



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA - PROPGPQ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
MESTRADO ACADEMICO EM CUIDADOS CLINICOS EM
SAÚDE**

**FATORES DE RISCO E MARCADORES DE VULNERABILIDADE
AO CÂNCER DE MAMA EM MULHERES COM HIV/AIDS.**

CARLA DANIELE MOTA RÊGO VIANA

**Fortaleza-CE
2009**

CARLA DANIELE MOTA RÊGO VIANA

**FATORES DE RISCO E MARCADORES DE VULNERABILIDADE
AO CÂNCER DE MAMA EM MULHERES COM HIV/AIDS.**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde.

Apoio: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES) - Demanda Social.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Lúcia Duarte Pereira

**Fortaleza-CE
2009**

**FATORES DE RISCO E MARCADORES DE VULNERABILIDADE AO
CÂNCER DE MAMA EM MULHERES COM HIV/AIDS.**

Aprovada em: 31/03/2009

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Lúcia Duarte Pereira
Universidade Estadual do Ceará
(Orientadora - Presidente)

Profa. Dra. Marli Teresinha Gimeniz Galvão
Universidade Federal do Ceará
(Membro Efetivo)

Profa. Dra. Dafne Paiva Rodrigues
Universidade Estadual do Ceará
(Membro Efetivo)

Profa. Dr^a. Sheva Maia da Nóbrega
Universidade Federal de Pernambuco
(Membro Suplente)

**Fortaleza-CE
2009**

Dedico este trabalho, inteiramente, a Deus.

Que Ele seja, sempre, tudo em mim.

Deus no meu viver

Tu és o meu ar

Deus no acordar

Deus no meu dormir

Deus no descansar

Estás no trabalhar

Deus na minha mente

Deus no meu falar

Deus... sejam tudo em mim.

Deus na esperança

Estás nos meus sonhos

Deus no meu olhar

Deus no esperar

Deus na alegria

Deus na tristeza

E na amargura

Deus é a minha cura

Deus... sejam tudo em mim.

Mariana Valadão

AGRADECIMENTOS

A Deus, por tudo o que fez, por tudo o que irá fazer, pelas promessas para a minha vida e pela sua infinita misericórdia que se renova dentro em mim a cada manhã.

Aos meus pais, Sérgio e Gorete, para quem devo tudo o que sou, desde o meu existir até os ensinamentos constantes que servirão para toda a vida, aos quais eu sempre amarei com toda a minha alma.

A minha irmã, Carla Cristiele, pelo seu apoio e estímulo constantes, os quais me fazem acreditar na vitória mesmo em tempos de derrota. Caminharemos juntas para o sucesso!

Ao meu esposo, Miquéias, o amor da minha vida, que me acompanha e incentiva desde o início da minha jornada acadêmica e tem sido meu porto seguro em todos os momentos.

A minha filha, Carla Micaele, a qual me trouxe alegria e simplicidade, me ensinando o verdadeiro significado de ser mãe. Você é um presente de Deus na minha vida, “neném da mamãe!”.

À Professora Doutora Maria Lúcia Duarte Pereira, pelos ensinamentos, conselhos e paciência, para quem devo toda a formação do mestrado e a quem considero uma segunda mãe.

Às Professoras Doutoras Marli Teresinha Gimenez Galvão, da Universidade Federal do Ceará, Dafne Paiva Rodrigues, da Universidade Estadual do Ceará, e Sheva Maia da Nóbrega, da Universidade Federal de Pernambuco, pela brilhante participação em minha banca de defesa da dissertação. Suas contribuições foram preciosas para o término deste trabalho.

Às amigas Leila Maria Gregório e Elizangela Davi Oliveira, sem a ajuda das quais eu não teria concluído este trabalho.

Às funcionárias da Creche Escola Caminharte, pela dedicação e estímulo.

Aos colegas do mestrado, pela amizade e incentivo.

Às mulheres que se mostraram disponíveis para fazer parte do estudo. Que este trabalho possa contribuir para a melhora da qualidade de vida destas.

Aos funcionários do Hospital São José de doenças infecciosas, os quais se mostraram bastante receptivos e disponíveis, para auxiliar no que fosse necessário.

A todos (as) os (as) professores (as), colegas, e àqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

A mulher portadora do HIV/aids expõe-se a diversos fatores que elevam o risco para a aquisição de doenças crônico-degenerativas. Dentre essas doenças, destaca-se o câncer de mama, devido aos seus vários fatores de risco. Assim, objetivou-se com a realização deste estudo, descrever os fatores de risco para o desenvolvimento de câncer de mama em mulheres com HIV/aids e analisar os marcadores de vulnerabilidade de mulheres com HIV/aids que contribuem para o desenvolvimento do câncer de mama. A amostra foi composta por 150 mulheres portadoras do HIV/aids, atendidas no ambulatório do Hospital São José de doenças infecciosas. A coleta de dados foi realizada no período de maio a agosto de 2008, por meio de um questionário semi-estruturado. Os resultados foram analisados por meio de estatística descritiva simples e, parte dos dados apreendidos foi submetida à análise da associação entre variáveis categóricas, sendo empregado o teste não-paramétrico “qui-quadrado”. Os resultados mostram que as participantes do estudo apresentaram, pelo menos, quatro fatores de risco para o câncer de mama, sendo o fator de risco “exposição à radiação” (raio-X), apresentado em 100% das mulheres. Não houve relação estatisticamente significativa entre as variáveis “estágio da doença” e o “consumo de álcool”, nem entre as variáveis “estágio da doença” e a existência de “casos de câncer de mama na família”. ($p>0,05$). Foram identificados marcadores de vulnerabilidade relacionados às três dimensões: individual, social e programática. Tais marcadores disseram respeito, principalmente, à baixa escolaridade das mulheres, à carência de informações corretas a respeito do câncer de mama, carência de acompanhamento e orientação profissional, ideologias e cultura sobre a doença. Conclui-se que se faz necessário incentivo à detecção precoce do câncer de mama para a promoção da saúde e a necessidade da capacitação dos profissionais de saúde que prestam cuidados à população feminina portadora do HIV/aids para que a prevenção ao câncer de mama possa ser implementada, sugerindo-se a implementação das orientações e acompanhamento na consulta de enfermagem, além de estudos adicionais para melhor compreensão da relação entre o HIV/aids e o câncer de mama.

Palavras-chave: câncer de mama; prevenção; HIV; mulher; fator de risco; vulnerabilidade.

ABSTRACT

Women with HIV / AIDS presents several factors that increase the risk for acquiring chronic degenerative diseases. Among these diseases, there is breast cancer, due to the various risk factors. Thus, the objective of this study is describe the risk factors for developing breast cancer in women with HIV / AIDS and analyze the vulnerability's markers of women with HIV / AIDS that contribute to the development of breast cancer. The sample comprised 150 women with HIV / AIDS, attended the clinic at St. Joseph Hospital of infectious diseases. Data collection was conducted during May-August 2008, using a semi-structured questionnaire. The results were analyzed using simple descriptive statistics, and seized part of the data was subjected to analysis of the association between categorical variables, using the nonparametric test "chi-square". The results show that participants of the study had at least four risk factors for breast cancer, and the risk factor "exposure to radiation" (X-ray), in 100% of women. There was no significant relationship between variables "stage of the disease" and "consumption of alcohol", or between the variables "stage of the disease" and the existence of "breast cancer's cases in the family". ($p > 0.05$). We identified vulnerability's markers related in three dimensions: individual, social and programmatic. Such markers concerned, mainly to the low education of women, the lack of correct information about the breast cancer, lack of monitoring and professional guidance, ideologies and culture of the disease. We conclude that it is necessary encourage early detection of breast cancer for health promotion and the need for training the health professionals providing care to women with HIV / AIDS for the prevention of breast cancer can be implemented, suggesting the implementation of guidelines and monitoring in consultation with nursing, and additional studies to understand better the relationship between HIV / AIDS and breast cancer.

Keywords: breast cancer, prevention, HIV, women, risk factor, vulnerability.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. OBJETIVOS.....	16
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
4. METODOLOGIA.....	29
5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	33
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	51
7. CONCLUSÕES.....	87
8. REFERÊNCIAS.....	89
9. ANEXOS.....	97

1 INTRODUÇÃO

No momento em que a síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) é reconhecida como um dos mais importantes problemas de saúde pública da história contemporânea, o vírus da imunodeficiência humana (HIV) continua a se espalhar sem barreiras. Estima-se que existam 33,2 milhões de pessoas com o vírus HIV em todo mundo, além do que, apenas em 2007, ocorreram 2,5 milhões de novas infecções. A África Sub-saariana concentra 68% das pessoas infectadas e 76% de mortes decorrentes da doença. Na América Latina, apesar da estabilização da epidemia, estima-se que 1,6 milhões de pessoas vivam com aids. (UNAIDS, 2007/2008).

De acordo com o Ministério da Saúde, de 1980 a junho de 2008, foram notificados 506.499 casos de aids no Brasil. Destes, 305.725 na região Sudeste, 95.552 na região Sul, 58.348 na região Nordeste, 28.719 na região Centro Oeste e 18.155 na região Norte. Nas regiões Sul, Sudeste e Centro Oeste, a incidência de aids tende à estabilização. Entretanto, nas regiões Norte e Nordeste, a tendência é de crescimento, onde, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), há uma epidemia concentrada, com taxa de prevalência da infecção pelo HIV de 0,6% na população de 15 a 49 anos. (BRASIL, 2008).

No estado do Ceará, de 1983, quando foi registrado o primeiro caso de aids, até dezembro de 2008, foram notificados 8.272 casos. Desse total, 29,4% são mulheres. Enquanto em 1987, no estado do Ceará, haviam 11 homens com aids para 1 mulher com aids, no ano de 2007 para cada três casos, um era do sexo feminino. (CEARA, 2008).

Há um destaque para o aumento do número de municípios pequenos com casos de aids notificados no estado do Ceará, onde 80% das ocorrências estão em 16 municípios. Juntos, apenas os municípios de Aracati, Crato, Juazeiro do Norte, Cascavel, Sobral, Maracanaú, Caucaia, Fortaleza, Crateús, Itapipoca, Russas, Limoeiro

do Norte, Pacajús, Canindé, Quixadá e Iguatu, representam 51% da população cearense, os quais são considerados prioritários para ações de controle da doença. (CEARÁ, 2008).

Assim, na terceira década da epidemia, o quadro epidemiológico mundial revela a crescente inserção da mulher, o que tem despertado preocupação dos órgãos responsáveis pela saúde da população mundial, fato este constatado pela elaboração do documento “Metas para o Milênio”, desenvolvido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Referido documento é resultante de uma grande coalizão global, que definiu metas, com seus respectivos objetivos, dos quais destacam-se: igualdade de gênero com emponderamento da mulher, no intuito de promover maior acesso a educação, alfabetização e informações sobre saúde sexual e reprodutiva; planos nacionais de prevenção contra infecção pelo HIV dirigidos a mulher como o acesso ao preservativo, além do incentivo ao desenvolvimento de pesquisas sobre outras estratégias de prevenção. (PAHOS, 2004).

Mesmo com a preocupação internacional acerca da igualdade de gênero, a realidade ainda é desalentadora porque nenhum país foi capaz de eliminar as disparidades entre os sexos. (UNAIDS, 2006).

Entretanto, é importante ressaltar a evolução da ciência diante da epidemia, pois nunca se produziu tanto conhecimento sobre uma doença, em tão curto espaço de tempo. Embora não tenha sido descoberta a cura, vários testes de diagnóstico foram descobertos e são eficazes, além do avanço da terapêutica anti-retroviral de alta potência que é responsável pela melhora da qualidade de vida do doente de aids.

Por outro lado, o panorama epidemiológico atual constata que não basta o desenvolvimento científico, visto que o HIV continua a se disseminar, ignorando fronteiras, etnias e nível sócio-econômico. Há necessidade de intervenções que

considerem o contexto sócio-cultural, voltadas à prevenção, direcionadas a homens e mulheres, com as peculiaridades do processo de saúde e doença, e dirigidas de acordo com as singularidades que os distinguem.

Segundo Aguiar e Simões-Barbosa (2006), existem fatores culturais importantes e diferentes a serem analisados quando se fala na transmissão do HIV para homens e mulheres distintamente, pois estão diretamente envolvidos na percepção de risco dos mesmos.

Assim, a mulher possui determinantes biológicos que a distingue dos homens e que favorecem a transmissão do HIV e o desenvolvimento da doença, destacando-se desde as diferenças anatômicas, até a utilização de contraceptivos, que criam um ambiente favorável à penetração do vírus. (GARCÍA-SANCHEZ, 2004; VILLELA, 2003).

Destacam-se ainda, o estágio da doença, a presença de outras doenças sexualmente transmissíveis (DST), inflamações ou irritações na mucosa vaginal, a natureza e a frequência das relações sexuais sem proteção, a desigualdade social, questões relacionadas ao gênero, a pobreza, e a falta de percepção de risco à infecção, principalmente em mulheres que vivenciam relacionamentos estáveis. (GARCÍA-SANCHEZ, 2004; VILLELA, 2003).

Enquanto a aids revela-se como um dos maiores desafios para a ciência moderna, tem-se observado que, com o aumento da expectativa de vida e o conseqüente envelhecimento da população, as doenças crônico-degenerativas têm figurado como a maior causa de mortalidade e incapacidade no mundo, sendo responsáveis por 59% dos 56,5 milhões de óbitos anuais. São os chamados agravos não-transmissíveis, que incluem doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade, doenças respiratórias e o câncer. (PAHOS, 2004).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), a estimativa da incidência do câncer no Brasil revela que, aproximadamente, 470 mil novos casos da doença deverão ocorrer no país entre 2008 e 2009. O tipo mais incidente será o câncer de pele não melanoma, com 115.010 casos a cada ano. Em seguida: câncer de próstata (49.530 novos casos), mama (49.400 - 51,66%) com risco estimado de 51 casos para cada 100 mil mulheres, pulmão (27.270), cólon e reto (26.990), estômago (21.800) e colo de útero (18.680). (BRASIL, 2009).

De acordo com tais estatísticas, o câncer de mama é o que mais afeta a população feminina. Segundo Fernandes (2005), o câncer de mama é considerado, pelas mulheres, a doença mais assustadora da atualidade, o qual as expõe a diversas dificuldades, tais como o impacto psicológico, o medo e a realidade da mutilação e da morte sempre presentes, além da possibilidade de uma recidiva da doença após a descoberta e tratamento.

Não existe uma forma de evitar o aparecimento do câncer de mama. Porém, são possíveis a detecção precoce da doença e o controle da sua evolução. (MELO et al, 2005).

O avanço tecnológico é responsável por novos métodos de detecção precoce do câncer de mama como: mamografias tridimensionais, ultra-sonografias com Doppler das mamas, densitometrias, dentre outros, e como resultado, obtém-se menor número de mutilações cirúrgicas da mama, influenciando para que haja um aumento na sobrevivência, bem como melhora na qualidade de vida das portadoras da doença. (FERNANDES et al, 2005).

Uma das propostas de intervenção para o controle do câncer de mama está fundamentada no mapeamento do risco a que as mulheres estão expostas, no

planejamento e na implementação de ações visando à detecção de tumores menores possíveis. (PALMEIRA et al 2002).

Contudo, apesar da grande difusão dos fatores de risco e dos métodos de detecção precoce, o câncer de mama ainda encontra-se entre as principais causas de óbitos de mulheres, tornando-se, assim como a aids, um grave problema para a saúde mundial.

Poucos estudos são apresentados na literatura científica sobre o desenvolvimento de aids e câncer de mama ao mesmo tempo, em mulheres. O primeiro relato das duas doenças ocorrendo concomitantemente data de 1988. (LAKE-LEWIN; ARKEL, 1988).

Segundo Pantanowitz e Connolly (2002) não se encontra facilmente relação entre câncer de mama e a infecção com o vírus da imunodeficiência humana na literatura. O HIV pode direta e indiretamente afetar o tecido linfóide glandular, mesenquimal e intra-mamário em pacientes soropositivos, além da ocorrência concomitante de mudanças benignas no estroma como ginecomastia, depósito de tecido adiposo e hiperplasia estromal pseudoangiomatosa.

O carcinoma mamário em pacientes infectados com o HIV ocorre em pessoas mais jovens com doença mamária bilateral aumentada e histologia incomum; o processo de metástase ocorre cedo e há um pobre prognóstico. Entretanto, a ligação entre câncer de mama e o HIV permanece controversa. (PANTANOWITZ; CONNOLLY, 2002).

Voutsadakis e Silverman (2002) realizaram estudo de revisão de literatura e relato de 4 casos de câncer de mama em mulheres portadoras do HIV/aids e, concluíram que o câncer de mama não é definidor de aids e sua incidência não é aumentada em pacientes com HIV. A maioria das pacientes apresentou contagem de células CD4

acima do valor inicial considerado crítico para a imunossupressão. Para os pesquisadores, o estudo é significativo, visto que sugere que, embora a imunodeficiência relacionada ao HIV não tenha um papel diretamente relacionado à gênese dos tumores da mama, a biologia do câncer de mama parece ser mais agressiva nas mulheres portadoras do HIV/aids, pois sugere um papel permissivo do vírus na progressão do câncer.

Uma pesquisa realizada por Soji et al (2005) em pacientes do Centro de Controle do Câncer de Harlem, em Nova Iorque, apresentou uma série de cinco casos da ocorrência concomitante de aids e câncer de mama. Os resultados do estudo mostraram que a terapêutica deve ser controlada devido às possíveis interações medicamentosas e das potenciais toxicidades hematológicas, quase sempre presentes, devido à terapia anti-retroviral. (ASHRAFF, 2007).

Diante do exposto, acredita-se que muito há a pesquisar, visto que não existem resultados que permitam concluir o real comportamento do câncer de mama em mulheres com HIV/aids, bem como do HIV na mulher com câncer de mama. Assim, questiona-se: Quais são os principais fatores de risco para o câncer de mama apresentados por mulheres portadoras do HIV/aids? A portadora do HIV/aids tem vulnerabilidades ao câncer de mama? Quais?

As respostas aos questionamentos tornam-se relevantes para o enfermeiro e demais profissionais da saúde que desenvolvem atividades com mulheres portadoras do HIV/aids visto que, a identificação dos fatores de risco e vulnerabilidades da mulher para o câncer de mama poderá ser determinante para compreensão da dimensão do problema e sistematização dos cuidados clínicos oferecidos às mesmas. Além da possibilidade de contribuição com políticas e práticas em saúde mais eficazes dirigidas à

mulher portadora do HIV/aids, que contemplem a prevenção do câncer de mama nesta parcela da população.

2 OBJETIVOS

Geral:

- Analisar os fatores de risco para o câncer de mama em mulheres com HIV/aids e, marcadores de vulnerabilidade classificando-os nas dimensões individual, programática e social.

Específicos:

- Descrever os fatores de risco para desenvolvimento do câncer de mama em mulheres com HIV/aids;
- Identificar condições relacionadas à vulnerabilidade ao câncer de mama em mulheres com HIV/aids, classificando-as de acordo com as dimensões individual, programática e social;
- Analisar os marcadores de vulnerabilidade identificados em cada dimensão da vulnerabilidade.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Risco e Vulnerabilidade

O termo “risco” surgiu com a constituição das sociedades modernas ocidentais, e, desde a sua origem, em contraposição ao termo “incerteza”, pressupõe que somos capazes de regular o futuro, controlá-lo e submetê-lo ao nosso domínio. Origina-se da palavra italiana “*riscare*”, cujo significado original era “navegar entre rochedos perigosos”, e que foi incorporado ao vocabulário francês por volta do ano de 1660. (FREITAS; SÁ, 2003).

Segundo Ayres (2002), na epidemiologia moderna, o risco é definido como as “chances probabilísticas de suscetibilidade, atribuíveis a um indivíduo qualquer, de grupos populacionais particularizados, delimitados em função da exposição a agentes, agressores ou protetores, de interesse técnico ou científico”.

Nas ciências biomédicas, “risco” é a probabilidade de pessoas sadias, expostas a determinados fatores, apresentarem agravos à sua saúde. Tais fatores, que estão associados a um risco aumentado de adoecer, são denominados “fatores de risco”, incluindo aspectos de caráter hereditário, ambiental, socioeconômico e comportamental. (BRASIL, 2009).

Assim, para as doenças crônico-degenerativas, um grande número de fatores de riscos foi identificado. Desse modo, são usados com os seguintes significados: “fator de risco determinante” - quando um atributo ou exposição aumenta a probabilidade de uma doença; “fator de risco modificável” - quando um determinante que pode ser alterado por intervenções, reduzindo a probabilidade de um dano à saúde; e “marcador de risco” - que não é necessariamente fator causal. (PEREIRA, 2001, p.487).

Dentro dessa perspectiva, a definição dos fatores de risco procede de associações entre causas e eventos, sendo estes patológicos ou não. Porém, a ausência de conhecimento acerca da causalidade das doenças fez com que, a partir de 1950, os

países nos quais as doenças crônico-degenerativas eram consideradas problemas prioritários, investissem muitos recursos em pesquisas. (PEREIRA, 2001).

Acredita-se que a partir dos resultados dessas pesquisas foram traçadas e planejadas ações baseadas no conceito de risco, que valorizam as informações e as mudanças de comportamentos individuais a fim de reduzir os riscos às doenças crônico-degenerativas. Porém, apesar de importantes, não são suficientes. É necessário prover os indivíduos de meios que permitam fortalecimento e capacidade para compreender e usar as informações, que resultem na transformação de suas práticas; além de acesso adequado aos diversos serviços que contribuam para promoção e proteção da saúde.

Dentro dessa perspectiva, os fatores de risco para o câncer de mama foram classificados de acordo com a veracidade da prova científica que embasa cada fator. Dessa forma, os fatores de risco para o câncer de mama são: fatores de risco “estabelecidos”, fatores de risco “aparentes”, fatores de risco “controversos” e fatores de risco “especulativos”. (MORGAN; GLADSON, 1998; MEISTER, 2008; BRASIL, 2009).

Os fatores de risco “estabelecidos” são aqueles comprovados por pesquisas científicas, tais como: idade (a partir dos 40 anos de idade há elevação do risco para o câncer de mama), antecedentes familiares (hereditariedade), história de doenças benignas proliferativas; exposição prolongada a estrógenos endógenos, exposição a radiações ionizantes, obesidade pós-menopausa, menarca precoce (antes dos 11 anos de idade), menopausa tardia (após os 54 anos de idade). (MORGAN; GLADSON, 1998; MEISTER, 2008; BRASIL, 2009).

Como fatores de risco “aparentes”, consideram-se os explicados por uma maioria de estudos, tais como: nuliparidade, terapia de reposição hormonal e uso de

contraceptivo oral ou injetável. (MORGAN; GLADSON, 1998; MEISTER, 2008; BRASIL, 2009).

Consideram-se como fatores de risco “controversos”, aqueles sobre os quais existem pesquisas que defendem e outras que negam sua relação com câncer de mama, sendo estes: lactação, aborto, dietas ricas em gorduras, álcool e tabagismo. (MORGAN; GLADSON, 1998; MEISTER, 2008; BRASIL, 2009).

Quanto aos fatores de risco “especulativos”, são aqueles para os quais existem poucos estudos que confirmem a sua relação com o câncer de mama, como a obesidade pré-menopausa, tamanho da mama, traumatismo mamário, exposição à radiação eletromagnética proveniente de exposição ocupacional ou doméstica. (MORGAN; GLADSON, 1998; MEISTER, 2008; BRASIL, 2009).

Contudo, segundo Ayres et al (2008), o risco epidemiológico assume duas características paradoxais: de um lado o caráter pragmático e probabilístico do mesmo permite a expansão da investigação da associação causal entre os eventos associados à saúde dos indivíduos, e, por outro lado, a natureza matemática e estatística dos seus procedimentos cria obstáculos à investigação epidemiológica no que se refere às dimensões individuais, sociais e programáticas do processo saúde doença, tanto no início deste processo, como para as possíveis intervenções.

Assim, a investigação dos fatores de risco lança mão de procedimentos probabilísticos onde, determinadas características, em associação estatística com o agravo, pareçam relevantes.

Desse modo, a partir do trabalho de Mann et al (1992) “Aids no Mundo”, um novo instrumental para intervir e compreender o risco, dentro da epidemia da aids, foi proposto, sendo este a análise de “vulnerabilidade”. O termo “vulnerabilidade” passa, então, a ser utilizado na saúde pública, designando, em termos gerais, as condições de

maior ou menor fragilidade de grupos populacionais, de modo a incluir nessas condições, as dimensões políticas e econômicas, além dos aspectos comportamentais. (AYRES et al, 2008).

No Brasil, o conceito de vulnerabilidade emerge em meados da década de 90, como possibilidade de interpretação da epidemia da aids e com a perspectiva de reconceituar a tendência individualizante da doença. Contudo, enquanto para a interpretação do processo saúde-doença, o risco indica probabilidades e apresenta um caráter eminentemente analítico, a vulnerabilidade é um indicador de iniquidade e de desigualdade social. (AYRES, 2002).

Assim, a análise de vulnerabilidade envolve três dimensões ou planos inter-relacionados: individual, programática e social. (AYRES et al, 2008).

A dimensão individual da vulnerabilidade diz respeito ao grau da informação que os indivíduos dispõem sobre o problema, a capacidade de elaborar tais informações e incorporá-las ao seu repertório cotidiano de preocupações e, finalmente, às possibilidades efetivas de transformar essas preocupações em prática. (TAKAHASHI, 2006).

Tal análise toma como ponto de partida aspectos relacionados ao modo de vida dos indivíduos, que pode contribuir para a exposição ao agravo à saúde, bem como, o contrário, contribuir para a proteção do mesmo. (AYRES et al, 2008).

De acordo com Takahashi (2006), nos aspectos relativos às práticas individuais, todas as formas de exposição devem ser examinadas como um conjunto, isto é, todos são vulneráveis, sugerindo que se deva tratar a avaliação desse tipo de vulnerabilidade numa perspectiva mais qualitativa, crítico-reflexiva, do que quantitativa. Na análise de todos os aspectos da vulnerabilidade individual, avaliam-se

as características bio-psico-sociais, percepções de risco, crenças, representações, habilidades pessoais e comportamentos.

No componente programático, para que os recursos sociais de que os indivíduos necessitam para não se expor e para se proteger dos possíveis danos à sua saúde sejam disponibilizados de modo efetivo e democrático, é fundamental a existência de esforços governamentais voltados nessa direção. Quanto maior for o grau e a qualidade de compromisso, recursos, gerência e monitoramento de programas nacionais, regionais ou locais de prevenção e cuidados relativos à doença em questão, maiores serão as chances de canalizar os recursos sociais existentes, otimizar o seu uso e identificar a necessidade de outros recursos, fortalecendo os indivíduos frente aos agravos à saúde. (AYRES et al, 2008).

A dimensão programática constitui um elo entre as dimensões individual e social por ser um espaço concreto de crescimento, que proporciona o poder, por meio das informações, recursos e apoio para o enfrentamento da doença. (TAKAHASHI, 2006).

O componente social ou coletivo considera que a obtenção de informações, as possibilidades de absorver essas informações e o poder de incorporá-las a mudanças práticas não dependem apenas dos indivíduos, mas de aspectos como acesso aos meios de comunicação, grau de escolaridade, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas e possibilidade de enfrentar barreiras culturais. (AYRES et al, 2008).

A avaliação de vulnerabilidade nas coletividades tem tanto o sentido de fornecer aos indivíduos subsídios para sua própria avaliação, no componente social de cada um dos fatores de exposição, quanto o de construir um diagnóstico capaz de

instruir os movimentos sociais organizados e o planejamento de ações por parte de técnicos, autoridades e governos. (AYRES et al, 2008).

A idéia de vulnerabilidade e sua relação com um estilo de vida mais saudável é uma das questões mais complexas nos estudos e modelos de intervenção preventiva para a promoção e proteção à saúde. (AYRES et al, 2008).

Assim, o referencial teórico da vulnerabilidade é relevante para a pesquisa em enfermagem, pois está intimamente ligado aos agravos à saúde e à manutenção da mesma.

Segundo Nichiata et al (2008), a importância do conhecimento sobre vulnerabilidade para a enfermagem está nas implicações que produz na saúde daqueles que são vulneráveis e, assim, na identificação das suas necessidades de saúde, com o propósito de lhes assegurar maior proteção.

O emprego do referencial teórico da vulnerabilidade a fim de abranger o seu objeto de estudo pelos pesquisadores na área de enfermagem, tem a finalidade de melhor compreender os desígnios do trabalho em enfermagem. (NICHATA et al, 2008).

Desse modo, Takahashi (2006), desenvolveu uma proposta de “marcadores de vulnerabilidade” a partir dos estudos que abordavam a temática “vulnerabilidade”, na tentativa de implementar estratégias operacionais que permitissem superar a limitação imposta pela amplitude conceitual. A autora lembra que os três eixos da vulnerabilidade estão ligados entre os seus componentes formando uma “rede” ou “teia”, os quais não devem ser tratados separadamente na implementação dos marcadores de vulnerabilidade.

Os marcadores seguem uma sistematização com fins didáticos, mas que devem ser analisados, considerando-se a sua inter-relação. Assim, os marcadores da

dimensão individual são: “conhecimentos e significados atribuídos ao processo saúde-doença”, “características pessoais e relacionais”, “impacto do diagnóstico”, “recursos disponíveis (pessoais e experiências que interferem no enfrentamento)” e “modo de enfrentamento (práticas e comportamento)”. Os marcadores da dimensão programática são: “estrutura e dinâmica de organização dos serviços de saúde” e “operacionalização das ações”. Já os marcadores da dimensão social estão relacionados às “condições materiais de existência do indivíduo”, ao “aparato jurídico-político”, às “organizações sociais, governamentais ou não”, à “ideologia e cultura das populações”. (TAKAHASHI, 2006).

Tais marcadores serão descritos a seguir.

Marcadores da dimensão individual

a) Conhecimentos e significados atribuídos ao processo saúde-doença

Segundo Takahashi (2006), os conhecimentos conferidos à doença foram definidos como marcadores da vulnerabilidade porque por meio deles é possível entender como as pessoas percebem sua condição de portadores ou doentes, como interpretam as informações que recebem e o impacto desse entendimento no seu comportamento. A partir daí, é possível administrar ações que determinem resultados positivos e, só assim, aplicar intervenções.

Associados ao marcador de vulnerabilidade conhecimentos e significados, destacam-se aspectos relacionados à adoção e manutenção de práticas sexuais de risco, apesar do conhecimento que possuem, mas que decorrem das dificuldades na aplicação desses conhecimentos em práticas de auto cuidado; hábitos de vida, tais como a alimentação, higiene e sono, os quais podem cooperar com alterações do sistema

imunológico, que podem decorrer das precárias condições de vida. (TAKAHASHI, 2006).

Outro aspecto deste marcador de vulnerabilidade é a falta de reconhecimento da condição de vulnerabilidade, assim como, a desinformação de que algumas características pessoais, condições de vida, práticas, hábitos e comportamentos possam contribuir com o seu acometimento por “doenças” ou possam influenciar a sua evolução.

b) Características pessoais e relacionais

Algumas características pessoais, tais como escolaridade, idade, crença religiosa e parceria conjugal, como marcadores da vulnerabilidade procedem da influência que exercem no enfrentamento do processo saúde-doença. (TAKAHASHI, 2006).

Segundo Takahashi (2006), outras duas situações envolvidas com este marcador de vulnerabilidade estão relacionadas a ter atividades de lazer e outras atividades fora do lar. Tais situações tornam-se fortalecedoras à medida que trazem novos sentidos à vida, evitando que a doença seja o único foco de sua vida, ao mesmo tempo, contribuindo para a inclusão social e favorecendo o enfrentamento da doença. De acordo com a autora, o desemprego, o preconceito e a discriminação que decorrem do estigma às doenças também são marcadores de vulnerabilidade pela abrangência de suas conseqüências na vida do doente e de todos que dele dependem.

c) Impacto do diagnóstico

As limitações impostas pelas doenças, como a perda do emprego ou a impossibilidade de realizar determinadas atividades, repercutem na vulnerabilidade ao

adoecimento. Daí ser de fundamental importância conhecer o impacto do diagnóstico na esfera profissional ou ocupacional da pessoa. (TAKAHASHI, 2006).

Contudo, não é apenas na esfera profissional que o diagnóstico causa mudanças abruptas, mas em todas as nuances da vida da pessoa, em decorrência da impossibilidade ou não de cura e do preconceito que acompanha a doença. Por isso, o impacto do diagnóstico constitui um marcador da vulnerabilidade. (TAKAHASHI, 2006).

d) Recursos disponíveis (pessoais e experiências que interferem no enfrentamento):

De acordo com Takahashi (2006), aspectos bio-psico-sociais relacionados à família, comunidade e sociedade, como a violência e a desarmonia conjugal seguida ou não de divórcio, afetam o bem-estar do indivíduo. A presença da família, amigos e colegas, isto é, um círculo social, pode ajudar na transformação de circunstâncias de estresse.

São marcadores da vulnerabilidade: não ter projetos para a vida, não ter sonhos e a desesperança. Ainda que a cura seja ou não possível, o aumento da sobrevivência das pessoas abriu uma gama de possibilidades como: poder fazer projetos de vida, ter esperança de conviver com uma doença crônica, como o diabetes e, voltar a sonhar, que são condições essenciais para qualquer processo de enfrentamento ativo. A vivência da situação de morte, também foi avaliada como um marcador da vulnerabilidade. (TAKAHASHI, 2006).

e) Modo de enfrentamento (práticas e comportamentos)

A forma pela qual, os indivíduos interagem frente ao diagnóstico - ativamente, passivamente ou indiferentes - é determinada pelas condições de vida,

significados aplicados à doença, acesso aos recursos disponíveis para o controle do processo saúde-doença e exercício dos direitos humanos e de cidadania. (TAKAHASHI, 2006).

Segundo Takahashi (2006) a adesão ao plano terapêutico e a outras ações recomendadas pelos profissionais também constitui um marcador da vulnerabilidade ao adoecimento. O comportamento do indivíduo nos serviços de saúde intervém diretamente na sua vulnerabilidade ao adoecimento, considerando que não acessará os meios e instrumentos disponíveis para o seu fortalecimento.

Marcadores da dimensão programática

a) Estrutura e dinâmica de organização do serviço de saúde

É imprescindível reconhecer a participação dos serviços de saúde na vulnerabilidade dos indivíduos à infecção, adoecimento e morte. As dificuldades advindas da forma de organização do trabalho são similares, se não as mesmas de outros serviços não especializados: a assistência é fragmentada, há sobrecarga de trabalho, o tempo de espera para o atendimento é prolongado, quase sempre a interdisciplinaridade não acontece e a capacitação dos profissionais é escassa. (TAKAHASHI, 2006).

De acordo com a autora existem ainda algumas condições que, apesar de terem procedência externa aos serviços de saúde, a sua existência afeta os indivíduos, tais como: demanda elevada, lentidão do fluxo para realização de exames laboratoriais e ineficiência no sistema de referência e contra-referência. Todos esses aspectos foram considerados como marcadores da vulnerabilidade, assim como o horário de funcionamento do serviço de saúde, pela inadequação ou limitação e a duração do atendimento, pela relação que possui com a qualidade da assistência.

b) Operacionalização das ações

Os aspectos da dimensão programática da vulnerabilidade que integram este marcador estão relacionados à: diagnóstico, foco, qualidade e avaliação da assistência, ação dos profissionais, registro de informações em prontuários e satisfação do usuário. Quanto ao diagnóstico, considera-se como marcador a sua realização tardia, além dos problemas decorrentes da diferença de linguagem entre o profissional e o usuário. Ações discriminatórias para com o indivíduo, também foram consideradas parte desse marcador de vulnerabilidade, por influenciar a adesão ao tratamento preventivo. O estabelecimento tardio da terapêutica, embora seja decorrente do diagnóstico demorado, foi definido como um outro elemento desse marcador. (TAKAHASHI, 2006).

Outras dimensões existentes na assistência também foram consideradas: desvalorização da escuta do usuário, ausência de espaço para que a pessoa compartilhe seus medos e anseios, desconhecimento de outras necessidades de saúde além das biológicas, inexistência de vínculo entre o profissional e o indivíduo, “imposição” de medidas de prevenção, intervenções restritas aos aspectos clínicos e não aos determinantes das condições que aumentam a vulnerabilidade ao adoecimento, imobilidade ou sentimento de impotência do profissional frente à complexidade das suas necessidades. (TAKAHASHI, 2006).

Outros aspectos desse marcador da vulnerabilidade dizem respeito ao conhecimento do profissional sobre o usuário, ao impacto da doença na vida da pessoa, aos significados que atribuem à doença, além do registro de informações em prontuários e a satisfação do usuário. (TAKAHASHI, 2006).

Marcadores de Vulnerabilidade na Dimensão Social

Os marcadores identificados nesta dimensão estão relacionados às condições materiais de sobrevivência do indivíduo, ao aparato jurídico-político, às organizações sociais, governamentais ou não e às relações de gênero. Assim, a dimensão social abrange um conjunto de características atreladas ao contexto político, econômico e sociocultural que moldam o risco individual e definem as condições materiais de existência. A precariedade das condições de vida e saúde se transforma nos marcadores da dimensão individual. (TAKAHASHI, 2006).

Segundo Takahashi (2006) o marcador da dimensão social da vulnerabilidade vinculado às relações de gênero já é parcialmente abordado na dimensão individual.

Assim, o processo saúde-doença compõe um sistema complexo, se arquitetado como fruto das relações sociais, o qual agrega uma diversidade de determinantes e condicionantes que requer uma abordagem multidisciplinar. (TAKAHASHI, 2006).

Frente ao exposto, a sistematização do referencial proposto pela autora mostra-se como estratégia privilegiada para determinação da vulnerabilidade a várias condições de saúde pela operacionalização didática que apresenta.

4 METODOLOGIA

4.1 Natureza do Estudo

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo que, segundo Sousa (2007), é usado quando pouco se sabe sobre um fenômeno, do qual o pesquisador observa, descreve e documenta vários aspectos. Estudos descritivos apresentam o que existe de fato, determinam a frequência em que este fato ocorre e categorizam a informação.

4.2 Local e período do estudo

A pesquisa foi desenvolvida em Fortaleza, no Serviço Ambulatorial Especializado (SAE) em aids do Hospital São José de doenças infecciosas, o qual é uma instituição pública estadual em nível terciário de atenção à saúde, referência para diagnóstico, tratamento, ensino e pesquisa em doenças infecciosas no Estado do Ceará.

A instituição é referência no tratamento de doenças infecciosas, além de ser responsável pela notificação de mais de 68% dos casos de aids do Estado do Ceará, atendendo, também, a demanda de todos os outros serviços de saúde do Estado. (CEARA, 2008).

O hospital possui uma área construída de, aproximadamente, 4.700m² e conta com uma capacidade de internamento de 118 leitos, sendo 76 leitos de infectologia adulta, 35 leitos de infectologia pediátrica e sete leitos de UTI. Além de serviço ambulatorial especializado para pessoas com HIV/aids e um hospital-dia. (CEARA, 2008).

A meta principal do serviço é assegurar um atendimento humanitário e de qualidade, no diagnóstico, tratamento, ensino e pesquisa em doenças infecciosas. Possui, também, ambulatório especializado em hepatites virais, doenças sexualmente transmissíveis (DST's), endocrinologia, leishmanioses e odontologia, cuja assistência é

desenvolvida por equipe interdisciplinar. Além de consultório 24h, para pronto atendimento de doenças infecciosas. O hospital oferece, ainda, laboratório de análises clínicas e serviço auxiliar de diagnóstico e tratamento. (CEARA, 2008).

O período de realização da coleta de dados teve duração de quatro meses, transcorrendo entre maio e agosto de 2008.

4.3 População e amostra

A população foi composta pelas mulheres com HIV/aids atendidas no ambulatório do Hospital São José de doenças infecciosas, no período entre 2004 e 2007.

Para o cálculo da amostra, empregou-se a “fórmula utilizada para cálculo de amostras”, fixando-se um intervalo de confiança de 95 % (1,96), o desvio padrão de 95,5% (2 desvios padrões) e um erro permissível de 5%, sobre um N igual a 782. (JEKEL et al, 1999). Obteve-se, após o cálculo, o número de 128,25 mulheres. Contudo, elevou-se tal número para 150 mulheres, a fim de elevar, também, o nível de significância da amostra.

Os critérios de inclusão da amostra compreenderam:

- Ser do sexo feminino;
- Ter diagnóstico confirmado da infecção pelo HIV/aids há pelo menos um ano;
- Ter idade igual ou superior a 19 anos;
- Ser acompanhada no ambulatório do Hospital São José de doenças infecciosas;
- Demonstrar disponibilidade para participar do estudo, concedendo autorização prévia verbal e por escrito para a efetivação do mesmo.

Foram excluídas do estudo mulheres portadoras de alterações de saúde que impossibilitassem o processo de comunicação.

4.4 Coleta dos dados

Para a coleta dos dados foi utilizado um questionário semi-estruturado e codificado o qual foi construído, testado e utilizado por Pontes (2005), sendo adaptado para esta pesquisa, modificando-se, apenas, as questões de caráter específico do câncer de mama, no caso, relacionando-as aos fatores de risco para o câncer de mama propostos por Meister (2008) da *American Council on Science and Health* e pelo Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2009). (Anexo 3)

Eram abordadas todas as pacientes que compareciam ao Serviço Ambulatorial Especializado do Hospital São José para consultas, desde que estas estivessem aptas para a pesquisa, de acordo com os critérios de inclusão na mesma.

Após o primeiro contato com a paciente, o qual era realizado na sala de espera do ambulatório, seguia-se com a exposição dos objetivos da pesquisa, a explicação de que esta não lhe traria nenhum prejuízo físico, social ou mental e, a partir de então, convidava-se a mulher para participar da pesquisa.

Assim, após a confirmação da participação, adentrava-se em um dos consultórios disponíveis, prosseguia-se com a leitura detalhada do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Anexo 2) para melhor compreensão da pesquisa. Em seguida após o entendimento da proposta do estudo, a participante assinava o TCLE. Quando tratava-se de participante que não sabia escrever, solicitava-se a impressão do polegar direito no referido termo.

4.5 Análise dos dados

Os dados coletados foram digitalizados, inicialmente, em uma planilha eletrônica no programa *Excel*, da *Microsoft Windows* versão 2003, e, posteriormente, remanejados para processamento no programa informático *Statistical Package for Social Sciences* - SPSS 15.1, no qual se procedeu a análise estatística.

Os resultados foram expostos em tabelas e analisados por meio da estatística descritiva simples, utilizando-se das medidas de tendência central, tais como, frequência, média, moda, mediana, variância e desvio padrão, para a descrição dos resultados.

Parte dos dados apreendidos foi submetida à análise da associação entre variáveis categóricas, sendo empregado o teste não-paramétrico “quiquadrado” (χ^2).

Após a construção das tabelas, foram identificados marcadores de vulnerabilidade ao câncer de mama, que são, didaticamente, apresentados em um quadro, seguindo o modelo proposto por Takahashi (2006) e, posteriormente, discutidos com base no referencial de vulnerabilidade.

4.6 Aspectos éticos da pesquisa

A pesquisa seguiu as determinações éticas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996) e obteve parecer favorável emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São José de doenças infecciosas, em 19 de maio de 2008, sob o protocolo de Nº 012/2008. (Anexo 1)

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

5.1 Caracterização sócio-demográfica.

Apresentam-se na Tabela 1, as características sócio-demográficas das 150 mulheres portadoras do HIV/aids, que fizeram parte do estudo.

De acordo com a idade, observou-se que 48 (32%) referiu idade entre 19 e 30 anos, 47 (31,3%) delas estavam entre 31 e 40 anos, 36 (24%) relataram idade entre 41 e 50 anos, e 19 (12,7) tinham idades inferiores a 69 anos. O valor mínimo da idade foi de 19 anos e o máximo, 68 anos. As mulheres possuíam, em média 36 anos.

As mesmas consideravam-se, em sua pluralidade, pardas (90 / 60,0%), eram, em maioria, procedentes do interior do estado (88 / 58,7%) e praticantes da religião católica (88 / 58,7%), sendo que outras crenças também foram citadas, tais como: protestantismo e espiritismo.

Quanto ao estado civil, 46 (30,7%) eram solteiras, contudo, 85 (53,3%) delas inferiram que moravam com o marido ou parceiro, podendo-se afirmar que, mesmo residindo com parceiros e possuindo uma vida sexualmente ativa, as mulheres consideram-se sem vínculos matrimoniais.

Quanto à escolaridade e situação de trabalho, 41,3% das entrevistadas possuem o ensino fundamental incompleto e 28,0% sobrevive através de trabalho informal (“bicos”). Quanto à renda pessoal, 60 (40%) referiram não possuir nenhuma renda.

TABELA 01: Distribuição das mulheres portadoras de HIV/aids atendidas no ambulatório de Hospital São José segundo a caracterização sócio-demográfica. Fortaleza-CE, 2008.

Variáveis	N	%
1. Idade ¹		
19 -30	48	32%
31-40	47	31,3%
41-50	36	24%
51-70	19	12,7%
2. Raça		
Branca	28	18,7%
Negra	31	20,6%
Parda	90	60,0%
Amarela	01	0,7%
3. Procedência		
Fortaleza (Capital)	62	41,3%
Interior do Ceará	88	58,7%
4. Estágio da doença		
HIV positivo	100	66,7%
Aids	50	33,3%
5. Religião		
Católica	88	58,7%
Evangélica	45	30,0%
Outras	17	11,3%
6. Estado civil		
Solteira	46	30,7%
Casada	42	28,0%
Divorciada	19	12,7%
Parceiro Fixo / Amasiada	43	28,6%
7. Com quem mora		
Sozinha	2	1,4%
Com Marido ou Parceiro	93	55,3%
Com Amigos	6	4,0%
Com os Pais ou Parentes	59	39,3
8. Escolaridade		
Ensino Fundamental Completo	35	23,3%
Ensino Fundamental Incompleto	62	41,3%
Ensino Médio Completo	27	18,0%
Ensino Médio Incompleto	18	12,0%
Superior	07	4,7%
Não Responderam	01	0,7%
9. Situação de trabalho		
Empregado	9	6,0%
Recebendo por dia (Bico)	42	28,0%
Seu Próprio Patrão	3	2,0%
Desempregado	38	25,3%
Autônomo + meio expediente fora	7	4,7%
Autônomo (trabalhador caseiro)	14	9,3%
Estudante	5	3,3%
Aposentado	3	2,0%
Incapacitado de Trabalhar	29	19,4%
10. Renda pessoal ²		

Sem rendimento	60	40,0
Menos de um salário mínimo	41	27,3
De um a quatro salários mínimos	48	32,0
De quatro a oito salários mínimos	1	0,7

1. Com relação à idade: Média = 37,88; Mediana = 36; Moda = 28; Idade mínima = 19; Idade máxima = 68.
2. Salário mínimo vigente: R\$ 415,00

5.2 Caracterização reprodutiva

Apresentam-se na Tabela 2, as características reprodutivas das 150 mulheres portadoras do HIV/aids, que fizeram parte do estudo.

Quando questionadas sobre a idade da menarca, 130 (86,6%) mulheres afirmaram ter ocorrido entre os 9 anos e os 13 anos, sendo a média de 11,7 anos.

Quanto à idade que tinham quando aconteceu a primeira relação sexual, 110 (73,6%) afirmaram ter ocorrido entre 12 e 17 anos, sendo a média de 15,02 anos. 146 (97,3%) mulheres afirmaram a não utilização do preservativo masculino durante a primeira relação sexual.

Sobre a ocorrência ou não de gestações, obteve-se a porcentagem de 64,0 %, para as mulheres que já haviam engravidado pelo menos uma vez na vida. Na idade da primeira gestação observou-se que, esta, ocorreu, em média, na idade de 17,5 anos, sendo a mínima de 13 e a máxima de 30.

Das que haviam engravidado 93 (62%) tiveram filhos e 88 (58,7%) amamentaram. 97 (64,7%) mulheres já haviam feito uso de anticoncepcionais orais ou injetáveis, contudo não usam mais. Apenas 15 (10%) afirmaram já ter entrado na menopausa entre as idades de 41 e 58 anos. Nenhuma delas havia, em nenhum momento, utilizado a terapia de reposição hormonal.

TABELA 02: Distribuição das mulheres portadoras do HIV/aids, atendidas no ambulatório de Hospital São José segundo a caracterização reprodutiva. Fortaleza-CE, 2008.

Variáveis	N	%
1. Idade da Menarca ¹		

09 -13	130	86,6
14 -20	19	12,7
Não Lembra	1	0,7
2. Idade da primeira relação sexual ²		
12 17	110	73,6
17 25	37	24,4
Não Lembra	3	2,0
3. Uso do preservativo na primeira relação		
Não	146	97,3%
Não Sabe	4	2,7%
4. Gravidez		
Sim	96	64,0%
Não	54	36,0%
5. Idade da primeira gestação ³		
13 20	75	50,0
20 40	18	12,0
Não lembra	3	2,0
Nunca engravidou	54	36,0
6. N°. de filhos vivos		
Nunca	3	2,0
1	9	6,0
2	49	32,7
3	27	18,0
4	6	4,0
Mais de 4 vezes	2	1,3
Nunca engravidou	54	36,0
7. N°. de abortos		
Nunca	68	45,3
1	15	10,0
2	9	6,0
3	3	2,0
Mais de 4 vezes	1	,7
Nunca engravidou	54	36,0
8. Amamentação		
Sim	88	58,7%
Não	8	5,3%
Nunca engravidou	54	36,0
9. Uso de anticoncepcional oral ou injetável		
Nunca	52	34,6%
Usou mas não usa mais	97	64,7%
Usa diariamente	1	0,7%
10. Idade da menopausa ⁴		
40 — 59	15	10,0
Não entraram na menopausa	135	90,0
11. Uso de terapia de reposição hormonal		
Nunca	150	100,0%

1. Com relação à idade da menarca: Média = 11,7; Mediana = 12; Moda = 11; Idade mínima = 9; Idade máxima = 17.

2. Com relação à idade da 1ª relação sexual: Média = 15,02; Mediana = 15; Moda = 15; Idade mínima = 12; Idade máxima = 24.

3. Com relação à idade da 1ª gestação: Média = 17,5; Mediana = 18; Moda = 18; Idade mínima = 13; Idade máxima = 30.
4. Com relação à idade da menopausa: Média = 49; Mediana = 47; Moda = 46; Idade mínima = 42; Idade máxima = 56.

5.3 Caracterização dos hábitos de uso diários

Apresentam-se na Tabela 3, as características referentes aos hábitos de uso diários das 150 mulheres portadoras do HIV/aids, que fizeram parte do estudo.

Quanto ao ato de fumar, 74 (49,3%) afirmaram ter feito uso, contudo, atualmente, não utilizam mais. Já sobre o uso do álcool, 63 (42%) referiram o consumo pelo menos uma vez por mês.

De acordo com a alimentação rotineira relatada, constatou-se que 48 (32%) costuma consumir gorduras em geral, 127 (84,7%) frituras, 54 (36)% carne de porco e derivados, 34 (22,7)% alimentos enlatados e 16 (10,7)% defumados.

O uso do café foi mencionado por 83 (55,3%) mulheres, com um consumo diário de uma a três vezes. O consumo do refrigerante foi relatado por 118 (78,7%), sendo que 111 (74,0%) afirmaram não consumir diariamente e 7 (4,7%), diariamente, de uma a três vezes por dia. O IMC de 103 (68,7%) apresentou-se dentro dos padrões de normalidade.

Outro risco para o desenvolvimento de um tumor é a exposição a substâncias tóxicas. Constatou-se que, dentre as participantes, 26 (17,3%) já se submeteram a alguma exposição. Porém, em relação à exposição a Raios-X, 149 (99,3%) mulheres afirmaram já terem sido expostas ao risco.

TABELA 03: Distribuição das mulheres portadoras do HIV/aids, atendidas no ambulatório de Hospital São José segundo os hábitos de uso diários. Fortaleza-CE, 2008.

Variáveis	N	%
1. Fumo		
Nunca Fumou	17	11,4%
Fumou mas não fuma mais	74	49,3%
Fuma mas não diariamente	27	18,0%

Fuma diariamente	32	21,3%
2. Álcool		
Nunca	12	8,0%
Menos que mensalmente	58	38,7%
Mensalmente	63	42,0%
Semanalmente	15	10,0%
Diariamente ou quase	2	1,3%
3. Consumo de gorduras em geral		
Sim	48	32,0%
Não	102	68,0%
4. Consumo de frituras em geral		
Sim	127	84,7%
Não	23	15,3%
5. Consumo de carne de porco e derivados		
Sim	54	36,0%
Não	96	64,0%
6. Consumo de enlatados em geral		
Sim	34	22,7%
Não	116	77,3%
7. Consumo de defumados em geral		
Sim	16	10,7%
Não	134	89,3%
8. Consumo de café		
Nunca tomou	9	6,0%
Tomou, mas não toma mais	36	24,0%
Toma, mas não diariamente	20	13,3%
Toma diariamente de 1 a 3 vezes por dia	83	55,3%
Toma diariamente 4 ou mais vezes por dia	2	1,4%
9. Consumo de refrigerante		
Nunca tomou	3	2,0%
Tomou, mas não toma mais	29	19,3%
Toma, mas não diariamente	111	74,0%
Toma diariamente de 1 a 3 vezes por dia	7	4,7%
10. IMC ¹		
1,00	14	9,3%
2,00	103	68,7%
3,00	23	15,3%
4,00	8	5,3%
Não Responderam	2	1,4%
11. Exposição a substâncias tóxicas		
Sim	26	17,3%
Não	124	82,7%
12. Exposição a raios X		
Sim	149	99,3%
Não	1	0,7%

1. O índice de massa corporal (IMC) é uma fórmula que indica se um adulto está acima do peso, se está obeso ou abaixo do peso ideal considerado saudável. A fórmula para calcular o Índice de Massa Corporal é: $IMC = \text{peso} / (\text{altura})^2$. Assim, a codificação da tabela acima significa: 1 = abaixo do peso (abaixo de 18,5); 2 = peso normal (entre 18,5 e 25); 3 = acima do peso (entre 25 e 30); 4 = obeso (acima de 30). (OMS, 2009)

Apresentam-se na Tabela 4 a relação entre o estágio da doença e o consumo de álcool das 150 mulheres portadoras do HIV/aids que fizeram parte do estudo, utilizando-se o teste do quiquadrado para verificar a relevância estatística.

Constatou-se que metade, tanto das mulheres com aids (52,0%) como das mulheres apenas com HIV (54,0%), estão expostas ao fator de risco “consumo do álcool”, perfazendo uma relação não estatisticamente significativa. ($p > 0,05$).

TABELA 04: Distribuição das mulheres portadoras do HIV/aids, atendidas no ambulatório de Hospital São José segundo o estágio da doença e o consumo de álcool. Fortaleza-CE, 2008.

	Consumo do álcool	
	Não ou irregular N(%)	Sim N(%)
Aids	24(48,0%)	26(52,0)
HIV	46(46,0%)	54(54,0)

$p = 0,817$

Teste do quiquadrado

5.4 Caracterização dos antecedentes pessoais de saúde, fator de risco hereditariedade para o câncer de mama e casos de câncer na família.

Apresentam-se na Tabela 5 as características dos antecedentes pessoais de saúde, fator de risco hereditariedade para o câncer de mama e casos de câncer na família das 150 mulheres portadoras de HIV/aids que fizeram parte do estudo.

Das 150 participantes do estudo, 103 (68,7%) afirmaram não ter hipertensão arterial. Quando indagadas a respeito da existência de casos da doença na família, 50% delas afirmaram existir casos de hipertensão na família, sendo o grau de parentesco mais freqüente a mãe (40 / 26,7%).

Sobre o diabetes, 108 (72,0%) mulheres informaram não possuir a doença. Quanto aos casos na família, 60 (40%) afirmaram a existência de casos na família, com o grau de parentesco mais freqüente, também, a mãe (26 / 17,3%).

Sobre as alterações benignas das mamas, 123 (82,0%) mulheres relataram nunca ter tido nenhum tipo de alteração.

Constatou-se que 132 (88%) das entrevistadas não tiveram casos de câncer de mama na família. As mulheres que relataram casos de câncer de mama na família, as relações de parentesco mais citadas foram tias maternas (5 / 3,3%) e mãe (3 / 2%).

Com respeito aos demais tipos de câncer, 51 (34%) mulheres afirmaram existir casos na família, com o grau de parentesco mais citado os avós (28 / 18,7%). Já o tipo de câncer mais citado foi o câncer de colo uterino nas avós (17 / 11,3%).

TABELA 05: Distribuição das mulheres portadoras do HIV/aids, atendidas no ambulatório de Hospital São José segundo os antecedentes pessoais de saúde, fator de risco hereditariedade para o câncer de mama e casos de câncer na família. Fortaleza-CE, 2008.

Variáveis	N	%
1. Hipertensão arterial		
Sim	7	4,7%
Não	103	68,7%
Não Sei	40	26,6%
2. Diabetes melitus		
Sim	3	2,0%
Não	108	72,0%
Não Sei	39	26,0%
3. Casos de hipertensão arterial na família		
Sim	76	50,0%
Não	74	50,0%
4. Grau de parentesco		
Pai	23	15,3%
Mãe	40	26,7%
Tios e tias	1	0,7%
Avós	11	7,3%
Irmãos	1	0,7%
Não Responderam	74	49,3%
5. Casos de diabetes melitus na família		
Sim	60	40,0%
Não	89	59,3%
Não Sei	1	0,7%
6. Grau de parentesco		

Pai	13	8,7%
Mãe	26	17,3%
Tios e tias	7	4,7%
Avós	15	10,0%
Não Responderam	89	59,3%
7. Alteração benigna nas mamas		
Sim	26	17,3%
Não	123	82,0%
Não Sei	1	0,7%
8. Tipo de alteração		
Nódulos Serosos	3	2,0%
Nódulos de gordura	2	1,3%
Nódulos sem causa aparente	18	12,0%
Mastites	1	0,7%
Outros	2	1,3%
Não Sei	124	82,7%
9. Casos de câncer de mama na família		
Sim	18	12,0%
Não	132	88,0%
10. Grau de parentesco		
Mãe	3	2,0%
Avó materna	3	2,0%
Avó paterna	2	1,4%
Tias maternas	5	3,3%
Tias paternas	2	1,3%
Outros	3	2,0%
11. Casos de qualquer tipo câncer na família		
Sim	51	34,0%
Não	99	66,0%
12. Grau de parentesco		
Pai	3	2,0%
Mãe	8	5,3%
Tios e tias	10	6,7%
Avós	28	18,7%
Outros	2	1,3%
Não Responderam	99	66,0%
13. Tipo de câncer		
Câncer de Pele	3	2,0%
Câncer de Pulmões	6	4,0%
Câncer de estômago	5	3,3%
Câncer de colo de útero	17	11,3%
Câncer de ovários	6	4,0%
Outros	14	9,4%
Não Responderam	99	66,0%

Apresentam-se na Tabela 6 a relação entre o estágio da doença e a presença do fator de risco hereditariedade (casos de câncer de mama na família) das 150

mulheres portadoras do HIV/aids que fizeram parte do estudo, utilizando-se o teste do quiquadrado para verificar a relevância estatística.

Constatou-se que, tanto as mulheres com aids 42 (84,0) como as mulheres portadoras do HIV sem desenvolvimento da doença, 90 (90,0%), não estão expostas ao fator de risco “hereditariedade”, perfazendo uma relação não estatisticamente significativa. ($p > 0,05$).

TABELA 06: Distribuição das mulheres portadoras do HIV/aids, atendidas no ambulatório de Hospital São José segundo o estágio da doença e o fator de risco hereditariedade. Fortaleza-CE, 2008.

	Câncer de mama na família	
	Sim N (%)	Não N (%)
Aids	8 (16,0%)	42 (84,0)
HIV positivo	10 (10,0%)	90 (90,0)

$p = 0,286$

Teste do quiquadrado

5.5 Caracterização da prática do auto cuidado

Apresentam-se na Tabela 7 as características da prática do auto cuidado das 150 mulheres portadoras do HIV/aids que fizeram parte do estudo.

Observou-se que 107 (71,3%) mulheres relataram não conhecer ou não saber o que seria o auto-exame das mamas. Das que o conheciam, 15 (10%) afirmaram realizar o exame regularmente, porém, apenas 11 (7,3%) afirmaram realizá-lo mensalmente.

Em relação à realização do exame clínico das mamas por profissional de saúde, 77 (51,3%) mulheres relataram conhecê-lo. Destas, 53 (35,3%) afirmaram realizá-lo semestralmente ou anualmente, ou seja, regularmente.

Quanto à mamografia, 133 (88,7%) relataram saber o que seria a mamografia. Entretanto, apenas 9 (6%) mulheres já haviam realizado o exame.

TABELA 07: Distribuição das mulheres portadoras do HIV/aids, atendidas no ambulatório de Hospital São José segundo a prática do auto cuidado. Fortaleza-CE, 2008.

Variáveis	N	%
1. Conhecimento sobre o auto-exame das mamas		
Sim	43	28,7%
Não	107	71,3%
2. Realização do auto-exame das mamas		
Sim	15	10,0%
Não	28	18,7%
Não Responderam	107	71,3%
3. Frequência de realização do auto-exame das mamas		
Mensal	11	7,3%
Não possui frequência de realização	4	2,7%
Não Responderam	135	90,0%
4. Conhecimento sobre o exame clínico das mamas		
Sim	77	51,3%
Não	73	48,7%
5. Realização do exame clínico das mamas		
Sim	75	50,0%
Não	2	1,3%
Não Responderam	73	48,7%
6. Frequência de realização do exame clínico das mamas		
Semestral ou anual	53	35,3%
Não possui frequência de realização	22	14,7%
Não Responderam	75	50,0%
7. Conhecimento sobre a mamografia		
Sim	133	88,7%
Não	17	11,3%
8. Realização do mamografia		
Sim	9	6,0%
Não	126	84,0%
Não Responderam	15	10,0%
9. Frequência de realização da mamografia		
Semestral ou anual	4	2,7%
Não possui frequência de realização	5	3,3%
Não Responderam	141	94,0%
10. Realização da ultima mamografia		

De 1 a 3 meses	3	2,0%
De 4 a 12 meses	3	2,0%
Não Lembra	2	1,3%
Não Responderam	142	94,7%

5.6 Caracterização do conhecimento, opiniões e atitudes frente ao câncer de mama.

Apresentam-se na Tabela 8 as características do conhecimento, opiniões e atitudes frente ao câncer de mama das 150 mulheres HIV positivas que fizeram parte do estudo.

Observou-se que, todas as mulheres já haviam ouvido falar sobre o câncer de mama. Apenas 27 (18%) afirmaram conhecer ou saber de alguém que está sofrendo da doença atualmente, sendo que, 4 (2,7%) relataram ter parentes próximos com a doença e, 17 (11,3%) afirmaram ter amigos próximos com a doença.

De acordo com a tabela, 120 (80%) afirmaram que o câncer de mama não é contagioso a ponto de ser transmitido através de fomites. Contudo, 29 (19,3%) relataram não ter conhecimento sobre a possibilidade deste meio de transmissão.

Quanto à influência do tamanho das mamas na existência ou não do tumor, 81 (54%) mulheres afirmaram não haver relação do tamanho das mamas com o câncer de mama. Entretanto, 21 (14%) relataram não ter conhecimento se há ou não relação.

Sobre o fato de ter sofrido pancadas ou traumatismos nas mamas facilitarem ou não o risco de câncer de mama, 143 (93,3%) mulheres acreditam que traumatismos são fator de risco para o câncer de mama.

Quando indagadas se o uso do celular ou do aparelho de microondas, aumentavam o risco para o câncer de mama, 83 (55,3%) afirmaram que não e, 20 (13,3%) relataram não possuir conhecimento para responder tal questionamento.

Sobre a obesidade, 60 (40%) mulheres afirmaram que isto aumenta o risco para o câncer de mama e, 70 (46,7%) afirmaram que o fato do indivíduo ser obeso não interfere no risco para o câncer de mama.

Quando questionadas sobre a existência do câncer de mama em pessoas aparentemente saudáveis, 100 (66,7%) mulheres afirmaram que um indivíduo saudável pode estar com câncer de mama. Entretanto, 47 (31,3) afirmaram não ser possível um indivíduo saudável estar com câncer de mama.

TABELA 08: Distribuição das mulheres portadoras do HIV/aids, atendidas no ambulatório de Hospital São José segundo o conhecimento, opiniões e atitudes frente ao câncer de mama. Fortaleza-CE, 2008.

Variáveis	N	%
1. Conhecimento sobre o câncer de mama		
Sim	150	100,0%
2. Conhecimento sobre alguém que está com câncer de mama		
Sim	27	18,0%
Não	123	82,0%
3. Existência de parente próximo ou amigo próximo com câncer de mama		
Sim, um parente próximo	4	2,7%
Sim, um amigo próximo	17	11,3%
Não	128	85,3%
Não Responderam	1	0,7%
4. Conhecimento sobre a aquisição do câncer de mama ao dividir talheres, copos ou refeições com alguém que o tem.		
Sim	1	0,7%
Não	120	80,0%
Não Sabe	29	19,3%
5. Conhecimento do fato de possuir mamas grandes facilitar o risco para câncer de mama		
Sim	48	32,0%
Não	81	54,0%
Não Sabe	21	14,0%
6. Conhecimento sobre o fato de ter sofrido pancadas, traumatismos, etc. nas mamas facilitarem o risco para câncer de mama.		
Sim	143	95,3%
Não	2	1,4%
Não Sabe	5	3,3%
7. Conhecimento sobre a aquisição do câncer de mama ao utilizar o celular ou microondas.		
Sim	47	31,4%

Não	83	55,3%
Não Sabe	20	13,3%
8. Conhecimento sobre o fato de ser OBESA / “GORDA” facilitar o risco para câncer de mama		
Sim	60	40,0%
Não	70	46,7%
Não Sabe	20	13,3%
9. Conhecimento sobre o fato de uma pessoa com aparência saudável estar com câncer de mama		
Sim	100	66,7%
Não	47	31,3%
Não Sabe	3	2,0%

5.7 Caracterização das fontes de informação sobre o câncer de mama

Apresentam-se na Tabela 9 as características das fontes de informação sobre o câncer de mama das 150 mulheres portadoras do HIV/aids que fizeram parte do estudo.

Quando perguntadas a respeito do meio pelo qual haviam adquirido as informações que tinham a respeito do câncer de mama, obteve-se que 135 (90%) adquiriram informações através da TV, 58 (38,7) através do rádio, 39 (26%) através de revistas e, 31 (20,7%) adquiriram informações através de informações em serviços de saúde.

Nenhuma das participantes do estudo referiu conhecer organizações não governamentais ou ter participado de atividades educativas sobre o câncer de mama nos últimos 12 meses.

TABELA 09: Distribuição das mulheres portadoras do HIV/aids, atendidas no ambulatório de Hospital São José segundo as fontes de informação sobre o câncer de mama. Fortaleza-CE, junho/agosto, 2008.

Variáveis	N	%
1. Fontes de Informação - TV	135	90,0%
2. Fontes de Informação - RÁDIO	58	38,7%
3. Fontes de Informação - REVISTA	39	26,0%
4. Fontes de Informação – SERVIÇO DE SAÚDE	31	20,7%
5. Você conhece algum grupo que não esteja ligado ao serviço público (Organização Não Governamental		

– ONG ou Organização da Sociedade Civil – OSC)		
que trabalhe com Câncer de mama?		
Não	150	100,0%
6. Nos últimos 12 meses, você participou de alguma atividade desenvolvida por algum serviço da rede pública de saúde sobre o câncer de mama?		
Não	150	100,0%

Ante os fatores de risco apresentados, foram identificados marcadores a partir de condições relacionadas à vulnerabilidade ao câncer de mama em mulheres com HIV/aids, classificando-os de acordo com as dimensões individual, programática e social, as quais serão apresentadas a seguir.

5.8 Marcadores de vulnerabilidade para câncer de mama em mulheres com HIV/aids

O Quadro 1 apresenta os marcadores de vulnerabilidade apreendidos pela análise das condições e características associadas à vulnerabilidade para o câncer de mama das 150 mulheres que fizeram parte do estudo, classificados nas dimensões individual, programática e social.

Observaram-se, na dimensão individual, os marcadores: características pessoais e relacionais, conhecimentos e significados e impacto do diagnóstico, recursos disponíveis (pessoais e experiências que interferem no enfrentamento) e modo de enfrentamento.

Na dimensão programática, foram identificados os marcadores estrutura e dinâmica de organização do serviço de saúde e operacionalização das ações.

Na dimensão social, observaram-se os marcadores condições materiais de existência, ideologia e cultura.

QUADRO 01: Marcadores de vulnerabilidade ao câncer de mama das mulheres portadoras do HIV/aids, atendidas no ambulatório de Hospital São José. Fortaleza-CE, 2008.

Dimensão Individual	Dimensão Programática	Dimensão Social
<p>→Características pessoais e relacionais -Escolaridade (acesso às informações sobre o câncer de mama). -Crença religiosa (ou não). -Parceira conjugal. -Não possuir atividade laboral (desemprego). *Não ter condições mínimas de sobrevivência. *Ter dependência econômica do parceiro. *Não dispor de recursos financeiros para sua locomoção ao serviço de saúde.</p> <p>→Conhecimentos e significados -Conhecimento (incorreto e insuficiente) sobre câncer de mama; *Não suspeitar da possibilidade de ter câncer de mama *Não (re) conhecimento da vulnerabilidade ao câncer de mama. -Hábitos de vida em relação à alimentação que expõe aos fatores de risco para o câncer de mama.</p> <p>→Impacto do diagnóstico -Omissão de um possível diagnóstico do câncer de mama.</p> <p>→ Recursos disponíveis -Experiência (ou não) de cuidado de familiar ou amigo com câncer de mama; acompanhamento da progressão e morte de pessoa conhecida com câncer de mama.</p>	<p>→Estrutura e dinâmica de organização do serviço de saúde -Disponibilidade irregular de recursos para a detecção precoce ou diagnóstico do câncer de mama. -Divulgação insuficiente da importância do diagnóstico precoce do câncer de mama. -Demora nos atendimentos e encaminhamentos. -Tempo insuficiente para cada atendimento. -Falta de acesso aos serviços especializados para detecção precoce do câncer de mama. -Desarticulação com outros serviços de saúde (no caso, entre o serviço de doenças infecciosas e os serviços de referência em câncer de mama). -Divulgação insuficiente dos serviços especializados.</p> <p>→Operacionalização das ações -Diagnóstico tardio do câncer de mama. -Ausência de orientação e encaminhamento para serviço especializado, após uma possível detecção do câncer de mama. -Desconhecimento do câncer de mama. -Instituição tardia da terapêutica medicamentosa devido à descoberta tardia do câncer de mama. -Inexistência ou má qualidade do acolhimento ao usuário. -Diferença entre a linguagem do profissional e do usuário. - Desvalorização da escuta.</p>	<p>→Condições materiais de existência -Existência e acesso insuficiente aos equipamentos sociais. -Inexistência de organizações não governamentais vinculadas ao câncer de mama e rede social de apoio. -Condições insuficientes de vida.</p> <p>→ Ideologia e Cultura -Gênero -Etnia</p>

<p>* Não ter filhos. -Não ter suporte (familiar, amigos e social) para um possível enfrentamento do câncer de mama.</p>	<p>* Ausência de espaço para que o usuário compartilhe seus sentimentos. -Informação dos profissionais sobre o cuidado com as mamas -Desconhecimento de outras necessidades e problemas de saúde decorrentes ou não da aids, tais como o câncer de mama, que extrapolam as características biológicas e clínicas. -Ausência de parceria / aliança com familiares dos usuários.</p>	
---	--	--

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6.1 Caracterização sócio-demográfica

O estudo constatou que, a maioria das mulheres investigadas encontra-se na faixa etária entre 19 e 40 anos (63,3%). O restante (36,7%) encontra-se na faixa etária de risco para o câncer de mama (após os 40 anos de idade).

Segundo Araújo e Fernandes (2005) entre as neoplasias, o câncer de mama destaca-se por atingir mulheres de todas as idades, níveis socioeconômicos e características, em especial, com idades acima dos 45 anos, porém, nos últimos anos, vem acometendo cada vez mais mulheres com idades inferiores a 40 anos, o que causa preocupação nos especialistas, favorecendo a implementação de campanhas de conscientização de todas as comunidades.

A incidência de câncer de mama aumenta com a idade, alcançando pouco mais de 10 casos a cada 100.000 mulheres entre os 20 e 30 anos de idade e mais de 200 casos a cada 100.000 mulheres com mais de 60 anos de idade (GIACOMAZZI, 2008).

O câncer de mama é uma doença raramente encontrada em mulheres com menos de 25 anos de idade e a média de idade ao diagnóstico é de 64 anos. Porém, a correlação entre a idade e aumento da doença não é linear, havendo aumento da incidência de câncer de mama em mulheres jovens e, diminuição durante a menopausa e logo após esta, e finalizando novamente em um aumento da incidência alguns anos após a menopausa. (MEISTER, 2008).

Sobre as distinções étnicas, encontrou-se uma diversidade significativa entre as raças auto declaradas pelas participantes do estudo. Contudo, a maioria das participantes declarou-se parda.

Autores indicam que a incidência e mortalidade por câncer de mama variam consideravelmente entre diferentes grupos étnicos e raciais. (GHAFOOR et al. 2003).

De acordo com Meister (2008), a incidência é maior entre os caucasianos e afro-americanos, intermediária entre hispânicos e ameríndios, e mais baixa entre os asiáticos.

Segundo Giacomazzi (2008), no Brasil, a miscigenação a população provavelmente influi na incidência da doença. Estudos sugerem que mulheres judias, especialmente aquelas com história familiar de primeiro grau de câncer de mama, apresentam quase quatro vezes mais chances de desenvolver a doença. (HALLAL et al, 2001; EGAN et al, 2004).

Estimativas para o ano de 2008 demonstraram que, apenas no estado do Ceará, seriam notificados 1.540 casos de câncer de mama sendo, destes, 640 na capital, evidenciando uma maior incidência de casos nas cidades do interior do estado. (BRASIL, 2009).

Ao analisar qualitativamente os marcadores de vulnerabilidade, tais estimativas e incidências devem-se, talvez, ao fato da carência de informações, de serviços com funcionamento eficiente e, de profissionais capacitados, no interior do estado, fatos que elevam as taxas de óbitos decorrentes da descoberta tardia das doenças.

De acordo com Ayres et al (2008), a vulnerabilidade busca responder à percepção da chance de exposição dos indivíduos às doenças não resulta de aspectos apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que interferem em uma maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento.

Observou-se, no estudo, uma ampla variedade de religiões (ou formas de culto religioso), dentre os quais, evidenciou-se o catolicismo. Nenhuma das participantes referiu ateísmo ou não possuir nenhuma crença religiosa.

Assim, a religião tem servido, ao longo dos tempos, como um “porto seguro” para todas as adversidades da vida, inclusive dizendo respeito à prevenção e a cura de diversas doenças, dentre elas o câncer de mama e o HIV/aids.

A relação entre a religião e a doença foi encontrada em estudo de Teixeira e Lefèvre (2007), ao investigarem a religiosidade no trabalho de enfermeiras da área oncológica. No referido estudo é percebida a importância da crença religiosa nos profissionais e pacientes, onde é relatado que o momento crítico representado pelo câncer aproxima os pacientes da crença em algo superior às suas vidas, os ajuda no processo de cura e de aceitação da doença.

Entretanto, segundo Teixeira e Lefèvre (2007), independente da escolha de vida religiosa, a mulher precisa conscientizar-se que os fatores de risco para o câncer de mama estão presentes no dia a dia, e que quaisquer votos realizados não devem afastá-las do cuidado do seu próprio corpo.

No que diz respeito à situação conjugal das mulheres participantes do estudo obteve-se que a maioria delas era casada ou possuía relação estável com um companheiro.

Segundo Vieira et al (2007), é importante para a mulher sentir que tem uma rede de apoio social, que não a permite desistir, e que torna mais fácil o enfrentamento de qualquer doença. Normalmente a família ocupa esse lugar; a presença do parceiro sexual torna-se, também, significativa, no que se refere à criação de um ambiente saudável para que a mulher possa se sentir novamente integrada no contexto familiar.

Portanto, a interação social torna-se fundamental a fim de elevar o nível de enfrentamento de qualquer doença, tendo em vista a necessidade das trocas de experiências entre os seres humanos.

As mudanças que podem ocorrer na rotina da mulher portadora de quaisquer agravos à sua saúde, como a aids ou o câncer de mama, precisam ser incorporadas por todos os membros da família. É também muito importante que o parceiro esteja apto a oferecer afeto, assim a paciente se sentirá acolhida e compreendida pelo mesmo. (VIEIRA et al, 2007).

Assim, o fato da existência ou não de um companheiro ou de um círculo social de apoio influencia nos processos de melhora ou piora.

Dentre os indicadores mais importantes para mensurar o nível sócio-econômico associado à saúde da população, apresenta-se o nível de instrução, a renda e a ocupação, os quais apresentaram-se baixos nas mulheres participantes deste estudo.

Fonseca et al (2000) sugerem que essas variáveis têm em comum o fato de evidenciarem a estratificação social: os indivíduos ocupam uma posição na hierarquia social de acordo com a sua ocupação, renda e nível educacional, sendo que cada um desses indicadores cobre um aspecto diferente da estratificação social.

Segundo Fonseca et al (2000) a escolaridade tem sido apontada como importante determinante da situação de saúde do indivíduo, sendo, inclusive, a escolaridade da mulher um importante preceptor das doenças.

Em estudo sobre a análise ética do diagnóstico do câncer de mama, Ricci et al (2007) evidenciam a associação significativa entre a escolaridade das pacientes e o conhecimento do diagnóstico, isto é, quanto maior o nível de escolaridade, maior foi a proporção de pacientes com conhecimento do diagnóstico.

O nível educacional expressa diferenças entre pessoas em termos de acesso à informação e perspectivas e possibilidades de se beneficiar de novos conhecimentos; a renda representa antes de tudo o acesso aos bens materiais, inclusive aos serviços de

saúde; e o status ocupacional inclui esses dois aspectos, além dos benefícios adquiridos em algumas profissões, tais como prestígio, privilégios e poder. (FONSECA et al, 2000)

Ainda, que, reconhecendo a necessidade de utilização conjunta de indicadores diversos para uma mensuração mais precisa do status sócio-econômico dos casos de aids em análise, cabe ponderar que a escolaridade está menos sujeita às influências da evolução da própria infecção sobre o acesso ao emprego ou proporção dos gastos com saúde no conjunto da renda individual e familiar. (FONSECA et al, 2000).

Assim, nota-se a grande influência do nível de escolaridade, da situação de trabalho e da renda na aquisição de informações, no entendimento e no conhecimento dos fatores de risco para o câncer de mama das mulheres portadoras do HIV, tendo em vista, também, a condição de imunodepressão já existente.

Assim, a vida dos indivíduos nas sociedades, está sempre mediada pelos indultos sociais, tais como a escolaridade, o que acarreta marcadores das vulnerabilidades individual, social e programática nas populações. (AYRES et al, 2008).

Segundo Ayres et al (2008), a preocupação da vulnerabilidade diz respeito à necessidade de imputação de sentidos e explicação da dinâmica das variáveis utilizadas nas análises de risco, de forma que tais análises não sejam incorporadas sem as práticas de intervenções.

Desse modo, as características sócio-demográficas das mulheres do estudo apresentaram diversos marcadores de vulnerabilidade, os quais podem ser sanados com o aumento no acesso às informações sobre os agravos à saúde, assim como, das orientações fornecidas pelos profissionais de saúde no momento da consulta.

6.2 Caracterização reprodutiva

De acordo com as características das mulheres com HIV/aids obtidas através do estudo, a maioria delas apresentou menarca entre 9 e 13 anos de idade.

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

Giacomazzi (2008) afirma que, a menarca com idade precoce (antes dos 11 anos), a menopausa tardia (≥ 54 anos) e muitos (≥ 420) ciclos ovulatórios ininterruptos estão associados ao aumento no risco para o câncer de mama. Mulheres com a menarca antes dos 11 anos de idade possuem um risco cerca de 20% maior de desenvolver câncer de mama ao longo da vida, em comparação com aquelas com mais de 14 anos de idade.

De acordo com Giacomazzi (2008), tanto a menarca precoce como a menopausa tardia, aumentam o risco em duas vezes para o câncer de mama provavelmente devido à exposição prolongada do parênquima mamário aos efeitos fisiológicos de estrogênio.

Percebe-se, então, a necessidade de atendimento e orientação das mulheres que caracterizaram o estudo tendo em vista que, apresentam tanto fatores de risco importantes, como vulnerabilidades que as expõem não apenas ao câncer de mama, mas a outros agravos de saúde.

As mulheres do estudo apresentaram, em sua maioria, idade da primeira gestação entre 13 e 20 anos de idade, não apresentando-se este fato como fator de risco para o câncer de mama.

Mulheres cujo nascimento do primeiro filho aconteceu após os 30 anos de idade apresentam um risco aproximadamente duas vezes maior do que aquelas cujo

nascimento do primeiro filho aconteceu antes dos 18 anos de idade. Mulheres nulíparas apresentam risco igual àquelas com nascimento do primeiro filho entre os 25-29 anos de idade (CLARK; MACGEE, 1997; GIACOMAZZI 2008).

Já no que diz respeito aos abortamentos, a maioria das mulheres participantes do estudo nunca vivenciou ou realizou abortos, evidenciando-se, então, a não existência deste, que era considerado um importante fator de risco para o câncer de mama.

Assim, até o ano de 2007, estudos evidenciaram o aborto intencional ou espontâneo como fator de risco para o câncer de mama. (PIKE et al, 1981; ROSSANO et al, 2002)

Contudo, estudo realizado por Michels et al (2007) afirma que o aborto, não aumenta o risco de desenvolver câncer de mama. Os autores analisaram 105.000 doentes entre 29 e 46 anos, no período de 1993 a 2003, e concluíram que aquelas que abortaram, de maneira intencional ou espontânea, não correm mais riscos de desenvolver um câncer de mama do que qualquer outra mulher. Das 16.118 participantes (15%) que disseram em um formulário anônimo ter feito um aborto e das 21.753 (21%) que sofreram um aborto espontâneo, apenas 1.458 tiveram câncer de mama.

De acordo com o estudo, a maioria das mulheres que engravidaram, amamentaram.

Sobre a amamentação, evidencia-se que, longos períodos de lactação reduzem o risco para o câncer de mama. A cada gestação e a cada ano de amamentação, o risco relativo para câncer de mama diminui em 7% e 4,3%, respectivamente. Além disso, o tempo de amamentação é importante, sendo a redução do risco, proporcional ao aumento do tempo de amamentação (BRASIL, 2009).

As mulheres participantes do estudo não evidenciaram fatores de risco para o câncer de mama, relacionados à gestação, abortos e amamentação, talvez, devido ao estigma da gestação em mulheres portadoras do HIV/aids, à realidade do risco da transmissão vertical e à contaminação do leite materno com o HIV.

No que diz respeito ao uso da contracepção oral ou injetável, grande parte das mulheres do estudo afirmou já ter feito uso, mas não utilizam mais.

Segundo Giacomazzi (2008), diversos estudos epidemiológicos relacionando o uso de contracepção oral com câncer de mama resultaram em resultados similares. A utilização freqüente apresenta um pequeno aumento no risco relativo para o câncer de mama (risco relativo = 1.24), mas esse risco desaparece após 10 anos de cessação no uso. Mulheres que iniciaram o uso antes dos 20 anos de idade apresentam um risco ainda maior de desenvolver câncer de mama.

De acordo com a autora supracitada, a terapia de reposição hormonal, está associada a um modesto aumento de risco para câncer de mama em mulheres que fizeram uso por 5 anos ou mais (risco relativo = 1.35), efeito comparável, em magnitude, com o desenvolvimento de câncer de mama após a menopausa. A cessação do uso em 5 anos ou mais, parece não aumentar significativamente o risco para câncer de mama.

Assim, tanto o uso dos contraceptivos orais ou injetáveis como da terapia de reposição hormonal não se caracterizaram como fatores de risco para as mulheres portadoras do HIV/aids.

6.3 Hábitos de uso diários

Dois pontos devem ser enfatizados com relação aos fatores de risco: o primeiro, refere-se ao fato de que o mesmo fator pode ser risco para várias doenças (por

exemplo, o tabagismo e o etilismo, que são fatores de risco para diversos cânceres e para doenças cardíacas e respiratórias); o segundo refere-se ao fato de que vários fatores de risco podem estar envolvidos na gênese de uma mesma doença, constituindo agentes causais múltiplos. (BRASIL, 2009).

Assim, a maioria das mulheres do estudo já havia fumado, contudo não fazia mais uso do cigarro. Grande parte das mulheres faz uso de bebida alcoólica regularmente.

De acordo com Couch (2001), em estudo realizado com filhas e irmãs de mulheres que tinham sido acometidas por câncer de mama, o hábito de fumar representa um risco relativo de 2,4 vezes maior de vir a desenvolver esta neoplasia quando comparadas àquelas não fumantes.

Segundo Reynolds et al (2004), um risco aumentado para câncer de mama foi encontrado entre fumantes ativos, mas não em fumantes passivos. Entretanto, a pesquisa estudou, apenas, o tabagismo passivo domiciliar, não incluindo a exposição durante o trabalho ou em cenários sociais, a intensidade ou a duração da exposição ao fumo.

Todavia, Giacomazzi (2008) não encontrou associação entre fumantes ativos e risco para câncer de mama.

Sobre a relação entre álcool e câncer de mama, existem diversos estudos relataram associação entre o consumo de álcool e o risco para câncer de mama. Uma metanálise envolvendo 38 estudos referiu um risco relativo de 1.1 (intervalo de confiança de 95%:1.1-1.2) para uma dose diária de álcool, 1.2 (intervalo de confiança de 95%: 1.1-1.3) para duas doses diárias, e 1.4 (intervalo de confiança de 95%: 1.2-1.6) para três ou mais doses diárias, em comparação com as etilistas. Outra metanálise envolvendo 53 estudos (58.515 pacientes com câncer de mama) observou aumento de

risco em 7.1% (intervalo de confiança de 95%: 5.5-8.7) para cada aumento de 10g na ingestão diária de álcool (LONGNECKER, 1994; HAMAJIMA, 2002).

Segundo o *Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer* (2002), em estudo realizado pela *Cancer Research UK*, o álcool é a causa de cerca de 4% dos casos de câncer de mama nos países desenvolvidos e de dois mil casos só na Grã-Bretanha. Anteriormente, havia sido extremamente difícil para os pesquisadores separar os efeitos do álcool dos efeitos do cigarro, porque quando as mulheres bebem mais elas têm uma tendência a fumar mais e vice-versa. Mas este estudo conseguiu resolver o problema ao examinar 150 mil mulheres de várias partes do globo, sendo que 23 mil não bebiam.

Ao analisar o grupo das mulheres que não consumiam álcool, os pesquisadores verificaram que não havia uma diferença significativa no número de casos de câncer de mama entre as fumantes e as não fumantes. Essa pesquisa mostra que há realmente uma ligação entre álcool e câncer de mama. (*COLLABORATIVE GROUP ON HORMONAL FACTORS IN BREAST CANCER*, 2002).

As mulheres portadoras do HIV/aids que fizeram parte deste estudo tiveram características compatíveis com estes fatores de risco. Entretanto, não houve associação estatisticamente significativa entre o estágio da doença e o uso do álcool. ($p > 0,05$).

Sobre a obesidade, a maioria das mulheres que fizeram parte do estudo consumia “frituras” e refrigerantes com frequência e faziam uso do café de uma a três vezes por dia, contudo o índice de massa corpórea apresentou-se normal na maioria delas.

A obesidade, unificada ao consumo de gorduras e bebidas gaseificadas ricas em açúcares, tem sido associada ao aumento do risco de câncer de mama em mulheres na pós-menopausa. (WEITZEN et al. 2006).

Sugere-se que, para cada 5.00 quilos de peso adquiridos, desde o menor peso na vida adulta, o risco de desenvolver câncer de mama aumenta em 8.0%. A alta ingestão calórica, especialmente de gorduras saturadas, relaciona-se a um aumento de risco para câncer de mama, e há a hipótese que modificações na dieta, limitando o consumo diário de gordura para menos de 15-20%, possa diminuir o risco para a doença. (GIACOMAZZI et al, 2008).

Diferentes tipos de gordura como ácidos graxos saturados, insaturados poliinsaturados e trans, têm sido relacionados ao câncer de mama. Alguns estudos mostraram que o processo tumorigênico pode ser influenciado pela gordura da dieta e que o ácido linoléico, altamente consumido em países ocidentais, tem sido considerado como um dos indutores da tumorigênese (ROGERS et al, 1997; BARTSCH et al, 1999; JAKOVLJEVIC et al, 2002).

Segundo Cho et al (2003), em estudo com 80.000 mulheres, a ingestão de gordura animal (carne vermelha e laticínios) obteve uma associação a risco aumentado para câncer de mama na pré-menopausa. Não houve associação de risco com ingestão de carboidratos, fibras e índice glicêmico.

O consumo de micro nutrientes e fibras parece ter efeito protetor para o desenvolvimento do câncer de mama, bem como a redução da ingestão de carne vermelha, que quando cozida em altas temperaturas contém aminas heterocíclicas que podem atuar como agentes mutagênicos em células do parênquima mamário (GIACOMAZZI, 2008).

Assim, para o controle da obesidade, foi definido pelo *National Health and Nutrition Examination Survey*, em 1980, o índice de massa corpórea (IMC), cujo conceito é “uma fórmula que indica se um adulto está acima do peso, se está obeso ou

abaixo do peso ideal considerado saudável”. Para o cálculo, utiliza-se a seguinte expressão matemática: $IMC = \text{peso} / (\text{altura})^2$. (VAN DEN BRANDT, 2000).

Segundo a OMS (2009), os critérios para a avaliação do IMC em adultos são: abaixo de 18,5 kg (abaixo do peso), entre 18,5 kg e 25 kg (peso normal), entre 25 kg e 30 kg (acima do peso) e, acima de 30 kg (obesidade).

Em um estudo de revisão com 330.000 mulheres e 4.300 casos câncer de mama, houve relação significativa inversa entre o IMC e o câncer de mama na pré-menopausa e positiva na pós-menopausa. (VAN DEN BRANDT et al, 2000).

Segundo Morimoto et al (2001), mulheres que apresentam IMC maior que 30 têm um risco relativo superior (2,52) de desenvolver câncer de mama no período de pós-menopausa, quando comparado a mulheres com IMC menor que 22.6.

Quanto ao consumo de café, o efeito deste está relacionado com estrógenos. Segundo Bågeman et al (2008), alguns produtos metabólicos deste hormônio são conhecidos como cancerígenos, e vários componentes do café podem alterar o metabolismo humano. Todavia, o café contém cafeína, substância que dificulta o crescimento das células cancerosas.

Estudos realizados na Universidade de Lund, na Suécia, avaliaram os hábitos de consumo do café em cerca de 460 doentes com câncer da mama. Os resultados mostram que o efeito do café varia de acordo com a existência ou não nas mulheres que possuem uma variante de um gene chamado CYP1A2, que codifica uma enzima para metabolização tanto do estrogênio como do café. Metade das mulheres tinha uma variante denominada A / A, enquanto que a outra metade não tinha A / C ou C / C. Essas mulheres que tinham uma das variantes C, e que haviam bebido pelo menos três xícaras de café por dia, desenvolveram câncer de mama, consideravelmente, mais raramente do que as mulheres com o A / A variante com o mesmo café consumo. Seu

risco câncer era apenas dois terços do que o das outras mulheres (BÅGEMAN et al, 2008).

De acordo com o estudo, uma mulher que tinha bebido duas ou mais xícaras de café por dia receberam uma ajuda do seu consumo: o seu câncer de mama apareceu bem mais tarde do que entre as mulheres que raramente ou nunca tinham consumido café, em uma média de idade de 58 anos, em vez de 48 anos. Contudo, salienta-se, o fato de que é demasiado cedo para fazer quaisquer recomendações alimentares quanto ao aumento ou diminuição do consumo de café. (BÅGEMAN et al, 2008).

Sobre a exposição à substâncias tóxicas e exposição aos raios x, as mulheres participantes do estudo não apresentaram o primeiro fator de risco, entretanto, o segundo foi encontrado em todas as mulheres, tendo em vista que 149 mulheres já haviam sido expostas à raios x.

Em uma revisão sistemática de 6 estudos sobre a associação de pesticidas (substâncias tóxicas) e câncer de mama, foi relatada associação positiva entre os mesmos, isto é, tal exposição aumenta o risco para o câncer de mama. (BAND et al. 2000; BASSIL et al. 2007).

Outro estudo envolvendo mulheres que estiveram expostas a pesticidas por 4 ou mais horas diárias por mais de 10 anos, relatou aumento de risco para doenças benignas da mama evidenciadas por exame de mamografia (DOLAPSAKIS et al. 2001).

Quanto à exposição aos exames de raios-X, foi realizado um estudo pela *International Agency for Research on Cancer*, da França, com 1.600 mulheres que apresentaram mutações nos genes BRCA1 (*breast cancer gene 1*) e BRCA2 (*breast cancer gene 2*), associadas ao câncer da mama. Aquelas que tinham a mutação e haviam realizado exames de raio-X do tórax, apresentam 54% a mais de chances de desenvolver câncer de mama do que as que tinham a mutação e nunca haviam realizado o exame. E

nas mulheres que fizeram o exame antes dos 20 anos de idade, o risco de câncer na mama antes dos 40 anos aumentava ainda mais. (ANDRIEU et al, 2006).

Portanto, mulheres que trazem mutações nos genes que controlam a produção da proteína BRCA podem ser menos capazes de reparar os danos causados pelos raios-X, demonstrando que mulheres predispostas geneticamente ao câncer da mama podem ser mais suscetíveis a doses baixas de radiação ionizante do que outras mulheres. (ANDRIEU et al, 2006).

Vale ressaltar este fator de risco para as mulheres deste estudo tendo em vista o número elevado de exames de raios-X que essas mulheres necessitam realizar para diagnosticar, acompanhar e prevenir infecções oportunistas, como a tuberculose pulmonar, pneumonias, etc.

Assim, uma sugestão para a diminuição da exposição a tais exames seria uma maior orientação dos usuários a fim de aumentar a adesão correta aos tratamentos, o que diminuiria a ocorrência das doenças oportunistas, diminuindo, portanto, a necessidade de realização constante desses exames.

A mulher portadora do HIV/aids expõe-se a diversos fatores que elevam o risco para o desenvolvimento de câncer de mama, mostrados neste estudo, onde, das 150 participantes, 149 já foram expostas a radiação, além da história familiar, onde 18 informaram ter parentes com câncer; como também o uso de bebidas alcoólicas que foi referido por todas. Tais fatores de risco são considerados os mais importantes.

O fato de ser portadora do HIV/aids já torna a mulher vulnerável a diversos fatores que aumentam os riscos para a aquisição de agravos à sua saúde, os quais se caracterizam de acordo com a forma de sobrevivência, o meio sócio-cultural em que vive, a assistência recebida durante o acompanhamento ou não da sua doença, além de

diversos outros fatores que influenciam o grau de vulnerabilidade dessa mulher descritos por meio dos marcadores de vulnerabilidade.

6.4 Antecedentes pessoais e familiares de saúde (hipertensão arterial, diabetes, câncer geral e hereditariedade para o câncer de mama).

Segundo os antecedentes pessoais das mulheres participantes do estudo, tais como a hipertensão arterial, o diabetes, dentre outros, a maioria delas referiu não ter hipertensão ou diabetes. Quanto às alterações benignas nas mamas, a maioria das mulheres referiu nunca ter possuído nenhuma alteração. Apenas 18 mulheres referiram ter casos de câncer de mama na família.

A hipertensão arterial é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas. (PASSOS et al, 2006).

Estudo realizado na Universidade Federal do Rio de Janeiro identificou associação entre hipertensão e câncer de mama em 50% de mulheres com câncer de mama. Foi identificado que, entre 100 pacientes com câncer de mama, a metade era hipertensa. Além disso, observou-se que a proteína associada à resistência a múltiplas drogas em câncer, conhecida como ABCB1, também está relacionada com a hipertensão em ratos. (VALENTE et al, 2008).

O estudo com a proteína analisou 12 ratos por 10 meses e concluiu que eles, após se tornarem naturalmente hipertensos, têm uma considerável diminuição na expressão e atividade da proteína ABCB1 em linfócitos e células do rim. Essa mudança pode provocar alterações na resposta imunológica e também na excreção de

medicamentos pelo rim e, conseqüentemente, aumentar a toxicidade de medicamentos. (VALENTE et al, 2008)

Outros resultados, ainda preliminares, mostram que alguns hormônios relacionados a hipertensão (como a angiotensina e ouabaína) influenciam a expressão e atividade dessa proteína em culturas de células renais e do câncer de mama. Portanto, quando a proteína ABCB1 está mais expressa, os medicamentos antineoplásicos (e muitos outros) têm eficácia reduzida, mas quando está menos expressa, influencia em diversos outros papéis fisiológicos. (VALENTE et al, 2008).

Quanto ao diabetes, este afeta mais de 170 milhões de vítimas em todo o mundo. Assim, o diabetes tipo 2 está associado a um grande número de problemas graves. Tão preocupante quanto a sua relação com o câncer de mama é a sua conexão com os distúrbios cardiovasculares. Três de cada dez pacientes cardíacos são diabéticos. (BRASIL, 2009).

Michels et al (2003) estabeleceram uma relação direta entre o diabetes tipo 2 e o câncer de mama. O estudo mostra que as diabéticas são 17% mais propensas a desenvolver tumores malignos na mama do que as mulheres com níveis normais de açúcar no sangue.

Ainda não se desvendou o mecanismo pelo qual o diabetes tipo 2 aumenta a probabilidade de câncer de mama. Contudo, sabe-se que, antes da doença se instalar, os pacientes passam por uma longa fase de pré-diabetes, quando o organismo libera insulina em excesso. Acredita-se que seja nesse momento que se forma o terreno propício ao aparecimento do câncer de mama. Isso porque a insulina é um hormônio que também atua na multiplicação celular. A exposição a quantidades exageradas da substância, por vários anos, pode estimular a multiplicação desordenada das células e, com isso, favorecer o surgimento do tumor. (MICHELS et al, 2003).

Sobre a história familiar de outros tipos de tumores, por exemplo, endométrio e ovário, pode-se ter um risco aumentado para o desenvolvimento de um segundo tumor primário de mama. Um estudo relatou um risco relativo de 2.13 (intervalo de confiança de 95%: 1.04-4.35) para câncer de mama em mulheres com familiares de primeiro grau com câncer de endométrio e um risco relativo de 1.69 (intervalo de confiança de 95%: 0.42-6.83) para mulheres com história familiar de câncer de ovário (GIACOMAZZI, 2008).

Mulheres com familiares de primeiro grau afetados por câncer de mama apresentam, aproximadamente, o dobro do risco de desenvolver a doença, em comparação àquelas sem história familiar. Se houveram dois ou mais familiares afetados, esse risco aumenta ainda mais. Porém, em torno de 85% das mulheres com familiares de primeiro grau com câncer de mama não desenvolvem a doença, e mais de 85% das mulheres com câncer de mama não possuem história familiar. (CALEFFI, 2005).

Através de um heredograma detalhado, pode-se identificar a história familiar de câncer do paciente, sendo relevante tanto à linhagem materna quanto paterna. O risco para a doença é mais expressivo quando o evento ocorreu em familiar de primeiro grau e o risco torna-se cumulativo quando dois ou mais familiares tiveram câncer de mama. Quando o câncer de mama ocorre em idade jovem, e há um ou mais familiares de primeiro grau com a doença em idade precoce, suspeita-se de uma síndrome de câncer de mama hereditário (GIACOMAZZI, 2008).

As mulheres portadoras do HIV/aids que fizeram parte deste estudo não demonstraram características compatíveis com estes fatores de risco. Não houve associação estatisticamente significativa entre o estágio da doença e o fator de risco hereditariedade (casos de câncer de mama na família). ($p > 0,05$).

6.5 Prática do auto cuidado (formas para a detecção precoce do câncer de mama).

Neste estudo, observou-se que, a maioria das mulheres portadoras do HIV/aids não conhecia nada a respeito do auto-exame das mamas nem o realizavam. Metade delas conhecia o exame clínico das mamas e o realizava. Já a mamografia, 133 mulheres a conheciam, mas apenas nove já haviam realizado.

Segundo Novais (2004), 70% dos casos de câncer de mama podem ser detectados pela palpação. Além de detectar doenças malignas e benignas na mama, o auto-exame das mamas também contribui para que as mulheres que não têm acesso fácil aos serviços de saúde sejam motivadas a procurá-los em caso de algum achado.

Através do diagnóstico precoce do câncer de mama, é possível reduzir a mortalidade por câncer de mama, visto que este pode identificar o tumor com o menor tamanho possível e em seu estágio inicial. (MARINHO et al, 2003).

Apesar do auto-exame das mamas não ser considerado exame oficial para detecção precoce do câncer de mama, caracteriza-se como um processo simples e indolor que auxilia na detecção do mesmo em seu estágio inicial, podendo ser palpado na forma de pequenos nódulos nas mamas. A realização correta do auto-exame das mamas deve ocorrer uma semana após a menstruação. É importante salientar que à realização fora deste período poderá detectar falsas impressões. (BRASIL, 2009)

Desta forma, o auto-exame das mamas se torna um método de detecção precoce simples e de baixo custo, devendo estar associado ao exame clínico realizado por um médico ou enfermeiro.

Como já descrito, o Ministério da Saúde não estimula o auto-exame 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, não substituindo o exame físico realizado por profissional de saúde (médico ou enfermeiro) qualificado e treinado para essa atividade. (BRASIL, 2009).

Além do auto-exame, o exame clínico das mamas é considerado de fundamental importância na detecção precoce da doença. Quando realizado por um médico ou enfermeiro treinado, pode detectar tumor de até 1 (um) centímetro, se superficial. (BRASIL, 2009).

A sensibilidade do exame clínico das mamas varia de 57% a 83% em mulheres com idade entre 50 e 59 anos, e em torno de 71% nas que estão entre 40 e 49 anos. A especificidade varia de 88% a 96% em mulheres com idade entre 50 e 59 e entre 71% a 84% nas que estão entre 40 e 49 anos. (BRASIL, 2009).

Já a mamografia é a radiografia da mama que permite a detecção precoce do câncer, por ser capaz de mostrar lesões em fase inicial, milimétricas. É realizada em um aparelho de raios-X apropriado, chamado mamógrafo, onde a mama é comprimida de forma a fornecer melhores imagens, e, portanto, melhor capacidade de diagnóstico. (BRASIL, 2009).

A sensibilidade da mamografia varia de 46% a 88% e depende de fatores tais como: tamanho e localização da lesão, densidade do tecido mamário (mulheres mais jovens apresentam mamas mais densas), qualidade dos recursos técnicos e habilidade de interpretação do radiologista. A especificidade varia entre 82%, e 99% e é igualmente dependente da qualidade do exame. (BRASIL, 2009).

A mamografia colabora como um importante recurso para a descoberta do câncer em sua fase inicial. São indicadas para qualquer mulher acima de 35 anos de idade, mesmo sem queixas relacionadas às glândulas mamárias. (FERNANDES et al, 2005).

Observou-se, então, uma vulnerabilidade das mulheres do estudo no que diz respeito a necessidade da melhoria na informação e da assistência fornecida às mulheres portadoras do HIV/aids a fim de que estas possam ter acesso aos métodos de detecção precoce do câncer de mama, tendo em vista que, as mulheres que fizeram parte da pesquisa relataram grandes dificuldades de acesso à exames para diagnóstico da doença, o que ocasiona a descoberta tardia.

Isto se relaciona ao fato de que as mulheres participantes do estudo possuem marcadores de vulnerabilidade individual e social, no que diz respeito à ausência de informações adequadas sobre as formas de detecção precoce do câncer de mama.

Segundo Ayres et al (2008), o acesso às informações, o conteúdo e a qualidade dessas informações remete a aspectos materiais, culturais, políticos e morais que dizem respeito à vida em sociedade e a existência ou não de vulnerabilidade aos agravos à saúde.

De acordo com Ayres et al (2008), para tentar reduzir as vulnerabilidades, tenta-se ampliar as intervenções em todos os planos, desde o individual até o social, mesmo quando se pensa em intervenções de caráter individual, como o aconselhamento em ambulatório/consultório.

Assim, o profissional enfermeiro, no advento da consulta de enfermagem à mulher portadora do HIV/aids, pode intervir no que diz respeito à realização do exame clínico das mamas, orientação sobre a realização do auto-exame das mamas, orientação sobre a existência de serviços de referência no atendimento à mulher com câncer de mama e, assim, contribuir para a minimização dessa vulnerabilidade.

6.6 Conhecimento, opiniões e atitudes frente ao câncer de mama.

Apesar do apelo da mídia a respeito do significado do câncer, em geral, e do câncer de mama, assim como o reconhecimento dos seus fatores de risco, ainda existem indivíduos que acreditam em um possível contágio através da relação com pessoas doentes, assim como, diversas outras informações advindas da cultura social da população.

As mulheres participantes do estudo afirmaram já ter ouvido falar a respeito do câncer de mama. Das 150 participantes, 120 acreditam não ser o mesmo transmissível através de fomites, 81 afirmam que o fato de possuir mamas grandes não influencia no aparecimento do câncer de mama, 143 asseguram que o mesmo pode ter início por meio de uma “pancada” ou trauma nas mamas e, a maioria delas, acredita que a obesidade e o uso do celular ou aparelho de microondas não possuem relação com o aparecimento do câncer de mama.

O câncer é definido como um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores neoplasias malignas. Por outro lado, um tumor benigno significa simplesmente uma massa localizada de células que se multiplicam vagarosamente e se assemelham ao seu tecido original, raramente constituindo um risco de vida. (BRASIL, 2009)

O câncer de mama não é uma doença contagiosa. Mesmo os cânceres causados por vírus não são contagiosos. No entanto, alguns vírus oncogênicos, podem ser transmitidos através do contato sexual, de transfusões de sangue ou de seringas contaminadas utilizadas para injetar drogas. Como exemplo de vírus carcinogênicos, têm-se o vírus da hepatite B (câncer de fígado) e vírus HTLV - I / *Human T-lymphotropic virus type I* (leucemia e linfoma de célula T do adulto). (BRASIL, 2009).

Outro mito relacionado ao câncer de mama diz respeito ao tamanho das glândulas mamárias. Segundo o pensamento popular, quanto maiores as mamas, maior o risco para o câncer de mama.

Contudo, segundo Caleffi (2005), o tamanho dos seios não interfere no risco para câncer de mama. Mas, às vezes é mais difícil de detectar a doença em mulheres que tem mamas grandes devido a quantidade maior de tecidos a serem examinados.

Sobre o fato do imaginário popular a respeito do diagnóstico de câncer de mama ter relação a um trauma ou pancada sofrido na região mamária, sabe-se que o evento não é considerado como causa da doença. (BRASIL, 2009).

O que acontece é que, muitas vezes, a mulher ao descobrir o câncer procura relacioná-lo com o episódio. Ou, ainda, após o trauma a paciente faz uma avaliação mais cuidadosa das mamas e acaba encontrando uma possível lesão. (BRASIL, 2009)

A respeito do uso do telefone celular ou aparelhos que produzam microondas, pesquisadores israelenses descobriram que pessoas que utilizam celular regularmente tem cerca de 50% mais chance de desenvolver tumores no cérebro do que não usuários. (SADETZKI et al, 2008).

Uma análise de dados do Reino Unido, Dinamarca, Noruega, Suécia e Finlândia mostrou uma taxa de 40% mais risco de tumores, em geral, em pessoas que usam celulares por mais de uma década. O estudo não descobriu risco acentuado em pessoas que usam celular há menos de 10 anos. Acredita-se que a radiação que o aparelho emite é pouco energética para causar danos, mas alguns cientistas acreditam que pode ter efeitos indiretos que fazem as células proliferarem incontrolavelmente. (SADETZKI et al, 2008).

Quanto à relação entre câncer de mama, aparelhos celulares e aparelhos que liberam microondas, não existem evidências científicas que comprovem tal fato. (SADETZKI et al, 2008).

6.7 Fontes de informação sobre o câncer de mama.

Dentre as participantes do estudo, os meios de comunicação de massa são os principais veiculadores de informações sobre a prevenção do câncer de mama, sendo estes os maiores disseminadores de conhecimento e ensino da prática do auto-exame das mamas, do exame clínico das mamas e da mamografia.

Linard (2000) demonstra em seus estudos que há uma dependência da mulher em relação aos meios reprodutores de informação, no caso a mídia, na medida em que a mensagem transmitida provoca um estímulo no comportamento dessas mulheres, comprovado pela mobilização das mesmas em realizar o auto-exame das mamas após ver, ouvir ou ler algo a respeito.

A autora afirma, também, que, o apelo da mídia para a prática dos exames para detecção precoce repercute positivamente, alcançando uma mudança de atitude que está associada a um efeito comportamental.

De acordo com França et al (2004), o poder da mídia de informar em grande escala pode contribuir para a emancipação dos cidadãos e sua inserção autônoma na sociedade. Mas é certo que a qualidade da informação prestada, a forma e o momento em que se veicula a notícia produzem significados variados e podem concorrer para o esclarecimento e a mobilização popular ou, ao contrário, para a confusão e o alarmismo reativo.

No ponto de vista de Fernandes et al (2005), os veículos de comunicação social podem ser instrumentos assustadoramente autoritários, se forem utilizados para a

manipulação e a distorção da informação. Mas, podem também, no reverso, serem profundamente democratizantes, se transmitirem e repartirem todas as informações à sociedade, para que ela as analise, processe e decida seus rumos.

6.8 Marcadores de vulnerabilidade.

As “características pessoais e relacionais” assim como o processo de interação e integração social são fundamentais para o enfrentamento do processo saúde-doença. Já os “recursos disponíveis” tratam de aspectos relacionados à família, comunidade e sociedade que interferem no bem estar físico, mental e social do indivíduo. (TAKAHASHI, 2006).

Assim, tais marcadores delimitam o aspecto da vulnerabilidade individual ao câncer de mama das mulheres do estudo, tendo em vista a situação social destas em seus diversos âmbitos de vida.

Segundo Nichiata et al (2008), a vulnerabilidade individual diz respeito à ação individual de prevenção frente a uma situação de risco. Envolve aspectos relacionados a características pessoais, ao desenvolvimento emocional, percepção do risco e atitudes voltadas à adoção de medidas de auto-proteção; bem como a atitudes pessoais frente à sexualidade, bem como a conhecimentos adquiridos.

O fato de o próprio indivíduo ser responsável pelo desenvolvimento do câncer de mama é algo diretamente associado às suas vivências, e à qualidade das experiências de vida que estabelece. (DUARTE; ANDRADE, 2003)

De acordo com Takahashi (2006), caracteres pessoais, independente dos indivíduos serem portadores de um agravo à saúde ou não, por si só já configuram uma condição de vulnerabilidade e exclusão social: baixas escolaridade e renda familiar, desemprego, além de condições precárias de vida. Tais situações originam maior

dificuldade de acesso a serviços básicos, como educação e saúde, e podem agravar a condição do indivíduo, interferindo sua saúde, elevando o risco de adoecimento.

Quanto ao marcador “operacionalização das ações”, refere-se à necessidade das parcerias com os familiares para o apoio à detecção precoce do câncer de mama e instituição da terapêutica. (TAKAHASHI, 2006).

Este marcador insere-se no componente programático que, segundo Ayres et al. (2008) compreende investimentos financeiros no setor saúde e educação, em recursos humanos capacitados para prevenção, diagnóstico e assistência, desenvolvimento de ações programáticas e políticas públicas intersetoriais.

Segundo Vieira et al (2007), a família e os profissionais de saúde desempenham grande importância no movimento do auto cuidado, descoberta, diagnóstico e aceitação do câncer de mama, além do entendimento de que apesar da possibilidade que algumas mudanças ocorram para se adaptar à sua nova condição, a qualidade de vida pode ser mantida.

Sobre as “condições materiais de existência”, afirma-se que, somando-as aos demais marcadores da dimensão social da vulnerabilidade, determinam os caracteres dos marcadores da dimensão individual. (TAKAHASHI, 2006).

A vulnerabilidade social pode ser entendida como um espelho das condições de bem-estar social, que envolvem moradia, acesso a bens de consumo e graus de liberdade de pensamento e expressão, sendo tanto maior a vulnerabilidade quanto menor a possibilidade de interferir nas instâncias de tomada de decisão.

Assim, inferindo sobre as dificuldades de atendimento para a sua saúde, Duarte e Andrade (2003), afirmam que, na maioria das vezes, as mulheres não têm acesso a um serviço público de saúde de qualidade e, quando o procuram, o câncer de mama já se encontra em estágio avançado.

Torna-se, portanto, necessária, a compreensão dos marcadores que caracterizam a vulnerabilidade da mulher portadora do HIV/aids para a intervenção e aplicação de uma assistência integralizada e geradora de resultados positivos.

A caracterização do marcador “recursos disponíveis” deveu-se ao fato de que, as mulheres participantes do estudo não tinham conhecimento da sua vulnerabilidade ao câncer de mama, levando-se em consideração os seus aspectos reprodutivos.

Segundo Takahashi (2006), os indivíduos possuem graus diferenciados de conhecimento sobre as doenças e seus fatores de risco. Conhecimentos e comportamentos têm significados e repercussões muito diversificados na vida das pessoas, dependendo de uma combinação, sempre singular, de características individuais, contextos de vida e relações interpessoais que se estabelecem no dia-a-dia.

Todavia, não basta apenas ter conhecimento, precisa-se (re) conhecer os fatores de risco para o câncer de mama e, acreditar que evitando-os, impede-se o desenvolvimento da doença.

Segundo Nichiata (2008), a maior contribuição no debate sobre a diferença entre o conceito de risco e vulnerabilidade está na tentativa de deslocamento da noção do risco individual para uma percepção de vulnerabilidade social.

Desse modo, além da existência dos fatores de risco e marcadores de vulnerabilidade relacionados ao câncer de mama, interligamos, ainda, a vulnerabilidade individual, ao cuidado na relação sexual, o qual não existiu nesta amostra, tendo em vista que nenhuma mulher referiu o uso do preservativo na primeira relação, tornando-as vulneráveis à aquisição, não só do vírus da aids, mas também às infecções sexualmente transmissíveis.

Os marcadores relacionados aos “conhecimentos e significados” atribuídos ao processo saúde e doença, na dimensão individual da vulnerabilidade e “condições materiais de existência”, na dimensão social, foram salientados a partir das características socioeconômicas e hábitos diários das mulheres portadoras do HIV, principalmente relacionadas à escolaridade, situação de trabalho e alimentação.

Buchalla et al (2002) afirma que a vulnerabilidade de um grupo à infecção e ao adoecimento é resultado de um conjunto de características dos contextos político, econômico e socioculturais que ampliam ou diluem o risco individual.

Além de trabalhar essas dimensões sociais, é um desafio permanente e de longo prazo melhorar os programas de prevenção e assistência abrindo espaço para o diálogo e a compreensão sobre os obstáculos da prevenção e sobre o acesso e para as experiências diversas com os meios preventivos disponíveis, para que, no plano das crenças, atitudes e práticas pessoais (vulnerabilidade individual), todos, significando cada um, possam de fato se proteger da infecção e do adoecimento. (BUCHALLA et al, 2002).

Segundo Ayres et al (2008), os riscos são influenciados pelos fatores sociais, principalmente, crenças e valores, mas também por fatores econômicos.

De acordo com Takahashi (2006), a existência dos conhecimentos incorretos ou insuficientes torna o indivíduo vulnerável ao adoecimento e o expõe aos fatores de risco da doença. Assim, os significados atribuídos à saúde, acrescidos da ausência de sintomatologia e da manutenção da capacidade física e mental, interferem no reconhecimento do estado de “exposto” aos fatores de risco para o câncer de mama.

Nichiata et al (2008), refere que a vulnerabilidade social diz respeito à estruturação política, social e econômica do indivíduo, assim como, ao processo de

educação em saúde, às ideologias e relações de gênero que definem as vulnerabilidades individual e programática.

Sobre o marcador “operacionalização das ações” infere-se que o desconhecimento, tanto por parte do indivíduo, como por parte do profissional da área da saúde que o acompanha, dos outros problemas de saúde decorrentes ou não do HIV, acarretam detecções tardias e, possivelmente, a morte devido à falha no processo de descoberta da doença.

Tal marcador insere-se no componente programático da vulnerabilidade que, de acordo com Ayres et al (2008) compreende investimentos financeiros no setor saúde e educação, em recursos humanos capacitados para prevenção, diagnóstico e assistência, desenvolvimento de ações programáticas, políticas públicas intersetoriais.

Segundo Takahashi (2006), este marcador considera a mediação entre profissionais da saúde e pacientes, a fim de promover a mobilização da sociedade para desenvolvimento do potencial de saúde dos indivíduos e execução dos seus direitos de cidadãos.

Foram identificados para tais antecedentes, os marcadores que se relacionam com a falta de conhecimento e informação, a omissão do diagnóstico, experiência do cuidado de alguém que sofre ou sofreu com a doença, adesão irregular às ações assistenciais (dimensão individual), diagnóstico tardio, desconhecimento dos outros problemas de saúde decorrentes ou não do HIV (dimensão programática) e, condições insuficientes de vida e saúde (dimensão social), os quais demonstram a necessidade de recursos públicos, orientação e empoderamento das mulheres portadoras do HIV.

Diferentes mecanismos de exclusão social, discriminação e opressão, relacionados ao gênero, à etnia, à faixa etária e ao modo de exercer a sexualidade, interferem no grau de saúde dos indivíduos, ao facilitar a ocorrência de alguns agravos

ou ao dificultar o acesso aos meios para a sua prevenção e cuidado. (TAKAHASHI, 2006).

Assim, a vulnerabilidade diz respeito aos seres humanos que conferem significado a cada um dos seus pertencimentos, como sexo, etnia, classe social, orientação sexual, faixa etária. Depende de uma extensa gama de fatores, como o significado social e cultural de ser homem ou de ser mulher, os significados culturais atribuídos ao sexo e à sexualidade, ao uso de substância por homens e mulheres em contextos específicos, o acesso aos recursos sociais de saúde disponíveis e o grau de respeito aos direitos de cidadania de cada indivíduo em uma dada região ou comunidade. (BUCHALLA, 2002; TAKAHASHI, 2006)

Na perspectiva da vulnerabilidade, não seriam apenas os efeitos da pobreza e da desigualdade econômica, traduzidos na falta de acesso a bens e serviços, os responsáveis pela heterogeneidade nos perfis de morbidade e mortalidade entre os diversos grupos humanos, mas também, as diversas nuances do ser humano, tais como as suas características individuais.

Segundo Takahashi (2006), no decorrer da doença, emoções e sentimentos são despertados, resultando em atitudes conflitantes ou mesmo incoerentes. Inclusive àqueles que enfrentam ativamente a doença, passam por momentos de desespero, tristeza ou depressão e mudam sua postura, daí a relevância de conhecer os significados da doença, pois “a vulnerabilidade é dinâmica, constitui um estado e não um ser”.

Assim, de acordo com Nichiata et al (2008), a vulnerabilidade não se relaciona apenas aos riscos para aquisição da doença, mas também aos processos individuais de detecção precoce e enfrentamento da doença, discriminação, enfraquecimento social e a capacidade de reação dos seres humanos.

Segundo Takahashi (2006), o risco expressa probabilidades de adoecimento ou não, desde que os indivíduos portem fatores de risco. Já a vulnerabilidade não tem tal característica, tendo em vista que identifica os “potenciais de adoecimento” relacionados às condições de cada indivíduo.

Para Ayres (2002), o conceito de vulnerabilidade é produzido interdisciplinarmente e sua operacionalização ocorre por meio de intervenções dinâmicas e produtivas.

A ausência de informações e a falta de emponderamento das mulheres participantes da pesquisa frente às práticas de auto cuidado para detecção precoce do câncer de mama viabilizaram a identificação dos marcadores de vulnerabilidade relativos aos aspectos dos conhecimentos e significados atribuídos ao processo saúde doença, modo de enfrentamento deste processo (vulnerabilidade individual), estrutura e dinâmica dos serviços de saúde, operacionalização das ações (vulnerabilidade programática) e, existência e acesso insuficientes aos componentes sociais (vulnerabilidade social).

Segundo Nichiata et al (2008), a vulnerabilidade é definida não só pelas características pessoais, mas também pelas condições adquiridas no decorrer da vida ou resultantes do estilo de vida, do desenvolvimento de estratégias e habilidades para enfrentar traumas e doenças, isto é, o grau de vulnerabilidade se altera a depender da modificação na condição de vida ou ambiente social.

Takahashi (2006) afirma que “não há como negar o impacto da política de atenção às pessoas com HIV e aids”. A ampliação dos serviços de saúde e a disponibilidade de recursos que viabilizaram o aumento da sobrevida, a intensificação do diagnóstico precoce, o acesso à terapêutica, entre outros, promoveram melhora sensível da qualidade de vida dessas pessoas.

Contudo, a atenção voltada para o HIV determina, na maioria das vezes, uma situação de “insipiência” no cuidado, orientação e detecção precoce do câncer de mama nas mulheres portadoras. Assim, é preciso reconhecer a participação dos serviços de saúde na vulnerabilidade das mulheres HIV positivo ao câncer de mama.

A aids é uma das poucas doenças que possui uma rede de serviços especializados de saúde. Todavia, os problemas advindos da forma de organização dos serviços de saúde são similares, se não os mesmos: a assistência é fragmentada, há sobrecarga de trabalho, o tempo de espera para o atendimento é prolongado, nem sempre o trabalho em equipe se faz presente e a capacitação dos profissionais é insuficiente. (TAKAHASHI, 2006)

Outros problemas estão relacionados à infra-estrutura, como: horário inadequado de funcionamento, número insuficiente de vagas para atendimento, duração insuficiente dos procedimentos, falta de integração da equipe, disponibilidade irregular ou limitada de recursos para o diagnóstico e para a prevenção da transmissão do HIV, divulgação insuficiente da importância do diagnóstico precoce e da existência de tratamento, inexistência de benefícios à pessoa com aids nos serviços de saúde. (TAKAHASHI, 2006).

De acordo com Takahashi (2006), a transgressão aos direitos humanos é observada quando o indivíduo não tem acesso às diversas ações já estabelecidas para o controle das doenças, como: acolhimento, diagnóstico e tratamento precoces e, reabilitação. Todavia, o que se observa nos serviços é o diagnóstico é tardio, assim como a terapêutica instituída tardiamente, dificuldade no agendamento de consultas médicas e o paciente sofrendo discriminação em serviços de saúde e em outros espaços sociais.

Quanto aos profissionais, considera-se que, na maioria das vezes, sua qualificação é precária para o manejo clínico e abordagem de aspectos relacionados à sexualidade, morte, preconceito, câncer de mama, etc. Esse preparo insuficiente é um marcador importante da dimensão programática da vulnerabilidade, em decorrência das repercussões de condutas inadequadas na evolução do processo saúde doença. (TAKAHASHI, 2006).

Outros aspectos presentes na assistência também são considerados pelos marcadores identificados no aspecto da prática do auto cuidado: desvalorização da escuta do usuário, ausência de espaço para que a pessoa compartilhe seus medos e anseios, desconhecimento de outras necessidades de saúde além das biológicas, inexistência de vínculo com o profissional, “imposição” de medidas de prevenção, intervenções restritas e não aos determinantes das condições que aumentam a vulnerabilidade ao adoecimento, imobilidade ou sentimento de impotência do profissional frente à complexidade das necessidades das pessoas com aids. (TAKAHASHI, 2006).

Segundo Pereira e Azevedo (2005) escutar com atenção o outro e respeitar o próximo significam reverenciar o ser humano. Portanto, o processo de comunicação se faz não só ao passar informações, mas também ao escutar o que o cliente tem a dizer a respeito daquele determinado assunto.

Assim, de acordo com Paegle e Silva (2005), na comunicação humana são utilizados o corpo, os artefatos e a disposição dos indivíduos no espaço. A comunicação não-verbal, nas relações interpessoais, são complementares à comunicação verbal, para substituí-la, contradizê-la e demonstrar sentimentos.

Quanto a estes aspectos, destaca-se a importância de considerar a presença dos fatores de risco para o câncer de mama nas mulheres portadoras do HIV. Estejam

estes explicitamente expostos ou não, uma efetiva compreensão das necessidades e potencialidades dessas mulheres é extremamente relevante para potencializar empoderamento, orientação e solidariedade, a fim de reconhecer tais marcadores de vulnerabilidade.

O conhecimento adquirido pelas mulheres HIV positivo sobre o câncer de mama, assim como a existência de mitos ou tabus sobre a doença, são marcadores de vulnerabilidade social devido as informações errôneas que produzem e são repassadas para outros níveis da sociedade, tais como, filhas, netas, etc.

Segundo Meyer et al. (2006) destaca-se a importância de se investir na produção de conhecimentos no campo da saúde pública, da educação, da promoção da saúde, ou mesmo em outras áreas da ciência com vistas à diminuição das desigualdades sociais. Assim, percebe-se que a noção de vulnerabilidade apresenta-se como importante instrumento para a rearticulação das práticas de educação e promoção da saúde para além do seu componente informativo.

De acordo com Takahashi (2006), alguns grupos sociais, portadores de características ou condições que demonstram a sua fragilidade nata ou adquirida, geralmente estão sujeitos a uma maior vulnerabilidade, devido a condição de exclusão social na qual se encontram.

Assim, olhar para a saúde de mulheres HIV positivo a partir do referencial da vulnerabilidade amplia as possibilidades de compreensão e reflexão acerca das situações que podem torná-las mais ou menos vulneráveis ao câncer de mama.

Faz-se necessário, então, considerar que as situações de desigualdade econômica, social e cultural presentes no contexto de vida das mulheres de classes populares “geram conseqüências que se engendram dinamicamente” (SOUZA; TYRRELL, 2007).

Na medida em que esses processos sociais se constituem e se interrelacionam, amplia-se o entendimento de que as escolhas para o auto cuidado não são resultantes exclusivamente da vontade individual dessas mulheres, visto que as mesmas são social e culturalmente definidas em diferentes contextos.

Dentro dessa perspectiva é possível argumentar que a saúde dessas mulheres é influenciada por desigualdades de gênero, iniquidades sociais, dificuldade de acesso a bens e serviços, entre outros.

No que se refere às fontes de informação sobre o câncer de mama, identificou-se os marcadores relacionados ao conhecimento e significados na dimensão individual, à estrutura e dinâmica de organização dos serviços de saúde na dimensão programática e, condições materiais de existência na dimensão social.

Confirmou-se então a necessidade da participação efetiva dos veículos da mídia nas intervenções educativas relacionadas à prevenção das doenças, pois esses ocupam lugar significativo na construção dos valores sociais e individuais.

Meyer et al (2004) consideram que os anúncios televisivos re-produzem ou veiculam representações de gênero múltiplas, instáveis e conflitantes, excluindo aqueles que não se identificam nessas descrições.

Já Gonçalves e Varandas (2005) propõem a aliança da bioética com a mídia para que se possam tratar adequadamente os dilemas morais relacionados às doenças.

De acordo com Nichiata et al (2008), a carência no conhecimento da mulher HIV positivo a torna vulnerável no que diz respeito à forma como acontecem os fenômenos sociais, como por exemplo, a violência, o papel social da mulher, a influência da mídia na cultura, etc.

A discriminação ou fragilidade de grupos sociais são consideradas vulnerabilidade social como qualquer outro processo de exclusão. A vulnerabilidade

mantém uma relação inversa com a capacidade de reação dos grupos frente a um evento e com as possibilidades de informação e comunicação entre seus pares e através da mídia. Os excluídos partilham sentimentos de medo e insegurança, resignando-se em decorrência dessa incapacidade de reação que a exclusão confere àqueles que transgridem os limites. (TAKAHASHI, 2006)

Portanto, a natureza dos temas veiculados pela mídia deve ser considerada, para avaliar a informação e possíveis contribuições para a mudança de comportamento das mulheres portadoras do HIV frente ao câncer de mama.

Deve-se enfatizar, também, a importância da comunicação nas instituições de saúde, entre profissionais e clientes, tendo em vista a ausência de informações e orientações oferecidas por estes às mulheres portadoras do HIV/aids sobre o câncer de mama, já evidenciada como marcador de vulnerabilidade dessas mulheres neste trabalho.

7 CONCLUSÕES

Os resultados desta pesquisa permitiram constatar que todas as mulheres participantes do estudo tinham, pelo menos, quatro fatores de risco para o câncer de mama, tais como uso regular do álcool, consumo de gorduras em geral, exposição à radiação ionizante (raios x) e idade da menarca. Além de marcadores de vulnerabilidade que caracterizam as três dimensões (individual, social e programática).

Constata-se a necessidade de incentivar as mulheres portadoras do HIV sobre a prática do auto cuidado com as mamas, bem como, de instruí-las com informações adequadas a fim de que as mesmas possam ser transmissoras de conhecimento. A importância desse incentivo de promoção da saúde e de diagnóstico precoce é verificada pelo fato de que, quando o câncer é diagnosticado em sua fase inicial e tratado de forma adequada, o prognóstico de cura é bem maior.

Enfatiza-se que, no período da realização deste estudo, não havia serviço de referência para as mulheres com HIV/aids acompanhadas no serviço no qual a pesquisa foi realizada, o que se considera uma vulnerabilidade programática.

Conclui-se que esta população é vulnerável ao câncer de mama e que ações preventivas específicas são necessárias para: fornecer informações associadas a detecção precoce da doença, melhoria do nível de conhecimento, estímulo ao autocuidado e emponderamento.

Assim, a importância deste estudo encontra-se na ocorrência de vários fatores de risco e marcadores de vulnerabilidade para o câncer de mama nas mulheres portadoras do HIV/aids, o que indica a necessidade de incorporação de rastreamento da doença, como parte da manutenção da saúde dessa população. Para tal faz-se necessário o acréscimo de informações sobre a detecção precoce do câncer de mama por ocasião dos atendimentos dos profissionais de saúde, além de agendamentos e

encaminhamentos à serviços de referência em ginecologia a fim de que tal detecção seja feita adequadamente.

Com isso, sugere-se a implementação das orientações sobre a detecção precoce do câncer de mama, assim como das outras doenças preveníveis, como o câncer de colo uterino, no advento da consulta ambulatorial de enfermagem.

Torna-se indispensável capacitar os profissionais de saúde que prestam cuidados à população feminina portadora do HIV/aids, em especial os enfermeiros, para que a prevenção ao câncer de mama possa ser implantada e praticada em seus atendimentos, acontecendo de forma efetiva e solucionadora, a fim de que as vulnerabilidades apontadas neste estudo sejam atenuadas.

Sabe-se que embora a vulnerabilidade não tenha caráter probabilístico, como sabiamente afirma José Ricardo Ayres, tem a finalidade de expressar os potenciais de adoecimento, relacionado as condições coletivas e individuais. Além disto, permite ainda, ações interdisciplinares para delineamento de intervenções dinâmicas e efetivas.

Acredita-se, então, que estudos adicionais são necessários para melhor compreensão da relação entre o HIV/aids e o câncer de mama a fim de que esta interação seja melhor descrita. Porém, é imperativo o diagnóstico precoce da doença, na perspectiva não apenas de avaliação de fatores de risco, mas também da vulnerabilidade a que essas mulheres estão expostas, para que os casos identificados possam ser tratados adequadamente e com segurança, em mulheres portadoras do HIV/aids.

8 REFERENCIAS

AGUIAR, J.M.; SIMÕES-BARBOSA, R.H. Relações entre profissionais de saúde e mulher HIV +: uma abordagem de gênero. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro; out.; 22 (10), 2006.

ANDRIEU, N.; EASTON, D.F.; CHANG-CLAUDE, J.; ROOKUS, M.A.; BROHET, R.; CARDIS, E.; ANTONIOU, A.C.; et al. Effect of Chest X-Rays on the Risk of Breast Cancer Among *BRCA1/2* Mutation Carriers in the International *BRCA1/2* Carrier Cohort Study. **Journal of clinical oncology**. Vol 24. Nº 21. 2006.

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

ASHRAFF, Z. Breast cancer in a woman with HIV/AIDS: case report and review of literature. **Journal of HIV Therapy**. FindArticles.com. http://findarticles.com/p/articles/mi_6830/is_3_12/ai_n28549277. 09 Nov. 2008.

AYRES, J.R.C.M.; CALAZANS, G.J.; SALETTI FILHO, H.C.; FRANÇA JUNIOR, I. **Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde**. In: CAMPOS GWS, MINAYO MCS, AKERMAN M, JÚNIOR MD, CARVALHO YM, (orgs.). Tratado de saúde coletiva. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Hucitec, FIOCRUZ; p. 375-497. 2008.

AYRES, J.R.C.M. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. **Rev. Bras. Epidemiol**. P. 28-42. Vol. 5, supl. 1, 2002.

BÅGEMAN, E.; INGVAR, C.; ROSE, C.; JERNSTRÖM, H. Coffee Consumption and *CYP1A2*1F* Genotype Modify Age at Breast Cancer Diagnosis and Estrogen Receptor Status. **Cancer Epidemiol**. 17: 895-901. 2008.

BAND, P.R.; LE, N.D.; FANG, R.; et al. Identification of occupational cancer risks in British Columbia - A population-based case control study of 995 incident breast cancer cases by menopausal status, controlling for confounding factors. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**. 42:284-310, 2000.

BARLETT, J.P.; GALLANT, J.E. **Tratamento clínico da infecção pelo HIV**. Rio de Janeiro: Copyrigh; 2000.

BARTSCH, H.; NAIR, J. et al. Dietary polyunsaturated fatty acids and cancers of the breast and colorectum: emerging evidence for their role as risk modifiers. **Carcinogenesis**. 20(12):2209-2218. 1999.

BASSIL, K.L.; VAKIL, C.; SANBORN, M.; et al. Cancer health effects of pesticides: systematic review. **Canadian Family Physician**; 53(10):1704-1711. 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Aids**. Ano V nº 01 - 27ª a 52ª semanas epidemiológicas - Brasília, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde INCA/ Conprev. **Estimativa de incidência e mortalidade por câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2009.

BUCHALLA, C.M.; PAIVA, V. Da compreensão da vulnerabilidade social ao enfoque multidisciplinar. **Rev Saúde Pública**. 36(4 Supl):117-9. 2002.

CAETANO, J.Á.; PAGLIUCA, L.M.F. Autocuidado e o portador do hiv/aids: Sistematização da assistência de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**. maio-junho; 14(3) 2006.

CALEFFI, M.; ASHTON-PROLLA, P.; WEBER, B.; et al. Breast cancer screening in 10.000 women of an underserved population in South Brazil: The NMAMAPOA cohort. **Journal of Clinical Oncology**. 23(16):877. 2005.

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

CEARÁ, Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Disponível em “**Informações em saúde**”, site www.saude.ce.gov.br. 2008.

CERQUEIRA, A. **A dinâmica conjugal em situação de câncer de mama**. Dissertação (Mestrado)-Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2004.

CHO, E.; SPIEGELMAN, D.; HUNTER, D.J.; CHEN, W.Y.; STAMPFER, M.J.; COLDITZ, G.A.; WILLETT, W.C. Premenopausal Fat Intake and Risk of Breast Cancer. **Journal of the National Cancer Institute**, Vol. 95, No. 14, July 16, 2003.

CLARK, J.C.; MACGEE, R.F. **Enfermagem Oncológica: Um currículo Básico**. Tradução: Luciane Kalakum e Luiza Maria Gerhardt. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 1997.

COLLABORATIVE GROUP ON HORMONAL FACTORS IN BREAST CANCER. Alcohol, tobacco and breast cancer – collaborative reanalysis of individual data from 53 epidemiological studies, including 58 515 women with breast cancer and 95 067 women without the disease. **British Journal of Cancer**. 87, 1234–1245. 2002.

COUCH, F.J. et al. **Cigarette smoking increases risk for breast cancer in high -risk breast cancer families**. (artigo científico) 2001. Disponível em <<http://research.bmn.com/medline/search/record?biomed=yes> >. Acessado em 22 de fev. de 2009.

DOLAPSAKIS, G.; VLACHONIKOLIS, I.G.; VARVERIS, C.; et al. Mammographic findings and occupational exposure to pesticides currently in use on Crete. **European Journal of Cancer**. 37:1531-1536. 2001.

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

EGAN, K.M.; NEWCOMB, P.A.; AMBROSONE, C.B.; et al. *STK15* polymorphism and breast cancer risk in a population-based study. *Carcinogenesis*. 25(11):2149-53. 2004. Errata: *Carcinogenesis*. 26(3):701. 2005.

FERNANDES, A.F.C.; SANTOS, M.C.L.; SILVA, R.M. **Câncer de mama: como detectar e cuidar**. Fortaleza: editora UFC, 2005. 59p.

FERREIRA, C.B.; ALMEIDA, A.M.; RASERA, E.F. Sentidos do diagnóstico por câncer de mama feminino para casais que o vivenciaram **Interface - comunicação saúde educação**. v.12, n.27, p.863-71, out./dez. 2008.

FONSECA, M.G.F.; BASTOS, F.I.; DERRICO, M.; ANDRADE, C.L.T.; TRAVASSOS, C.; SZWARCOWALD, C.L. AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 16(Sup. 1):77-87, 2000.

FORD, D.; EASTON, D.F.; STRATTON, M.; et al. Genetic heterogeneity and penetrance analysis of the BRCA1 and BRCA2 genes in breast cancer families. The Breast Cancer Linkage Consortium. **Am J Hum Genet**. 62(3):676-689. 1998.

FRANÇA, E.; ABREU, D.; SIQUEIRA, M. Epidemias de dengue e divulgação de informações pela imprensa. **Cad. Saúde Pública**, vol.20, no.5, p.1334-1341. ISSN 0102-311X. Out 2004.

FREITAS, C.M.; SÁ, I.M.B. Por um gerenciamento de riscos integrado e participativo na questão de agrotóxicos. In: PERES, F; MOREIRA, JC (orgs.) **É veneno ou é remédio? Agrotóxicos, saúde e ambiente**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, p. 211-250. 2003.

GARCIA-SANCHEZ, I. Diferencias de gênero em el VIH/sida. **Gac Sanit**. 18(supl 2):47-54. 2004.

GHAFOOR, A.; JEMAL, A.; WARD, E.; et al. Trends in breast cancer by race and ethnicity. CA: **A Cancer Journal for Clinicians**. 2003; 53(6):342-355. Errata: CA: **A Cancer Journal for Clinicians**. 2004; 54(3):181.

GIACOMAZZI, J. **Fatores de risco para câncer de mama e polimorfismos genéticos nos genes ER, PR e STK15 em mulheres participantes de um programa de rastreamento mamográfico em Porto Alegre**. Dissertação. (Mestrado), apresentada à Faculdade de Medicina de Porto Alegre da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2008.

GONÇALVES, E.H.; VARANDAS, R. O papel da mídia na prevenção do HIV/Aids e a representação da mulher no contexto da epidemia. **Cienc Saude Coletiva**; 10(1):229-35. 2005.

GRADIM, C.V.C. **Sexualidade de casais que vivenciaram o câncer de mama**. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2005.

HALLAL, C.; GOTLIEB, S.L.D.; LATORRE, M.R.D.O. Evolução da mortalidade por neoplasias malignas no Rio Grande do Sul, 1979-1995. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 2001; 4:169-177.

HAMAJIMA, N.; HIROSE, K.; TAJIMA, K.; et al. Alcohol, tobacco and breast cancer collaborative reanalysis of individual data from 53 epidemiological studies, including 58 515 women with breast cancer and 95 067 women without the disease. **British Journal of Cancer**, 87:1234–1245. 2002.

JAKOVLJEVIC, J.; TOUILAND, M.S.; BONDY, M.L.; et al. Dietary intake of selected fatty acids cholesterol and carotenoids and estrogen receptor status in premenopausal breast cancer patients. **Breast Cancer Research and Treatment**. 75(1):5-14. 2002.

JEKEL, J.F.; ELMORE, J.G.; KATZ, D.L. **Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva**. Porto Alegre, ARTMED,1999.

KETTLES, M.K.; BROWNING, S.R.; PRINCE, T.S. et al. Triazine herbicide exposure and breast cancer incidence: an ecologic study of Kentucky counties. **Environmental Health Perspectives**. 105:1222-1227. 1997.

LAKE-LEWIN, D.; ARKEL, Y.S. **Spectrum of malignancies in HIV positive individuals**. Proc American Society of Clinical Oncology. 7: 5. 1988.

LINARD, A.G.; SILVA, R.M.; FERNANDES, A.F.C. Mulheres: Os efeitos da comunicação na adesão do auto-exame da mama. In **7º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem: Comunicação como meio de promover saúde**. p.159 à 163. 2000.

LONGNECKER, M.P. Alcoholic beverage consumption in relation to risk of breast cancer: meta-analysis and review. **Cancer Causes Control**. 5:73–82. 1994.

MANN, J.M.; TARANTOLA, D.J.M.; NETTER, T.W. **Aids in the world – the global aids policy**. Boston: Mass, 1992.

MARINHO, M.S.; COSTA-GURGEL, L.A.B.; CECATTI, J.G.; OSIS, M.J.D. Conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas em centros de saúde. **Revista de Saúde Pública**, 37(5), 576-582. 2003.

MEISTER, K. **Risk Factors for Breast Cancer**. Pamphlet by: American Council on Science and Health. . FindArticles.com. 28 Oct. 2008. http://findarticles.com/p/articles/mi_m0SOH/is_2000_Oct/ai_n18611049

MELO, E.M.; SILVA, R.M.; RODRIGUES, M.S.P.; FERNANDES, A.F.C. Influencia de la mastectomía en los roles da la mujer y la familia. **Rev. Enfermería Integral**, dic 2005. n. 72 p. 9 - 14.

MEPHERSON, K.; et al. Breast cancer: epidemiology, risk factors, and genetics. **BMJ**; 321:624-8. 2000.

MEYER, D.E. et al. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1335-42, jun, 2006.

MICHELS, K.B.; SOLOMON, C.G.; HU, F.B.; ROSNER, B.A.; HANKINSON, S.E.; et al. Type 2 Diabetes and Subsequent Incidence of Breast Cancer in the Nurses’ Health Study. **DIABETES CARE**. Vol 26. Nº 6. 2003.

MICHELS, K.B.; XUE, F.; COLDITZ, G.A.; WILLETT, W.C. Induced and Spontaneous Abortion and Incidence of Breast Cancer Among Young Women: a Prospective Cohort Study. **Arch Intern Med**. 167(8):814-820. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. **Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996.

MORGAN J.W.; GLADSON J. Position paper of the American Council on Science and Health on risk factors for breast cancer. **Breast J**. 4 (93): 177-97, 1998.

MORIMOTO L.M.; et al. **Obesity, body size, and risk of postmenopausal breast cancer: Women’s Health Initiative (United States)**. (artigo científico) 2001. Disponível em <<http://research.bmn.com/medline/search/record?biomed=yes>>. Acessado em 22 de fev. de 2009.

NICHIATA, L.Y.I.; BERTOLOZZI, M.R.; TAKAHASHI, R.F.; FRACOLLI, L.A. A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela enfermagem. **Rev Lat-am Enfermagem**. setembro-outubro; 16(5), 2008.

NOVAIS, E. (2004). *Toque não evita morte por câncer de mama* (on-line). Disponível em:<http://www.netsite.com.br/artigo/mostra_conteudo121416.asp?id_conteudo=121416>. Acessado em 25 de fev. de 2009.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Crítérios para a avaliação do IMC**. Disponível em www.omsbrasil.com.br. Acessado em 22 de fev. de 2009.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION-PAHO. News and Public Information. **Ten UN agencies urge new focus on women with HIV in Latin America and Caribbean**. Disponível em <http://www.paho.org>. Acesso em fevereiro de 2009. 2004

PAEGLE, S.O.; SILVA, M.J.P. Análise da comunicação não-verbal de pessoas portadoras de ostomia por câncer de intestino em grupo focal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.13 n.1 Ribeirão Preto jan./fev. 2005.

PALMEIRA, H.T.; et al. Características anatomopatológicas e dados epidemiológicos de pacientes com câncer de mama submetidas a tratamento cirúrgico na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand. **Revista Brasileira de Mastologia**, 12(1); 31-34, 2002.

PANTANOWITZ, L.; CONNOLLY, J.L. **Pathology of the Breast Associated With HIV/AIDS**. Boston, Massachusetts, Blackwell PuhtishiiiK. Im.. I07.S-I22X/02/S1.S.00/0. **The Breast Journal**. Vahirtw ,V, Number 4. 2002 2i4-243

PASSOS, V.M.A.; ASSIS, T.D.; BARRETO, S.M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**; 15(1) : 35 – 45. 2006.

PEREIRA, M.P.G. **Epidemiologia: teoria e prática**. 5ed.Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

PEREIRA, M.G.A.; AZEVÊDO, E.S. A relação médico-paciente em rio branco branco/AC sob a ótica dos pacientes. **Rev Assoc Med Brás**. 51(3): 153-7. 2005.

PIKE, M.C.; HENDERSON, B.E.; CASAGRANDE, J.T.; et al. Oral contraceptive use and early abortion as risk factors for breast cancer in young women. **British Journal of Cancer**. 43:72-76, 1981.

PONTES, L.R.S.K. **Comportamentos, Atitudes, Práticas e Fatores de Risco para a Infecção pelo HIV entre Homens que fazem Sexo com Homens na região metropolitana de Fortaleza**. RDS Pesquisa. Fortaleza, 2005.

REYNOLDS, P.; et al. Active smoking, household passive smoking, and breast cancer: evidence from the California Teachers Study. **Journal of the National Cancer Institute**. 96: 29-37. 2004.

RICCI, M.D.; SILVA, R.V.; FILASSI, J.R.; MUNHOZ, A.M.; GIRIBELA, A.H.G.; PIATO, J.R.M.; BARACAT, E.C. Análise ética do diagnóstico do câncer de mama. **Einstein**. 5(3): 220-224, 2007.

ROSSANO, R.B.A. et al. Fatores de risco para o câncer de mama. **Revista Lat-am de Mastologia**. 3(2), 2002.

ROGERS, A.E. Diet and breast cancer: studies in laboratory animals. **Journal of Nutrition**; 127(5):933s-935s. 1997.

SADETZKI, S.; CHETRIT, A.; JARUS-HAKAK, A.; et al. Cellular Phone Use and Risk of Benign and Malignant Parotid Gland Tumors - A Nationwide Case-Control Study. **Am J Epidemiol**.167:457-467. 2008.

SOJI, F.O.; AYOOLA, O.A.; ZAHRA, S.; HECTOR, A.D. Breast cancer in women with HIV/AIDS: report of five cases with a review of the literature. **J Surg Oncol**, 89, 23-57, 2005.

SOUZA, K.V.; TYRRELL, M.A.R. Os fatos e atos relacionados ao (difícil) exercício dos direitos sexuais e reprodutivos: recortes, o processo de viver de um grupo de mulheres de classes populares. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.16, n.1, p.47-54, 2007.

SOUSA, V.D.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I.A.C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 1: Desenhos de pesquisa quantitativa. **Rev. Lat-am Enfermagem**. Maio-junho; 15(3). 2007.

TAKAHASHI, R.F. **Marcadores de vulnerabilidade a infecção, adoecimento e morte por HIV e aids**. Tese (Livre-docência) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006.

TEIXEIRA, J.J.V.; LEFÈVRE, F. Religiosidade no trabalho das enfermeiras da área oncológica: significado na ótica do discurso do sujeito coletivo. **Rev Bras de Cancerologia**; 53(2): 159-166. 2007.

UNAIDS. **Aids epidemic**. update: December 2006. Disponível em: www.unaids.org/en/hiv_data/epi2006/default.asp

UNAIDS. **Aids epidemic**. update: Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, December 2000.

UNAIDS. The global HIV challenge: assessing progress, identifying obstacles, renewing commitment. Report on the global aids epidemic. 2008

VALENTE, R.C.; CAPELLA, L.S.; NASCIMENTO, C.R.; BRAGA, F.; et al. ABCB1 (P-glycoprotein) but not ABCC1 (MRP1) is downregulated in peripheral blood mononuclear cells of spontaneously hypertensive rats. **P fluegers Archiv**. v. 456, p. 359-368. 2008.

VAN DEN BRANDT, P.A.; SPIEGELMAN, D.; YAUN, S.S.; ADAMI, H.O.; BEESON, L.; FOL-SOM, A.R.; et al. Pooled analysis of prospective cohort studies on height, weight, and breast cancer risk. **Am J Epidemiol**, 152:514-27. 2000.

VIEIRA, C.P.; LOPES, M.H.B.M.; SHIMO, A.K.K. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. **Rev Esc Enferm USP**. 41(2):311-6, 2007.

VILLELA, W. Reelaborando a agenda sobre AIDS e mulheres. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro; dez. 29:61-72; 2003.

VOUTSADAKIS, I.; SILVERMAN, L. Breast Cancer in HIV-Positive Women: A Report of Four Cases and Review of the Literature. Mount Sinai Hospital and Mount Sinai School of Medicine, New York, New York, U.S.A. **Cancer Investigation**, Volume 20, Issue 4, June 2002 , pages 452 – 457. 2002.

WEITZEN, R.; TICHLER, T.; KAUFMAN, B.; et al. Body weight, nutritional factors and physical activity--their influence on prognosis after breast cancer diagnosis. **Harefuah**. 145(11):820-825. 2006.

9. ANEXOS

ANEXO 1

Carta de aprovação do Comitê de ética em pesquisa do Hospital São José de doenças infecciosas.



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SAÚDE



HOSPITAL SÃO JOSÉ DE
DOENÇAS INFECCIOSAS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP-HSJ)

Referente ao Protocolo nº. 012/2008

Folha de Rosto: 188231

CAAE: 0018.0.042.000-08

Título do Projeto: "Câncer de mama e Aids: fatores de risco e representações sociais"

Instituições envolvidas: Hospital São José de Doenças Infecciosas da SESA
Associação Cearense de Mulheres Mastectomizadas
Universidade Estadual do Ceará-UECE

Pesquisadoras responsáveis: Carla Daniele Mota Rêgo Viana
Dra. Maria Lúcia Duarte Pereira (orientadora)

PARECER CONSUBSTANCIADO

Analisamos o referido projeto de pesquisa, para retirada de pendências, no dia 19 de maio de 2008. Constatamos que as pendências elencadas, no Parecer Consubstanciado exarado pela coordenação do CEP/HSJ em 28 de abril de 2008, foram resolvidas: foi anexada a autorização da coordenadora da Associação Toque de Vida; foi descrito com detalhe como será feito o processo de seleção da amostra; os esclarecimentos sobre a entrevista foram relatos e o TCLE foi melhor apresentado.

Diante do exposto, o projeto foi **aprovado**.

Lembramos a necessidade de envio de relatório do andamento do projeto (primeiro para 19 de maio de 2009) e de relatório final quando de sua conclusão, além de que qualquer mudança na proposta do estudo, deverá passar por uma prévia avaliação deste comitê. Outrossim, comunicamos que, mensalmente, o CEP-HSJ está monitorando pesquisas em execução no Hospital São José escolhidas aleatoriamente.

Fortaleza, 19 de maio de 2008


Dr. Erico Antônio Gomes de Arruda
Coordenador do CEP/HSJ

ANEXO 2**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.**

Estamos lhe convidando para participar de uma pesquisa com o título “Fatores de risco e vulnerabilidades ao câncer de mama em mulheres com HIV/aids”.

Com esta pesquisa, pretendemos identificar e analisar os fatores de risco para o câncer de mama em mulheres com HIV/aids e, marcadores de vulnerabilidade classificando-os nas dimensões individual, programática e social.

Para isto, pedimos a sua colaboração, respondendo algumas perguntas quando solicitada. Caso aceite vou realizá-las agora mesmo. A entrevista demorará em média, dez minutos, e aparentemente, não lhe trará nenhum constrangimento ao respondê-la.

Damos-lhe a garantia de que as informações obtidas serão apenas para realização do nosso estudo e, também, lhe asseguro que a qualquer momento terá acesso às informações sobre a pesquisa, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer.

Os resultados deste estudo poderão ajudar os profissionais de saúde, juntamente com os pacientes com HIV/aids e/ou câncer de mama, a constituírem maneiras que os ajudem a melhorar a qualidade da assistência a esses pacientes.

Todos os participantes têm a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que lhe traga nenhum prejuízo.

Finalmente, lhe informo que ao fim do meu trabalho respeitarei o anonimato e não darei nenhuma informação que possa identificá-la.

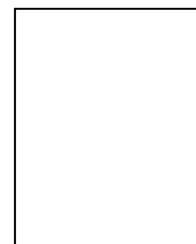
Para tirar quaisquer dúvidas, você poderá contactar com a Prof^a Dra. Maria Lúcia Duarte Pereira, orientadora da pesquisa, no seguinte endereço: Rua Paulo Moraes, 175 Apto 1202 CEP: 60175-175; ou pelos telefones: 32654367, 9627.9596. Outra forma de buscar informações sobre a pesquisa e seus direitos é contactar com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São José de Doenças Infecciosas cujo telefone é 3452.7880.

Pesquisadora

Eu _____ RG:
_____, tendo sido satisfatoriamente informada sobre a pesquisa: “Câncer de mama e Aids: Fatores de risco e representações sociais”, estou ciente de que meu nome não será divulgado e aceito participar da mesma. Estou ciente de que posso retirar meu consentimento a qualquer momento.

Fortaleza, ____ de _____ de 2008

Assinatura do cliente OU DIGITAL



Testemunha: _____

ANEXO 3

Questionário

QUESTIONARIO Nº |__|__|__|

Data: ____/____/____

AIDS ()

HIV ()

PARTE 1 – Características sócio-econômicas

Nº	QUESTÃO OU FILTRO	CÓDIGOS/CATEGORIAS	PULE PARA
1.1	Quantos anos você tem?	Idade completada em anos	[_ _]
1.2	Qual o curso que você está cursando?	Ensino Fundamental Completo Ensino Fundamental Incompleto Ensino Médio Completo Ensino Médio Incompleto Ensino Superior Completo Ensino Superior Incompleto Não respondeu	1 2 3 4 5 6 -9
1.3	Qual a sua situação de trabalho?	Empregado regularmente em tempo integral Empregado ocasionalmente ou recebendo por dia (bico) Seu próprio patrão Desempregado ou procurando por trabalho Trabalhador caseiro ou autônomo com algum trabalho em meio expediente fora de casa Trabalhador caseiro sem outro trabalho fora de casa Estudante (integral) Aposentado Incapacitado de trabalhar Outro [_____] Não sei Não respondeu	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 -8 -9
1.4	Procedência	[_____] Não respondeu	-9
1.5	Qual a sua religião?	Católico Protestante/evangélico Afrobrasileiras Ateu Outra [_____] Não respondeu	1 2 3 4 5 -9
1.6	A qual raça você pertence?	Branca Negra Parda Amarela Indígena Outra [_____] Não respondeu	1 2 3 4 5 6 -9
1.7	<i>Renda pessoal</i> Em qual dessas faixas de renda você se enquadra?	Sem rendimento Menos de um salário mínimo De um a menos de quatro salários mínimos De quatro a menos de oito salários mínimos De oito a menos de doze salários mínimos De doze salários mínimos ou mais Não sei Não respondeu	1 2 3 4 5 6 -8 -9

1.8	Renda familiar Em qual dessas faixas de renda a sua família se enquadra?	Sem rendimento	1
		Menos de um salário mínimo	2
		De um a menos de quatro salários mínimos	3
		De quatro a menos de oito salários mínimos	4
		De oito a menos de doze salários mínimos	5
		De doze salários mínimos ou mais	6
		Não sei	-8
Não respondeu	-9		

PARTE 2 - Contexto Social e Identidade

Nº	QUESTÃO OU FILTRO	CÓDIGOS/CATEGORIAS	PULE PARA
2.1	Com quem você mora?	Sozinho	1
		Com parceiro	2
		Marido/família	3
		Amigos(as)	4
		Pais/parentes	5
		Outros [_____]	6
		Não respondeu	-9
2.2	Quantas pessoas moram com você?	Número de pessoas Não respondeu	[_ _] -9

PARTE 3 – História sexual

Nº	QUESTÃO OU FILTRO	CÓDIGOS/CATEGORIAS	PULE PARA
3.1	Quantos anos você tinha na sua primeira relação sexual (oral, vaginal ou anal)?	[_ _] anos	1
		Não sei	-8
		Não respondeu	-9
3.2	Você usou preservativo na primeira vez que teve relação sexual?	Sim	1
		Não	2
		Não sei	-8
		Não respondeu	-9

PARTE 4 – Informações pessoais e Hábitos pessoais, sociais e familiares

Nº	QUESTÃO OU FILTRO	CÓDIGOS/CATEGORIAS	PULE PARA
4.1	Quantos anos você tinha quando menstruou pela primeira vez?	Idade completada em anos Não sei Não respondeu	[_ _] -8 -9
4.2	Quantos anos você tinha quando entrou na menopausa?	Idade completada em anos Não entrei ainda Não sei Não respondeu	[_ _] 1 -8 -9
4.3	Você já ficou grávida?	Sim Não Não sei Não respondeu	1 2 -8 -9
4.4	Quantos anos você tinha quando engravidou pela primeira vez?	Idade completada em anos Não sei Não respondeu	[_ _] -8 -9
4.5	Quantas vezes você teve o filho?	Nunca 1 2 3 4 Mais de 4 vezes	0 1 2 3 4 5
4.6	Quantas vezes você abortou?	Nunca 1 2 3 4 Mais de 4 vezes	0 1 2 3 4 5
4.7	Você já amamentou?	Sim Não Não sei Não respondeu	1 2 -8 -9
4.8	Qual o seu tempo total de amamentação?	Nunca amamentei De 1 a 6 meses De 7 meses a 12 meses De 13 meses a 36 meses Acima de 36 meses Não sei Não respondeu	1 2 3 4 5 -8 -9
4.9	Você faz ou já fez uso de Anticoncepcional oral ou injetável?	Nunca fez uso Usou, mas não usa mais Usa diariamente Usa mensalmente Não respondeu	1 2 3 4 -9
4.10	Você faz ou já fez uso de Terapia de reposição hormonal?	Nunca fez uso Usou, mas não usa mais Usa diariamente Usa mensalmente Não respondeu	1 2 3 4 -9
4.11	Em relação ao fumo (cigarro), você:	Nunca fumou Fumou, mas não fuma mais Fuma, mas não diariamente Fuma diariamente Não respondeu	1 2 3 4 -9
4.12	Qual a frequência do seu consumo de bebidas alcoólicas?	Nunca Menos que mensalmente Mensalmente Semanalmente Diariamente ou quase diariamente	0 1 2 3 4

4.13	Quais desses alimentos você consome rotineiramente?	Gorduras em geral Frituras Carne de porco e derivados Alimentos enlatados Alimentos defumados Nenhum dos citados Outros Não respondeu	0 1 2 3 4 5 6 -9	
4.14	Qual a sua altura?	Altura em metros Não sei Não respondeu	[_] [_] -8 -9	
4.15	Qual o seu peso?	Peso em Kg. Não sei Não respondeu	[_] [_] -8 -9	
4.16	Você costuma ingerir café?	Nunca tomou Tomou, mas não toma mais Toma, mas não diariamente Toma diariamente de 1 a 3 vezes por dia Toma diariamente 4 ou mais vezes por dia Não respondeu	1 2 3 4 5 -9	
4.17	Você costuma ingerir refrigerantes?	Nunca tomou Tomou, mas não toma mais Toma, mas não diariamente Toma diariamente de 1 a 3 vezes por dia Toma diariamente 4 ou mais vezes por dia Não respondeu	1 2 3 4 5 -9	
4.18	Você já se expôs a alguma substância tóxica ou veneno? (Inseticidas, pesticidas, etc)	Sim Não Não sei Não respondeu	1 2 -8 -9	
4.19	Você já se expôs a raios X? (No trabalho, na realização de exames, etc)	Sim Não Não sei Não respondeu	1 2 -8 -9	

PARTE 5 – Antecedentes pessoais e familiares

Nº	QUESTÃO OU FILTRO	CÓDIGOS/CATEGORIAS	PULE PARA
5.1	Você tem Hipertensão Arterial (pressão alta)?	Sim Não Não sei Não respondeu	1 2 -8 -9
5.2	Você tem Diabetes Mellitus?	Sim Não Não sei Não respondeu	1 2 -8 -9
5.3	Há casos na sua família de Hipertensão Arterial (pressão alta)?	Sim Não Não sei Não respondeu	1 2 -8 -9
5.4	Qual o grau de parentesco?	Pai Mãe Tios e tias Avós Irmãos Outros [_____]	1 2 3 4 5 6
5.5	Há casos na sua família de Diabetes Mellitus?	Sim Não Não sei Não respondeu	1 2 -8 -9
5.6	Qual o grau de parentesco?	Pai Mãe Tios e tias Avós Irmãos Outros [_____]	1 2 3 4 5 6

5.7	Você já teve ou tem alguma alteração benigna nas mamas?	Sim Não Não sei Não respondeu	1 2 -8 -9	
5.8	Que tipo de Alteração?	Nódulos Serosos Nódulos de gordura Nódulos sem causa aparente Doença benigna proliferativa das mamas Hiperplasias ductais Mastites Outros [_____] Não sei Não respondeu	1 2 3 4 5 6 7 -8 -9	
5.9	Você tem casos de câncer de mama na família?	Sim Não Não sei Não respondeu	1 2 -8 -9	
5.10	Qual o grau de parentesco?	Mãe Avó materna Avó paterna Tias maternas Tias paternas Irmãs Outros [_____]	1 2 3 4 5 6 7	
5.11	Você tem casos de qualquer tipo câncer na família?	Sim Não Não sei Não respondeu	1 2 -8 -9	
5.12	Qual o grau de parentesco?	Pai Mãe Tios e tias Avós Irmãos Outros [_____]	1 2 3 4 5 6	
5.13	Qual o tipo de câncer?	Câncer de Pele Câncer de Pulmões Câncer de estômago Câncer de colo de útero Câncer de ovários Outros [_____]	1 2 3 4 5 6	

PARTE 6 – Práticas de auto cuidado

Nº	QUESTÃO OU FILTRO	CÓDIGOS/CATEGORIAS	PULE PARA
6.1	Você sabe o que é o auto exame das mamas?	Sim Não Não respondeu	1 2 -9
6.2	Você realiza o auto exame das mamas?	Sim Não Não sei Não respondeu	1 2 -8 -9
6.3	Com qual frequência você realiza?	Diariamente Semanal Mensal Semestral ou anual Não possui frequência de realização Não sei Não respondeu	1 2 3 4 5 -8 -9
6.4	Você sabe o que é o exame clínico das mamas?	Sim Não Não respondeu	1 2 -9
6.5	Você realiza o exame clínico das mamas?	Sim Não Não sei Não respondeu	1 2 -8 -9

6.6	Com qual frequência você realiza?	Diariamente Semanal Mensal Semestral ou anual Não possui frequência de realização Não sei Não respondeu	1 2 3 4 5 -8 -9	
6.7	Você sabe o que é mamografia?	Sim Não Não respondeu	1 2 -9	
6.8	Você já realizou uma mamografia?	Sim Não Não sei Não respondeu	1 2 -8 -9	
6.9	Com qual frequência você realiza?	Diariamente Semanal Mensal Semestral ou anual Não possui frequência de realização Não sei Não respondeu	1 2 3 4 5 -8 -9	
6.10	Quando realizou a última mamografia?	De 1 a 3 meses De 4 a 12 meses De 13 a 24 meses Não lembro Não respondeu	1 2 3 4 -9	

PARTE 7 – Conhecimento, opiniões e atitudes frente ao câncer de mama.

Nº	QUESTÃO OU FILTRO	CÓDIGOS/CATEGORIAS	PULE PARA	
7.1	Você já ouviu falar de CÂNCER DE MAMA?	Sim Não Não respondeu	1 2 -9	
7.2	Você sabe de alguém que está com Câncer de mama?	Sim Não Não sei Não respondeu	1 2 -8 -9	
7.3	Você tem um parente próximo ou um amigo próximo que está com câncer de mama?	Sim, um parente próximo Sim, um amigo próximo Não Não respondeu	1 2 -8 -9	
7.4	Uma pessoa pode adquirir o câncer de mama ao dividir talheres, copos ou refeições com alguém que está infectado?	Sim Não Não sei Não respondeu	1 2 -8 -9	
7.5	Você acredita que o fato de possuir mamas grandes pode facilitar o risco de câncer de mama?	Sim Não Não sei Não respondeu	1 2 -8 -9	
7.6	Você acredita que o fato de ter sofrido pancadas, traumatismos, etc. nas mamas facilita o risco de câncer de mama?	Sim Não Não sei Não respondeu	1 2 -8 -9	
7.7	Uma pessoa pode adquirir o câncer de mama ao utilizar o celular ou microondas?	Sim Não Não sei Não respondeu	1 2 -8 -9	
7.8	Uma pessoa OBESA/GORDA pode adquirir o câncer de mama com mais facilidade?	Sim Não Não sei Não respondeu	1 2 -8 -9	
7.9	Você acha que uma pessoa de aparência saudável pode estar com um câncer de mama?	Sim Não Não sei Não respondeu	1 2 -8 -9	

Parte 8 – Fontes de informação

Nº	QUESTÃO OU FILTRO	CÓDIGOS/CATEGORIAS	PULE PARA
8.1	Onde você adquiriu as informações que você conhece a respeito do Câncer de Mama?	TV Rádio Revista Palestras Oficinas Conversas Seculares Outros Não Sei Não respondeu	1 2 3 4 5 6 7 -8 -9
8.2	Você conhece algum grupo que não esteja ligado ao serviço público (Organização Não Governamental – ONG ou Organização da Sociedade Civil – OSC) que trabalhe com Câncer de mama?	Sim Não Não sei Não respondeu	1 2 -8 -9
8.3	Nos últimos 12 meses, você participou de alguma atividade desenvolvida por algum serviço da rede pública de saúde sobre o câncer de mama?	Sim Não Não sei Não respondeu	1 2 -8 -9