

---

---

**Fatores de risco pré existentes aos óbitos por câncer de mama em mulheres no município de Sarandi-Pr no período de 1999- 2009**  
**Preexisting risk factors for breast cancer deaths in women in the city of Sarandi-Pr in the period of 1999 - 2009**

---

---

SUELLEN LARISSA BARBOSA GOMES<sup>1</sup>  
ADRIANA DE SANT'ANA GASQUEZ<sup>2</sup>

**RESUMO:** Através de um estudo transversal, descritivo, quantitativo, teve-se o objetivo de identificar fatores de risco pré existentes aos óbitos por câncer de mama em mulheres no município de Sarandi-PR através de uma série temporal de 1999 a 2009. Foram analisadas 28 declarações de óbito e preenchido um questionário com um membro da família em visita domiciliar. Dos 28 óbitos entrevistou-se 19 famílias. A maioria dos entrevistados foram filhos. Concluímos que o principal fator de risco foi idade (50 a 69), mas a partir dos 40 anos torna-se importante a detecção precoce assim como o exame clínico em idades mais jovens. Todos os fatores de risco preconizados pelo INCA aparecem neste estudo. O exame clínico aparece como principal exame diagnóstico, considerado tardio, pois a sobrevida da maioria das mulheres foi menos de 5 anos. Sugere-se um rastreamento organizado para detecção precoce à população de maior vulnerabilidade social através de busca ativa.

**Palavras-chave:** Fatores de Risco, Óbitos, Câncer de Mama.

**ABSTRACT:** Through a cross-sectional study, descriptive, quantitative, had the aim of identifying pre existing risk factors for breast cancer deaths in women in the city of Sarandi-PR, for the period 1999-2009. Were analyzed 28 death certificates and completed a questionnaire with a member of the family during home visits. Of the 28 deaths interviewed 19 families. Most respondents were children. Conclude that the main risk factor was age (50-69) years, but from 40 years becomes important early detection, as well as the clinical examination at younger ages. All risk

---

<sup>1</sup>Aluna do curso de graduação em Enfermagem da UNINGÁ. Av. Brasil, 2489 apto.301 -Vila Operária, 87050-000 - Maringá, Paraná - Brasil. E-mail: su.barbosagomes@hotmail.com.

<sup>2</sup>Professora do curso de Enfermagem da UNINGÁ e Especialista em Formação Pedagógica na Área de Saúde: Enfermagem.

factors recommended by the INCA appear in this study. The clinical and samination appears as the main diagnostic test, considered later, because the survival of most women was less than five hears. It is suggested that an organized screening for early detection to the population of greater social vunerabilities, through an active search.

**Key-words:** Risk Factors, Deaths, Dreas Cancer.

## INTRODUÇÃO

O câncer de mama é uma neoplasia maligna que atinge mais o sexo feminino no mundo (INCA, *online*, 2010). Tanto a taxa de incidência quanto a taxa de mortalidade, corresponde a cerca de 20% dos óbitos por câncer entre as mulheres e tem-se observado um número progressivo de casos com essa patologia em mulheres com faixas etárias mais baixas (MALUF; MORI; BARROS, 2005).

Uma pesquisa do Instituto Nacional do Câncer (INCA) revela que a cada ano ocorre um aumento de 22% de casos novos de câncer de mama em mulheres. Em 2010 a estimativa é de 49.240 novos casos (INCA, *online*, 2010).

No Brasil as recomendações do INCA para rastreamento e detecção do câncer de mama são: exame clínico das mamas (ECM) em mulheres a partir dos 40 anos de idade; ECM mais mamografia bianual em mulheres de 50 a 69 anos de idade; e ECM mais mamografia anual em mulheres com risco elevado a partir dos 35 anos de idade (INCA, *online*, 2010).

A incidência do carcinoma de mama indica que os fatores genéticos, culturais e ambientais estão aderidos para o seu desenvolvimento (MOLINA; DALBEN; DE LUCA, 2003).

Relacionados como fatores de risco estão: menarca precoce, nuliparidade, câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária, tabagismo, idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos de idade, mulheres com história familiar de câncer de mama masculino, mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamaria proliferativa ou neoplasia lobular, anticoncepcionais orais, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal estão bem estabelecidos em relação ao desenvolvimento do câncer de mama. (INCA, *online*, 2010).

Devido à importância de óbitos em mulheres por esta causa e da relação à predisposição aos fatores de risco, esse estudo pretende identificar os fatores de risco pré existentes aos óbitos por câncer de mama em mulheres no Município de Sarandi no período de 1999 a 2009.

## PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS

Através de um estudo transversal, descritivo, quantitativo teve-se o objetivo de identificar os fatores de risco pré existentes aos óbitos por câncer de mama em mulheres no município de Sarandi-PR, através de uma série temporal de 1999 a 2009. O município de Sarandi, situado a noroeste do Estado do Paraná, contou aproximadamente com 88.749 habitantes em 2009, sendo que 52 % corresponderam a população feminina.

Para identificar os fatores de risco pré existentes aos óbitos por câncer de mama, no primeiro momento, foram analisadas vinte e oito Declarações de Óbitos (DO) registradas no SIM (Sistema de Informação de Mortalidade) e no segundo momento, respeitando aspectos éticos do Comitê de Ética da Uningá, durante a visita domiciliar foi aplicado o termo de consentimento e aplicado questionário preenchido pela própria autora. Dos 28 óbitos, foram entrevistadas 19 famílias, resultando em uma amostra de 68%. Foram excluídas da pesquisa 32% por mudança de endereço. Dos entrevistados, 63% foram filhos (as), 21% maridos, 11% sogras e 5% irmãos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Pesquisou-se 68% dos 28 óbitos por câncer de mama que ocorreram em Sarandi no período de 1999 a 2009 e considerando-se a idade destas mulheres no momento dos óbitos, (37%) estavam na faixa etária de 50 a 69 anos, seguidas pelas faixas de idade de 40 a 49 anos (31%), 20 a 39 anos (16%) e 70 anos e mais (16%). Comparados aos achados de Batiston et al. (*online*, 2010), o câncer de mama acometeu maiores taxas de óbitos em mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos.

Embora para Batiston et al. (*online*, 2010), a maior incidência do câncer de mama seja em mulheres com idade mais avançada, as mais jovens com idade inferior a 35 anos de idade apresentam piores prognósticos da doença.

Neste estudo, em Sarandi, o pico das taxas de óbito alcançou a faixa de idade dos 50 a 69 anos e segundo Borghesan, Pelloso e Carvalho (*online*, 2010), a curva de incidência por câncer de mama tem dois picos, aos 50 e aos 70 anos, mas ressalta o crescimento do número de casos dos 45 aos 65 anos, e pouco menos de 5% dos casos em mulheres abaixo dos 30 anos. Quanto maior a expectativa de vida maior o risco para o câncer de mama.

Em relação à cor das mulheres que foram a óbito na presente pesquisa, 74% eram brancas, seguido de 16% negras e 10% pardas, comparando os achados a outros autores, para Borghesan, Pelloso e Carvalho (*online*, 2010), o câncer de mama acontece mais nas populações de mulheres brancas dos países industrializados e mais urbanizados, onde predomina um padrão socioeconômico mais elevado.

Ainda, refere-se a mulheres com menor grau de escolaridade, tendem a não saber os fatores relacionados ao câncer de mama e como detectar precocemente, devido ao baixo grau de instrução. O presente estudo demonstrou que 47% das sarandienses estudaram apenas de 1 a 3 anos e 16% eram analfabetas, 21% estudaram de 4 a 7 anos, 16% estudaram de 8 a 11 anos. Nenhum dos óbitos tinha algum curso superior ou pós-graduação.

Relacionados aos fatores de risco, dos 19 óbitos pesquisados, 58% corresponderam à menarca precoce, 58% usaram anticoncepcional oral, 47% tiveram algum parente de primeiro grau com câncer de mama, 21% eram tabagistas, 16% apresentaram câncer de ovário, 16% faziam reposição hormonal, 16% eram nulíparas, 11% tiveram menopausa tardia e nenhum percentual teve filho após os 30 anos de idade. Segundo o INCA (*online*, 2010), a prevenção primária do câncer de mama não é totalmente possível, uma vez que o fator de risco associado à vida reprodutiva e as características genéticas estão ligados a sua etiologia.

A prevenção primária do câncer de mama torna-se possível apenas quando existe uma relação clara entre a doença e seus agentes causadores, e a única ação efetiva é a prevenção secundária em termos de diagnóstico em estágios iniciais da doença. (GONÇAVES; DIAS, 1999)

Em pesquisa realizada por Figueira Filho (2002), envolvendo 426 famílias, concluiu-se que o tabagismo aumenta a incidência do câncer de mama nas famílias com múltiplos casos com câncer mamário ou ovariano, principalmente quando existe a pré disposição de fatores associados. Nesta pesquisa, em Sarandi, observou-se que o tabagismo representou 21% do total de óbitos.

Dos vários fatores de risco associados à vida reprodutiva das mulheres, o aumento da incidência de câncer de mama, engloba a primeira gestação acima de 30 anos de idade uma vez que nesta situação as mulheres ficam expostas a estrógenos por maior período de tempo. Constatamos que em Sarandi nenhuma das mulheres neste estudo tiveram filhos depois dos 30 anos de idade; 16% não tiveram filhos; 58% das mulheres tiveram menarca precoce (menos de 11 anos), 11% tiveram menopausa tardia (após os 55 anos). As mulheres que têm menarca

precoce e estabelecem rapidamente um ciclo regular possuem risco maior para o Câncer de mama em relação àquelas com menarca tardia e longos ciclos ovulares regulares aumentados, uma vez que a fase lútea normal, e o índice de exposição acumulativa do estrogênio são maiores (VILELA et al., *online*, 2010).

Quanto às questões relacionadas ao número de filhos observou-se que quanto maior o número de filhos maior é a proteção para o câncer de mama, ou seja, a nuliparidade torna-se um fator de risco (SCLOWITZ et al., *online*, 2010).

Em estudos realizados por Borghesan, Peloso e Carvalho (*online*, 2010), no Rio Grande do Sul não se obtiveram evidências entre o uso de anticoncepcional oral e a ocorrência do câncer de mama, com uma razão de chance de 1,1% quando comparado com as não usuárias. Segundo Vilela et al. (*online*, 2010), o contraceptivo oral não aumenta a incidência de câncer de mama quando usado por um período igual ou inferior a dez anos. No entanto, quando o período aumenta de dez a quinze, o anticoncepcional oferece pequeno risco, e após os quinze anos, ocorre um aumento real do risco, principalmente quando iniciado em idade precoce, especialmente antes da primeira gestação a termo.

Embora, também para o INCA (*online*, 2010), não haja associação do uso do contraceptivo oral com o aumento do risco para o câncer de mama, na presente pesquisa 58% de mulheres que foram a óbito por câncer de mama usavam o anticoncepcional oral.

O presente estudo mostra que 16% das mulheres faziam reposição hormonal. Borghesan, Peloso e Carvalho, (*online*, 2010), constataram que 61,8% das 157 mulheres acompanhadas no Centro de Avaliação de Mastologia fizeram uso de terapia hormonal (TH) e 38,2% eram ex usuárias de TH. Entre essas, 45% dos diagnósticos ocorreram na vigência terapêutica com tempo médio de 4 anos e meio.

Em evidência nesse estudo, 47% dos óbitos tinham história familiar por câncer de mama. De acordo com Borghesan, Peloso e Carvalho (*online*, 2010), a pré disposição genética é fator de risco para o câncer de mama e o crescente conhecimento acerca das alterações na expressão genética envolvida na gênese dos tumores sugere que o risco é definido individualmente. A pré disposição genética é refletida em aproximadamente 20% dos pacientes com historia familiar positiva de câncer de mama e identificada especificamente em apenas 5% das pacientes que apresentam mutação dos genes BRCA1 e BRCA2. O INCA (*online*, 2010), relata que história familiar, é um importante fator de risco para o câncer de mama, especialmente se mãe e/ou irmã foram

acometidas na pré-menopausa, embora o câncer de mama de caráter familiar seja responsável por 10% dos cânceres de mama.

Em relação ao tempo de detecção ao diagnóstico, a presente pesquisa mostra que 10% levaram menos de 1 mês, 53% levaram de 1 a 3 meses, 16% levaram de 4 a 6 meses, 0 % levaram de 6 meses a 1 ano e 21% levaram mais de 1 ano. Observou-se, portanto, que a maioria dos casos (63%) levou menos de três meses para o diagnóstico. No entanto, o principal problema foi a detecção tardia, já que 58% das mulheres procuraram o profissional de saúde para a realização do exame clínico tardiamente.

Segundo o INCA (*online*, 2010), embora algumas pacientes com doença não tratada possam viver por longos períodos, outras pacientes com câncer mínimo de mama podem sucumbir rapidamente. A sobrevida das mulheres é diretamente relacionada com o tamanho do tumor no diagnóstico inicial e com presença ou ausência de linfonodos axilares positivos. Contudo, o diagnóstico precoce não apenas influencia o prognóstico, mas propicia cirurgia esteticamente mais aceitável que pode fornecer índices livres de recidiva e de sobrevida comparáveis a intervenções cirúrgicas mais dramáticas e agressivas. Os achados do presente estudo reafirmam a conhecida relação inversa entre taxa de sobrevida e o estágio do câncer no momento do diagnóstico. (BRITO et al., *online*, 2010).

No presente estudo observa-se que das 19 mulheres que foram a óbito por câncer de mama 79% tiveram uma sobrevida de 1 a 5 anos e 21% tiveram uma sobrevida de 5 anos a mais. Confirmando os achados por alguns autores onde o câncer de mama quando diagnosticado em fases iniciais tem grandes chances de cura, com uma sobrevida de 97% em cinco anos. O estágio da doença no momento do diagnóstico é geralmente o fator mais importante para determinar a sobrevida dos pacientes de câncer, uma vez que certos tratamentos só estão acessíveis para tumores detectados precocemente e são mais bem-sucedidos se iniciados antes da ocorrência de metástase (BRITO et al., *online*, 2010).

Conforme Batiston et al. (*online*, 2010), um estudo realizado nos três serviços de oncologia clínica em Santo André, mostrou que o atraso no diagnóstico do câncer de mama está em grande parte relacionado ao tempo que a paciente demora a procurar os serviços de saúde a partir da detecção do primeiro sinal ou sintoma. A partir do primeiro sintoma, a média de tempo para agendar a primeira consulta comparado com esse estudo foi de três meses. Secundariamente, o atraso foi devido à demora entre a primeira consulta e a realização da biopsia, essa demora foi de

dois meses. De acordo com Trufelli et al. (*online*, 2010), dados de um estudo do Instituto Nacional do Câncer dos Estados Unidos (NCI), indicam que aproximadamente 40% das mulheres relatam um atraso do diagnóstico do câncer de mama de quatro semanas ou mais entre um sintoma e o resultado do anátomo patológico, e outras 25% queixaram-se de um retardo maior que oito semanas. A maioria delas atribuiu o fato às deficiências do sistema de saúde no qual a média do atraso foi de onze a treze semanas.

O atraso no tratamento do câncer de mama pode ser dividido em três fases. A primeira ocorre a partir do primeiro sintoma até a consulta médica. A segunda ocorre da primeira consulta até o serviço de referência especializado ou seu tratamento e a terceira ocorre da primeira avaliação neste serviço até o início do tratamento específico. Estudos têm evidenciado que o diagnóstico e o tratamento precoce do câncer de mama podem reduzir mortalidade específica. Uma revisão sistemática, atrasos de 3 a 6 meses entre o sintoma inicial e o tratamento adjuvante foram claramente associados com a diminuição da taxa de sobrevivência destas pacientes (TRUFELLI et al., *online*, 2010)

Além disso, Trufelli et al. (*online*, 2010), sugerem que atrasos de 6 a 12 meses de diagnóstico de câncer de mama assintomático estão associados com a progressão da doença determinados pelo aumento do risco da metástase linfonodal e maior tamanho do tumor. No entanto, observam que atrasos maiores de 60 dias entre a detecção do primeiro sintoma pelo médico e o diagnóstico não afetam o prognóstico da paciente com câncer de mama.

O presente estudo mostra que das 19 mulheres que foram a óbito por câncer de mama no período de 1999 a 2009, 58% chegaram ao diagnóstico através do exame clínico das mamas, 32% através da mamografia e 10% por meio do auto-exame. Assim, segundo Aguillar e Bauab (*online*, 2002), os programas de rastreamento e detecção precoce do câncer de mama são em maioria realizados por três métodos sendo eles: auto-exame das mamas (AEM) que apresenta baixo custo e alta acessibilidade, mas requer dedicação e treinamento da própria mulher para aumentar sua baixa eficácia. No entanto, o INCA (*online*, 2010), e Batiston et al. (*online*, 2010), não estimulam o AEM como estratégia isolada de detecção precoce do câncer de mama e a exemplo nesse estudo apenas 10% detectaram nódulo através do AEM. As evidências científicas sugerem que o mesmo não é eficiente para o rastreamento e não contribui para a redução da mortalidade por câncer de mama. Portanto, o auto-exame não substitui o exame clínico realizado por um

profissional de saúde (médico ou enfermeiro) qualificado para essa atividade.

O presente estudo mostra que a maioria (58%) das mulheres chegaram ao diagnóstico de câncer de mama através do exame clínico. Para Aguillar e Bauab (*online*, 2002), ainda, o ECM (exame clínico das mamas) apresenta baixo custo e nem sempre é acessível, depende da habilidade do clínico e sua eficácia é considerada moderada. No entanto, de acordo com o INCA (*online*, 2010) o ECM deve ser parte do atendimento integral à mulher em todas as faixas etárias. Este consiste na palpação da mama, das regiões axilares e supra claviculares, realizado por um profissional da saúde durante uma consulta, o qual pode detectar tumor de até um centímetro, se superficial. Recomenda-se sua realização com periodicidade anual, para as mulheres com 40 anos ou mais.

A mamografia é apontada como o principal método diagnóstico do câncer de mama em estágio inicial (SCLOWITZ et al., *online*, 2010). Em Sarandi, 32% das mulheres detectaram através desse exame radiográfico capaz de detectar alterações ainda não palpáveis favorecendo assim, o tratamento precoce, mais efetivo, menos progressivo, com melhores resultados estéticos e eventos adversos reduzidos. Entretanto, estudos realizado por Scowitz et al. (*online*, 2010) mostram redução da mortalidade por câncer de mama por meio do rastreamento mamográfico em massa. A mamografia também tem sido alvo de controvérsias quanto a sua efetividade, sobretudo em mulheres abaixo dos 50 anos.

De acordo com Truffelli et al. (*online*, 2010), no Brasil aproximadamente 50% das mulheres com indicação da mamografia, não conseguem realizá-lo pelo SUS, o que na maioria dos casos significa que o exame não será realizado devido ao obstáculo econômico ou será realizado após longo período de espera, retardando o diagnóstico da doença reduzindo as chances de cura.

## CONCLUSÕES

Constatamos com este estudo que a idade de pico de acometimento confere com o disponibilizado pelo INCA (50 a 69 anos). Em face aos outros fatores de risco este é o que mais de destacou.

Ressaltamos os resultados apresentados às mulheres a partir dos 40 anos que também devem ser nosso foco de atenção, assim como às idades mais jovens.

A mamografia é priorizada pelo governo nessa faixa etária (50 a 69 anos), e releva-se a importância do exame clínico realizado por um profissional, pois cabe a qualquer idade.

Comparando com outros autores constatou-se, que neste estudo o câncer de mama acomete mulher de raça branca e de baixo grau de escolaridade. Todos os fatores de risco preconizados pelo INCA aparecem neste estudo. Daí a realização da mamografia à mulheres com fator de risco a partir dos 35 anos.

Os fatores de risco que se revelaram com maior percentual neste estudo foram mulheres que usavam anticoncepcional oral, tiveram menarca precoce, possuíam algum parente de primeiro grau com câncer de mama, foram tabagistas, tiveram câncer de ovário, eram nulíparas, faziam reposição hormonal e tiveram menopausa tardia.

Em relação aos exames diagnósticos do câncer de mama (AEM, ECM, e mamografia), o exame clínico foi o mais utilizado pelas mulheres para sua detecção, seguido da mamografia, porém, não sendo realizada anualmente pela maioria. Unanimemente, os autores pesquisados apontaram a mamografia como o principal método diagnóstico do câncer de mama em estadia inicial da doença.

Ressaltamos que a sobrevivência das mulheres, do diagnóstico ao óbito foi menor que 5 anos, portanto, tardia.

É importante que o serviço de saúde forneça subsídio para que as mulheres assintomáticas procurem os métodos para o diagnóstico inicial da doença com ou sem fator de risco.

A prevenção secundária em relação ao diagnóstico é mais fácil de ser realizada pelo serviço de saúde do que a prevenção primária uma vez que os fatores de risco estão associados a vida reprodutiva e característica genética.

Um rastreamento organizado se faz necessário para que o município detecte precocemente a faixa etária alvo de maior vulnerabilidade social e realize a busca ativa destas para a Unidade Básica de Saúde.

## REFERÊNCIAS

AGUILLAR, V.L. N.; BAUAB, S.P. Rastreamento mamográfico para detecção precoce do câncer de mama. **Rev Bras Mastologia** v.13, n.2, p.82-9,2002.

BATISTON, A. P. et al. **Métodos de detecção do câncer de mama e suas implicações.** Disponível em< <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/14103/9487>>. Acesso em 05 de Mar.2010.

BORGHESAN, D.H.; PELLOSO, S.M.; CARVALHO, M.D.B. **Câncer de mama e Fatores Associados**. Disponível em <<http://periódicos.uem.br/ojs/index.php/cien-ccuidsaude/article/view-/6566/3886>> Acesso em 20 de Abr. 2010.

BRITO, C. et al. **Sobrevida de mulheres tratadas por câncer de mama no estado do Rio de Janeiro**. Disponível em <[http://www.scielo.br/sciele.php?pid=S0034\\_89102-009000300012&script=sci\\_art-text&tlng=e](http://www.scielo.br/sciele.php?pid=S0034_89102-009000300012&script=sci_art-text&tlng=e)> Acesso em 30 de Abr. 2010.

FIGUEIRA FILHO, A.C. Fatores de risco no câncer de mama. **Revista Latino Americana de Mastologia**, v.3, n.2, p.15-21, 2002.

GONCALVES, M.C.S.; DIAS, R.M. A prática do auto-exame da mama em mulheres de baixa renda, um estudo de crenças. **Rev Estudo Psicológico**, v. 4, n.1, p.41-59, 1999.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Controle do câncer de mama**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/publica-coes/consensointegra.pdf>> acesso em: 20 maio 2010.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Estimativa da incidência e mortalidade por câncer**. Brasil. Ministério da Saúde, 2008. Disponível em <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2006>> acesso em 22 maio 2010.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA) **Fatores de Risco para o Câncer de Mama**. Brasil. Ministério da Saúde, 2003. Disponível em <<http://www.inca.gov.br>> acesso em 20 julho 2010.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama-Viva Mulher**. Brasil. Ministério da Saúde, 2008. Disponível em <<http://www.inca.gov.br>> acesso em 17 abril 2010.

MALUF, M.F.M.; MORI, L.J.; BARROS, A.C.S.D. O impacto psicológico do câncer de mama. **Rev Bras Cancerologia**, v.51, n.2, p.149-54, 2005.

MOLINA, L.; DALBEN, I.; DE LUCA, L.A. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. **Rev Assoc Médica Brasileira**, v.49, n.2, p.185-90, 2003.

SCLOWITZ, M.L. et al. **Condutas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados**. Disponível em <[http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0034\\_89102005000300003&-script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0034_89102005000300003&-script=sci_arttext&tlng=es)>. Acesso em 17 de Maio 2010.

TRUFELLI, D.C. Et al. **Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público**. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302008000100024&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302008000100024&lng=en&tlng=pt)>. Acesso em 02 de jun. 2010.

VILELA, M.P. et al. **Autocuidade entre mulheres com fator familiar de câncer de mama**. Disponível em <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view-/15611/10387>>. Acesso em 25 de Maio 2010.

Enviado em: outubro de 2011.

Revisado e Aceito: fevereiro de 2012