



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE FISIOTERAPIA**

**GISELE ROZA DE LIMA SILVA**

**CÂNCER DE MAMA: UMA AVALIAÇÃO DOS FATORES DE RISCO  
OBSTÉTRICO E DE PROTEÇÃO**

**CAMPINA GRANDE**

**2017**

**GISELE ROZA DE LIMA SILVA**

**CÂNCER DE MAMA: UMA AVALIAÇÃO DOS FATORES DE RISCO  
OBSTÉTRICO E DE PROTEÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso entregue ao Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito à obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

**Orientador:** Prof. Dra. Railda Shelsea Taveira Rocha do Nascimento.

**CAMPINA GRANDE**

**2017**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S586c Silva, Gisele Roza de Lima.  
Câncer de mama [manuscrito] : uma avaliação dos fatores de risco obstétrico e de proteção / Gisele Roza de Lima Silva. - 2017.  
31 p.  
Digitado.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2017.  
"Orientação : Profa. Dra. Raílda Shelsea Taveira Rocha do Nascimento, Coordenação do Curso de Fisioterapia - CCBS."  
1. Câncer de mama. 2. Fatores de risco obstétricos. 3. Fatores de proteção.

21. ed. CDD 616.994 49

**GISELE ROZA DE LIMA SILVA**

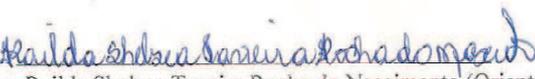
**CÂNCER DE MAMA: UMA AVALIAÇÃO DOS FATORES DE RISCO  
OBSTÉTRICO E DE PROTEÇÃO**

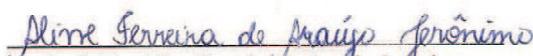
Trabalho de Conclusão de Curso entregue ao Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito à obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

**Orientador:** Prof. Dra. Railda Shelsea Taveira Rocha do Nascimento.

Aprovada em: 30/11/2017.

**BANCA EXAMINADORA**

  
Prof. Dra. Railda Shelsea Taveira Rocha do Nascimento (Orientador)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

  
Prof. Ms. Aline Ferreira de Araújo Jerônimo  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

---

Profa. Esp. Gilmará Marques Rodrigues Araújo  
União de Ensino Superior de Campina Grande (UNESC)

Aos meus pais por acreditarem na minha capacidade, e dedicarem todos os seus esforços para que eu chegasse até aqui, sempre colocando a educação em primeiro lugar na minha vida. Aos meus avós (*in memória*) por despertarem em mim a arte do cuidado, onde com isso aprendi o sentido de ser humana antes de ser fisioterapeuta.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus** que me deu forças e capacitação para chegar aqui e me tornar a profissional que hoje sou.

A meus pais **Guia** e **José**, que tanto fizeram por mim em meio as dificuldades, me ensinaram todos os valores de um ser humano digno, sendo sempre minha maior torcida.

A meu namorado **Ricardo** que segurou minha mão nesta caminhada, sofreu minhas dificuldades e vibrou minhas conquistas sempre ao meu lado, me apoiando todos os dias até aqui, agradeço todo amor dedicado.

As minhas irmãs **Graziely**, que sempre esteve comigo nesses anos de vida acadêmica, e **Juliana** por adoçar minhas voltas para casa.

A minha família que sempre me ajudou e incentivou meu crescimento, em especial a **Tia Clarice, Tio Pedro, Pollyanna, Bruna, Alice, Pedrinho, Gustavo e Lemael**, que me acolheram como filha, me criaram e sempre me ajudaram nas necessidades. Aos meus padrinhos **Benedita** e **Talvací** (*in memória*) que sempre ensinaram o valor dos estudos.

A orientadora e professora **Railda Shelsea**, por quem tenho muita admiração e me espelho em sua garra e determinação, onde me ensinou não só sobre pesquisa, mas de vida.

A **Marieliza** por toda amizade, conselhos e métodos de incentivo durante a realização do trabalho.

A todos os professores do Departamento de Fisioterapia da UEPB, que nos enriqueceram de sabedoria através de seus ensinamentos.

As amigas amadas de graduação **Bruna, Karoline**, e **Sara** sempre sendo minha dupla, e aos que acrescentaram valor a palavra amigo **Luana, Wendell** e **Larissa** onde dividi momentos inesquecíveis e únicos.

A minha estimada **Turma 66**, em especial minhas amadas do grupo de atendimento **Suyane** e **Anne Sayonara**.

Aos colegas do LCTS por toda a torcida e amizade durante nossa convivência ensinando e reafirmando o valor da pesquisa em um grupo.

## RESUMO

### CÂNCER DE MAMA: UMA AVALIAÇÃO DOS FATORES DE RISCO OBSTÉTRICO E DE PROTEÇÃO

Gisele Roza de Lima Silva<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Estadual da Paraíba.

O câncer de mama é o mais recorrente entre as mulheres, sendo um problema de saúde pública. O diagnóstico precoce é a melhor possibilidade de sobrevida prolongada. Possui diversos fatores de risco e proteção. O objetivo deste estudo é avaliar os fatores de risco obstétricos e protetores correlacionados ao câncer de mama. Estudo transversal, epidemiológico, descritivo e com abordagem quantitativa, realizado a partir da composição de uma amostra aleatória e acessível de 105 pacientes diagnosticadas com câncer de mama, admitidas pelo Centro de Cancerologia do Hospital Fundação Assistencial da Paraíba (FAP). Como resultado, foi possível observar que a amostra feminina estava com faixa etária entre 40 e 59 anos (55,24%), ensino fundamental (48,57%), casada (54,29%), procedentes de municípios pactuados a Campina Grande (50,48%), multigesta (33,33%), múltiparas (26,67%), sem história de aborto (71,15%), referindo amamentação na primeira hora (62,75%), duração do tempo de amamentação  $\leq$  a 06 meses (27,18%), que não tiveram intercorrência mamária (63%), que realizou a primeira mamografia entre 40 e 49 anos (43,82%), com histórico familiar de câncer de mama (54,37%), com parentesco em 2ª grau (43,10%), índice de massa corpórea (IMC) indicando sobrepeso (41,84%), apresentando diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (82,00%). Como conclusão, evidencia-se a correlação entre o câncer de mama feminino e a amamentação como fator protetor. De igual forma, o reduzido número de gestações e paridade como fatores de risco obstétrico. Salienta-se que não foi encontrada na literatura nenhuma associação das intercorrências mamárias com o câncer de mama. Infere-se, ainda, a necessidade de estudos randomizados para rastrear a população de risco.

**Palavras-chave:** Câncer de mama, Fatores de risco, Fatores de proteção

## ABSTRACT

### BREAST CANCER: AN EVALUATION OF OBSTETRIC RISK AND PROTECTIVE FACTORS

Gisele Roza de Lima Silva<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Paraíba State University

Breast cancer is the most common among women, being a public health problem. Early diagnosis is the best possibility for prolonged survival. It has several risk factors and protective ones. The aim of this study is to evaluate the obstetric risk and protective factors correlated to breast cancer. A cross-sectional, epidemiological, descriptive and quantitative study was carried out based on a random and accessible sample encompassing 105 patients who were diagnosed with breast cancer, admitted by the Cancerology Center at the Fundação Assistencial da Paraíba (FAP) Hospital. As a result, it was possible to observe that the female sample ranged from 40 to 59 years old (55.24%), presented with elementary schooling level (48.57%), were married (54.29%), belonged to municipalities conjugated to Campina Grande (30.48%), multipregnant (33.33%), multiparous (26.67%), no history of abortion (71.15%), referring to first-time breastfeeding (62.75%), breastfeeding duration  $\leq$  6 months (27.18%), who had no breast interurrence (63%), who underwent the first mammogram between 40 and 49 years (43.82%), with a family history of breast cancer (54,37 %), with second degree of kinship (43.10%), body mass index (BMI) indicating overweight (41.84%), and a diagnosis of systemic arterial hypertension (82.00%). As a conclusion, the correlation between female breast cancer and breastfeeding as a protective factor is evidenced. Likewise, the low number of pregnancies and parturition as obstetric risk factors. It should be noted that no association of breast interurrences with breast cancer was found in the literature. We also infer the need for randomized studies to track the population at risk.

**KEYWORDS:** Breast cancer, risk factors, protective factors.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 01</b>	Quantitativo dos indicadores sociodemográficos e epidemiológicos da amostra acessível diagnosticada com câncer de mama, no Hospital da FAP (n=105) .....	18
<b>Tabela 02</b>	Quantitativo dos indicadores clínico-obstétrico e de proteção da amostra acessível diagnosticada com câncer de mama, no Hospital da FAP (n=105) .....	19

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AEM	Autoexame das mamas
ECM	Exame Clínico das Mamas
MMG	Mamografia
LCTS	Laboratório de Ciências e Tecnologia em Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
DM	Diabetes Mellitus

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>08</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>10</b>
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>11</b>
3.1 NEOPLASIA MALIGNA DE MAMA.....	11
3.2 FATORES DE RISCO OBSTÉTRICOS.....	13
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>16</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	16
4.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	16
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	16
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	16
4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	16
4.6 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	17
4.7 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	17
4.8 ÁSPECTOS ÉTICOS.....	17
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>18</b>
<b>6 CONCLUSÃO.....</b>	<b>23</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>24</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>29</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O câncer surge do acúmulo de modificações, instabilidades cromossômicas e alterações epigenéticas que promovem aumento da taxa de proliferação e dano celular, o que prejudica progressivamente o detalhado e complexo sistema de regulação do crescimento e morte da célula (VIEIRA *et al.*, 2008). Segundo a estimativa do INCA (2015) para o biênio 2016-2017, onde serão esperados 58 mil casos de câncer de mama em mulheres, sendo esta a neoplasia que apresenta maior incidência com conseqüente mortalidade na população feminina em todo o mundo.

O câncer de mama é causado por alterações genéticas, que podem ser estimuladas por fatores ambientais, uso de hormônios, nuliparidade, menor número de gravidez e gestação tardia, abortos, índice de massa corpórea e distribuição de gordura corporal (A.C. Camargo, 2017).

Dentre os fatores correlacionados, alguns não são modificáveis e com isso torna-se impossível evitar o adoecimento da mulher, a exemplo da menarca precoce e menopausa visto que estão intimamente ligados a maior exposição ao estrogênio por longos períodos, e quando somado a nuliparidade e abortos repetitivos potencializam a exposição hormonal.

Os fatores de risco modificáveis estão associados a hábitos de vida não saudáveis como fumar, ingerir bebida alcoólica frequentemente, sedentarismo e obesidade, entre outros. Estes, não aumentam somente a probabilidade do surgimento de câncer de mama, mas também de outros tipos de cânceres e outras doenças crônico-degenerativas (CARVALHO *et al.*, 2010).

Considerando os fatores protetores destaca-se a multiparidade, aleitamento materno, idade da primeira gestação antes dos 30 anos e ausência anterior de abortamento, além de hábitos saudáveis que auxiliam na redução de fatores ambientais e sociais que venham acelerar o processo de desenvolvimento tumoral.

O Aleitamento materno e a multiparidade proporcionam períodos de menor exposição ao estrogênio, hormônio este que influencia no desenvolvimento da célula cancerígena. Infere-se ainda, que a realização de atividade física reduz os eventos de adoecimento e de patologias ocasionadas por maus hábitos alimentares e sociais.

O câncer de mama não se trata de uma patologia passível de prevenção, mesmo em meio às políticas públicas de detecção precoce que auxiliam no rastreamento da doença, quando considerado mulheres que apresentam mais de um fator de risco. A prevenção

continuada a partir do autoexame, seguida da avaliação anual por mamografia favorece a detecção precoce e evita que a célula cancerígena venha a se desenvolver.

Salienta-se que o diagnóstico precoce se traduz na necessidade de tratamentos menos invasivos e radicais como a mastectomia. Assim sendo, o presente estudo tem como objetivo avaliar os fatores risco de obstétrico e protetores correlacionados ao câncer de mama.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar os fatores de risco obstétricos e protetores correlacionados ao câncer de mama.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar a relação do número de gestações com o desenvolvimento do câncer de mama;
- Identificar a relação do número de paridade com o desenvolvimento do câncer de mama;
- Identificar a relação do número de abortos com o desenvolvimento do câncer de mama;
- Identificar a relação da hereditariedade com o desenvolvimento do câncer de mama;
- Identificar a relação das doenças crônicas não transmissíveis com o desenvolvimento do câncer de mama;
- Identificar a associação do tempo de amamentação como fator protetor para o não desenvolvimento do câncer de mama;
- Identificar a relação do índice de massa corpórea com o desenvolvimento do câncer de mama;

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 NEOPLASIA MALIGNA DE MAMA

O câncer é descrito por Robbins (2013) como *uma desordem genética* causada por mutações do DNA, que geralmente são adquiridas espontaneamente ou induzidas por agressões do ambiente.

Estimou-se no Brasil, para o biênio 2016-2017, a incidência de 600 mil novos casos de câncer, destes, 58 mil sendo casos de mulheres com câncer de mama. Ele é a maior causa-morte por câncer nas mulheres em todo o mundo; estimou-se para o ano de 2012 aproximadamente 522 mil mortes. Embora considerado um câncer de bom prognóstico, quando diagnosticado precocemente, as taxas de mortalidade em 2013 continuaram elevadas, sendo cerca de 14 óbitos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2015).

O câncer de mama é caracterizado pelo comprometimento difuso da mama, que adquire características inflamatórias, com o tecido cutâneo apresentando sinais flogísticos. Esse tipo de câncer tem origem multifatorial, caracteristicamente hereditários, genéticos, biológicos e psicossociais, e possui risco aumentado em mulheres com história de menarca precoce e menopausa tardia, primeira gestação após os 30 anos, nuliparidade, terapia de reposição hormonal pós-menopausa, principalmente se prolongada (BRASIL, 2013).

A prevenção primária se dá por medidas simples, relacionadas aos hábitos de vida, controle da obesidade, evitar o sedentarismo, alimentação gordurosa e ingestão alcoólica em excesso (FREITAS et al., 2011).

Existem três estratégias de prevenção secundária para a detecção precoce do câncer de mama: o autoexame das mamas (AEM), o exame clínico das mamas (ECM) e a mamografia bilateral (MMG), esta última considerada o método mais eficiente de rastreio em programas populacionais pelo seu impacto sobre a mortalidade (BRITO et al., 2010).

Atualmente, as estratégias recomendadas para o rastreamento do câncer de mama são o exame clínico das mamas (ECM) e a mamografia. No ECM destacam-se a sensibilidade, inocuidade, baixo custo e boa aceitação feminina. Uma das desvantagens do exame clínico é que tumorações com menos de 2 cm de diâmetro podem ser impalpáveis. Como também relatar os achados encontrados, pois não há uma padronização dos mesmos (BRASIL, 2008).

O autoexame é o método de detecção precoce divulgada pelas campanhas de saúde, porém é aconselhado para que atue como forma de conhecimento do próprio corpo, visto que,

só seja possível, a palpação, detectar nódulos em estágio avançado (JACOMÉ et al., 2011 & OSHIRO et al., 2014).

A mamografia bienal para mulheres entre 50 a 69 anos é a estratégia recomendada pelo Ministério da Saúde para o rastreamento do câncer de mama. Ela é considerada o mais importante método de diagnóstico, sendo complementada por outros meios que auxiliem o prognóstico. O mesmo permite a identificação de alterações ou sinais de malignidade nas mamas, não perceptíveis ao exame clínico. É considerado o método mais eficaz para o diagnóstico precoce (MARCHI & GURGEL, 2010; INCA, 2015; INCA, 2008).

O diagnóstico é tido muito frequentemente em estágios avançados, diminuindo a taxa de sobrevivência. Tem bom prognóstico, se diagnosticado precocemente e tratado, permitindo menor invasão cirúrgica e toxicidade do tratamento (MAKLUF, et al., 2006; JACOME et al., 2011; NAI et al., 2009).

Das terapêuticas clínicas utilizadas para o tratamento do câncer de mama, no tratamento sistêmico usa-se a hormonioterapia, terapia alvo e quimioterapia; no local regional, a radioterapia e o procedimento cirúrgico (SILVA et al., 2010).

A quimioterapia é o método que utiliza drogas antineoplásicas, de forma sistêmica, administrados em intervalos regulares, de acordo com a terapêutica. A hormonioterapia é considerada um tipo de quimioterápico com o uso de substâncias semelhantes ou inibidoras de hormônios para o tratamento (INCA, 2012).

A radioterapia tem o objetivo de destruir as células remanescentes após a cirurgia de mama, ou reduzir o tamanho do tumor antes da mesma. Após cirurgias conservadoras, deve ser aplicada em toda a mama da paciente, independente do tipo histológico, idade, terapias combinadas e até mesmo tecido livre de comprometimento neoplásico (INCA, 2004).

A mastectomia é uma intervenção cirúrgica que pode ser restrita ao tumor, atingir tecidos circundantes ou até a retirada da mama. As técnicas cirúrgicas conservadoras são tumorectomia e quadrantectomia, e as radicais, as mastectomias. A mastectomia radical modificada se dá na remoção de toda a mama, com preservação ou não da musculatura peitoral, a depender da invasão. O tipo histológico do tumor, tamanho do tumor, localização, preferência do profissional, idade e o protocolo usado no serviço em que a mesma está sendo atendida é o que vai determinar a terapêutica (NETTO, ZANON & COLODETE, 2010; SILVA, 2008).

O câncer de mama é um grande desafio às políticas públicas de saúde, que atingem parte da população, exigindo o desenvolvimento de programas e ações de promoção e

prevenção da saúde, de tratamento e controle da doença, bem como de uma rede de serviços integrados que conte com profissionais competentes e humanizados (OHL et al., 2016).

### **3.2 FATORES DE RISCO OBSTÉTRICO**

Os fatores de risco obstétrico relacionados à vida reprodutiva da mulher, são: nuliparidade, idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos, número de abortos, tempo de amamentação e menopausa tardia estão bem estabelecidos em relação ao desenvolvimento do câncer de mama (INCA, 2012).

Ser do sexo feminino constitui-se como fator de risco importante, embora homens apresentem casos, visto a maior quantidade do tecido mamário e a exposição ao estrogênio (INCA, 2015; CLANGNAN et al., 2008).

A idade é um fator de risco importante, pois as taxas de incidência aumentam rapidamente até os 50 anos, aumentando a probabilidade pela participação dos hormônios femininos na etiologia da doença. Entretanto, é observada em mulheres jovens com características clínicas e epidemiológicas bem diferentes dos achados em mulheres mais velhas. Se apresentam mais agressivos, com alta taxa de presença da mutação dos genes BRCA1 e BRCA2, além de superexpressarem o gene do fator de crescimento epidérmico humano receptor HER-2 (INCA, 2015).

Mulheres com história de obesidade na pós-menopausa, densidade mamária elevada, doença benigna da mama, exposição a fatores externos como tabaco, pesticidas e radiação apresentam risco elevado de apresentarem a neoplasia mamária. Além disso, mulheres que tiveram câncer em uma das mamas possuem risco elevado de desenvolverem na mama contralateral (THULER, 2003).

A hereditariedade é um dos mais importantes fatores, onde mulheres com mãe ou irmã com câncer de mama têm seu risco aumentado; e, especialmente, se o diagnóstico tiver sido feito numa idade precoce, antes dos 50 anos. Alterações em genes, como os da família BRCA, aumentam o risco de desenvolver câncer de mama. Entretanto, vale resaltar que cerca de nove em dez casos de câncer de mama, ocorrem em mulheres sem história familiar (INCA, 2015; BRASIL, 2008).

Gonçalves et al. (2010) ressalta que a menopausa tardia, a partir dos 50 anos, é considerada um fator de risco, visto que essas tiveram um maior tempo de exposição hormonal, devido a um maior número de ciclos menstruais durante a vida. Relaciona ainda,

fatores sociais como tabagismo, alcoolismo, obesidade e sedentarismo com o aumentado risco de exposição à doença.

A menarca precoce, menor que 12 anos de idade, e a menopausa tardia, depois dos 50 anos, têm sido descritas como associadas com o aumento do risco de desenvolver o câncer de mama. (THULER, 2003).

Lord et al (2008) defende que a amamentação é um fator protetor para o câncer de mama, para mulheres com gestação até os 25 anos, como também a multiparidade tem efeito protetor de longo prazo quando a primeira gestação também ocorre antes dos 25 anos. Porém, a amamentação é um fator protetor, quando interligada ao seu tempo de duração, considerando que quanto maior o tempo de aleitamento, menor a chance de desenvolvimento do câncer de mama na época da menopausa (INUMARU et al., 2011).

Felden e Figueiredo (2011) perceberam que mulheres que amamentavam seis meses ou mais, possuíam um risco menor de desenvolver o câncer de mama, em comparação com mulheres que amamentaram por um tempo inferior a esse período ou não amamentaram.

Existem dificuldades na amamentação denominadas intercorrências, as quais têm início especialmente nos primeiros dias do pós-parto, quando o processo de amamentação e o ritmo das mamadas se apresentam ainda instáveis. Destas, as principais intercorrências mamárias relacionadas à lactação são: mamilo plano, ingurgitamento mamário obstrutivo e não-obstrutivo, fissura, mastite puerperal e abscesso mamário (CASTRO et al., 2009).

No ingurgitamento mamário, há compressão dos ductos lactíferos, dificultando a saída do leite dos alvéolos; quando não há alívio, a produção do leite pode ser interrompida. O leite acumulado na mama sob pressão torna-se mais viscoso. O ingurgitamento fisiológico é discreto e representa um sinal positivo, não sendo necessária qualquer intervenção. Já no ingurgitamento patológico, a mama fica excessivamente distendida, às vezes acompanhado de febre, hiperemia e edema na mama. A pega fica dificultada para o bebê, e o leite não flui com facilidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

As fissuras mamilares são traumas com ruptura do tecido, uni ou bilateral, com forma e localização variadas, que se apresentam no mamilo, dificultando a amamentação, por provocar dor e sangramento, resultando na pega incorreta e desmame precoce. A mastite é um processo inflamatório de um ou mais segmentos da mama, que pode progredir ou não para infecção bacteriana (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; NETO, 2015).

Baixa renda familiar, idade materna menor que 25 anos, baixa escolaridade materna, ausência de consultas pré-natal, parto domiciliar, falta de orientação sobre amamentação no pré-natal e prematuridade foram identificadas como fatores de risco (ESTEVES et al., 2014).

A amamentação na primeira hora de vida é um contato importante para o vínculo mãe e filho, como estímulo de uma maior duração do aleitamento materno e sua prevalência no âmbito hospitalar, reduzir desta forma a mortalidade neonatal (BOCCOLINI et al., 2011).

A nuliparidade também é um fator de risco relevante, pois a literatura trás a proteção da mama pela amamentação, assim mulheres que não geraram filhos, não se beneficiam desse efeito protetor (BATISTON et al., 2011).

Um estudo retrospectivo evidenciou que um aborto é o suficiente para colocar a mama em risco, sobretudo quando ocorre antes da primeira gestação e em nulíparas, pois a interrupção da gestação em sua fase inicial expõe a mama a altas concentrações de estrogênios, favorecendo a proliferação de células malignas (PINHO; COUTINHO, 2007).

Mathew et al (2008) verificou que as mulheres que residiam na zona rural, tinha medidas antropométricas menores que as da zona urbana. Essa diferença de peso foi associada positivamente na pré e pós-menopausa para o desenvolvimento do câncer de mama, onde as que possuíam menor medida antropométrica, possuía menor fator de risco.

Há evidências da associação positiva entre uma dieta rica em lipídios e as taxas de incidência de câncer de mama. Já em estudos de coorte, uma dieta de gordura parece não estar relacionada como fator de risco para a neoplasia. A ingestão de alimentos ricos em proteínas, particularmente a carne vermelha, também teve associação com a incidência de câncer de mama na última década (LIMA et al., 2008; CIBEIRA & GUARAGNA, 2006).

Com o avançar da idade a menopausa produz alterações relacionadas ao ganho de peso e as alterações na distribuição da gordura. As modificações hormonais estariam mais relacionadas às alterações na distribuição da massa gordurosa do que ao ganho de peso. Lembrando que a má distribuição de gordura, geralmente se encontra na região intra-abdominal e está relacionada com o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, entre elas a diabetes mellitus do tipo 2 e doenças cardiovasculares (BRUINSMA et al., 2013).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial -  $PA \geq 140/90$  mmHg. O diabetes acomete pessoas com histórico familiar, sedentárias, obesas e faixa etária acima de 45 anos (PESSOA, 2015; DOS SANTOS, 2014).

A densidade mamográfica demonstrou relação com o risco aumentado para desenvolvimento do câncer de mama. Em estudos epidemiológicos, a nuliparidade, idade avançada na primeira gestação e menopausa tardia estão relacionadas ao aumento dessa densidade, indicando que os níveis de esteroides influenciam o aumento da densidade mamária (VERHEUS et al., 2007).

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 TIPO DE ESTUDO**

Estudo epidemiológico, descritivo, de caráter exploratório e abordagem quantitativa.

### **4.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA**

A pesquisa foi realizada nas dependências do Laboratório de Ciências e Tecnologia em Saúde (LCTS) que funciona no Hospital Fundação Assistencial da Paraíba (FAP). No que se refere à coleta dos dados, infere-se que foi extensiva ao Setor de Quimioterapia, Radioterapia, Ambulatório de Cancerologia e Ala Oncológica.

### **4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA**

A população é formada por indivíduos diagnosticados com câncer de mama, admitidos no Centro de Cancerologia do Hospital Fundação Assistencial da Paraíba.

A amostra é do tipo acessível e aleatória, composta por 105 pacientes diagnosticadas com câncer de mama.

### **4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

Pacientes do sexo feminino, maior de idade, com cognitivo preservado, diagnosticadas com câncer de mama, tratadas no Hospital Fundação Assistencial da Paraíba, no período de março a setembro de 2017 e que se dispôs a responder o questionário na íntegra.

### **4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

- Pacientes do sexo masculino com diagnóstico de câncer de mama.
- Pacientes com cognitivo pouco ou não preservado.
- Questionários respondidos de forma incompleta ou inadequada.

#### **4.6 INSTRUMENTO DE COLETA**

Foi elaborado um questionário adaptado a partir do protocolo de avaliação, atendimento e reavaliação do LCTS/UEPB, conforme em Apêndice.

#### **4.7 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS E ANÁLISE DE DADOS**

Inicialmente, as pacientes foram selecionadas de forma aleatória, por acessibilidade, estando em tratamento locorregional ou clínico, no Hospital da FAP, admitidas nos setores de Quimioterapia, Radioterapia, Ambulatório de Cancerologia e Ala Oncológica. Em seguida, foram esclarecidas sobre o projeto e perguntadas se aceitavam participar da pesquisa. Quando da resposta positiva, respondiam ao instrumento de coleta de dados, que é um formulário com quinze variáveis, respondido na íntegra, de forma individual.

Por fim, foi realizada a tabulação e tratamento estatístico. As variáveis categóricas foram analisadas por meio de medida de frequência (absoluta, relativa e percentual), no Microsoft Excel 2013.

#### **4.7 ASPECTOS ÉTICOS**

A pesquisa faz parte de um projeto central, denominado “Perfil epidemiológico do câncer cadastrado no Sistema de Registro do Centro de Cancerologia do Hospital da FAP”, aprovado no Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, através da Resolução número 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, com o CAE: 53245415.1.0000.5187.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir serão apresentados os dados quantitativos, tabulados referentes às características sociodemográficas, epidemiológicas, clínico-obstétricas e de proteção.

A Tabela 1 apresenta o quantitativo dos indicadores sociodemográficos da amostra acessível, diagnosticadas com câncer de mama (CID-O C50), no Hospital da FAP. Onde foi possível observar a predominância da faixa etária entre 40 e 59 anos (55,24%), que haviam cursado o ensino fundamental completo (48,57%), casadas (54,29%), procedentes de municípios pactuados com Campina Grande (50,48%).

**Tabela 1** - Quantitativo dos indicadores sociodemográficos e epidemiológicos da amostra acessível diagnosticada com câncer de mama, no Hospital da FAP (n=105).

<b>Variáveis</b>		
<b>Idade</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
20 --  39	9	8,57%
40 --  59	58	55,24%
60 --  79	34	32,38%
80 --  99	5	4,76%
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	10	9,52%
Ensino Fundamental	51	48,57%
Ensino Médio	31	29,52%
Ensino Superior	13	12,38%
<b>Estado Civil</b>		
Solteira	28	26,67%
Casada	57	54,29%
Viúva	11	10,48%
Divorciada	9	8,57%
<b>Procedência</b>		
Campina Grande	52	49,52%
Outros municípios	53	50,48%

Fonte: Dados da Pesquisa, 2017.

No que se refere ao intervalo de faixa etária entre 40 e 59 anos (55,24%), os achados corroboraram com CARVALHO et al., (2010) que evidenciou numa amostra constituída de 439 mulheres a faixa etária predominante entre 40 e 69 anos, com média da idade de 53 anos. Diferentemente dos achados de LINARD et al., (2008), onde a idade das mulheres se encontra entre 20 e 62 anos, sendo o maior contingente entre 20 a 29 anos (43,9%).

Segundo o INCA, (2015) a idade ainda é um dos fatores de risco mais importante, apresentando a taxa de incidência aumentada até os 50 anos, onde após essa idade, o aumento ocorre de forma mais lenta, reforçando a participação dos hormônios femininos na etiologia da doença.

Na amostra, 48,57% das pacientes cursaram o Ensino Fundamental. Acredita-se que quanto maior o grau de escolaridade, maiores serão as oportunidades de acesso aos serviços de Saúde, como também a procura por assistência especializada (BRITO et al., 2010).

A maioria das pacientes são casadas (54,29%). Fato relacionado ao maior cuidado com a saúde, visto que as principais fontes de apoio para mulheres com câncer de mama são os parceiros e membros da família, como também a equipe de saúde que lhe presta atendimento. Salienta-se ainda que dependendo do meio social, pode haver influencia em relação a uma maior adesão e procura pelos serviços de saúde, sendo o estado civil de solteira apontado como fator potencializador para a não realização de práticas preventivas ou exames periódicos (CAPOROSI et al., 2014).

A Tabela 2 apresenta o quantitativo dos indicadores clínico-obstétricos da amostra acessível diagnosticadas com câncer de mama (CID-O C50), no Hospital da FAP.

A amostra se apresentou, a partir da análise de fatores gineco-obstétricos, multigestas (33,33%), múltipera (26,67%), que não sofreram abortos (71,15%), que amamentaram na primeira hora (62,75%), que amamentaram (74,76%), não havendo intercorrência mamária (63%), que fizeram primeira mamografia no intervalo entre 40 e 49 anos (43,83%), com histórico familiar (54,37%), com grau de parentesco em segundo grau (43,10%), com sobrepeso (41,84%), e hipertensão arterial (82%).

**Tabela 2** - Quantitativo dos indicadores clínico-obstétrico e de proteção da amostra acessível diagnosticada com câncer de mama, no Hospital da FAP (n=105).

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Número de Gestações</b>		
Nuligesta	19	18,10%
Primigesta	11	10,48%
Secundigesta	19	18,10%
Tercigesta	21	20,00%
Multigesta	35	33,33%
<b>Número de Paridade</b>		
Nulípara	22	20,95%
Prímípara	13	12,38%
Secudípara	23	21,90%
Multípara	28	26,67%
Grande Multípara	19	18,10%

<b>Número de Abortos</b>		
Nenhum	74	71,15%
1	19	18,27%
2	7	6,73%
3	2	1,92%
≥ 4	2	1,92%
<b>Amamentação na 1ª hora</b>		
Sim	64	62,75%
Não	38	37,25%
<b>Duração do tempo de amamentação</b>		
≤ 06 meses	28	27,18%
07 meses --  12 meses	11	10,68%
13 meses --  18 meses	7	6,80%
19 meses --  24 meses	8	7,77%
≥ 24 meses	23	22,33%
Não amamentou	26	25,24%
<b>Intercorrência mamária</b>		
Rachadura	8	8,00%
Fissura	1	1,00%
Ingurgitamento obstrutivo	14	14,00%
Ingurgitamento não-obstrutivo	5	5,00%
Outros	2	2,00%
Associação de sintomas	7	7,00%
Nenhum	63	63,00%
<b>Idade da 1ª mamografia</b>		
≤ 35 anos	10	11,24%
40 --  49	39	43,82%
≥ 50 anos	27	30,34%
Nunca realizou	6	6,74%
Outros**	7	7,87%
<b>Histórico familiar de câncer de mama</b>		
Sim	56	54,37%
Não	47	45,63%
<b>Grau de Parentesco de câncer de mama</b>		
1ª grau	17	29,31%
2ª grau	25	43,10%
3ª grau	7	12,07%
4ª grau	6	10,34%
Mais de um grau de parentesco	3	5,17%
<b>Índice de Massa Corpórea (IMC)</b>		
Desnutrição	3	3,06%
Normal	31	31,63%
Sobrepeso	41	41,84%
Obesidade	23	23,47%
<b>Doença sistêmica progressa</b>		
Hipertensão arterial sistêmica (HAS)	41	82,00%
Diabetes	9	18,00%

Fontes Dados da Pesquisa, 2017.

Embora a maioria das mulheres tenham referenciado a multíparidade (26,67%) e este esteja um fator protetor, no estudo de Pinho & Coutinho (2007), apenas um episódio de abortamento, mesmo que antes das demais gestações que a mulher venha a ter no futuro ou em casos de nuliparidade, é suficiente para colocar a mama em risco, por expor o tecido mamário a uma maior concentração de estrogênios presentes na fase inicial da gestação. Justificando a ocorrência do câncer de mama em multíparas.

Coimbra (2010), não encontrou nenhuma associação da amamentação como proteção para o desenvolvimento do câncer de mama. Já para Inumaru et al., (2011) a amamentação pode contribuir como efeito protetor das mamas, pois produz a diferenciação completa das células mamárias, assim como uma renovação do tecido mamário eliminando as células que tenham sofrido alguma alteração. Corroborando com os achados da pesquisa onde 62,75% das pacientes amamentaram desde a primeira hora do pós- parto.

No estudo de Felden e Figueiredo (2011) as mulheres que não amamentaram ou amamentaram no máximo até cinco meses apresentam 84% mais chance de desenvolver o câncer de mama, quando comparado as que amamentaram seis meses ou mais. Concordando com os achados do estudo que permitiu evidenciar o número de mulheres que não amamentaram (25,24%), somadas as que amamentaram até 06 meses (27,18%), totalizando mais de 50% da amostra com fator de risco para o CM.

Huo et al., (2008) em um estudo caso-controle desenvolvido na Nigéria com uma amostra de 819 casos e 569 controles, encontrou diminuição de 7% no risco de desenvolver câncer de mama a cada aumento de 12 meses no tempo de amamentação.

No que se refere a faixa etária de maior prevalência para realização da primeira mamografia, o intervalo entre 40 e 49 anos (43,82%) foi eleito como prioritário. Corroborando com o estudo de COIMBRA et al., (2010) que identificou a realização da primeira mamografia em idade mais avançada, demonstrando a importância do exame como padrão ouro para o rastreamento e diagnóstico da doença.

JACOMÉ et al., (2011) sugere em seu estudo que mulheres com fatores de risco para desenvolver o câncer de mama realizem a mamografia anualmente a partir dos 35 anos e as demais a partir dos 40 anos, onde a doença apresenta incidência elevada, aumentando na faixa etária referida e, diminuindo a partir dos 50 anos.

Segundo o INCA (2008) a história familiar como fator de risco para o desenvolvimento do câncer de mama é potencialmente aceitável, visto que mulheres que possuem parentesco de primeiro e segundo grau, mãe ou irmã com câncer de mama, estão associadas ao risco aumentado da doença, principalmente quando considerado o diagnóstico

precoce e idade menos avançada. Os achados da amostra foram prevalentes para parentesco de segundo grau (43,10%).

Corroborando com os estudo de CIBEIRA e GUARAGNA (2006), que associa o desenvolvimento do processo tumorgênico, incluindo iniciação, promoção, latência, crescimento e metástases, com a influência da dieta rica em gordura, evidenciando os achados de sobrepeso da pesquisa em pauta.

Considerando o índice de massa corpórea (IMC), infere-se sua associação com o aumento do risco de doenças crônicas não transmissíveis a exemplo do diabetes tipo 2, hipertensão arterial sistêmica e outras doenças cardiovasculares, como também tumores malignos do cólon, mama feminina na pós-menopausa, endométrio, esôfago e próstata (UAUY; SOLOMONS, 2005).

## 6 CONCLUSÃO

Evidencia-se a correlação entre o câncer de mama feminino e a amamentação como fator protetor. De igual forma, o reduzido número de gestações e paridade como fatores de risco obstétrico.

Salienta-se que não foi encontrada na literatura nenhuma associação das intercorrências mamárias com o câncer de mama.

Inferese, ainda, a necessidade de estudos randomizados para rastrear a população de risco.

## REFERÊNCIAS

A.C.Camargo Cancer Center . **Câncer de mama**. Disponível em <<http://www.accamargo.org.br/tudo-sobre-o-cancer/mama/27/>>

ALMEIDA, Shirley dos Praseres. **A CINESIOTERAPIA EM PACIENTE PÓS MASTECTOMIZADA**. Monografia. 2008.

BATISTON, Adriane Pires et al. **Conhecimento e prática sobre os fatores de risco para o câncer de mama entre mulheres de 40 a 69 anos**. 2011.

BOCCOLINI, Cristiano Siqueira et al. **Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida**. Revista de Saúde Pública, v. 45, n. 1, p. 69-78, 2011.

BRASIL, M. S. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2016: Incidência de câncer no Brasil** [Internet]. 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL ESTEVES, Tania Maria et al. **Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida: revisão sistemática**. Revista de Saúde Pública, v. 48, n. 4, 2014

BRITO, Luciane Maria Oliveira et al. **Conhecimento, prática e atitude sobre o autoexame das mamas de mulheres de uma cidade do Nordeste do Brasil**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 32, n. 5, p. 241-246, 2010.

BRUINSMA, Fabiana et al. **VALORES DE GLICEMIA EM MULHERES PÓS-MENOPAUSA SEGUNDO A REPOSIÇÃO HORMONAL**. Revista Contexto & Saúde, v. 11, n. 20, p. 525-532, 2013.

CAPOROSSI, Jackeline AM et al. **Mastectomia e a incidência de transtorno de estresse pós-traumático**. Psicologia, Saúde & Doenças, v. 15, n. 3, p. 800-815, 2014.

CASTRO, Keila Formiga de et al. **Intercorrências mamárias relacionadas à lactação: estudo envolvendo puérperas de uma maternidade pública de João Pessoa, PB**. Mundo saúde, v. 33, n. 4, p. 433-9, 2009.

- CIBEIRA, Gabriela Herrmann; GUARAGNA, Regina Maria. **Lipídio: fator de risco e prevenção do câncer de mama.** Revista de nutrição, 2006.
- CARVALHO DE MATOS, Jéssica; PELLOSO, Sandra Marisa; DE BARROS CARVALHO, Maria Dalva. **Prevalência de fatores de risco para o câncer de mama no município de Maringá, Paraná.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 18, n. 3, 2010.
- COIMBRA, Ronaldo et al. **Fatores gineco-obstétricos associados à neoplasia maligna da mama em mulheres de 20 a 64 anos de idade.** Saúde Coletiva, v. 7, n. 39, 2010.
- CLAGNAN, Willian Simões et al. **Idade como fator independente de prognóstico no câncer de mama.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 30, n. 2, p. 67-74, 2008.
- DA SILVA, Lucia Cecilia. **Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino.** Psicologia em estudo, v. 13, n. 2, p. 231-237, 2008.
- DE EDUCAÇÃO, INCA Coordenação. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer.** 2012.
- DE LOURDES OSHIRO, Maria et al. **Câncer de mama avançado como evento sentinela para avaliação do programa de detecção precoce do câncer de mama no Centro-Oeste do Brasil.** Revista Brasileira de Cancerologia, v. 60, n. 1, p. 15-23, 2014.
- DE MEDEIROS JÁCOME, Epaminondas et al. **Detecção do câncer de mama: conhecimento, atitude e prática dos médicos e enfermeiros da estratégia saúde da família de Mossoró, RN, Brasil.** Revista Brasileira de Cancerologia, v. 57, n. 2, p. 189-198, 2011.
- DOS SANTOS, Maria Sebastiana; FREITAS, Monique Neto; DE OLIVEIRA PINTO, Fernanda. **O diabetes mellitus tipo 1 e tipo 2 e sua evolução no município de Quissama-RJ.** LINKSCIENCEPLACE-Interdisciplinary Scientific Journal, v. 1, n. 1, 2014
- ESTIMATIVA, I. N. C. A. incidência de câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro, 2012.
- Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2015.

FELDEN, Jussara Beatriz Borre; FIGUEIREDO, Andreia Cristina Leal. **Distribuição da gordura corporal e câncer de mama: um estudo de caso-controle no Sul do Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 5, 2011.

GOMES LINARD, ANDREA; MAGALHÃES DA SILVA, RAIMUNDA; DA CRUZ MENDONÇA, FRANCISCO ANTONIO. **PRÁTICAS DE SAÚDE DECORRENTES DOS FATORES DE RISCO PARA O CÂNCER DE MAMA EM MULHERES TRABALHADORAS.** *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 9, n. 3, 2008.

GONÇALVES, Leila Luíza Conceição et al. **Fatores de risco para câncer de mama em mulheres assistidas em ambulatório de oncologia.** 2010.

GONÇALVES, Andrea Teixeira Cadaval et al. **Câncer de mama: mortalidade crescente na Região Sul do Brasil entre 1980 e 2002.** *Cadernos de saúde pública*. Rio de Janeiro. Vol. 23, n. 8 (ago. 2007), p. 1785-1790, 2007.

HUO, D. et al. **Parity and breastfeeding are protective against breast cancer in Nigerian women.** *British journal of cancer*, v. 98, n. 5, p. 992-996, 2008.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Normas e recomendações do Ministério da Saúde: controle do câncer de mama;** documento de consenso. *Rev Bras Cancerol*. 2004.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância – (Conprev). **Falando sobre câncer de mama.** – Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002.

INUMARU, Livia Emi; DA SILVEIRA, Érika Aparecida; NAVES, Maria Margareth Veloso. **Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma revisão sistemática Risk and protective factors for breast cancer: a systematic review.** *Cad. saúde pública*, v. 27, n. 7, p. 1259-1270, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (BRASIL); BARBOSA, Maria Bernadete Alves. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço.** INCA, 2008.

LIMA, Flávia Emília Leite de et al. **Diet and cancer in Northeast Brazil: evaluation of eating habits and food group consumption in relation to breast cancer.** *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, n. 4, p. 820-828, 2008.

LORD, Sarah J. et al. **Breast cancer risk and hormone receptor status in older women by parity, age of first birth, and breastfeeding: a case-control study.** Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers, v. 17, n. 7, p. 1723-1730, 2008.

MAKLUF, Ana Silvia Diniz; DIAS, Rosângela Corrêa; BARRA, Alexandre de Almeida. **Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama.** Rev Bras Cancerol, v. 52, n. 1, p. 49-58, 2006.

MARCHI, Ailton Augustinho et al. **Adesão ao rastreamento mamográfico oportunístico em serviços de saúde públicos e privados.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2010.

MATHEW, A. et al. **Anthropometric factors and breast cancer risk among urban and rural women in South India: a multicentric case-control study.** British journal of cancer, v. 99, n. 1, p. 207-213, 2008.

NAI, Gisele Alborghetti et al. **Projeto de extensão universitária de orientação sobre o câncer de mama.** Rev Bras Med, v. 66, n. 10, 2009.

NETO, Corintio Mariani. **Manual de aleitamento materno** / Corintio Mariani Neto. 3ª ed. -- São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2015.

NETTO, Cristiane Moraes; ZANON, Danielle Manhães Tavares; DE OLIVEIRA COLODETE, Roberta. **Terapia Manual em Mastectomizadas: Uma Revisão Bibliográfica.** PerspectivasOnLine 2007-2010, v. 4, n. 15, 2014.

OHL, Isabella Cristina Barduchi et al. **Public actions for control of breast cancer in Brazil: integrative review.** Revista brasileira de enfermagem, v. 69, n. 4, p. 793-803, 2016.

PESSOA, Fabrício Silva et al. **Redes de atenção à saúde: rede de atenção às condições crônicas.** 2015.

PINHO, Valéria Fernandes de Souza; COUTINHO, Evandro Silva Freire. **Variáveis associadas ao câncer de mama em usuárias de unidades básicas de saúde.** Cad saúde pública, p. 1061-1069, 2007.

ROBBINS, patologia básica / Vinay Kumar... [et al] ; [tradução de Claudia Coana... et al.]. - Rio de Janeiro : Elsevier, 2013.

SILVA, Camila Bento; ALBUQUERQUE, Verônica; LEITE, Jonas. **Qualidade de vida em pacientes portadoras de neoplasia mamária submetidas a tratamentos quimioterápicos.** Rev bras cancerol, v. 56, n. 2, p. 227-36, 2010.

THULER, Luiz Claudio et al. **Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino.** Rev Bras Cancerol, v. 49, n. 4, p. 227-38, 2003.

UAUY, Ricardo; SOLOMONS, Noel. **Diet, nutrition, and the life-course approach to cancer prevention.** The Journal of nutrition, v. 135, n. 12, p. 2934S-2945S, 2005.

VERHEUS, Martijn et al. **No relationship between circulating levels of sex steroids and mammographic breast density: the Prospect-EPIC cohort.** Breast Cancer Research, v. 9, n. 4, p. R53, 2007.

VIEIRA, Daniella Serafin Couto et al. **Carcinoma de mama: novos conceitos na classificação.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria, 2008.

## APÊNDICE

**APÊNDICE A –*****Avaliação dos fatores gineco-obstétricos que interferem no câncer de mama*****IDENTIFICAÇÃO**

Nº \_\_\_\_\_ Nº do prontuário: \_\_\_\_\_  
 Nome da paciente \_\_\_\_\_ Data de nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
 Município: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_  
 Grau de escolaridade \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

**1º. Idade da menarca - G**

- <12       >12  
 Não lembra  
 Outros

**9º. Idade da 1ª mamografia - GO**

- <35 anos       40-49 anos  
 > 50 anos       Não lembra  
 Outros

**2º. Idade da primeira gestação - GO**

- 15 -| 25       26 -| 35  
 36 -| 46...

**10º. História familiar de câncer de mama - GO**

- Não    Sim  
 Grau de Parentesco  
 1º ( ) 2º ( ) 3º ( )

**3º. Número de gestações - GO**

- Primigesta    Secundigesta  
 Tercigesta    Multigesta

**11º. Estado Nutricional - GO**

- Estável    Sobrepeso  
 Obesa    Desnutrida

**4º. Número de paridade - GO**

- Nulípara    Primípara  
 Secundípara    Multípara  
 Grande multípara

**5º. Número de abortos - GO**

- 1       2  
 3      Outros \_\_\_\_\_

**6º. Amamentação na primeira hora pós - parto - O**

- 1º hora do pós-parto  
 Sim       Não

**7º. Tempo de amamentação - O**

- Até 6 meses    6 -| 12 meses  
 12 -| 18       18 -| 24  
 >24

**8º. Intercorrências mamárias - O**

- Rachadura  
 Fissura mamilar  
 Ingurgitamento ( ) Obstrutivo  
 Não obstrutivo  
 Nódulos de retenção láctea  
 Mastite ( ) Fúngica  
 Bacteriana  
 Abscesso  
 Nenhuma