escassos os estudos epidemiológicos da população brasileira que se referem à idade de ocorrência da menopausa, os dados existentes, se referem apenas às mulheres que frequentam os serviços de saúde, ou seja, não caracterizando o total da população. Nas populações latino-americanas ainda existem poucos dados referentes ao assunto, que são diferentes nas questões de estilo de vida, hábitos de reprodução nos países desenvolvidos (PEDRO et al., 2003).

Leva-se em conta que, quando se conhece a idade de ocorrência da menopausa, e dos fatores que se relacionam com a idade de ocorrência desta, pode-se fornecer dados que auxiliem na sugestão de medidas preventivas. As características dessa mulher, suas condições sociodemográficas e também reprodutivas servem de base de dados para que os serviços de saúde possam atender de forma mais capacitada essa população, através de apoio psicológico, orientações quanto a esse período, da terapêutica existente e de métodos alternativos de tratamento nas diferentes situações apresentadas por essa mulher (PEDRO et al., 2003).

#### 2.2.4 Menarca Precoce

A puberdade nas meninas corresponde ao desenvolvimento dos órgãos sexuais e das características sexuais secundárias (mama, pêlos pubianos e o aparecimento da menarca). A Menarca em si, constitui um fenômeno muito significativo, pois marca o início da maturação sexual feminina. Há muito tempo analisada, a idade da menarca vem sofrendo uma diminuição, tal diminuição vem sendo observada em países desenvolvidos e também em desenvolvimento, contudo, mais marcantes nos países desenvolvidos, devido ao estilo de vida (CARVALHO et al., 2007).

Quando a menina vive a fase da puberdade cedo demais seu psicológico pode não acompanhar as mudanças ocorridas com seu corpo. Tal adiantamento no que chamamos de relógio da puberdade atinge cerca de 10% a 12% das meninas, e traz consigo inúmeros problemas como: baixa estatura, distúrbios psicossociais, e avanço desproporcional da maturação óssea que ocorre devido aos efeitos dos esteróides sexuais. Na maioria dos casos é idiopática, mais certos estudos apontam que há certa variabilidade na idade de ocorrência da menarca, mais precisamente associando-se se a fatores ambientais, socioeconômicos, nutricionais e também genéticos (CARVALHO et al., 2007; SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA, 2012).

Carvalho (et al., 2007) ainda afirma que, no Brasil vários estudos já foram realizados sobre a idade da menarca, observando-se uma variação de acordo com certas capitais como 10,9 anos em São Paulo, 12,1 anos para João Pessoa. Tais variações de relacionam ao estado nutricional, escolaridade, clima, etnia, nível socioeconômico, etc. (SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA, 2012).

Vem sendo observada nas últimas décadas, uma queda acentuada na idade de ocorrência da menarca, momento de passagem da infância e a vida adulta. Antes a menina menstruava com seu 14 ou 16 anos de idade, atualmente é comum meninas menstruarem com 10 ou 13 anos de idade. Esse declínio ocorre devido ao avanço na área da saúde e também por influência da alimentação, contudo cabe ressaltar que, uma coisa é a idade média em que ocorre a primeira menstruação e outra totalmente diferente é a menarca antes dos 10 anos de idade (SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA, 2012).

O controle da menarca precoce é feito através do uso de drogas que bloqueiam hormônios, inclusive os sexuais. O tratamento não é barato e tende a ser prolongado, na maioria das vezes faz-se uma associação entre os bloqueadores hormonais e o uso de hormônios do crescimento para balancear os efeitos que causam a baixa estatura (SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA, 2012).

### **2.2.5 Idade**

O envelhecimento da população é um dos maiores triunfos da humanidade, e também um dos nossos grandes desafios (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2005, p.8).

De acordo com Cancela (2007), nosso organismo possui um tempo limite de vida, ou seja, cronometrado, assim com já mencionado, sofre alterações fisiológicas com o passar do tempo. Apresenta-se em três fases: crescimento, desenvolvimento e por ultimo, senescência. Na primeira fase ocorre o desenvolvimento (maturação) e conseqüentemente o crescimento dos órgãos especializados, é nesta fase que o organismo adquire capacidades funcionais que o faz apto para a reprodução. Na segunda fase ocorre a reprodução propriamente dita, que perpetuará a espécie. Já a ultima fase se caracteriza pela diminuição das capacidades funcionais do organismo.

O envelhecimento não está somente associado à terceira idade propriamente dita, é um conjunto de fatores reunidos que afeta todos os seres vivos, sendo impossível datar seu começo, variando de indivíduo para indivíduo. Sabendo que o envelhecimento difere de pessoa a pessoa, pode-se falar em idade social, psicológica e biológica, que se diferem da idade cronológica (CANCELA, 2007).

Firmino (2006, apud CANCELA, 2007) diz que a idade biológica se refere às células do nosso organismo, que com o passar do tempo passam por modificações que alteram sua auto-regulação e tornam-se menos eficazes. A idade social diz respeito aos hábitos de vida adquiridos pelos indivíduos, que engloba questões culturais. Já a idade psicológica relaciona-se com o comportamento do individuo em relação às situações que presencia. Ainda afirma que, o envelhecimento de aspecto fisiológico engloba as alterações sofridas pelo organismo com o passar dos anos, e que acaba por ocasionar a perda da capacidade de homeostase do organismo e de suas

funções fisiológicas. Quando um organismo envelhece em boas condições (normais), ele pode sobreviver de forma adequada, contudo quando passa por situações estressantes, tanto físicas quanto emocionais, ao longo do tempo, pode levar a condições patológicas, uma vez que os sistemas endócrinos, imunológico e nervoso podem ser prejudicados.

Para Vilela, Carvalho e Silva (2006) já que o avanço da idade não é um estado patológico, e sim uma condição inerente ao ser humano, cabe a cada indivíduo construir sua velhice desde a tenra idade, logo, faz-se necessário um cuidado adequado com a saúde e com a mente.

### **2.2.6 Terapia de Reposição Hormonal**

Durante o climatério ocorre uma redução brusca dos hormônios femininos, cerca de quase 50%, se comparado aos níveis que ela possuía aos 20 anos de idade. Esta redução pode levar a mulher à perda da libido, sintomas vasomotores, redução de massa muscular, depressão, exacerbação da tensão pré-menstrual, insônia e dores articulares, osteopenia, osteoporose, diminuição do tônus muscular e da pele, ressecamento vaginal, aumento da suscetibilidade a ITU, etc (SOBRAGE, 2004; SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA, 2010).

A queda acentuada dos níveis de estrogênio não é considerada uma condição patológica, e sim fisiológica da mulher, pois a diminuição da produção dos hormônios pelos ovários é programada geneticamente. Porém, a mulher tem tido uma expectativa de vida muito mais elevada, ou seja, está vivendo mais, e partindo desse ponto, uma queda nesses hormônios em uma mulher “consideradamente jovem” é significativa. Sabe-se que, essa deficiência de hormônios é possivelmente tratada, contudo, menos de 20% das mulheres aderem à Terapia de Reposição Hormonal. (GIACOMINI; MELLA, 2006).

Giacomini e Mella (2006) ainda afirmam que, a TRH pode ser indicada nas fases de pré, peri ou pós-menopausa. Nas duas primeiras fases é indicada para corrigir alterações menstruais, que ocorrem devido aos distúrbios da fase lútea ou mesmo dos ciclos menstruais. Na fase da pós-menopausa é recomendada para aliviar os sintomas provenientes da queda do estrogênio, como disfunção sexual, sintomas osteoarticulares, entre outros.

A sociedade Norte-americana de menopausa juntamente com a Sociedade Brasileira do Climatério, dizem que, a reposição hormonal para a mulher é muito importante já que ela visa diminuir os sintomas advindos desse evento. Mulheres que fazem uso dessa suplementação chegam à terceira idade com um índice menor de doenças típicas dessa faixa etária. (SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA, 2010).

A terapia de reposição hormonal auxilia na redução das manifestações advindas do envelhecimento, contudo algumas situações precisam ser avaliadas antes de ser iniciado tal tratamento. Há certas controvérsias sobre o uso da TRH, visto que, os defensores se apoiam no que diz respeito sobre a melhora dos sintomas da menopausa, evitam doenças que podem aparecer com a redução do estrógeno, retardam o envelhecimento da pele, etc. Já os opositores alertam sobre seus efeitos potencializadores do câncer de mama, infarto e derrame (SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA, 2010).

Contudo, existem certas contraindicações quanto ao uso da TRH. A primeira delas cabe ressaltar, seria a existência de tumores que de alguma forma dependem do estrogênio, como os tumores mamários e do endométrio. Pessoas com exame positivo para trombofilia ou uma grande tendência a desenvolvê-la ou até mesmo uma história de tromboembolismo prévio. Lesões no endométrio ou sangramento vaginal, e até mesmo doenças do fígado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2014).

Em vista disso, tal terapia não pode ser avaliada de forma isolada, e sim como parte de um olhar sobre o estilo de vida, sobre a alimentação, o uso de cigarro e bebidas alcoólicas e a realização de atividade física pelas mulheres, ou seja, com o objetivo de avaliar a manutenção da saúde desta mulher (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2008).

A terapia de reposição hormonal, certamente, não é desprovida de riscos e efeitos colaterais indesejáveis para a mulher, entretanto ela surgiu com o propósito de reduzir os sintomas provenientes da menopausa, e a adesão a essa terapia precisa ser uma decisão consciente e entendida da mulher juntamente com a orientação do seu médico, e nunca por conta própria, ambos irão avaliar os riscos e benefícios do tratamento, ou seja, os prós e contras do uso da TRH, chegando a uma conclusão

exata e segura, ou seja, se será ou não necessário ou possível. (GIACOMINI; MELLA, 2006).

### **2.2.7 Dieta**

Não basta apenas realizar atividade física, cuidar da saúde mental sendo que não dispõe de uma alimentação equilibrada e balanceada. Qualidade de vida também depende de uma alimentação saudável. Cada indivíduo possui suas necessidades nutricionais e faz-se necessário conhecer os alimentos e suas propriedades para melhor consumi-los e cuidar da alimentação (HOSPITAL SÍRIO LIBANES, 2014).

O interesse por estudos a respeito de nutrição e câncer surgiu em 1942, contudo, só em 1968 foi observada, pelos americanos, uma população de imigrantes japoneses que decidiram viver no Havaí e na parte continental dos EUA, Haenszel e Kurihara notaram que a incorporação do estilo de vida americana incidiu com a influência do surgimento do câncer. Em 1977, Wynder e Gori observaram as taxas de câncer ao redor do mundo, notaram que quanto maior a disponibilidade de gordura em um país, maior seria sua incidência de casos de câncer. Na época, cerca de 35% dos cânceres nos EUA tinham ligação com fatores dietéticos (TOMITA; CARDOSO, 2013).

É recomendável que a dieta deva conter 30% ou até menos da gordura do total de calorias que deve ser ingerido pelo indivíduo, para que com isso possa diminuir os riscos de doenças cardiovasculares e câncer. A redução dos níveis dessa gordura pode diminuir a incidência de CA de mama, cólon, reto e próstata (MAGRO, 2008).

Alguns tipos de alimentos como: frituras, carne vermelha, leite integral e seus derivados, bacon, salsicha, lingüiças, mortadelas, maionese entre outros, se consumidos frequentemente, durante longos períodos podem criar um ambiente propício para o surgimento de uma célula cancerosa crescer, se multiplicar e se espalhar pelo corpo (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014).

Determinados alimentos possuem o que chamamos de agentes cancerígenos, são exemplos: nitritos e nitratos, que estão presentes na conservação dos alimentos embutidos, como a salsicha, pickles e outros. Esse tipo de substância se transforma em nitrosaminas no estômago que são substâncias altamente cancerosas, são responsáveis por inúmeros cânceres de estômago. Outra substância é o alcatrão,

que está presente em alimentos como churrascos e defumados, que por sinal se encontra como umas das substâncias da composição do cigarro. Alimentos conservados com sal, carne de sol, charque e peixes salgados também se relacionam com câncer de estômago (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014).

No Brasil, em média, 40% da população, tanto homens quanto mulheres, apresentam sobrepeso ou obesidade. Essa é, hoje, uma questão de saúde pública (BRONSTEIN, 2012, p.7).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) preconiza recomendações específicas sobre dieta: primeiro deve-se manter o peso saudável e o equilíbrio; diminuir a ingesta de gordura, e substituir a gordura saturada por insaturada e eliminar a gordura trans, aumentar a ingesta de frutas, legumes, verduras, cereais integrais; diminuir o consumo de sal (sódio).

Os bons hábitos alimentares são adquiridos de forma gradual, e geralmente na infância. São influenciados por fatores socioeconômicos e culturais e também emocionais. Uma boa base alimentar deve conter todos os grupos alimentares com equilíbrio, contendo água, fibras, carboidratos, minerais, lipídeos, vitaminas e proteínas, todos esses componentes são importantes e indispensáveis para a manutenção adequada do organismo. Somente o consumo de um desses componentes é insuficiente para suprir as demandas celulares. A qualidade daquilo que ingerimos, comida ou água é fundamental para desfrutarmos de todas as fases da vida com saúde, de forma longa e produtiva (BRASIL, 2006).

### **2.2.8 Álcool**

Estima-se que cerca de 20% dos usuários da atenção primária fazem uso do álcool de forma a ser considerada de alto risco (BRASIL, 2013).

O uso do álcool está associado ao desencadeamento de vários tipos de câncer: boca, laringe, esôfago, intestino, mama, e outros. O desenvolvimento do câncer em relação ao uso do álcool está relacionado à quantidade de bebida consumida, bem como sua frequência. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) o consumo de álcool deve se limitar ao máximo a duas doses por dia para homens e de apenas uma dose para as mulheres, contudo, deve-se levar em consideração

que mesmo essa quantidade sugerida pode levar ao risco para o câncer, porém são efeitos são menores (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008).

A ingestão desta substância é culturalmente aceita pela sociedade, mesmo sem imaginar, muitas vezes, o quão potente elas são. No Brasil, o uso dessa substância tem sido avaliado por meio de estudos e de casos-controle, que chegaram a estabelecer uma associação entre o câncer de boca e esôfago e o uso do álcool. Estudos epidemiológicos demonstram que, o tipo de bebida alcoólica não é relevante, pois o etanol é seu principal agente agressor, e tem a capacidade de causar alterações no SNC, levando a uma alteração no comportamento do indivíduo, e pode acarretar se usado de forma descontrolada, em uma dependência (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014).

### **2.2.9 Tabagismo**

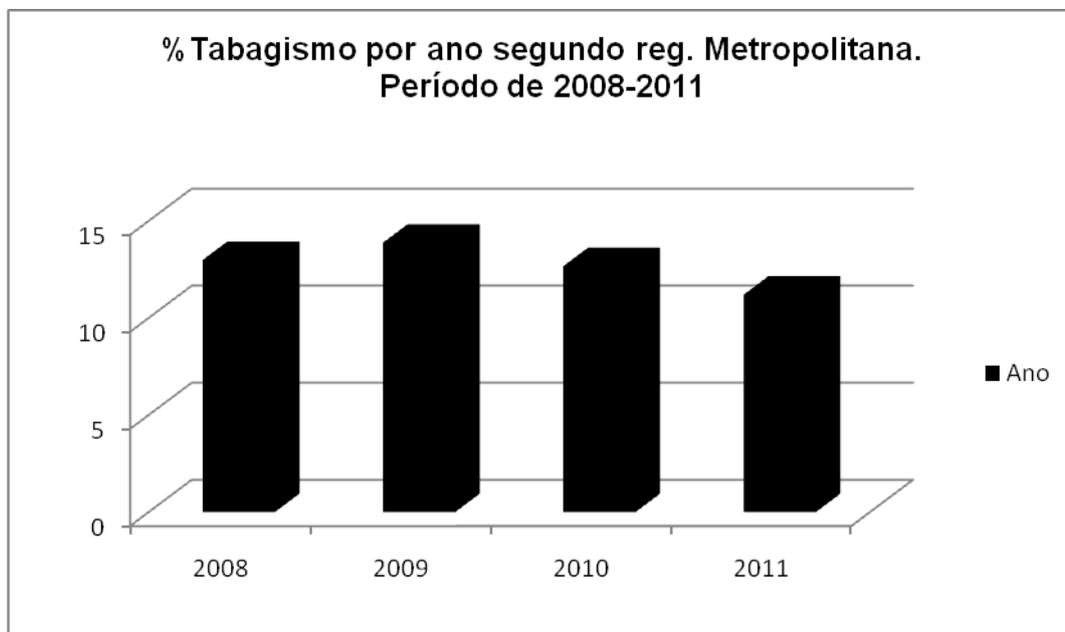
Segundo a OMS o tabaco é considerado a principal causa de morte no mundo inteiro, mesmo sendo considerada uma morte especificamente evitável. Um terço da população mundial adulta, ou seja, cerca de 1 bilhão e 200 mil pessoas, sendo que desse valor, 200 milhões, representados pela população feminina é fumante. Dados confirmam que, em países em desenvolvimento, 48% dos homens fumam e cerca de 7% são mulheres, já nos países desenvolvidos o número de mulheres fumantes chega a ser três vezes maior, contabilizando 24% e para os homens uma média de 42%. Com todos esses números alarmantes, o total de mortes pelo tabagismo chega a ser de 4,9 milhões de pessoas anualmente, isso significa que mais de 10 mil mortes acontecem por dia devido uso do fumo (BRASIL, 2014).

A OMS ainda afirma que, se esse percentual for mantido, em 2030 serão mais de 10 milhões de mortes por ano, sendo que, certamente a metade das mortes coincidirá com a idade reprodutiva dos indivíduos acometidos, levando uma mudança tanto na economia, devido os gastos com o tratamento do indivíduo quanto para os serviços hospitalares, tanto de tratamento como de recuperação e reabilitação (BRASIL, 2014).

A pesquisa realizada pelo DATASUS compreendendo os anos de 2008 a 2011, especificamente, está descrita no gráfico abaixo, mostrando claramente uma

realidade vivenciada no estado do Espírito Santo, região metropolitana, local escolhido no banco de dados do DATASUS para realizar os estudos.

Gráfico 3 – Pacto pela Saúde – 2010 / 2011 – Espírito Santo - Tabagismo



Fonte: DATASUS, 2014

Portanto, observando o gráfico entende-se que, no ano de 2008, cerca de 12,99% da população era tabagista, no ano seguinte este número passou para 13,88%, em 2010 caiu para 12,67% e em 2011 chegando a 11,20%, mostrando uma oscilação, nesses quatro anos observados, de 1,79% no número de pessoas usuárias de cigarro, entre 2008 a 2011, ou seja, se levarmos em conta que a população registrada no ano de 2008 na região metropolitana da grande Vitória era de 1.664,328 milhões de pessoas, aproximadamente 216,19 mil pessoas eram tabagistas.

A fumaça exalada pelo cigarro, contem cerca de 4.700 substâncias tóxicas diferentes, que se dividem basicamente em duas fases: a fase particulada e a fase gasosa. A primeira fase é composta por substâncias como o monóxido de carbono, cetonas, amônia, formaldeído, acetaldeído, acroleína, e a segunda fase são compostos por alcatrão e nicotina (BRASIL, 2014).

O tabagismo também é uma questão social e cultural, visualiza-se uma discrepância entre as classes sociais, ele atinge com mais intensidade populações de renda mais baixa, com menor índice de escolaridade e mais suscetíveis às mensagens da indústria do cigarro, já que seu senso crítico pode não perceber todos os problemas

causados pelo uso do cigarro (WÜNSCH et al., 2010). O uso do cigarro gera uma perda mundial de cerca de 200 bilhões de dólares anualmente, ocorrendo principalmente em países em desenvolvimento. Todo esse valor vem do tratamento de doenças causadas pelo cigarro, pelas baixas dos cidadãos em idade reprodutiva, pela aposentadoria de pessoas em idade precoce, por ausências no ambiente de trabalho e um menor rendimento reprodutivos (BRASIL, 2014).

O cigarro é responsável por aproximadamente 200 mil mortes somente no Brasil, isso significa que 23 pessoas morrem a cada hora vítimas dessa substância. Cerca de 30% de mortes ocorridas por outros tipos de câncer acontecem devido o uso do cigarro, como câncer de boca, laringe, faringe, esôfago, estômago, pâncreas, fígado, rim, bexiga, colo de útero, leucemia (BRASIL, 2014).

### **2.2.10 Radiação**

Há dois tipos de radiação: Ionizante e Não Ionizante. A radiação não ionizante é aquela que está à nossa volta frequentemente, possui um nível menor de energia, como as ondas eletromagnéticas, luz, calor e as ondas de rádio, etc. Sem ela não poderíamos nem assistir a um programa na TV, cozinhar no microondas ou no forno (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2014).

Já os elevados níveis de energia são considerados como Ionizantes se originam no núcleo do átomo e podem provocar a perda de elétrons (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2014).

Quanto mais o ser humano se expõe à radiação mais susceptível ele estará a desenvolver alterações em seu DNA. Estimativas revelam que, pelo menos 3% das neoplasias desenvolvidas pelo ser humano são ocasionadas pela exposição às radiações ionizantes. Assim como os sobreviventes das explosões das bombas atômicas e os indivíduos que são submetidos à radioterapia, revelam que o risco para o câncer aumenta na proporção da dose recebida de ionização nos tecidos mais sensíveis como: mamário, ósseo, tireoidiano e hematopoiético (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014).

Os efeitos da radiação podem ser classificados em dois tipos: reações teciduais e efeitos estocásticos. As reações teciduais, que surgem após a exposição do indivíduo a certa dose de radiação e o resultado vai depender da intensidade da

radiação e do local (tecido) atingido. O efeito produzido pode ser a morte celular ou até mesmo a morte de algum órgão, numa proporção de, quanto maior a exposição mais grave será o efeito. Os efeitos surgem pouco tempo após da exposição ou até mesmo longos anos depois, como os sobreviventes das bombas no Japão, que apresentaram efeitos tardios da radiação, como catarata, danos cerebrais e doenças vasculares e outras. Os efeitos estocásticos são as alterações que aparecem nas células normais, sendo que os principais efeitos são o câncer e sua hereditariedade. Esse efeito pode ser induzido por qualquer dose e também pela radiação natural. Neste caso, os efeitos geralmente são tardios e a gravidade independe da dose, contudo sua ocorrência aumenta com a dose. Os efeitos caracterizados como hereditários ocorrem nas células germinativas e são passadas à prole seguinte (OKUNO, 2013).

### **2.2.11 Nuliparidade**

Mulheres não têm filhos por dois motivos: Existe uma limitação em sua saúde que a impede de ter filhos ou por opção de não os ter apenas.

O crescimento da população tende a decair com o passar dos anos, muito provável que decorrente da diminuição da taxa de fecundidade, a mulher passou a ter um número menor de filhos, isso pode ser visto desde a década de 70. A projeção do número de filhos por mulher para este ano, 2014, é de 1,74 filhos por mulher e para o ano de 2060 é de 1,50 filhos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013).

Tabela 2 – Fecundidade no Total – Brasil – 2000/2060

| Anos | TFT  | Anos | TFT  | Anos | TFT  |
|------|------|------|------|------|------|
| 2000 | 2,39 | 2020 | 1,61 | 2040 | 1,50 |
| 2001 | 2,32 | 2021 | 1,60 | 2041 | 1,50 |
| 2002 | 2,26 | 2022 | 1,58 | 2042 | 1,50 |
| 2003 | 2,20 | 2023 | 1,57 | 2043 | 1,50 |
| 2004 | 2,14 | 2024 | 1,56 | 2044 | 1,50 |
| 2005 | 2,09 | 2025 | 1,55 | 2045 | 1,50 |
| 2006 | 2,04 | 2026 | 1,54 | 2046 | 1,50 |
| 2007 | 1,99 | 2027 | 1,53 | 2047 | 1,50 |
| 2008 | 1,95 | 2028 | 1,52 | 2048 | 1,50 |
| 2009 | 1,91 | 2029 | 1,51 | 2049 | 1,50 |
| 2010 | 1,87 | 2030 | 1,51 | 2050 | 1,50 |
| 2011 | 1,83 | 2031 | 1,51 | 2051 | 1,50 |
| 2012 | 1,80 | 2032 | 1,51 | 2052 | 1,50 |
| 2013 | 1,77 | 2033 | 1,51 | 2053 | 1,50 |
| 2014 | 1,74 | 2034 | 1,50 | 2054 | 1,50 |
| 2015 | 1,72 | 2035 | 1,50 | 2055 | 1,50 |
| 2016 | 1,69 | 2036 | 1,50 | 2056 | 1,50 |
| 2017 | 1,67 | 2037 | 1,50 | 2057 | 1,50 |
| 2018 | 1,65 | 2038 | 1,50 | 2058 | 1,50 |
| 2019 | 1,63 | 2039 | 1,50 | 2059 | 1,50 |
|      |      |      |      | 2060 | 1,50 |

Fonte: IBGE, 2013

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013) não só ocorrerá uma diminuição na taxa de fecundidade apenas, como mudará a faixa etária com que essa mulher venha a ter seu primeiro filho, 28 anos em 2020 e de 29,3 no ano de 2030, sendo que esse número só tende a aumentar.

Historicamente, as civilizações presenciaram assuntos sobre a infertilidade da mulher. Em Roma, por exemplo, as mulheres inférteis eram flageladas com chicotes no ventre no Março. Para os egípcios as mulheres tinham lugar de destaque e respeito, sua palavra era tão válida quanto à de um homem, e sua infertilidade era demasiada preocupante, contudo não era encarada como um castigo dos deuses, nesses casos, aos maridos lhe era oferecido uma concubina, para que com ela perpetuasse sua descendência. Hodierno, a infertilidade é vista como uma condição patológica de um dos parceiros, ou seja, ou no homem ou na mulher (CARVALHO; SANTOS, 2009).

O que causa a infertilidade é um conjunto de fatores e podem ou não estar associados á anomalias do sistema reprodutor, tanto masculino quanto feminino, pois cabe ressaltar que, a condição não ter filho é do casal, visto que, a fertilidade é

parte que integra um relacionamento entre um homem e uma mulher (DELGADO 2007).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a infertilidade atinge por volta de 12% de casais no mundo inteiro, englobando 5% de casais em idade fértil (BRASIL, 2013).

A infertilidade pode se relacionar com as seguintes causas: a idade dessa mulher, pois quanto mais velha ela é, diminuem suas chances para engravidar e aumentam as chances de um possível aborto. Aos 25 anos ela possui 25% de chance de engravidar por mês, e com o passar do tempo essa porcentagem diminui gradativamente. Com o passar dos anos as reservas ovarianas se esgotam, e os óvulos vão perdendo sua qualidade, e se engravidarem correm o risco de má formação fetal (HOSPITAL SIRIO LIBANES, 2014).

A mulher pode apresentar doenças tubárias e aderência pélvica, sendo este local onde ocorre o encontro do espermatozoide e o ovócito, quando apresentam aderências ou algum tecido cicatricial podem impedir que a fecundação aconteça, e se acontecer pode impedir que o embrião chegue ao útero. Pode apresentar Endometriose que é o crescimento do endométrio em outros locais fora útero, causando dor e sangramento. Miomas e Pólipos também constituem causa para a infertilidade, pois são tumores benignos no útero, causando anomalias na cavidade uterina, levando à dificuldade de nidação do embrião (HOSPITAL SIRIO LIBANES, 2014).

Disfunções ovulatórias por sua vez, levam a deficiência na produção dos hormônios que são essenciais para a gravidez. Insuficiência ovariana pode ser causada por doenças genéticas e imunológicas, ou mesmo por exposição a agentes químicos provenientes da radioterapia e quimioterapia, podem acarretar em infertilidade, assim como a síndrome dos ovários policísticos, que levam a mulher a ter ciclos menstruais extremamente longos, associados a problemas como acne, pele oleosa e outros. Outra causa da infertilidade é a Hiperprolactilemia, que é a produção em excesso de prolactina pela hipófise que dificulta a secreção de outros hormônios (HOSPITAL SIRIO LIBANES, 2014).

Portanto, sabe-se que, a exposição aos fatores de risco é algo cumulativo com o tempo e conseqüentemente aumenta com a idade, e é justamente a combinação

dos fatores externos e internos que determinarão o risco de forma individual para o câncer (BRASIL, 2008).

### 2.3 A MULHER E OS FATORES DE RISCO PARA O CÂNCER DE MAMA

Após a descrição dos fatores de risco de forma isolada no capítulo anterior, segue a relação entre os mesmos com o Câncer de Mama, de forma que se tenha uma interligação entre eles. Alguns fatores que são tidos como de risco para o câncer de mama não são descritos de forma clara por certas literaturas, que fazem apenas certas associações de forma bem sucinta a respeito da relação destes com o câncer de mama.

O organismo do ser humano está exposto a inúmeros fatores carcinogênicos, ou fatores de risco. Sabe-se que quando o indivíduo apresenta a predisposição individual ao câncer há uma resposta final decisiva para o processo que leva ao surgimento do câncer. Cabe ressaltar que as células sofrem mutação mesmo na ausência de fatores carcinogênicos, e que estas mutações podem não alterar o desenvolvimento celular normal, são exemplos: danos oxidativos, erros de ação da polimerase, entre outros erros. Lembrando que existem as células do sistema imunológico que corrigem tais alterações, corrigindo ou excluindo as células que sofreram mutações (BRASIL, 2008).

Os fatores de risco para uma determinada doença estão ligados a determinantes sociais, econômicos, ambientais, condições biológicas do próprio indivíduo e que o rodeiam constantemente. Partindo deste ponto torna-se essencial o conhecimento destes para uma possível abordagem preventiva dos fatores de risco. Não basta apenas conhecer a fisiopatologia do câncer, a história natural e tudo mais sobre a doença, se está não vier acompanhada da identificação daquilo que pode ou não causar a neoplasia. A descoberta de tais fatores torna-se essencial do ponto de vista da saúde pública e pode ser extremamente eficaz na prevenção (BRASIL, 2012).

Em vista disso, é necessário um entendimento das mudanças sofridas na sociedade e principalmente aquelas que atingiram a população feminina, para que se tenha essa visão dos fatores de risco e como eles podem influenciar na saúde da mulher. Como menciona Sievert, Barbieri e Queirós (2008), para que se tenha uma melhor compreensão do perfil da mulher na atualidade, principalmente da mulher de meia

idade, por volta dos 50 anos, faz-se necessário uma volta ao passado e entender as transformações ocorridas com elas.

A visão histórica da mulher vem sendo modelada com o passar do tempo, do século XX para o século XXI muita discrepância vem sendo observada no comportamento e atuação da mulher. Todas as lutas travadas que tiveram por objetivo o alcance dos direitos e igualdade para a mulher acabaram sendo baseados no modelo patriarcal vivenciado pela sociedade, e somente nos anos 30 os direitos finalmente foram conquistados por esse gênero. Contudo, direitos conquistados e registrados no papel não foram o suficiente, era preciso embutir na mente das pessoas que as mudanças haviam chegado e que precisariam ser incorporados ao pensamento vigente daquela época (CARVALHO, 2011).

Durante muito tempo, as mulheres eram vistas como indefesas e que dependiam sempre de seus pais ou futuros maridos. Antes de seu ingresso no mercado de trabalho, seu espaço na sociedade se restringia à vida doméstica, aos afazeres de casa, ao cuidado com os filhos e sua dedicação ao marido. Sempre à margem da sociedade, tutelada e controlada por homens que acreditavam que o único espaço que a elas era cabível era o próprio lar, não lhe sendo permitindo o espaço político, de trabalho, e outros. Viviam em uma sociedade de cunho machista e conservadora. Com o tempo, até mesmo pelo movimento feminista, houve uma busca pela liberdade feminina, por sua ascensão e reconhecimento na sociedade (ALBUQUERQUE; ALMEIDA, 2008; MESQUITA, 2005).

Depois de muito lutar a mulher, conseguiu conquistar um espaço na sociedade, na vida pública, no mercado de trabalho e principalmente sua cidadania, seu reconhecimento como “mulher”, e que acima de tudo tinha direitos. (ALBUQUERQUE; ALMEIDA, 2008).

Com esse novo estilo de vida a mulher passou a procurar com uma menor frequência os serviços de saúde, a dar uma menor atenção às mudanças ocorridas em seu corpo, com sua saúde devido ao ritmo do dia a dia. Com isso, a maior longevidade observada desde a década de 60, com o aumento da taxa de natalidade e o melhor controle das doenças infecto-contagiosas fez com que a mulher estivesse exposta por mais tempo aos fatores de risco para o câncer, e de modo particular ao CA de mama (FERNANDES; NARCHI, 2007).

O surgimento de novos padrões, com melhores condições de trabalho, novos hábitos alimentares e de consumo causados pela globalização e o processo de industrialização ocasionou um grandioso reflexo no perfil epidemiológico das doenças crônico-degenerativas, principalmente do câncer. Esse reflexo foi visível pela redução da taxa de mortalidade e natalidade e por consequência, uma maior expectativa de vida populacional (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008).

Com essa mudança nos padrões das doenças crônico-degenerativas e o aumento da expectativa de vida, observou-se que, no século XX, por exemplo, a expectativa de vida era de 35 anos de idade e que nos anos 2000 passou a ser de 68 anos. Isso ocorreu devido à redução da taxa de natalidade e mortalidade, fazendo com que demograficamente a população se tornasse mais velha. Com isso, o número de pessoas que passam a compor a faixa etária de risco para desenvolver o câncer é maior. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014).

Hodierno, a mulher vive freneticamente seu cotidiano, trabalhando, estudando, sendo mãe, muitas vezes chefe de família, casadas, solteiras, que ao mesmo tempo querem cuidar do corpo e do espírito, dentre outras condições (SIEVERT, BARBIERI; QUEIRÓS, 2008).

Para Gross e Baranauskas (2013) toda essa transformação, não só feminina, como também da população em geral associado ao envelhecimento faz com que as taxas de câncer pareçam mais elevadas e frequentes, principalmente nos países considerados em desenvolvimento.

A identificação dos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer é extremamente importante para uma efetiva redução das taxas de incidência pela doença e conseqüentemente diminuição da mortalidade (GROSS; BARANAUSKAS, 2013).

Com todas essas mudanças vivenciadas pela mulher e sua maior exposição aos fatores de risco, BRASIL (2008) relata que é importante ressaltar que tais fatores podem ou não ser modificados pelo comportamento dessas mulheres, seja indo regularmente ao médico ou se prevenindo dos fatores que podem ser mudados. Contudo, vale lembrar que, não só a mulher, mais também ações governamentais, questões culturais devem ser levadas em conta quando se fala de tais fatores.

Diante do exposto, uma das doenças que podem atingir a mulher é o câncer de mama. Essa patologia é tida como uma doença que pode causar traumas para todos, e especialmente para a pessoa que é acometida, acarretando mudanças no comportamento. É uma doença permeada de temor, atingindo não só a mulher, como também o homem de igual forma (ARAÚJO; FERNANDES, 2008).

E quando se fala diretamente dos fatores de risco para o câncer de mama, um deles é a hereditariedade, ou seja, quando a mulher apresenta casos do mesmo câncer na família costuma-se dizer que ela tem uma pré-disposição genética para desenvolver o câncer de mama. De acordo com Makdissi e Achatz (2013) a predisposição genética para o câncer de mama está ligada a Herança Autossômica Dominante, pelos genes BRCA1 (17q21) e BRCA2 (13q12.3). São genes que estão envolvidos com a manutenção da integridade do genoma e com a ação de supressor tumoral. As mutações que ocorrem nestes genes podem alterar o crescimento normal das células, propiciando a formação de um processo neoplásico (FOLGUEIRA; BRETANI, 2004). Essas mutações são responsáveis por cerca de 90% das neoplasias mamárias geneticamente herdadas (MAKDISSI; ACHATZ, 2013).

O câncer de mama hereditário possui achados clínicos distintos, ou seja, difere quanto ao seu aparecimento: a idade de acometimento é consideravelmente precoce em relação ao câncer esporádico (PAULA et al., 2010, p.842).

Segundo o Documento de Consenso (Controle do Câncer de Mama) lançado em abril de 2004, as mulheres que possuem predisposição genética para os tumores mamários são estas: mulheres com histórico familiar de câncer que tiverem pelo menos um parente de primeiro grau (irmã, mãe ou filha), que obtiveram o diagnóstico da doença e tenham menos de 50 anos. Mulheres com histórico familiar da doença, que tiverem pelo menos um parente de primeiro grau (irmã, mãe ou filha), que obtiveram o diagnóstico do câncer bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária. E mulheres que possuem em sua família casos de câncer de mama masculino (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2004).

No Brasil, há aproximadamente cerca de 2.600 a 5.300 casos de câncer de mama de cunho hereditário de acordo com o percentual traçado acima. Tal quantitativo é alarmante, visto que, a maior parte desses casos, a priori, não é reconhecida como de caráter hereditário (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014).

Não há muitos serviços que possam diagnosticar a predisposição hereditária para a neoplasia mamária, bem como o acompanhamento dos familiares e da própria mulher. Tais serviços ainda se encontram restritos ao que chamamos de hospitais-escolas, geralmente nos grandes centros urbanos, dificultando o acesso à população vinda do interior. Está também disponível no sistema privado, ou seja, neste último caso, um atendimento de alto custo, visto que, o SUS e os planos de saúde não cobrem o teste genético. Assim sendo, há uma enorme escassez de serviço de genética no Brasil, dificultando o diagnóstico de câncer de mama hereditário (PALMEIRO, 2013).

Cabe também uma ressalva, a predisposição genética não significa especificamente o desenvolvimento do câncer, contudo ela aumenta as chances de se ter a doença caso o indivíduo esteja exposto aos fatores de risco (GROSS; BARANAUSKAS, 2013).

Quando se tem uma predisposição genética para o câncer e ainda por cima hábitos de vida sedentária, que façam com que o indivíduo não mantenha seu peso ideal, sua saúde equilibrada, as chances para que se venha desenvolver o câncer são ainda maiores (LOPES et al., 2004).

Estima-se que quase 5% de todas as mortes ocasionadas pelo câncer ocorrem devido sedentarismo. É importante ressaltar que, hábito de vida saudável, a prática de atividade física, tem efeitos preventivos e terapêuticos conhecidos há séculos. A atividade física auxilia no controle do peso corpóreo e de toda a gordura, diminuindo o nível de hormônios circulantes ligados ao câncer de mama. Reduz as substâncias relacionadas ao crescimento tumoral, uma vez que a obesidade aumenta os níveis circulantes de insulina e estrogênio, conseqüentemente aumentando o risco para o câncer de mama. Estudos afirmam que, o exercício físico tem influência sobre a indução da carcinogênese (iniciação e progressão do tumor), sobre o sistema imune, metabolismo, níveis hormonais, fatores de crescimento, redução de gordura corporal e outros linfócitos (HOSPITAL SÍRIO LIBANES, 2014; INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014).

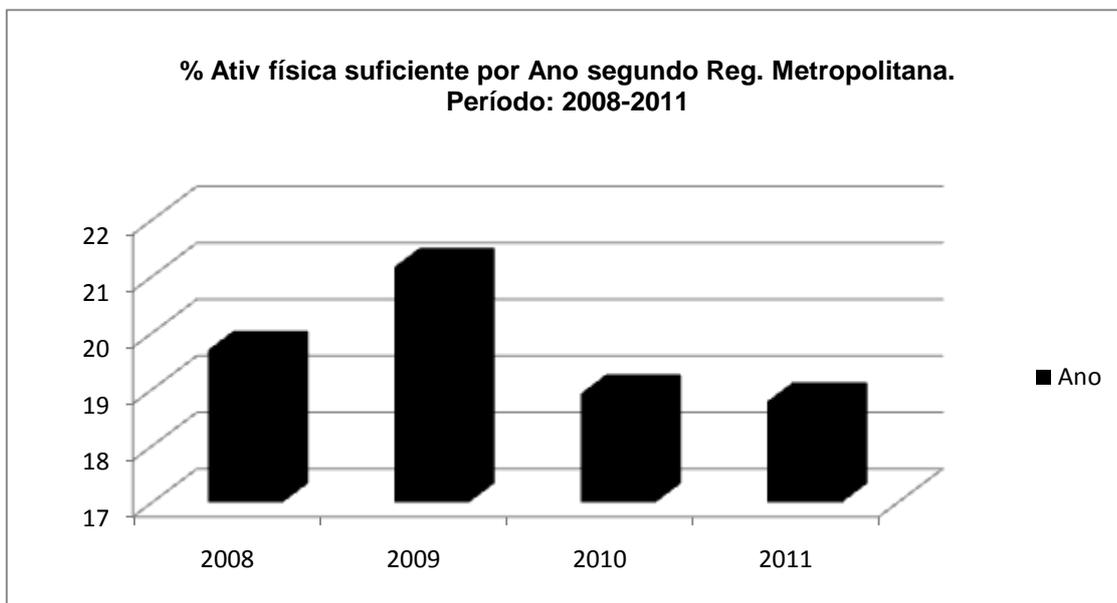
Com excesso de gordura no corpo o organismo apresenta uma atividade metabólica maior e mais intensa, que pode estar associada ao processo de surgimento do câncer. Com a prática da atividade física, a gordura pode ser reduzida e com isso

causar uma diminuição das chances de um peso extracorpóreo e dos níveis de hormônios sexuais endógenos ligados ao aparecimento do câncer de mama. Em relação à melhora do sistema imunológico, a atividade física aumenta a atividade das células de defesa do organismo como macrófagos e linfócitos (HOSPITAL SÍRIO LIBANES, 2014; INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014).

A inatividade física é uma questão social, não apenas restrita a um pequeno grupo. Um problema como esse necessita de um enfoque multidisciplinar, e que observe questões econômicas, sociais e culturais dos indivíduos sedentários, visto que tal condição pode variar entre os indivíduos de uma população, cada caso se torna bem específico, isso faz com que a equipe tome as melhores decisões para melhor orientar e auxiliar tais indivíduos que se encontram em um estilo de vida sedentária (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2003).

O sedentarismo reflete de forma bem expressiva no que diz respeito às doenças crônico-degenerativas, inclusive para o câncer de mama. É possível observar a porcentagem de atividade física da população no estado do Espírito Santo entre os anos de 2008 a 2011 expressas no gráfico a seguir.

Gráfico 4 – Pacto pela Saúde – 2010 / 2011 – Espírito Santo – Atividade Física



Fonte: DATASUS, 2014.

O gráfico acima nos revela o que foi dito anteriormente, levando-se em conta dados baseados no último censo do DATASUS, na Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo. No período que compreende os anos de 2008 a 2011 e

mostra a taxa de atividade física suficiente praticada por ano pelos habitantes da região pesquisada, mostrando que a população referida, praticamente, nesse período de tempo, não praticou nem 20% do que era esperado a ser realizado.

Assim como o sedentarismo, que reflete de forma particular para o desenvolvimento do câncer de mama, algo que está diretamente ligado ao câncer é a alimentação desregrada, que juntamente com essa inatividade leva a uma propensão ainda maior para o surgimento desta doença. Com o ritmo de vida levado nos dias de hoje pela mulher, há um crescente aumento da aquisição de hábitos alimentares cada vez mais desregrados. Observa-se, hoje, na sociedade, que o consumo de alimentos saudáveis pela população brasileira vem decaindo, e está abaixo dos padrões aceitáveis e que são recomendáveis (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014).

A associação entre os hábitos alimentares e o risco para o câncer é complexa, visto que, precisasse levar em conta o tipo de alimento a ser consumido, bem como seus nutrientes e substância, o modo como este é preparado, a quantidade a ser consumida, variedade e equilíbrio calórico, assim como a conservação do mesmo. Se por um lado estudos mostram que o consumo de frutas, legumes e verduras podem trazer certa proteção contra o câncer, alimentos com grande quantidade de gordura, com valores calóricos muito altos se associam a diversos tipos de câncer. A ingestão de álcool, alimentos contaminados, salgados e embutidos também se associam com o câncer (TOMITA; CARDOSO, 2013).

O estado nutricional de um indivíduo, como o sobrepeso ou até mesmo a obesidade podem ser apontadas como fatores de risco para aquelas mulheres que se encontram, na pré-menopausa ou pós-menopausa, Na pós-menopausa uma maior quantidade de gordura no corpo pode ocasionar uma maior produção de estrogênio em mulheres, como também, pode ocorrer à síntese de fatores pro-inflamatórios que podem causar a carcinogênese (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2006)

Assim como o sedentarismo, outro fator de risco que se associa ao estilo de vida, e que não se configura como adequado para a saúde é uso abusivo do álcool.

Constata-se que, o uso desta substância pode causar câncer de faringe, laringe, fígado, pâncreas esôfago, boca e orofaringe, e inclusive câncer de mama. O risco causado pela bebida é diretamente proporcional à quantidade ingerida. Em relação

ao câncer de mama, o álcool pode ser um fator de risco para mulheres que possuem deficiência de ácido fólico (vitamina do complexo B), ele pode aumentar os níveis de estrogênio da mulher, que é um importante hormônio que atua do desenvolvimento do tecido mamário (INSTITUTO ONCOGUIA. 2013).

Associado a diversos tipos de câncer e de modo discreto ao de mama está também uso do tabaco. A mulher deu início no uso do tabaco mais tardar do que o homem, com isso no século XX houve um grande número de mulheres aderindo ao cigarro. O cigarro para a mulher, em vista de tantas conquistas alcançadas tornou-se um símbolo de emancipação da mulher (BRASIL, 2014).

Sabe-se que as maiores causas de morte entre as mulheres estão: Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Encefálico, as neoplasias de mama, pulmão e colo do útero e por fim as doenças do trato respiratório. De todas estas doenças citadas, algumas podem se relacionar com o tabagismo, visto que, o câncer é responsável pela maior causa de morte em mulheres (BRASIL, 2014).

O tabaco apresenta mais de 4.000 mil substâncias químicas, sendo que desse total, 20 possuem ação cancerígena. Tais agentes podem atingir órgãos específicos do no corpo humano, danificar as células epiteliais e o mais grave, podem provocar danos do DNA, acarretando em mutações genéticas e conseqüentemente causando câncer (GROSS; BARANAUSKAS, 2013).

Estima-se que o uso do cigarro seja responsável por 40% dos óbitos registrados em mulheres com idade inferior aos 65 anos e por 10% de mortes ocorridas em mulheres por doenças coronarianas com mais de 65 anos de idade. As mulheres que fumam e utilizam contraceptivos orais possuem um índice significativo na redução da fertilidade, chegando a cair de 75% para 57% devido à nicotina que pode ficar concentrada nos ovários (BRASIL, 2014).

O tabagismo entre as mulheres tem se tornado também um problema de saúde pública, para os sociólogos o cigarro tem atingido uma massa cada vez mais pobre, juvenil e feminina. Estudos epidemiológicos apontam que daqui a alguns anos, o problema do cigarro se articulará em grupo composto em sua maioria de mulheres (BRASIL, 2014).

Quando a mulher se encontra em um quadro de sedentarismo, cuja alimentação é desequilibrada, há o abuso de álcool, tabaco, e ainda por cima tem uma menopausa

tardia ela pode estar mais propensa a desenvolver o câncer de mama (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA, 2011).

A Menopausa por si só já é um fenômeno que causa grandes modificações na mulher, como já dito no capítulo anterior, alterações hormonais, como também psíquicas e sociais. Para Brasil (2012), a menopausa tardia necessita de uma vigilância mais atenciosa, pois ela aumenta de forma considerável o risco para o câncer de endométrio e mama. A queda da produção de estrogênio faz com que a progesterona interfira nas secreções que são liberadas pelo endométrio, interfere também na libido, diminui o tônus muscular, resultando em uma menor proteção contra o câncer de mama.

Associado ao fenômeno da menopausa tardia se encontra de igual forma, porém em outro extremo, a menarca precoce, que é o início do ciclo menstrual por volta dos 12 anos de idade ou menos. Essa antecipação na menarca faz com que haja uma maior exposição ao estrogênio ao longo da vida desta mulher, se há uma menstruação cedo, conseqüentemente há uma menopausa precoce, com isso há o aumento da chance do aparecimento da neoplasia maligna da mama. Estima-se que, para cada ano que se atrasa a menstruação as chances de se desenvolver o câncer de mama caem para 5% (IYAYASU, 2013).

O CA de mama também possui uma estreita relação com a nuliparidade, visto que, a amamentação é um dos fatores de proteção contra o esta neoplasia. Matos, Pelloso e Carvalho (2010), mencionam que, a diminuição da paridade ou até mesmo o número reduzido de gestações pela mulher é decorrente de questões econômicas, sociais e culturais.

Para Gradim (2011) o aleitamento materno, hábitos saudáveis de vida, atividade física estão entre os fatores de proteção contra o câncer de mama. Antigamente, o pensamento que regia a maioria das pessoas, e o que elas realmente acreditavam, era de que a amamentação era importante apenas à criança, com o passar do tempo, e com o surgimento de alguns estudos percebeu-se que a amamentação não era benéfica apenas para o bebê como também para a mulher, levando-se em conta que o aleitamento proporciona um amadurecimento das glândulas mamárias, fazendo com que elas sejam mais estáveis e com isso menos suscetíveis à neoplasia mamária. Amamentando, a mulher se expõe de uma forma menor ao

estrógeno, pois, com a expulsão da placenta durante o parto ocorre um aumento da prolactina e de ocitocina que são responsáveis pela produção do leite, seus níveis aumentados diminuem o estrogênio, logo, como o câncer de mama é uma patologia que depende dos níveis de estrógeno para surgir, o aleitamento torna-se um fator protetor contra esta doença. Porém, vale ressaltar que não é apenas a lactação que se configura como o único fator protetor, e sim mudança nos hábitos de vida e outros (SANTOS; SIMÕES; IOSHII, 2001).

De acordo com especialistas em Mastologia, até mesmo aquelas mulheres que tiveram filhos e realizaram o aleitamento por até mais de um ano, que venham desenvolver o câncer de mama, o desenvolverão de forma mais branda e terão um melhor prognóstico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA, 2013).

Sendo a amamentação importante para ambas às partes, e para a mãe na questão que envolve o câncer, especialistas ainda afirmam que até mesmo para os bebês amamentados, o risco para que eles desenvolvam o câncer na idade adulta é reduzido (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA, 2013).

Assim como a amamentação que envolve uma série de hormônios, é importante ressaltar a relação, mesmo que não fortemente exata, entre o uso da terapia de reposição hormonal e o CA de mama. O fato é que, pesquisas demonstram que há um aumento significativo relacionado ao uso da TRH e o surgimento da neoplasia mamária (ARAÚJO; ATHANAZIO, 2007). O uso somente do estrogênio ou de forma associada com a progesterona pode consideravelmente aumentar a PMD (Porcentagem de Densidade Mamária), que se configura como um fator para o CA de mama. Se usados juntos podem aumentar o risco em torno de 3% a 5%. (PARDINI, 2014).

A associação do aumento da PMD e o uso da TRH vêm aumentando o risco para a neoplasia da mama. Um estudo recente mostrou a influência junção do estrogênio e a progesterona no surgimento do CA de mama e nos resultados da mamografia em mulheres no período de pós-menopausa. Percebeu-se que, além da TRH ocasionar uma aceleração do crescimento do tumor, pode causar certa dificuldade na avaliação e no diagnóstico do CA de mama, certamente pelo aumento da densidade do tecido mamário que causa uma má interpretação do resultado do exame (CHLEBOWSKI et al., 2003).

Os hormônios chegaram para amenizar os efeitos indesejáveis decorrentes da menopausa, contudo, são tamanhos os efeitos adversos desse uso, que tem se tornado um assunto de saúde pública e de extremo interesse para a população feminina (ARAÚJO; ATHANAZIO, 2007).

Para Marinho e outros (2005), baseados em alguns estudos, foi observado que em pessoas que realizam terapia com estrogênio ou estrogênio/progesterona as seguintes situações: Para a Estrogenioterapia por tempo abaixo de cinco anos não houve aumento de incidência de câncer, e naquelas mulheres que realizaram a terapia por mais de cinco anos, ou seja, a longo prazo, houve um aumento do índice de câncer, principalmente em mulheres por volta dos 55 anos de idade. Já para as mulheres que realizaram a estroprogestageioterapia o índice de câncer de mama foi mais elevado, sendo relacionado ao tempo de uso desta terapia.

Os riscos e os benefícios devem ser criteriosamente avaliados, principalmente em mulheres de mais idade e que terão que se submeter a um tratamento de TRH por tempo prolongado, pois a cada ano de uso aumenta significativamente o risco para se desenvolver o CA de mama (MARINHO et al., 2005).

Como já dito anteriormente, a mulher também corre o risco de se expor aos efeitos nocivos da radiação. Para Nouailhetas (2014), mutações no DNA podem induzir o surgimento de neoplasias, contudo, nem sempre mutações no DNA irão condizer com o aparecimento do câncer, mais as chances de se formar uma célula tumoral maligna decorrente da radiação é demasiadamente significativa. Quanto maior a exposição à radiação, maior será seu efeito nocivo no organismo, conseqüentemente aumentará a chance de se desenvolver o câncer.

O CA de mama atinge mulheres na idade dos 50 aos 59 anos de idade, nesta faixa etária, a mulher começa a experimentar de forma mais intensa os efeitos no organismo do processo do envelhecimento. Embasados em dados do Ministério da Saúde de 2002 e 2008, Silva e Riul (2011) dizem que o câncer de mama é raro antes dos 35 anos de idade, aparecendo mesmo entre os 40 e 60 anos, e hoje, atingindo uma grande porção de mulheres jovens. Já sendo considerado um problema de saúde pública, tem como justificativa a educação insuficiente das mulheres em relação à procura por atendimento, independente se seja por falta de acesso, medo ou negação do problema e ainda aos fatores de risco.

O envelhecimento está relacionado ao aumento da incidência de câncer, pois ele acarreta em alterações fisiológicas que são próprias da idade, que causam alterações moleculares que associados aos fatores como mitose, às irregularidades do sistema imune criam um ambiente propício para o aparecimento do câncer. Também constitui um dos fatores de risco para o CA de mama, visto que ele traz consigo uma depleção do sistema imunológico que por sua vez está ligado a um maior risco para o desenvolvimento de alterações morfológicas das células, assim como a determinadas irregularidades nucleares nos estabilizadores genéticos (telômeros e telomerase), relaciona-se também às alterações na fosforilação oxidativa mitocondrial que formam certos compostos que podem danificar proteínas e DNA. O envelhecimento também se associa a uma diminuição da síntese dos ácidos nucleicos, alterações nas proteínas que conferem estrutura, alterações nos receptores celulares e nos fatores de transcrição que podem dar origem a uma célula anormal (SILVA; SILVA, 2005).

#### 2.4 A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO SOBRE OS FATORES DE RISCO

Frente aos fatores de risco para o Câncer de modo geral, e para este estudo em especial, o CA de mama, é necessário frisar dois pontos: o primeiro ponto a ser levado em consideração é de que um só fator de risco pode ser o causador de mais de uma doença, da mesma forma que também vários fatores de risco podem estar associados à gênese de uma mesma patologia. Faz-se necessário um estudo, tanto isolado e em conjunto dos fatores de risco para então relacioná-lo com a doença e (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014).

É comum que mais de um fator esteja presente na formação do câncer, contudo a interação dos fatores de risco nem sempre são facilmente reconhecidas, principalmente aqueles relacionados a costumes sociais, como a dieta por exemplo. A causa-efeito do câncer pode surgir com muitos anos de exposição ao fator, como aqueles relacionados à radiação. Com isso é importante também avaliar o tempo de latência, ou seja, o período em que a pessoa se expôs ao fator e o surgimento da doença em si (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014).

O conhecimento das variáveis ligadas a neoplasia mamária permite ter um conhecimento não só da epidemiologia dessa doença como também a identificar as

mulheres que poderiam ser ajudadas com um rastreamento diferenciado (BRASIL, 2013). Saber quais são os fatores e sobre as características populacionais da região também proporciona uma melhor articulação das medidas preventivas, bem como da detecção precoce, e com isso gerenciar de forma consciente adequada os recursos que são disponibilizados pelos programas de saúde voltados para o câncer (GONÇALVES et al, 2010).

Embasados nesta associação dos fatores de risco e o CA de Mama, é importante destacar que é indispensável levar em conta que a mulher precisa ser olhada e atendida holisticamente, visando uma atenção integral, como demonstrado na figura abaixo.

Figura 1 – Um olhar holístico sobre o sujeito



Fonte: INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014

Para Souza e outros (2012), um dos pontos mais importantes na atenção básica é a atenção integral ao sujeito, que tem por finalidade as ações que visam promover saúde e a prevenção dos agravos. A avaliação integral permite uma análise holística de todas as condições de um sujeito. Cada mulher tem uma condição de saúde, que difere de sua próxima e isso é importante para ter conhecimento do tipo de medidas a serem tomadas em relação a essa mulher. Cada mulher possui sua crença e espiritualidade, sabe em que acredita, e isso deve ser respeitado e levado em consideração pela equipe multidisciplinar para que se possa entender a melhor forma de abordagem. Cada uma trás consigo uma percepção diferente do processo

saúde/doença, e isso se relaciona com as questões ditas anteriormente, como crença e condições de renda e cultura.

E por fim, a equipe deve levar e conta não apenas a mulher em si, bem como toda a sua família, sua história. O apoio de todos os que a cercam é importante, pois eles darão força e incentivarão esta mulher a cuidar de sua saúde (GONÇALVES et al., 2010).

O câncer de mama afeta a vida psicossocial da mulher, principalmente para aqueles que terão a probabilidade de realizar a mastectomia, que ainda poderão viver com medo da recorrência. É uma doença que muitas vezes não é fácil ser diagnosticada e ser tratada. Há mulheres que em decorrência da doença, modificam suas vidas, para elas é um desafio, como também para os profissionais. Quando há esta possibilidade, há uma mudança de pensamento dessas mulheres, surgindo incertezas e os medos (ALMEIDA et al., 2001).

Resumindo, o modelo de assistência deve ser prestado de modo a articular os recursos necessários para que haja o acesso aos serviços de saúde. Deve-se olhar o sujeito de forma integral, visando sua singularidade, condições socioeconômicas, história de vida, desejos, medos, anseios, deve observar seu físico, mental e espiritual, buscando assim um melhor controle do câncer e garantindo uma melhor qualidade de vida (BRASIL, 2013).

Em vista disso, de todo esse olhar holístico sobre a mulher é que atua o profissional de enfermagem, nas ações preventivas e de controle desta doença. Possuindo papel importantíssimo e tendo autonomia em suas práticas como profissional para dirigir e comandar tais ações (BRASIL, 2014).

Com isso, é importante a ação do profissional de enfermagem bem como de toda a equipe multidisciplinar na abordagem da mulher pertencente ao grupo de risco, para que suas chances de desenvolver o câncer de mama sejam reduzidas, e com isso a possibilidade de uma mastectomia seja efetivamente diminuída.

## 2.5 O ENFERMEIRO NA ATUAÇÃO CONTRA O CÂNCER DE MAMA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A assistência de enfermagem em relação à pessoa com câncer progrediu muito desde seu surgimento como especialidade, e do aparecimento de literaturas que dizem respeito à importância da assistência de enfermagem prestada no tratamento de pessoas com neoplasias (MOURA, et al, 2010).

As ações de cunho preventivo em saúde podem evitar o surgimento de um câncer ou até mesmo levar a uma mudança na evolução da célula tumoral, incidindo com diagnósticos precoces, permitindo assim o tratamento de um possível câncer (BRASIL, 2008).

Tais ações visam diminuir a incidência de uma doença numa determinada população, reduzindo o risco de surgimento de novos casos, pois previne a exposição dos indivíduos aos fatores que levam ao seu desenvolvimento, interrompe seus efeitos ou altera as respostas do hospedeiro a essa exposição, impedindo que ocorra seu início biológico (THULE, 2003).

A prevenção de caráter primária do CA de mama é um campo de estudo bem promissor. Cerca de 30% dos casos registrados de câncer de mama podem ser evitados se forem adotadas medidas como a prática de exercícios físicos regulares, associado a uma boa alimentação e controle do peso corporal e outras (BRASIL, 2014).

O grande número de óbitos registrados por neoplasia mamária pode ser reduzido por medidas que ocorram nas três áreas da atenção à saúde: Atenção Primária, na qual são identificados os fatores de risco associados à doença e tem como objetivos eliminá-los através da educação em saúde. Atenção Secundária, onde ocorre o rastreamento e diagnóstico precoce do câncer. Por fim, na Atenção terciária ocorre o tratamento específico, em nível hospitalar. Para a grande maioria dos tumores descobertos a atenção primária é a que melhor apresenta uma relação custo-benefício (GROSS; BARANAUSKAS, 2013).

A tabela abaixo mostra as modalidades de atenção existentes no âmbito da saúde. Deve-se levar em conta que o enfermeiro pode atuar em todas elas, sendo regido por lei o exercício de sua profissão.

Figura 2 – Níveis de atenção no âmbito da saúde e o processo saúde/doença/morte



Fonte: BRASIL, 2012

A figura representada acima mostra a história natural de uma doença, desde a exposição de um indivíduo até sua possível morte, passando por todas as fases (níveis) de atenção à saúde.

Na atenção primária ou básica é onde acontecem às ações que visam à promoção e prevenção dos agravos à saúde, é nesse nível que também acontece o diagnóstico, tratamento, reabilitação em saúde. É na atenção primária que o enfermeiro educa, orienta a população e ensina sobre o auto-exame das mamas, bem como trabalha a prevenção à exposição aos fatores de risco. Na atenção secundária, que é conhecido também como Atenção Especializada de Média Complexidade, é onde são realizados os exames a nível laboratorial, cuja atenção requer médicos especializados, como a mamografia, por exemplo, e uma tecnologia que possibilite o diagnóstico, e onde são realizadas ainda cirurgias de média complexidade. E por fim, nível terciário ou como é chamado, Atenção Especializada de Alta Complexidade que engloba assistência ao paciente câncer, doente renal, cirurgias, genética, etc. Como mostra a figura, é nesta fase que muitas vezes o câncer proporciona sinais e sintomas, muitas vezes, na fase clínica ou mesmo depois desta fase. E por fim, a figura nos mostra a morte, onde também atua o enfermeiro (BRASIL, 2012).

Quando se fala dos níveis de atenção à saúde, sabe-se que o enfermeiro atua em todos eles, respaldado pela legislação que o rege, segundo o Conselho Federal de Enfermagem, no decreto de número nº 94.406/87, no qual está disposto o regimento

que abrange o exercício de enfermagem, bem como toda a regulamentação, e menciona que toda a assistência de enfermagem precisa seguir todas as atribuições designadas ao enfermeiro em todos os campos que precisarem de sua atenção e assistência (BRASIL, 2014).

A prestação de serviço de enfermagem em relação ao tratamento do câncer inclui todos os grupos etários e todas as especialidades da enfermagem, é realizada em todos os âmbitos, desde as residências, comunidade, instituições de cuidados agudos até centros de reabilitação para portadores de câncer. A atuação deste profissional na área Oncológica vem acompanhando os avanços da medicina e todo o progresso que tem surgido no tratamento da pessoa com câncer. Tal assistência é realizada de forma multidisciplinar, com a presença do enfermeiro, dos técnicos e auxiliares de enfermagem, de acordo com o estatuto que os regem, onde dispõe de suas responsabilidades, sendo: execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde, para que se tenha a prevenção e controle de possíveis danos à saúde do cliente (RECCO; LUIZ; PINTO, 2005).

Sabendo que o enfermeiro atua em todos os níveis, é importante ressaltar sua importância na atenção básica, visto que é lá que se atua contra os fatores de risco para câncer, bem como na orientação e educação em saúde. A atenção básica é caracterizada pelo Ministério da Saúde segundo a Portaria MS/GM 648, de 28 de março de 2006 como:

Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2014).

O enfermeiro tem papel importante dentro das Unidades Básicas de Saúde (UBS), de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), segundo a Portaria MS/GM 648, de 28 de março de 2006 que dispõe sobre as atribuições do enfermeiro do programa agentes comunitários de saúde, eles podem, por exemplo, solicitar

exames complementares e prescrever medicações, de acordo com a lei e os protocolos que os regulamentam e que são decretadas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal sendo de disposição legal de sua profissão.

Cabe também a este profissional realizar consultas de enfermagem, coleta do exame citopatológico, exame clínico das mamas, solicitar exames, como dito anteriormente, examinar e avaliar pacientes com sinais e sintomas sugestivos de câncer de mama, avaliar os exames previamente solicitados e que foram coletados e a partir das diretrizes e normas que regem seu exercício como profissional pode realizar o encaminhamento para os serviços de referência em diagnóstico ou mesmo em tratamento para o câncer, tanto de colo do útero quanto de mama, dentre outras atribuições (BRASIL, 2013).

É justamente na Unidade Básica de Saúde, ou seja, na atenção básica, o local de atuação a nível primário do câncer de mama, e deve estar organizada para melhor receber e atender as mulheres, solicitando exames de mamografia às pertencentes ao grupo de risco, recebendo os resultados dos exames e os encaminhando quando necessitam de uma atenção mais especializada. À esse nível de atenção cabe ainda às chamadas ações educativas visando à mobilização e conscientização das mulheres para melhor cuidarem de sua saúde, sobre a importância do diagnóstico precoce, da prevenção do câncer de mama, da realização de exames e de sua ida periódica ao médico (BRASIL, 2006).

As ações educativas dentro da UBS são funções importantíssimas do enfermeiro que trabalha diretamente na orientação quanto à prevenção do câncer de mama. Dentre as inúmeras atribuições deste profissional, referentes à promoção da saúde, destaca-se o papel de orientador, organizando os próprios grupos de educação em saúde, tanto nos domicílios quanto nas consultas de enfermagem (OLIVEIRA et al., 2011).

As ações dinamizadas para a educação por estes profissionais precisam ser repletas de estímulos que atraiam as mulheres, desde ações de cunho preventivo até o tratamento da doença. Deve usar do tempo em que essas mulheres se encontram nas UBS para ir de encontro a elas, mobilizando o maior grupo possível, realizando mesmo um diálogo, dessa forma, orientar e educar a população feminina (BRASIL, 2013)

A UBS se torna a base para a detecção de possíveis células cancerígenas pelo rastreamento de pessoas assintomáticas, ou seja, uma triagem que identifica pessoas com maior probabilidade de ter a doença, através de testes que detectam lesões precursoras, com isso visa-se a redução da mortalidade (THULER, 2003).

Cabe ressaltar que, no dia a dia, ele se depara com o impactante problema de saúde pública causada pelo câncer na população brasileira, e com a dificuldade que os indivíduos têm de adotar comportamentos que possam evitar sua exposição excessiva aos fatores de risco para o câncer de mama, bem como o pouco entendimento que esta população tem sobre o tema (CESTARI; ZAGO, 2012).

Nesse contexto, é recomendável que certos fatores de risco sejam alvo de extrema importância para estes profissionais de saúde na atenção primária. A enfermagem busca através desse nível de atenção, reduzir tais fatores de risco, indicando um modo de vida mais saudável para a população, como atividade física, dieta balanceada, redução do consumo de tabaco e álcool, diminuição da exposição à radiação, produtos tóxicos, etc. Também nessa etapa, o enfermeiro orienta sobre a realização da mamografia na população de risco e sobre o auto-exame das mamas, assim como a importância da realização de consultas médicas periódicas (BRASIL, 2008).

Quando se fala em mamografia, sabe-se que grande parte da população feminina na idade de realizar o exame torna-se apreensiva, visto que há um medo crescente quanto ao possível resultado, sobre o desconforto causado pelo aparelho, por medo e também vergonha. Contudo, é fato que a realização da mamografia evita por volta de 1.121 mortes a cada 100 mil mulheres na idade de risco para o câncer de mama (SOCIEDADE BRASILEIRA DA MASTOLOGIA, 2014).

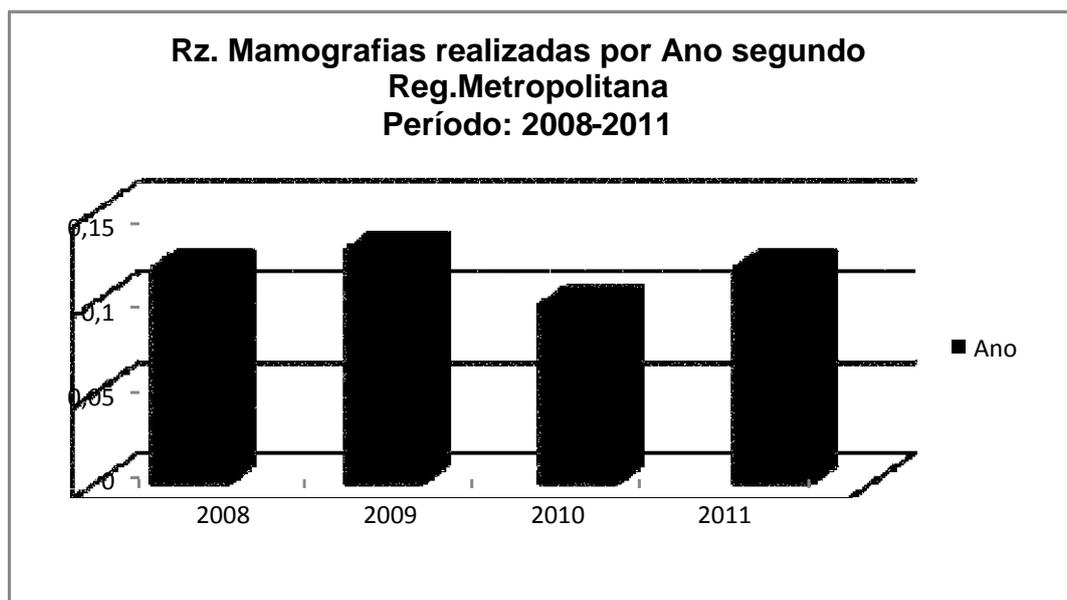
É de responsabilidade do enfermeiro a busca na população alvo de mulheres que nunca realizaram o exame clínico das mamas e daquelas mulheres que estão na fase de realização da mamografia, mostrando a importância da realização do exame anual das mamas, mesmo para as mulheres que não apresentam risco para o câncer de mama (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2010).

Segundo o INCA (2009, p. 2) Em relação à solicitação do exame da mamografia de rastreamento e também da mamografia diagnóstica pelo profissional de enfermagem, têm-se:

[...] o Instituto Nacional de Câncer entende que a pertinência da solicitação de mamografia de rastreamento pelo enfermeiro deve ser avaliada com base nos documentos citados, observando-se o protocolo estabelecido no Consenso para Controle do Câncer de Mama. No caso de mamografia diagnóstica, o enfermeiro deverá encaminhar ao médico as mulheres com lesões suspeitas para investigação e condução terapêutica.

O gráfico abaixo mostra a realização por ano do exame da mamografia no estado do Espírito Santo, mais especificamente na região metropolitana da grande Vitória, localidade escolhida como exemplo para este estudo.

Gráfico 5 - Pacto pela Saúde – 2010 / 2011 – Espírito Santo - Mamografias



Fonte: DATASUS, 2014

Como exemplificado no gráfico acima se têm a razão das mamografias realizadas no período de 2008 a 2011 na região metropolitana da grande vitória, pode-se observar que no ano de 2008, e 2011 a razão de mamografias realizadas foi de 0,12, em 2010 de 0,10 e em 2009 de 0,13.

Além do exame da mamografia existe o autoexame das mamas que por recomendação deve fazer parte das ações educativas destinadas à mulher, e não como o principal exame para se detectar um possível nódulo, visto que, pode gerar um aumento do número de biópsias desnecessárias de lesões não malignas, sendo

insuficiente para a detecção precoce do Câncer de Mama, devendo ser usado para que a mulher possa reconhecer o seu corpo. Não deve ser substituído pelo exame clínico que é realizado pelo médico ou enfermeiro (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014).

O exame clínico das mamas é realizado uma vez por ano pelas mulheres a partir dos 40 anos, quando realizado de forma correta chega a identificar tumores com até um centímetro. Sua sensibilidade varia de 57% a 83% em mulheres em idade de risco (50 a 59 anos de idade) e em torno de 71% nas mulheres na faixa etária de 40 e 49 anos de idade. Recomenda-se que as mulheres pertencentes ao grupo de risco realizem a mamografia a cada dois anos, e que o exame clínico seja feito anualmente (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014).

Perante tudo o que foi dito, é fato que as ações planejadas pelo enfermeiro devem visar o gênero em sua análise do perfil epidemiológico, objetivando a melhoria da qualidade de vida das mulheres, valorizando-a de forma holística. Leva-se em conta que as mulheres vivem mais do que os homens, há certa vulnerabilidade em relação a algumas doenças, e também estão mais susceptíveis à discriminação. Por isso, o enfermeiro deve se atentar, pois cada mulher tem sua especificidade, qualidades, cultura, ou seja, possui um perfil diferente, em vista disso, podem estar exposta a fatores de risco diferentes. (BRASIL, 2013).

Em vista de tudo o que foi dito sobre o enfermeiro e seu papel no câncer de mama na atenção primária, percebe-se que ainda são frágeis as ações de enfermagem voltadas para o CA de mama. Falta uma maior qualificação, conhecimento teórico sobre a problemática do câncer e acima de tudo a devida sensibilidade para organizar e planejar as ações devidas (CAVALCANTI et al., 2013)

Prevenir agravos à saúde não possui apenas um caráter que visa à saúde, como também o custo-benefício, ou seja, além de promover a qualidade da integridade física e mental, e promove também redução dos gastos econômicos com o tratamento de doenças. As ações que visam à promoção da saúde precisam não só das ações governamentais, mais devem aprimorar as ações já existentes, devem fazer com que o individuo perceba sua própria condição, e acima de tudo devem propiciar a criação de condições que favoreçam a saúde. Tais ações devem ser instituídas á nível individual, familiar, comunitário e da sociedade de modo geral, ou

seja, um grande desafio a ser enfrentado, e que com certeza traz um bem enorme para todos (Organização Pan-Americana da Saúde, 2007).

### 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao observar que o Câncer de Mama é na atualidade, considerado a patologia de maior incidência entre as mulheres na faixa etária dos 50 a 59 anos de idade, e seu impacto a magnitude são considerados um enorme problema de saúde pública, pode-se perceber neste estudo o quanto os fatores de risco são de extrema importância em termos de análise para entendermos a problemática do câncer.

Quando esta doença atinge a população feminina trás uma enorme discussão no meio dos profissionais de saúde, visto que, existem, hoje, medidas preventivas, ações e programas criados no intuito de diminuir a incidência de tal doença, mesmo que seu índice aumente a cada ano. Então, entrasse em um combate ferrenho, no que diz respeito à identificação dos fatores de risco mais prevalentes para o câncer de mama e conseqüentemente a abordagem e educação não só das mulheres pertencentes ao grupo de risco como daquelas que não são.

Sabe-se que ao longo dos séculos o câncer foi visto por muitos como algo contagioso e na maioria das vezes relacionado a práticas sexuais. Nesse contexto vale apenas ressaltar que a mulher vivia única e exclusivamente para o seu lar, se dedicando totalmente aos filhos e marido. Sempre zelosa e cuidadosa, vivia enclausurada em casa, sendo-lhe restrito apenas o ambiente doméstico.

Acontecimentos históricos marcaram a fase de “libertação” dessa mulher, foi então que ela passou a ter condições financeiras, passou a trabalhar e se transformando também na provedora de seu lar, mãe e esposa ao mesmo tempo. Passou a ter uma maior liberdade de expressão e atitude perante a sociedade, conquistando direitos civis e acima de tudo como mulher.

Muitos programas foram criados com o intuito de reduzir a incidência dessa neoplasia no Brasil. Desde a década de 80 o país vem lutando para que o número de mulheres acometidas por esta doença caia, programas como o Viva Mulher, Política Nacional de Atenção Oncológica, e o Pacto pela Saúde, dentre tantos outros, campanhas governamentais e publicitárias auxiliam na divulgação deste tema tão delicado para a mulher, visando também uma melhor qualidade de vida a esta mulher.

Com transformações ocorridas na sociedade e nos conceitos que por ela eram impostas, essa mulher passou a enfrentar uma rotina totalmente diferente da que lhe era de costume, e conseqüentemente a estarem mais expostas aos fatores de risco para o câncer de mama. Com o ritmo acelerado passou a ir com menos freqüência aos serviços de saúde, passou a adotar uma alimentação desregrada, já que seus horários passaram a não coincidir com os horários destinados as refeições, aderiu ao sedentarismo, mesmo que de forma involuntária, juntamente com uma vida regrada muitas vezes ao álcool e ao cigarro e exposta a radiações ionizantes, ou seja, fatores de risco como sedentarismo, alimentação desregrada, o uso do álcool e do cigarro tem se tornado um problema de saúde pública, ocasionando todo o tipo de doença crônico-degenerativa, e se relacionando de forma direta ao aparecimento do câncer de mama.

Não esquecendo os fatores inerentes á sua condição como mulher, como idade, fatores endócrinos, hereditários, menarca precoce, menopausa tardia, nuliparidade, terapia de reposição hormonal e tantos outros fatores.

A abordagem dos fatores de risco é crucial para o controle da doença, uma vez que, descoberta as causas fica mais fácil realizar a intervenção. Não basta apenas a realização dos exames específicos para o câncer, é necessário medidas que tornem a população consciente das condições que dizem respeito à saúde, tornando-se conhecedores de seu corpo e das mudanças que com ele acontecem, para então fazer as adaptações e mudanças que possam se adequar à suas condições econômicas, sociais e culturais.

Frente a isto os profissionais da saúde possuem um enorme trabalho pela frente, muito mais do que a detecção precoce e o possível tratamento é a educação em saúde prestada a estas mulheres na atenção básica a saúde. É nas UBS que elas encontrarão informações necessárias a respeito desta doença, de como ela descoberta e acima de tudo potencialmente evitá-la. Como já mencionado neste trabalho é o enfermeiro que tem papel crucial no repasse das informações, atuando como orientador dessas mulheres. É atenção primária que ocorrem as ações de cunho preventivo, que por sua vez objetivam olhar não apenas trabalhar o processo de adoecer, mais também as questões que determinam o surgimento de uma doença, e com isso evitar os agravos á saúde da população.

A detecção de um câncer e seu controle estão diretamente ligados à medidas de promoção em saúde. O enfermeiro, na prática, tem autonomia, sendo regido por lei a solicitar exames complementares, prescrever medicações e o mais importante quando se fala de câncer e mama, ele ensina o auto-exame das mamas, realiza exame clínico, pode avaliar resultados de exame e até mesmo realizar o encaminhamento para serviços especializados.

A enfermagem não atua somente no âmbito da UBS, mais realiza visitas domiciliares, à comunidade, a instituições, e diversos lugares. Vem acompanhando de forma direta os avanços da medicina na área Oncológica e se faz presente não somente na prevenção, mais na detecção precoce, tratamento e reabilitação da pessoa com câncer de mama. A assistência desses profissionais é tão importante que no combate ao câncer que estudos nessa área comprovam a eficácia da atuação deste profissional na equipe multidisciplinar, integrando a equipe.

De modo geral, com este estudo, pode concluir que, o câncer de mama é um problema de saúde pública, e que é preciso de forma urgente trabalhar formas de abordagem da população sobre os fatores de risco para esta doença, pois uma vez conscientizada a população se expõe de forma mais sucinta a tais fatores, realizará com a frequência adequada e no período correto a mamografia e o exame clínico das mamas, conhecerá as mudanças ocorridas em seu corpo, procurará os serviços médicos periodicamente. Com isso, até mesmo os gastos governamentais com o tratamento das mulheres com câncer será reduzido, visto que, prevenir sai muito mais barato do que remediar.



## REFERÊNCIAS

- AMENDOLA, Luis Cláudio Belo; VIEIRA, Roberto. A contribuição dos genes BRCA na predisposição hereditária ao câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 51(4): 325-330, 2005. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_51/v04/pdf/revisao3.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v04/pdf/revisao3.pdf)>. Acesso em 25 mar 2014.
- ANDRADE, Maria Margarida. **Introdução à Metodologia do Trabalho Científico**. 10º ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- ALBUQUERQUE, Walquiria Farias de; ALMEIDA, Suely C. Cordeiro de. Por uma história das mulheres: historiografias e fontes na colônia. Anais do II encontro internacional de história colonial. **Mneme – revista de humanidades**. Ufrn. Caicó (rn), v. 9. N. 24, set/out. Issn 1518-3394. 2008. Disponível em: <[http://www.cerescaico.ufrn.br/mneme/anais/st\\_trab\\_pdf/pdf\\_11/valquiria\\_st11.pdf](http://www.cerescaico.ufrn.br/mneme/anais/st_trab_pdf/pdf_11/valquiria_st11.pdf)>. Acesso em: 28 abr 2014.
- ALMEIDA, Ana Maria de et al. Construindo o significado da recorrência da doença: a experiência de mulheres com câncer de mama. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, vol.9, n.5, pp. 63-69. ISSN 0104-1169. 2001. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692001000500010>>. Acesso em: 01 nov. 2013.
- ALVARENGA et al. Contribuição do patologista cirúrgico para o diagnóstico das síndromes do câncer hereditário e avaliação dos tratamentos cirúrgicos profiláticos. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 167-177, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpml/v39n2/16363.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2014.
- ARAUJO JUNIOR, Naidilton Lantyer Cordeiro; ATHANAZIO, Daniel Abensur. Terapia de reposição hormonal e o câncer do endométrio. **Cad. Saúde Pública**, vol.23, n.11, pp. 2613-2622. ISSN 0102-311X. 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001100009>>. Acesso em: 18 maio 2014.
- ARAUJO, Iliana Maria de Almeida; FERNANDES, Ana Fátima Carvalho. O significado do diagnóstico do câncer de mama para a mulher. **Esc. Anna Nery**, vol.12, n.4, pp. 664-671. ISSN 1414-8145. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452008000400009>>. Acesso em: 20 abr 2014.
- BRASIL. Portaria MS/GM 648, de 28 de março de 2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Acesso em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em 15 maio 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Planejamento familiar**. 2013. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/planejamento-familiar>>. Acesso em: 15 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama**. 2014. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle\\_canceres\\_colo\\_uterio\\_2013.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_2013.pdf)>. Acesso em: 8 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2014. Disponível em: <[http://www.foodpolitics.com/wp-content/uploads/Brazils-Dietary-Guidelines\\_2014.pdf](http://www.foodpolitics.com/wp-content/uploads/Brazils-Dietary-Guidelines_2014.pdf)>. Acesso em: 07 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2008. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_alimentar\\_populacao\\_brasileira\\_2008.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2008.pdf)>. Acesso em: 07 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério / Menopausa**. 2008. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_atencao\\_mulher\\_climaterio.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf)>. Acesso em 15 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2003. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf)>. Acesso em: 14 abr 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2013. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle\\_canceres\\_colo\\_uterio\\_2013.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_2013.pdf)> Acesso em: 29 maio 2014.

BRONSTEIN, Marcelo D. **Em busca da alimentação saudável**. 2012. Disponível em: <[http://www.abitrigo.com.br/pdf/Carilha/em\\_busca\\_da\\_alimentacao\\_saudavel.pdf](http://www.abitrigo.com.br/pdf/Carilha/em_busca_da_alimentacao_saudavel.pdf)>. Acesso em: 14 abr 2014.

CAVALCANTI et al. Ações do Enfermeiro no rastreamento e Diagnóstico do Câncer de Mama no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 59(3): 459-466. 2013. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_59/v03/pdf/17-revisao\\_literatura-acoes-enfermeiro-rastreamento-diagnostico-cancer-mama-brasil.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_59/v03/pdf/17-revisao_literatura-acoes-enfermeiro-rastreamento-diagnostico-cancer-mama-brasil.pdf)>. Acesso em: 25 fev 2014.

CARVALHO, João Luiz Silva; SANTOS, Ana. **Estudo Afrodite caracterização da Infertilidade em Portugal**. 2009. Disponível em: <<file:///F:/Faculdade%207%C2%BA%20P/TCC/Artigos/Fatores%20de%20Risco/Nuliparidade%2014.pdf>>. Acesso em 4 abr 2014.

CARVALHO, Wellington Roberto G. de; FARIAS, Edson Santos Farias; GUERRA, Gil Junior. A idade da menarca está diminuindo?. 2007. **Rev Paul Pediatría** 25(1):76-81. 2007. Disponível em: <[http://www.spsp.org.br/Revista\\_RPP/25\(1\)-14.pdf](http://www.spsp.org.br/Revista_RPP/25(1)-14.pdf)>. Acesso em: 18 fev 2014.

CARVALHO, Débora Jucely. A conquista da cidadania feminina. 2011. **Revista multidisciplinar da Uniesp Saber Acadêmico**, - n<sup>o</sup> 11 - Jun. 2011/ ISSN 1980-5950. 2011. Disponível em: <<http://www.uniesp.edu.br/revista/revista11/pdf/artigos/12.pdf>>. Acesso em: 28 abr 2014.

CANCELA, Diana Manuela Gomes. **O processo de envelhecimento**. 2007. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>>. Acesso em: 15 abr 2014.

CESTARI, Maria Elisa Wotzasek; ZAGO, Márcia Maria Fontão Zago. A atuação da enfermagem na prevenção do câncer na mulher: Questões culturais e de gênero. **Cienc Cuid Saude**, 11(suplem.):176-182. 2011. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17073/pdf>>. Acesso em: 27 fev 2014.

CHLEBOWSKI et al. Influência do estrogênio mais progestina sobre câncer de mama e mamografia em mulheres pós-menopáusicas saudáveis: Iniciativa de Saúde das Mulheres experimentação Randomized. **JAMA**, 289:3243-53. 2003. Disponível em: <<http://translate.google.com.br/translate?hl=pt-BR&sl=en&u=http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12824205&prev=/search%3Fq%3DCHLEBOWSKI%253B%2BHENDRIX%253B%2BLANGER%253B%2B2003%26biw%3D1366%26bih%3D663>>. Acesso em 27 maio 2014.

DELGADO, Maria João Coito. **O desejo de ter um filho. As vivencias do casal infértil**. 2007. [Em linha]. Lisboa: Universidade Aberta. Tese de mestrado. Disponível em: <<https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/724/1/LC331.pdf>>. Acesso em 12 abr 2014.

FERRAZ, Alex Soares Marreiros; MACHADO, André Accioly Nogueira. Atividade física e doenças crônico-degenerativas. **Revista Diversa**. Ano 1. n<sup>o</sup> 1. p 25 – 35. jan/jun 2008. Disponível em: <[http://www.ufpi.br/subsiteFiles/parnaiba/arquivos/files/rd-ed1ano1-artigo2\\_alexsoares.PDF](http://www.ufpi.br/subsiteFiles/parnaiba/arquivos/files/rd-ed1ano1-artigo2_alexsoares.PDF)>. Acesso 12 abr 2014.

FERANDES, Rosa Aurea Quintella; NARCHI, Nádia Zanon Narchi. Conhecimento de gestantes de uma comunidade carente sobre os exames de detecção precoce do câncer cérvico-uterino e de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2002, 48(2): 223-230. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_48/v02/pdf/artigo2.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_48/v02/pdf/artigo2.pdf)> Acesso em: 02 maio 2014.

FOLGUEIRA, M. A. A. K; BRENTANI, M. M. Câncer de mama. In: FERREIRA, C. G.; ROCHA, J. C. Oncologia molecular. Editora Atheneu, São Paulo, p. 135-144, 2004.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Fio Cruz. **Radiação**. 2014. Disponível em: <[http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/lab\\_virtual/radiacao.html](http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/lab_virtual/radiacao.html)>. Acesso em: 19 maio 2014.

GIACOMINI, Danieli Ribeiro; MELLA, Eliane Aparecida Campesatto. Reposição Hormonal: vantagens e desvantagens. In: SEMINA: CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E SAÚDE, n 1, 2006, Londrina, **Reposição Hormonal: vantagens e desvantagens**, Londrina, v. 27, n. 1, p.71-92, jan./jun. 2006. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/3530/2857>>. Acesso em: 21 abr 2014.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5º ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GONÇALVES et al. Câncer de mama: mortalidade crescente, na Região Sul do Brasil entre 1980 e 2002. **Cad Saúde Público**; 23:1785-90. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n8/05.pdf>>. Acesso em: 17 abr 2014.

GONÇALVES et al. Fatores de risco para câncer de mama em mulheres assistidas em ambulatório de oncologia. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, jul/set; 18(3):468-72.2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a23.pdf>>. Acesso em: 01 jun 2014

GUERRA, Maximiliano Ribeiro; GALLO, Cláudia Vitória de Moura; MENDONÇA Gulnar Azevedo e Silva. Risco de câncer no brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2005; 51(3): 227-234. Disponível em: <[http://www.eteavare.com.br/arquivos/81\\_392.pdf](http://www.eteavare.com.br/arquivos/81_392.pdf)>. Acesso em: 11 de abr. 2014.

GRADIM et al. Cássia Irene Spinelli. Aleitamento materno como fator de proteção para o câncer de mama. **Rev Rene, Fortaleza**, abr/jun; 12(2): 358-64. 2011. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/166/75>>. Acesso em 18 maio 2014.

GROSS, Jefferson Luiz; BARANAUSKAS, Marcus Vinicius Bonifácio. **Tabaco e Câncer**. 2013. In\_ LOPES, Ademar; CHAMMAS, Roger; IYAYASU, Hirofumi. *Oncologia para Graduação*. 2013. 3º ed. Lemar, São Paulo

HARDY et al. Variáveis reprodutivas e risco para câncer de mama. Estudo caso-controlado desenvolvido em Campinas, São Paulo. **Rev Bras Ginecol Obstet**, 11:212-6. 1989. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v24n5/06.pdf>>. Acesso em: 01 mar 2014.

HOSPITAL SIRIO LIBANÊS. **Alimentação Saudável**. Disponível em: <<http://www.hospitalsiriolibanes.org.br/hospital/especialidades/centro-de-diabetes/artigos-uteis/Paginas/alimentacao-saudavel.aspx>>. Acesso em 13 abr 2014.

HOSPITAL SIRIO LIBANES. **Infertilidade**. Disponível em: <<http://www.hospitalsiriolibanes.org.br/hospital/especialidades/centro-reproducao-humana/infertilidade/Paginas/causas.aspx>>. Acesso em: 18 maio 2014.

INSTITUTO NACIONAL DO CANCER. **Mama**. 2014. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer\\_mama.](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer_mama.)> Acesso em 10 mar.2014.

INSTITUTO NACIONAL DO CANCER. **Programa Nacional de Controle Contra o Câncer de Mama**. 2014. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/521d4900470039c08bd8fb741a182d6f/pncc\\_mama.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=521d4900470039c08bd8fb741a182d6f](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/521d4900470039c08bd8fb741a182d6f/pncc_mama.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=521d4900470039c08bd8fb741a182d6f)>. Acesso em 10 mar. 2014.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Ações de Enfermagem para o Controle do Câncer**. 2008. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acoes\\_enfermagem\\_controle\\_cancer.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acoes_enfermagem_controle_cancer.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2014.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Ações de prevenção primária e secundária no controle do câncer**. 2008. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/enfermagem/docs/cap5.pdf>> Acesso em: 20 mar. 2014.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Aumento da Expectativa de Vida**. 2008. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=464](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=464)>. Acesso em: 28 de mar. 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **A situação do câncer no Brasil. 2006**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/situacao/>>. Acesso em 25 mar. 2014.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Estimativa | 2014 Incidência de Câncer no Brasil**. 2008. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf>>. Acesso em: 20 de mai. 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Jovem, Mulher e Tabaco**. 2014. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=jovem&link=namira.htm>>. Acesso em 25 mar. 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. 2014. **Radiação solar**. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?ID=21](http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=21)> Acesso em 25 de mar. 2014.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Recomendações para Redução da Mortalidade por Câncer de Mama no Brasil**. 2012. Disponível em: <<http://www.sbradioterapia.com.br/pdfs/mama2012.pdf>>.pdf. Acesso em 19 de maio 2014.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Solicitação de mamografia de rastreamento por enfermeiros**. 2009. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/5912bc804eb696bf975897f11fae00ee/NT\\_INCA\\_DARAO\\_Mamografia\\_requerida\\_pela\\_enfermagem.pdf?MOD=AJPERES](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/5912bc804eb696bf975897f11fae00ee/NT_INCA_DARAO_Mamografia_requerida_pela_enfermagem.pdf?MOD=AJPERES)>. Acesso em 19 maio 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. 2014. **Sismama**. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Sismama.pdf>> Acesso em

28 de mai. 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. 2004. **Documento de Consenso para Controle do Câncer de Mama**. 2004. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/publicacoes/Consensointegra.pdf>>. Acesso em 19 mar 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Nota Ética: Solicitação de mamografia de rastreamento por enfermeiros**. 2009. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/5912bc804eb696bf975897f11fae00ee/NT\\_INCA\\_DARAO\\_Mamografia\\_requerida\\_pela\\_enfermagem.pdf?MOD=AJPERES](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/5912bc804eb696bf975897f11fae00ee/NT_INCA_DARAO_Mamografia_requerida_pela_enfermagem.pdf?MOD=AJPERES)> Acesso em 29 maio 2014

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População brasileira deve chegar ao máximo (228,4 milhões) em 2042**. 2013. Disponível em: <<http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=2455>>. Acesso em: 18 maio 2014.

INSTITUTO ONCOGUIA. **Câncer Genético**. 2013. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/cancer-genetico/99/6/>>. Acesso em: 17 mar. 2014.

INSTITUTO ONCOGUIA. **O Álcool e o Câncer**. 2013. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/o-alcool-e-o-cancer/2499/6/>>. Acesso em: 19 mar. 2014.

IYEYASU, Hirofumi. Câncer de Mama. In: LOPES, Ademar; CHAMMAS, Roger; IYEYASU, Hirofumi. **Oncologia para Graduação**. 2013. 3º ed. Lemar, São Paulo.

JORDE et al. **Genética Médica**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.

LOPES, Ademar; IYEYASU, Hirofumi; CASTRO, Rosa Maria R.P.S. **Oncologia para a graduação**. 2 ed. São Paulo: Tecmedd, 2008.

LAMAS JM, PEREIRA MG. Fatores de risco para o câncer de mama e para lesões pré-malignas em mulheres assintomáticas no Distrito Federal. **RevBrasMastol**, 9:108-14. 1999. Disponível em: <http://janicelamas.com.br/r/?p=66>. Acesso em: 24 maio 2014.

LOPES et al. Aspectos genéticos da obesidade. **Rev. Nutr.**, Campinas, 17(3):327-338, jul./set., 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v17n3/21882.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2014.

LUCCHESI, L. N.; LAGANÁ, M. T. C. **Atuação do Enfermeiro no Controle do Câncer de Mama em Unidades com PSF no Município de São Paulo**. 2004. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/842/84226053002.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2014.

MAGRO, Daniéla Oliveira. **Evolução do Conhecimento Científico das Doenças Crônicas não Transmissíveis e sua Relação com a Cultura Alimentar**. Disponível em:

<[http://www.fef.unicamp.br/fef/qvaf/livros/foruns\\_interdisciplinares\\_saude/cultura/cultura\\_alimentarcap7.pdf](http://www.fef.unicamp.br/fef/qvaf/livros/foruns_interdisciplinares_saude/cultura/cultura_alimentarcap7.pdf)>. Acesso em: 19 abr 2014.

MARINHO et al. **Projeto diretrizes: atenção primária e terapia de reposição hormonal no climatério**. Disponível em:

<[http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto\\_diretrizes/034.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/034.pdf)>. Acesso em: 20 maio 2005.

MARTINS, Camilla Albuquerque et al., Evolução da Mortalidade por Câncer de Mama em Mulheres Jovens: Desafios para uma Política de Atenção Oncológica.

**Revista Brasileira de Cancerologia**, 59(3): 341-349. 2013. Disponível em:

<[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_59/v03/pdf/04-artigo-evolucao-mortalidade-cancer-mama-mulheres-jovens-desafios-politica-atencao-oncologica.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_59/v03/pdf/04-artigo-evolucao-mortalidade-cancer-mama-mulheres-jovens-desafios-politica-atencao-oncologica.pdf)>. Acesso em 28 maio 2014.

MAKDISSI, Fabiana Baroni Alves; ACHATZ, Maria Isabel Waddington. Síndromes de Predisposição Hereditária ao Câncer. 2013. In: LOPES, Ademar; CHAMMAS, Roger; IYEYASU, Hirofumi. **Oncologia para Graduação**. 2013. 3º ed. Lemar, São Paulo.

MATOS, Jéssica Carvalho de; PELLOSO, Sandra Marisa; CARVALHO, Maria Dalva de Barros Carvalho. Prevalência de fatores de risco para o câncer de mama no município de Maringá, Paraná. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 18(3):[08 telas] mai-jun. 2010. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt\\_09.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_09.pdf)>. Acesso em: 17 maio, 2014.

MESQUITA, Adriana de Andrade. “Com licença, eu vou a luta!”: o desafio de inserção das mulheres da periferia carioca no mercado de trabalho. 2005. Disponível em: [http://www.bdtd.ndc.uff.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=1309](http://www.bdtd.ndc.uff.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1309). Acesso em: 28 abr 2014.

MOURA et al. Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas. Esc. **Anna Nery**, vol.14, n.3, pp. 477-484. ISSN 1414-8145. 2010. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000300007>>. Acesso em: 15 maio 2014.

NOUAILHETAS, Yannick. Comissão Nacional de Energia Nuclear. Apostila educativa: **Radiações Ionizantes e a vida**. 2014. Disponível em:

<[http://www.cnen.gov.br/ensino/apostilas/rad\\_ion.pdf](http://www.cnen.gov.br/ensino/apostilas/rad_ion.pdf)>. Acesso em: 17 maio 2014.

OLIVEIRA et al. O profissional enfermeiro e a atenção primária à saúde. **Rev. enferm. saúde**, Pelotas (RS), jan-mar;1(1):184-189. 2010 Disponível em:

<<http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/viewFile/3422/2813>>. Acesso em: 16 maio 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Mulheres e saúde: evidências de hoje agenda de amanhã**. 2006. Disponível em:

<[http://www.who.int/ageing/mulheres\\_saude.pdf](http://www.who.int/ageing/mulheres_saude.pdf)>. Acesso em 28 maio 2014

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Envelhecimento Ativo: uma política de saúde**. 2005. Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf)>. Acesso em: 20 abr 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Guia para a avaliação econômica da Promoção da Saúde**. 2007. Disponível em:

<<http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd045364/EvalEcoProm-pt.pdf>>. Acesso em: 01 jun 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: Estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. 2003. Disponível em: <<http://www.maeterra.com.br/site/biblioteca/Obesidade-OPAS.pdf>>. Acesso em: 07 maio 2014.

OKUNO, Emico. **Efeitos biológicos das radiações ionizantes: acidente radiológico de Goiânia**. *Estud. av.*, vol.27, n.77, pp. 185-200. ISSN 0103-4014. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142013000100014>>. Acesso em: 14 maio 2014.

PAULA et al. Os genes brca1 e brca2 e suas relações genéticas na predisposição aos carcinomas mamários hereditários e esporádicos. **Estudos, Goiânia**, v. 37, n. 11/12, p. 837-850, nov./dez. 2010. Disponível em: <<http://seer.pucgoias.edu.br/index.php/estudos/article/viewFile/1898/1192>>. Acesso em: 29 mar 2014.

PALMERO, Edenir Inêz. **Hereditariedade e câncer de mama**. 2013. Disponível em: <<http://revistaonco.com.br/wp-content/uploads/2013/09/ONCOGENETICA.pdf>>. Acesso em: 20 mar 2014.

PARDINI, Dolores. Terapia de reposição hormonal na menopausa.2014. **Arq Bras Endocrinol Metab**, 58/2. 2014. Disponível em: <[http://www.abem-sbem.org.br/media/uploads/11\\_ABEM582.pdf](http://www.abem-sbem.org.br/media/uploads/11_ABEM582.pdf)>. Acesso em: 26 maio 2014.

PIZZANI et al. A arte da pesquisa bibliográfica na busca do conhecimento. **Rev. Dig. Bibl. Ci. Inf.**, Campinas, v.10, n.1, p.53-66, jul./dez. 2012 – ISSN 1678-765X. Disponível em: <[http://www.sbu.unicamp.br/seer/ojs/index.php/rbci/article/view/522/pdf\\_28](http://www.sbu.unicamp.br/seer/ojs/index.php/rbci/article/view/522/pdf_28)>. Acesso em: 03 jun. 2014.

PINHO, Valéria Fernandes de Souza and COUTINHO, Evandro Silva Freire. Variáveis associadas ao câncer de mama em usuárias de unidades básicas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, vol.23, n.5, pp. 1061-1069. ISSN 0102-311X. 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000500008>. Acesso em: 3 mar. 2014.

PORTO, Marco Antonio Teixeira; TEIXEIRA, Luiz Antonio; SILVA, Ronaldo Corrêa Ferreira da. Aspectos Históricos do Controle do Câncer de Mama no Brasil. **Rev. Brasileira de Cancerologia**, 59(3): 331-339. 2013. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_59/v03/pdf/03-artigo-aspectos-historicos-controle-cancer-mama-brasil.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_59/v03/pdf/03-artigo-aspectos-historicos-controle-cancer-mama-brasil.pdf)>. Acesso em 11 mar. 2014.

RAMOS, Bianca Figueiredo e LUSTOSA, Maria Alice. Câncer de mama feminino e psicologia. **Rev. SBPH**, vol.12, n.1, pp. 85-97. ISSN 1516-0858. 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v12n1/v12n1a07.pdf>>. Acesso em: 03 de mai. 2014.

RECCO, Daiene C. Recco; LUIZ, Cíntia B.; PINTO, Maria H. O cuidado prestado ao paciente portador de doença oncológica: na visão de um grupo de enfermeiras de um hospital de grande porte do interior do estado de São Paulo. **Arq Ciênc Saúde** 2005 abr-jun;12(2):85-90. Disponível em: <[http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs\\_ol/Vol-12-2/5.pdf](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/Vol-12-2/5.pdf)>. Acesso em: 23 maio 2014.

SANTOS, Luciana de Oliveira Marques dos; SIMÕES, Maria de Lourdes PessoleBiondo-; IOSHII, Sérgio Ossamu. Efeito dos Estrógenos Conjugados e da Medroxiprogesterona sobre a Mama: Estudo Experimental. **Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 23, nº 8, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v23n8/11293.pdf>>. Acesso em: 18 mai. 2014.

SILVA, Ronaldo Corrêa Ferreira da; HORTALE, Virginia Alonso. Rastreamento do Câncer de Mama no Brasil: Quem, Como e Por quê?. **Rev. Brasileira de Cancerologia**, 2012; **58(1):67-71**. 2011. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_58/v01/pdf/10b\\_artigo\\_opinioao\\_rastreamento\\_cancer\\_mama\\_brasil\\_quem\\_como\\_por\\_que.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_58/v01/pdf/10b_artigo_opinioao_rastreamento_cancer_mama_brasil_quem_como_por_que.pdf)>. Acesso em 15 mar. 2014.

SILVA, Pamella Araújo da and RIUL, Sueli da Silva. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. **Rev. bras. Enferm**, vol.64, n.6, pp. 1016-1021. ISSN 0034-7167. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000600005>>. Acesso em: 26 de abr. 2014.

SILVA et al. Práticas das enfermeiras e políticas de saúde pública em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(4):989-998, jul-ago, 2001. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v17n4/5305.pdf>>. Acesso em 25 mai. 2014

SILVA, Raimunda Magalhães da; ARAÚJO, Cristiana Belchior de; SILVA, Ângela Regina de Vasconcelos. Alterações biopsicossociais da mulher no climatério. **RBPS** 2003; 16 (1/2): 28-33. Disponível em: <<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/viewFile/328/2030>>. Acesso em 14 abr 2014.

SILVA, Marcos Mendes da; SILVA, Valquíria Helena da Silva. Envelhecimento: importante fator de risco para o câncer. 2005. **Arq. Med. ABC**, v. 30 no 1 Jan/Jun 2005. Disponível em: <[http://ucbweb2.castelobranco.br/webcaf/arquivos/13131/5545/Envelhecimento\\_\\_importante\\_fator\\_de\\_risco\\_para\\_o\\_cancer.pdf](http://ucbweb2.castelobranco.br/webcaf/arquivos/13131/5545/Envelhecimento__importante_fator_de_risco_para_o_cancer.pdf)>. Acesso em 25 abr 2014.

SIEVERT, Marilde; BARBIERI, Fernanda Melo; QUEIRÓZ, Camila Alcântara de. O que elas querem? Mulheres contemporâneas, solteiras por opção e consumidoras

de produtos alimentícios. 2008. **Linguagens - Revista de Letras, Artes e Comunicação** ISSN 1981 - 9943 Blumenau, v. 2, n. 2, p. 248 - 261, mai./ago. 2008. Disponível em: <http://proxy.furb.br/ojs/index.php/linguagens/article/viewArticle/1302>>. Acesso em: 30 maio 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **I Diretriz Brasileira sobre Prevenção de Doenças Cardiovasculares em Mulheres Climatéricas e a Influência da Terapia de Reposição Hormonal (TRH) da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e da Associação Brasileira do Climatério (SOBRAC)**. 2008. Disponível em: <[http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2008/diretriz\\_DCV\\_mulheres.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2008/diretriz_DCV_mulheres.pdf)>. Acesso em: 28 abr 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **Menopausa e Terapia Hormonal na Menopausa (THM)**. 2014. Disponível em: <<http://www.endocrino.org.br/menopausa-e-terapia-hormonal-na-menopausa-thm/>>. Acesso em: 20 maio 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA ENDÓCRINA. **WHI traz boas notícias sobre Reposição Hormonal. 2004**. Disponível em: <<http://www.sobrage.org.br/pdfs/num18.pdf>>. Acesso em: 03 maio 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. **Amamentação ajuda a prevenir o câncer de mama**. 2013. Disponível em: <<http://www.sbmastologia.com.br/cancer-de-mama/prevencao/amamentacao-ajuda-a-prevenir-o-cancer-de-mama-203.htm>>. Acesso em: 20 de mai. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. **Risco de desenvolver câncer de mama e fatores que podem influenciar neste risco**. 2011. Disponível em: <<http://www.sbmastologia.com.br/cancer-de-mama/rastreamento-diagnostico-cancer-de-mama/risco-de-desenvolver-cancer-de-mama-e-fatores-que-podem-influenciar-11.htm>>. Acesso em: 29 maio 2014.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA. **Os benefícios e riscos da reposição hormonal**. 2010. Disponível em: <<http://www.einstein.br/einstein-saude/pagina-einstein/Paginas/os-beneficios-e-riscos-da-reposicao-hormonal.aspx>>. Acesso em: 19 abr. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. **Importância de se fazer a mamografia**. 2014. Disponível em: <<http://www.sbmastologia.com.br/index/index.php/importancia-da-mamografia>>. Acesso em: 01 jun. 2014.

SOUZA et al. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, 36(3):452-460. 2012. Disponível em: <[http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo\\_saude/95/7.pdf](http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/95/7.pdf)>. Acesso em: 24 de maio 2014.

TAVARES, JeaneSaskya C. and TRAD, Leny A. Bomfim. Metáforas e significados do câncer de mama na perspectiva de cinco famílias afetadas. **Cad. Saúde Pública**,

vol.21, n.2, pp. 426-435. ISSN 0102-311X. Disponível em:  
<<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000200009>>. Acesso em: 17 fev. 2014.

TOMITA, Luciana Yuki; CARDOSO, Marly Augusto. Nutrição e Câncer. 2013. In: LOPES, Ademar; CHAMMAS, Roger; IYAYASU, Hirofumi. **Oncologia para Graduação**. 2013. 3º ed. Lemar, São Paulo.

THULE, Luiz Claudio. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 49(4): 227-238. 2003. Disponível em: < [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_49/v04/pdf/revisao1.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_49/v04/pdf/revisao1.pdf)>. Acesso em: 03 abr 2014.

TRENCH, Belkis; SANTOS, Claudete Gomes dos. Menopausa ou Menopausas?. **Saúde e Sociedade** v.14, n.1, p.91-100, jan-abr 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v14n1/10.pdf>>. Acesso em 25 abr. 2014.

VILELA, Alba Benemérita Alves; CARVALHO, Patrícia Anjos Lima de; ARAÚJO, Rosàlia Teixeira de. Envelhecimento bem-sucedido: representação de idosos. 2006. **Rev.Saúde**, 2(2): 101-114. 2006. Disponível em: <<http://www.uesb.br/revista/rsc/v2/v2n2a2.pdf>>. Acesso em: 29 fev 2014.

WÜNSCH et al. Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. 2010. **Rev Bras Epidemiol**, 13(2): 175-87. 2010. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v13n2/01.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2014.