

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE - DS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

**CONHECIMENTO DE ADOLESCENTES SOBRE O
DESENVOLVIMENTO DA MAMA E OS FATORES DE RISCO
PARA O CÂNCER**

BÁRBARA CABRAL DE SOUSA

**JEQUIÉ/BA
2013**

BÁRBARA CABRAL DE SOUSA

**CONHECIMENTO DE ADOLESCENTES SOBRE O
DESENVOLVIMENTO DA MAMA E OS FATORES DE RISCO
PARA O CÂNCER**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, em Nível de Mestrado Acadêmico, do Departamento de Saúde, área de concentração Saúde Pública, do Campus Universitário da UESB, Jequié-Bahia, para obtenção do título de Mestre.

Linha de pesquisa: Educação em Saúde e Sociedade

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Zenilda Nogueira Sales

**JEQUIÉ/BA
2013**

S696 Sousa, Bárbara Cabral de.
Conhecimento de adolescentes sobre o desenvolvimento da mama e os fatores de risco para o câncer/Bárbara Cabral de Sousa. - Jequié, 2013.
92f: il.; 30cm. (Anexos)

Dissertação (Mestrado-Programa de pós-graduação em Enfermagem e Saúde) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2013. Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Zenilda Nogueira Sales.

1. Câncer de mama – Conhecimento de adolescentes sobre os fatores de risco 2. Mama – Conhecimento de adolescentes sobre o desenvolvimento 3. Adolescentes do sexo feminino – Conhecimento sobre o desenvolvimento da mama 4. – Adolescentes do sexo feminino – Conhecimento sobre os fatores de risco para o câncer de mama I. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II. Título.

CDD – 616.994

FOLHA DE APROVAÇÃO

SOUSA, Bárbara Cabral de. **Percepção de adolescentes sobre o desenvolvimento da mama e os fatores de risco para o câncer.** 2013. Dissertação de mestrado – Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (Área de concentração em Saúde Pública). Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié-Bahia.

Prof.^a Dr.^a. Zenilda Nogueira Sales

Professora Titular da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.
Orientadora e Presidente da Banca

Prof.^a Dr.^a. Rita Narriman Silva de Oliveira Boery

Professora Titular da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.
2^a Examinadora

Prof.^a Dr.^a. Ana Cristina Santos Duarte

Professora Titular da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.
3^a Examinadora

Jequié/BA, _____ de _____ de 2013

Dedico esta pesquisa a todas as pacientes de câncer de mama deste país. A estas mulheres guerreiras, que nesta vida foram acometidas a oportunidade de ceder seus corpos, medos, coragem e sua alma a nós, pesquisadores, para que no futuro possamos ajudar outras mulheres a se prevenir deste mal. Dedico especialmente as adolescentes do Brasil, para que lutem por seus ideais e que nunca cesse em seus seres a sede de conhecimento. Que o conhecimento sobre sua saúde emane em todas elas a vontade de cuidar-se e prevenir-se.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por me permitir o sopro da vida, a oportunidade de viver até aqui para vivenciar o caminho da ciência e de participar da vida de pessoas tão especiais.

Ao **Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde** da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (PPGES - UESB), pela oportunidade acadêmica. Ao Coordenador Cezar Augusto Casotti e vice-coordenadora Alba Benemérita Alves Vilela, pelo apoio e compreensão.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)**, por subsidiar a pós graduação stricto sensu (mestrado) na UESB, no campus de *Jequié*, no interior da Bahia, proporcionando o desenvolvimento desta pesquisa e de tantas outras tão importantes para o sertão baiano.

A **Zenilda**, minha orientadora, pela paciência e tranquilidade em lidar com minhas ansiedades. Obrigada pela disponibilidade em todos os nossos encontros, mas principalmente por me dar a liberdade de escolher meus caminhos na pesquisa e confiar no meu potencial. És extremamente profissional, competente, amiga e humilde. Agradeço pelos incentivos nos momentos de desânimos, de luz nos momentos de escuridão e por entender meu contexto pessoal. A ética é sua característica mais marcante.

Aos **meus pais**, meu maior exemplo de vida e amor, pelo incentivo, por acreditarem em mim e por proporcionarem todas as oportunidades da minha vida. Uma vida não bastará de gratidão a vocês.

Aos **meus irmãos e minha cunhada Tati**, pela compreensão da minha ausência e acreditarem em meus sonhos: a **Bruno**, pela preocupação e recomendações na vida; a **Sabrina**, pelos conselhos tão maduros, sensatos e carinhosos mesmo no auge de seus três anos.

À **minha família**, por acreditarem que minha ausência nesses anos seria recompensada.

A **André Correia** pela paciência e silêncio nos momentos mais difíceis desta fase. Obrigada também pela alegria da convivência e por me ensinar que a vida é feita verdadeiramente de fases. Com você as palavras amor e felicidade fizeram sentido.

Aos **professores** Adriana, Ana Cristina, Alba, Cezar, Edite, Eduardo, Fábio, Luzia, Maria Adelaide, Marcos Henrique, Rita, Sergio e Zenilda, pela convivência e aprendizado em grupo.

Aos **meus colegas** de turma Juliana Oliveira, Juliana Xavier, Wanderlei, Luana, Isnara, Moema, Ramon, Charles, Elisama, Jussiara, Henika, Karlla, Lais, Luciene, Lucineia, Nivea, Ricardo, Roberta, Samia, Sheylla, Valeria. Juntos, passamos pelos dois anos mais difíceis de muitas de nossas vidas, mas os frutos valeram a pena.

Em especial a **Juliana Oliveira** por me ajudar nos momentos mais difíceis e quando eu achava que não ia mais dar certo, seu apoio foi fundamental nesta jornada. Carinho especial a Isnara, Wanderley, Luana, Moema, Elisama, Juliana Xavier, Lais.

A **Viviane**, Secretaria Municipal de Saúde e equipe, pela oportunidade de conciliar a pesquisa e o trabalho. Todos os nossos esforços serão recompensados.

Aos **meus colegas de trabalho** da Secretaria Municipal de Saúde, pela torcida e compreensão.

A **Cláudia Macedo**, que me apresentou o prazer de pesquisar. Seus incentivos, puxões de orelha e cuidado nunca serão esquecidos. Serei eternamente grata a você. Nossa luta contra o câncer de mama está apenas começando.

A **Eliana Amorim**, amiga, professora e conselheira. Deus não oportuniza a convivência com pessoas especiais por acaso.

A **Adriano Maia**, professor e amigo especial, obrigada pelas sugestões, contribuições e carinho.

À **minha família de Jequié** (Dani, João, Nega, Maria, Rafaela, Vitor e Meire) e em especial a minha mãe jequeense, **Terezinha**. Obrigada por todo cuidado desde as ideias para os trabalhos ao carinho de me cobrir a noite.

A Gabriel, Milva, Vane, Mira, Lane, Stefani, Vô Antônio, Vó Ester, Vó Odília, Marcos, Eduardo, Vanessa, Tia Mariá, Washington e Clécia pela preocupação, apoio e amizade.

À minha **Vó Maria Eufrásia (in memoriam)** que, acometida por um câncer agressivo, não pôde oportunizar minhas vitórias e concretizar em mim todos os seus conselhos.

Às **adolescentes** que nesta pesquisa cederam seus saberes e dúvidas sobre o complexo mundo do desenvolvimento humano.

Ao **diretor da DIREC 20, diretores e professores** das duas instituições de ensino, que me acolheram e entendem a importância do desenvolvimento da educação no Brasil.

Ao **Dr. Antônio Moura**, obrigada pela escuta, choros, risadas e acolher minhas ideias de mundo.

A todas as pessoas não citadas em palavras aqui, não lembradas, mas guardadas no coração, obrigada pelas orações.

“Penso que se eu tivesse tido oportunidade de saber as coisas que causam o câncer, antes de eu ter a doença, como se cuidar para não ter ele, talvez eu poderia não ter tido câncer de mama e também ajudaria outras pessoa a não ter esta doença.” (Anny, 1991-2010)

RESUMO

Este estudo tem como objetivo apreender o conhecimento das adolescentes sobre o desenvolvimento da mama e os fatores de risco para câncer de mama em escolas da zona urbana de Ensino Médio da rede pública de Vitória da Conquista – Bahia. O estudo tem caráter exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa e foi realizado com adolescentes do sexo feminino, com idade compreendida entre 13 e 19 anos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, sob protocolo nº 141/2011. Para coleta dos dados, empregou-se um formulário estruturado com perfil biosociodemográfico, com quesitos sobre conhecimento da mama e fatores de risco para o câncer. Realizou-se também uma entrevista que tratava do conhecimento referente ao desenvolvimento da mama e fatores de risco para o câncer. Através de um sorteio, foram escolhidas 53 adolescentes em duas escolas do município que responderam ao formulário; destas, 07 adolescentes possuíam fatores de risco para o câncer de mama. Para tratamento dos dados, utilizou-se o aplicativo Microsoft Excel 2010, e a análise de Conteúdo de Bardin (2011). Entre as participantes, 98% tinham entre 15 e 19 anos; 94% eram solteiras; 73% declaram-se afrodescendentes; 96% descreveram que o celular e a televisão são os meios de comunicação que mais têm acesso; 71% delas têm acesso à internet em casa. Citaram como normais no desenvolvimento das mamas: ausência completa da mama, ausência de um ou ambos os mamilos, caroços endurecidos na mama, saída de secreção pelo mamilo. Quanto aos fatores de risco apresentados para o câncer de mama, 66% apresentaram a menarca entre os 11 a 13 anos e possuem de 50 a 70 Kg, 41% declararam já ter feito uso de bebida alcoólica, 1,89% disseram fazer uso do cigarro, 49% afirmam consumir frutas, grãos, verduras e /ou legumes diariamente. Os métodos contraceptivos utilizados pelas adolescentes foram: anticoncepcional oral, injetável e camisinha. 20% das estudantes possuem familiar com câncer de mama. A média de idade do diagnóstico dos familiares foi de 31 a 40 anos, representando 36% das idades citadas. No conteúdo temático foram identificadas cinco categorias com nove subcategorias: conhecimento das mamas; pessoas com câncer de mama; métodos contraceptivos; fatores de risco no câncer de mamas; desconhecimento sobre o câncer de mama. Conclui-se que, apesar das adolescentes terem acesso aos meios de comunicação em massa, apresentam opiniões confusas ou precárias sobre o desenvolvimento das mamas, já que algumas citaram itens considerados patológicos ou anormais como normais. É perceptível a falta de informação na população adolescente referente ao desenvolvimento das mamas e fatores de risco para o câncer, o que sugere trabalhos mais específicos na educação sobre o câncer de mama nesta população, afinal, sem as informações necessárias para cuidados preventivos poderão futuramente apresentar esta patologia.

Palavras-chave: Adolescentes. Câncer de mama. Fatores de risco.

ABSTRACT

This study aims to grasp the knowledge of adolescents about breast development and the risk factors for breast cancer in secondary education in public schools of Vitória da Conquista - Bahia. The research is exploratory and descriptive, with quantitative and qualitative approach and was conducted with adolescent females, aged between 13 and 19 years. The study was approved by the Ethics Committee (CEP) of the State University of Southwest Bahia - UESB, protocol number 141/2011. For data collection, we used a structured form with biological social demographic profile with questions about their knowledge of breast cancer and risk factors for cancer. We also conducted an interview that was knowledge concerning the development of breast cancer and risk factors for cancer. Through a lottery, were selected 53 adolescents in two schools in the city that responded to the form of these, 07 adolescents had risk factors for breast cancer. For data processing, we used the Microsoft Excel 2010 application, and content analysis of Bardin (2011). Among the participants, 98% were between 15 and 19 years, 94% were single, 73% say they are of African descent, 96% reported that the cell phone and television are the media who have more access, 71% have Internet access at home. Cited as the normal development of breast: the complete absence of breast absence of one or both nipples hardened lumps in the breast secretions from the nipple outlet. Regarding risk factors presented for breast cancer, 66% had menarche between 11-13 years and have 50-70 kg, 41% reported having used alcohol, 1.89% said they make use of cigarette, 49% claim to consume fruits, grains, vegetables and / or legumes daily. The contraceptive methods used by adolescents were: oral contraceptives, injectable contraceptives and condoms. 20% of the students are familiar with breast cancer. The average age at diagnosis of relatives was 31-40 years, representing 36% of the mentioned ages. In thematic content were identified five categories with nine subcategories: knowledge of the breasts; persons with breast cancer and contraceptive methods; risk factors in breast cancer; ignorance about breast cancer. It is concluded that despite the teens have access to the means of mass communication, have poor or confusing opinions about the development of the breasts, as some mentioned items considered pathological or abnormal as normal. It is noticeable the lack of information in the adolescent population for the development of breast and risk factors for cancer, which suggests more specific work on education about breast cancer in this population, after all, without the necessary information for preventive care may present future this pathology.

Keywords: Adolescence. Breast cancer. Risk factors.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1:	Distribuição das variáveis sociodemográficas das 53 adolescentes entrevistadas, Vitória da conquista, Bahia, 2012.	42
QUADRO 2:	Fatores de risco apresentados pelas adolescentes da pesquisa, Vitória da Conquista, Bahia, 2012.	46
QUADRO 3:	Distribuição das categorias e subcategorias simbólicas do câncer de mama, apresentadas pelas adolescentes de ensino médio da rede pública de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, 2012.	58
QUADRO 4:	Extrato das unidades temáticas sobre marco menstrual, sujeitas da pesquisa, Vitória da Conquista, Bahia, 2012.	61
QUADRO 5:	Extrato das unidades temáticas sobre auto imagem, sujeitas da pesquisa, Vitória da Conquista, Bahia, 2012.	62
QUADRO 6:	Extrato das unidades temáticas sobre parentes, sujeitas da pesquisa, Vitória da Conquista, Bahia, 2012.	65
QUADRO 7:	Extrato das unidades temáticas sobre outras pessoas, sujeitas da pesquisa, Vitória da Conquista, Bahia, 2012.	67
QUADRO 8:	Extrato das unidades temáticas sobre não provoca câncer de mama, sujeitas da pesquisa, Vitória da Conquista, Bahia, 2012.	68
QUADRO 9:	Extrato das unidades temáticas sobre provoca câncer de mama, sujeitas da pesquisa, Vitória da Conquista, Bahia, 2012.	69
QUADRO 10:	Extrato das unidades temáticas sobre características hereditárias, sujeitas da pesquisa, Vitória da Conquista, Bahia, 2012.	71
QUADRO 11:	Extrato das unidades temáticas sobre prevenção, sujeitas da pesquisa, Vitória da Conquista, Bahia, 2012.	73
QUADRO 12:	Extrato das unidades temáticas sobre hábitos de vida saudáveis, sujeitas da pesquisa, Vitória da Conquista, Bahia, 2012.	75
QUADRO 13:	Extrato das unidades de análise sobre desconhecimento do câncer de mama, sujeitas da pesquisa, Vitória da Conquista, Bahia, 2012.	77

LISTA DE TABELAS

- TABELA 1:** Características das mamas consideradas fisiológicas pelas 53 adolescentes do estudo, Vitória da Conquista, Bahia, 2012. 43
- TABELA 2:** Características consideradas sinais e sintomas do câncer de mama, pelas adolescentes de ensino médio da rede pública de ensino de vitória da conquista, Bahia, 2012. 52
- TABELA 3:** Características consideradas fatores de risco para o câncer de mama, pelas adolescentes de ensino médio da rede pública de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, 2012. 54
- TABELA 4:** Distribuição das unidades temáticas e percentuais das subcategorias da categoria conhecimento da mama, segundo adolescentes de ensino médio da rede pública de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, 2012. 59
- TABELA 5:** Distribuição das unidades temáticas e percentuais das subcategorias da categoria pessoas com câncer de mama, segundo adolescentes de ensino médio da rede pública de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, 2012. 63
- TABELA 6:** Distribuição das unidades temáticas e percentuais das subcategorias da categoria métodos contraceptivos hormonais, segundo adolescentes de ensino médio da rede pública de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, 2012. 68
- TABELA 7:** Distribuição das unidades temáticas e percentuais das subcategorias da categoria fatores de risco no câncer de mama, segundo adolescentes de ensino médio da rede pública de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, 2012. 70

LISTA DE ABREVIATURAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BRCA 1	Breast cancer 1, early onset
BRCA 2	Breast cancer type 2 susceptibility protein
CEMAE	Centro Municipal de Atenção Especializada
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DCNT	Doenças Crônicas Não transmissíveis
DIREC	Diretoria Regional de Educação
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PROSAD	Programa de Atenção a Saúde do Adolescente
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO	14
1.1	INTERESSE PELO OBJETO DE ESTUDO	14
2	BASE TEÓRICA	20
2.1	SAÚDE DA ADOLESCENTE NO BRASIL	20
2.2	DESENVOLVIMENTO DA MAMA	22
2.3	EPIDEMIOLOGIA E FATORES DE RISCO PARA CÂNCER DE MAMA	25
3	METODOLOGIA	29
3.1	TIPO DE PESQUISA	29
3.2	CENÁRIO DA PESQUISA	30
3.3	SUJEITOS DA PESQUISA	31
3.4	ESTRATÉGIAS PARA COLETA DOS DADOS	32
3.5	INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	35
3.6	TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	38
4	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS APREENDIDOS	40
4.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS ADOLESCENTES INVESTIGADAS	40
4.2	TRIAGEM DOS FATORES DE RISCO PARA CÂNCER DE MAMA	43
4.3	CONHECIMENTO DAS ADOLESCENTES QUE APRESENTARAM FATORES DE RISCO PARA O CÂNCER DE MAMA	51
4.4	PERCEPÇÃO DAS ADOLESCENTES SOBRE O DESENVOLVIMENTO DA MAMA E O CÂNCER	58
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
	REFERÊNCIAS	82
	APÊNDICES	93
	APÊNDICE A: TCLE para adolescentes maiores de 18 anos	94
	APÊNDICE B: TCLE para adolescentes menores de 18 anos	96
	APÊNDICE C: Modelo de Pré-teste	98
	APÊNDICE D: Questionário Biosociodemográfico	99
	APÊNDICE E: Roteiro para entrevista focalizada	102
	ANEXOS	105
	ANEXO A: Ofício de Aprovação do CEP/UESB	106
	ANEXO B: Autorização para coleta de dados	107

1 CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO

1.1 INTERESSE PELO OBJETO DE ESTUDO

Em minha carreira profissional, comecei muito cedo a lidar com o câncer. Ainda na graduação, intrigava-me disciplinas como anatomia humana, histologia, imunologia e patologia. Essa curiosidade conduziu-me a ser monitora de anatomia humana e patologia. Na anatomia humana, descobri que era possível aprender os mais diversos termos e técnicas com ludicidade, o que me levou a publicar alguns trabalhos na área de educação em anatomia humana. Na patologia, obtive a oportunidade de conhecer o processo de adoecimento dos órgãos e algumas doenças como o câncer.

Neste caminhar de construção do saber, sempre me prendeu a atenção técnicas de aprendizagem, sensibilização do outro sobre um determinado conhecimento e o acesso à informação, sobretudo a saúde a qualquer indivíduo.

Ainda durante a graduação, fui selecionada para um curso de extensão em centro cirúrgico e pude acompanhar diversas cirurgias em um hospital do meu município. No entanto, as cirurgias mais agressivas e cautelosas eram as da área de oncologia. Na construção dos meus saberes, a que mais me tocava durante o processo de auxílio cirúrgico eram as mastectomias radicais. Neste período, inquietava-me saber o percurso que aquelas pacientes percorreram até aquela mesa cirúrgica para retirada do órgão que mais diferencia a mulher do homem, motivo de orgulho e expressão feminina para muitas mulheres. Inquietava-me saber se aquelas mulheres tiveram acesso à informação, a prevenção e ao diagnóstico precoce. Quais seriam seus medos, mitos e angústias em relação ao câncer de mama?

Após esse período, houve ainda a oportunidade de ser bolsista estagiária num laboratório de anatomopatológica da minha cidade. Neste laboratório comecei a perceber, ainda empiricamente, que as peças que mais chegavam para análise em mulheres, depois das lesões de pele, eram materiais de mama. Alguns resultados eram de tumores iniciais, outros de tumores avançados e, por vezes na semana, recebíamos peças de mamas inteiras, inclusive com linfonodos axilares

comprometidos. Nesta fase, mais familiarizada com outras disciplinas da enfermagem, percebi que o câncer de mama era um problema de saúde pública não apenas de forma mais geral para o Brasil e a Bahia, mas especificamente Vitória da Conquista.

Decidi, então, que escolheria o câncer de mama como objeto de estudo na minha carreira profissional, com ênfase na área educacional e de prevenção desta doença. Durante o trabalho de conclusão de curso, pesquisei sobre o conhecimento que os estudantes da área de saúde possuíam sobre o câncer de mama masculino e o autoexame.

Na busca por respostas, aprofundei-me no tema na especialização em Saúde Pública e Magistério Superior que me deram subsídios teóricos, epidemiológicos e educacionais para explicitar melhor o conhecimento dos estudantes de enfermagem sobre o câncer de mama. Esperava identificar nestes futuros profissionais não apenas o conhecimento sobre a patologia, mas gerar a reflexão da importância do seu cuidado nas futuras práticas profissionais com pacientes acometidos por esta patologia, ou ir além, desenvolver a sensibilidade do auxílio na detecção precoce desta doença.

Contudo, prestes a defender o trabalho de conclusão de curso, perdi a minha avó paterna, por um tumor maligno de vias biliares que lhe tirou a vida em seis meses, do diagnóstico ao óbito. Esta fase da minha vida, apesar de triste, motivou-me ainda mais a trabalhar com a detecção precoce e a disseminação do conhecimento do câncer de mama para as mulheres.

Como profissional de enfermagem, acolhi diversas pacientes acometidas por este câncer, em situações mais diversas de diagnóstico: iniciais, em tratamento ou em fase terminal. Estas experiências me acompanharam como enfermeira da atenção básica, na assistência na rede hospitalar e, por fim, como coordenadora do Centro Municipal de Atenção Especializada (CEMAE).

Na rede especializada, pude perceber na gestão da rede de cuidado de Vitória da Conquista e mais de noventa municípios pactuados e seus municípios a dimensão social, econômica e emocional que o câncer de mama trazia para essas mulheres e seus familiares. Nesta trajetória, fato que me tocou profundamente e também aos mastologistas e funcionários que trabalhavam no centro de especialidades, foi a perda de uma paciente, adolescente de 18 anos, acometida por

câncer de mama agressivo, bilateral, com diversas metástases e fatal em um curto intervalo de tempo.

Com tratamento em curso para câncer de mama, Anny¹, proferiu as seguintes palavras: “Penso que se eu tivesse tido oportunidade de saber as coisas que causam o câncer, antes de eu ter a doença, como se cuidar para não ter ele, talvez eu poderia não ter tido câncer de mama e também ajudaria outras pessoa a não ter esta doença”. A fala de esperança desta jovem no leito da morte cativou-me a decidir trabalhar o tema câncer de mama com adolescente.

A oportunidade de trabalhar o câncer de mama com um público diferente de profissionais de saúde e mulheres, propriamente dita, surgiu no Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde Pública através da qualificação do projeto focado no objeto de estudo adolescente. O desejo de encontrar a circunscrição destas adolescentes sobre o desenvolvimento de suas mamas e o que conhecem sobre os fatores de risco para o câncer de mama emergiu nesta dissertação.

Nesta vertente, é possível apreender um campo do conhecimento extremamente interessante. Infelizmente, os cursos da área de saúde, especificamente os de enfermagem, apesar de apresentarem disciplinas curriculares voltadas para o cuidado aos adolescentes; vem atrelados a termos como “saúde da criança e do adolescente”, que não oportunizam o acadêmico de enfermagem vivenciar concretamente as dificuldades e processos de saúde adolescência com os quais terão de lidar na sua pratica profissional.

Silva (2011, p.18) afirma que

A prática de cuidados e assistência ao adolescente apresenta-se como desafio, na medida que em diversos fatores coassociados estão imbricados nesses processo. Mudanças nos padrões de morbimortalidade para esta faixa etária, as ações e serviços (in)disponibilizados, situações envolvendo a relação adolescente-profissional, as relações familiares, sociais, econômicas e educacionais, dentre outras, sintetizam a complexidade que envolve o cuidado ao adolescente.

Entretanto, a educação em saúde na adolescência necessita de uma base sólida para prover o bem-estar individual e da comunidade. A educação é um instrumento que a enfermagem utiliza para cuidar do indivíduo no desenvolvimento

¹ Anny (1991-2010) é o nome fictício de uma adolescente que faleceu aos 19 anos, vítima de câncer bilateral de mama. Recebeu o diagnóstico com 18 anos e em seis meses foi a óbito.

de comportamentos de saúde efetivos e na modificação de padrões de vida que possam levar as pessoas a menores riscos de doenças.

Acredita-se que este estudo pode contribuir de maneira efetiva e significativa para a qualidade de vida de uma população, especialmente em indivíduos na fase infantil e adolescente, período em que essas pessoas se encontram vulneráveis e mais expostas a condições que podem trazer-lhe riscos; assim, a educação em saúde, por meio de abordagens participativas lúdicas, proporciona valores que se modificam ao longo do tempo, trazendo benefícios para todas as etapas da vida humana (BRASIL, 2011).

O último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) traz a informação de que, se considerarmos a população total do município de Vitória da Conquista, os adolescentes correspondem a 18% dela. Deste número, 9,1% (27.766) são do sexo feminino e estão, em maior parte, matriculadas na rede pública de ensino. Por ser uma população economicamente ativa, acredita-se que estão também inseridas como usuárias dos serviços de saúde de Vitória da Conquista (DATASUS, 2010). Conforme Amarante e Soares (2007, p.154),

Organismos internacionais como a Organização Pan-Americana da Saúde reconhecem a exposição dos adolescentes a vários problemas sociais, estimando que 70% da mortalidade prematura dos adultos tem suas origens na adolescência. Especialistas de diferentes áreas da produção de conhecimento – educação, trabalho, participação social e política - vêm atestando a crescente dificuldade em incorporar de maneira plena os adolescentes à sociedade. A perspectiva de futuro dos adolescentes está dessa forma comprometida.

Com isto, muitas patologias poderiam apontar índices de cura mais elevados se fossem diagnosticadas precocemente, e o câncer de mama insere-se neste contexto. Acerca desse assunto, houve incentivo por parte dos pesquisadores e profissionais da área de saúde para desenvolver campanhas educativas e, portanto, de conscientização no sentido da população obter uma modificação no estilo de vida como, por exemplo, a prática da auto palpação das mamas não como forma de detecção precoce da doença (já que há lesões não palpáveis), mas de um mecanismo positivo na educação em saúde, conhecimento do corpo e no momento do tratamento e da cura da doença (BRASIL, 2012).

O câncer de mama é uma das neoplasias mais prevalentes na população brasileira. Segundo tipo mais frequente no mundo, é o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano. Segundo o INCA

(Instituto Nacional do Câncer - 2011), esta neoplasia é a mais incidente no sexo feminino brasileiro, sem considerar os tumores de pele não melanoma. A mortalidade por câncer de mama é variável entre as regiões do Brasil e é a maior causa de óbitos por câncer na população feminina, principalmente na faixa etária entre 40 e 69 anos.

Entre os adolescentes do sexo feminino, o câncer de mama trata-se de um acontecimento raro e tem uma taxa de incidência baixa, em torno de 0,09% dos casos. Mesmo sendo índices baixos, não se excluem as preocupações no que diz respeito ao reconhecimento da importância da saúde física e psicossocial para o adolescente, em detrimento de circunstâncias variadas que aumentam os riscos e os danos aos quais está exposto este grupo (COSTA, 2011). Há estudos que comprovam que adolescentes que expostas, entre os 10 e 19 anos, a diversos fatores de risco para o câncer de mama, poderão desenvolver a doença tão precocemente quanto outras patologias que vêm sendo apresentadas, outrora não comuns na adolescência (PAULIN, 2010; NEUMAN, 2009).

Portanto, tornam-se necessárias estratégias de sensibilização precoce das mulheres ainda na fase da adolescência quanto à realização da auto palpação das mamas e identificação de suas alterações ao longo da vida, principalmente de estratégias de detecção precoce e profissionais comprometidos e capacitados para o diagnóstico.

Sabe-se que, em média, um terço dos novos casos de câncer ocorridos do decorrer de um ano no mundo teria todas as condições de ser prevenido (BRASIL, 2009c). É de conhecimento, também, que a educação em saúde é o instrumento de maior eficácia para a detecção precoce da patologia.

Para que os índices de morbimortalidade do câncer de mama diminuam no Brasil, creio ser necessário diversas mudanças no âmbito de acesso aos serviços de saúde e qualidade nas informações cedidas em âmbito educacional. Para isso, a abordagem de temas como o câncer e as circunstâncias que o envolve devem ser trabalhadas cada vez mais cedo com as mulheres para que possam desenvolver uma atitude reflexiva sobre o tema. Diante do exposto, questiono-me:

As adolescentes conhecem as alterações fisiológicas que ocorrem em suas mamas durante o período do desenvolvimento? Conseguem identificar alterações anormais neste crescimento? Estas jovens conhecem os fatores de risco para o câncer de mama?

Na expectativa de respostas para estas inquietações, apresento como objetivo geral para o estudo: Apreender o conhecimento das adolescentes sobre o desenvolvimento da mama e os fatores de risco para câncer de mama.

2 BASE TEÓRICA

2.1 SAÚDE DO ADOLESCENTE NO BRASIL

Há evidências que o termo adolescência tenha surgido há milhares de anos, no entanto, a adolescência, como é conhecida, é um fenômeno relativamente recente e que ganhou importância histórica há pouco tempo. As fases da vida do ser humano eram divididas em estágios e, antes do século XX, a adolescência não era considerada como um estágio do desenvolvimento; ao contrário, as crianças passavam pela puberdade entrando imediatamente no mundo adulto.

A palavra adolescência tem uma dupla origem etimológica e caracteriza muito bem as peculiaridades desta etapa da vida. Ela vem do latim *ad* (a, para) e *olescer* (crescer), significando a condição ou processo de crescimento, em resumo o indivíduo apto a crescer. Adolescência também deriva de *adolescere* (do latim *adolescere*), significa adoecer, enfermar. Temos nessa dupla origem etimológica, um elemento para pensar nessa etapa da vida: aptidão para crescer, não apenas no sentido físico, mas também psíquico, e para adoecer, em termos de sofrimento emocional, com as transformações biológicas e mentais que operam nessa faixa da vida (DURAT JUNIOR, 2006, p.5,6).

Percebemos, então, que a adolescência é uma fase de mudanças, durante a qual a criança irá perdendo forma e tornando-se um adulto. É neste período que a maturidade biológica e sexual é atingida, define-se a identidade sexual e, potencialmente, é quando se define o espaço social da mulher.

Esta fase compreende a faixa etária situada entre os dez e vinte anos incompletos e se constitui como uma fase difícil do processo de crescimento e amadurecimento humano, marcada por numerosas transformações pautadas nos aspectos físicos, psíquicos e sociais do indivíduo, segundo a Organização Mundial de Saúde (LOURENÇO; QUEIROZ, 2010).

Conforme Silva (2011, p. 22), a faixa etária da adolescência descrita pela OMS “é subdividida em duas etapas: a pré-adolescência, que abrange o período dos 10 aos 14 anos, e a adolescência propriamente dita, compreendendo dos 15 aos 19 anos”.

Considerando-se o período etário que corresponde à adolescência, Durat Junior (2006) observa uma variação na bibliografia analisada. De acordo com a

Organização Mundial da Saúde (OMS), os limites de idade para esse grupo estão entre 10 e 20 anos de idade incompletos, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) institui 12 completos e 18 incompletos e o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), o período compreendido entre 10 e 19 anos. Para este estudo, utilizou-se a faixa etária da OMS. Observa-se que o Brasil apresenta uma população de adolescentes de 10 a 19 anos de idade que equivale a 17,9% da população geral (IBGE, 2010).

Em seu estudo realizado no município de Vitória da Conquista, Silva (2011, p. 22) afirmou que “no município onde se desenvolveu a pesquisa os adolescentes perfazem um percentual de 18% da população, estando em consonância com os valores definidos para os níveis estadual e nacional, expressos por 19,1% e 17,9%, respectivamente”. Deste percentual (18%), 9,1% são de adolescentes do sexo feminino.

No que tange às políticas públicas de atenção à saúde do adolescente, no Brasil e América Latina, historicamente, iniciou-se a partir do final 1970, com auxílio da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), num cenário em que a reforma sanitária ramificava-se de forma breve e emergente. Anterior a este período, o adolescente recebia os cuidados de saúde, sem participar de forma efetiva do cuidado e decisões em intervenções e tratamento da sua saúde. (SILVA, 2011; FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2006).

Alguns períodos na história da saúde pública no Brasil marcaram a saúde dos adolescentes desta época: criação do Conselho Nacional da Criança e do Adolescente, no início da década de 80; normatização e implementação do Programa da Saúde da Mulher em 1984; a implementação do Programa de Atenção à Saúde do Adolescente (PROSAD) em 1989 e a partir de 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e o Sistema Único de Saúde (SUS); estes, reconheceram legalmente as necessidades de saúde dos adolescentes (SILVA, 2011; AMARANTE; SOARES, 2007).

O PROSAD articulado a atenção primária a saúde, é dirigido a todos os adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos de idade, tendo a integralidade como seu princípio prioritário, caracterizando-se pelo enfoque preventivo e educativo, visando à garantia de acesso à saúde, com ações de caráter multiprofissional, intersetorial e interinstitucional. Deve conceber o adolescente como grupo beneficiário e importante recurso para a promoção da saúde, buscando a redução da morbimortalidade e os desajustes individuais e sociais. (SILVA, 2011, p.27)

O decreto presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, trata da política relacionada à atenção ao adolescente denominado como Programa Saúde na Escola (PSE). Este programa foi promovido pela integração dos Ministérios da Saúde e da Educação na expectativa da atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens. As Equipes de saúde da família e o ensino básico público devem assumir, integrados, as ações do SPE (BRASIL, 2007).

Ao longo das últimas duas décadas, O PROSAD integrou várias áreas de ações programáticas voltadas ao adolescente, tais como: o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, acesso a saúde bucal, mental, reprodutiva, planejamento familiar, saúde escolar, abordagens sobre a prevenção de acidentes, relação familiar, enfoque da sexualidade, acesso ao trabalho à cultura e as atividades esportivas (SILVA, 2011).

Porém, para Jardim (2012, p. 64),

a maior parte dos serviços de saúde não possui ações voltadas especificamente para os adolescentes, em parte, devido ao grande número de responsabilidades e atividades que o enfermeiro possui dentro da Unidade de Saúde e ao seu despreparo para lidar com a adolescência.

Nery et al. (2009) menciona que o conceito e o imaginário sobre saúde e seus condicionantes por parte dos adolescentes, assim como a preocupação que os profissionais de saúde têm sobre esse acontecimento e período, é de fundamental importância para o ampliação de ações conjuntas para prevenção de enfermidades e promoção da saúde.

No entanto, a atenção à saúde do adolescente no Brasil modificou-se e avançou desde a década de 80; contudo, a maneira com professores e profissionais de saúde abordam temas sobre saúde na sexualidade com estes adolescentes ainda é tímida, limitada e cientificista. Esta visão gera uma série de conflitos na adolescente que necessita muito mais que a informação, mas de alguém que a acolha e apoie na tomada de decisões referentes à sua saúde.

2.2 DESENVOLVIMENTO DA MAMA

O período que caracteriza o princípio da capacidade reprodutiva e é caracterizado pelas alterações biológicas na adolescência é a puberdade, sendo

estas alterações apenas uma parte do período da adolescência (SAITO; SILVA; LEAL, 2008).

Grego et al. (2011, p.97) observou em seu estudo que a “adolescente sofre um sentimento de impotência, medo e ansiedade com a perda do corpo infantil, ainda com a mente infantil para o corpo adulto”.

O crescimento e o desenvolvimento são eventos geneticamente programados, da concepção ao amadurecimento completo, porém fatores inerentes ao próprio indivíduo (constitucionais ou intrínsecos), e outros, representados por circunstâncias ambientais, podem induzir modificações nesse processo. Fatores climáticos, socioeconômicos, hormonais, psicossociais e, sobretudo, nutricionais são alguns dos interferentes do processo de crescimento e desenvolvimento (LOURENÇO; QUEIROZ, 2010, p.70).

O crescimento das mamas nas meninas é um fator corporal que modifica a estrutura do pensamento e das atitudes sociais da adolescente. Em concordância com a estrutura psicossocial em que viveu e traços da personalidade desta jovem, a adolescente poderá sentir-se mais feminina e segura com o desenvolvimento de sua mama ou introspectiva, tímida e temerosa.

As mamas femininas são estruturas glandulares pares situadas na parede anterior e superior do tórax que derivam de glândulas sudoríparas modificadas. Geralmente em pares e simétricas, as mamas ou as papilas e aréolas podem apresentar redução ou aumento de tamanho. Quanto à forma e volume, as mamas são, em geral, semiesféricas, no entanto, sua forma e volume são individuais em cada mulher e podem ser modificados pelas diversas fases da vida (BERNARDES, 2008).

Em 1962, o médico inglês J. M. Tanner mapeou e descreveu as sequências de eventos do desenvolvimento das características sexuais secundárias no adolescente. O mesmo delineou a maturação sexual em estágios que podem ser observados durante o exame físico com a técnica da inspeção. Aos estágios foram denominados nomes e números que vão deste o Estágio 1, o infantil, até o 5, o adulto. Para a mulher, caracteriza-se pelo desenvolvimento mamário e pilosidade pubiana. A técnica desenvolvida por Tanner possibilitou a identificação do estágio de maturação sexual em que se encontra cada adolescente e sua correlação com outros eventos da puberdade (LOURENÇO; QUEIROZ, 2010).

Especificamente, as mamas femininas são descritas por Ribeiro (2010, p.27), utilizando os pressupostos de Tanner e Marshall nos seguintes estágios, iniciando no nascimento e indo até a vida adulta:

Estágio 1: mamas infantis, com elevação somente da papila, do nascimento até a puberdade; não há tecido glandular perceptível ou coloração diferenciada. Estágio 2: primeiro sinal puberal mamário, botão ou broto mamário; forma-se pequena saliência pela elevação da mama e da papila; aumenta o diâmetro areolar. Estágio 3: inicia-se o desenho da mama adulta; maior aumento da mama e aréola, sem separação dos seus contornos. Estágio 4: projeção da aréola e da papila, formando uma segunda saliência acima do nível da mama. Estágio 5: mamas com aspecto adulto, com retração da aréola para o contorno da mama.

O botão mamário ou broto é o primeiro sinal de manifestação puberal nas meninas e ocorre no período da telarca. Na puberdade, esses eventos acontecem nas meninas em até dois anos antes que ocorrem nos meninos (LOURENÇO; QUEIROZ, 2010).

Em uma pesquisa que tratou das patologias mamárias na adolescência, Freitas (2007) aferiu que, fisiologicamente, a mama pode desenvolver-se dos 8 aos 14 anos de idade, com média em torno dos 11 anos e geralmente acontece antes da menarca.

A menarca, ou primeiro ciclo menstrual, é um evento tardio no desenvolvimento puberal. A menstruação é um importante avaliador do crescimento e desenvolvimento entre a infância e a puberdade. Pediatras utilizam a idade da menarca na menina para acompanhar o crescimento da criança e o seu estadiamento.

A menarca acontece, em média, cerca de dois ou três anos após o início da puberdade, paralelo a este fato acontece a desaceleração do crescimento da menina. São complexas as interações que envolvem a menarca, que vão desde características genéticas até influências ambientais e outras. A idade média de ocorrência da menarca é de 12,2 anos, que também pode variar de grupo populacional para etnias e outras influências (VITALLE et al., 2003).

Alterações mamárias são comuns da adolescência, algumas são apenas alterações anatômicas e outras podem ser caracterizadas como patologias, a exemplo do câncer.

Nas alterações anatômicas, podemos encontrar: polimastia – mais de duas mamas completas; poliareolotelia – mais de dois complexos areolopapilares; politelia – mais de duas papilas; amastia – ausência de mama; atelia – ausência de papila e agenesia de aréola. Podemos incluir nas alterações anatômicas a hipertrofia e a hipotrofia mamária, a assimetria das mamas e a inversão do mamilo, que são alterações passíveis de correção cirúrgica. Entretanto, a correção cirúrgica é um procedimento que deve considerar algumas condições, como idade adequada, com respaldo ético e científico e não ficar à mercê de modismos. Nos distúrbios funcionais, cabe citar: mastite neonatal decorrente dos hormônios maternos; telarca precoce, antes dos 8 anos de idade; e mastalgia, que aparece isolada ou associada à formação de nódulos (RIBEIRO, 2010, p.28)

Ribeiro (2010), Vitalle et al. (2003) defendem que em suas experiências em ambulatórios de atenção integral ao adolescente, há ansiedade e grande preocupação das meninas no início da puberdade e durante a adolescência, em relação ao crescimento e rápidas alterações da mama.

2.3 EPIDEMIOLOGIA E FATORES DE RISCO PARA CÂNCER DE MAMA

O câncer é um problema de saúde pública nos Estados Unidos (USA) e em muitas outras partes do mundo. Um artigo lançado em fevereiro de 2013, denominado “*Cancer Statistics, 2013*”, traz os dados dos últimos anos do câncer nos Estados Unidos e a estimativa para este ano. Um em cada quatro mortes nos USA é devido a esta doença. O câncer de mama corresponderá a 29% do total de novos cancer em mulheres. Estima-se que 14% das mortes por câncer no USA será pela neoplasia maligna da mama (SIEGEL; NAISHADHAM; JEMAL, 2013).

Acompanhando a proporção mundial, o tipo mais incidente de câncer nas mulheres brasileiras é o câncer de mama. A mortalidade por câncer de mama é variável entre as regiões; no Brasil, nas últimas duas décadas, a taxa bruta de mortalidade por câncer de mama apresentou uma elevação de 68% (INCA, 2012a). A estimativa de novos casos para 2010 foi de 49.240 indivíduos acometidos por esta patologia, sendo que, no ano de 2008 a mortalidade foi de 11.860 casos, sendo 11.735 mulheres e 125 homens (BRASIL, 2011a). As taxas de mortalidade no país por câncer de mama continuam elevadas, “muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estágios avançados. Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de 61%. A estimativa de novos casos para 2012 foram de 52.680 casos” (INCA, 2012a). Para o ano de 2013, o INCA segue

aproximadamente a mesma expectativa. Ainda segundo dados do INCA (2012a), na região Nordeste, houve um risco estimado de câncer de mama, de 32.000 novos casos em mulheres. Em 2010, estes números eram de 30.000 novos casos (BRASIL, 2011a).

O número de óbitos por neoplasia maligna da mama na Bahia, segundo o DATASUS (2013) para o ano de 2010, foram de 649 óbitos e para a cidade Vitória da Conquista foram notificados 12 óbitos. Bandeira (2005) refere não haver dados estatísticos precisos acerca dessa patologia na Bahia, contudo, para se ter uma noção, somente no Hospital Aristides Maltez verificam-se registros que giram em torno da média de 300 novos episódios a cada ano. Conforme o médico Roberto Kepler e dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) há estimativas da ocorrência de 1.800 novos casos de câncer de mama a cada ano na Bahia (PITTA, 2008). Segundo Souza (2010), haveria aproximadamente registros de 2000 mil novos casos de câncer de mama em mulheres no estado da Bahia.

Segundo dados atuais do Instituto Nacional do Câncer (INCA) fornecidos pela Secretaria da Saúde do Estado (SESAB), no ano de 2011, houve também uma estimativa de 1.970 novos casos de câncer de mama na Bahia. E a cidade de Salvador representou 39,5% desses registros no estado (SOUZA, 2011). No ano de 2012, segundo dados da SESAB, esperou-se que 2.110 mulheres estivessem com câncer de mama (FELIX, 2012).

Alguns sinais e sintomas caracterizam clinicamente a neoplasia maligna da mama. “Os principais sinais e sintomas do câncer de mama são nódulo na mama e/ou axila, dor mamária e alterações da pele que recobre a mama, como abaulamentos ou retrações com aspecto semelhante à casca de laranja”, segundo Silva e Riul (2011, p.1017). Alguns autores referem que os cânceres de mama vêm acompanhados de alterações da pele quando em estágio avançado e se localizam, principalmente, no quadrante superior externo. Em geral, as lesões são indolores, fixas e com bordas irregulares (SMELTZER; BARE, 2006).

Num documento denominado pelo INCA como “Rastreamento” traz que o controle dos fatores de risco pela intervenção individual muitas vezes é incluído, sutilmente, “como uma medida de promoção da saúde no sentido de que há uma convergência entre comportamentos incluídos em “estilos de vida saudável” com os que controlam ou minimizam fatores de risco” os quais apenas previnem eventos ou doenças específicas na população (BRASIL, 2010b, p.12).

Inumaru, Silveira e Naves (2011) considera que algumas práticas conhecidas podem reduzir o risco de câncer de mama, elas são denominados fatores de proteção para o câncer. No caso das neoplasias da mama podemos citar a alimentação saudável, atividade física e peso corporal adequado, além da amamentação. Estima-se que é possível evitar 28% dos casos da doença por meio de fatores ligados à alimentação, nutrição e atividade física (INCA, 2009).

Além dos fatores de proteção contra o câncer, há também os fatores de risco para o desenvolvimento de neoplasias. Os fatores de riscos são caracterizados pela chance de ocorrência de determinado evento ou doença ocorrer em um indivíduo. “Os principais fatores de risco para o desenvolvimento de câncer de mama relacionam-se com idade avançada, características reprodutivas, história familiar e pessoal, hábitos de vida e influências ambientais” (SILVA; RIUL, 2011, p.1017).

O câncer de mama pode ser considerado, em termos de iniciação genética, em hereditário (familiar) ou esporádico (não familiar). Há uma literatura vasta que trata dos fatores de risco para o câncer de mama. Os principais fatores de risco estão ligados à idade, aspectos endócrinos e genéticos e hábitos inadequados. A exposição a radiações ionizantes em idade inferior aos 35 anos também aumentam o risco de desenvolver esta neoplasia (INCA, 2012b).

Dentre os fatores de risco para carcinoma da mama, a história familiar, especialmente em familiares de primeiro grau antes dos 50 anos, podem indicar uma predisposição genética para esta neoplasia, também associadas à mutação e alguns genes (BARROS, 2010; ADAMI; HUNTE; TRICHOPOULOS, 2008).

Os fatores de risco relacionados à vida reprodutiva da mulher (menarca precoce, não ter tido filhos, idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos, uso de anticoncepcionais orais, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal) estão bem estabelecidos em relação ao desenvolvimento do carcinoma de mama (INCA, 2012a).

A discussão sobre fatores de risco para o câncer de mama é bastante complexa e há diversos estudos sendo desenvolvidos no mundo acerca deste assunto. Os maiores entraves estão na associação entre o câncer de mama e a administração de hormônios via oral, segundo critérios de uso, tempo e fatores genéticos.

Em nível internacional, promover a consciência feminina sobre a detecção precoce desse câncer tem sido conhecido como “breast awareness”. Espera-se que a mulher tenha informações adequadas para: reconhecer o que é normal em suas mamas, observar e palpá-las habitualmente no cotidiano, conhecer as alterações suspeitas, procurar imediatamente o serviço de saúde em caso de alterações suspeitas, participar do rastreio mamográfico a partir dos 50 anos de idade (INCA, 2012b, p.10).

Atualmente recomenda-se o exame clínico para todas as mulheres com mais de 40 anos de idade. Para mulheres entre 50 e 69 anos é indicado a realização da mamografia com o máximo de dois anos entre os exames. O autoexame, que é um estímulo para o maior conhecimento do corpo pela mulher, deve ser feito paralelamente ao exame físico por profissional treinado. Se alguma mulher possuir fatores de risco para doença como história familiar de um parente de primeiro grau (pai, mãe, irmão) com diagnóstico de neoplasia maligna da mama, é indicado, além do exame clínico anual das mamas, a associação à mamografia (DUTRA; ANTÔNIO, 2011).

No entanto, no segundo semestre de 2011, o INCA divulgou nota sobre estudos fora do Brasil referentes à utilização do auto-exame como ferramenta de detecção precoce do câncer de mama:

O INCA não estimula o autoexame das mamas como estratégia isolada de detecção precoce do câncer de mama. A recomendação é que o exame das mamas pela própria mulher faça parte das ações de educação para a saúde que contemplem o conhecimento do próprio corpo. As evidências científicas sugerem que o autoexame das mamas não é eficiente para o rastreamento [...] Além disso, o autoexame das mamas traz consigo consequências negativas, como aumento do número de biópsias de lesões benignas, falsa sensação de segurança nos exames falsamente negativos e impacto psicológico negativo nos exames falsamente positivo. Portanto, o exame das mamas deve ser realizado [...] por profissional de saúde (INCA, 2011, p.1).

É perceptível que o Ministério de Saúde e o INCA incentivam, desde 2011, a educação em saúde para o câncer de mama com ações mais efetivas que permeiam a qualidade da informação prestada ao paciente por profissionais de saúde e orientações sobre à auto palpação das mamas e alterações corporais como prática de auto cuidado e divulgação nas escolas, serviços de saúde e sociais.

Considerando a magnitude do câncer de mama no mundo e no Brasil, o Sistema Único de Saúde através de órgãos como o MS (Ministério da Saúde) e INCA (Instituto Nacional do Câncer) realizam pesquisas e orientam estratégias de detecção precoce, educação em saúde, diagnóstico e tratamento para câncer de mama.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Esta pesquisa tem caráter exploratório-descritivo, de cunho quantitativo e qualitativo dado à natureza das informações cedidas pelos sujeitos participantes. Para tratamento e análise dos resultados, utilizou-se como aporte teórico metodológico a abordagem estatística descritiva e a técnica de Análise de Conteúdo Temática (BARDIN, 2011) tendo como contribuição teórica, referencial literário pertinente ao estudo.

O estudo de caráter exploratório-descritivo tem como enfoque primordial conhecer traços, características e problemas de um indivíduo, grupo ou comunidade e aumentar a experiência do pesquisador sobre o assunto. Torna-se descritiva, pois tem a intenção de conceber um fato, traçando suas variáveis e hipóteses, aperfeiçoando intimidade com o objeto de estudo, abrindo caminhos para uma realidade única e que tratará com propriedade das informações envolvidas no tema (TRIVIÑOS, 2009).

A pesquisa *quantitativa* tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou estabelecimento de relações entre variáveis. Este tipo de pesquisa, segundo Gil (2008, p.28), procura “estudar as características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, nível de renda, estado de saúde física mental etc.”. São incluídas neste grupo as pesquisas que procuram levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população.

Tratou-se, nesta pesquisa, de variáveis quantitativas contínuas e discretas como sexo, série do Ensino Médio, religião, estado civil, peso, frequência de refeições e de consumo alimentos específicos, familiares com câncer de mama, acesso aos meios de comunicação, idade dos familiares com câncer de mama, uso de métodos contraceptivos, entre outras.

Caracterizada também com pesquisa *qualitativa*, buscou-se compreender a percepção das adolescentes referente ao desenvolvimento da mama e o câncer. Segundo Minayo (2010) a essência qualitativa faz parte do objeto de estudo das

ciências sociais, traz a interpretação dos homens em relação à maneira como identifica a vida e constrói seus pensamentos. Os significados e a sua riqueza de detalhes, fazem parte da realidade social e toda representação individual ou coletiva de vida fazem parte deste tipo de estudo.

Vasconcelos (2010, p.84) diz que é “também característica da educação popular não centrar sua atenção principal na discussão de técnicas educativas, mas no jogo de interesses subjacente ao processo educativo e ao problema concreto abordado”.

3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na região Sudoeste da Bahia, especificamente no município de Vitória da Conquista, referenciada geograficamente como região de Planalto, distancia-se 527 km da capital da Bahia, Salvador. A Cidade de Vitória da Conquista é racionada geograficamente pela BR 116, que divide a cidade em zonas: oeste a leste que distribui a população e o comércio local em zona leste e zona oeste. Segundo DATASUS (2012b), a população deste município é de aproximadamente 310.129 habitantes, com 158.987 de indivíduos do sexo feminino e 147.789 do sexo masculino no ano de 2010. A população é tipicamente urbana, seguindo os padrões de cidades de médio porte em desenvolvimento.

Sabe-se que o IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) médio desta cidade é 0,708, com PIB (Produto Interno Bruto) per capita de R\$7.701,00 e também é considerada a 3ª maior cidade da Bahia (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2011). Se considerarmos a população total do município, os adolescentes correspondem a 18% da população conquistense, num total de 55.136 adolescentes, dos quais 9,1% (27.766) são do sexo feminino (DATASUS, 2012b).

A macrorregional de saúde do sudoeste da Bahia é composta por 19 municípios e Vitória da Conquista concentra a sede administrativa da 20ª. Diretoria Regional de Saúde da Bahia. A Política Pública de Saúde aplicada neste município concentra-se em partes, na Atenção Básica com a ESF (Estratégia de Saúde da Família) que conta com 38 equipes (15 localizadas na Zona Rural e 13 na Zona Urbana) e o PACS (Programa de Agentes Comunitário de Saúde) com o total de 08

Unidades Básicas de Saúde. A cobertura da Estratégia de Saúde da Família é de 42,27% (DATASUS, 2012a).

Vitória da Conquista também absorve a sede da 20ª Diretoria Regional de Educação da Bahia, a DIREC 20. Segundo esta diretoria, o ensino médio da rede pública em Vitória da Conquista, na zona urbana, possui 15 estabelecimentos estudantis e atendem 9.837 alunos nos turnos matutino, vespertino e noturno, do 1º ao 3º Ano (BAHIA, 2011).

O cenário da pesquisa foi constituído por 02 instituições escolares públicas estaduais localizadas na zona urbana no município de Vitória da Conquista, escolhidas por possuírem um bom contingente de adolescentes do sexo feminino matriculadas no Ensino Médio e por consequência da greve das escolas estaduais da Bahia que ocorreu por mais de três meses do ano de 2012, inviabilizando também a escolha de outras instituições escolares fechadas no período da coleta de dados.

O Colégio A está localizado na zona leste da cidade no bairro Sumaré, às margens da Rodovia BR 116 e a outra, o Colégio B, na zona oeste da cidade, no bairro Brasil. Como citado anteriormente, no período da greve das escolas estaduais da Bahia, havia apenas 04 instituições públicas de Ensino Médio em funcionamento em Vitória da Conquista. A princípio, estabeleceu-se a participação, então, destas quatro escolas; no entanto, no momento das visitas a estas instituições, duas diretorias diretas recusaram a participação dos alunos matriculados na pesquisa.

3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

A população pesquisada diz respeito a adolescentes do sexo feminino, matriculadas no Ensino Médio da zona urbana da rede ensino de Vitória da Conquista. Nessa pesquisa, foram considerados como adolescentes aquelas que possuem de 10 e 19 anos, segundo a Organização Mundial de Saúde (BLUDENI, 2008; LIMA, 2008). Para caracterizar a população, foram consideradas apenas as adolescentes que possuem de 13 a 19 anos, já que estão na faixa etária para ensino médio de 1º o 3º ano. Participaram do estudo 53 (cinquenta e três) adolescentes de

duas escolas de Vitória da Conquista, sendo 27 adolescentes da instituição da zona leste da cidade e 26 adolescentes da escola da zona oeste.

A escolha da amostra selecionada foi pela amostragem por conveniência, já que foram sorteadas, aleatoriamente, uma única sala por série do turno vespertino das escolas e nestas salas foram entregues TCLE para todas as adolescentes das salas de 1º, 2º e 3º ano, aguardando então o retorno do máximo de adolescentes que obtivessem a autorização dos pais e o desejo de participar, compondo então 53 adolescentes.

A amostragem de conveniência, também denominada amostragem acidental, consiste no uso das pessoas mais convenientemente disponíveis como participantes do estudo. Esse tipo de amostragem está incluído na categoria de planos de amostragem denominada amostragem de não-probabilidade, em que os elementos são selecionados por métodos não aleatórios (FERNANDES et al., 2007).

Estabeleceu-se o período para a coleta de dados os meses de Abril e Maio de 2012. Contudo, devido à greve das escolas estaduais no estado da Bahia, aguardou-se dois meses para avaliar a evolução para o término da greve que durou mais de noventa dias, pensando nos prejuízos no andamento desta dissertação, optou-se por trabalhar com as escolas que não aderiram à greve ou que os professores já haviam retornados as suas atividades escolares. A coleta de dados aconteceu entre os meses de junho e julho de 2012.

3.4 ESTRATÉGIAS PARA COLETA DOS DADOS

Após da aprovação do projeto, protocolo (nº: 141/2011 CAAE: 0120.0.454.000-11) do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UESB – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (ANEXO A), este estudo foi realizado conforme princípios da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. É importante ressaltar que, além da Resolução 196/96, foram também observados itens do Estatuto da Criança e do Adolescente, quando a abordagem aos mesmos. Deu-se início as etapas de coleta de dados da pesquisa. Inicialmente foi encaminhado um documento ao diretor responsável da DIREC 20 (Diretoria Regional de Educação) com apresentação dos objetivos do projeto e as escolas

selecionadas para pesquisa. Solicitou-se desta diretoria uma autorização para abordagem dos diretores destas escolas escolhidas. Após autorização e entrega do documento por parte da diretoria, solicitamos também autorização para comparecer a uma escola que não fizesse parte da amostra para validar o questionário antes da sua aplicação (ANEXO B).

No primeiro momento, foi realizado contato com o gestor da DIREC 20 (Diretoria Regional de Educação da Bahia - Vitória da Conquista) para que fosse autorizado o contato formal e a pesquisa com as diretorias das escolas da amostra (ANEXO B). Após esta fase, estabeleceu-se um cronograma de visitas às escolas e explanação das fases de coletas de dados com as diretorias e alunas.

Na data agendada, a pesquisadora retornou às escolas, apresentando a autorização para coleta de dados. Antes da aplicação dos instrumentos, explicou-se a proposta acerca do objeto de estudo e vinculando a participação das adolescentes menores de idade com assinatura e autorização dos responsáveis legais por eles. Para as adolescentes maiores de 18 anos, foi apresentado também um TCLE (APÊNDICE A).

Foram elaborados dois Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, um deles para adolescentes maiores de 18 anos e outro para a leitura e aprovação pelos responsáveis dos menores de 18 anos (APÊNDICE B). Neste documento, o sujeito da pesquisa e seu responsável são informados quanto ao anonimato e o direito de desistências da pesquisa, assim como não receberá qualquer valor financeiro por sua participação.

Após o consentimento verbal e escrito deu-se início à coleta de dados. Para preservar a identidade das adolescentes e respeitando o Estatuto da Criança e do Adolescente, as participantes foram identificadas primeiramente com números e siglas e, nas entrevistas e análise dos dados, receberam nomes de atrizes e cantoras famosas que já foram acometidas pelo câncer de mama.

Segundo previsto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o anonimato e a privacidade das adolescentes foram garantidas em todas as fases da pesquisa inclusive na elaboração dos resultados, considerando os aspectos éticos que envolvem pesquisas com seres humanos (BRASIL, 1996). Comprometi-me a manter sigilo sobre as informações, respeitar as normas e rotinas da escolas da pesquisa, assim como, após cumprir os requisitos da defesa pública e buscar qualquer meio de divulgação da presente dissertação, apresentar os resultados para

as instituições escolares participantes, como meio de colaborar para reflexões das adolescentes e professores sobre o câncer de mama e seus fatores de risco. Conforme previsto em pesquisas desse porte, os dados deverão ser guardados por cinco anos pelas pesquisadoras e incinerados após este período.

Estando a pesquisa dentro das condições citadas, estabeleceu-se uma ordem de experimentação do instrumento elaborado, numa escola de médio porte da zona oeste do município que não fazia parte do universo amostral: 1) aplicação do questionário biosociodemográfico e entrevista livre preliminares com o TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, 2) aplicação do pré-teste para avaliação dos instrumentos (APÊNDICE C).

As alunas foram convidadas a participarem da pesquisa explicando-se o que é um pré-teste e a necessidade de testar o instrumento da pesquisa. As que se dispuseram, receberam o TCLE preliminar, onde estas entregaram a um responsável, que concordando com a participação da adolescente, assinaram autorizando a utilização dos dados obtidos com a aplicação do questionário e entrevista provisórios e recebendo posteriormente uma cópia devidamente assinada pelos pesquisadores.

Foram identificadas com as diretorias escolares quais turmas de 1º ao 3º ano, diurno, possuíam mais de 25 alunas do sexo feminino por sala para que fosse realizado o sorteio de uma única sala por escola para aplicação dos instrumentos. No entanto, em decorrência da greve das escolas estaduais, estas escolas só estavam funcionando no período vespertino, este então turno escolhido para aplicar os instrumentos da pesquisa e suas respectivas turmas.

Na escola da zona leste da cidade, foi sorteada aleatoriamente uma turma do primeiro ano vespertino, uma do segundo ano e um terceiro ano. A diretora da instituição escolar encaminhou a pesquisadora às turmas sorteadas para explicar a pesquisa e a participação das alunas. Todas as três turmas possuíam mais meninas que meninos. Foram entregues TCLE (Termos de Consentimento Livre e Esclarecido) para todas as adolescentes da turma, fossem elas maiores de idade ou não. As mesmas foram informadas que a pesquisadora retornaria a instituição na semana seguinte, após a autorização dos pais das adolescentes e o desejo das mesmas em participar da pesquisa para que fosse aplicado o instrumento de coleta de dados.

Na semana seguinte, a pesquisadora retornou à escola e identificou quais adolescentes haviam adquirido a autorização dos pais via TCLE para participar da pesquisa e se desejavam continuar o processo. Retornaram então nas condições citadas: 6 adolescentes do 1º Ano, 7 adolescentes do 2º Ano e 14 adolescentes do 3º Ano. Na escola da zona oeste foram seguidos os mesmos passos descritos da escola da zona leste, no entanto retornaram: nenhuma adolescente do 1º Ano, 8 adolescentes do 2º Ano e 18 adolescentes do 3º Ano. No primeiro ano do Ensino Médio, ocorreu de 5 adolescentes desejarem participar, no entanto, os pais não autorizaram com a justificativa de que pesquisa trataria de questões inadequadas para adolescentes na concepção deles, como: métodos contraceptivos, uso de álcool, cigarros, etc.

Para esta pesquisa, excluem-se as escolas que trabalham o Ensino Médio paralelo ao Ensino Técnico, do 1º ao 4º ano, pois a matriz curricular e a extensão da idade para estas escolas que possuem o 4º ano do Ensino Médio, são diferentes do ensino médio regular com duração de três anos.

Os critérios de inclusão dos sujeitos na pesquisa foram: ter entre 13 a 19 anos, estar regularmente matriculada no Ensino Médio da rede pública de Vitória da Conquista no turno vespertino, ter autorização do responsável para participar da pesquisa (se menor de idade), comparecer à escola no turno vespertino e que foram informadas e aceitaram participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICES A e B).

Os critérios de exclusão foram: não estar devidamente matriculada, possuir idade fora da faixa etária sugerida pela pesquisa, não obter autorização do responsável para participar da pesquisa e não fazer parte das escolas selecionadas para pesquisa.

3.5 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A aplicação dos instrumentos ocorreu em datas e horários pré-agendados com a direção das escolas e adolescentes. Explicou-se que haveria mais de um método de coleta de dados e três etapas. Inicialmente ocorreu uma visita à escola para explicar as adolescentes os objetivos da pesquisa, critérios de participação e

entrega do TCLE. Num segundo momento retorno a escola para identificação e escolha das participantes, entrega dos TCLE autorizados pelos pais e aplicação do questionário. E o terceiro momento de retorno da pesquisadora às escolas para aplicar a entrevista focalizada com as adolescentes que preenchessem os pré-requisitos encontrados no questionário biosociodemográfico.

A coleta de dados foi realizada utilizando duas técnicas de coleta em campo na expectativa de compreender melhor o objeto estudado. A primeira etapa da pesquisa realizou-se por meio da aplicação de um questionário biosociodemográfico com as 53 adolescentes selecionadas e a segunda etapa com a utilização de entrevista focalizada, aplicada apenas com 07 adolescentes deste grupo, que apresentaram no questionário biosociodemográfico, mais que quatro fatores de risco para o câncer de mama. O questionário biosociodemográfico foi aplicado em meados do mês de junho e a entrevista em Julho, já que o final do mês de junho no nordeste corresponde ao período dos festejos juninos e não haveria aula para estes alunos conhecimento.

a) **Questionário biosociodemográfico**

Este instrumento foi composto por pontos fechados e alguns com múltiplas escolhas apontando questões referentes à idade, sexo, raça, acessibilidade aos meios de comunicação, convivência familiar, renda financeira familiar e uma triagem de fatores de risco para o câncer de mama. O Apêndice D reporta as questões trabalhadas neste instrumento.

O questionário foi respondido pelas 53 adolescentes, 26 delas representantes da escola da zona oeste do primeiro ao terceiro ano e 27 da zona leste do segundo ao terceiro ano do ensino médio.

Segundo Gil (2008, p. 109), “define-se como questionário a técnica de investigação composta por um número de mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito as pessoas tendo por objetivo o conhecimento de crenças, opiniões, sentimentos”.

b) **Entrevista Focalizada**

Entrevista é uma técnica de coleta de dados constituída por uma interação social entre dois indivíduos ou grupo com objetivo de obter dados para uma investigação sobre determinado assunto, geralmente conduzida por perguntas. Para Richardson (1999, p. 208), “o termo entrevista refere-se ao ato de perceber realizado entre duas pessoas”, mas, seguindo um rigor metodológico e científico. “A entrevista focalizada [...] enfoca um tema bem específico. O entrevistador permite ao entrevistado falar livremente sobre o assunto, mas, quando este se desvia do tema original, esforça-se para a sua retomada” (GIL, 2008, p.112).

Para prosseguir a coleta de dados da pesquisa, estabeleceu-se a aplicação da entrevista focalizada com as sete adolescentes selecionadas na triagem estabelecida dentre as 53 alunas da amostra que possuíam fatores de risco para câncer de mama. Utilizou-se um gravador do Celular Nokia N97 compatível com MMS e formato de gravação MP4, com consentimento das sujeitas da pesquisa, foram gravadas as falas para posterior análise do conteúdo coletado, ordenamento das informações e formulação das categorias.

Após a identificação das adolescentes pelo questionário biosociodemográfico, a pesquisadora retornou as duas instituições de ensino, identificou-se a diretoria novamente e retornou as salas de aula de origem de cada adolescente, convidando-as para participar da segunda etapa da pesquisa, a entrevista.

Todas as adolescentes selecionadas aceitaram participar da entrevista e foram encaminhadas a uma sala de aula vazia para não houvesse ruídos e a entrevistadora e entrevistada sentissem-se à vontade. Inicialmente, houve um momento de descontração com informações escolares e do dia a dia das adolescentes para que se desse início à entrevista propriamente dita.

O roteiro utilizado para esta entrevista foi composto de questões que tratavam das alterações da mama na adolescência, do conhecimento e/ou convivência com alguém com câncer de mama, sinais e sintomas do câncer, fatores de risco e mitos sobre esta patologia, características hereditárias e influência no aparecimento do câncer por usos de métodos contraceptivos hormonais (APÊNDICE E).

Ao final da coleta de dados, foram retiradas todas as dúvidas e curiosidades das participantes.

3.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Nesta pesquisa, o *corpus* foi constituído de 53 questionários e 07 entrevistas. Após a coleta dos dados, os questionários foram codificados e quantificados no programa Excel da Microsoft Windows, com a apresentação na forma de tabelas, quadros e gráficos e analisados com base na literatura pertinente ao tema para a descrição do perfil das adolescentes e os aspectos biosociodemográficos.

As entrevistas foram transcritas do áudio para papel impresso e avaliadas sob a luz da Análise de Conteúdo. Segundo Bardin (2011, p.15), a Análise de Conteúdo no contexto atual remete a

um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis em constante aperfeiçoamento que se aplicam a 'discursos' (conteúdos e continentes) extremamente diversificados [...] oscila entre dois polos do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade.

3.6.1 Técnica da Análise de Conteúdo Temática

As entrevistas foram analisadas sob a ótica da Análise de Conteúdo Temática de Bardin (2011, p. 41-44) que refere ser:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens [...] A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos as condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência que recorre a indicadores (quantitativos ou não). [...] A análise conteúdo pode ser uma análise dos "significados": a exemplo da análise temática.

A modalidade temática da Análise de Conteúdo, segundo Bardin (2011), remete à identificação dos "núcleos de sentido" presentes em uma comunicação com algum significado. Esta modalidade funciona por operações de desmembramento dos textos em unidades, em categorias através da investigação dos temas.

De acordo com rigor científico, as categorizações realizadas foram sistematizadas na expectativa de trazer o conteúdo manifesto pelos sujeitos da pesquisa. Primeiramente foi realizada a pré-análise, seguida exploração do material

e tratamento dos resultados que deram subsídios para formular as categorias e subcategorias.

- Pré-análise

As 07 entrevistas foram transcritas na íntegra, estabelecendo o primeiro contato com o material analisado. Seguiu-se a análise com a leitura flutuante na expectativa de aparecer impressões, orientações e possíveis hipóteses. A cada leitura estabelecia-se uma aproximação mais precisa com as entrevistas que apresentavam seus significados. A formulação de hipóteses iniciou-se a partir da leitura flutuante tendo como tema central o conhecimento das adolescentes referente ao desenvolvimento da mama e dos fatores de risco para câncer de mama.

- Exploração do material

Esta fase foi constituída de leituras mais aprofundadas de cada entrevista observando os significados que apareciam pela exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência.

- Tratamento dos resultados

Estabeleceu-se um inventário utilizando o tema para isolar os elementos e a classificação para repartir os elementos, na busca de tentar organizar as mensagens obtidas.

As unidades de análise foram estabelecidas com recortes por meio de frases ditas pelas adolescentes na entrevista. A junção e classificação das unidades foram realizadas em sequência. No momento que o material estava organizado e codificado, elaborou-se a categorização e subcategorização dos dados.

A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos [...] O critério de categorização pode ser semântico (categorias temáticas: por exemplo, todos os temas que significam ansiedade ficam agrupadas na categoria “ansiedade” [...] BARDIN (2011, p.147).

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS APREENDIDOS

Este capítulo tem a finalidade de responder a algumas questões, a partir da organização dos dados deste estudo, que caracterizem as adolescentes participantes desta pesquisa, com bases na literatura da área e que surgiu a partir dos dados biosociodemográficos, para que possamos ter um breve conhecimento sobre o grupo pesquisado. Em seguida, através das cinco categorias que emergiram deste estudo, descreveremos e analisaremos a luz da Análise de Conteúdo temático segundo Bardin (2011), as falas e inquietações destas adolescentes sobre o câncer de mama. Finda-se este capítulo com reflexões acerca do conhecimento das adolescentes sobre a mama, o câncer e os fatores de risco.

4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS ADOLESCENTES INVESTIGADAS

Os dados apresentados caracterizam as adolescentes segundo as variáveis sociodemográficas colhidas no questionário biosociodemográfico, conforme o Quadro 1. Os participantes da pesquisa foram 53 adolescentes do sexo feminino, matriculadas em duas instituições de ensino, destas 2% faziam parte da faixa etária 10 a 14 anos e 98% de 15 a 19 anos. A distribuição das adolescentes quanto ao ano que cursam no ensino médio foi: 60,38% (32) 3º ano, 28,30% (15) do 2º. ano e 11,32% (6) do 1º. ano. Destas, a maioria referiram ser 38 (73,07%) afrodescendentes (57,69% consideram-se pardas e 15,38% de cor preta) e 12 (23,08%) brancas.

Segundo IBGE (2010, p.1), “a investigação sobre cor ou raça revelou que mais da metade da população declarou-se parda ou preta, sendo que em 21 estados este percentual ficou acima da média nacional (50,7%)”. A proporção de pardos e negros na Bahia foi de 76,3%. No que se acena, para escolaridade, evidencia-se que as adolescentes da pesquisa encontram-se na idade preconizada no Brasil para inserção no ensino médio da rede pública estadual de ensino, que é dos 15 aos 19 anos, faixa etária também considerada pela OMS como adolescência propriamente dita. “No Brasil, nos últimos 20 anos, houve uma ampliação do acesso dos

adolescentes e jovens ao Ensino Médio, a qual trouxe para as escolas públicas um novo contingente de estudantes, de modo geral jovens filhos das classes trabalhadoras” (BRASIL, 2012d, p. 2).

Quanto ao estado civil 50 (94,34%) delas referiram ser solteiras. Apenas uma adolescente referiu ser casada, residir com o parceiro e possui um filho. Quando questionadas com quem moram, predominaram as que residem com os pais, 41 (77,36%).

No quesito religião ou culto religioso apareceram adolescentes que se consideram: católicas 46,16%, evangélicas 44,23%, 1,92% muçulmana, 3,85% referiram ser deísta e 3,85% não responderam. Segundo IBGE (2010), houve um crescimento de diversos grupos religiosos no Brasil. O instituto traz os resultados do último Censo Demográfico e refere que a proporção de católicos no Brasil reduziu, no entanto ainda é a religião mais confirmada nas pesquisas. Observa também o crescimento de 6,8% da população evangélica apresentando 22,2% neste ano em relação aos últimos dez anos. Quanto aos adolescentes de 10 a 19 anos, o IBGE refere que o maior percentual apresentado foi dos que se consideram católicos.

As adolescentes referiram, em sua maioria, 66,04 % que apenas estudam, enquanto outras (15,11%) informaram conciliar a escola com as mais diversas atividades como: Programa Jovem Aprendiz, técnico em enfermagem, vendedora, atendente de lanchonete, atendente de academia, reforço escolar e manicure. Fato curioso que chamou atenção foi a declaração de uma das adolescentes em trabalhar como técnica de enfermagem, já que, no Brasil, para trabalhar nesta área faz-se necessário ter concluído o Ensino Médio ou estar cursando o Ensino Médio. Podemos supor então que a mesma cursa o ensino médio paralelo com o curso técnico e é estudante da área, não profissional deste segmento.

No que concerne aos meios de comunicação, as adolescentes escolheram mais de um meio de comunicação oferecidos nos quesitos do questionário, sendo que 53 (100%) possuem celular e/ou telefone em sua residência, 51 (96,23%) delas possuem televisão em casa, 43 (81,13%) tem rádio, 38 (71,70%) acesso à internet, 37 (69,81%) à livros, seguidos de revistas, jornais. Uma pesquisa americana, com 2.002 estudantes do terceiro ao décimo ano, de 8 até 18 anos onde identificou a revolução nos meios de comunicação móveis como uma das principais causas do aumento da utilização dos meios de comunicação. “Nos últimos cinco anos o tempo

dedicado à leitura diminuiu ligeiramente em comparação com o tempo crescente dedicado aos meios digitais [...]”.(FLYNN, 2010, p.1).

Quanto à renda familiar, 23 (43,40%) confirmaram ser mais de 01 a 02 salários mínimos, 12 (22,64%) renda de até um salário mínimo, 6 (11,32%) mais de 02 a 03 salários, 6 (11,32%) mais de 03 a 05 salários, as demais adolescentes possuíam renda familiar de mais 5 salários mínimos ou não quiseram declarar ou não sabem.

O Quadro 1 tratou das variáveis citadas na caracterização sociodemográficas das adolescentes investigadas.

VARIÁVEIS	Nº	%	VARIÁVES	Nº	%
Idade			Cor da Pele		
10 –1 4 anos	1	2%	Branca	12	23,08%
15 – 19 anos	52	98%	Afrodescendentes (Preta e Parda)	38	73,07%
Série do Ensino Médio			Indígena	1	1,92%
1º. Ano	6	11,32%	Não respondeu	1	1,92%
2º. Ano	15	28,30%	Estado Civil (Situação Marital)		
3º. Ano	32	60,38%	Casada	1	1,89%
Religião			Solteira	50	94,34%
Evangélica	23	44,23%	União estável	2	3,77%
Católica	24	46,15%	Ocupação		
Mulçumana	1	1,92%	Apenas Estudante	35	66,04%
Deísta	2	3,85%	Jovem Aprendiz	2	3,77%
Não Respondeu	2	3,85%	Tec. Enfermagem	1	1,89%
Possui filhos			Vendedora	1	1,89%
Sim	1	1,89%	Atendente de Lanchonete	1	1,89%
Não	52	98,11%	Atendente de Academia	1	1,89%
Acesso meios de comunicação			Reforço Escolar	1	1,89%
Televisão	51	96,23%	Manicure	1	1,89%
Radio	43	81,13%	Não Respondeu	10	18,70%
Revistas	28	52,83%	Gestação		
Internet	38	71,70%	Não	1	1,89%
Livros	37	69,81%		52	98,11%
Jornal	25	47,17%	Com quem mora		
Telefone e/ou celular	53	100 %	Pais	41	77,36%
Renda familiar			Marido	1	1,89%
Até um salário mínimo	12	22,64%	Outros familiares	8	15,09%
Mais de 01 salario a 02 salários	23	43,40%	Amigos	1	1,89%
Mais de 02 a 03 salários	6	11,32%	Não respondeu	2	3,77%
Mais de 03 a 05 salários	6	11,32%			
Mais de 05 a 10 salários	1	1,89%			
Mais de 10 a 20 salários	1	1,89%			
Não Declarou	2	3,77%			
Não sei	2	3,77%			

QUADRO 1: Distribuição das variáveis sociodemográficas das 53 adolescentes entrevistadas, Vitória da Conquista, Bahia, 2012.

Fonte: Entrevista com as adolescentes da pesquisa, junho, 2012.

4.2 TRIAGEM DOS FATORES DE RISCO PARA CÂNCER DE MAMA

Nesta sessão, tratamos das características consideradas normais no desenvolvimento fisiológico das mamas e a triagem para os fatores de risco do câncer de mama apresentados pelas adolescentes da pesquisa.

Na Tabela 1, percebemos o percentual de adolescentes que informaram afirmativamente que os quesitos abaixo eram fisiológicos no desenvolvimento de suas mamas.

TABELA 1: Características das mamas consideradas fisiológicas pelas 53 adolescentes do estudo, Vitória da Conquista, Bahia, 2012.

VARIÁVEIS	SIM	NÃO	SIM %	NÃO %
A adolescente tem uma maior quantidade de tecido mamário que a mulher adulta	20	33	37,74	62,26
A mama da adolescente possui mais gordura que a mama de uma mulher adulta	9	44	16,98	83,02
Aumento desproporcional das duas mamas; durante a puberdade e a adolescência (13 a 17 anos)	28	25	52,83	47,17
Ausência completa da mama;	6	47	11,32	88,68
Ausência de um ou de ambos os mamilos (“bico da mama”);	3	50	5,66	94,34
Botão mamário (“Bico da mama protuberante”);	26	27	49,06	50,94
Caroços endurecidos nas mamas;	10	43	18,87	81,13
Inchaço e dor antes e durante a menstruação;	43	10	81,13	18,87
Aumento das mamas na gravidez;	43	10	81,13	18,87
Uma mama maior que a outra (“Mamas assimétricas”);	34	19	64,15	35,85
Mamas endurecidas em alguns períodos do mês;	26	27	49,06	50,94
Meninas magras tem menos gorduras nas mamas que meninas obesas;	40	13	75,47	24,53
Menstruar sem ter mamas desenvolvidas;	20	33	37,74	62,26
Não menstruar até os 16 anos e já possuir mamas;	14	39	26,42	73,58
Inflamação da mama, que fica quente, dolorida e avermelhada;	2	51	3,77	96,23
Saída de secreção pelo mamilo (“Bico do peito”);	3	50	5,66	94,34
Ter nódulos próximos as axilas.	1	52	1,89	98,11

Fonte: Entrevista com as adolescentes da pesquisa, junho, 2012.

No item “a adolescente tem uma maior quantidade de tecido mamário que a mulher adulta”, 37,74% (20) acredita que sim e 62,26 % (33) creem que não. Apenas 16,98% (9) das adolescentes entrevistadas acham que “a mama da adolescente possui mais gordura que a de uma mulher adulta”, em oposição 83,02 % (44) que asseguram que a mama adulta é composta em sua maioria de gordura. Este quesito sugere que as adolescentes conhecem a diferença da constituição do que são

gordura e tecido na mama de uma mulher, já que apenas um pequeno percentual delas acredita que a mama adolescente possui muita gordura.

Das adolescentes participantes dessa pesquisa 75,47% argumentam que “meninas magras tem menos gorduras nas mamas que meninas obesas”. Segundo Miranda (2012), algumas meninas obesas deverão entrar na puberdade mais precoce que meninas magras, porque o excesso de células adiposas provoca a liberação da leptina, um hormônio que afeta o amadurecimento. Refere ainda que outras meninas obesas podem possuir gordura nas mamas e não caracterizarem tecido mamário, ou seja, não estarão na puberdade.

Na afirmativa “o aumento desproporcional das duas mamas; durante a puberdade e a adolescência” é considerado fisiológico, 52,83 % das adolescentes consideraram normais e 47,17% anormal. A macromastia ou hipertrofia virginal é um termo usado para descrever um aumento exagerado das mamas, também se refere ao aumento desproporcional bilateral das mamas durante a puberdade e a adolescência (13 a 17 anos), decorrente de uma hipertrofia ou hiperplasia dos tecidos mamários. A sua etiologia é desconhecida, mas possivelmente representa uma sensibilidade aumentada do tecido mamário aos estrógenos circulantes. (FREITAS, 2007; RIBEIRO, 2010). Apesar disso um número considerável de adolescentes acredita ser fisiológico a macrosmatia o que gera preocupação, demonstrando que estas adolescentes encontram-se despreparadas para identificação de anormalidades no desenvolvimento da mama.

Em relação a crença de ser normal “ausência completa da mama”, um percentual considerável (11,32%), julgam ser normal, a mulher não possuir mama, demonstrando pouco conhecimento a respeito desta temática.

A ausência completa da mama é denominada como amastia, uma doença rara que ocorre mais comumente na forma unilateral. “A amastia se caracteriza pela presença de aréola e mamilo e ausência do tecido mamário e do músculo peitoral, devendo ser pesquisadas alterações cromossômicas” (FREITAS, 2008, p.268). Também evento raro, mas que ocorre com adolescentes é a Athelia definida como a “ausência de um ou de ambos os mamilos”, porém com rudimentos de tecidos mamários (RAMPASSO, 2006; CESAR; RIBEIRO, 2010). Todavia apenas 5,66% das adolescentes afirmaram ser normal não possuir mamilo, o que nos conduz a crer que a maioria das adolescentes percebe certa simetria estética ou fisiológica no desenvolvimento das mamas.

Questionou-se as jovens sobre ser fisiológico o aparecimento do botão mamário em adolescentes, como resultado tivemos 49,06% que responderam, sim. Para Lourenço e Queiroz (2010, p. 73), “a primeira manifestação puberal nas meninas é o desenvolvimento do broto ou botão mamário, fenômeno denominado de telarca”

“O primeiro passo desta transformação dos seios infantis em seios adultos é a formação dos denominados “botões mamários”, que aparecem por volta dos 10 anos de idade e formam-se quase sempre primeiro num seio e, pouco depois, no outro” (MEDIPÉDIA, 2012, p.4).

A maioria das jovens acredita ser comum, num total de 81,13% das adolescentes, o aumento das mamas na gravidez. “Durante a gravidez, ocorrem várias alterações nas mamas devido aos estímulos hormonais. Os seios aumentam de tamanho muito rapidamente, especialmente durante as primeiras oito semanas de gestação” (MOURA; ARACAVA, 2010, p.2). A aréola fica escura, os mamilos aumentam de tamanho e apresentam-se mais eretos, característica se antecede a produção de leite

O desenvolvimento das mamas pode ser assimétrico, sendo comum o aparecimento unilateral, seguido depois pelo broto contralateral (LOURENÇO; QUEIROZ, 2010). “Não é incomum um desenvolvimento assimétrico e em geral a outra mama só começa seu desenvolvimento após seis meses” (FREITAS; 2008, p.267).

Mamas assimétricas foram consideradas eventos fisiológicos por 64,15% das entrevistadas. Durante a entrevista focalizada algumas adolescentes relataram que suas mamas cresceram assimetricamente e que este fato parece ser comum entre as amigas, tratando deste item com familiaridade.

No quesito “menstruar sem ter mamas desenvolvidas”, as participantes do estudo, afirmaram em 34,74 % ser uma característica fisiológica e 26,42% que consideram normal “não menstruar até os 16 anos e já possuir mamas”.

O Quadro 2 traz adolescentes que apresentaram fatores de risco para o câncer de mama. “Os principais fatores de risco para o desenvolvimento de câncer de mama relacionam-se com idade avançada, características reprodutivas, história familiar e pessoal, hábitos de vida e influências ambientais” (SILVA; RIUL, 2011, p.1017).

Possuem risco aumentado para o desenvolvimento do câncer de mama, mulheres com menarca precoce (primeira menstruação antes dos 12 anos), menopausa tardia (apresentada após os 50 anos de idade), “primeira gravidez após os 30 anos, nuliparidade e terapia de reposição hormonal pós-menopausa, principalmente se prolongada por mais de cinco anos” (BRASIL, 2011, p. 3).

VARIÁVEIS	Nº	%	VARIÁVES	Nº	%
Idade da menarca			Peso (Kg) das adolescentes		
8 a 10 anos	5	9,43	30 a 50	17	32,08
11 a 13 anos	35	66,04	50 a 70	35	66,04
14 a 16 anos	13	24,53	Não respondeu	1	1,89
Uso de Métodos contraceptivos			Número de refeições você faz por dia		
Sim	11	20,75	2 refeições	2	3,77
Não	37	69,81	3 refeições	15	28,30
As vezes	3	5,66	4 refeições	21	39,62
Não respondeu	2	3,77	5 refeições	8	15,09
Métodos referidos			6 refeições	4	7,55
Anticoncepcional oral	7	13,21	7 refeições	1	1,89
Anticoncepcional injetável	3	5,66	Não respondeu	2	3,77
Camisinha	9	16,98	Frequência do consumo de frutas, grãos, verduras e /ou legumes		
Não respondeu	34	64,15	Diariamente	26	49,06
Familiar com câncer de mama			Semanalmente	18	33,96
Sim	11	20,75	Mensalmente	4	7,55
Não	39	73,58	Raramente	5	9,43
Não sei	3	5,66	Nunca		
Familiares com câncer de mama			Pratica de Atividade Física		
Tia/tio	7	63,64	Não pratico	16	30,19
Avós(ôs)	1	9,09	Às vezes	36	67,92
Prima	1	9,09	Três vezes na semana	1	1,89
Tia avó	1	9,09	Uso de bebida alcoólica		
Não Declarou	1	9,09	Não bebo	33	62,26
Idade dos familiares com câncer de mama no momento do diagnóstico			Às vezes	11	20,75
21 a 30 anos	1	9,09	Nos finais de semana	1	1,89
31 a 40 anos	4	36,36	Em eventos sociais	6	11,32
41 a 50 anos	2	18,18	Sempre que tenho oportunidade	1	1,89
51 a 60 anos	1	9,09	Não respondeu	1	1,89
61 a 70 anos	2	18,18	Tabagismo		
70 anos e mais	1	9,09	Não fumo	52	98,11
			Nos finais de semana	1	1,89
			Número de cigarros/dia		
			Nenhum	43	81,13
			Menos de 20 cigarros/dia	1	1,89
			Não respondeu	9	16,98

QUADRO 2: Fatores de risco apresentados pelas adolescentes da pesquisa, Vitória da Conquista, Bahia, 2012.

Fonte: Entrevista com as adolescentes da pesquisa, junho 2012.

Das adolescentes pesquisadas 66,04% (35) apresentaram menarca entre os 11 a 13 anos, 24,53% (13) dos 14 aos 16 anos e 8,43% (5) entre os 8 e 10 anos. Observa-se um grupo de adolescentes (5) que, associados a outros fatores de risco e ambientais, podem apresentar câncer de mama no futuro. Ferreira (2012) trata em seu estudo sobre a prática contraceptiva com 50 adolescentes puérperas, quanto às variáveis biológicas, as participantes desse estudo tiveram sua menarca, em média, aos 11 anos de idade.

No que diz respeito ao peso, a maioria das adolescentes 66,04% (35) apresenta peso aceitável para idade, de 50 a 70 quilos. A obesidade é considerada como fator de risco na pós-menopausa e associada ao uso de terapia hormonal; no entanto, evidencia-se que o peso elevado antes da menopausa não aumenta o risco de câncer de mama.

Numa pesquisa com 337.000 participantes, as obesas (IMC>28Kg/m²) tiveram 26% mais tumores mamários. Outro estudo observou que o ganho de 20 a 29 kg aumentava o risco em 56% e o ganho de 40 a 49% dobrava as chances de câncer mamário. Já a perda de peso apresenta efeito protetor. Os mecanismos deste efeito não são muito claros. A principal hipótese é a anovulação causada pela obesidade, que pode acarretar menores níveis hormonais circulantes. Outras hipóteses seriam a diferenciação celular mais precoce ou menores níveis de fatores de crescimento (GARCIA, 2012, p.1).

O consumo de alimentos e a sua frequência diária é bastante discutida na literatura desta área. Na pesquisa, 39,62% das adolescentes informaram realizar (4) refeições ao dia, 28,30% 3 refeições ao dia e 15,09% (5) refeições ao dia

Segundo pesquisas do INCA, a gordura animal é um fator de risco para desenvolvimento da neoplasia maligna da mama. O instituto trata que esta prática alimentar incorpora-se aos fatores quando consumidos, principalmente, na infância e adolescência; em contrapartida informa que a dieta rica em fibras institui um fator de proteção (BRASIL, 2008b).

Durante a entrevista foi questionado as jovens a frequência do consumo de frutas, grãos, verduras e/ou legumes: 49,06% (26) referiram consumir diariamente, 33,96% (18) semanalmente e 16,98% (09) referiram comer raramente e/ou mensalmente. Evidencia-se que 09 adolescentes não possuem o hábito de consumir frutas, verduras e grãos em sua alimentação. A má alimentação e/ou não consumo de frutas e grãos associados a outros fatores de risco e ambientais podem ser estímulo para aparecimento futuro do câncer de mama nestas jovens.

Em um estudo caso-controle de base hospitalar realizado em João Pessoa-PB, Brasil, com 183 indivíduos (89 casos e 94 controles) na faixa etária entre 30 e 80 anos, com pareamento por idade, observou-se que “o consumo de carne vermelha e frituras pode aumentar o risco para o desenvolvimento de câncer de mama, enquanto que a ingestão de frutas, feijão e leite podem atuar como protetores” (SILVA; RIUL, 2011, p.1019).

Em outro estudo na China, que pesquisou a relação da idade da menarca, o consumo de alimentos na infância e adolescência e o risco de câncer de mama percebeu-se que:

Embora a idade média da menarca nos países ocidentais seja hoje de 12 - 13 anos de idade, na China rural a idade típica tem sido aproximadamente 17 - 18 anos, similar ao observado nos países ocidentais há 200 anos. Comparado com meninas, que tiveram a menarca aos 16 anos, aquelas que a apresentaram 2 a 5 anos mais precocemente, revelaram maiores riscos de desenvolverem câncer de mama, de 10% a 30%. É possível que a dieta consumida durante a infância e adolescência exerça um papel importante no risco futuro de adoecimento [...] e a puberdade é caracterizada por intensas mitoses e crescimento tecidual com aumento na altura, peso e pleno desenvolvimento (CIBEIRA; GUARANGNA, 2006, p. 67).

Várias pesquisas têm demonstrado que a prática regular de atividade física traz diversos benefícios ao indivíduo e caracteriza-se como fator protetor para algumas doenças. As adolescentes da pesquisa referiram 67,97% delas praticar atividades físicas “às vezes”, ou seja, sem regularidade e 30,19% referiram não praticar qualquer atividade física. Numa pesquisa com 337.000 participantes, as obesas (IMC>28Kg/m²) tiveram 26% mais tumores mamários. Outro estudo observou que o ganho de 20 a 29kg aumentava o risco em 56% e o ganho de 40 a 49% dobrava as chances de câncer mamário. Já a perda de peso apresenta efeito protetor, principalmente em mulheres que na utilizam terapia hormonal. Em outra coorte, a perda sustentada em pelo menos 10Kg reduzia o risco em 57%.

Observou-se neste estudo que o uso de bebida alcoólica pelas jovens da pesquisa foi de 62,26% não fazem uso de bebida alcoólica, 30,19% consomem “às vezes” e 11,31% usam bebida em eventos sociais. Segundo Silva e Riul (2011, p.1017), alguns hábitos de vida tem relação com o surgimento do câncer de mama e dizem que o “uso regular de álcool acima de 60 gramas por dia, com o acetaldeído, primeiro metabólito do álcool, é carcinogênico, mutagênico, estimulador da produção de estrogênio e imunodepressor”.

Uma pesquisa publicada no periódico "Câncer", da Sociedade Americana de Cancerologia, da Escola Médica de Harvard, em Boston, Estados Unidos, diz que o consumo de álcool entre adolescentes pode aumentar o risco de ter câncer de mama. A pesquisa trata dos fatores de risco para patologia benigna de mama em meninas com antecedentes familiares de câncer de mama. Foi realizada com mulheres que foram adolescentes entre os anos de 1996 a 2001 também obteve-se informações sobre consumo de álcool, idade da primeira menstruação, altura e índice de massa corporal (IMC). Observou-se que as adolescentes que consumiram e consome álcool foram mais acometidas durante a vida por doenças benignas da mama do que as que não consumiam álcool. O estudo acompanhou também casos de patologias mamárias das mães destas adolescentes. Conclui-se que as adolescentes com maior risco devem ser conscientizadas de que evitando o uso de bebidas alcoólicas poderão diminuir reduzir o risco de ter de doenças benignas da mama, que podem levar de um maior risco para desenvolver câncer de mama (BERKEY, 2011).

O etilismo, para o grupo de adolescentes do nosso estudo, não se mostrou como fator de risco predominante entre as meninas, mas supõe-se que vem a contribuir como um fator a mais para desenvolvimento de câncer de mama nas mulheres em geral.

Quanto ao uso do tabaco, 98,11% referiram não fumar. Para as adolescentes que referiram fumar, solicitou-se também a quantidade de cigarros tragados por dia pelas adolescentes, 81,13% (43) informaram não tragar nenhum cigarro por dia e 16,98% (9) não quiseram responder. Fato curioso é que nenhuma delas referiu ser fumante passiva. Além desta situação, observou-se que durante o período de aplicação dos instrumentos de coletas de dados, algumas adolescentes que referiram não ser tabagista, encontravam-se fumando em grupo no fim do expediente escolar ou nos intervalos na área externa a escola.

Num estudo publicado em 2011, com 474 adolescentes de escolas públicas de São Paulo, referente à utilização de uma estratégia para o autoconhecimento de adolescentes através de uma oficina de autoexame das mamas, os autores trabalharam em paralelo os hábitos de vidas destes adolescentes e observaram que:

Em meio às diferentes escolas, os relatos de ingestão de bebida alcoólica eram expressos como "comum" até mesmo, pelas mais jovens e interpretados por elas com naturalidade, em razão dos relatos de consumo de bebida alcoólica por familiares próximos, pais e amigos, caracterizando

um hábito inserido no cotidiano. Em relação ao hábito de fumar, houve uma queda no percentual de consumo. Encontramos dois estudos que descrevem, o uso de álcool devido sobretudo à pressão dos companheiros [...] Os autores identificaram que entre estudantes dos 1º e 2º graus cerca de 80,5% consumiram álcool, pelo menos, uma vez na vida e 28% usaram fumo, pelo menos, uma vez na vida e 5% fumavam frequentemente (GREGO et al., 2011, p. 498).

Em uma pesquisa publicada sobre Gênero e Tabaco, realizada pela Rede Nacional Feminista de Saúde, no ano de 2009, com as 246 filiadas a rede de saúde feminista de todo Brasil, de 18 a 79 anos, identificou-se que 47% das entrevistadas iniciaram o hábito de fumar entre os 15 a 18 anos, 21% começaram a fumar antes dos 14 anos e aos 25 anos, 96% já eram tabagistas (NEGRÃO et al., 2010). Este dado alerta para a iniciação precoce do tabagismo e o tempo em que estas mulheres são tabagistas.

Lion (2009) faz algumas referências entre o câncer de mama e o uso do tabaco, inclusive por ser uma doença multifatorial. A autora afirma que algumas características associadas entre si numa mesma mulher aumentam o risco de ter câncer de mama, são eles: começar fumar após 5 anos da menarca, nuliparidade e fumantes de mais de 20 cigarros/dia ou que tenham fumado cumulativamente 20 maços/ano ou mais. Revela em discussão outros dados como da *Califórnia Teachers Study*, em 2004, que pesquisou mais de 116 mil mulheres por 5 anos consecutivos e conclui-se que o uso do cigarro traz um maior risco para adquirir câncer de mama, menciona ainda que mulheres com herança genética de neoplasia maligna da mama apresentam maior risco quando são tabagista.

As fumantes portadoras de mutações BRCA1 e BRCA2, por exemplo, apresentam um risco aumentado de câncer mamário antes dos 50 anos. As mulheres com genótipos NAT2 (acetilação lenta), que representam cerca de 50 % da população caucasiana, também possuem risco de câncer mamário maior quando tabagistas, confirmando o importante papel do tabaco na etiologia deste câncer (LION, 2009, p. 6).

O uso de métodos contraceptivos na adolescência é um assunto amplamente discutido em todas as suas vertentes na literatura. Na pesquisa as jovens foram abordadas quanto ao uso de métodos contraceptivos, 69,81% das jovens não fazem uso de nenhum método, 20,75% utilizam algum método, 5,66% usam ocasionalmente e 3,77% não quiseram responder. Das adolescentes (26,41%), fizeram uso em algum momento da vida, 16,98% informaram utilizar camisinha, 13,21% anticoncepcional oral e 5,66% utilizado anticoncepcional injetável.

Em um estudo sobre métodos contraceptivos e adolescentes realizado em escola pública de Santa Catarina, dos 256 participantes que responderam sobre a utilização de métodos contraceptivos, “um pouco mais da metade (53,%) afirmou utilizar algum método. Os métodos mais relacionados foram o preservativo masculino e o anticoncepcional oral, correspondendo a 45,8% e 28,9%, respectivamente” (MARTIGNAGO, 2011, p.10).

No que se refere aos fatores do risco para o câncer, perguntou-se a essas adolescentes se possuíam algum parente com câncer de mama e 20,77% disseram que sim; destas, 63,64% esclareceram ser tio ou tia; 27,27% falaram avó (ô) ou tia ou tia-avó e 9,09% disseram não saber informar qual parente. Solicitou-se ainda a idade destes parentes quando diagnosticados com câncer de mama e a maioria disse entre 31 a 40 anos.

O carcinoma de mama é uma doença multifatorial, genética e epigenética que se inicia em uma única célula na unidade ductulo-lobular. O câncer de mama pode ser considerado, em termos de iniciação genética, em: hereditário (familiar) ou esporádico (não familiar). Dentre os fatores de risco para carcinoma da mama a história familiar, especialmente em familiares de primeiro grau antes dos 50 anos, podem indicar uma predisposição genética para esta neoplasia, também associadas à mutação e alguns genes. Em famílias em que há diversos casos de câncer de mama e em outros órgãos em que esta doença apareça precocemente, são denominadas neoplasias malignas hereditárias e ou familiar.

No entanto, quando este câncer acontece pontualmente em uma família ou num indivíduo, surgindo após a menopausa desta mulher específica, é chamado de esporádico e não familiar. Entretanto, o câncer de mama de caráter hereditário (predisposição genética) corresponde a cerca de 5-10% do total de casos, com transmissão de suscetibilidade de pais para filhos (INCA, 2011; BARROS, 2010).

4.3 CONHECIMENTO DAS ADOLESCENTES QUE APRESENTARAM FATORES DE RISCO PARA O CÂNCER DE MAMA

Esta sessão tratará do conhecimento das adolescentes que foram selecionadas através das características apresentadas no questionário biosociodemográfico sobre o câncer de mama. Apresenta-se aqui 7 adolescentes

com fatores de risco para o câncer. As mesmas estão no grupo de adolescentes que possuem: parentes com câncer de mama, menarca precoce, uso de álcool, uso de métodos contraceptivos orais, sedentarismo e com consumo irregular de frutas, grãos, verduras e/ou legumes.

TABELA 2: Sinais e sintomas do câncer de mama considerados pelas adolescentes de ensino médio da rede pública de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, 2012.

VARIÁVEIS	Sim	Não
Aumento de tamanho das mamas com vermelhidão local e inchaço	7	0
Aumentos das mamas com diferença de tamanho de uma em relação a outra em curto intervalo de tempo	4	3
Descarga mamilar (secreção leitosa, tipo pus ou sanguinolenta que sai do “bico do peito”)	4	3
Diarreia	1	6
Dor de cabeça	4	3
Dor nas mamas a palpação	6	1
Edema em MMII (“pernas inchadas”)	1	6
Ferida na mama com odor desagradável	5	2
Caroços endurecidos na mama, indolores e de tamanhos variados	7	0
Pele da mama com característica de casca de laranja ou retraída	2	5
Perda de peso	4	3
Prurido local (“coceira local”) em pele alterada da mama	4	3
Sangramento nasal	1	6
Vômitos	4	3
Outros * Queda de Cabelo	1	6

Fonte: Entrevista com as adolescentes da pesquisa, julho, 2012.

As jovens foram questionadas quanto o que sabem sobre os sinais e sintomas do aparecimento do câncer de mama e sobre o conhecimento que possuem referente os fatores de risco para esta neoplasia.

As meninas do estudo apresentaram, em sua maioria, resultados afirmativos sobre questões que não condizem com sinais e sintomas do câncer de mama: 4 das adolescentes referiram ser normal uma mulher apresentar descarga mamilar (secreção leitosa, tipo pus ou sanguinolenta que sai do “bico do peito”), 4 das meninas acreditam que “vômitos” e “dor de cabeça” são sinais e sintomas de câncer de mama” e 6 das jovens acreditam que “dor nas mamas a palpação” é sinal de neoplasia maligna da mama.

O sintoma mais comum de câncer de mama é o aparecimento de nódulo, geralmente indolor, duro e irregular, mas há tumores que são de consistência branda, globosos e bem definidos. Outros sinais de câncer de mama são edema cutâneo semelhante à casca de laranja; retração cutânea; dor, inversão do mamilo, hiperemia, descamação ou ulceração do

mamilo; e secreção papilar, especialmente quando é unilateral e espontânea. Podem também surgir linfonodos palpáveis na axila (INCA, 2011, p.1).

Em contrapartida, alguns sinais básicos do câncer de mama: 7 das jovens caracterizaram como: “Aumento de tamanho das mamas com vermelhidão local e inchaço” e “Caroços endurecidos na mama, indolores e de tamanhos variados”. 5 descreveram “Ferida com odor desagradável” na mama como sinal de “câncer”. Sugere-se que estes sinais são mais claros e visíveis que outros mais específicos, além de serem mais difundidos na mídia em geral, o que pode ter levado as adolescentes a escolherem os mesmos no momento da entrevista.

Percebe-se certo conflito nas considerações das adolescentes referente a palpação das mamas e a dor. Seis das adolescentes acenaram que, “dor nas mamas a palpação” é sinal de neoplasia maligna da mama e todas também disseram que “Caroços endurecidos na mama e indolores...” são sinais desta neoplasia. Levando-nos a considerar que a presença da dor é algo que causa confusão no imaginário das adolescentes ou desconhecimento.

Outra hipótese que nos ocorre e foi perceptível no momento das entrevistas é a dificuldade em lidar com a interpretação das questões na norma culta da língua portuguesa. Houve o cuidado, por parte da pesquisadora, de utilizar sinônimos claros e específicos para itens da anatomia humana do corpo feminino ou na área de oncologia, justamente para facilitar a interpretação das adolescentes referente ao texto da pesquisa.

Buscou-se na aplicação do pré-teste identificar quais as maiores dificuldades das adolescentes em termos anatômicos e foram readequados na terminologia atual utilizada pelas jovens. No entanto, a maior dificuldade nas questões foi de fato a interpretação de textos.

Há uma literatura vasta que trata dos fatores de risco para o câncer de mama. Os principais fatores de risco para o câncer de mama estão ligados a idade, aspectos endócrinos, genéticos e hábitos inadequados (ADAMI; HUNTE; TRICHOPOULOS, 2008).

A prática de atividade física e o aleitamento materno exclusivo são considerados fatores protetores (INCA, 2011). As jovens afirmaram que a amamentação não leva a mulher a ter câncer de mama, mas o contrário é um fator de proteção.

“Alimentação saudável, atividade física e peso corporal adequado, além da amamentação, são práticas que podem reduzir o risco de câncer de mama. Estima-se que é possível evitar 28% dos casos da doença por meio de fatores ligados à alimentação, nutrição e atividade física” (INCA; 2012b, p.21).

A diferenciação completa das células das mamas e a diminuição de tempo de exposição às mais diversas ações dos hormônios sexuais, pode ser o motivo do efeito protetor da amamentação. Durante este período a mulher em amenorréia por lactação também diminui os efeitos destes hormônios. “Além disso, a intensa esfoliação do tecido mamário e a apoptose maciça de células epiteliais, decorrentes da amamentação, podem reduzir o risco de câncer de mama por meio da eliminação de células que tenham sofrido algum dano potencial no DNA” (INUMARU; SILVEIRA; NAVES, 2011, p.1263).

A Tabela 3 apresenta os fatores de riscos para o câncer de mama segundo as adolescentes deste estudo.

TABELA 3: Características consideradas fatores de risco para o câncer de mama, pelas adolescentes de ensino médio da rede pública de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, 2012.

VARIÁVEIS	SIM	NÃO
Amamentação	0	7
Analfabetismo	1	6
Desodorante Rollon em axila depilada	1	6
Exposição significativa a raio X	5	2
Idade (maior que 40 anos)	0	7
Ingerir grande quantidade de leite por dia	0	7
Ingestão regular de álcool	2	5
Menopausa depois dos 50 anos	4	3
Mulheres com silicone na mama	6	1
Não ter filhos (Nuliparidade)	2	5
Obesidade	1	6
Parentes de primeiro grau com história de câncer de mama	6	1
Primeira gravidez depois dos 30 anos	3	4
Primeira menstruação precoce (antes do 12 anos de idade)	4	3
Tabagismo	3	4
Traumas na mama	6	1
Uso de anticoncepcionais hormonais por mais de 10 anos sem interromper	4	3
Uso de sutiãs sintéticos e com renda	1	6
Vários parceiros sexuais	1	6
Outros * Má Alimentação	1	6

Fonte: Entrevista com as adolescentes da pesquisa, julho, 2012.

Questionou-se o acesso à educação ou, mais especificamente, se o analfabetismo seria um fator que poderia levar uma mulher a ter câncer de mama e apenas uma delas acreditou que mulheres com baixa ou nenhuma escolaridade

possuem maior risco de ter a doença. Observa-se que para a maioria das adolescentes do estudo (6) não acreditam que a alta escolaridade possa auxiliar uma mulher a não ter câncer de mama.

Mulheres analfabetas têm um risco 7,40 vezes maior de morrer por câncer de mama que mulheres com nível superior. Segundo Leite et al. (2011, p.17):

Para aquelas que só têm 1º grau, esse risco é 3,76 vezes maior, pois a maior escolaridade amplia a chance de a mulher ser submetida ao exame clínico das mamas e apresentar maior frequência de mamografia, possibilitando o diagnóstico precoce.

Num trabalho atual, Buzanelo (2012, p.12) argumenta que mulheres com baixa escolaridade ou analfabetas “apresentam na maioria das vezes, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, falta de informação sobre os fatores de risco e os métodos de prevenção dos diversos tipos de tumores e até a negação da possibilidade de ter câncer”.

É perceptível que ainda há crenças e mitos em relação ao câncer de mama já que 01 das adolescentes acreditam que utilizar “desodorante *rollon* em axila depilada”, “uso de sutiãs sintéticos e com renda” e “vários parceiros sexuais” podem provocar câncer de mama. Assim como quando questionadas sobre a relação das próteses de silicone e o aparecimento do câncer de mama, 6 afirmaram o silicone provoca câncer de mama.

O Inca (2012c) divulgou um artigo referente ao mito de uso de antitranspirantes e o câncer de mama. Neste artigo traz o parecer técnico da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) de que não existe até o momento dados comprovados na literatura científica que relacionem antitranspirantes (sais de alumínio) com surgimento do câncer de mama. Desta forma, deve-se considerar que a associação positiva entre a exposição a parabenos e presença de alterações no DNA que poderiam levar ao câncer, não seja verídica, já que não há estudos conclusivos ou comprovados que certifiquem o assunto.

O mesmo ocorre quanto ao uso de sutiã com aros, rendas e alças largas e ao uso de próteses de silicone. Segundo Tavares (2012), em um entrevista com renomados mastologista brasileiros, referiu que após diversas buscas na literatura internacional, não houve artigos ou qualquer material que prove que os mitos citados possuam qualquer fundamento científico ou estudos que comprovem estas crenças.

Ao serem questionadas se “uso de anticoncepcionais hormonais por mais de 10 anos sem interromper”, “primeira menstruação precoce (antes do 12 anos de idade)” e “menopausa depois dos 50 anos”, seriam fatores de risco para o câncer de mama, 4 das jovens acreditam que sim. Este quesito da pesquisa mostra que metade das alunas apresenta certo grau de conhecimento referente ao tema e a outra metade dificuldade em lidar com o assunto. Há literaturas bem divergentes sobre o tema e que serão discutidas a seguir:

Fazendo referência ao uso de métodos contraceptivos e o câncer de mama, Buzanelo (2012, p.11) confirma em sua pesquisa o que Lima et al. (2008) diz sobre a exposição das mamas ao hormônio estrógeno é uma fase necessária para a “ocorrência da doença, o que justifica sua associação com uso prolongado de anticoncepcionais orais e terapia de reposição hormonal na mulher no climatério, nulipariedade ou primeira gravidez tardia, menarca precoce e menopausa tardia”.

Nas “Recomendações para redução da mortalidade por câncer de mama no Brasil: balanço 2012”, referiu no estudo de Silva et al. (2005), realizado com 294 mulheres de 20 a 57 anos, em São Carlos (SP), utilizando um instrumento de múltipla escolha, as autoras aferiram o grau de informação sobre câncer de mama e câncer do colo do útero. “A análise das respostas mostrou que formas de prevenção do câncer de mama foi um tema difícil, com 12% de acertos, justificada pela própria controvérsia no meio científico quanto ao papel da pílula contraceptiva” (INCA, 2012c, p.8).

No entanto, no periódico Estimativa 2012: Incidência de Câncer no Brasil lançado pelo INCA referem que a idade continua sendo o principal fator de risco para o câncer de mama. As taxas de incidência aumentam rapidamente até os 50 anos e, posteriormente, esse aumento ocorre de forma mais lenta. Contudo, outros fatores de risco já estão bem estabelecidos, como, por exemplo, aqueles atrelados as ações da vida reprodutiva da mulher “(menarca precoce, nuliparidade, idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos, anticoncepcionais orais, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal)” (BRASIL, 2011a, p.33).

Não há consenso na literatura mundial em relação ao uso de métodos contraceptivos. Há evidências do risco, no entanto, com a nova classe de contraceptivos orais de baixas dosagens de estrogênio, parece que o potencial de desenvolver a neoplasia maligna da mama é menor. Percebe-se que o uso de anticoncepcional oral, associado a outros fatores como obesidade, etilismo,

tabagismo, dieta rica em gordura aumentam a ocorrência deste câncer, já que o mesmo é multicausal.

Os aspectos endócrinos estão relacionados principalmente ao estímulo estrogênico, seja endógeno ou exógeno, com aumento do risco quanto maior for o tempo de exposição maior será a chance de ter neoplasia.

No imaginário das sete adolescentes entrevistadas o uso de tabaco e álcool possui pouca influência no aparecimento do câncer de mama, já que apenas 2 das jovens acreditam que o álcool seja fator de risco para esta neoplasia. Considerando-se o cigarro, 3 das adolescentes possui a crença de que o tabaco possa provocar câncer de mama.

Sabe-se que o álcool está associado ao desenvolvimento da neoplasia maligna da mama. Quanto mais se consome bebidas alcoólicas, maior será o risco de ter este câncer, a associação entre os dois é proporcional, segundo Pirhardt e Mercês (2009).

Outros fatores incluem a exposição a radiações ionizantes em idade inferior a 40 anos, a “ingestão regular de bebida alcoólica, mesmo que em quantidade moderada (30g/dia), obesidade, principalmente quando o aumento de peso se dá após a menopausa, e sedentarismo” (INCA, 2011, p.1).

Os dados mais atuais sobre tabagismo no Brasil são os da Pesquisa Especial de Tabagismo (Petab), realizada pelo IBGE em parceria com o Ministério da Saúde, com a atuação técnica do Instituto Nacional de Câncer (Inca), e aplicada a uma subamostra (cerca de 51 mil domicílios) da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) de 2008. Os principais pontos desta pesquisa são que 17,5% da população de 15 anos ou mais eram usuários de produtos derivados de tabaco (fumado ou não), o que correspondia a 25 milhões de pessoas (JARDIM; OLIVEIRA, 2011, p. 1).

Num outro estudo com 50 estudantes da área de saúde de uma universidade de Santa Catarina, em relação ao conhecimento dos fatores de risco para câncer de mama, no quesito tabagismo: 85,7% dos acadêmicos de enfermagem, 100% da fisioterapia e 48% da psicologia apontaram como fator de risco o uso do tabaco. Sabe-se que dentre os diversos componentes do cigarro, 4.720 compostos que o integram são substâncias identificadas quimicamente, entre as quais algumas farmacologicamente carcinogênicas (PIRHARDT; MERCÊS, 2009).

Em paridade com a literatura, percebemos de fato o desconhecimento da maioria das adolescentes referente aos sinais, sintomas e fatores de risco para o câncer.

4.4 PERCEÇÃO DAS ADOLESCENTES SOBRE O DESENVOLVIMENTO DA MAMA E O CÂNCER

A entrevista, como técnica de apreensão do conhecimento, possibilitou, por meio da análise temática, a emergência de cinco categorias, com nove subcategorias, conforme apresentação no Quadro 3. As categorias foram formadas a partir da análise de conteúdo das sete entrevistas obtidas após a seleção dos fatores de risco apresentados pelas adolescentes como: parentes com câncer de mama, uso de contraceptivos orais, uso de bebida alcoólica, uso de tabaco, sedentarismo e menarca precoce.

Como critério ético de proteção da identidade das adolescentes e facilitador do processo de caracterização da pesquisa optou-se por utilizar e homenagear nomes de mulheres famosas como atrizes e musicistas que tiveram câncer de mama, para substituir os nomes das adolescentes nos resultados da pesquisa. Os nomes utilizados por ordem de entrevistas foram: Joana Fomm, Patrícia Pillar, Elba Ramalho, Norma Blum, Christina Applegate, Cynthia Nixon e Maura Tierney.

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	CÓDIGOS	NÚMERO DE UNIDADE DE ANÁLISE
CATEGORIA 1 CDM Conhecimento da mama	- Marco menstrual	CDMmm	13
	- Auto imagem	CDMai	03
CATEGORIA 2 PCCM Pessoas com Câncer de mama	- Parentes	PCCMp	12
	- Outras pessoas	PCCPop	02
CATEGORIA 3 MCH Métodos Contraceptivos Hormonais	- Não provoca câncer de mama	MCHnpcm	06
	- Provoca câncer de mama	MCHpcm	03
CATEGORIA 4 FRCM Fatores de risco no câncer de mama	Características hereditárias	FRCMch	09
	Prevenção	FRCMp	09
	Hábitos de Vida saudáveis	FRCMhvs	06
CATEGORIA 5 DSCM Desconhecimento sobre o câncer de mama		DSCM	13
TOTAL			76

QUADRO 3: Distribuição das categorias e subcategorias simbólicas do câncer de mama, apresentadas pelas adolescentes de ensino médio da rede pública de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, 2012.

Fonte: Entrevistadas da pesquisa.

As categorias que emergiram deste estudo tratam do que as adolescentes verbalizaram durante a entrevista e seu imaginário referente ao tema. Surgiram falas que elaboravam um conhecimento sobre o desenvolvimento da mama na adolescência traçando uma autoimagem e trazendo o marco menstrual como fator determinante.

1ª Categoria: Conhecimento da mama - CDM

A adolescência representa a fase de nossas vidas que mais ocorrem transformações físicas, psicológicas e de escolha de conduta moral. Para as meninas essas modificações são caracterizadas principalmente por mudanças na anatomia de seus corpos, as dúvidas e mitos. “A puberdade é um evento fisiológico do processo de maturação sexual que começa com a ativação do eixo hipotálamo hipófise-gônada e culmina com a capacidade reprodutiva” (ROMAN et al., 2009, p.317). Nesta fase caracterizada como puberdade, as transformações são dinâmicas e variam quanto à idade de início ou término, o tempo que aparecem e interagem entre si, além da raça, do gênero e do meio ambiente em que o indivíduo está inserido.

Ribeiro (2010, p.27), retrata que nos ambulatórios e centros de saúde de atenção integral ao “adolescente, seja primária ou secundária, observamos a grande preocupação das meninas, principalmente no início da puberdade, em relação ao aparecimento da mama e ao seu desenvolvimento durante essa fase”

A Tabela 4 apresenta a categoria conhecimento da mama e a frequência das análises temáticas e valores percentual das subcategorias marco menstrual e autoimagem. O chamado senso comum muitas vezes aparece nas falas destas adolescentes, apresentando possivelmente um conhecimento transmitido nas convivências sociais.

TABELA 4: Distribuição das unidades temáticas e percentuais das subcategorias da categoria conhecimento da mama, segundo adolescentes de ensino médio da rede pública de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, 2012.

SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANALISE	
	F	%
Marco menstrual	13	81,25%
Auto imagem	03	18,75%
TOTAL	16	100%

Fonte: Entrevista com as adolescentes da pesquisa, julho, 2012.

A subcategoria **Marco menstrual** apresenta a maior frequência de aparecimento entre as subcategorias, com 81,25% de repercussão nas unidades de análise.

“A maturação sexual é o processo que leva a um completo estado de desenvolvimento morfológico, fisiológico ou psicológico e que tem, necessariamente, influência genética e ambiental” (FARIAS et al., 2012, p. 681).

Segundo Roman et al. (2009), o período denominado puberdade compreende o desenvolvimento das gônadas, dos órgãos sexuais e suas características secundárias, que apresentam um grupo de acontecimentos, como a telarca quando as mamas surgem, a pubarca com o crescimento dos pêlos pubianos e menarca com o surgimento da primeira menstruação. Dentre estes passagens, o fenômeno de maior representação do desenvolvimento feminino e mais fácil de identificar é a menarca.

Existem diversas mudanças puberais; no entanto, para as meninas, o crescimento das mamas é um marco. O mesmo inicia-se entre 8 e 13 anos, com o aparecimento do botão mamário, geralmente unilateral, mas esta não é uma regra já que nesta fase o desenvolvimento sexual dependerá de fatores biológicos e ambientais.

Para a maioria das adolescentes da pesquisa a menarca é o que de fato a caracteriza como adolescente e possui uma forte relação com o desenvolvimento de suas mamas. Esta consideração também aparece como fator primordial para o desenvolvimento das mamas no imaginário destas meninas perceptível nas falas de Patrícia Pillar, Norma Blum e Cynthia Nixon.

Para Lourenço e Queiroz (2010), uma característica marcante do início da adolescência é a sua variabilidade. A faixa etária cronológica não se constitui como um bom indicador para a avaliação de jovens adolescentes. É comum que adolescentes de diversos grupos etários estejam no mesmo padrão de desenvolvimento. Nesta perspectiva pesquisadores e pediatras desenvolveram padrões e escalas para obter critérios de avaliação da maturidade fisiológica e definir o acompanhamento e crescimento destes indivíduos.

Encontramos alguns modelos de estadiamento puberal que foram propostos há 70 décadas, mas coube ao médico inglês J. M. Tanner standardizar um método de cessar a maturação sexual, que se difundiu a partir dos anos 1960, e é o mais utilizado até os dias atuais (CHIPKEVITCH, 2001, p.136). O estadiamento da

maturação sexual é feito pela avaliação das mamas e dos pêlos púbicos no sexo feminino, e dos genitais e pêlos púbicos no sexo masculino (RIBEIRO, 2010; FREITAS, 2007).

As fases de desenvolvimento das mamas femininas são descritas em:

M1- Mama infantil, com elevação somente da papila. M2- Broto mamário: aumento inicial da glândula mamária, com elevação da aréola e papila, formando uma pequena saliência. Aumenta o diâmetro da aréola, e modifica-se sua textura. M3- Maior aumento da mama e da aréola, mas sem separação de seus contornos. M4- Maior crescimento da mama e da aréola, sendo que esta agora forma uma segunda saliência acima do contorno da mama. M5- Mamas com aspecto adulto. O contorno areolar novamente incorporado ao contorno da mama (CHIPKEVITCH, 2001, p. 136).

As unidades de análise referente ao marco menstrual e o desenvolvimento das mamas sugerem as diferentes fases de crescimento destas mamas e as peculiaridades de cada adolescente com termos próprios de descrição da adolescência e do senso comum como “pedrinhas” e “cresceu uma e depois a outra”.

CATEGORIA CONHECIMENTO DA MAMA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANÁLISE
	Marco menstrual	[...] normal, ela foi evoluindo a partir do momento que eu menstruei ai ela foi crescendo (<i>Patrícia Pillar</i>); [...] eu menstruei com 11 anos [...] eu sentia que (mama) tava maiorzinha e tudo e eu achei que desenvolveu rápido e assim até pelo meu tipo físico achei que ela cresceu bastante (<i>Norma Blum</i>); [...] a minha mama cresceu depois que eu menstruei [...] depois de algum tempo que eu menstruei ela parou de crescer [...]. Cresceu uma primeiro que a outra (<i>Cynthia Nixon</i>). [...] ela só cresceu normal e mais nada, parou. Ela cresceu normal como toda mama cresce (<i>Joana Fomm</i>) [...] Ela começou com uma pedrinha e depois foi crescendo (<i>Christina Applegate</i>); [...] Cresceu uma primeiro que a outra (<i>Cynthia Nixon</i>) [...] depois do crescimento eu acho que uma ta maior que outra. Só que eu acho isso natural (<i>Maura Tierney</i>); Sim. Eu acho que o câncer [...] toda mulher que tem mama pode ter câncer de mama [...] (<i>Joana Fomm</i>).

QUADRO 4: Extrato das unidades temáticas sobre marco menstrual, sujeitas da pesquisa, Vitória da Conquista, Bahia, 2012.

Fonte: Entrevista com as adolescentes da pesquisa, julho, 2012.

A subcategoria **Auto imagem** em relação ao conhecimento da mama apresentou frequência de 18,75% das falas das meninas da pesquisa. É perceptível que estas adolescentes agregam o crescimento da mama e maturidade fisiológica a uma imagem corporal criada por cada uma delas acreditando que meninas “maiores” ou “gordinhas” desenvolverão suas mamas mais rapidamente do que meninas “magras”.

Durante toda nossa vida trazemos a interação herança-ambiente da nossa criação. Ao chegarmos à adolescência, o potencial desta interação, favorável ou desfavorável, poderá auxiliar no desenvolvimento das nossas potencialidades. De acordo com Conti, Frutuoso e Gambardella (2005), a adolescente apresenta dificuldades em lidar com as transformações diárias da sua estrutura biológica e o seu desenvolvimento psíquico não acompanha, por vezes, a maturação orgânica. Em meio as mais diversas transformações emocionais, funcionais e físicas, as transformações do corpo físico adquirem uma importância fundamental no contexto de vida da adolescente, já que esta é uma alteração perceptível a seus olhos.

CATEGORIA CONHECIMENTO DA MAMA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANALISE
	Auto imagem	[...] só que ela (a mama) de acordo que eu também passei a ser gordinha, como eu passei a ser gordinha, ai ela foi crescendo de acordo eu ia amadurecendo (<i>Elba Ramalho</i>); [...] eu achei que desenvolveu rápido e assim ate pelo meu tipo físico (magra) achei que ela cresceu bastante [...] ficou adequado ao meu corpo (<i>Norma Blum</i>).

QUADRO 5: Extrato das unidades temáticas sobre auto imagem, sujeitas da pesquisa, Vitória da Conquista, Bahia, 2012.

Fonte: Entrevista com as adolescentes da pesquisa, julho 2012.

Segundo Tavares (2003), a imagem corporal compreende várias dimensões e é vulnerável aos mais diversos processos mutáveis externos e internos ao indivíduo. A mesma traz o contexto de vida e as transformações do corpo de uma pessoa que vão emoldurando de acordo suas percepções, a sua existência no mundo. A imagem corporal é vivência humana, individual e dinâmica.

Fernandes (2007), desenvolveu um estudo referente a avaliação da imagem corporal entre crianças e adolescentes e referiu que 62,6% dos entrevistados estavam insatisfeitos com o próprio corpo, destes 33,7% gostariam de ser magros e 28,9% idealizavam ser mais gordos.

A percepção que a adolescente possui sobre si mesma e o desenvolvimento do seu corpo deve ser motivo de observação e acompanhamento por parte dos pais e profissionais de saúde, já que o ideal de corpo veiculado pela mídia para a mulher brasileira nos meios de comunicação, podem influenciar estas meninas na busca deste padrão de beleza afetando o seu desenvolvimento fisiológico e psíquico.

Para a adolescente *Elba Ramalho* o fato de na infância e na adolescência ela ter apresentado obesidade, contribuiu para o desenvolvimento precoce das suas mamas e maturidade corporal.

A fala desta adolescente traz ênfase a sua auto percepção corporal voltada para o seu desenvolvimento, justificando-se e reiterando-se por duas vezes pelo rápido crescimento de suas mamas associada a um padrão de excesso de peso criado por ela: *“passei a ser gordinha, como eu passei a ser gordinha”*.

2ª Categoria: Pessoas com câncer de mama – PCCM

Dentre as adolescentes selecionadas para a entrevistada todas possuíam algum parente com câncer de mama. O câncer de mama é raro antes dos 35 anos. Esta neoplasia cresce “rápida e progressivamente com a idade, sendo descoberto, principalmente, entre 40 e 60 anos. Há referência de que a doença vem atingindo um maior numero de mulheres jovens” (SILVA; RIUL, 2011, p.1017).

As entrevistadas foram questionadas se conheciam alguém com câncer de mama e inquiridas a relatarem sua experiência com esta pessoa. Na Tabela 5, entre as adolescentes, apareceram 12 (85,71%) unidades de análise que citaram parentes com a neoplasia e 02 (14,28%) unidades que citavam além de parentes outras pessoas com câncer de mama.

TABELA 5: Distribuição das unidades temáticas e percentuais das subcategorias da categoria pessoas com câncer de mama, segundo adolescentes de ensino médio da rede pública de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, 2012.

SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANALISE	
	F	%
Parentes	12	85,71%
Outras pessoas	02	14,28%
TOTAL	14	100%

Fonte: Entrevista com as adolescentes da pesquisa, julho, 2012.

A subcategoria **Parentes** tratou dos relatos das adolescentes e a sua convivência com pessoas acometidas com câncer de mama. Fato interessante a relatar é que durante a aplicação do questionário biosociodemográfico sete adolescentes referiram possuir parentes com câncer de mama, uma delas, denominada nesta pesquisa de *Joana Fomm*, informalmente durante a preparação

para entrevista, referiu que a mãe estava com esta neoplasia em tratamento. Ao retornarmos para a entrevista focalizada com esta adolescente, a mesma negou possuir parentes ou conhecidos com esta doença e apresentou uma postura introvertida sobre o tema.

[...] Não conheço ninguém. Já ouvi falar agora conhecer que eu lembre não
(**Joana Fomm**).

Em vários contextos históricos as neoplasias malignas são notadas como uma doença que leva à morte. Nesta perspectiva, é coberta por um caráter peculiar que vincula à sua representação no imaginário coletivo, há diversas acepções, tais como desordem, catástrofe, castigo (AMBROSIO; SANTOS, 2011; PERES; SANTOS, 2009). Por conta dessas representações criadas ao longo dos anos por pacientes e familiares em relação, principalmente, ao câncer de mama, parentes também devem ser alvo de atendimentos e cuidados psicológicos. Dentre o grupo familiar, as crianças e filhas mulheres, devem receber cuidado especial pela repercussão da doença na família (RAMOS; LUSTOSA, 2009).

Diversas pesquisas trazem que estar com câncer é uma das experiências humanas mais profundas no quesito sentimentos, tanto do aspecto pessoal como familiar. O parente de um indivíduo ao ser confirmado o diagnóstico de câncer sente-se desestruturado pelo futuro do ente querido e seu contexto de convivência e apenas após um período que conseguem desenvolver o espírito de solidariedade, fé e esperança, contudo este período é diferente de pessoa para pessoa (AMBROSIO; SANTOS, 2011; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS; SOUZA, 2009; SILVA; SANTOS, 2010).

Sugere-se que quando se questionou a adolescente *Joana Fomm* se ela conhecia alguém com câncer de mama e a adolescente disse “*Não conheço ninguém*”, há um sentimento de negação da doença da genitora e possivelmente um conflito interno de sentimentos em relação a mãe, a sensação de finitude da vida e o período da sua adolescência.

O Quadro 6 traz as falas das adolescentes que referiram possuir parentes com câncer de mama e traz suas experiências de vida.

CATEGORIA PESSOAS COM CÂNCER DE MAMA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANALISE
	Parentes	<p>[...] Conheço duas tias na verdade, uma já faleceu e a outra teve, doze anos depois voltou e teve que retirar a outra mama também. Elas são irmãs de meu avô (<i>Patrícia Pillar</i>). [...] Conheço, a tia de meu pai. Hoje ela esta bem, mesmo que com sérios problemas de saúde que ela teve [...] ela fez tratamento, fez quimioterapia, não tirou a mama. Hoje ela ta bem. (<i>Christina Applegate</i>)</p> <p>[...] Esta prima minha. Só que eu não tive mais contato, não sei se ela veio a falecer, ou se esta viva ainda ou se teve a cura do câncer (<i>Maura Tierney</i>).</p>

QUADRO 6: Extrato das unidades temáticas sobre parentes, sujeitas da pesquisa, Vitória da Conquista, Bahia, 2012.

Fonte: Entrevista com as adolescentes da pesquisa, julho, 2012.

As sensações e sentimentos no relacionamento entre os componentes da família após a descoberta do câncer de mama, frequentemente são vivenciados de forma positiva, incidindo aumento de zelo e de cuidado por parte dos outros, mas o retorno das próprias mulheres à doença, muitas vezes são negativas, como depressão, isolamento e vergonha (VIEIRA; LOPES; SHIMO, 2007; RAMOS; LUSTOSA, 2009).

Este contexto acima é perceptível na fala da adolescente Cynthia Nixon que traz sentimentos de apego e amor a avó e traz também a notícia do diagnóstico tardio a família, que pode ter sido escondido pela avó desta moça pelos mais diversos motivos, que vão do medo da repercussão, a não aceitação até o sentimento de poupar a neta de ter que lidar com a doença.

Conforme Ramos e Lustosa (2009, p.86-90)

O preconceito da sociedade em relação ao câncer de mama, faz com que muitas pacientes procurem manter segredo sobre sua doença, por medo tanto do estigma quanto da rejeição [...] 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 sua identidade [...]. A mulher com câncer de mama torna-se uma pessoa duramente atingida física, psicológica e socialmente, tanto pela doença como pelo tratamento. Aceitar sua nova condição, e adaptar-se à nova imagem de seu corpo, exige um esforço muito grande para o qual, muitas não estão preparadas.

Uma das adolescentes, *Norma Blum*, traz a experiência de uma familiar que foi diagnosticada com câncer de mama e que teve a oportunidade de ser identificado em estágio inicial. A estudante enfatiza que a cura só foi possível porque foi identificado precocemente. Já a adolescente *Elba Ramalho* cita que a tia fez

tratamento para câncer de mama por muitos anos, mas também se curou. As duas falas trazem um aspecto positivo, que é a cura da doença para a família.

No documento denominado pelo INCA (2012), recomendações para redução da mortalidade por câncer de mama no Brasil - Balanço 2012, o instituto reafirma que o diagnóstico precoce desta neoplasia faz com que as chances de cura e o aumento da qualidade de vida destas pacientes sejam uma realidade:

Poucos são ainda os estudos disponíveis no Brasil que apresentam dados em relação ao tempo entre a percepção da mulher quanto a um sinal ou sintoma suspeito e a primeira consulta ao serviço de saúde [...] No estudo de Rosa (2011), que avaliou questões relativas ao percurso assistencial da mulher com câncer de mama, o intervalo de tempo entre o sintoma e o exame de imagem não foi possível ser investigado pela ausência de registros profissionais referentes a esta etapa. É reconhecido que alguns obstáculos para a detecção precoce estão relacionados ao significado do câncer de mama para a mulher [...] sobre as possibilidades de tratamento da doença (INCA, 2012, p.8).

Em outro estudo com 104 mulheres de 26 a 87 anos em tratamento para o câncer, Rezende (2010), em sua pesquisa as mulheres que perceberam alguma alteração na mama e que imediatamente procuraram um serviço de saúde para investigação e diagnóstico, tiveram chances de cura e tratamento muito maior que em outros casos, diz ainda que esta atitude, além de mostrar que estas mulheres reconhecem a gravidade da doença, as dão um rápido acesso ao diagnóstico.

No Quadro 6 observa-se que algumas adolescentes tiveram contato com parentes com câncer porém, não tinham conhecimento do diagnóstico precoce ou tardio levando a óbito ou sérias consequências à saúde.

Outra subcategoria da Categoria Pessoas com câncer de mama foi a de **outras pessoas** com câncer de mama.

Algumas adolescentes durante a entrevista extrapolaram suas experiências com o câncer a nível familiar e trouxeram seus conhecimentos e vivências de outras pessoas com esta neoplasia.

CATEGORIA PESSOAS COM CÂNCER DE MAMA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANALISE
	Outras pessoas	[...] Também eu conheço, ate mesmo a diretora do “colégio” ela chegou a ter, ta fazendo quimioterapia até hoje porque o caso dela foi mais grave (<i>Norma Blum</i>). Sim. Já vi num caso de uma novela uma moça jovem (<i>Christina Applegate</i>)

QUADRO 7: Extrato das unidades temáticas sobre outras pessoas, sujeitas da pesquisa, Vitória da Conquista, Bahia, 2012.

Fonte: Entrevista com as adolescentes da pesquisa, julho, 2012

Ao citarem outras pessoas com câncer de mama é perceptível que este tema possivelmente já chamava atenção destas estudantes em algum momento da vida, fato perceptível pela ligação que fizeram com o quesito da entrevista. Nesta subcategoria percebemos o papel dos meios de comunicação e da mídia na divulgação desta doença e seu percurso dos sinais e sintomas ao tratamento com cura ou morte.

A adolescente *Christina Applegate* relata sua experiência ao se lembrar de uma novela com pacientes com esta neoplasia: “Já vi num caso de uma novela uma moça jovem” (**Christina Applegate**).

Acreditava-se que ao divulgar mensagens sobre o câncer de mama na mídia em geral, haveria um maior acesso da população feminina as informações sobre esta doença (CASTRO, 2009). No entanto, o INCA (2012), assume que a qualidade das informações e a maneira com esta informação chega as mulheres brasileiras parecem não surtir o efeito desejado. Durante muitos anos os meios de comunicação divulgavam a necessidade do autoexame das mamas e da mamografia, mas não traziam a tona o debate do acesso e a qualidade destes meios para prevenção, conhecimento ou diagnóstico.

3ª Categoria: Métodos Contraceptivos Hormonais - MCH

O uso de métodos contraceptivos hormonais vem sendo amplamente discutido na literatura internacional e sua relação com câncer de mama é fator de divisão dos pesquisadores em todo mundo.

A Tabela 6 traz a categoria uso de métodos contraceptivos hormonais, sua relação com câncer de mama e a frequência das unidades de análise positivas e

negativas sobre o tema. Dessa categoria emergiram duas subcategorias a partir de opiniões divergentes das adolescentes: a de que o método contraceptivo prova câncer de mama e a de que o método contraceptivo não prova câncer de mama.

A maioria das jovens (66,67%) desta categoria acreditam que métodos contraceptivos não provocam câncer de mama. Trataremos a seguir, dos achados na literatura sobre este tema e contextualizarmos com a crença das adolescentes.

TABELA 6: Distribuição das unidades temáticas e percentuais das subcategorias da categoria métodos contraceptivos hormonais, segundo adolescentes de ensino médio da rede pública de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, 2012.

SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANALISE	
	F	%
Não provoca câncer de mama	06	66,67%
Provoca câncer de mama	03	33,33%
TOTAL	09	100%

Fonte: Entrevista com as adolescentes da pesquisa, julho, 2012.

A subcategoria métodos contraceptivos hormonais **não provoca câncer de mama** apresentou a maior frequência de aparecimentos nas falas, ou seja, a maior parte das entrevistadas.

CATEGORIA MÉTODOS CONTRACEPTIVOS HORMONAIS	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANALISE
	Não provoca câncer de mama	Eu acho que não, que não tem nada a ver o uso os anticoncepcionais com câncer de mama [...] (<i>Patrícia Pillar</i>). Não [...] câncer de mama mesmo não (<i>Elba Ramalho</i>). Nunca ouvi falar nada. Acho que não tem nada a ver (<i>Christina Applegate</i>). Eu acho que não [...] nunca escutei falar que a injeção ou pílula nunca teve câncer de mama ou ocorresse não (<i>Maura Tierney</i>).

QUADRO 8: Extrato das unidades temáticas sobre não provoca câncer de mama, sujeitas da pesquisa, Vitória da Conquista, Bahia, 2012.

Fonte: Entrevista com as adolescentes da pesquisa, julho, 2012.

Os contraceptivos orais representam uma revolução na saúde e sexualidade feminina, sendo também responsável pelas maiores mudanças na ginecologia. Os mesmo foram lançados no mercado para uso no início de 1960 e são utilizados há mais de 50 anos (CASEY; CERHAM; PRUTHI, 2008). Durante muitos anos e atualmente a discussão sobre anticoncepcional oral e associação com câncer de mama vem sendo debatida nas instâncias de pesquisas e nas academias.

Alguns estudos referem ampliação da incidência quando as adolescentes utilizaram o método por 12 anos ou mais, ocorrendo então uma chance de 11,8 vezes mais de ter a neoplasia, enquanto outros estudos evidenciam não haver correspondência e alguns que focam em outra vertente e até sugerem que possa haver uma proteção em decorrência do uso da pílula anticoncepcional. Os mastologista e ginecologistas não cogitam a contraindicação da pílula anticoncepcional para mulheres saudáveis (SOUEN, 2009).

O etinilestradiol é o estrógeno usado na anticoncepção oral. Os progestágenos usados variam bastante e cada um deles tem características próprias e possuem efeitos metabólicos diferentes. O tema é bastante polêmico. Alguns trabalhos mais antigos sugerem aumento do risco do câncer de mama com o uso da anticoncepção hormonal, variando o risco relativo de 1,2 a 1,3; entretanto, quase todos os estudos eram observacionais. Trabalhos mais recentes não demonstram aumento do risco de câncer de mama com o uso de anticoncepção hormonal, mesmo nas pacientes portadoras de alteração genética do *Breast Cancer* (BRCA1) e (BRCA2) (SCHUNEMANN JUNIOR; SOUZA; DÓRIA, 2011, p.232).

A subcategoria métodos contraceptivos hormonais **provoca câncer de mama** apresentou a frequência 33,33% de aparecimentos nas falas, conforme Quadro 9.

CATEGORIA MÉTODOS CONTRACEPTIVOS HORMONAIS	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANALISE
	Provoca câncer de mama	Eu nunca fiquei sabendo não. [...]Ah eu acho que sim. Excesso de hormônio pode provocar na célula (<i>Joana Fomm</i>). Eu já ouvi falar sobre aquela é a injeção. Que pode causar câncer, com um longo período. (<i>Cynthia Nixon</i>).

QUADRO 9: Extrato das unidades temáticas sobre provoca câncer de mama, sujeitas da pesquisa, Vitória da Conquista, Bahia, 2012.

Fonte: Entrevista com as adolescentes da pesquisa, julho 2012

As adolescentes fizeram algumas colocações referentes ao uso de métodos contraceptivos hormonais baseada em informações recebidas anteriormente sobre o tema, mas que não conseguem identificar de onde receberam estes conhecimentos. É possível que com aumento da incidência do câncer de mama, diversas

especulações na mídia em geral tenham gerado esses dados trazidos pelas entrevistadas.

No artigo de revisão publicado, sobre anticoncepção hormonal e câncer de mama, Schunemann Junior, Souza e Dória (2011, p. 233, 234) referem que:

Como podemos notar, o assunto é bastante polêmico e a maioria dos trabalhos são observacionais ou de metanálises, não permitindo conclusões definitivas. Quanto à ausência de maior risco com uso de anticoncepção hormonal, nos estudos mais recentes, a explicação mais plausível talvez seja a grande mudança na dosagem e formulação dos na anticoncepcionais. A dose de etinilestradiol diminuiu de 150 µg para 20 e até 15 µg, os progestágenos são totalmente diferentes e, ainda, há anticoncepcionais só com progestágenos. Infelizmente as limitações metodológicas, o pequeno número de publicações de peso e o fato de nem sempre existir validação externa desses trabalhos, impede que se chegue a uma melhor definição sobre o assunto.

A literatura consulta traz um consenso em relação ao grupo de maior risco para o câncer: é o que inicia o uso de métodos contraceptivos hormonais com baixa idade, por tempo prolongado e antes da primeira gestação.

4ª Categoria - Fatores de risco no câncer de mama- FRCM

A quarta categoria, fatores de risco no câncer de mama, composta pelas subcategorias Características hereditárias, Prevenção e Hábitos de vida saudáveis, constitui-se por 24 unidades de análise temáticas.

TABELA 7: Distribuição das unidades temáticas e percentuais das subcategorias da categoria fatores de risco no câncer de mama, segundo adolescentes de ensino médio da rede pública de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, 2012.

SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANÁLISE	
	F	%
Características hereditárias	09	37,50 %
Prevenção	09	37,50%
Hábitos de Vida saudáveis	06	25,00%
TOTAL	24	100%

Fonte: Entrevista com as adolescentes da pesquisa, julho, 2012.

O resultado entre a interação de vários fatores que aumentam as chances de uma pessoa vir a desenvolver um câncer é conhecida como fatores de risco. Segundo Inumaru, Silveira e Naves (2011) o câncer de mama é sabidamente um importante problema de saúde pública e os fatores de risco que compreendam esta

patologia e a sua etiologia fazem parte de estudos mundiais, no entanto, alguns deles ainda não são bem esclarecidos.

Os fatores de risco para o câncer em geral, podem ser dispostos em: encontrados no meio ambiente ou podem ser herdados. A maioria dos cânceres está vinculado ao meio ambiente, no qual obtemos um número considerável de fatores. “Compreende-se por ambiente o meio em geral (água, terra e ar), o ambiente ocupacional (indústrias químicas e afins) o ambiente de consumo (alimentos, medicamentos) o ambiente social e cultural (estilo e hábitos de vida)” (INCA, 2012b, p.2).

Os principais fatores de risco para o câncer de mama estão atrelados a idade, aspectos genéticos e endócrinos. No que tange os aspectos endócrinos, sabe-se que quanto maior o tempo de exposição a este hormônio e em altas doses seja com estímulos endógenos ou exógenos, maior será o risco de se ter uma neoplasia maligna da mama.

O manual do INCA (2012a) ABC do Câncer, traz que o envelhecimento é seu principal fator de risco à vida reprodutiva da mulher - menstruação precoce, nuliparidade, idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos, uso de anticoncepcionais orais, menopausa após os 50 anos e terapia de reposição hormonal estão bem estabelecidos em relação ao desenvolvimento deste carcinoma.

A subcategoria **Características hereditárias** apareceu em 37,50% das unidades de análise da categoria fatores de risco para câncer de mama, de acordo com o Quadro 10.

CATEGORIA FATORES DE RISCO NO CÂNCER DE MAMA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANALISE
	Características hereditárias	Ela pode diminuir, mas se ela tiver que ter câncer ela não vai deixar de ter (<i>Patrícia Pillar</i>) [...] Sim. É fator hereditário né (<i>Joana Fomm</i>). Eu acho que sim [...] Porque tem uma grande de chance ter, por já ter tido na família (<i>Elba Ramalho</i>). [...] Eu acho que sim como muitas doenças que tem assim que são hereditárias [...] de mãe para filho. Ate mesmo casos na família de ter tido alguém, eu acho mais chances de também ter (<i>Norma Blum</i>). [...] Sim [...] dependendo de um padrão de história de vida da mãe pode passar de mãe para filho (<i>Christina Applegate</i>). [...] Eu acredito que sim que ela é hereditária. Porque eu já ouvi casos assim que já ouve com a mãe, com a filha, eu já ouvi historias assim. Por isso que eu acredito pode acontecer (<i>Cynthia Nixon</i>)

QUADRO 10: Extrato das unidades temáticas sobre características hereditárias, sujeitas da pesquisa, Vitória da Conquista, Bahia, 2012.

Fonte: Entrevista com as adolescentes da pesquisa, julho 2012.

Estas adolescentes acreditam que os fatores de risco para o câncer de mama possuem hereditários genéticos de aparecimento desta neoplasia. As falas acima expressam esta asseveração.

Sabe-se que, aproximadamente entre 5 a 10% de todos os tumores de mama são herdados. As mulheres com história familiar anterior de neoplasia maligna da mama têm um maior risco em adquirir a doença. O risco aumenta quanto mais próximo for o parentesco e quanto mais cedo for diagnosticado o câncer no familiar afetado (INCA, 2011; 2012; MATOS; PELLOSO; CARVALHO, 2011).

Acrescentam Inumaru, Silveira e Naves (2011) que a maior parte dos cânceres de mama envolvem danos ao material genético, de origem física, química ou biológica, que se acumulam ao longo da vida.

Vários autores discorrem sobre as particularidades do câncer com características genéticas. Silva e Riul (2011) argumentam que a história familiar e pessoal inclui as seguintes circunstâncias: um ou mais parentes de primeiro grau com câncer de mama antes dos 50 anos e parentes de primeiro grau com câncer de mama bilateral; câncer ovariano em qualquer idade, familiar com neoplasia da mama masculina, câncer de mama e/ou doença mamaria benigna anteriores.

Outros autores trazem ainda que a predisposição hereditária ocorre devido a mutações em dois genes denominados BRCA- 1 e BRCA-2. Por esse motivo, o risco cumulativo dessas mulheres e de seus familiares para desenvolvimento de carcinomas de mama é muito maior que na população geral (BARROS, 2010).

Antecedente familiar em parentes de primeiro grau (mãe, irmã ou filha), o risco da doença aumenta cerca de duas vezes. As mulheres que já tiverem câncer de mama têm mais chances de desenvolver câncer no outro seio também (PIRHARDT; MERCÊS, 2009, p.104).

Na aplicação do questionário sociodemográfico desta pesquisa com adolescentes, 66,37% das adolescentes asseguraram que possuem avós e tias com câncer de mama e que estes parentes (72,72%) receberam o diagnóstico do câncer antes dos 50 anos, demonstrando que alguns destas estudantes possuem o fator de hereditariedade para o câncer de mama.

A subcategoria **Prevenção** apareceu em 37,50% das unidades de análise da categoria fatores de risco para câncer de mama como observado no Quadro 11.

CATEGORIA FATORES DE RISCO NO CÂNCER DE MAMA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANALISE
	Prevenção	Eu não sei [...] É ter cuidado no seio, lá ele (médico) vai falar né, quais são os cuidados (<i>Joana Fomm</i>) [...] Se ela não tiver os cuidados pode sim, mas não conheço nenhuma mulher (<i>Maura Tierney</i>) [...] Quer dizer ir ao médico, sempre. Eu não sei mais, mas acho que é só ir ao médico (<i>Joana Fomm</i>) [...] Ela deve fazer exames periodicamente ne... que eu saiba só. (<i>Patrícia Pillar</i>) [...] Se ela tiver um orientação médica de alguém que conhece o caso eu creio que ela pode mudar assim (<i>Norma Blum</i>). [...] Como não conheço o que, o que gera mesmo o câncer de mama, acho que não (<i>Elba Ramalho</i>). [...] Sim, Eu acho que se ela for orientada sim. Pois acho assim, se ela for orientada sabendo assim o que pode ocasionar ou não o câncer de mama, tendo se for o uso do sutiã ou um remédio qualquer que for assim [...] (<i>Norma Blum</i>).

QUADRO 11: Extrato das unidades temáticas sobre prevenção, sujeitas da pesquisa, Vitória da Conquista, Bahia, 2012.

Fonte: Entrevista com as adolescentes da pesquisa, julho, 2012.

A maioria das adolescentes referiu que a prevenção do câncer de mama acontece principalmente no imaginário destas estudantes acompanhado da figura do médico, percebemos esta afirmação nas falas de Joana Fomm e Norma Blum.

Convergindo com o pensamento dos atores sociais, no quesito prevenção o INCA (2012, p.1) salienta que:

A prevenção consiste na eliminação ou diminuição da exposição aos fatores de risco: por meio da alimentação saudável, atividade física e do controle do peso corporal, é possível evitar 28% dos casos de câncer de mama; consumo excessivo de álcool, uso de contraceptivos orais, excesso de peso, principalmente na pós-menopausa, e terapia de reposição hormonal aumentam o risco de câncer de mama. A Terapia de Reposição Hormonal (TRH), principalmente a terapia combinada de estrogênio e progesterona, está associada com aumento do risco do câncer de mama. A cada 10 mil mulheres que fazem uso da reposição hormonal combinada, há aumento de oito casos de câncer de mama. Assim, a sua indicação deve ser discutida com o médico [...]. A exposição excessiva à radiação ionizante (Raios-X) aumenta o risco de câncer de mama. A amamentação exclusiva até os seis meses diminui o risco de câncer de mama.

A pluralidade de fatores que envolvem o câncer de mama tornam difícil o controle desta doença, o que dificulta a prevenção da mesma. Pensando em neoplasia maligna da mama, a prevenção secundária faz referência ao diagnóstico e tratamento precoce. O exame clínico das mamas e a mamografia mostram-se eficazes para a detecção precoce do câncer. No entanto, nos últimos dois anos, após diversos estudos nacionais e internacionais, estabeleceu-se que o autoexame das mamas não deve ser trabalhado com estratégia de detecção precoce e nem

isoladamente, sua recomendação deve ser efetiva na educação em saúde para o corpo da mulher e as possíveis alterações que possam surgir (MATOS; PELLOSO; CARVALHO, 2011).

Os responsáveis por estas adolescentes devem desde a infância estimular o autocuidado com o corpo e explicar as alterações físicas que irão ocorrer na fase da adolescência, além de oferecer, quando necessário, cuidados médicos de saúde e avaliações periódicas. Paulin (2010), diz que a avaliação das mamas das adolescentes deve fazer parte dos cuidados dos profissionais de saúde que atendem esta população. O exame deve ser feito por meio da inspeção e palpação das mamas, observando ao estadiamento de Marshall e Tanner em relação à idade cronológica.

A técnica para o exame na adolescente não se diferencia do realizado na mulher adulta: exame clínico minucioso com inspeção e palpação das mamas, axilas e linha mamária embrionária; punção-aspiração com agulha fina serve para esvaziamento de cisto e pesquisa do material para cultura e citologia; a ultra-sonografia é um excelente recurso para avaliação de cistos e nódulos sólidos e a mamografia nas adolescentes não é rotineiramente indicada, visto que o parênquima mamário em desenvolvimento, ainda com pouco componente de tecido gorduroso, compõe-se normalmente de tecido denso fibroglandular, além do baixo risco para doença maligna (FREITAS, 2008, p.268).

Apesar da cultura popular em relação ao profissional médico, as adolescentes mostraram que acreditam que “orientações”, “exames” e “cuidados” podem prevenir esta patologia.

Uma das estudantes traz que a orientação em saúde seria o caminho para prevenção, apesar de exemplificar com itens tratados como mitos: “uso de sutiã”.

Como o câncer de mama teve sua incidência aumentada nas últimas décadas, várias atitudes e comportamentos próprios da mulher moderna têm sido sugeridos por pessoas não médicas, como possíveis fatores causais. Assim, por exemplo, o uso de desodorantes, hábito de depilar as axilas, sutiãs apertados, uso de cintos de segurança, viagens de avião e outras coisas sem fundamento, frequentemente aparecem na mídia ou na internet. Não tem nenhuma base científica este tipo de afirmação (BARROS, 2009, p.4).

A decisão das mulheres quanto ao cuidado a saúde perpassa pelo acesso a informações certas, relevantes e de fácil entendimento. Com estas três vertentes é possível que as mulheres adotem uma postura preventiva e adotem medidas de

detecção precoce para o câncer de mama e aceitem e procurem tratamento, se necessário (INCA, 2012; CASTRO, 2009).

A última subcategoria **Hábitos de vida saudáveis** da categoria Fatores de risco no câncer de mama apresentou 25% das unidades de análise como se percebe no Quadro 12.

As adolescentes nesta subcategoria dividiram-se em dois grupos de acordo suas crenças sobre mudança de hábitos em suas vidas e a prevenção para o câncer: um grupo que acredita que mudanças de vida com a prática de hábitos saudáveis e outro que não acredita.

CATEGORIA FATORES DE RISCO NO CÂNCER DE MAMA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANALISE
	Hábitos de vida saudáveis	Pode. De repente você não saber organizar sua alimentação, ter sua atividade física em dia, se você evitar possuir álcool e também fumar cigarro, o risco é maior. Se você ter uma vida saudável você pode diminuir este risco (<i>Christina Applegate</i>). [...] Pode com certeza, igual eu disse aqui, é o uso de anticoncepcional, não ter pancadas, a exposição de raio x como tava dizendo aqui, algumas coisas assim que pudesse mudar (<i>Maura Tierney</i>). [...] Acho que não. Que os hábitos de vida pode ate ter a ver [...], ai eu acredito que não (<i>Elba Ramalho</i>). Ela pode diminuir, mas se ela tiver que ter câncer ela não vai deixar de ter (<i>Patrícia Pillar</i>)

QUADRO 12: Extrato das unidades temáticas sobre hábitos de vida saudáveis, sujeitas da pesquisa, Vitória da Conquista, Bahia, 2012.

Fonte: Entrevista com as adolescentes da pesquisa, julho 2012

A literatura pesquisada é unânime ao destacar a importância da influência alimentar na prevenção e recorrência do carcinoma de mama. Na pesquisa de Kolling e Santos (2009, p.116) elas mencionam que:

dietas baseadas no consumo de frutas, vegetais, grãos integrais e outras plantas parecem atuar na prevenção e controle desta patologia [...] em decorrência de muitos compostos fitoquímicos, que são excelentes agentes quimiopreventivos, frequentemente encontrados nesses alimentos.

Algumas estudantes descrevem quais mudanças podem auxiliar na prevenção do câncer de mama como Christina Applegate e Maura Tierney que referiram mudança em hábitos alimentares e a prática de atividade de física.

Em consenso outros órgãos mundiais, a Agência Internacional de Pesquisa de Câncer - IARC (2008), diz que os fatores de risco modificáveis para neoplasia

maligna da mama são: consumo excessivo de álcool, principalmente na pós-menopausa, a terapia de reposição hormonal (TRH) e o excesso de peso.

Periodicamente o Ministério da Saúde realiza um inquérito domiciliar por telefones residenciais fixos, com o objetivo de monitorar a frequência de distribuição dos fatores de risco e proteção para DCNT (Doenças Crônicas não Transmissíveis) no Brasil, através do sistema Vigitel. No ano de 2011, a Vigitel apontou que o percentual de mulheres que praticavam atividades físicas em seu tempo livre, foi de 22,4%, bem abaixo do percentual atingido por homens. Percebeu-se também que 14% das mulheres da pesquisa foram caracterizadas inativas (BRASIL, 2012).

Com as adolescentes deste estudo, 98,11% das participantes não praticam atividades física pelo menos três vezes por semana, corroborando com a tendência do estudo da Vigitel. Este item é preocupante já que a atividade física desde a adolescência é um fator de proteção.

Em outra pesquisa publicada em 2011, com 474 adolescentes de escolas públicas de São Paulo, referente a utilização de uma estratégia para o autoconhecimento de adolescentes através de uma oficina de auto exame das mama, percebeu-se que em relação aos fatores de risco que possuem ligação com o carcinoma mamário, os resultados alcançados revelaram a aceitação a modificações nas práticas alimentares para hábitos saudáveis. Nas respostas negativas, as jovens que não haviam mudado suas práticas alimentares, aceitavam que era necessário fazê-lo. O autor cita que para atingir este reconhecimento de mudança na alimentação, necessitou utilizar a reflexão entre o corpo saudável e o que coagido sobre o modelo difundido do corpo ideal pelos meios de comunicação. Observou-se nesta pesquisa que a pratica de atividade física, também foi trabalhada nesta oficina e que as jovens alegaram praticar atividades esportivas e realizar caminhada e que gostariam de exercícios na escola voltados para meninas (GREGO et al., 2011).

5ª Categoria – Desconhecimento sobre o câncer de mama – DSCM

Esta última categoria trata do desconhecimento das adolescentes referente ao câncer de mama. As mesmas referem não saber sobre o tema ou confundem alguns termos. Além disso, aparecem mitos em algumas falas.

Uma das adolescentes refere que o câncer de mama pode passar de um indivíduo para outro e após um período de confusão acrescenta que é uma doença genética.

Tipo como se fosse uma doença sexualmente transmissível? Ah genética ne? Sim, tem a ver. Não sei como explicar (**Patrícia Pillar**).

O Quadro 13 reflete diversas falas que remetem ao desconhecimento sobre o carcinoma mamário.

DESCONHECIMENTO SOBRE O CÂNCER DE MAMA	UNIDADES DE ANÁLISE
	<p>[...] Não conheço ninguém. Já ouvi falar agora conhecer que eu me lembre não (<i>Joana Fomm</i>). [...] Tipo como se fosse uma doença sexualmente transmissível? Ah genética ne? Sim, tem a ver. Não sei como explicar (<i>Patrícia Pillar</i>). [...] Não sei se sim ou não (<i>Maura Tierney</i>). [...] Porque eu nunca tive informação sobre o câncer de mama não, é a primeira vez (<i>Joana Fomm</i>). [...] Como não conheço o que o que gera mesmo o câncer de mama, acho que não (<i>Elba Ramalho</i>). [...] Só que eu só não sei assim uma mudança eu, to querendo saber (<i>Norma Blum</i>). [...] É... assim porque eu não tenho muito conhecimento sobre esta questão de hábito (<i>Cynthia Nixon</i>). [...] Pode sim. Eu não conheço não. Já ouvi falar historias que pode. (<i>Patrícia Pillar</i>). [...] Acho que sim. Acredito que sim. Não conheço nenhuma adolescente (<i>Elba Ramalho</i>). [...] Eu acredito que sim que pode afetar. Mas não conheço ninguém que teve câncer na juventude, mas eu acredito que pode sim, pode sim acontecer (<i>Cynthia Nixon</i>). [...] O povo tinha mania de pensar que a questão do câncer de mama já era para mulheres que já era casadas e já tinha uma vida sexual ativa [...] mas hoje em dia os jovens estão muito precoce e isso vem acontecendo bem antes (<i>Norma Blum</i>). [...] Eu acho que tem ate mais risco do que alguém que esteja assim numa idade maior que trinta anos (<i>Norma Blum</i>).</p>

QUADRO 13: Extrato das unidades de análise sobre desconhecimento do câncer de mama, sujeitas da pesquisa, Vitória da Conquista, Bahia, 2012.

Fonte: Entrevista com as adolescentes da pesquisa, julho, 2012.

Observou-se durante a entrevista que além do desconhecimento sobre o tema, existe também dificuldade de interpretação das questões e o significado de termos como genética e doenças sexualmente transmissíveis.

Apesar de fazer parte da matriz curricular do ensino médio, disciplinas que trabalhem com interpretação de texto e termos biológicos, as adolescentes em geral, demonstraram limitação para participar da pesquisa, sendo necessário auxílio da entrevistadora no quesito interpretação de texto.

Outro fato interessante foi à relação feita pela adolescente *Norma Blum* em relação ao câncer de mama e a pratica sexual. No imaginário desta jovem e segundo ela das pessoas do seu convívio pessoal, o câncer de mama acometia

mulheres que já possuíam vida sexual ativa. Não encontramos nos bancos de dados nenhum estudo que relacionasse o câncer de mama com a prática sexual ativa.

A mesma adolescente também fez uma aferição quanto ao risco de câncer de mama e a idade. Percebe-se que esta estudante utilizou a idade de 30 anos para diferenciar uma adolescente de uma mulher adulta. Na concepção desta participantes do estudo, adolescentes possuem mais risco de ter câncer de mama do que mulheres adultas. A literatura consultada refere que apenas 0,09% das adolescentes são acometidas pelo câncer de mama. No entanto, em evidências já descritas ele é relativamente comum antes dos 35 anos, acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente (INCA, 2011).

Durante a entrevista foi apreendido o interesse destas adolescentes sobre o tema, desde as conversas informais, como técnica de preparo para entrevista como no final da pesquisa. As jovens questionaram termos, nomes e situações. Algumas, inclusive, identificaram pessoas conhecidas com sinais e sintomas do câncer de mama. Especificamente na entrevista compreendeu-se o interesse na fala “*eu, to querendo saber*”.

As jovens deste estudo demonstraram conhecimento razoável referente a alguns temas específicos sobre o câncer de mama, mas é perceptível que a grande maioria desconhece as fases de desenvolvimento da mama, as alterações comuns e patológicas deste período e possuem clareza em identificar os fatores de risco e proteção para esta neoplasia.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os objetivos propostos nesta pesquisa tentou-se apreender o conhecimento das adolescentes sobre o desenvolvimento da mama e os fatores de risco para câncer de mama em escolas da zona urbana de Ensino Médio da rede pública de Vitória da Conquista – Bahia. Na expectativa de obter resultados que respondessem as minhas inquietações

Apesar de todos os esforços, estudos, pesquisas e técnicas de diagnóstico e tratamento, o câncer de mama apresenta-se avassalador na vida das mulheres acometidas por esta patologia. A epidemiologia do câncer no mundo veem mostrando que esta neoplasia acomete mulheres dos mais variados países sem escolha de raça, idade ou nível social, apesar de alguns destes aspectos contribuírem para seu aparecimento.

As adolescentes deste estudo apresentaram um extraordinário interesse pelo assunto apesar de revelar na pesquisa que não possuem tanta familiaridade com o tema, que pareceu não ser tão difundido nos meios sociais frequentados por estas meninas, mesmo na escola.

Para análise dos dados coletados, observou-se dificuldade em estabelecer conexão da autora com outras literaturas pela escassez do material teórico específico neste tema: fatores de risco para o câncer de mama associado ao conhecimento do desenvolvimento da mama com adolescentes. Encontrou-se trabalhos que abordavam a temática de maneira específica e fragmentada como métodos contraceptivos e autoexame das mamas com adolescentes e acadêmicos de saúde ou estudos que abordavam fatores de risco com mulheres na fase adulta. Outros fazem referência ao desenvolvimento da mama e as patologias que podem acometer as mamas adolescentes, mas não faziam referencia ao conhecimento que as adolescentes possuem sobre o crescimento fisiológico das suas mamas.

Percebe-se a escassez de literaturas internacionais que tratam de identificar fatores de risco para este câncer ainda na adolescência; no entanto, o enfoque era de um estudo genético e não de conhecimento sobre o tema ou educação em saúde para estas adolescentes.

Nesta expectativa, esta pesquisa apresenta magnitude e relevância científica e social dado às nuances trabalhadas em seus aspectos quantitativos na descrição

desta população e nos aspectos qualitativos na transcrição das opiniões destas adolescentes em relação ao tema.

Na identificação do conhecimento que as adolescentes têm sobre o desenvolvimento da mama, as estudantes trataram a situação de desenvolvimento de suas mamas ora com certo distanciamento, como se fosse algo distante da sua realidade, ora com aproximação com o tema e uso de exemplos dos seus próprios corpos. Estas atitudes refletem que as adolescentes possuem dificuldade em identificar o que fisiológico ou patológico no crescimento das mamas. Fato justificado por afirmações de um grupo de estudantes que é normal não possuírem mamas, ou um dos mamilos ou ter apenas uma mama.

Ressalta-se vários entraves para prevenção, diagnóstico precoce e tratamento do câncer de mama no Brasil dentre estes pode-se citar: mulheres que não conhecem seus corpos e não sabem o que é normal ou patológico em suas mamas; educação em saúde nas escolas e nas unidades de saúde que não conseguem atingir e sensibilizar crianças, adolescentes e mulheres para este tema; campanhas educativas que não conseguem alcançar o público alvo; acesso irregular e individualizado em vários serviços de saúde do Brasil para acesso ao diagnóstico precoce; desorganização no rastreamento do câncer, com individualidade no fluxo de ações a depender do município e estado do Brasil e má qualidade nos diagnósticos cedidos.

Frente ao exposto surge à necessidade de se desenvolver atividades educativas sobre o câncer de mama por meio de trabalhos mais efetivos, e em meio ao cenário apresentado a população jovem seria o público alvo de tal projeto, uma vez que as chances deste grupo levar informações aos que participam do seu convívio são imensuráveis e com grandes possibilidades, de gerar a disseminação da educação em saúde produzindo maior conhecimento às mulheres de faixas-etárias acima de 18 anos acerca do seu próprio corpo e das alterações de ordem fisiológica ou patológica que possam ocorrer.

Um fruto positivo deste estudo foi o despertar das adolescentes para o tema câncer de mama e a preocupação de obter informações ao final das entrevistas para que pudessem difundir em seu ciclo social.

Espera-se que esta pesquisa tenha contribuído com a prática da enfermagem no ensino, na pesquisa, na extensão e sobre tudo na assistência a saúde do adolescente no entendimento dos fatores relacionados ao câncer de mama e

adolescência. Faz-se necessário que as análises e conclusões estabelecidas nesta pesquisa apresentem-se como estímulo a novas investigações sobre o tema principalmente na região sudoeste e no município de Vitória da Conquista.

A incidência e o caminho percorrido pelas mulheres com câncer de mama na cidade de Vitória da Conquista e também no estado da Bahia devem ser sugeridos para pesquisas futuras, assim como projetos de extensão que divulguem as doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco, nas escolas deste município, já que são lacunas não preenchidas ainda pelas pesquisas atuais.

REFERÊNCIAS

ADAMI, H.; HUNTER, D.; TRICHOPOULOS, D. **Textbook of Cancer Epidemiology**. 2. ed.: Oxford University Press, 2008.

AMARANTE, A. G. de M.; SOARES, C. B. Adolescência no SUS: uma revisão bibliográfica. **Rev bras crescimento desenvolv hum**, v.17, n.3, p. 154-159, 2007.

AMBROSIO, D. C. M.; SANTOS, M. A. dos. Vivências de Familiares de Mulheres com Câncer de Mama: Uma Compreensão Fenomenológica. **Rev. Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.27, n.4, p. 475-484, out./dez. 2011.

BAHIA. DIREC 20 - Diretoria Regional de Educação. Vitória da Conquista. **Dados das Escolas de Ensino Médio**. 2011.

BANDEIRA, C. **Casos de câncer de mama atingem 1% dos homens**. Portal Mulher. 2005. Disponível em: <<http://www.portalmulher.net/print.asp?id=1734&categorytype=5&page=0&comments=True>>. Acesso em: 16 jan. 2010.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, A. C. S. D. de. **Tirando dúvidas**. 2009. Disponível em: <http://www.hospitalsíriolibanes.org.br/hospital/especialidades/mastologia/Boletim%20Mastologia/2edicao_jan09.pdf>. Acesso: 10 fev. 2013.

_____. Genética e epigenética: bases moleculares da formação inicial do câncer de mama. **Rev Bras Mastologia**, v.20, n.1, p. 48-54, 2010.

BERKEY, C. S. et al. Prospective study of growth and development in older girls and risk of benign breast disease in young women. **Magazine Cancer**, v.117, n.8, article first published online: 15 feb. 2011. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.25692/full>>. Acesso em: 07 jan. 2013.

BERNARDES, A. **Anatomia da mama feminina**. 2008. Disponível em: <http://www.fspog.com/fotos/editor2/cap_33.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2013.

BLUDENI, L. **Prevenção do câncer de mama atinge 35 escolas municipais no 2º semestre**. 2008. Disponível em: <<http://www.vitrinecapital.com/comportamento/prevencao-do-cancer-de-mama-atinge-35-escolas-municipais-no-2o-semester/>>. Acesso em: 12 jan. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 196/96. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Conselho Nacional de Saúde: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. 1996.

_____. **Decreto Nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE. 2007. Disponível no site: <http://portal.mec.gov.br/programa_saude_nas_escolas/secad-educacao-continuada=7>. Acesso em: 19 mai. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde do Adolescente: competências e habilidades. In: FREITAS, J. R. **Ginecologia**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008a. 754f.

_____. Instituto Nacional do Câncer. **Ações de Enfermagem para o Controle do Câncer**. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008b.

_____. Instituto Nacional do Câncer – INCA. **Classificação Internacional Brasileira de Cancerologia**, v.55, n.1, p. 41-48, 2009a.

_____. **Classificação Internacional do Câncer na Infância**. 3. ed. 2009b. Disponível em <<http://www.inca.gov.br/vigilancia/download/cici3.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2011.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). – 3. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: ANS, 2009c. 244p.

_____. Ministério da Saúde. INCA. SUS. **Estimativa 2010**. 2010a. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=5>. Acesso em: 10 jul. 2011.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. INCA. SUS. **Estimativas 2012: Incidência do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2011a. 118p.

_____. **Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama**. 2011b. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobra/programa_controle_cancer_mama/>. Acesso em: 15 out. 2012.

_____. Ministério da Saúde. INCA. **Detecção precoce do câncer de mama**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=1932>. Acesso em: 26 dez. 2011. 2011c.

_____. **Tipos de câncer:** mama. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>>. Acesso em: 10 jul. 2011. 2012a.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2011:** vigilância de fatores de riscos e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). 2012b.

_____. Síntese de Resultados e Comentários: câncer de mama feminina. In: **Estimativas 2012:** Incidência do Câncer no Brasil. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?ID=5>>. Acesso em: 03 jan. 2012. 2012c.

_____. **Parecer CNE/CEB Nº 5/2011**, Parecer Homologado, Despacho do Ministro, publicado no D.O.U. de 24/01/2012, Seção 1, Pág. 10. MEC, 2012d. Disponível em: <www.jusbrasil.com.br/diarios/.../dou-secao-1-24-01-2012-pg-10>. Acesso em: 11 out. 2012.

BUZANELO, A. L. **Conhecendo mulheres que enfrentam o tratamento para o câncer na região sul do Brasil**. 2012. 15f. Trabalho de Conclusão de Curso de Pós-Graduação em Oncologia, Universidade Regional no Noroeste do Estado do RS – UNIJUI. Ijuí, 2012.

CASEY, M. C.; CERHAM, J. R.; PRUTHI, S. Oral contraceptive use and the risk of breast cancer. **Mayo Clin Proc.**, v.83, n.1, p. 86-91, 2008.

CASTRO, R. Câncer na mídia: uma questão de saúde pública. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.55, n.1, p. 41-48, 2009.

CESAR, P.; RIBEIRO, P. Alterações mamárias - Diagnóstico clínico e diferencial. **Rev. Adolescência & Saúde**, v.7, n.3, jul. 2010.

CHIPKEVITCH, E. Clinical assessment of sexual maturation in adolescents. **Jornal de Pediatria**, v.77, Supl.2, 2001.

CIBEIRA, G. H.; GUARAGNA, R. M. Lipídio: fator de risco e prevenção do câncer de mama. **Rev. Nutr.** [online], v.19, n.1, p. 65-75, 2006. ISSN 1415-5273.

CONTI, M. A.; FRUTUOSO, M. F. P.; GAMBARDELLA, A. M. D. Excesso de peso e insatisfação corporal em adolescentes. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.18, n.4, Aug., 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732005000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 fev. 2013.

COSTA, L. **Adolescente também pode ter câncer de mama**. 2011. Disponível em: <http://www.vidadolescente.sakura.ne.jp/index.php?option=com_content&view=article&id=297:adolescente-tambem-pode-ter-cancer-de-mama&catid=69:saude-da-adolescente&Itemid=70>. Acesso em: 12 out. 2012.

DATASUS. Portal da Saúde. **Cobertura Populacional de Equipes de Saúde da Família em Vitória da Conquista, Bahia**. 2012a. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/?saude=http%3A%2F%2F189.28.128.178%2Fsage%2Fbotaoook=OK&obj=http%3A%2F%2F189.28.128.178%2Fsage%2F>>. Acesso em: 01 nov. 2012.

_____. Portal da Saúde. **População Residente - Estimativas para o TCU – Bahia**, 2012b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poptba.def>>. Acesso em: 01 nov. 2012.

_____. **Óbitos por residência por ano do óbito segundo grupo CID-10**. 2012c. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10BA.def>>. Acesso em: 03 fev. 2013.

DURAT JUNIOR, C. **O Rorschach na avaliação psicológica de adolescentes em conflito com a lei**. 2006. Universidade São Francisco (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Universidade São Francisco, Atatiba, 2006.

DUTRA, D.; ANTÔNIO, H. **Novas diretrizes para o câncer de mama**. 2011. Disponível em: <<http://dicasderadiologia.com.br/site/category/atualidades/>>. Acesso em: 18 jun. 2011.

FARIAS, R. M. et al. Tendência secular de 10 e 20 anos da maturação sexual de escolares. **Rev. bras. cineantropom. desempenho hum.**, Florianópolis, v.14, n.6, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-00372012000600007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: 23 fev. 2013.

FELIX, C. **Casos de câncer devem passar de 500 mil**. 2012. Disponível em: <<http://www.tribunadabahia.com.br/2012/01/01/casos-de-cancer-devem-passar-de-500-mil>>. Acesso em: 12 fev. 2013.

FERNANDES, A. E. R. **Avaliação da imagem corporal, hábitos de vida e alimentares em crianças e adolescentes de escolas públicas e particulares de Belo Horizonte**. 2007. Dissertação (Mestrado), Belo Horizonte, 2007.

FERNANDES, A. F. C.; VIANA, C. D. M. R.; MELO, E. M.; SILVA, A. P. S. Ações para detecção precoce do câncer de mama: um estudo sobre o comportamento de acadêmicas de enfermagem. **Cienc Cuid Saude**, v.6, n.2, p. 215-222, abr/jun, 2007.

FERRARI, R. A. P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.11, Rio de Janeiro, Nov. 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001100024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 mar. 2013.

FERREIRA, C. L. et al. Repetição de gravidez na adolescência: estudos sobre a prática contraceptiva em adolescentes. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, abr. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812012000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 jan. 2013.

FLYNN, J. **Dispara uso dos meios de comunicação entre adolescentes**. 2010. Disponível em: <<http://www.rccbrasil.org.br/espiritualidade-e-formacao/mais-lidas-vaticano/443-dispara-uso-dos-meios-de-comunicacao-entre-adolescentes.html>>. Acesso em: 02 dez. 2012.

FREITAS; J. R. Patologias mamárias na adolescência. **Adoles. Saude**, v.4, n.2, p. 40-42, 2007.

GARCIA, G. N. Mitos e verdades câncer de mama. **Sociedade Brasileira de Mastologia**. Disponível em: <<http://www.sbmastologia.com.br/cancer-de-mama-mitos-verdades.aspx>>. Acesso em: 07 jan. 2012.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas S.A, 2008.

GREGO, M. C. et al. Oficina de autoexame de mamas: uma estratégia para autoconhecimento de adolescentes. **Rev. Acta Paul Enferm**, v.24, n.4, p. 493-499, 2011.

IBGE. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira 2010**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível no site: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2010/SIS_2010.pdf>. Acesso em: 20 out. 2012.

_____. Censo 2010: **número de católicos cai e aumenta o de evangélicos, espíritas e sem religião**. Sala de Imprensa, 29 jun. 2012 Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2170&id_pagina=1>. Acesso em: 10 nov. 2012.

INCA. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). **Sumário Executivo. Políticas e Ações para Prevenção do Câncer no Brasil. Alimentos, Nutrição e Atividade Física**. Rio de Janeiro: INCA, 2009. 16p.

_____. Instituto Nacional de Câncer - Brasil. **Programa Nacional de Controle do Câncer de mama**. Versão revista e ampliada do Programa Viva Mulher, desmembrado em Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama (2011) Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/521d4900470039c08bd8fb741a182d6f/pncc_mama.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=521d4900470039c08bd8fb741a182d6f. Acesso em: 10 dez. 2011.

_____. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Educação. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Educação; organização Luiz Claudio Santos Thuler**. – 2. ed. rev. e atual.– Rio de Janeiro: Inca, 2012a. 129p.

_____. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ministério da Saúde. **Recomendações para redução da mortalidade por câncer de mama no Brasil - Balanço 2012**. Rio de Janeiro: Inca, 2012b. 52p.

_____. **Prevenção e detecção: Utilização de antitranspirante e o câncer de mama**. Rio de Janeiro. 2012c. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=23#>. Acesso em: 01 fev. 2013.

_____. **Recomendações do INCA para reduzir a mortalidade por câncer de mama no Brasil**. (Folder) Rio de Janeiro. 2012d. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/97654a804452f9519774bfc73453f449/folder_outubro_rosa+final+para+gr%C3%A1fica+-+4-10.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=97654a804452f9519774bfc73453f449>. Acesso em: 01 nov. 2012.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. **World cancer report 2008**. Lyon: IARC, 2008.

INUMARU, L. E.; SILVEIRA, E. A. da; NAVES, M. M. V. Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.7, p.1259-1270, jul. 2011.

JARDIM, D. P. Educação em saúde na adolescência: uma experiência acadêmica na Estratégia Saúde da Família. **Adolesc. Saude**, Rio de Janeiro, v.9, n.4, p. 63-67, out./dez., 2012.

JARDIM, J. R.; OLIVEIRA, J. C. A. de. **Tabagismo**. 2011. Disponível em: <<http://www.medicinaatual.com.br/Login.aspx?ReturnUrl=%2fsecaoAssunto.aspx%3fsecao%3dartigo&secao=artigo>>. Acesso em: 05 mai. 2012.

KOLLING, F. L.; SANTOS, J. S. dos. A influência dos fatores de risco nutricionais no desenvolvimento de câncer de mama em pacientes ambulatoriais do interior do Rio Grande do Sul, Brasil. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v.19, n.3, p. 115-121, jul./set. 2009.

LEITE, F. M. C. et al. Mulheres com Diagnóstico de Câncer de Mama em Tratamento com Tamoxifeno: Perfil Sociodemográfico e Clínico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.57, n.1, p. 15-21, 2011.

LIMA, C. et al. **Prevenção do Câncer**. Oncologia para a Graduação. 2. ed. São Paulo: Tecmedd, 2008.

LIMA, M. C. S. Atividade Física: saúde e doença. In: SAITO, M. I.; SILVA, L. E. V.; LEAL, M. M. **Adolescência: Prevenção e risco**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

LION, E. A. V. Tabagismo e saúde feminina. **Aliança de controle do tabagismo**. 2009. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/213_TABAGISMO_E_SAUDE_FEMININA_FINAL.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2013.

LOURENÇO, B.; QUEIROZ, L. B. Crescimento e desenvolvimento puberal na adolescência. **Rev Med.**, São Paulo, v.89, n.2, p. 70-75, abr./jun., 2010.

MARTIGNAGO, C. W. **Avaliação dos conhecimentos sobre métodos contraceptivos entre alunos do Ensino Médio em uma Escola do Sul de Santa Catarina**. 2011. (Monografia de Conclusão de Curso) Graduação em Farmácia. Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC. Criciúma, 2011.

MATOS, J. C. de; PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. de B. Fatores associados à realização da prevenção secundária do câncer de mama no Município de Maringá, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.5, p.888-898, mai. 2011.

MEDIPÉDIA. **Puberdade** – Alterações físicas. 2012. Disponível em: <<http://www.medipedia.pt/home/home.php?module=artigoEnc&id=705>>. Acesso em: 01 dez. 2012.

MINAYO, M. C. S. Contribuições da antropologia para dilemas éticos da área de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.02, p. 329-339, 2008.

_____. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MIRANDA, C. **As crianças estão crescendo rápido demais?** 2012. Disponível em: <<http://www.selecoes.com.br/as-criancas-estao-crescendo-rapido-demais>>. Acesso em: 03 dez. 2012.

MOURA, M. C.; ARACAVA, M. **Dez duvidas sobre o seio**. 2010. Disponível em: <<http://www.fleury.com.br/revista/artigos/Pages/dez-duvidas-sobre-seios.aspx>>. Acesso em: 01 set. 2012.

NEGRÃO, T. et al. **As mulheres e o Tabagismo** – Uma nova questão na Agenda Feminista. 2010. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/439_PublicoTabagismof.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2013.

NERY, A. A. et al. Concepção de saúde: visão de adolescentes do ensino Fundamental de um município da Bahia. **Rev. Saúde.Com**. v.5, n.1, p. 17-30, 2009.

NEUMAN, C. **Câncer de mama é mais agressivo em mulheres jovens**. 2009. Disponível em: <<http://noticias.r7.com/saude/noticias/cancer-e-mais-agressivo-em-mulheres-jovens-20091002.html>>. Acesso em: 03 jan. 2013.

PAULIN, L. **Mamografia na Adolescência**. 2010. 15f. Artigo (Técnico) - Centro de Educação Profissional – CENAP, Cascavel Paraná, 2010.

PERES, R. S.; SANTOS, M. A. Personalidade e câncer de mama: produção científica em Psico-Oncologia. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.25, n.4, p. 611-620, 2009.

PIRHARDT, C. R.; MERCÊS, N. N. A. Fatores de risco para câncer de mama: nível de conhecimento dos acadêmicos de uma universidade. **Rev. enferm.**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 102-106, jan/mar., 2009.

PITTA, P. Cerca de 1800 baianas devem diagnosticar câncer de mama em 2008. **Grupo A TARDE**. Salvador, 2008. Disponível em: <<http://www.atarde.com.br/cidades/noticia.jsf?id=858627>>. Acesso em: 16 jan. 2011.

RAMOS, B. F.; LUSTOSA, M. A. Câncer de mama feminino e psicologia. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, jun. 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 fev. 2013.

RAMPASSO, D. **Alterações da mama da adolescente**, 2006. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAABVMYAB/alteracoes-mama-adolescente>>. Acesso em: 03 dez. 2012.

RANGEL NETO, F. et al. Aplicação do Programa de intervenção preventiva “Sexualidade e Adolescência”, com Jovens estudantes da periferia do município de Campinas (SP). **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v.3, n.9, abr./mai./jun., 2007.

REZENDE, M. C. R. et al. Causas do retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias em mulheres atendidas em um centro de referência do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.31, n.2, p. 75-81, 2009.

RIBEIRO, P. C. P. Breast alterations – clinical and differential diagnosis. **Revista Adolescência e saúde**. Artigo original, v.7, n.3, jul. 2010.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999, 208p.

ROMAN, E. P. et al. Antropometria, maturação sexual e idade da menarca de acordo com o nível socioeconômico de meninas escolares de Cascavel (PR). **Rev Assoc Med Bras**, v.55, n.3, p. 317-321, 2009.

ROSA, L. M. **A mulher com câncer de mama do sintoma ao tratamento: implicações para o cuidado de enfermagem**. 2011. 182f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

SAITO, M. I.; SILVA, L. E. V.; LEAL, M. M. **Adolescência: prevenção e risco**. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2008.

SCHUNEMANN JUNIOR, E. S.; SOUZA, R. T.; DÓRIA, M. T. Anticoncepção hormonal e câncer de mama. **Femina**, v.3, n.4, abril, 2011.

SCORSOLINI-COMIN, F., SANTOS, M. A.; SOUZA, L. V. (2009). Vivências e discursos de mulheres mastectomizadas: negociações e desafios do câncer de mama. **Estudos de Psicologia**, Natal, v.14, n.1, p. 41-50. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v14n1/a06v14n1.pdf>>.

SIEGEL, R.; NAISHADHAM, D.; JEMAL, A. Cancer Statistics, 2013. CA. **A Cancer Journal for clinicians**, v.63, n.1, January/February, 2013.

SILVA, A. C. S. **O Ser saudável nas Representações Sociais entre adolescentes**. 2011. 128f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié-BA, 2011.

SILVA, G.; SANTOS, M. A. Stressors in breast cancer post-treatment: a qualitative approach. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.18, n.4, p. 688-695, 2010.

SILVA, P. A.; RIUL, S. S. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.64, n.6, p. 1016-1021, nov./dez., 2011.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; **Brunner e Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10. ed., v.3. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SOUEN, J. S. **Uso de hormônios e risco de câncer de mama**. 2009. Disponível em: http://www.hospitalsiriolibanes.org.br/hospital/especialidades/mastologia/Boletim%20Mastologia/2edicao_jan09.pdf. Acesso em: 10 fev. 2013.

SOUZA, K. **Estimativa do Inca prevê 1.970 mil novos casos de câncer em mulheres na Bahia**. 2010. Disponível em: <http://www.portalibahia.com.br/p/redaca_oibahia/saude-e-bem-estar/14459-cancer-de-mama-e-preciso-qter-peitoq-para-enca_rar-a-doenca>. Acesso em: 05 set. 2011.

_____. **Câncer de mama: é preciso "ter peito" para encarar a doença**. 2011. Disponível em: <http://www.ibahia.com/imprensa/noticia/cancer-de-mama-e-preciso-ter-peito-para-encara_r-a-doenca/>. Acesso em: 02 jul. 2011.

TAVARES, L. **Desvende os dez principais mitos sobre câncer de mama**. 2012. Disponível em: <<http://www.minhavidacom.br/saude/galerias/15646-desvende-os-10-principais-mitos-sobre-o-cancer-de-mama/10#conteudoTxt>>. Acesso em: 15 fev. 2013.

TAVARES, M. C. G. C. **Imagem corporal: conceito e desenvolvimento**. São Paulo: Manole, 2003.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sócias: a pesquisa qualitativa em educação**. 18. reimpr. São Paulo: Atlas, 2009.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e atenção à saúde da família**. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

VIEIRA, C. P.; LOPES, M. H. B. de M.; SHIMO, A. K. K. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. **Rev. esc. enferm.** São Paulo, v.41, n.2, Jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000200020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Feb. 2013.

VITALLE, M. S. S. et al. Índice de massa corporal, desenvolvimento puberal e sua relação com a menarca. **Rev Assoc Med Bras.**, v.49, n.4, p. 429-433, 2003.

VITÓRIA DA CONQUISTA. Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista. **A cidade: cenário econômico**. 2011. Disponível em: <<http://www.pmvc.com.br/v1/conteudo/14/economia.html>>. Acesso em: 05 Jul. 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A: TCLE para adolescentes maiores de 18 anos**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB**
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – PPG
Programa de Pós-Graduação Enfermagem e Saúde**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO*****MODELO PARA ADOLESCENTES MAIORES DE 18 ANOS***

Prezada Senhora,

Eu, Bárbara Cabral de Sousa, discente do Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde, em nível de mestrado acadêmico, da Universidade Estadual Do Sudoeste Da Bahia (UESB) estou realizando, o projeto de pesquisa **“Conhecimento de adolescentes sobre o desenvolvimento da mama e os fatores de risco para o câncer”** que tem como objetivo geral “Apreender o conhecimento das adolescentes sobre o desenvolvimento da mama e os fatores de risco para câncer de mama”.

Estou convidando a senhora a participar da minha pesquisa, pois através das pesquisas, que ocorrem os avanços sobre tratamento e prevenção do câncer de mama, e esta pesquisa poderá gerar informações que contribuam para uma melhoria nas políticas públicas para pessoas com câncer de mama e para prevenção desta doença, além de fornecer mais esclarecimentos as adolescentes da rede ensino público de Vitória da Conquista sobre o tema.

Caso a senhora aceite participar desta pesquisa, será necessário que responda a um questionário e uma entrevista com questões subjetivas com auxílio de um gravador de voz*. Sua participação nesta pesquisa é voluntária e não obrigatória, ou seja, a senhora tem o direito de não participar ou até de desistir de participar da pesquisa se quiser. Além disso, a senhora terá todas as informações que queira, antes, durante e depois da pesquisa. As informações obtidas por meio dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, permanecendo em anonimato a confidencialidade dos dados pessoais. Os resultados serão divulgados na forma de relatórios, artigos científicos e dissertação. Esta pesquisa não causa danos à saúde da pesquisada, o risco de desconforto é muito pequeno.

Os dados obtidos serão utilizados na construção de um banco de dados e arquivados por cinco anos no colegiado do Mestrado no campus universitário da UESB de Jequié. Sua participação na pesquisa não lhe trará nenhum custo e também não receberá nenhum valor em dinheiro por participar dela. A senhora receberá uma cópia deste termo de consentimento onde constará o telefone e endereço da pesquisadora-orientadora e da pesquisadora-mestranda, podendo tirar

suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Se a senhora quiser ou precisar de maiores informações sobre esta pesquisa, entre em contato em:

Bárbara Cabral de Sousa
Pesquisadora-Mestranda

Secretária Municipal de Saúde
Rua Coronel Gugé, Centro
2º. Andar ,Vitória da Conquista- Bahia
Tel: (77)3424-8932/ (77) 8801-9034
E-mail barbaracabral84@yahoo.com.br.

Profa. Dra. Zenilda Nogueira Sales
Pesquisadora-Orientadora

Mestrado em Enfermagem e Saúde,
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia,
Av. José Moreira Sobrinho, S/N, Jequié, Bahia
Tel: (73) 3528-9738
E-mail: mestradosaude2011.1@hotmail.com

Declaro que entendi os objetivos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Jequié-BA, ___/___/_____

Assinatura do sujeito da pesquisa

APÊNDICE B: TCLE para adolescentes menores de 18 anos**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB**
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – PPG
Programa de Pós-Graduação Enfermagem e Saúde**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO*****MODELO PARA ADOLESCENTES MENORES DE 18 ANOS***

Prezada(o) Senhor (a),

Eu, Bárbara Cabral de Sousa, discente do Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde, em nível de Mestrado Acadêmico, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) estou realizando, o projeto de pesquisa **“Conhecimento de adolescentes sobre o desenvolvimento da mama e os fatores de risco para o câncer”** que tem como objetivo geral “Apreender o conhecimento das adolescentes sobre o desenvolvimento da mama e os fatores de risco para câncer de mama.

Estou convidando o(a) senhor (a) a autorizar a participação desta adolescente na minha pesquisa, pois através das pesquisas, que ocorrem os avanços sobre tratamento e prevenção do câncer de mama, e esta pesquisa poderá gerar informações que contribuam para uma melhoria nas políticas públicas para pessoas com câncer de mama e para prevenção desta doença, além de fornecer mais esclarecimentos as adolescentes da rede ensino público de Vitória da Conquista sobre o tema.

Caso o (a) senhor (a) aceite a participação da adolescente nesta pesquisa, será necessário que ela responda a um questionário e uma entrevista com questões subjetivas com auxílio de um gravador de voz*. A participação da estudante nesta pesquisa é voluntária e não obrigatória, ou seja, o(a) senhor(a) tem o direito de não autorizar a participação ou até de desistir de participar da pesquisa se quiser. Além disso, o(a) senhor(a) terá todas as informações que queira, antes, durante e depois da pesquisa. As informações obtidas por meio dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre a participação da adolescente em questão. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a identificação, permanecendo em anonimato a confidencialidade dos dados pessoais. Os resultados serão divulgados na forma de relatórios, artigos científicos e dissertação. Esta pesquisa não causa danos à saúde da pesquisada, o risco de desconforto é muito pequeno.

Os dados obtidos serão utilizados na construção de um banco de dados e arquivados por cinco anos no colegiado do Mestrado no campus universitário da UESB de Jequié. Sua participação na pesquisa não lhe trará nenhum custo e também não receberá nenhum valor em dinheiro por participar dela. O (a) senhor (a) receberá uma cópia deste termo de consentimento onde constará o telefone e endereço da pesquisadora-orientadora e da pesquisadora-mestranda, podendo tirar

suas dúvidas sobre o projeto e a participação da adolescente, agora ou a qualquer momento. Se o(a) senhor(a) quiser ou precisar de maiores informações sobre esta pesquisa, entre em contato em:

Bárbara Cabral de Sousa
Pesquisadora-Mestranda

Secretária Municipal de Saúde
Rua Coronel Gugé, Centro
2º. Andar, Vitória da Conquista- Bahia
Tel: (77)34248932/ (77) 8801-9034
E-mail barbaracabral84@yahoo.com.br.

Profa. Dra. Zenilda Nogueira Sales
Pesquisadora-Orientadora

Mestrado em Enfermagem e Saúde,
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia,
Av. José Moreira Sobrinho, S/N, Jequié, Bahia
Tel: (73) 35289738
E-mail: mestradosaude2011.1@hotmail.com

Declaro que entendi os objetivos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Jequié-BA, ___/___/_____

Colocar Polegar

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura do responsável pelo sujeito da pesquisa

APÊNDICE C: Modelo de Pré-teste

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – PPG
 Programa de Pós-Graduação Enfermagem e Saúde

PRÉ-TESTE

Data: ___/___/___

Avaliação do instrumento de coleta de dados do trabalho intitulado:

Pesquisa: Conhecimento de adolescentes sobre o desenvolvimento da mama e os fatores de risco para o câncer

Pesquisadoras: Bárbara Cabral de Sousa e Zenilda Nogueira Sales

Você esta sendo convidada para avaliar os instrumentos de coletas de dados da pesquisa citada acima, se desejar, responda os quesitos abaixo:

	0 a 10
1- A introdução do formulário é clara?	
2- Há clareza e a precisão dos termos utilizados?	
2- Há necessidade eventual de desmembramento das questões?	
3- As perguntas estão bem elaboradas?	
4- A ordem das perguntas facilita o entendimento?	
5- Os termos utilizados facilitam o entendimento?	

Sugestões:

Série/ Escola:

Assinatura (opcional):

APÊNDICE D: Questionário Biosociodemográfico



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – PPG
 Programa de Pós-Graduação Enfermagem e Saúde

QUESTIONÁRIO BIOSOCIODEMOGRÁFICO:

CONHECIMENTO DE ADOLESCENTES SOBRE O DESENVOLVIMENTO DA MAMA E OS FATORES DE RISCO PARA O CÂNCER

Pesquisadora Mestranda: Bárbara Cabral de Sousa
 Pesquisadora Orientadora: Zenilda Nogueira Sales

Data: ___/___/___
 Entrevista No. : _____

A – IDENTIFICAÇÃO E DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

- 1- **Nome e sobrenome :** _____
- 2- **Idade:** () 10 a 14 anos () 15 a 19 anos
- 3- **Escolaridade:**() 1º. Ano() 2º. Ano() 3º. Ano
- 4- **Estado Civil (Situação Marital):** () Casada () Solteira () Divorciada () Separada
 () União estável () Viúva
- 5- **Como você auto referencia sua cor ou raça?** () Branca () Preta () Parda ()
 Amarela () Indígena
- 6- **Crença Religiosa ou Culto:** _____
- 7- **Ocupação:** _____
- 8- **Possui filhos?** () Sim () Não **Quantos ?** () 1 () 2 () 3 () Mais que 03 filhos
- 9- **Número de:** Gestação____ Partos____ Abortos____
- 10- **Com quem você mora?** () Pais () Filhos () Marido () Sozinha () Outros
 familiares () Amigos () Outros _____
- 11- **Quais os meios de comunicação você tem acesso em casa?**
 () Televisão () Radio () Revistas () Internet () Livros () Jornal () Telefone
 e/ou Celular
- 12- **Qual a renda financeira de sua família?** () Até um salario mínimo () Mais de 01
 salario a 02 salários () Mais de 02 a 03 salários () Mais de 03 a 05 salários () Mais
 de 05 a 10 salários () Mais de 10 a 20 salários () Mais de 20 salários () Sem
 rendimento () Sem Declaração () Não sei

B – TRIAGEM DOS FATORES DE RISCO PARA CANCER DE MAMA**13- Dos itens abaixo quais você considera normais no desenvolvimento das mamas na adolescência?**

- A adolescente tem uma maior quantidade de tecido mamário que a mulher adulta;
- A mama da adolescente possui mais gordura que a de uma mulher adulta;
- Aumento desproporcionado das duas mamas; durante a puberdade e a adolescência (13 a 17 anos)”
- Ausência completa da mama;
- Ausência de um ou de ambos os mamilos (“bico da mama”);
- Botão mamário (“Bico da mama protuberante”);
- Caroços endurecidos nas mamas;
- Inchaço e dor antes e durante a menstruação;
- Aumento das mamas na gravidez;
- Uma mama maior que a outra (“Mamas assimétricas”);
- Mamas endurecidas em alguns períodos do mês;
- Meninas magras tem menos gorduras nas mamas que meninas obesas;
- Menstruar sem ter mamas desenvolvidas;
- Não menstruar até os 16 anos e já possuir mamas;
- Inflamação da mama, que fica quente, dolorida e avermelhada);
- Saída de secreção pelo mamilo (“Bico do peito”);
- Ter nódulos próximos as axilas.

14- Qual a idade que você possuía quando menstruou pela primeira vez ? 8 a 10 anos
 11 a 13 anos 14 a 16 anos 17 a 19 anos**15- Qual o seu peso atual em Kg?** 30 a 50 50 a 70 anos 70 a 90 90 a 110**16- Você pratica alguma atividade física?** Sim Não As vezes Nunca
 Todo dia três vezes na semana Finais de semana**17- Você faz uso de bebida alcoólica?** Não bebo As vezes Todos os dias Nos finais de semana Em eventos sociais Sempre que tenho oportunidade**18- Você fuma?** Não fumo As vezes Todos os dias Nos finais de semana Em eventos sociais Sempre que tenho oportunidade Sou fumante passiva convivo com quem fuma**19- Quantos cigarros você fuma ao dia ?** Nenhum Menos de 20 cigarros/dia Mais de 20 cigarros/dia**20- Em relação a sua alimentação, quantas refeições você faz por dia?** _____**21- Com que frequência você consome os alimentos abaixo?**

- Consumo frutas, grãos, verduras e /ou legumes diariamente Consumo frutas, grãos, verduras e /ou legumes semanalmente Consumo frutas, grãos, verduras e /ou legumes mensalmente Raramente Nunca

APÊNDICE E: Roteiro para entrevista focalizada

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – PPG
 Programa de Pós-Graduação Enfermagem e Saúde

**CONHECIMENTO DE ADOLESCENTES SOBRE O DESENVOLVIMENTO DA
 MAMA E OS FATORES DE RISCO PARA O CÂNCER**

Pesquisadora Mestranda: Bárbara Cabral de Sousa
 Pesquisadora Orientadora: Zenilda Nogueira Sales

Data: ___/___/___
 Entrevista No. : _____

**ROTEIRO DA ENTREVISTA FOCALIZADA PARA ADOLESCENTES COM
 FATORES DE RISCOS PARA CÂNCER DE MAMA**

1- Para você, como esta sendo o crescimento da sua mama? O que você percebeu de diferente neste período?

2- Você conhece alguém que já esteve com câncer de mama?

3- Para você, quais sinais e sintomas que irei citar, uma mulher com câncer de mama pode apresentar?

- () Aumentam de tamanho das mamas com vermelhidão local e inchaço
- () Aumentos das mamas com diferença de tamanho de uma em relação a outra em curto intervalo de tempo
- () Descarga mamilar (secreção leitosa, tipo pus ou sanguinolenta que sai do “bico do peito”)
- () Diarreia
- () Dor de cabeça
- () Dor nas mamas a palpação
- () Edema em MMII (“pernas inchadas”)
- () Ferida na mama com odor desagradável
- () Caroços endurecidos na mama, indolores e de tamanhos variados

- () Pele da mama com característica de casca de laranja ou retraída
- () Perda de peso
- () Prurido local (“coceira local”) em pele alterada da mama
- () Sangramento nasal
- () Vômitos
- () Outros _____

4- Dos itens abaixo qual ou quais você considera fatores que podem levar uma mulher a ter câncer de mama?

- () Amamentação
- () Analfabetismo
- () Desodorante Rollon em axila depilada
- () Exposição significativa a raio X
- () Idade (maior que 40 anos)
- () Ingerir grande quantidade de leite por dia
- () Ingestão regular de álcool
- () Menopausa depois dos 50 anos
- () Mulheres com silicone na mama
- () Não ter filhos (Nuliparidade)
- () Obesidade
- () Parentes de primeiro grau com história da câncer de mama
- () Primeira gravidez depois dos 30 anos
- () Primeira menstruação precoce (antes do 12 anos de idade)
- () Tabagismo
- () Traumas na mama
- () Uso de anticoncepcionais hormonais por mais de 10 anos sem interromper
- () Uso de sutiãs sintéticos e com renda
- () Vários parceiros sexuais
- () Outros _____

5- Você acredita que métodos contraceptivos hormonais podem provocar câncer de mama? Fale sobre o que já ouviu falar do tema?

6 - Em sua opinião o câncer de mama possui características hereditárias (que passa de mãe para filha)?

7- Você acredita que o câncer de mama pode afetar mulheres jovens? Justifique:

8- Para você, mudanças em hábitos de vida de uma adolescente podem diminuir o risco de se ter câncer de mama? Se sim, quais mudanças?

ANEXOS

ANEXO A: Ofício de Aprovação do CEP/UESB

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB
Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP / UESB

Jequié, 15 de dezembro de 2011

Of. CEP/UESB 429/2011

Ilma. Sra.
Bárbara Cabral de Sousa
Mestrado em Enfermagem e Saúde - UESB

Prezada Senhora,

Comunicamos a V. Sª que o Projeto de Pesquisa abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UESB, estando os pesquisadores liberados para o início da coleta de dados.

Protocolo nº: **141/2011**
CAAE: **0120.0.454.000-11**

Projeto: **Abordagem lúdica com adolescentes sobre o câncer de mama**

Pesquisadores: **Bárbara Cabral de Sousa (mestranda)**
Profa. Zenilda Nogueira Sales (orientadora)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa (ver modelo no CEP), para acompanhamento pelo Comitê.

Atenciosamente,

Profª. Ana Angélica Leal Barbosa
Presidente do CEP/UESB

ANEXO B: Autorização para coleta de dados**Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB**

Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98

AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

Eu, Ricardo Costa de Moraes, ocupante do cargo de Diretor(a) da DIREC 20, **AUTORIZO** a coleta de dados do projeto “Prevenção e abordagem lúdica na realização do auto-exame da mama” dos pesquisadores **Bárbara Cabral de Sousa e Zenilda Nogueira Sales** após a aprovação do referido projeto pelo CEP/UESB.

Jequié, 02 de Agosto de 2011

ASSINATURA: _____


Ricardo Costa de Moraes
Diretor Regional de Educação
DIREC 20 - Aut. 1071.2010.20
Cad. 11.256.894-7

CARIMBO: