
**CÂNCER DE MAMA: ANÁLISE DE FATORES DE RISCO
SOB A PERSPECTIVA DA TEORIA DE KURT LEWIN**

ANA MARIA DE ALMEIDA

**TESE SUBMETIDA AO CORPO DOCENTE DA ESCOLA DE ENFERMAGEM
ANNA NERY DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO COMO
PARTE DOS REQUISITOS NECESSÁRIOS À OBTENÇÃO DO GRAU DE
MESTRE**

Prof^a.Dr^a.DELY GONÇALVES DE OLIVEIRA

Prof^a.Dr^a.MARLI VILLELA MAMEDE

Prof^a.Dr^a.SHIRLEY CORREIA DA COSTA

Rio de Janeiro, RJ - Brasil

Outubro de 1991

ALMEIDA, ANA MARIA

Câncer de Mama: análise de fatores de risco sob a perspectiva da teoria de Kurt Lewin. Rio de Janeiro, UFRJ, EEAN, 1991. 61p.

Tese: Mestre em Enfermagem

1. Câncer de Mama. 2. Fatores de Risco. 3. Saúde da mulher. 4. Teses.

I. Universidade Federal do Rio de Janeiro - EEAN

II. Título

Este trabalho é parte de um projeto de pesquisa sobre câncer de mama inserido na linha de pesquisa Saúde da Mulher do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

- À Ana Julia, minha filha, cuja ternura e vivacidade me fez descobrir um novo significado em meu viver

- Aos meus pais, que sempre foram um exemplo de força e trabalho na minha vida

- Aos meus irmãos e sobrinhos, que sempre estiveram presentes no meu cotidiano e me ajudaram a superar obstáculos que, às vezes, se mostravam intransponíveis

- Ao Beto, com quem durante o processo de criação, partilhei o amor e a amizade

- À minha tia, Maria Consuelo, mulher mastectomizada, que tanta lição de vida me proporciona

- Às mulheres do NÚCLEO DE ENSINO, PESQUISA E ASSISTÊNCIA NA REABILITAÇÃO DE MASTECTOMIZADAS - REMA - que partilhando comigo sua experiência me possibilitam uma melhor compreensão do ter um câncer de mama

dedico este trabalho.

Agradecimentos:

- À orientadora Prof^ª. Dr^ª. DELY GONÇALVES DE OLIVEIRA por acreditar nas minhas possibilidades.
- À Prof^ª. Dr^ª. MARLI VILLELA MAMEDE, que partilhando comigo todo o processo de criação teve um valor inestimável. Agradeço o estímulo, o respeito e a compreensão.
- À Prof^ª. MARIA JOSÉ CLAPIS RAVAGNANI, por compartilhar os momentos difíceis, sempre dando apoio e incentivo.
- Aos Prof^ªs Dr^ª. MARLI VILLELA MAMEDE, Dr^ª. YURIKO KANASHIRO MATUO, Dr^ª. MARIA SOLANGE GUARINO TAVARES, ANTONIETA KEIKO KAKUDA SHIMO, ANA MÁRCIA SPANÓ NAKANO e MARIA JOSÉ CLAPIS RAVAGNANI, colegas da área de ensino Saúde da Mulher pelo convívio sadio, pela amizade e estímulo.
- Ao DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA da EERP-USP que me propiciou a oportunidade de ter participado do programa de Pós-Graduação na Escola de Enfermagem Anna Nery - Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- A ex-aluna, enfermeira FLAVIA ROBERTI CARVALHO que muito colaborou na coleta de dados desse estudo.
- A todos que dedicaram sua amizade e que de uma forma ou de outra forneceram estímulo na superação de inúmeros obstáculos.
- Ao HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO-UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO pelo acesso aos dados desse estudo.
- À CAPES-COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR, programa PICD - Programa Institucional de Capacitação de Docentes - cuja colaboração financeira permitiu a continuidade no programa de pós-graduação.

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo estudar os fatores de risco em mulheres acometidas por câncer de mama na região de Ribeirão Preto-SP. Para tal realizou-se um estudo retrospectivo onde buscou-se analisar, para a população local, os principais fatores de risco descritos na literatura. Para uma análise mais compreensiva das variáveis foi utilizado a teoria de campo de Kurt Lewin.

Nessa abordagem, foi possível identificar e localizar alguns vetores de relações mútuas na situação concreta de ter um câncer mamário. Dessa forma ficou evidente a necessidade de se pontuar a interrelação das forças que atuam no espaço de vida da mulher e que a predispõe ao câncer mamário.

SUMMARY

The objective of this study was to study the risk factors of women with breast cancer in the region of Ribeirão Preto, SP. A retrospective study was made to analyze the main risk factors for the local population described in the literature. The theory of Kurt Lewin was used for a more comprehensive analysis of the variables. Using this approach, it was possible to identify several mutual relationship vectors for having breast cancer. The necessity of pointing out the interrelationship between forces which occur during a woman's life and which predispose her to breast cancer became evident.

ÍNDICE

Apresentação	1
Capítulo I. Câncer de mama - um problema real	4
Capítulo II. Etiologia do câncer	11
1. Teoria Genética	12
2. Carcinogênese química	13
3. Teoria da radiação	14
4. Teoria viral	14
5. Teoria sobre a incompetência do sistema imunológico	16
6. Teoria relacionada à rápida proliferação tecidual	16
7. Teoria hormonal	17
8. Teoria relacionada a fatores dietéticos	17
9. Teoria psicológica	18
Capítulo III. A teoria de Kurt Lewin	20
Espaço de vida	23
Campo	23
Força	24
Valência	25
Poder	25
Barreira	25
Objetivo	26
Conflito	26
Capítulo IV. Metodologia	28
Tipo de estudo	28
Delineamento da população	28
Fonte de dados	29
Análise dos dados	30
Capítulo V. Fatores de risco no câncer de mama	31
Caracterização da população	31
Fatores de risco à luz da teoria de campo	33
Capítulo VI. Implicações para a saúde da mulher	55
Referências Bibliográficas	58

APRESENTAÇÃO

O câncer ginecológico tem sido alvo de interesse desde o início da minha formação profissional. Ainda na graduação, no curso de enfermagem, preocupava-me a alta incidência do câncer cérvico-uterino e as crescentes taxas de morbi-mortalidade do câncer de mama.

A preocupação com a doença, como importante fator causal na mortalidade da mulher, levava-me a indagar sempre sobre a busca de recursos terapêuticos numa fase avançada com conseqüente mutilação e a agressividade advindas com o tratamento. Nessa reflexão reportava-me a necessidade de educação em saúde sobre medidas preventivas e de diagnóstico precoce e em contrapartida emergia a inacessibilidade de grande parte da população a serviços de saúde com eficaz grau de resolutividade.

Dessa forma as medidas preventivas e de diagnóstico precoce esbarravam num sistema de saúde pouco eficaz e que, de certa forma, contribue para o avançar da doença colocando a saúde da mulher em crescente ameaça.

Analizando esse processo, e considerando a importante função educativa da enfermeira, procurava vislumbrar o papel significativo que a mesma poderia desempenhar contribuindo na prevenção e principalmente no diagnóstico precoce das neoplasias ginecológicas com ênfase no câncer cérvico uterino e de mama.

Entendendo que todas essas questões são estruturais e a longo prazo, preocupava-me também a assistência de enfermagem às mulheres com diagnóstico de câncer confirmado.

Após a confirmação do diagnóstico, a mulher é submetida a tratamentos mutiladores e agressivos que acentuarão sua integridade física afetada, além de que o estigma da doença, como moléstia incurável, certamente afetará sua saúde mental.

Além da doença, associa-se a auto-imagem corporal e o valor social dos órgãos sexuais para a mulher. Nessa questão a mutilação torna-se um pesado fardo social ligado à perda da feminilidade.

Esse fato parece mais acentuado e aflora de uma maneira significativa quando tratamos o câncer de mama, que além da questão estética do tratamento, advém uma deficiência funcional dos membros superiores, principalmente nas cirurgias mais radicais.

Essas preocupações levaram-me a aprofundar estudos nessa área

e participar de grupos de mulheres mastectomizadas, no sentido de entender o significado da doença e do tratamento para essas mulheres e a partir daí poder assisti-las adequadamente.

Nesse sentido, enquanto membro do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mulheres Mastectomizadas (REMA) tenho tido contato contínuo com mulheres mastectomizadas e seu enfrentamento a problemas relacionados a doença, mutilação e incapacidade.

A mama, símbolo de feminilidade, beleza e sexualidade, valores tão cultivados socialmente, torna-se símbolo de incapacidade, assexualidade, perda da feminilidade e da beleza feminina. Quando associamos o câncer a esses valores, talvez percamos a dimensão do problema dessas mulheres. Elas sentem-se ameaçadas em aspectos tão valorizados socialmente além de carregarem o estigma de uma doença relacionada à dor, desesperança, mutilação e morte.

Refletindo sobre experiência tão penosa para essas mulheres aflora a importância do diagnóstico precoce que tem sido descrito como uma arma para minimizar a radicalidade da cirurgia; melhorar a qualidade de vida; aumentar a sobrevivência da mulher e em alguns casos já se tem registros de cura da doença.

No entanto, como o diagnóstico precoce só se faz com métodos propedêuticos de custo alto; importante se torna a caracterização de fatores de risco para a doença. Dessa forma, partimos para uma revisão da literatura na busca dos fatores de risco para as neoplasias malignas da mama que nos permitiriam um aprofundamento na abordagem epidemiológica do câncer de mama.

Entretanto, percebendo que os fatores de risco considerados na literatura nem sempre estavam presentes na população estudada, buscamos um referencial teórico que nos permitisse o entendimento do desenvolvimento da doença.

Nessa busca optamos pela teoria de Kurt Lewin, que utilizando os conceitos da teoria do campo magnético tenta explicar como as forças externas e internas ao indivíduo atuam sobre o mesmo, favorecendo ou dificultando o estabelecimento de uma doença.

Nessa incursão sobre o câncer de mama no capítulo I trataremos da morbi-mortalidade, caracterizando sua importância na saúde da mulher. No capítulo II será feita uma descrição das principais teorias sobre a gênese do câncer.

No capítulo III, explicitaremos a teoria de Kurt Lewin para uma compreensão do processo saúde-doença.

No capítulo IV far-se-á a descrição metodológica do estudo. No capítulo V analisaremos nossos dados buscando os fatores de risco identificados para a população em estudo em uma análise compreensiva à luz da teoria de Kurt Lewin.

Para finalizar teceremos algumas considerações sobre as implicações do câncer de mama para a saúde da mulher e para a enfermagem.

CAPÍTULO I

CÂNCER DE MAMA - UM PROBLEMA REAL

Ao estudar as neoplasias mamárias malignas temos duas entidades importantes para análise: a perda da mama e o câncer. Temos ainda que considerar toda uma simbologia onde, aspectos fundamentais como feminilidade e sexualidade estão interrelacionados.

Desta forma, a dificuldade na aceitação da doença é agravada pela mutilação e incapacidade advindas do tratamento.

A esse respeito, TELFORD & SAWREY (1974), traduz o significado social quando diz:

...numa cultura que atribui um elevado valor ao normal ou ao ideal, a aceitação da própria incapacidade envolve freqüentemente a aceitação de um status inferior -uma desvalorização do indivíduo incapacitado como pessoa.

Esse pensamento reflete profundamente o significado do câncer de mama para a mulher, que se sente ameaçada em aspectos tão valorizados socialmente, além de carregar o estigma de uma doença associada à desesperança.

BARBOSA (1989) afirma que a amputação de qualquer parte externa do corpo (ou mesmo interna, como no caso do aparelho ginecológico ou dos testículos) é traumática e pode produzir uma mudança radical na aparência. Nessa perspectiva, a mastectomia, será um agravante na percepção de sua nova auto-imagem.

Em relação ao câncer sabe-se que, há muito, tem se constituído um problema de saúde pública, em decorrência da alta incidência e prevalência, além de ser uma das primeiras causas de morte feminina. Esse quadro permanece em detrimento de todo o investimento humano e financeiro e da refinada tecnologia utilizada na luta contra ele.

Pela denominação - câncer - compreende-se uma ampla variedade de doenças que tem características comuns e podem afetar diferentes órgãos e tecidos no homem. Sua característica principal é o crescimento anormal e desordenado das células.

O câncer é conhecido desde a antiguidade e, registros sobre o mesmo já são encontrados no épico hindu, o Ramayana, por volta do ano 2500 a.C. (BOUCHARD-KURTZ, 1981).

Na literatura médica, Hipócrates (460-375 a.C.) foi o primeiro a classificar os neoplasmas, quando batizou de Karkinoma (carcinoma) um tumor encontrado. A palavra é de origem grega e significa caranguejo ou câncer. Nos escritos de Celsius (30 a.C.-38 d.C.) e Leonidas de Alexandria (180 d.C.) já encontram-se referências sobre o tratamento de tumores. (BOUCHARD-KURTZ, 1981; PINHEIRO, 1986; BARBOSA, 1989).

Apesar desses conhecimentos antigos, somente no final do século XIX e no século XX, com o desenvolvimento do conhecimento científico e do avanço tecnológico é que são formuladas teorias sobre a etiologia do câncer podendo verificar avanços em relação à detecção precoce e ao tratamento.

Com o progresso nas técnicas de diagnóstico e tratamento e com o controle epidemiológico das doenças, o câncer, na atualidade, tem-se constituído importante fator causal na morbi-mortalidade por doenças crônico-degenerativas.

Quando consideramos os tumores de mama, laringe, pele e colo do útero, onde a detecção precoce é fator relevante para o sucesso no tratamento, observa-se que há uma tendência à estabilização e/ou a diminuição na taxa de mortalidade.

Ainda assim, podemos constatar que mesmo países desenvolvidos como os Estados Unidos da América-U.S.A., apresentam estimativas consideráveis na incidência e mortalidade, como se pode verificar no quadro abaixo.

Estimativa de Morbi-Mortalidade por câncer de acordo com a localização e sexo, nos U.S.A., em 1988.

Localização	Frequência Relativa			
	Incidência		Mortalidade	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Pele	3	3	2	1
Oral	4	2	2	1
Pulmão	20	11	35	20
Mama		28		18
Pâncreas	3	3	5	5
Colon e Reto	14	16	11	14
Ovário		4		5
Próstata	20		11	
Útero		16		4
Urinário	10	4	5	6
Leucemias e linfomas	8	7	9	6
Outros	18	12	20	20

Fonte: SILVERBERG, E. Cancer Statistics, 1988, CA.

Em relação à localização anatômica, observamos que países desenvolvidos apresentam distribuição diferente quando comparado com países em desenvolvimento. Tal fato pode ser constatado através da figura 1, apresentada por PARKIN, LÄÄRÄ e MUIR (1988).

Na figura 1, observa-se que o câncer cérvico-uterino, nos países em desenvolvimento, ainda se apresenta com uma incidência de 369,5 em cada 1000 mulheres. Importante citar que tal taxa é cerca de quatro vezes maior que a dos países desenvolvidos, onde medidas de prevenção tem se mostrado eficazes no seu controle.

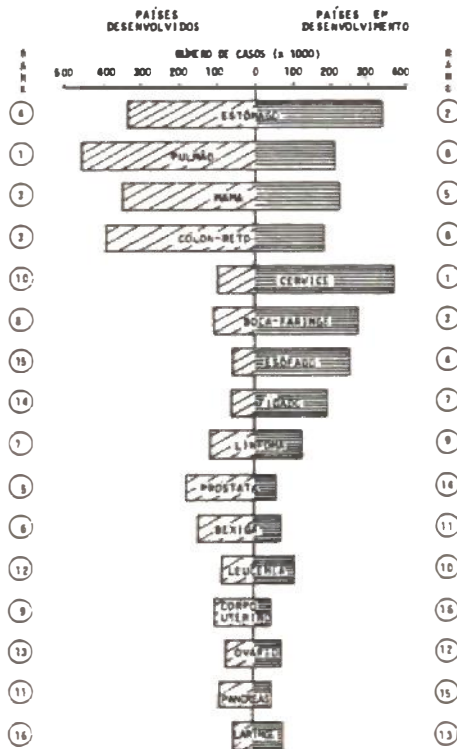


Figura 1. Número de casos novos e seu ranking em países desenvolvidos e em desenvolvimento (ambos os sexos combinados).

O Brasil, com um quadro nosológico característico apresenta relevantes taxas de morbi-mortalidade tanto por doenças infecto-contagiosas (consideradas do subdesenvolvimento) como em decorrência de doenças

crônico-degenerativas, onde se destacam as cardio vasculares e o câncer. Esse aspecto epidemiológico importante tem uma distribuição geográfica variada, onde as regiões sul e sudeste destacam-se por maiores taxas de doenças crônico-degenerativas, situação compatível com o estilo de vida e o crescente aumento na longevidade de sua população.

Nesse cenário, o câncer tem se apresentado como importante causa de morbi-mortalidade com taxas de incidência em crescente expansão. Tal fato está de acordo com a afirmativa de PARKIN, LÄÄRÄ e MUIR (1988), para quem, os países ditos em desenvolvimento, estão sendo responsáveis por mais da metade dos novos casos de câncer diagnosticados.

Essa alta incidência pode ser comprovada através da análise dos dados apresentados por BRUMINI et al. (1982), que organizaram os registros de câncer primário, diagnosticados através de achados histo-patológicos, no período de 1976-1980, da Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas do Ministério da Saúde.

Através desses dados, observamos que nesse período foram diagnosticados cerca de 370 mil casos de câncer primário em todas as localizações anatômicas. Para os tumores incidentes na mulher temos uma alta frequência do câncer ginecológico, sendo que os de localização cérvico-uterina e de mama perfazem cerca de 40% (BRUMINI et al, 1982).

FAERSTEIN (1985), analisando aspectos epidemiológicos no Brasil situa as neoplasias malignas como segunda causa de morte entre mulheres com 15 anos ou mais. Através de seus dados observamos que o câncer figura como causa de 12% dos óbitos femininos no conjunto das capitais brasileiras. Nesse total, o câncer de mama constitui cerca de 16% e o cérvico uterino quase 9%.

A distribuição desses dois tipos de câncer não é uniforme em todas as regiões geográficas do país. No Sudeste encontramos a mais alta taxa de óbitos por neoplasias da mama, perfazendo 17,4% sobre os óbitos femininos por neoplasias malignas (PINHEIRO, 1986).

Nos dados apresentados por BRUMINI et al. (1982), o câncer de mama situa-se em terceiro lugar na distribuição percentual de câncer primário e, apesar das variações regionais na frequência, apresenta-se como importante fator causal na morbidade das mulheres brasileiras.

Analisando a situação do câncer de mama no sudeste, poderíamos associá-lo às condições de desenvolvimento sócio-econômico da região, visto que tem sido considerado como doença de regiões mais desenvolvidas (ADAMI,

1984; LIPPMAN, 1987; McMANUS, 1977; PASTORELLO e GOTLIEB, 1978; PARKIN, LÄÄRÄ e MUIR, 1988).

Nessa região, segundo dados de BRUMINI et al. (1982), o câncer primário de mama atingiu uma frequência de 17,4%. Se restringirmos essa análise ao estado de São Paulo, nos anos de 1976-80 foram diagnosticados 12.747 casos novos, perfazendo 13,3% de todos os cânceres primários incidentes em mulheres.

Em relação à mortalidade PASTORELO e GOTLIEB (1978) analisando a distribuição percentual dos óbitos femininos por câncer, segundo a sede primária, para as Regiões Administrativas do Estado de São Paulo, nos anos 1970/72, situam o câncer de mama como a segunda causa de óbito no estado, com uma taxa de 14,1% e um risco de morte estimado em 8,65 por 100.000 mulheres.

Ainda no estado de São Paulo, considerando a região administrativa de Ribeirão Preto, já no início da década de 70, apresentava um quadro epidemiológico do câncer equivalente ao de regiões sócio-econômicas mais elevadas, com os tumores de mama constituindo importante risco de morte. No período de 70-72, essa doença foi responsável por 13,8% dos óbitos femininos por câncer, sendo superado apenas pelo câncer de estômago (PASTORELO; GOTLIEB, 1978).

Em relação à incidência na região, carece-se de dados oficiais atuais e, a utilização de dados de projeção sobre mortalidade, ao nosso ver, não é muito apropriada. Considerando as taxas de mortalidade poderemos subestimar a incidência, uma vez que mulheres acometidas por câncer de mama poderiam ter outras doenças como "causa mortis".

Assim, considerando que: a maior incidência ocorre por volta dos 45 anos; a detecção precoce propicia uma sobrevivência de 10 anos ou mais; a possibilidade de cura, atualmente, ocorre em 85% desses casos, então os dados de incidência projetados sobre a taxa de mortalidade em qualquer região não se justificam porque certamente a projeção de incidência estaria subestimada.

Quando consideramos a faixa etária, observamos que são acometidas mulheres ainda na vida economicamente ativa e, em fase reprodutiva. Segundo dados do Ministério da Saúde (BRUMINI et al., 1982) cerca de 40% dos casos novos foram diagnosticados em mulheres entre 15 e 64 anos de idade, sendo que destes 17,9% foram em mulheres de 15 a 44 anos.

Ribeirão Preto, com acentuada taxa de mortalidade já no início da

década de 70 (biênio 70-72) (PASTORELLO, 1978) com uma população em crescente expansão e, sendo importante centro médico-hospitalar, constitui-se como centro de referência dos serviços de saúde da região e também de outros estados do país.

Com a reestruturação dos serviços de saúde, a cidade tornou-se sede administrativa do Escritório Regional de Saúde do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde do Estado de São Paulo - ERSA - SUDS-50. Nessa condição é responsável pela assistência à Saúde de uma população estimada pelo Sistema Estadual de Análise de Dados - SEAD - para o ano de 1989, em 859.956 habitantes. Desse total, a população feminina maior que 15 anos perfaz cerca de 292.585.

Diante do quadro de morbi-mortalidade descrito e considerando que o programa de controle do câncer mamário constitui uma das prioridades do Ministério da Saúde, considerou-se importante, nesse trabalho, conhecer as características epidemiológicas da mulher que está sendo acometida por neoplasias da mama, a nível local.

Acreditamos que o conhecimento dessas características possibilitará identificar, a nível local, os fatores predisponentes ao câncer mamário e em decorrência, caracterizar os grupos de risco na população feminina.

Consideramos que a identificação dos fatores predisponentes ao câncer de mama e, conseqüentemente a população de risco, será relevante para programas de saúde nessa área, assim como, para o planejamento de ações com vistas à detecção precoce da doença.

A meta do diagnóstico precoce deverá ser sustentáculo para programas que tenham alcance social, melhorando o prognóstico e, portanto, possibilitando uma melhor qualidade de vida para as mulheres acometidas pela doença.

Diante do exposto e, considerando que o enfermeiro poderá assumir importante papel, tanto a nível de educação à saúde como a nível assistencial, acreditamos que muito pode ser feito na tentativa de mudar o perfil da mortalidade pelo câncer de mama.

Por isso nos propusemos a buscar um melhor entendimento do perfil epidemiológico das mulheres acometidas pelas neoplasias mamárias malignas.

Assim, são objetivos desse trabalho:

- Identificar os fatores de risco das mulheres acometidas pelo câncer de mama, atendidas no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - HCFMRPUSP.
- Analisar os fatores de risco identificados na perspectiva da teoria de campo de Kurt Lewin.

Com vistas ao alcance dos objetivos descritos, achamos oportuno iniciar esse trabalho, buscando o entendimento de algumas teorias sobre a gênese do câncer.

CAPÍTULO II

ETIOLOGIA DO CÂNCER

A etiologia do câncer tem sido um verdadeiro enigma para estudiosos e pesquisadores. Várias tentativas têm sido feitas para identificar as características de um tumor, mas esse objetivo dificilmente será alcançado tendo em vista a variedade de diferenças entre as células de um tumor e outro e mesmo entre as células de um mesmo tumor.

Morfológicamente os tumores malignos caracterizam-se por células atípicas e freqüentemente indiferenciadas com alterações no núcleo e citoplasma (VREDEVOE, 1981; BURNS, 1982; RAMOS Jr., 1984). Essas alterações levam as células a um crescimento incontrolado, com um caráter reprodutivo alterado permanentemente e com uma participação antibiológica, porque altera-se o código genético da célula normal, que se transforma em célula neoplásica (RAMOS Jr., 1984). Sendo assim, pode-se atribuir às doenças neoplásicas, mutações numa célula ou conjunto de células anteriormente normais (BOUCHARD-KURTZ, 1981; BURNS, 1982; VREDEVOE, 1981; RAMOS Jr., 1984).

Entretanto, segundo VREDEVOE (1981), a transição para o estágio neoplásico não é necessariamente abrupta e esse processo se desenvolve em estágios, onde um número indefinido de eventos celulares ocorre antes das células se tornarem cancerosas.

As células neoplásicas podem aumentar em qualquer tecido e segundo BOUCHARD-KURTZ (1981) neoplasma é um termo aplicado a proliferação celular do parênquima, estroma e células de sustentação do corpo, sem relação à sua função normal.

Esse conceito nos permite referir que as células neoplásicas podem acometer qualquer órgão ou sistema e dependendo do tipo de tumor resultante da proliferação celular eles podem ser classificados em benignos e malignos, sendo os malignos geralmente referidos como câncer. Dessa forma, o câncer não é uma doença específica, mas refere-se a um processo comum a um grupo heterogêneo de doenças, que diferem amplamente em relação à etiologia, freqüência, padrões de ocorrência e manifestações clínicas, assim como aos problemas diagnósticos e terapêuticos que apresentam (LILIENFELD apud FAERSTEIN, 1989).

Atualmente, o conceito de multicausalidade tem sido muito empregado para a etiologia do câncer e, uma variedade de fatores tem sido

levantados, assim como várias teorias tentam explicar o mecanismo e a relação desses fatores na gênese do câncer.

Dessa forma, tentaremos expor as principais teorias e as diferenças de opiniões mais significantes sobre a etiologia do câncer. Aqui vale ressaltar que os pesquisadores desenvolvem suas pesquisas de acordo com a teoria mais aceita. Dessa forma geneticistas aceitam a teoria genética; virologistas investem em pesquisas ligadas a etiologia viral, e assim por diante.

1. TEORIA GENÉTICA

Os fatores genéticos podem ser abordados sob diferentes perspectivas e as teorias atuais estão sendo conduzidas principalmente na área da genética e da biologia molecular.

Algumas teorias defendem que o processo de desenvolvimento do câncer estaria na dependência de duas mutações genéticas. Estas poderiam ser primeiro em células germinativas e posteriormente uma mutação somática no processo de divisão celular da célula normal, sendo que, nesse caso o tumor teria um caráter hereditário. A outra possibilidade seria duas mutações somáticas; quando se perderia o caráter de hereditariedade. Essa teoria tem sido utilizada para explicar principalmente o desenvolvimento do retinoblastoma, além do Tumor de Wilms, melanoma, neurofibromatose entre outros (BURNS, 1982; BOUCHARD-KURTZ, 1981).

Outra tentativa de explicação seria a teoria da liberação onde genes envolvidos no desenvolvimento embrionário permanecem em estágio latente durante a vida do indivíduo. Essa latência é mantida por genes inibidores que produzem substâncias químicas para a manutenção neste estado. Se o gene inibidor pára de funcionar, as células malignas diferenciam-se para células primitivas e, iniciam o processo de divisão celular, resultando daí a formação das massas tumorais (BURNS, 1982; RAMOS Jr., 1984).

As hipóteses confluem sempre para a presença de mutações cromossomais múltiplas aparentes nas células cancerosas. As alterações celulares, no entanto, parecem ser resultado antes que, causa do câncer.

As anormalidades resultam em alterações cromossomais, alterações num único gen ou alterações poligênicas e estão associadas tanto a defeitos congênitos como com a susceptibilidade ao câncer.

Dessa forma, algumas pessoas teriam uma maior propensão para

o desenvolvimento do câncer, que é definida como susceptibilidade, e que pode ser herdada. A susceptibilidade sozinha, no entanto, pode causar muito poucos cânceres, mas se combinada com a exposição a fatores ambientais cancerígenos resultaria em um aumento acentuado do risco pessoal e/ou familiar (BURNS, 1982; RAMOS Jr., 1984).

Esse fato poderia esclarecer a situação de algumas famílias com número significativo de membros acometidos com a doença. Tem-se observado que há um aumento significativo no risco em algumas famílias cujos membros tem câncer de estômago, mama, intestino grosso, útero ou pulmão, entre outros (BURNS, 1982).

2. CARCINOGENESE QUÍMICA

Estudos epidemiológicos tentam demonstrar relações entre fatores identificados e determinada doença. Partindo dessa premissa, cientistas levantaram hipóteses acerca de substâncias químicas a que determinado número de pessoas estão expostas e o aumento do risco de desenvolvimento do câncer. Assim, a fuligem foi a primeira substância química comprovada como carcinógeno e seu efeito provocava câncer escrotal em varredores de chaminés. A partir de então, e com o crescimento industrial, maior número de carcinógenos químicos foram descobertos e o risco populacional em grande parte aumentado.

Pesquisas experimentais em animais têm demonstrado que tais substâncias são mutagênicas e dessa forma causam câncer pela indução da mutação celular, que decorre tanto da exposição ao agente químico como aos produtos de seu metabolismo.

O National Cancer Institute (NCI) segundo BURNS (1982) estabeleceu que 80 a 90% dos cânceres são resultantes de fatores ambientais, sendo que destes, 60% decorrem de agentes químicos. Pode haver ainda uma potencialização da ação carcinogênica quando um indivíduo está exposto a um número maior de carcinogênicos químicos.

Experimentos com animais sugerem que a indução tumoral por carcinógenos químicos ocorre num processo em dois estágios. Num primeiro passo denominado iniciação e, que é irreversível, ocorreria uma mutação cromossomal ou genética. Tal fato, em si, não é condição suficiente para o desenvolvimento tumoral. Para tal desenvolvimento deveria ocorrer o estágio da promoção, que requer doses repetidas do promotor para o início do processo tumoral (VREDEVOE, 1981).

Aqui vale ressaltar que para que a iniciação ocorra, com conseqüente mutagênese deve haver condições citológicas propícias e novamente retornaríamos a teoria genética que entrelaça o fator mutagênico e a susceptibilidade pessoal (VREDEVOE, 1981; RAMOS Jr., 1984).

Conseqüentemente, o câncer resulta de exposições múltiplas e é dose dependente, o que significa que quanto maior a dosagem, mais poderoso seu efeito carcinogênico.

O conhecimento dessa teoria permite-nos identificar grupos de risco expostos a carcinogênicos químicos e implementar medidas preventivas, que devem ser pautadas principalmente na educação, onde medidas de proteção deveriam ser utilizadas para diminuir o risco pessoal e/ou coletivo.

3. TEORIA DA RADIAÇÃO

O mecanismo exato da carcinogênese induzida por radiação ainda não é conhecido, no entanto, sabe-se que a radiação danifica o DNA (Ácido Desoxi-ribonucleico), causa mutação e alteração na estrutura cromossômica. Entretanto essas alterações podem ficar latentes por longos períodos de tempo que se estendem por até mais de 30 anos (VREDEVOE, 1981; BURNS, 1982).

A indução tumoral por radiação, como por outros determinantes, é um processo complexo que é dependente do tipo de tecido irradiado, estado hormonal e idade da pessoa exposta, estado imunológico do hospedeiro e fatores genéticos, bem como determinantes específicos como dose radiativa, rota de irradiação e tipo de irradiação (VREDEVOE, 1981; BURNS, 1982).

Estudos epidemiológicos e experimentais têm mostrado o risco aumentado para câncer com exposição crescente a radiações. Dessa forma, tem-se verificado alta incidência de leucemias em radiologistas; aumento do número de casos de câncer infantil após exposição de mulheres grávidas à RX abdominal; câncer de mama em mulheres tratadas com terapia radiativa para mastite puerperal ou mulheres submetidas a fluorscopia durante tratamento por tuberculose; grande número de casos de câncer de pele associados a irradiação ultra violeta por exposição freqüente ao sol.

4. TEORIA VIRAL

Na atualidade ainda existem muitas controvérsias a respeito da teoria viral na etiologia do câncer humano. Existem fortes evidências que uma variedade de tumores malignos, em animais, são causados por vírus, no entanto,

nenhum tipo de câncer humano tem etiologia viral comprovada (VREDEVOE, 1981; BURNS, 1982).

Assim, teorias tentam explicar como o vírus agiria no organismo humano rompendo a modulação cito-histo-fisiológica* das células normais e provocando um crescimento antibiológico (RAMOS Jr., 1984).

Uma das possibilidades seria a incorporação dos vírus aos lisossomos e, desde que encontrem condições predisponentes, provocariam a liberação de enzimas lisossômicas de maneira gradativa, a ponto de transformar a constituição citoplasmática e nuclear, ocorrendo dessa forma a transformação cancerosa.

Nessa teoria, qualquer vírus ao penetrar numa célula normal, terá seu revestimento destruído pelas enzimas lisossômicas e na presença de condições de susceptibilidade citoplasmáticas e nucleares, especificamente do RNA, impor-se-á uma nova matriz reprodutora, que corresponde à célula neoplásica primitiva, com caracteres funcionais diversificados no sentido antibiológico (RAMOS Jr., 1984).

Outra tentativa de explicar a ação dos vírus na gênese do câncer é a ocorrência de moléculas de DNA semelhantes às moléculas dos vírus e denominadas oncogenes ou protovírus. Proponentes dessa teoria acreditam que o material genético oncogenes ou protovírus está presente no pool genético normal e é transmitido geneticamente de uma geração para outra. O oncogenes é um segmento do DNA viral que invade a célula e não contribue para sua função biológica. Este gene permanece em estado latente e alicerça a hipótese de uma condição constitucional ou susceptibilidade individual e/ou familiar no desenvolvimento do câncer. É condição imprescindível que qualquer agente cancerígeno (agentes químicos, radiação, vírus do exterior) estimule esse oncogenes para que o desenvolvimento do câncer se processe (RAMOS Jr., 1984; BURNS, 1982).

Os principais tipos de vírus ligados à etiologia do câncer humano são: o herpes vírus tipo 2 associado ao câncer cérvico-uterino e o herpes vírus Epstein-Barr quase sempre encontrado no linfoma de Burkitt, além de outros relacionados à leucemia, carcinoma de nasofaringe, etc. (VREDEVOE, 1982; BURNS, 1982; RAMOS Jr., 1984).

*Modulação cito-histo-fisiológica existe para todas as células do organismo; cada uma com características morfo-funcionais determinadas por seus próprios e exclusivos códigos genéticos, porém todas com uma atitude biológica, ou seja, útil para a manutenção da vida normal do organismo.

Evidências de uma causa viral para o câncer mamário são fracas e são baseadas na presença de partículas virais no leite humano, denominados RNA-vírus tipo B, ou em cultura de células com detecção do RNA vírus. Outra hipótese é baseada na observação de MMTV-"like"* em células do carcinoma mamário (VREDEVOE, 1982; RAMOS Jr. 1984; HAAGENSEN, 1989; BURNS, 1982).

Apesar dessas observações, as evidências não contraindicam a amamentação principalmente considerando a relação risco/benefício no desenvolvimento da criança.

5. TEORIA SOBRE A INCOMPETÊNCIA DO SISTEMA IMUNOLÓGICO

Determinar com precisão a relação entre o desenvolvimento do câncer e o sistema imunológico tem sido impossível, uma vez que o funcionamento do sistema imune ainda é pouco conhecido. Apesar disso, sabe-se que o sistema imune afeta o câncer, não sendo possível precisar se está envolvido diretamente na etiologia ou provendo um meio favorável ou desfavorável ao crescimento das células cancerosas já em desenvolvimento (BURNS, 1982).

Na década de 70, já se conhecia antígenos presentes em muitos cânceres humanos. Esses antígenos tumor-associados provocam respostas imunes humorais e celulares e parece existir uma correlação entre a resposta imune a esses antígenos e o curso clínico da doença (BOUCHARD-KURTZ, 1981).

6. TEORIA RELACIONADA À RÁPIDA PROLIFERAÇÃO TECIDUAL

Toda célula exposta à rápida proliferação celular para regeneração tecidual tem um risco aumentado para o desenvolvimento do câncer. Dessa forma traumas crônicos de agentes físicos contribuem para a carcinogênese. Assim, fumantes de cachimbo que estão expostos à irritação e trauma crônicos estão mais propensos ao câncer de lábios; fumantes crônicos tem maior probabilidade de desenvolver câncer de pulmão e cavidade oral; ferimentos crônicos e ocasionalmente sítios específicos de um trauma agudo favorecem o desenvolvimento do câncer de pele.

*MMTV-"like"-Murine Mamary Tumor Virus.

A relação desses fatores com o desenvolvimento do câncer é desconhecida e, em animais experimentais está relacionado com outros determinantes como carcinógenos químicos, vírus entre outros.

7. TEORIA HORMONAL

➤ A hormônio-dependência tem sido objeto de interesse de pesquisadores que têm feito uma relação desse fato principalmente com os cânceres de mama, ovário, endométrio e vulva na mulher e no câncer de próstata no homem. Além de pesquisas experimentais com administração hormonal em animais, observações rigorosas tem sido feitas sobre a evolução do câncer humano em pacientes submetidas a tratamentos com exérese cirúrgica ou actínia de glândulas secretoras como ooforectomia.

Dessas observações constatou-se que a relação entre a hormônio dependência e o câncer raramente superava 50%. Assim partiram para investigações que desdobraram na descoberta de uma proteína especial presente nas células neoplásicas, que foi denominada receptor hormonal. HALBE (1987), afirma que os hormônios endógenos e/ou exógenos, encontrando seus respectivos receptores nas células tumorais, a eles se ligam. A partir de então, estimulam o DNA da célula, que determina a produção das proteínas que são as responsáveis pela estrutura, atividade metabólica, velocidade de proliferação e função da célula, que nesse caso é uma célula anômala. Baseia-se nesse princípio a terapia hormonal no tratamento do câncer, quando drogas com estruturas moleculares próximas às do hormônio envolvido são administradas, sendo que estas se ligariam aos receptores, controlando a proliferação da massa tumoral.

Apesar desses avanços tais mecanismos não estão muito bem esclarecidos e são extremamente complexos. Muitas indagações ainda permeiam a teoria da hormônio-dependência e não responderam ao porquê da não existência desses receptores em todos os tumores que acometem sítios sujeitos a ação hormonal específica.

8. TEORIA RELACIONADA A FATORES DIETÉTICOS

Atualmente tem aumentado o interesse sobre a possibilidade da dieta ser uma das causas do câncer. Essa idéia surgiu de estudos epidemiológicos que demonstraram que havia um grande aumento do número de casos de câncer de intestino grosso em migrantes de área de baixa incidência

para regiões de alta incidência. Tal fato também foi observado nos Estados Unidos com imigrantes japonesas, especialmente com casos de câncer de mama.

Essas pesquisas tem estudado a mudança de hábitos alimentares dessas populações migrantes, associando o desenvolvimento do câncer à composição dos alimentos da dieta e aos aditivos químicos usados para conservação de alimentos.

O mecanismo exato da carcinogênese é desconhecido, mas suposições acerca de alguns determinantes têm sido discutidas. Dessa forma considera-se que uma dieta pobre em fibras aumentaria a decomposição química de sais biliares em ácidos biliares e esteróis que são considerados agentes promotores no desenvolvimento tumoral. A alta ingestão de gordura além do efeito anteriormente descrito, agiria aumentando o colesterol no intestino e promoveria uma mudança na flora intestinal. Tais efeitos estariam envolvidos na carcinogênese. Outros fatores como: alta ingestão de proteínas, ingestão aumentada de carboidratos refinados, baixo trânsito intestinal estão associados aos agentes promotores da carcinogênese.

Além desses, teríamos ainda os aditivos químicos como a aflatoxina; sacarina; talco; compostos nitrosos e hidrocarbonetos policíclicos aromatizados que: são utilizados na conservação de alimentos; participam da composição (sacarina); ou podem se desenvolver decorrente do método de estocagem (aflatoxina).

Tais compostos podem ser considerados carcinogênicos e seguem a teoria da carcinogênese química.

9. TEORIA PSICOLÓGICA

Desde o final do século passado, suspeita-se de um componente emocional na etiologia do câncer (BURNS, 1982). Apesar das pesquisas, muitos cancerologistas não aceitam tal perspectiva e apoiam-se na dificuldade da mensuração objetiva da emoção e das características da personalidade.

Os fatores emocionais provavelmente estão relacionados ao funcionamento do sistema imunológico e desta forma, abordagens que ajudam a melhorar a auto-estima e os mecanismos de enfrentamento (coping) podem influenciar este sistema e a resposta do organismo ao câncer (BURNS, 1982).

RAMOS Jr. (1984) diz que já é sabido que durante o stress ocorrem sempre alterações hormonais, principalmente no triângulo hipófise-adrenal-gônadas,

existindo a inibição e predominância dos hormônios envolvidos com as conseqüentes e diretas alterações metabólicas e hidroeletrólíticas. Nessas condições de stress alteram-se a imunopoiiese humoral e celular, a própria fagocitose sofre alterações, modifica-se o metabolismo celular geral, a princípio no sentido de predominância catabolizante, para somente após 8 a 14 dias retornar ao normal. Assim, pode-se concluir que o equilíbrio neuro-endócrino é outro fator trófico do tumor.

Após essas considerações sobre a etiologia do câncer, torna-se claro que apesar de todo o avanço no conhecimento a causa do câncer permanece ainda obscura. No entanto, ganha espaço entre os pesquisadores a teoria da multicausalidade, onde múltiplos fatores estariam envolvidos no desencadeamento da doença.

Essa obscuridade na gênese da doença faz com que esforços se concentrem em pesquisas epidemiológicas que caracterizem os grupos de risco na população geral e com esses resultados preconiza-se o diagnóstico e a prevenção de alguns tipos de câncer.

No câncer da mama, o estudo epidemiológico é um dos métodos que mais tem auxiliado no controle desta doença. Através desses estudos pode-se identificar: os fatores fisiológicos que contribuem para a etiopatogenia da doença; os fatores de risco que podem ser modificados para evitar a evolução do tumor, permitindo a identificação das mulheres de maior risco, selecionando-as para o diagnóstico precoce e o tratamento adequado sem maiores mutilações (HALBE, 1987).

Tendo este trabalho como objetivo verificar os fatores de risco presentes na população de mulheres com câncer de mama, entendemos que a Teoria de Kurt Lewin forneceria elementos para uma melhor compreensão do perfil epidemiológico dessa população. Por isso, no próximo capítulo explicitaremos a Teoria de Kurt Lewin, que nos auxiliará na compreensão dos dados.

CAPÍTULO III

A TEORIA DE KURT LEWIN

A teoria de campo de Kurt Lewin deriva de conceitos da física e matemática aplicados à psicologia, ressaltando que as abordagens qualitativas e quantitativas são complementares uma a outra.

Utilizando os conceitos de campo magnético da física, Lewin desenvolveu uma teoria dinâmica da personalidade. Ele parte da idéia de que o comportamento não se baseia em rígidas conexões de peças ou elementos distintos, mas em todos temporalmente extensos, cujos momentos ou fases só podem ser explicados pelo todo (LEWIN, 1975).

A teoria de campo dá ênfase ao fato de que qualquer acontecimento é a resultante de uma variedade de fatores. A representação dessa multiplicidade de fatores caracteriza a teoria de campo (LEWIN, 1965).

Dessa forma, segundo LEWIN (1965) a teoria de campo provavelmente se caracteriza-se melhor como um método, isto é, um método de analisar relações causais e criar construções científicas.

Para ser utilizado como método de análise das relações causais, parte de construções que se relacionam com fatos observáveis e que devem ser experimentalmente verificados e sempre gerais. A utilização de tais construções, preenche a lacuna entre generalidades e especificidades (LEWIN, 1965).

Do ponto de vista dinâmico, do todo, torna-se necessário construções e método científico que relacionam-se às forças subjacentes ao comportamento.

Partindo dessa afirmativa, o importante na teoria de campo é o modo de proceder a análise. LEWIN (1965) diz que ao invés de tomar um ou outro elemento isolado em uma situação, quando sua importância não pode ser julgada sem considerar a situação como um todo, procede-se inicialmente sua caracterização como todo. Após essa primeira abordagem, os vários aspectos e partes da situação são analisados de forma cada vez mais específica e pormenorizada.

Assim, segundo LESCURA & MAMEDE (1990), na teoria de campo, a situação e objeto assumem importância similares e, somente pelo todo concreto que abrange tanto o objeto como a situação é que se pode determinar a dinâmica do evento.

Como a dinâmica do evento existe numa situação presente, torna-se importante a concepção galiléica de identificar e localizar os vetores de

relações mútuas na situação concreta total, isto é, da condição momentânea do indivíduo e da estrutura da situação psicológica. Como o acontecimento é um fato presente confirma o que LEWIN (1965) diz que apenas os fatos presentes podem ser responsáveis por um comportamento.

Nesse ponto vale ressaltar que para Lewin, os fatos presentes são influenciados por situações passadas e futuras, mas nesse caso, tanto passado quanto futuro, são considerados temporalmente presentes. Esse é o princípio da contemporaneidade de sua teoria onde na indução de um comportamento o passado e o futuro tem significância para o evento. Desta forma, passado e futuro, afetando a situação, em um dado momento, são considerados presentes psicologicamente, ou seja, participam do espaço de vida naquele momento.

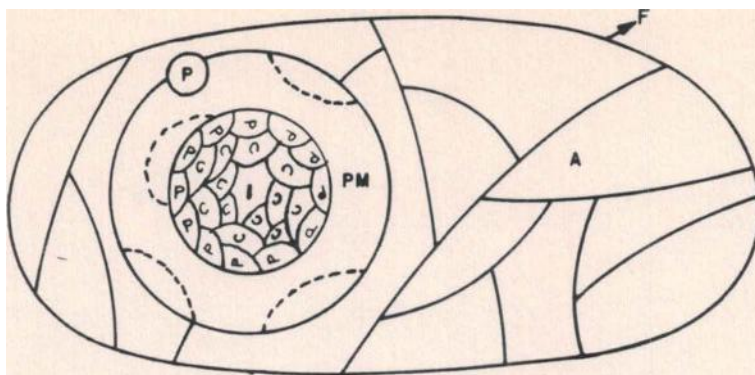
Ressalta-se ainda que uma das características básicas da teoria de campo é a necessidade de descrever o campo que influencia um indivíduo da maneira como ele existe para a pessoa naquele momento. Assim, torna-se necessário encontrar construções científicas que permitam uma representação adequada das constelações psicológicas de onde derivam o comportamento do indivíduo.

Uma dessas construções é o espaço de vida do indivíduo que se constitui, em parte, do estado daquele indivíduo como produto de sua história, e em parte, do meio não psicológico-físico e social. Esse meio físico e social tem com o espaço de vida uma relação semelhante às condições de fronteira com um sistema dinâmico.

Para se compreender a situação real, plena e concretamente, mesmo em suas peculiaridades individuais, torna-se necessário e proveitosa, uma determinação qualitativa e quantitativa, o mais precisa possível do espaço de vida. Assim utilizou-se da topologia geométrica para representar uma situação concreta, não apenas da situação física, mas também a psicológica.

A utilização de um método de representação pressupõe a possibilidade de usar transições contínuas na caracterização, refinando imensamente a descrição (LESCURA E MAMEDE, 1990).

Dessa forma, observa-se na figura abaixo, a representação topológica do espaço vital, onde é irrelevante o tamanho de P (pessoa) e A (ambiente) representados, e, o importante é a relação entre essas entidades.



F - linha limítrofe A- ambiente
 P - pessoa P- regiões periféricas
 PM- região percepto-motora C- regiões centrais

FIGURA 2. Representação topológica do espaço de vida (LESCURA E MAMEDE, 1990)

Dessa forma pode-se perceber o dinamismo da personalidade ao se contemplar que as regiões do ambiente possuem valências diferentes, ou seja, diferentes graus de atratividade. A pessoa possui necessidades que, em conjunção com as regiões do ambiente, são responsáveis pelos comportamentos ou modificações no espaço vital; passa-se de um estado a outro através da locomoção entre as regiões. Essa locomoção pode ser mais ou menos fácil de ser efetuada, conforme exista ou não barreiras que se interponham no caminho a ser seguido (LESCURA; MAMEDE, 1990).

Para entender esse dinamismo é importante conhecer a dimensão conceptual de uma construção, pois somente as entidades que tem a mesma dimensão conceptual podem ser comprovadas em suas magnitudes e a partir daí serem quantitativamente comparadas. Para tais comparações utiliza-se instrumentos ou unidades de medida, que deveriam contribuir para esclarecer relações obscuras entre uma definição conceptual de uma construção psicológica. Para se obter esses instrumentos de análise torna-se necessário a conceituação de termos que farão parte na dinâmica das relações interdependentes.

Dessa forma, passaremos a conceituar os termos que consideramos importantes e que serão utilizados na análise dos fatores de risco considerados para o câncer de mama.

ESPAÇO DE VIDA

É a constelação de fatores interdependentes da pessoa e do meio, que vai determinar um comportamento (LEWIN, 1965).

Como o comportamento é uma situação presente, no espaço de vida se inclui todos os fatos que tem existência presente incluindo as necessidades, objetivos, estrutura cognitiva e excluem-se fatos físicos e sociais que ocorreram há muito tempo e que não causam efeito direto no indivíduo (LESCURA; MAMEDE, 1990).

Assim sendo, pode-se dizer que o espaço de vida inclui a pessoa e seu meio psicológico (LEWIN, 1965).

Esse é o fundamento da teoria de campo, de onde deriva que o estado da pessoa e o do seu meio não são independentes um do outro e essa interdependência vai determinar o comportamento. Portanto o comportamento (C) e conseqüentemente o desenvolvimento são função do estado da pessoa (P) e do estado do seu meio (M), daí ser função do espaço de vida (E.V.). Numa representação matemática Lewin formulou a seguinte expressão:

$$C = F(P.M) = F(E.V.) \quad (\text{LEWIN, 1965}).$$

CAMPO

Denomina-se campo a uma totalidade de fatos coexistentes e que são concebidos como mutuamente interdependentes, dessa forma, o espaço de vida é considerado como um campo.

Para se analisar e representar um campo psicológico deve-se basear na sua fecundidade para explicar o comportamento. Assim, deve-se seguir alguns pontos gerais a saber:

- para a compreensão teórica do comportamento deve-se distinguir entre a situação percebida e a situação real que existe para o indivíduo como seu espaço de vida. É importante conhecer as condições físicas e sociais porque elas limitam a variedade de espaços de vida, provavelmente, como condições de fronteira do campo psicológico;
- o aspecto social da situação psicológica é tão importante quanto o físico;
- na caracterização do campo psicológico deve-se considerar ítems específicos como objetivos determinados, estímulos, necessidades, relações sociais, assim como aspectos gerais do campo atmosfera (atmosfera amiga, tensa, hostil) ou a

quantidade de liberdade. Assim, atmosferas psicológicas são realidades empíricas e fatos cientificamente descritíveis;

-não deve ser esquecido a contemporaneidade do campo psicológico, e tudo o que afeta o comportamento num determinado tempo deve ser representado no campo naquele momento, e conseqüentemente, são partes de um campo, apenas os fatos que podem influir naquele comportamento presente.

FORÇA

Para Lewin, a construção força caracteriza, para um determinado ponto do espaço de vida, a direção e a intensidade da tendência a mudar. Isso implica em que o comportamento é a resultante da força que atua no indivíduo no momento, portanto as mudanças no espaço de vida são dependentes da constelação de forças psicológicas que tem relação direta com suas propriedades: direção, intensidade ou potência e ponto de aplicação. A combinação de várias forças atuando no mesmo ponto, num determinado momento, é denominada força resultante (Lewin, 1965).

Da força resultante, desde que diferente de zero, deriva a locomoção na direção daquela força, ou seja, ocorre uma mudança na estrutura cognitiva. Assim as forças psicológicas correspondem a uma relação entre pelo menos duas regiões do espaço de vida.

A direção da locomoção, resultante da aplicação da força, dependerá da situação em que se encontra o indivíduo. Assim, se a força atua em um indivíduo na direção de um objetivo e, se essa região do objetivo atrai a pessoa, dizemos que ela tem uma valência positiva. Se ao contrário, a pessoa é afastada da região objetivo a força tem uma valência negativa.

A intensidade da força em direção ou afastando-se de uma valência depende da intensidade da valência e da distância psicológica entre a pessoa e a valência.

As forças em direção a uma valência positiva e afastando-se de uma negativa podem ser denominadas forças impulsoras e provocam a locomoção. Em casos onde obstáculos físicos ou sociais impedem a locomoção e, portanto, se constituem em barreiras são denominadas forças frenadoras. Estas não provocam locomoção, mas influenciam o efeito das forças impulsoras.

Assim, todo movimento que se inicia a partir da percepção de certos objetivos muda, ao mesmo tempo, a posição, relativamente ao indivíduo, das forças de campo que controlam o comportamento. Pode, assim, prescrever

novas direções para o processo.

Em todo e qualquer processo, as forças do meio interno e externo são modificadas pelo próprio processo.

VALÊNCIA

São fatos ambientais imperativos que determinam a direção do comportamento.

Do ponto de vista da dinâmica, as valências, sua espécie (positiva ou negativa), força e distribuição devem ser consideradas entre as mais importantes propriedades do meio ambiente (LEWIN, 1975).

A valência de um objeto deriva, usualmente, do fato do objeto ser um meio para a satisfação de uma necessidade. A espécie e a força da valência de um objeto ou evento dependem, assim, de um modo direto, da condição momentânea das necessidades do indivíduo em questão. A valência dos objetos ambientais e as necessidades do indivíduo são correlativas (LEWIN, 1975).

A direção que a valência incute ao comportamento varia em extremo e de acordo com o conteúdo das carências e necessidades. Dessa forma, podemos dizer que as valências positivas (+) efetuam abordagem ou aproximação; e as negativas (-) produzem evitação ou retirada.

PODER

Não tem a mesma dimensão que força psicológica. O conceito de poder refere-se a uma possibilidade de induzir forças de uma determinada magnitude sobre uma outra pessoa. A possibilidade de influência direta está correlacionada com a crescente realidade psicológica dos fatos sociais, em especial dos poderes exercidos pelos outros.

Muitos objetos no meio ambiente, muitos modos de conduta e muitas metas adquirem valências positivas ou negativas, ou são propriedades de uma barreira, não diretamente relacionadas às necessidades do indivíduo mas por intermédio de uma outra pessoa.

Dinamicamente consideradas, essas esferas de influência constituem campos de força para o indivíduo.

BARREIRA

Este conceito está relacionado com a motivação para o alcance de determinado objetivo. Da mesma forma que os conceitos anteriores, ocorre a

criação de um campo de força que dificulta o alcance de metas. Para Lewin, essas dificuldades não podem ser de intensidade suficiente para que o indivíduo renuncie à fixação de metas próprias, ou fuja de uma realidade excessivamente desagradável para a esfera da irrealidade. Essas barreiras podem ser condicionadas pela vida social como por materiais físicos. O que ocorre num caso concreto depende da firmeza e forma da barreira e da sua direção relativamente à direção dos vetores do campo. Depende, portanto, da barreira encerrar completamente a meta ou deixar abertas possíveis vias de abordagens.

OBJETIVO

Tem a mesma dimensão conceptual que um campo de força, ou seja de uma distribuição de forças no espaço. Objetivo ou uma valência positiva é um campo de forças onde as forças vetoriais dirigem-se para uma mesma região. Assim, se existe uma força do campo psíquico e, se esta exercer atração suficientemente forte em relação aos outros campos de força existentes na situação, ocorrerá uma ação nessa direção. Uma valência positiva controla a situação de tal modo que, com as mudanças na posição da pessoa, a direção do campo de forças muda de maneira que o comportamento deixa sempre a impressão de busca das metas.

CONFLITO

Uma situação de conflito pode ser definida como aquela na qual as forças que atuam sobre as pessoas são opostas em direção, mas de mesma intensidade (Lewin, 1965).

As situações de conflito podem ocorrer quando:

- o indivíduo se localiza entre duas valências positivas e nessa condição a escolha é relativamente fácil, apesar de, às vezes, ocorrer uma oscilação, uma vez que, após feito a escolha a situação preterida parecer mais significativa;
- o indivíduo se localiza entre duas valências negativas e geralmente seu comportamento é no sentido de deixar esse campo de forças. Aqui as barreiras tem um importante significado para que o indivíduo enfrente a situação desagradável ou se submeta a uma punição. A barreira, portanto, impede a fuga do campo de forças;
- a outra possibilidade ocorre quando o indivíduo se defronta com algo que tem simultaneamente uma valência positiva e igualmente uma negativa. O comportamento nesse caso varia de acordo com o significado dessas forças

para o indivíduo. Exemplo, se a valência negativa significa realizar uma atividade que lhe é punitiva, mas que tem como resultado uma recompensa, o comportamento pode ser nesse sentido; ou então, o indivíduo oscilará ao redor do ponto de equilíbrio até que uma das forças se torne dominante como resultado de mudança de circunstâncias ou de decisão.

O conflito como resultante de um campo de forças criará uma situação de tensão emocional que será dependente da intensidade dessas forças. Em situações onde o campo de forças para um objetivo é de intensidade superior à um determinado nível, ao indivíduo será necessário uma reestruturação que geralmente é difícil porque a tensão emocional resultante pode levar a uma primitivização ou regressão no comportamento.

Após a abordagem anterior de alguns conceitos da teoria de Kurt Lewin, torna-se necessário algumas considerações sobre sua utilização no presente trabalho.

Apesar da teoria ter sido originalmente utilizada para o desenvolvimento da personalidade acreditamos que seus conceitos tem um alcance maior. Dessa forma, utilizar-los-emos na análise dos fatores de risco em mulheres acometidas com câncer mamário como método de compreender a influência desses fatores no campo vital desse grupo de mulheres.

CAPÍTULO IV METODOLOGIA

Tipo de estudo

Este trabalho é um estudo do tipo descritivo e retrospectivo.

POLIT; HUNGLER (1987) referem que o estudo descritivo se presta a descrever cuidadosamente as características de pessoas ou grupos em que ocorre determinado fenômeno. Concordante com tal afirmativa, ROUQUAYROL (1987) refere que a epidemiologia descritiva tem como propósito esclarecer a característica endêmica de uma doença, sua variação em relação ao sexo, idade e fatores bio-psicossociais das pessoas expostas ao risco.

Da mesma forma, os estudos retrospectivos são recomendados para verificação de uma variedade de fatores suspeitos em uma determinada doença ou mesmo para localizá-los (ROUQUAYROL, 1987).

A respeito do tempo a ser gasto em nosso estudo fixamos o período de 04 anos, por considerar que o número de casos era suficiente para a descrição a que se propõe.

Delineamento da população

A população foi constituída de mulheres atendidas na especialidade oncologia ginecológica - Patologia Mamária - do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), no período de janeiro de 1985 a dezembro de 1989.

Para identificação dessas mulheres procedeu-se um levantamento, realizado pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do referido hospital. Nesse levantamento identificou-se e compilou-se o número dos prontuários com diagnóstico médico de câncer de mama, através do código 174, que pela nomenclatura da Classificação Internacional das Doenças - CID - abrange as neoplasias mamárias.

Foram identificados 186 prontuários de mulheres atendidas no referido hospital, com diagnóstico de câncer de mama, no período de 1985 a 1989. Desse total foram excluídos 3 prontuários onde não constava nenhuma informação sobre o desenvolvimento do tumor e 1 prontuário que pertencia a um paciente do sexo masculino, restando, portanto, 182 prontuários para análise.

Fonte de dados

Para atingir os objetivos propostos efetuou-se um estudo retrospectivo, utilizando informações contidas nos prontuários identificados com o diagnóstico de câncer de mama, do HCFMRP-USP, no período anteriormente descrito.

A coleta de dados foi efetuada no prontuário das pacientes identificadas, especialmente nas fichas de casos novos e seguimento de patologias mamárias.

Os dados foram coletados através de um formulário onde constava além de dados de identificação fatores de risco descritos em múltiplos estudos epidemiológicos. Dessa forma buscou-se verificar para a população em estudo a influência dos seguintes fatores:

- idade ao diagnóstico
- idade da menarca e menopausa
- idade quando da primeira gestação a termo
- paridade
- amamentação
- peso e altura.
- uso de métodos contraceptivos
- uso de contraceptivos orais: antes da primeira gestação e tempo de uso
- ciclo menstrual: regular, irregular
- estado menopausal
- história anterior de alterações na mama
- história familiar de câncer de mama: primeiro grau (unilateral, bilateral), segundo grau (unilateral, bilateral).

É importante ressaltar que a principal limitação do estudo foi decorrente das dificuldades encontradas na coleta de dados, uma vez que no prontuário das pacientes as informações de interesse, muitas vezes estavam anotadas de forma inadequada ou não constavam. Assim, muitas variáveis não serão analisadas pela deficiência de informações.

No entanto, as informações contidas no prontuário nos permitiu analisar as características consideradas de maior importância pelos estudiosos do assunto.

Análise dos dados

A análise dos dados foi feita utilizando-se a frequência absoluta e relativa e o teste de significância X^2 para averiguar a associação entre algumas variáveis.

Como anteriormente foi descrito, tivemos dificuldades na coleta de dados. Em decorrência da deficiência de informações contidas nos prontuários consultados, teremos totais diferentes para algumas variáveis analisadas. Da mesma forma, teremos variáveis não analisadas por falta de informações.

Além dos fatores de influência no desencadeamento do câncer de mama, buscou-se alguns fatores ligados ao auto cuidado como: prática do auto-exame da mama e tempo decorrido entre a identificação do primeiro sinal e o diagnóstico. Tais dados não foram analisados pela imprecisão das informações registradas.

Os resultados encontrados permitiu-nos utilizar a teoria de campo de Kurt Lewin para uma análise global da situação, o que nos permitiu um entendimento da interrelação das variáveis estudadas.

CAPÍTULO V

FATORES DE RISCO NO CÂNCER DE MAMA

Caracterização da população

Dos 182 prontuários com diagnóstico de câncer de mama consultados, 90 (49,45%) mulheres residiam em Ribeirão Preto, 75 (41,21%) em municípios do estado de São Paulo e 17 (9,34%) em outros estados (Gráfico I). Compreende-se a ampla cobertura da instituição se considerarmos que o HCFMRP-USP é um hospital-escola, de nível terciário e serve como referência para o SUDS-ERSA-50, assim como para outros estados.

A grande maioria dessas mulheres eram domésticas, exercendo trabalho remunerado ou não (Gráfico I). Esse dado torna-se compreensível se analisarmos a demanda da instituição em estudo que, em sendo um hospital público acorrem para ele pessoas de nível sócio econômico baixo.

Ressalta-se também o percentual de mulheres aposentadas (13,73%). Esse dado pode estar associado ao fato de que cerca de 25% de nossa população ter sido diagnosticada após os 60 anos de idade (Gráfico I).

O câncer de mama, segundo PINHEIRO (1986), é a mais freqüente doença maligna feminina, acometendo principalmente mulheres brancas. Nossos dados coincidem com tal afirmativa, com um percentual em torno de 83% de mulheres brancas acometidas (Gráfico II). No entanto, estudos recentes, em populações de alta incidência, tem mostrado um aumento na freqüência dessa neoplasia em mulheres da raça negra.

No que se refere ao tipo de neoplasia, o câncer mamário mais freqüente foi o carcinoma ductal infiltrante, perfazendo cerca de 64%, fato coincidente com outros estudos epidemiológicos. (ADAMI, 1984; KELSEY, 1979; PROLLA e DIETZ, 1985).

Em relação à lateralidade da mama afetada verificamos, praticamente, a mesma freqüência em ambas as mamas, com ligeira tendência de predomínio da mama direita (Gráfico II).

O predomínio da mama direita é revelado no estudo de MIRRA, COLE e MacMAHON (1971), que estudaram a incidência do câncer de mama na cidade de São Paulo. Entretanto, chama a atenção que estudos epidemiológicos em regiões de alta incidência, como os Estados Unidos e países europeus, indicam uma maior incidência da mama esquerda, superando em até 10% o

acometimento da direita (BLOT et al, 1977; KELSEY, 1979; McMANUS, 1977). Portanto, os estudos em nosso país revelam que a questão da lateralidade do câncer de mama tem-se mostrado de forma diferente de outros países.

Gráfico 1 - Distribuição das mulheres com câncer de mama segundo a procedência e ocupação

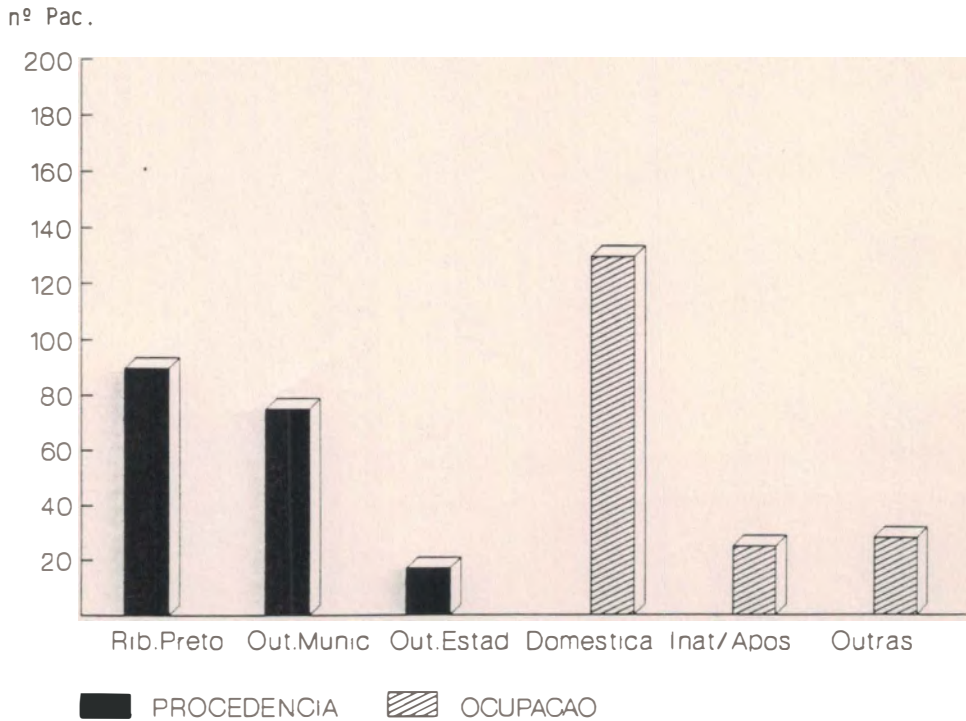
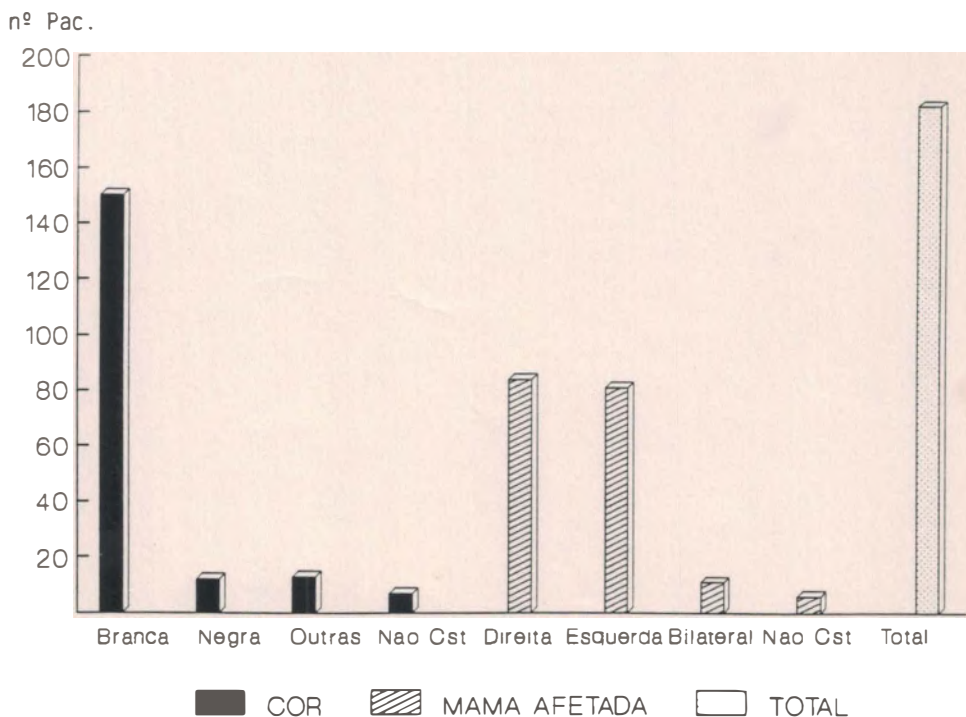


Gráfico 2 - Distribuição das mulheres com câncer de mama segundo a cor e mama afetada



Acreditamos que pesquisas devem ser empreendidas na tentativa de explicar que forças estão interagindo e tendem a acometer mais a mama direita da mulher brasileira. Acresce-se, ainda, que a identificação dos vetores que estariam atuando seria um fato importante para a identificação de grupos de risco.

Fatores de risco à luz da teoria de campo

Idade

A idade é um importante fator relacionado à probabilidade de desenvolvimento do câncer de mama. Galvis apud PINHEIRO (1986) diz que a idade é um fator de alto risco para contrair um neoplasma maligno de mama, ocorrendo 85% dos casos após os 45 anos.

O câncer de mama é raro abaixo dos 25 anos, pouco freqüente entre 25 e 30 anos, sendo que nos últimos anos tem-se observado um aumento na incidência nessa faixa etária (HAAGENSEN, 1989; SENIE, 1983).

LONG e MOLBO (1983) referem que o câncer mamário tem aumentado sua incidência em cerca de 1% nos últimos 10 anos e o maior aumento observa-se para mulheres abaixo dos 40 anos. No Brasil, em estudo realizado por LUZZATTO et al (1987), no estado do Rio Grande do Sul, constatou-se que em cerca de 20% de todos os casos estudados, as pacientes tinham menos de 40 anos.

Na população aqui estudada, 18,23% das mulheres foi acometida pela doença antes dos 40 anos de idade (Figura 3). Esse fato merece observação para a caracterização do fenômeno anteriormente descrito, de um crescente acometimento da doença em mulheres mais jovens, a nível local.

No Brasil, para um panorama geral, não temos dados oficiais, que nos permite verificar uma precocidade no acometimento de mulheres. Estudos posteriores que permitam comparações e análise do fenômeno citado por LONG (1983), onde ressalta uma tendência à locomoção da incidência do câncer mamário para populações mais jovens merece destaque.

Apesar desse fenômeno de crescente diminuição na faixa etária acometida, vários estudos nos mostram picos máximos de ocorrência da doença entre 45 e 49 anos e aos 65 anos (LONG, 1983; IVENSON-IVENSON, 1980).

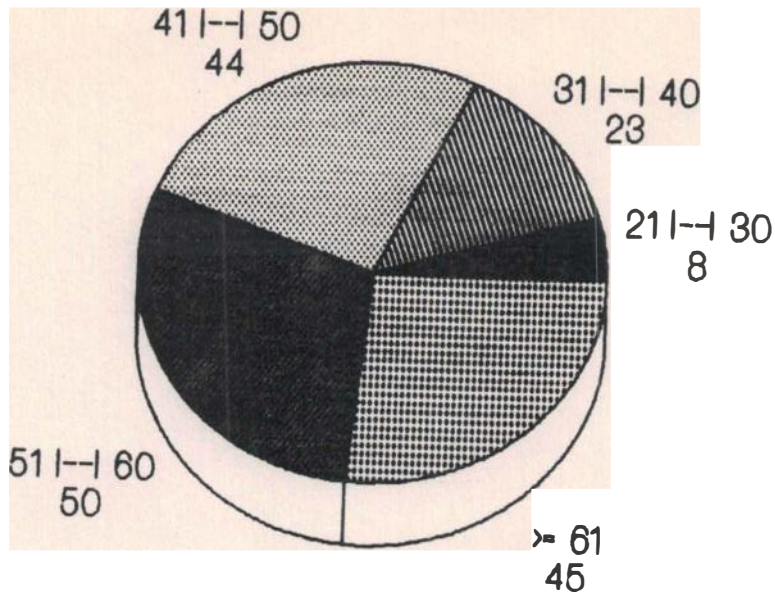


FIGURA 3 Distribuição de mulheres com câncer de mama segundo a idade ao diagnóstico.

Em nossa população, 81,76% dos casos ocorreram após os 40 anos de idade, fato esse, coerente com a literatura estudada que mostra uma maior incidência da doença após os 40 anos. No entanto a distribuição das mulheres acometidas após os 40 anos, foi equitativa, não caracterizando os picos máximos de incidência anteriormente descritos (Figura 2).

Da mesma forma, não observamos a queda na incidência por volta dos 50 anos, como foi descrito por PIKE (1987) e que nessa idade poderia estar associado um possível efeito da menopausa na curva de incidência. Aqui vale ressaltar que, nesse período, altera-se o metabolismo hormonal, principalmente relacionado aos estrógenos. Com a cessação da função ovariana, o organismo da mulher fica dependente dos depósitos estrogênicos que se concentram principalmente no tecido adiposo, o que temporariamente explicaria uma queda na curva de incidência.

Ainda em relação à idade, é importante considerar sua influência no curso da patologia e, a esse respeito, segundo SILVA (1987) existe divergência entre os pesquisadores. Alguns consideram que o câncer de mama tem um pior prognóstico acima dos 40 anos e quanto mais idosa, pior a sua sobrevivência. Em contrapartida, existem aqueles que afirmam que pacientes com até 35 anos teriam pior prognóstico. Como não era objetivo desse trabalho observações sobre a evolução da doença não foi possível tal análise, visto ser

necessário um aprofundamento nos dados posteriores ao diagnóstico.

Acreditamos que com as crescentes taxas de incidência e com o maior acometimento de mulheres mais jovens, a evolução da doença em diferentes idades poderá ser melhor esclarecida.

No entanto, achamos oportuno expor algumas hipóteses que tem sido aventadas para explicar a precocidade do câncer de mama e, merecem atenção dois elementos importantes que permeiam o espaço de vida da população feminina: a educação em saúde e o diagnóstico precoce.

Observamos que a educação em saúde tem sido uma preocupação constante em programas de combate ao câncer e, poderia estar influenciando as mulheres sobre a necessidade do diagnóstico precoce.

Assim temos que, não apenas os profissionais de saúde, tem se preocupado em levar informações ao público sobre o câncer e a importância do diagnóstico precoce, mas também a população tem buscado tais informações. Esse processo, provavelmente, tem contribuído para uma maior atenção da mulher sobre seu corpo, uma preocupação constante com os sinais e sintomas identificados, e com isso a busca sistemática de um diagnóstico mais precoce.

Essa mobilidade no espaço de vida das mulheres, segundo a abordagem lewiniana, parece estar refletindo sobre a influência da idade no diagnóstico de câncer de mama.

Outro aspecto que merece reflexão é acerca do acometimento de mulheres em idades mais avançadas, o que possibilita um paralelo com o aumento da longevidade da mulher brasileira. Nesse sentido, acreditamos que a locomoção para uma maior longevidade expõe a mulher, em seu espaço de vida, a forças e valências interrelacionadas ao desenvolvimento do câncer de mama.

Como se pode perceber, a influência da idade no processo de adoecer é importante fator a ser considerado, mas seu papel no desencadeamento da doença é desconhecido. Vários autores relacionam a incidência do câncer de mama em determinadas idades a outros fatores supostamente envolvidos, como a história familiar de câncer de mama; estado menopausal; história reprodutiva, entre outros elementos pertencentes ao espaço de vida da mulher.

Ressalta-se portanto, que a teoria da multicausalidade aplica-se bem ao fator idade e tem sido defendida por DUFFY, ROBERTS e ELTON (1983); LONG (1983); TRICHOPOULOS (1983); ALEXANDER e ROBERTS (1987); ROSERO-BIXBY, OBERLE e LEE (1987); OLSSON, RANSTAM e OLSSON (1987).

Menarca

Para HAAGENSEN e BODIAN (1989); HELMRICH et al (1983); KELSEY (1979); PAFFEM BARGER, KAMPERT e CHANG (1980), entre outros, a menarca precoce é um importante fator de risco para o aparecimento do câncer de mama.

PIKE (1987) sugere que o início precoce da menstruação aumenta o risco para o câncer de mama, mas esse fenômeno é mais perceptível em mulheres cujo diagnóstico é feito em idades mais jovens. Ele encontrou um risco aumentado em duas vezes em mulheres que tiveram a menarca antes dos 12 anos, comparado àquelas cuja menarca ocorreu após os 13 anos de idade. Entretanto, esse risco aumentado foi associado a mulheres com câncer diagnosticado aos 32 anos ou mais jovens. Tal fato, conforme sugere o autor, pode estar relacionado à menarca ser um evento mais próximo às idades mais jovens e, portanto, essas mulheres recordar-se-iam, mais facilmente da idade em que vivenciaram-na.

Uma publicação do National Cancer Institute-USA (1984), considera que mulheres cujo primeiro período menstrual ocorreu aos 14 anos ou mais velhas tem 20% a menos de chance de desenvolver um câncer de mama em relação àquelas que o tiveram aos 12 anos ou mais jovens.

PAFFEMBARGER, KAMPERT e CHANG (1980) em seu estudo sobre as características predisponentes ao risco do câncer da mama antes e após a menopausa encontraram que mulheres cuja menarca ocorreu aos 15 anos ou mais tiveram mais baixo risco em relação às que vivenciaram-na mais precocemente.

HELMRICH et al (1983) associam o risco relativo ao câncer de mama e o estado premenopausal, estimando um risco mais alto na ocorrência de menarca anterior aos 15 anos de idade em mulheres diagnosticadas antes da menopausa.

Vários outros autores associam a menarca precoce ao risco da ocorrência de câncer de mama sem, no entanto, definir o que consideram menarca precoce.

Observando nossos dados, temos que das 152 mulheres, onde constava a idade da menarca no prontuário, 48,68% (74) delas tiveram seu primeiro ciclo menstrual entre 12 e 13 anos. Esse dado é compatível com os resultados de MAMEDE et al (1990) que preocupadas com a definição sobre a

época em que ocorre a menarca, na região de Ribeirão Preto, encontraram que mais de 80% das mulheres pesquisadas tiveram a menarca entre 11 e 14 anos.

Considerando menarca precoce antes dos 11 anos, conforme achados de tais autoras, verificamos que das 27 mulheres cuja menarca ocorreu precocemente 19 delas (70,37%) foram diagnosticadas após os 40 anos (Tabela I). Esse fato é discordante com os dados de PIKE (1987) que refere uma relação positiva entre menarca precoce e câncer de mama, perceptível apenas quando o diagnóstico é feito até os 32 anos ou antes. Observamos portanto, que a idade da menarca, pouco ou nenhuma influência exerceu sobre a nossa população, onde a maioria teve seu diagnóstico feito após os 40 anos de idade.

A inexistência de correlação entre a idade da menarca e idade ao diagnóstico pode ser verificada aplicando o teste de associação, destacando idade da menarca antes e após os 11 anos e diagnóstico de câncer de mama antes e após os 40 anos de idade.

TABELA 1. Distribuição das mulheres acometidas por câncer de mama segundo a idade ao diagnóstico e idade da menarca.

Idade ao Diagnóstico	Idade da Menarca			Total
	9 - 11	12 - 13	14-17	
21 - 30	1	4	3	8
31 - 40	7	9	6	22
41 - 50	8	15	16	39
51 - 60	8	26	11	45
> 61	3	20	15	38
Total	27	74	51	152
	17,76%	48,68%	33,55%	

$$X^2 = 2,02; \quad 1 \text{ gl}; \quad X^2_c = 3,64$$

Utilizando, ainda, o trabalho de MAMEDE et al (1990) como parâmetro para a idade da menarca e considerando as mulheres cujo primeiro período menstrual ocorreu aos 14 anos ou mais (33,55%), observamos que, para essas mulheres, a menarca tardia parece não ter conferido proteção.

Reportando à teoria de campo, pode-se inferir que a idade da menarca, por si só, para a população estudada, não constitui força suficiente para incutir poder no desenvolvimento do câncer mamário.

A esse respeito, OLSSON, RANSTAM e OLSSON (1987) consideram que a idade da menarca, isoladamente, não constitui fator de risco e, associa essa variável com o número de ciclos menstruais da mulher. Dessa forma, a duração da atividade menstrual é que seria um fator de risco, com valência positiva para o câncer de mama.

HALBE (1987), num estudo sobre a relação dos ciclos menstruais ovulatórios (CMO), também chegou, preliminarmente, em uma correlação positiva entre o número de CMO e o risco do câncer de mama.

Numa tentativa de explicar a relação entre o câncer de mama e a menarca, KELSEY (1979) sugere uma interrelação com os hormônios endógenos envolvidos nos ciclos menstruais.

No entanto, apesar de todas essas conjecturas, ainda permanece obscura a relação menarca e câncer de mama.

Menopausa

Para discutirmos a relação entre a idade da menopausa e o câncer de mama torna-se necessário algumas considerações sobre a grande variabilidade acerca da idade da última menstruação na mulher.

A esse respeito, existe uma amplitude considerável dos parâmetros de ocorrência da menopausa em diversos trabalhos citados por MAMEDE et al (1990). Esses autores encontraram para a população de Ribeirão Preto, uma idade média de ocorrência da menopausa aos 49 anos e 6 meses.

Esse dado é concordante com a afirmativa de HALBE (1987) que considera a idade média da menopausa ao redor dos 49 anos, classificando a menopausa precoce quando ocorre antes dos 40 anos e a tardia após os 52 anos. Considera ainda, que mulheres que vivenciam a menopausa tardia têm maior risco de serem acometidas por câncer de mama.

Para que possamos aproximar o fenômeno menopausa e a realidade onde este estudo foi efetuado, consideraremos menopausa tardia aqueles casos onde a mulher tenha tido seu último período menstrual após os 53 anos de idade. Essa consideração toma como parâmetro o estudo de MAMEDE et al (1990), que constatou que 62,8% das mulheres, em Ribeirão Preto, tiveram seu último período menstrual entre 48 e 54 anos, conforme se verifica na figura 2.

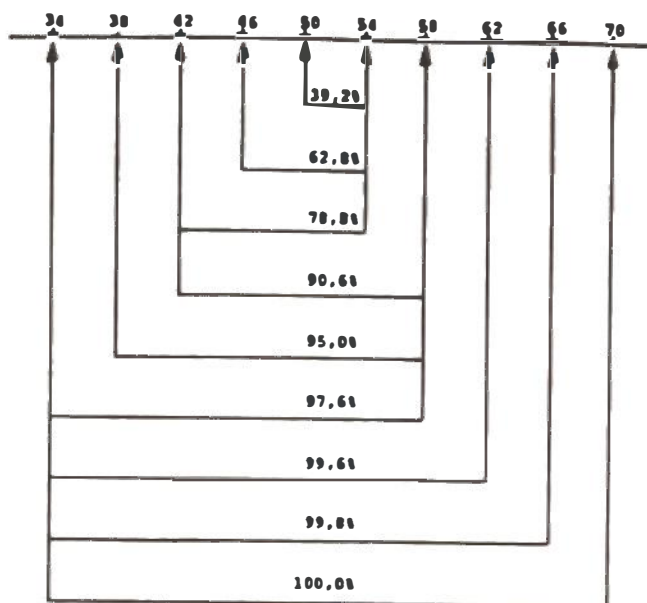


FIGURA 2. Diagrama de frequência relativas, acumuladas a partir da maior, de 457 idades de menopausa. Ribeirão Preto, 1990.

Fonte: MAMEDE et al (1990).

Considerando as mulheres que fizeram parte de nosso estudo, temos que das 136 onde constava no prontuário a idade da menopausa, 40 (29,41%) delas ainda menstruavam; 14 (10,29%) foram submetidas a menopausa artificial e 82 (60,30%) eram pós-menopáusicas (Tabela 2).

Entre as 82 mulheres pós-menopáusicas temos que em 68 (82,92%) a menopausa ocorreu até os 52 anos de idade, fato esperado para a população em estudo, de acordo com os resultados de MAMEDE et al (1990). Dessa forma, apenas um grupo de 14 (17,07%) pacientes tiveram seu último período menstrual após os 52 anos de idade, o que poderia ser considerado menopausa tardia.

Esses dados vem se contrapor à afirmativa de HALBE (1987) sobre a possibilidade de um maior risco de câncer mamário associado à

menopausa tardia.

TABELA 2. Distribuição das mulheres com câncer de mama segundo o estágio da fase reprodutiva e a idade ao diagnóstico.

Estágio da Vida	Idade ao diagnóstico					Total
	21 - 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	> 61	
Menstruação						
regular	4	17	16	3	-	40
Menopausa						
artificial	-	1	5	4	4	14
Idade da Menopausa:						
< 47	-	-	6	9	5	20
48 - 52	-	-	6	23	19	48
> 53	-	-	-	6	8	14
Total	4	18	33	45	36	136

Analisando nossos dados, não nos pareceu que o fenômeno menopausa possa ter interferido no processo patológico. Isto se deve a que quase 30% das mulheres estudadas ainda menstruavam e cerca de 10% foram submetidas à menopausa artificial, fato considerado por KELSEY(1979), um fator de proteção contra o câncer mamário, principalmente quando relacionada à ooforectomia bilateral.

O papel desempenhado pela menopausa no processo patológico é ainda desconhecido. Já foi sugerido que o hormônio estrona - estrógeno predominante nesse período - teria uma influência no aumento do risco para o câncer mamário, mas tal fato ainda carece de comprovação.

Como ainda é desconhecido o processo de desencadeamento da doença, as hipóteses levantadas baseiam-se em estudos epidemiológicos, fato que possibilita resultados diferenciados, uma vez que o comportamento das populações podem se diferenciar.

Assim, BODIAN e HAAGENSEN (1989) discutindo sobre os fatores reprodutivos que interferem no aparecimento do câncer de mama fazem uma revisão bibliográfica sobre a idade na ocasião da menopausa em pacientes

com carcinoma mamário e concluem que o risco em pacientes cuja menopausa ocorreu até os 45 anos de idade é 1,0. Esse risco se eleva para 1,7 naquelas mulheres em que a menopausa ocorreu entre 50 e 54 anos.

Parece haver consenso, segundo ALEXANDER e ROBERTS (1987), que mulheres entre 50-54 anos que ainda menstruam tem mais alto risco ao câncer de mama que aquelas pós-menopáusicas. Esta afirmação para os nossos resultados, não teve consistência pois apenas 3 mulheres, na população estudada, enquadram nessa posição.

Dados do National Cancer Institute - USA (1984) mostram (1984) que as mulheres que tiveram seu último período menstrual aos 55 anos, tem um risco duas vezes maior que aquelas que o vivenciaram à idade de 50 anos ou anteriormente. Seus resultados ainda apontam uma redução no risco quando a mulher é submetida à castração cirúrgica ou induzida por radiação, por volta dos 40 anos de idade.

Ampliando essa discussão, tem sido sugerido uma relação entre menopausa, câncer de mama e índice de massa corporal. A esse respeito, PAFFENBARGER, KAMPERT e CHANG (1980) e HELMRICH et al. (1983) apontam uma correlação positiva entre um alto índice de massa corporal e o câncer de mama entre mulheres pós-menopáusicas. Esse aumento no risco ao câncer mamário foi relacionado a uma acelerada conversão de androstenediona em estrona, ocorrendo no tecido adiposo das mulheres obesas.

BACARAT (1986); LONG e MOLBO (1983) referem que o carcinoma mamário na pré e na pós menopausa podem ser considerados duas entidades distintas. Nesse sentido, BACARAT (1986) afirma que para o câncer desenvolvido na pré menopausa é básico o fator genético; enquanto na pós-menopausa são fundamentais, a dieta, a obesidade, a idade, entre outros.

Buscando fazer uma análise mais compreensiva sobre a possibilidade do fenômeno menopausa e sua relação com o processo patológico - câncer de mama - pareceu-nos que a menopausa, isoladamente, não tem poder para incutir força no desencadeamento do processo saúde-doença.

Entretanto, se considerarmos as conclusões de ALEXANDER e ROBERTS (1987) de que existe um aumento no crescimento do tumor na época da menopausa e que em sua experiência clínica os tumores detectados na perimenopausa são mais difíceis de serem tratados, questionamos:

Será que o fenômeno menopausa não participa, naquele momento, de regiões centrais do espaço de vida daquele grupo de mulheres com valência positiva

para a evolução do tumor?

Sabemos, no entanto, que existem outras forças de interação nesse processo, positivas e/ou negativas e já se destaca a importância das forças internas do próprio indivíduo como um recurso para frear ou impulsionar a evolução tumoral.

Nesse sentido, acreditamos que a mulher, enquanto vivenciando o processo menopausal, deveria utilizar constelações com forças de intensidades tais que impeçam a evolução tumoral alcançar a área central de seu espaço de vida.

Fatores reprodutivos

O desenvolvimento do câncer de mama tem sido, freqüentemente, associado a fatores reprodutivos. Entre os fatores relacionados, discute-se a influência da gravidez no desenvolvimento da doença. A esse respeito, tem sido considerado que a primeira gravidez a termo em idade precoce, assim como a multiparidade conferem proteção contra o câncer mamário; enquanto, a nuliparidade e um adiamento da primeira gravidez para idades mais tardias são considerados fatores de risco.

Tal afirmativa é fundamentada em resultados de estudos epidemiológicos, principalmente naqueles do tipo caso e controle, que tem sido empreendidos em diferentes populações.

Entretanto, como as populações estudadas apresentam características geográficas e sócio-culturais heterogêneas e, considerando que outros fatores além dos reprodutivos poderiam estar interagindo no desenvolvimento do câncer de mama, os resultados da análise das variáveis gravidez e paridade podem não ser convergente, em populações diferentes.

No entanto, cabe ressaltar aqui que as diferenças culturais se mostram muito evidentes quando se trata do comportamento reprodutivo da mulher brasileira em relação às dos países desenvolvidos.

Sabe-se que é no início da terceira década que a mulher brasileira começa a direcionar e redimensionar seu espaço de vida e nesse sentido, aproximam-se das zonas centrais fatos importantes no seu desempenho social, como o casamento, a procriação, entre outros.

Considerando essa característica sócio-cultural e a hipótese de que a idade de ocorrência da primeira gravidez a termo confere proteção, esperar-se-ia uma locomoção no processo saúde-doença, cujos vetores

direcionar-se-iam para uma incidência do câncer de mama diminuída.

No entanto, o fato de 64,44% das mulheres estudadas terem tido sua primeira gravidez a termo até os 25 anos vem de encontro ao perfil reprodutivo de nossa população e contra argumentando a hipótese de que essa variável é um fator de proteção contra o câncer mamário.

TABELA 3. Distribuição das mulheres segundo a idade na primeira gestação e a paridade.

Paridade	Idade na Primeira Gestação				Total
	13 - 20	21 - 25	26 - 30	> 31	
1 - 3	5	25	18	7	55
> 4	8	20	7	-	35
Total	13	45	25	7	90

$$\chi^2 = 9,07; \quad 3 \text{ gl}; \quad \chi^2_c = 7,82$$

Ainda em relação à população em estudo, observamos na Tabela 3 que apenas 7 (7,70%) das mulheres com câncer de mama tiveram seu primeiro filho após os 30 anos de idade, o que novamente coincide com o perfil reprodutivo da mulher brasileira, que geralmente nessa idade já está com sua prole estabelecida. Com esse comportamento social definido, não nos parece apropriado afirmar que, para essa população, o adiamento da primeira gravidez seja considerado um fator de risco, em vista do pequeno número de mulheres - 7 (7,70%) - que iniciaram sua vida reprodutiva após os 30 anos.

Esse dado é concordante com os resultados de DUFFY (1983), os quais não evidenciaram um risco aumentado em mulheres cuja primeira gravidez ocorreu após os 35 anos.

Essa questão é obscura e KVALE e HEUCH (1987) questionam a relação negativa entre o câncer de mama e a idade em que ocorre a primeira gravidez. A esse respeito, referem que essa associação é bem mais complexa do que se acredita.

Continuando a discussão sobre a influência da gravidez, há autores que fazem uma relação negativa entre a multiparidade e o risco do

câncer mamário (KVALE; HEUCH; EIDE, 1987; WAARD, 1988; KELSEY, 1979).

Em relação à paridade, na amostra aqui estudada observamos que 77 (46,66%) mulheres tiveram de 1 - 3 filhos; 59 (35,75%) tiveram 4 filhos ou mais e 29 (17,57%) eram nulíparas (Figura 4).

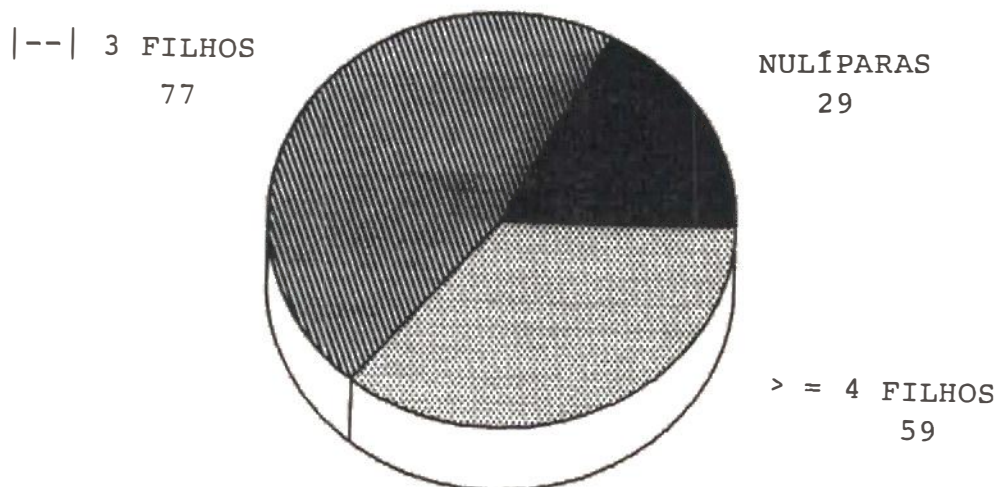


FIGURA 4 Distribuição das mulheres com câncer segundo a paridade.

Considerando apenas as 136 mulheres que tiveram filhos, parece que para essa população, a multiparidade não foi um fator de proteção, visto que 59 (43,38%) delas os tiveram em número de 4 ou mais.

Na tentativa, ainda, de se verificar possíveis interferências da paridade com o câncer de mama, procuramos analisar outra dimensão da questão: paridade e estado menopausal. Assim, associando-se a idade em que ocorreu a menopausa das mulheres acometidas pelo câncer mamário com a paridade, observamos que entre as 79 mulheres pós-menopáusicas, 10 (12,65%) não tiveram filhos, 31 (39,24%) tiveram entre 1 - 3 filhos e 38 (48,10%) os tiveram em número de 4 ou mais (Tabela 4). Com esses resultados, observamos que numericamente não há grandes diferenças entre as mulheres que tiveram menos de 4 filhos e aquelas com 4 ou mais - 39,24 contra 48,10% respectivamente. Assim, podemos inferir uma ausência de associação entre essas variáveis, visto que na população estudada a multiparidade para mulheres pós menopáusicas parece não lhes ter conferido proteção contra a doença.

TABELA 4. Distribuição das mulheres com câncer de mama, segundo o estágio da vida reprodutiva e a paridade.

Paridade (c)	Estágio da Vida Reprodutiva					Total
	Menstruação Regular(a)	Menopausa Artificial	Idade da Menopausa(b)			
			<47	48 - 52	>53	
0	6	3	4	4	2	19
1 - 3	19	10	6	22	3	60
> 4	15	1	10	19	9	54
Total	40	14	20	45	14	133

$$X^2 = 1.46; \quad 2 \text{ gl}; \quad X_c^2 = 5,99$$

Nesse momento, analisando a idade em que foi feito o diagnóstico e a paridade (Tabela 5), observamos que das 59 mulheres com 4 filhos ou mais, apenas 3 (5,08%) foram diagnosticadas antes dos 40 anos. Esse dado é equivalente aos resultados de KVALE, HEUCH e EIDE (1987) que afirmam ser a multiparidade um forte protetor contra o câncer de mama em mulheres cujo diagnóstico é feito em idades mais jovens.

TABELA 5. Distribuição das mulheres com câncer de mama segundo a paridade e idade ao diagnóstico.

Paridade	Idade ao Diagnóstico					Total
	21 - 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	>61	
0	4	4	6	7	8	29
1 - 3	3	17	18	23	16	77
> 4	1	2	19	19	18	59
Total	8	23	43	49	42	165

Uma explicação para esse efeito protetor da multiparidade considera a existência de fatores que devem induzir uma diminuição no risco do câncer de mama. Esses fatores poderiam tornar o tecido mamário menos susceptível aos carcinógenos, ou aos promotores; possibilitar ao tecido mamário ser influenciado permanentemente pela produção hormonal; ou ainda, induzi-lo a uma resistência imunológica (KVALE, HEUCH e EIDE, 1987).

A esse respeito, MIRRA, COLE e MacMAHON (1971) observaram que mulheres que tiveram sua primeira gravidez aos 20 anos evidenciaram um risco menor que aquelas que a prorrogaram para a idade de 25 anos ou mais. Esse risco foi 2/3 menor para uma primeira gravidez em idades mais precoces.

TRICHOPOULOS et al (1983) confirmam que a idade de ocorrência do primeiro filho é o mais importante indicador de risco entre os fatores reprodutivos, associando um acréscimo de 3,5% no risco, a cada ano de adiamento da primeira gravidez. No entanto, afirmam que a idade em que ocorrem as sucessivas gravidezes também exercerá um efeito no risco para o câncer mamário, sendo percebido uma diminuição na proteção com o aumento do espaçamento entre as gravidezes posteriores à primeira.

Nossos resultados mostram que das 90 mulheres, onde constava nos prontuários a idade da primeira gestação 58 (64,44%) tinham menos que 25 anos quando tiveram seu primeiro filho (Tabela 3). Esses dados contrariam a hipótese de que a idade precoce na primeira gravidez a termo seria um fator de proteção contra o câncer mamário.

Confirmando uma possível resistência imunológica, Forsman apud KVALE, HEUCH e EIDE (1987) encontrou, no soro de mulheres múltiparas, anticorpos mediando a citotoxicidade contra as células do carcinoma mamário, dessa forma, as múltiplas gravidezes poderiam induzir mudanças imunológicas.

Uma explicação biológica para a associação inversa entre paridade e câncer de mama seria um efeito protetor continuado que aumenta a cada gravidez a termo. Esse efeito pode estar relacionado a mudanças no nível plasmático de prolactina que associa baixa concentração com alta paridade em mulheres pré e pós menopausais (De WAARD, 1988; KWA et al, 1981; KVALE, HEUCH e EIDE, 1987).

Em continuidade a essa discussão, acresce-se que a nuliparidade é considerado um fator de risco para o câncer de mama. Entretanto tal efeito merece ser melhor discutido.

DUFFY, ROBERTS e ELTON (1983), em seu estudo, não

encontraram significância entre o câncer mamário e a nuliparidade. Da mesma forma, para a população estudada por PIKE (1987), observa-se que o risco relativo para mulheres nulíparas foi menor que para aquelas cuja primeira gravidez a termo ocorreu após os 35 anos.

Comparando mulheres nulíparas e aquelas que tiveram apenas uma gravidez pode-se constatar um efeito associado à idade em que é feito o diagnóstico. Assim, mulheres cujo diagnóstico foi feito antes dos 60 anos e que tiveram apenas um filho pareceram ter mais alto risco que as nulíparas (KVALE, HEUCH e EIDE, 1987).

Na tentativa de buscar uma melhor definição sobre o efeito protetor da gravidez, PIKE (1987) encontrou que mulheres jovens, nulíparas, tem mais baixo risco que aquelas que tiveram filhos em idades muito precoces.

Em nossa amostra, das 165 mulheres para as quais foi registrado, no prontuário, a paridade 29 (17,57%) delas eram nulíparas (Tabela 5).

Vale ressaltar que quando associamos a idade em que foi feito o diagnóstico, das 8 mulheres cujo diagnóstico se deu antes dos 30 anos de idade, 4 (50%) delas eram nulíparas (Tabela 5). Diante desse resultado, acreditamos que para as mulheres jovens a nuliparidade é um forte indicador de risco para o câncer mamário.

Nesse sentido, parece-nos que a nuliparidade pode representar, para esse grupo de mulheres onde o diagnóstico se deu antes dos 30 anos, um campo de forças para o desencadeamento da doença.

Refletindo ainda sobre a questão paridade estar interferindo na doença, não verificamos correlação entre o número de filhos e a doença no presente estudo. Assim ao considerarmos o grupo de mulheres que tiveram filhos - 136 - verifica-se que 59 (43,38%) tiveram 4 filhos ou mais. Dessa forma, para a população estudada, o número de filhos ou o número de gravidezes não nos pareceu ter ocupado uma área importante no espaço de vida dessas mulheres, como também não nos pareceu significar algum poder para uma possível locomoção, ou seja, o número de filhos levando a menor risco de câncer de mama. No entanto, reforça-se que nos parece aqui que a nuliparidade associada à idade precoce ao diagnóstico apresenta valência positiva que propiciaria o aparecimento da doença.

Lactação

A crença de que a lactação bem sucedida e prolongada poderia

proteger a mulher do câncer mamário foi largamente difundida. Isso é consistente com a noção, própria do senso comum, de que a função fisiológica da mama pode diminuir as chances de desenvolver uma doença subseqüentemente (BYERS et al., 1985).

No entanto, os estudos epidemiológicos sobre o efeito da lactação no desenvolvimento do câncer de mama trazem resultados divergentes.

A esse respeito, BODIAN e HAAGENSEN (1989) referem não ter havido correlação entre a duração da lactação e a freqüência do câncer mamário para suas pacientes, acompanhadas durante 10 anos. Apesar disso, ao reverem a literatura observaram que a duração da lactação entre mulheres japonesas, que se prolonga em média por 6,4 anos, e a freqüência do câncer de mama que é extremamente baixo. Tal fato, também, foi observado para mulheres de uma linhagem pura de esquimós, que amamentam continuamente dos 17 aos 50 anos, e onde foram diagnosticados apenas 3 casos de câncer mamário, entre 1949 e 1974. Dessa forma, relatam evidências de uma diminuição na freqüência do câncer de mama à medida em que a lactação prolongada aumenta.

A esse respeito, procuramos observar qual o comportamento das mulheres que amamentaram em função do câncer mamário. Para tanto, procuramos agrupá-las de acordo com o tempo total de amamentação, em meses, incluindo todos os filhos (Figura 5). Das 84 mulheres que amamentaram, de acordo com o registro nos prontuários, pudemos observar que a maioria delas 47 (55,95%) o fizeram por um período maior que 1 ano e 6 meses, sendo que esperávamos freqüência exatamente inversa.

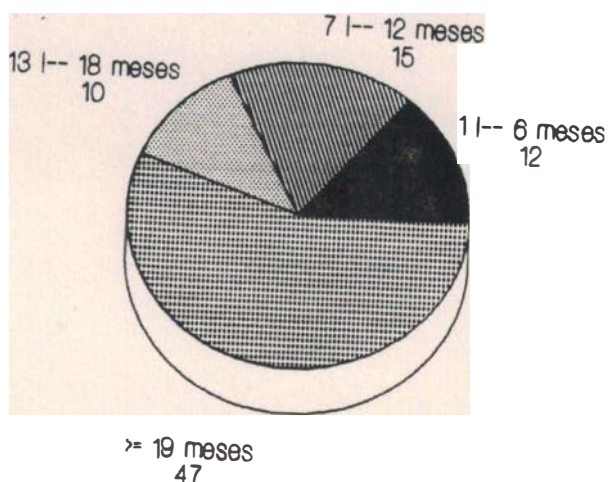


FIGURA 5. Distribuição das mulheres com câncer de mama que amamentaram segundo o período total de lactação.

Esses resultados vem de encontro com as considerações feitas por BODIAN e HAAGENSEN (1989) ao sugerirem a ausência de relação entre a lactação e a freqüência do câncer mamário.

Da mesma forma, THOMAS (1983) refere que a lactação parece não alterar o risco do câncer mamário, apesar de alguns estudos mostrarem que mulheres que amamentaram em apenas uma das mamas, tenderam a desenvolver o tumor na mama que não foi utilizada para a amamentação.

MIRRA, COLE e MacMAHON (1971) estudaram a relação amamentação e risco de câncer de mama, na cidade de São Paulo, área de alta paridade, e também não foi observado diferença significativa entre mulheres que amamentaram mais que 5 anos e a diminuição na freqüência do câncer.

LONDON et al (1990) sugerem que a amamentação não diminui o risco do câncer de mama, pelo menos para as populações ocidentais, mesmo quando esse fator é analisado associado à paridade.

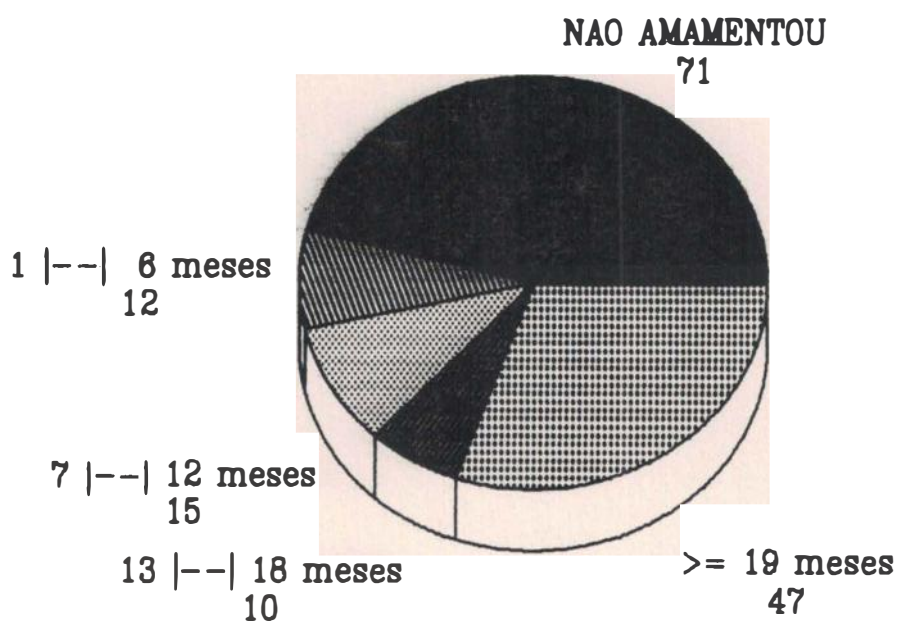


FIGURA 6. Distribuição das mulheres com câncer de mama segundo tempo de amamentação.

Interessante observar na Figura 6, que das 155 mulheres em que

a amamentação foi registrada em seus prontuários, 71 (45,80%), ou seja, quase a metade delas nunca amamentou. A nosso ver esse é um dado significativo se analisado em termos de comportamento social daquele grupo. Isto porque pensando em uma amostra aleatória de mulheres sadias entre 20 e 60 anos, é muito provável que a maioria delas já tenha passado pela experiência da amamentação. Assim, os 45,80% de mulheres que nunca amamentaram, nos parece ser um valor muito alto para um comportamento não esperado.

Continuando essa análise, temos, nos resultados de BIRS (1985), uma associação negativa entre a duração da lactação e o risco de câncer de mama somente para mulheres pré-menopáusicas. No entanto, McTIERNAN e THOMAS (1986) encontraram um efeito protetor da lactação para mulheres na pré e na pós-menopausa. Esse efeito foi mais consistente para o câncer de mama premenopausal.

Na tentativa de explicar como a lactação atua sobre a mama, BYERS et al (1985) sugerem duas interpretações para a associação causal entre lactação e risco de câncer mamário. O processo da lactação, per si, poderia ser visto como benéfico. Esse efeito poderia ser direto causando alterações na mama contra o câncer, ou indireto, via modulação da hipófise e/ou da atividade ovariana.

Segundo eles, alternativamente a lactação bem sucedida poderia ser vista como um indicador de um sistema endócrino normalmente balanceado, e o insucesso poderia ser correlacionado a uma disfunção hormonal que pode causar subsequente aumento do risco para o câncer mamário.

Complementando tal discussão, McTIERNAN e THOMAS (1986) afirmam que as alterações hormonais (aumento da prolactina e diminuição da produção de estrógenos) podem, de alguma forma, tanto inibir a iniciação do tumor como seu crescimento. Durante a lactação, a ovulação é interrompida ou é menos freqüente, fato que pode também proteger contra o câncer mamário. Poderia existir um efeito físico sobre as mamas tais como alterações nas células epiteliais dos ductos mamários ou um flushing-out mecânico da carcinogênese.

Finalmente, as mulheres que não amamentaram estariam expostas a um risco maior do câncer mamário devido às altas doses de estrógenos, após a parturição, a fim de inibir a lactação.

O efeito protetor da lactação pode parecer mais evidente em mulheres pré-menopáusicas porque ocorre uma diminuição desse efeito sobre o risco conforme se espaça o tempo desde a lactação, ou então, porque pode

haver diferenças na etiologia do câncer de mama na pré e na pós menopausa.

Em nosso estudo, os dados que se nos apresentam não nos permite proceder conclusões a respeito da correlação entre o câncer de mama e a amamentação.

No entanto, ainda que timidamente, faremos algumas conjecturas a esse respeito. Ao se analisar o total de mulheres acometidas pelo câncer mamário enquanto espaço de vida grupal verificamos duas áreas nitidamente distintas e numericamente próximas: 84 mulheres que amamentaram e 71 que não passaram por tal experiência. À luz da abordagem lewiniana estamos diante de um conflito, com oposição de forças de campo, de intensidades aproximadamente iguais - conflito tipo aproximação - aproximação (ver Figura 6). De acordo com Lewin, conflito tem a mesma dimensão que equilíbrio, e transpondo essa afirmativa para os nossos dados - amamentar e não amamentar - para as mulheres aqui estudadas não significou aumentar ou diminuir o risco para o câncer de mama. No entanto, se extrapolarmos tal análise para a população geral de mulheres acima de 20 anos, provavelmente encontraríamos um grupo muito maior de mulheres que amamentaram. Assim, perceberíamos uma tendência à locomoção e não ao equilíbrio como mostraram nossos dados em uma análise numérica.

Dessa forma, poderíamos então dizer que a não amamentação, na população estudada, foi capaz de incutir forças a ponto de promover uma locomoção tendendo a formar dois grupos, numericamente, semelhantes. A não lactação, portanto, consistiu de um fator de risco ao câncer mamário, fato que em concordância com BIRS et al (1985) pode ser explicado biologicamente pelo efeito benéfico que a lactação produz na mama.

No entanto, quando observamos a Figura 5 onde se distribuem apenas as mulheres que amamentaram de acordo com o tempo que o fizeram podemos admitir que se a lactação protege contra o câncer de mama, ela o faz independente do tempo dessa prática, visto que a maioria das mulheres estudadas amamentaram por um período maior.

Em vista disto, concordamos com autores que recomendam estudos prospectivos mais controlados sobre essa associação. Tais estudos permitir-nos-iam uma acuracidade das informações e conclusões mais fidedignas a esse respeito.

Mediante tais resultados, concordamos que a lactação deve continuar a ser estimulada por seus relevantes efeitos benéficos para o recém-

nato, mas o argumento de que a lactação prolongada previne o câncer de mama ainda não é comprovado.

História Familiar

A história familiar de câncer mamário é um forte indicador para a doença. Muitos estudos tem sido empreendidos para determinar o risco para mulheres de uma mesma família com níveis diferentes de parentesco, e com antecedente de câncer mamário. Nesse sentido, tem sido associado a presença do câncer de mama e um risco aumentado em irmãs, mães, filhas e parentes de segundo grau. Além dessa associação, tem sido estudado o comportamento da doença com história familiar e sua relação com outros fatores como idade ao diagnóstico, estado menopausal, história reprodutiva, etc.

Assim, CLAUS (1990) considera que a idade em que um membro da família é acometido pela doença configurou-se como um fator preponderante no risco do câncer de mama para parentes de primeiro grau - mãe, filhas, irmãs. Esse risco aumenta com o decréscimo da idade em que é detectado o familiar acometido pela doença. Da mesma forma, BAIN (1980) mostra um risco maior entre mulheres mais jovens e na pré-menopausa.

OTTMAN et al (1986) também associam o fator idade como determinante do risco familiar no câncer mamário. Em suas conclusões, temos que mulheres diagnosticadas com câncer de mama, uni ou bilateralmente, em idades inferiores a 40 anos exacerbam o risco para suas irmãs.

No entanto, a esse respeito, METLIN et al (1990) afirmam que houve significância em seus resultados quando a correlação entre o câncer de mama é feita com grupos etários específicos. Assim, mulheres com idade até 40 anos com história familiar da doença teriam um risco aumentado. Da mesma forma, quando se analisa o grupo de mulheres idosas com câncer de mama, membros de sua família, na mesma faixa etária, estariam mais predispostos a um risco maior.

Em nosso estudo, das 49 mulheres que referiram história familiar de câncer mamário, apenas 13 (32,5%) foram diagnosticadas aos 40 anos de idade ou mais jovens. Esse resultado não mostrou associação entre essas variáveis mediante aplicação do teste de significância, conforme se verifica na tabela 6. ($X^2=2,52$).

TABELA 6. Distribuição das mulheres segundo a história familiar de câncer de mama e a idade ao diagnóstico.

		Idade Diagnóstico		Total
		<40	>41	
História	Sim	13	36	49
Familiar	Não	17	91	108
Total		30	127	157

$$\chi^2 = 2,52 \quad 1g.l. \quad \chi^2_c = 3,84$$

Continuando a análise, podemos dizer que nossos dados aproximam-se dos resultados de DUFFY, ROBERTS e ELTON (1983) onde foi encontrado um risco aumentado entre mulheres de 40 a 60 anos de idade, com história familiar de câncer de mama. Na amostra aqui apresentada, temos que 36 (73,46%) das mulheres com história familiar da doença foram diagnosticadas após os 40 anos de idade.

Consistente com esses dados, SATTIN et al (1985) encontraram uma incidência de câncer mamário mais alta, em mulheres com história familiar de primeiro grau e na faixa de 45 a 54 anos de idade.

Diante dessas discussões não fica claro a relação entre a história familiar de câncer mamário e a idade em que ocorre a doença. Essa questão é de difícil confronto, uma vez que se utiliza como parâmetro a idade em que é feito o diagnóstico, e esse não é um dado muito apropriado, a menos que se considere o estágio de evolução da doença.

Refletindo sobre essa questão, SATTIN et al (1985) afirmam que ainda se desconhece como a história familiar afeta o risco no câncer de mama. É provável que tanto fatores genéticos como ambientais exerçam influência no desencadeamento da doença.

A esse respeito, KELSEY (1979) avança em suas conclusões ao afirmar que existe uma evidência acerca de um efeito genético, que é melhor caracterizado, quando o câncer ocorre em mulher, com história familiar da doença, no período pré menopausal. Assim é aventado a possibilidade de uma susceptibilidade hereditária em algumas famílias, nas quais existe um número

excessivo de casos de câncer de mama e de ovário, sendo que nesses casos, o diagnóstico é feito mais precocemente (KELSEY, 1979; BODIAN e HAAGENSEN, 1989).

A história de uma relação positiva entre o câncer de mama e o estado menopausal leva a algumas considerações divergentes. Dessa forma, METLIN et al (1990) sugerem que o câncer de mama em mulheres jovens (pré-menopausa) e idosas (pós-menopausa) são duas entidades distintas. Contrariamente, CLAUS, RISCH e THOMPSON (1990) afirmam que, etiologicamente, o câncer de mama na pré-menopausa não é distinto daquele que ocorre na pós-menopausa.

Com tantas divergências, concordamos com a necessidade de se associar à história familiar, outros fatores como paridade; idade da menopausa, idade quando da primeira gravidez a termo, entre outros (ANDERSON e BADZIOCH, 1985; KELSEY, 1979).

Há ainda a necessidade de se identificar marcadores biológicos e genéticos que diferenciariam verdadeiramente as mulheres em relação ao nível de risco. Assim poder-se-ia identificar indícios acerca dos mecanismos de desenvolvimento do câncer de mama em mulheres de alto e baixo risco (ANDERSON e BADZIOCH, 1985; KELSEY, 1979).

Demais fatores de risco

Além dos fatores analisados anteriormente, tínhamos interesse em analisar a influência da constituição física da mulher mastectomizada e se esse fator constituía um fator de risco. Tal característica seria detectada através da análise de peso e altura anotados no prontuário. No entanto, não nos foi possível identificar essa variável, uma vez que tais dados não foram registrados sistematicamente nos prontuários estudados.

Considerávamos ainda importante analisar fatores que tem influência na vida reprodutiva da mulher tais como: a regularidade dos ciclos menstruais e o uso de métodos contraceptivos, em especial os métodos contraceptivos hormonais. Esses fatores são também muito controversos na literatura pesquisada, mas não foi possível analisá-los no presente estudo, visto que a precariedade de tais informações prejudicaria a consistência da análise.

CAPÍTULO VI

IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE DA MULHER

A crescente incorporação da mulher na força de trabalho do país; sua maior participação social; o progressivo avanço no conhecimento científico e o aumento da longevidade tem propiciado uma modificação no quadro de morbimortalidade feminina. Dessa forma, percebe-se um declínio nos problemas relacionados à gravidez, parto e puerpério e um aumento das doenças crônico-degenerativas.

Neste contexto, o câncer já ocupa a segunda causa de mortalidade feminina, sendo superado apenas pelas doenças cardio-circulatórias. Ressaltamos ainda alguns aspectos importantes para a mulher como: o papel de destaque que ocupa o câncer ginecológico; sua abordagem nos serviços de saúde; a desinformação da população e a inacessibilidade a recursos preventivos e de diagnóstico precoce.

A respeito do câncer ginecológico ressalta-se a identificação de padrões de comportamento sexual e reprodutivo que tem sido abordados com definições conceituais, marcados por extrema fragilidade e decorrentes em grande parte de percepções morais e ideológicas.

Nesse sentido, observamos um consenso sobre a associação do câncer cérvico-uterino e a promiscuidade sexual. Contrapondo a esse conceito, o câncer de próstata é relacionado à maior energia sexual e sexualidade aumentada no homem.

No que se refere às mulheres, esses conteúdos ideológicos vão ser identificados também nos tratamentos preconizados, onde a mutilação ampla é defendida como a única forma terapêutica segura. Assim, já se preconizou a histerectomia e a ooforectomia como medidas preventivas para o câncer de útero e de ovário respectivamente (FAERSTEIN, AQUINO, RIBEIRO, 1989).

Nesse panorama situamos o câncer de mama com lugar de destaque no quadro de morbi-mortalidade da mulher, como já foi descrito anteriormente.

A respeito do seu controle, enquanto importante causa de morbimortalidade da mulher tem-se observado que faz parte do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) do Ministério da Saúde.

No entanto, entre estar incluído nas metas oficiais do PAISM e estar

sendo tratado a contendo nas unidades de saúde, encontramos uma grande distância.

Dessa forma, as medidas que estariam contribuindo para um diagnóstico precoce, como a caracterização de grupos de risco, a nível local, e um protocolo de controle desses grupos estão muito distantes da nossa realidade de saúde.

Ainda é importante salientar toda a polêmica acerca dos fatores de risco ao câncer de mama.

Assim, concordamos com Lewin que considera que qualquer acontecimento, no transcorrer da vida, é resultante de uma variedade de fatores que devem ser analisados interrelacionados. Desse fato decorre que a tentativa de se estabelecer um perfil da mulher com câncer mamário torna-se desafiante, pois sua importância não pode ser julgada sem se considerar a situação como um todo.

Nessa aproximação, a análise de alguns aspectos relacionados ao câncer mamário possibilitou, nesse estudo, identificar e localizar alguns vetores de relações mútuas na situação concreta do ter um câncer de mama.

Assim, para caracterizar o espaço de vida das mulheres predisponentes ao câncer de mama devemos considerar fatos que podem ter existência presente na vida dessas mulheres.

Dessa forma, observamos que a idade de ocorrência da câncer mamário tem valência positiva no espaço de vida grupal, com tendência à locomoção em direção a precocidade no aparecimento da doença. Essa situação pode gerar conflitos, e esse se aflora principalmente na decisão sobre o tratamento. Aqui vale ressaltar a ambivalência entre a decisão sobre uma cirurgia mutiladora e a continuidade do câncer mamário, principalmente em mulheres jovens.

A idade de ocorrência da menarca e da menopausa, no grupo estudado, não nos pareceu constituir força no desenvolvimento do câncer mamário.

No entanto, em relação à menopausa é importante considerar a evolução do tumor de ocorrência pós-menopausal. Como a menopausa é uma situação de crise na vida da mulher torna-se um importante vetor no conjunto de forças internas do seu espaço de vida incutindo poder tanto para o aparecimento da doença como para sua evolução.

Quando consideramos aspectos ligados à reprodução como a

paridade e a idade em que ocorreu a primeira gravidez temos que em vista da nossa população definir seu padrão reprodutivo mais precocemente, esses fatores não exerceram poder de proteção. No entanto, as mulheres com mais alta paridade tiveram seu diagnóstico em idades posteriores aos 40 anos, enquanto mulheres nulíparas apresentaram uma tendência à locomoção para idades mais precoces.

Em relação à lactação, podemos observar que a sua ausência, para nossa população, constituiu-se de um fator de risco enquanto a experiência de amamentar não apresentou resultados significantes em relação ao período de amamentação. Dessa forma, nos pareceu que a não lactação exerceu uma importante força no espaço de vida grupal, levando a uma tendência à locomoção no análise desse fator e a frequência do câncer mamário.

Em relação à história familiar de câncer mamário temos um risco aumentado em mulheres acima dos 40 anos de idade. Parece que a história familiar incutiu força no espaço de vida das mulheres acima de 40 anos, quando observou-se um a locomoção no espaço de vida grupal.

Pode-se apreender, portanto, que ao longo da vida da mulher ela se expõe de diversas formas ao câncer mamário. No percurso de sua vida, ela perpassa por diversas condições predisponentes ao câncer mamário, num dinamismo evidenciado ao analisarmos seu espaço de vida e as interrelações de forças que atuam nesse espaço.

Nesse sentido, ressalta-se a importância da enfermeira estar pontuando essa interação de fatores que estariam envolvidos tanto na gênese como na evolução do câncer de mama, fator que propiciaria um melhor entendimento do comportamento local dessa entidade patológica

Entendemos que a abordagem epidemiológica, da mesma forma que abordagens de análise variadas podem ser utilizadas pela enfermeira para a pontuação acima citada.

Com a caracterização feita, torna-se mais consistente se trabalhar com educação em saúde, onde o objeto de estudo seria uma realidade vivenciada pela própria população alvo.

Consideramos, assim, que os programas de educação implementados teriam um maior envolvimento e um efeito mais positivo e benéfico para a população e em especial para as mulheres com mais predisposição ao câncer mamário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAMI, Hans-Olav. Breast Cancer Incidence and Mortality. Aspects on Aetiology, time trends and Curability. *Acta Chir Scand*, Suppl 519, p.9-14, 1984.
- ALEXANDER, F.E.; ROBERTS, M.M. The menopause and breast cancer. *J. of Epid. and Comm. Health*, v.41, p.94-100, 1987.
- ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia sem números - uma introdução crítica à ciência epidemiológica*. Rio de Janeiro, Campus, 1989.
- ANDERSON, D.E.; BADZIOCH, M.D. Risk of familial breast cancer. *Cancer*, v.56, p.383-87, 1985.
- BACARAT, F.F. et al. Hormônio - Dependência no câncer de mama. *J. Bras. Ginecol.*, v.96, n.11-12, p.547-52, 1986.
- BAIN, C. et al. Family History of Breast Cancer as a Risk Indicator for the Disease. *Am. J. of Epidemiol.*, v.11, n.3, p.301-8, 1980.
- BARBOSA, A.M. de S. *Viagem ao Vale da Morte: Estudo Psicológico sobre Mulheres Mastectomizadas por Câncer de Mama*, São Paulo, 1989. 336p. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- BLOT, W.J. et al. Left sided breast cancer. *Lancet*, v.2, p.762-63, 1977.
- BODIAN, C.; HAAGENSEN, C.D. História familiar de carcinoma de mama como fator predisponente. In: HAAGENSEN, C.D. *Doenças de mama*. Trad. de Ishikawa, A. et al. 3.ed., São Paulo, Rocca, 1989, p.419-34.
- _____ Fatores Reprodutivos no Carcinoma da Mama. In: HAAGENSEN, C.D. *Doenças da mama*. Trad. de Ishikawa, A. et al. 3.ed., São Paulo, Rocca, 1989, p.435-51.
- BOUCHARD-KURTZ, R. Historical highlights. In: BOUCHARD-KURTZ, R., SPEESE-OWENS, N. *Nursing Care of the Cancer Patient*. 4. ed., St. Louis, C.V. Mosby Company, 1981, p.1-8.
- _____ Cancer: what is it? IN: BOUCHARD-KURTZ, R.; SPEESE-OWENS, N. *Nursing care of the cancer patient*. 4. ed., St. Louis, C.V. Mosby Company, 1981. p.9-18.
- BRUMINI, et al. *Câncer no Brasil: dados histopatológicos. 1976-1980*. Rio de Janeiro, DATAPREV, 1982, 433p.
- 1550 BURNS, N. The Etiology of Cancer: Current Theories. In: BURNS, N. *Nursing and Cancer*. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1982, p.39-61.
- BYERS, T. et al. Lactation and Breast Cancer. *Am. J. of Epidemiol.* v.121, n.4, p.664-74, 1985.

- CLAUS,E.B.; RISCH,N.J.; THOMPSON,W.D. Age at onset as an indicator of familial risk of breast cancer. *Am.J.of Epidemiol.* v.131, n.6, p.961-72, 1990.
- DE WAARD,F.; WANG,D.Y. Epidemiology and Prevention: Workshop Report. *Eur.J.Cancer Clin.Oncol.* v.24, n.1, p.45-8, 1988.
- DUFFY,S.W.; ROBERTS,M.M.; ELTON,R.A. Risk factors for breast cancer: relevance to screening. *J.Epidemiol. and Comm.Health.* v.37, p.127-31, 1983.
- FAERSTEIN,E. Aspectos Epidemiológicos no Brasil. *Rev.Bras.Cancerol.* v.31, n.3, p.193-97, 1985.
- FAERSTEIN,E.; AQUINO,E.M.L.; RIBEIRO,D.C.S. Câncer na mulher: uma prioridade no Brasil? In: LABRA,M.E.(org). *Mulher, saúde e sociedade no Brasil.* Petrópolis, Vozes, 1989. 302p.
- HAAGENSEN,C.D. Freqüência do Carcinoma da Mama. In: _____ *Doenças da Mama.* Traduzido por Ishikawa,A. et al. 3.ed., São Paulo, Rocca, 1989. p.403-7.
- _____ Raça, Grupo Étnico e Área Geográfica como fatores predisponentes ao carcinoma da mama. In: _____ *Doenças da mama.* Traduzido por Ishikawa,A. et al. 3.ed., São Paulo, Rocca, 1989. p.409-12.
- HALBE,H.W. Câncer de mama - epidemiologia e fatores de risco. In: _____ *Tratado de Ginecologia.* V.II, São Paulo. Rocca, 1987. p.1412-14.
- HELMRICH,S.P. et al. Risk factors for breast cancer. *Am.J.of Epidemiol.* v.117, n.1, p.35-45, 1983.
- IVESON-IVESON,J. Cancer of the breast. *Nursing Mirror.* v.6, p.38, 1980.
- KELSEY,J.L. A Review of the Epidemiology of Human Breast Cancer. *Epidemiol.Reviews.* v.1, p.74-109, 1979.
- KVALE,G.; HEUCH,I.; EIDE,G.E. A prospective study of reproductive factors and breast cancer. Parity. *Am.J.of Epidemiol.* v.126, n.5, p.831-41, 1987.
- KVALE,G.; HEUCH,I. A prospective study of reproductive factors and breast cancer. Age at first and last birth. *Am.J.of Epidemiol.* v.126, n.5, p.842-50, 1987.
- KWA,H.G. et al. Plasma prolactin levels and breast cancer: relation to parity, weight and height, and age at first birth. *Int.J.Cancer,* v.28, p.31-4, 1981.
- LESCURA,I.; MAMEDE,M.V. *Educação em saúde: uma abordagem para o enfermeiro.* São Paulo, Sarvier, 1990, p.61.
- LEWIN,K. *Teoria de Campo em Ciência Social.* Trad.C.M.Bori. São Paulo, Pioneira, 1965. 387p.
- _____ *Teoria dinâmica da personalidade.* Trad. A.Cabral. São Paulo, Pioneira, 1965. 281p.

- LIPPMAN,M.E. Women's Health: Cancer Women and Breast Cancer. *Publ.Health Rep.*, Suppl., p.97-9, 1987.
- LONDON,S.J. et al. Lactation and Risk of Breast Cancer in a Cohort of US Women. *Am.J.of Epidemiol.* v.132, n.1, p.17-26, 1990.
- LONG,B.C.; MOLBO,D.M. Problems of the breast. In: PHIPPS,W.J.; LONG,B.C.; WOODS,N.F. *Medical-Surgical Nursing - Concepts and Clinical Practice*. 2.ed., C.V.Mosby Company, 1983. p.1740-61.
- LUZZATTO et al. Câncer de mama: análise de 3016 casos de patologia cirúrgica, 1968-1982. *RAMRIGS*. v.31, n.2, p.106-8, 1987.
- MAMEDE,M.V. et al. Menarca-Menopausa: quando ocorrem? In: WORLD CONFERENCE ON HEALTH EDUCATION, 14, Helsinki, 1991. *Program*, Helsinki, Finland, UNESCO, 1991; p.71. /Abstract/.
- McMANUS,I.C. Predominance of left-sided breast tumors. *Lancet*, v.2, p.297-98, 1977.
- McTIERNAN,A.; THOMAS,D.B. Evidence for a Protective Effect of Lactation on Risk of Breast Cancer in Young Women. *Am.J.of Epidemiol.* v.124, n.3, p.353-58, 1986.
- METTLIN,C. et al. The Association of Age and Familial Risk in a Case-Control Study of Breast Cancer. *Am.J.of Epidemiol.* v.131, n.6, p.973-83, 1990.
- MIRRA,A.P.; COLE,P.; MacMAHON,B. Breast Cancer in an Area of High Parity: São Paulo, Brazil. *Cancer Research.*, v.31, p.77-83, 1971.
- NATIONAL CANCER INSTITUTE/Department of Health and Human Services. Factors influencing the Development of Breast Cancer. *The Breast Cancer Digest*. Maryland, 2. ed. p.20-30, April 1984. (Publication n. 84-1691).
- OLSSON,H.; RANSTAM,J.; OLSSON,M.L. The number of menstrual cycles prior to the first full term pregnancy an important risk factor of breast cancer? *Acta Oncol.*, v.26, n.5, p.387-89, 1987.
- OTTMAN,R. et al. Familial breast cancer in a population-based series *Am.J.of Epidemiol.* v.123, n.1, p.15-21, 1986.
- PAFFENBARGER Jr.,R.S.; KAMPERT,J.B.; CHANG,H.G. Characteristics that predict risk of breast cancer before and after the menopause. *Am.J.of Epidemiol.* v.112, n.2, p.258-68, 1980.
- PARKIN,D.M.; LÄÄRÄ,G.; MUIR,C.S. Estimates of the worldwide frequency of sixteen major cancer in 1980. *Int.J.Cancer*. v.41, p.184- 97, 1988.
- PASTORELO,E.F.; GOTLIEB,S.L.D. Mortalidade por Câncer no Estado de São Paulo, Brasil - 1970-1972. *Rev.Saúde Publ.* v.12, p.1-15, 1978.

- PATAK et al. Parity and breast cancer risk: possible effect on age at diagnosis. *Int.J.Cancer*. v.37, p.21-5, 1986.
- POLIT,D.F.: HUNGLER,B.P. *Nursing research* - principles and methods. 3th ed. Philadelphia, J.B. Lippincoth Company, 1987.
- PIKE,M.C. Age-Related Factors in Cancers of the Breast, Ovary, and Endometrium. *J.Chron.Dis*. v.40, n.Suppl. 2, p.59-69, 1987.
- PINHEIRO,J.C.L. Cancer de mama feminina. Algumas considerações. *Femina*. v.14, n.1, p.41-8, 1986.
- PROLLA,J.C.; DIETZ,J. Dados Epidemiológicos do Câncer de Mama Feminina no Rio Grande do Sul, Brasil. Mortalidade no período 1970-1982. Incidência em 1980-1981. *R.Am.R.J.G.S.*, v.29, n.3, p.217-23, 1985.
- RAMOS Jr.,J. Oncogênese. A neoplasia maligna depende da relação tumor-hospedeiro. In: RAMOS Jr.,J. *Oncologia Clínica*. 2.ed., São Paulo. Sarvier, 1984.
- ROSERO-BIXBY,L.; OBERLE,M.W.; LEE,N.C. Reproductive history and breast cancer in a population of high fertility, Costa Rica, 1984-85. *Int.J.Cancer*. v.40, p.747-54, 1987.
- ROUQUAYROL,M.Z. Epidemiologia Analítica. In: _____ *Epidemiologia e Saúde*, 2a. ed., Rio de Janeiro, MEDSI, 1987, p.107-142.
- SATTIN,K.W. et al. Family history and the risk of breast cancer. *JAMA*. v.253, n.3, p.1908-12, 1985.
- SÉNIE,R.T.; ROSEN,P.P.; KINNE,D.W. Epidemiologic factors associated with breast cancer. *Cancer Nursing*. v.6, n.5, p.367-71, 1983.
- SILVA,H.M.S.; COELHO Jr,J.L. Fatores prognósticos do câncer de mama. Aplicações Clínicas. *J.Bras.Ginec*. v.97, n.8, p.371-74, 1987.
- SILVERGERG,E. Cancer Statistics - 1988. *CA*. v.38, n.1, p.5-22, 1988.
- TELFORD,C.W.; SAWREY,J.M. *O Indivíduo Excepcional*. Trad.Alvaro Cabral, R.J.,Zahar, 1974.
- TRICHOPOULOS,D. et al. Age at any birth and breast cancer risk. *Int.J.Cancer*. v.31, p.701-4, 1983.
- VREDEVOE,D.L. Physiological variable related to cancer. In:VREDEVOE, D.L. et al. *Concepts of Oncology Nursing*. New Jersey-USA, Prentice-Hall, 1981. p.4-35.