

Enfermagem Brasil 2018;17(5):480-9

ARTIGO ORIGINAL

Fatores de risco, manifestações clínicas e histopatológicas do câncer de mama entre mulheres jovens

Morganna Guedes Batista*, Smalyanna Sgren da Costa Andrade, D.Sc.**, Marciele Rosendo Pessoa Cabral***, Karen Krystine Gonçalves de Brito, D.Sc.****, Karina Karla de Sá Gomes*****, Cintia Bezerra Almeida, D.Sc.*****

Enfermeira Obstétrica, Docente do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ), **Bolsista Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES), Docente do curso de graduação e Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Saúde da Família da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE), *Enfermeira, Graduada pelo Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ), ****Bolsista Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES), Enfermeira da Prefeitura Municipal de Bayeux, *****Graduada do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, Bolsista de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), *****Docente do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba*

Recebido em 23 de novembro de 2017; aceito em 9 de julho de 2018.

Endereço para correspondência: Smalyanna Sgren da Costa Andrade, Rua Irani Almeida de Menezes, 1007 Funcionários II 58078-010 João Pessoa PB, E-mail: smalyanna@hotmail.com; Morganna Guedes Batista: morganna_guedes@hotmail.com; Marciele Rosendo Pessoa Cabral: marcy_nunes@hotmail.com; Karen Krystine Gonçalves de Brito: karen_krystine@hotmail.com; Karina Karla de Sá Gomes: karina.karlasg@gmail.com; Cintia Bezerra Almeida: cintiabez@yahoo.com.br

Resumo

Objetivo: Identificar os fatores de risco, manifestações clínicas e histopatológicas associadas à presença do câncer de mama entre mulheres participantes de uma organização não governamental de apoio à doença no município de João Pessoa/PB. **Métodos:** Estudo retrospectivo, transversal, com abordagem quantitativa desenvolvido com 50 mulheres. Os dados foram compilados e analisados com auxílio do SPSS, versão 20.0, através de estatística descritiva e inferencial com uso dos testes Qui-quadrado e Exato de Fisher. **Resultados:** Em relação à caracterização sociodemográfica, 50% estavam entre 31-35 anos, 44% possuíam o ensino médio completo, 28% eram funcionárias do serviço privado, 50% recebiam entre 1-3 salários mínimos, 34% eram solteiras e 54% eram de etnia branca ($p=0,0072$). Menarca entre 11-15 anos ($p<0,0001$), nunca tinha engravidado ($p<0,0001$), não tinha amamentado ($p<0,05$), uso de contraceptivos orais ($p<0,05$), não ingestão de bebidas alcólicas ($p<0,05$) e de alimentos gordurosos de 4-6 vezes na semana ($p<0,05$), nenhuma realização de métodos preventivos ($p<0,05$), presença de nódulo ($p<0,05$), carcinoma ductal infiltrativo ($p<0,05$), apresentaram-se estatisticamente significativos com a presença do câncer de mama. **Conclusão:** Conclui-se que medidas educativas devem ser tomadas para que as mulheres jovens possam identificar os fatores de risco da doença para proceder à detecção precoce.

Palavras-chave: neoplasia mamária, mulheres, fatores de risco, Enfermagem.

Abstract

Risk factors, clinical and histopathological manifestations of breast cancer among young women

Objective: To identify the risk factors, clinical and histopathological manifestations associated with the presence of breast cancer among women participating in a nongovernmental organization of support to the disease in the municipality of João Pessoa, Paraíba, Brazil. **Methods:** Retrospective, cross-sectional study with a quantitative approach developed with 50 women. Data were compiled and analyzed using SPSS, version 20.0, using descriptive and inferential statistics using Chi-square and Fisher's exact tests. **Results:** Concerning the sociodemographic characterization, 50% were between 31-35 years old, 44% had completed high school, 28% were private employees, 50% received between 1-3 minimum wages, 34%

were single and 54% were white ethnicity ($p = 0.0072$). Menarche between 10-15 years old ($p < 0.0001$), never having been pregnant ($p < 0.0001$), not breastfeeding ($p < 0.05$), use of oral contraceptives ($p < 0.05$), non-ingestion of alcoholic drinks ($p < 0.05$) and fatty foods 4-6 times a week ($p < 0.05$), no preventive methods ($p < 0.05$), presence of a nodule ($p < 0.05$), infiltrative ductal carcinoma ($p < 0.05$), were statistically significant with the presence of breast cancer. Conclusion: We concluded that educational measures should be taken so that young women can identify disease risk factors for early detection.

Key-words: mammary neoplasm, women, risk factors, Nursing.

Resumen

Factores de riesgo, manifestaciones clínicas e histopatológicas del cáncer de mama entre mujeres jóvenes

Objetivo: Identificar los factores de riesgo, manifestaciones clínicas e histopatológicas asociadas a la presencia del cáncer de mama entre mujeres participantes de una organización no gubernamental de apoyo a la enfermedad en el municipio de João Pessoa. **Métodos:** Estudio retrospectivo, transversal, con abordaje cuantitativo desarrollado con 50 mujeres. Los datos fueron compilados y analizados con ayuda del SPSS, versión 20.0, a través de estadística descriptiva e inferencial con uso de las pruebas Qui-cuadrado y Exacto de Fisher. **Resultados:** En relación a la caracterización sociodemográfica, 50% estaba entre 31-35 años, 44% poseía la enseñanza media completa, 28% era funcionaria del servicio privado, 50% recibía entre 1-3 salarios mínimos, 34% era soltera y 54% era de etnia blanca ($p = 0,0072$). Primera menstruación entre 11-15 años ($p < 0,0001$), no haber amamantado ($p < 0,05$), uso de anticonceptivos orales ($p < 0,05$), no ingestión de bebidas alcohólicas ($p < 0,05$) y de alimentos grasos de 4-6 veces a la semana ($p < 0,05$), ninguna realización de métodos preventivos ($p < 0,05$), presencia de nódulo ($p < 0,05$), carcinoma ductal infiltrativo ($p < 0,05$), presentaron estadísticamente significativos con la presencia del cáncer de mama.

Palabras-clave: neoplasias de la mama, mujeres, factores de riesgo, Enfermería.

Introdução

O câncer de mama consiste no crescimento desordenado e múltiplo das células da mama com ruptura dos mecanismos reguladores da multiplicação celular, o que proporciona o crescimento e divisão celular anômalos, originando a neoplasia ou tumor. O desenvolvimento deste tipo de câncer é decorrente de vários fatores, como os biológicos e ambientais [1].

No Brasil, o câncer de mama se destaca como segundo mais incidente, ficando atrás do câncer de pele. Destarte, ele é o que causa mais mortes por câncer entre mulheres. Em 2016 a estimativa é de 57.960 casos novos, com um risco estimado 56 casos a cada 100 mil mulheres. Esse tipo de tumor apresenta um dos maiores índices no país afetando mais as mulheres, respectivamente, das regiões sudeste, sul, centro-oeste, nordeste e norte [2].

Os fatores de risco estão relacionados à história familiar, alimentar, elementos genéticos, ambientais e idade. Sobre isso, estudo identificou que o câncer de mama entre mulheres menores de 35 anos, com metástases sistêmicas ocorreu em 55,3% dos casos, ou seja, mais da metade das mulheres participantes foram acometidas pela neoplasia em idade abaixo da considerada população-alvo pelas políticas públicas. Além disso, a pesquisa apontou índice de mortalidade de 38%, demonstrando que a problemática gera consequências irreparáveis ao indivíduo e família [3].

As estratégias de controle do câncer de mama vêm sendo implementadas no Brasil desde o século passado, através de ações isoladas e, em décadas recentes, por ações de programas de controle do câncer. Em 2005 com apoio do Ministério da Saúde, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) lançou a Política Nacional de Atenção Oncológica, cujos objetivos principais foram reduzir a exposição aos fatores de risco, diminuir a mortalidade e melhorar a qualidade de vida da mulher com câncer de mama. Esta meta esteve em consonância com as diretrizes atuais da Política de Controle do Câncer, publicadas pela Portaria GM/MS nº 874, de 2013, e com a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer [4].

Sabe-se que o acesso aos serviços de saúde é tratado na Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) e Política Nacional de Controle do Câncer de Mama como oferta do Estado, o qual reconhece que o investimento financeiro deve estar vinculado à ampliação das redes de atenção em oncologia, na tentativa de estruturação estática e dinâmica do atendimento integral a mulheres com neoplasia maligna mamária. A finalidade consiste em oferecer uma porta de

entrada baseada nas premissas dos parâmetros de atendimento estabelecido pelo Sistema Único de Saúde [5].

Em paralelo, existe um aparato social de acolhida e suporte às mulheres acometidas por câncer de mama, destacando-se como iniciativas salutaras no campo da saúde, as quais fornecem serviços de atenção biopsicossocial. A criação destas iniciativas, também chamadas de Organizações Não Governamentais, é influenciada pelo altruísmo e vontade de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos, principalmente àqueles cujo poder aquisitivo não permite viver a saúde em sua plenitude [6].

Considerando o crescimento da incidência do câncer de mama entre mulheres jovens, suas repercussões biopsicossociais e também a importância de organizações não governamentais no apoio às mulheres vitimadas pela doença, o presente estudo teve como indagação norte: As mulheres acometidas por câncer de mama antes dos 35 anos de idade possuem características semelhantes àquelas evidenciadas pela comunidade científica? Para responder ao questionamento, o objetivo deste estudo foi identificar os fatores de risco, manifestações clínicas e histopatológicas associadas à presença do câncer de mama entre mulheres participantes de uma organização não governamental de apoio à doença no município de João Pessoa.

Material e métodos

Estudo retrospectivo, transversal, com abordagem quantitativa, desenvolvido na Organização Não Governamental (ONG) Amigos do Peito da Paraíba, a qual desempenha políticas de saúde pública com atenção especial à neoplasia mamária, promovendo orientação, conscientização e assistência social de forma gratuita de referência no tratamento do câncer na Paraíba.

A população foi constituída por mulheres jovens com diagnóstico de câncer de mama. A amostra não probabilística resultou em 50 mulheres que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: maioridade etária, diagnóstico de câncer de mama com idade igual ou inferior a 35 anos. Optou-se por esta faixa etária justamente por ser aquela que recebe menor visibilidade das políticas de saúde relativas ao câncer de mama.

O instrumento utilizado foi do tipo formulário contendo questões objetivas direcionadas ao objeto do estudo. A coleta de dados ocorreu entre agosto e outubro de 2012, após apreciação e aprovação do projeto de pesquisa pelo comitê de ética. Os dados foram compilados e analisados com auxílio do *Software Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 20.0, por meio de estatística descritiva (frequência absoluta e relativa) e inferencial com uso de testes estatísticos como o Qui-quadrado de aderência e Exato de Fisher. O instrumento utilizado foi do tipo formulário contendo questões objetivas direcionadas ao objeto do estudo. A coleta de dados ocorreu entre agosto e outubro de 2012, após apreciação e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob protocolo nº 70/12 e Certidão nº 04505412.5.0000.5179.

Resultados

Na tabela I é possível visualizar os aspectos sociodemográficos das mulheres que apresentaram câncer de mama com diagnóstico até 35 anos de idade.

Tabela I - Caracterização sociodemográfica das mulheres participantes da pesquisa. João Pessoa/PB, 2012 (N=50).

Variáveis	n (%)
Faixa etária (em anos)	
20 – 25	8 (16%)
26 – 30	17 (34%)
31 – 35	25 (50%)
Escolaridade	
Ensino Fundamental Incompleto	1 (2%)
Ensino Fundamental Completo	-
Ensino Médio Incompleto	4 (8%)
Ensino Médio Completo	22 (44%)
Ensino Superior Incompleto	18 (36%)
Ensino Superior Completo	5 (10%)
Ocupação	
Funcionária de serviço privado	14 (28%)
Funcionária de serviço público	11 (22%)
Profissional liberal	7 (14%)
Proprietária de empresa	6 (12%)
Não exerce função remunerada	6 (12%)
Doméstica	4 (8%)
Aposentada/pensionista	1 (2%)
Trabalho sem vínculo social	1 (2%)
Renda (em salários mínimos)	
< 1	5 (10%)
1 – 3	25 (50%)
Entre 3 – 5	11 (22%)
Entre 5 – 7	2 (4%)
Entre 7 – 9	3 (6%)
>9	2 (4%)
Não sabe	2 (4%)
Estado civil (anterior ao diagnóstico)	
Solteira	17 (34%)
Casada/União estável	12 (24%)
Separada	15 (30%)
Viúva	6 (12%)
Raça/cor*	
Parda	10 (20%)
Branca	27 (54%)
Preta	13 (26%)

Fonte: Dados da pesquisa. *Teste Quiquadrado (p=0,0072).

Alguns fatores de risco, manifestações clínicas e tipo histológico foram associados à presença do câncer de mama (Tabela II).

Tabela II - Associação entre a presença do câncer de mama e fatores de risco. João Pessoa/PB, 2012 (N=50).

Variáveis	f (%)	p-valor
Idade da menarca		
≤10 anos	9 (18%)	
11 – 15 anos	39 (78%)	<0,0001
>15 anos	2 (4%)	
Paridade		
Nunca engravidou	31 (62%)	
Uma gestação	8 (16%)	
Duas gestações	9 (18%)	<0,0001
Três gestações	1 (2%)	
Quatro ou mais gestações	1 (2%)	
Amamentação		
Nunca amamentou	39 (78%)	
< 6 meses	6 (12%)	<0,05
6 a 1 ano	2 (4%)	
> 1 ano	3 (6%)	
Uso de contraceptivos		
Nenhum	3 (6%)	
Anticoncepcional oral	38 (76%)	<0,05
Anticoncepcional injetável	8 (16%)	
DIU	1 (2%)	
Tempo de uso de contraceptivos orais		
Até 3 anos	9 (18%)	
4 – 6 anos	13 (26%)	
7 – 9 anos	14 (29%)	>0,05
≥ 10 anos	13 (26%)	
Presença de doença benigna (cistos/fibroadenomas)		
Sim	29 (58%)	>0,05
Não	21 (42%)	
Fumo		
Não fumava	31 (62%)	
Menos de 1 maço/dia	12 (24%)	>0,05
1 ou mais de 1 maço/dia	7 (14%)	
Bebidas alcoólicas		
Sem ingestão	18 (36%)	
Finais de semana	17 (34%)	
Raramente	11 (22%)	<0,05
Diariamente	2 (4%)	
Mais de 3 vezes/semana	1 (2%)	
Menos de 3 vezes/semana	1 (2%)	
Ingestão de alimentos gordurosos		
4 – 6 vezes/semana	19 (38%)	
3 vezes/semana	17 (34%)	<0,05
2 vezes/semana	9 (18%)	
1 vez/semana	2 (4%)	
Realização de métodos preventivos		
Nenhum	21 (43%)	
Exames de imagem	18 (36%)	<0,05
Exame Clínico das Mamas	5 (11%)	
Autoexame das mamas	5 (11%)	

Fonte: Dados da pesquisa.

Presença do receptor hormonal e do tipo de cirurgia podem ser visualizada na tabela III.

Tabela III - Prevalência do câncer de mama com manifestações clínicas, tipo histológico, presença do receptor hormonal e tipo de cirurgia. João Pessoa/PB, 2012 (N=50).

Variáveis	f (%)	p-valor
Manifestação clínica		
Presença de nódulo	33(67%)	
Assintomática	14(28%)	
Mastalgia	1(2%)	<0,05
Não especificada	3(6%)	
Tipo histológico		
Carcinoma Ductal infiltrativo	33(66%)	
Mucinoso	10(20%)	
Apócrino	4(8%)	
Lobular	1(2%)	<0,05
Tubular	1(2%)	
Intraductal	1(2%)	
Presença de receptor hormonal		
(Estrogênio negativo/progesterona positivo) RE– RP+	15(30%)	
(Estrogênio positivo/progesterona positivo) RE+RP+	10(20%)	
(Estrogênio positivo/progesterona negativo) RE+RP–	8(16%)	-
(Fator de crescimento epidérmico humano 2) HER2	7(14%)	
(Receptor estrogênio negativo) RE–	1(2%)	
Não sabe	9(18%)	
Tipo de cirurgia		
Mastectomia	32(64%)	
Mastectomia + Linfonodo sentinela	15(30%)	-
Cirurgia conservadora + Linfadectomia axilar	3(6%)	

Fonte: Dados da pesquisa.

Pesos anteriores ao diagnóstico e atual para análise inferencial de comparação de dados pareados da amostra em ocasiões distintas (Tabela IV).

Tabela IV - Distribuição das medidas de tendência central sobre a variável 'peso'. João Pessoa/PB, 2012 (N=34).

Variáveis	Mi	Ma	Amp	Média (DP)	Md	CV	p-valor
Peso anterior	45	91	46	68 (10,4)	70	15,3%	<0,05*
Peso atual	43	84	41	65,6 (10,4)	67	15,9%	

Mi = Mínimo; Ma = Máximo; Amp = Amplitude; DP = Desvio-padrão; Md = Mediana; CV = Coeficiente de variação; *Teste de Wilcoxon; Fonte: Dados da pesquisa.

Discussão

Em relação às características sociodemográficas, todas as participantes foram diagnosticadas com câncer de mama antes dos 35 anos de idade, com média de 31 anos. A faixa etária mais prevalente foi entre 31-35 anos. O grau de escolaridade da maioria foi ensino médio completo, com ocupação no funcionalismo público, renda entre 1-3 salários mínimos, solteiras e brancas. A raça possuiu associação estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$), demonstrando que a etnia branca ainda é a mais atingida pela doença (Tabela I).

Nos Estados Unidos, este padrão de etnia vem modificando. Embora as mulheres brancas tenham historicamente taxas de incidência mais altas do que as mulheres negras, entre 2008 e 2012, as taxas de incidência foram significativamente maiores em mulheres negras comparadas com mulheres brancas [7].

Pesquisas demonstram que a idade acima de 40 anos é um fator importante na incidência do câncer de mama [8-10]. Todavia, outros estudos têm explicado que mulheres com idade igual ou inferior aos 35 anos podem ser diagnosticadas mais comumente com a doença devido ao avanço tecnológico [11], conscientização feminina [12], programas de rastreamentos [13] ou modificações na história natural da doença, em virtude de exposições a agentes cancerígenos, alterações ambientais e mudança de estilo de vida [14].

Os principais fatores de risco para o aparecimento do câncer de mama é idade precoce e/ou maior do que 30 anos na primeira gravidez, uso de anticoncepcionais de alta dosagem, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal, idade avançada, alta densidade do tecido

da mama e história familiar de câncer de mama. Outros fatores estão relacionados com a alimentação, atividade física, duração de amamentação, obesidade na pós-menopausa, tabagismo, consumo de álcool e radiação ionizante [15].

Um estudo publicado fornece evidências adicionais, confirmando que certas profissões representam um maior risco de câncer de mama, particularmente aquelas que expõem a trabalhadora a agentes cancerígenos e desreguladores endócrinos [16], o que não condiz com a realidade trabalhista das mulheres deste estudo, considerando que a maioria das acometidas trabalha em setor privado.

Obviamente, não se sabe a relação deste fator com o acometimento entre as participantes, mas infere-se que a carga horária trabalhista (44 horas semanais) seja um elemento influenciador a não busca por prevenção ou detecção precoce. Em outras palavras, o pouco tempo disponível pode ser direcionado às atividades de lazer ou relações sociais, fazendo com que a mulher relegue o cuidado ao segundo plano, buscando atendimento em saúde somente após a instalação da doença.

Mulheres com nível socioeconômico mais alto estão tendo seu primeiro filho com idade mais avançada, o que pode está relacionado ao estado civil e paridade, apontando direções à explicação do acometimento pelo câncer de mama entre as pesquisadas [8]. Na tabela II, a idade da menarca entre 11-15 anos e nuliparidade apresentaram p-valor <0,0001.

Não ter amamentado, uso de anticoncepcional oral, não ingestão de bebidas alcoólicas, consumo de alimentos gordurosos de 4 a 6 vezes durante a semana, não realização de métodos de prevenção ao câncer, presença de nódulo com principal manifestação clínica e o carcinoma ductal infiltrativo como o mais prevalente tipo histológico apresentaram significâncias ($p < 0,05$).

A literatura explicita que o risco de câncer de mama aumenta para mulheres com menarca precoce e menopausa tardia [17,18], pois a primeira menstruação em idade precoce provoca índice de exposição acumulativa ao estrogênio, desencadeando a modificação celular no epitélio mamário, que culmina em transformações malignas [19,20].

A nuliparidade também tem sido apontada como importante fator de risco ao aparecimento do câncer de mama entre mulheres, o que pode ser evidenciado pelos resultados deste estudo. Não obstante, investigação afirma que a chance de nulíparas desenvolverem a neoplasia na mama é duas vezes maior, quando comparadas às mulheres que tiveram o primeiro parto antes dos 25 anos de idade [21].

Para as mulheres cuja primeira gestação ocorreu após os 30 anos de idade, a incidência da doença aumenta 1,7% para cada 1 ano de adiamento do primeiro filho [21]. E para cada ano adicional de espaço entre o primeiro filho e o segundo filho, o risco tende a aumentar, atingindo a taxa de 0,4% [18].

Revisão sistemática da literatura explicitou que o ato de amamentar é apontado como sendo uma prática protetora contra o câncer de mama. Essa proteção tem eficácia maior quando o período de lactação for superior a 49 meses, quando comparado às mulheres que amamentam por 24 meses. O efeito protetor da amamentação é mais eficaz nos tipos de cânceres ductal e lobular ou ductal-lobular [20].

Sobre os anticoncepcionais, o seu uso prolongado pode trazer algumas repercussões à saúde da mulher, como o aumento do risco do câncer de mama [22]. Dentre os fatores comuns ao desenvolvimento do câncer de mama, a obesidade é o segundo maior fator de risco, seguido pelo tabagismo. A obesidade está associada a fatores como influência hormonal, elevados níveis de estrogênio e insulina [23].

O consumo de álcool é um fator extrínseco ao aparecimento de câncer. Isso se explica pelo fato do etanol aumentar os níveis de estrogênio circulante [24]. Como a prevenção do câncer de mama pode ser dividida em prevenção primária e secundária, ambas as medidas estão relacionadas aos hábitos de vida, controle da obesidade, sedentarismo e alimentação saudável [25].

O autoexame das mamas não é indicado como medida primária para rastreamento do câncer de mama, apesar de a sua prática auxiliar bastante nos casos de tumor já instalado [25]. Para o diagnóstico do câncer de mama, existe uma ordem adequada, qual seja, o exame clínico das mamas (ECM), seguido de exames de imagem e laboratoriais. A primeira etapa que consiste no ECM se trata do exame físico em busca de nódulo palpável, através das técnicas de inspeção estática/dinâmica e palpação [26].

Os exames de imagem permitem observar a localização das células cancerígenas e o exame histológico consiste na análise laboratorial do tecido mamário, servindo não mais para diagnosticar, mas para obter por meio da biópsia informações sobre o tumor para proposição

de intervenções. O histopatológico também especifica se o tumor é invasivo ou não invasivo [26].

Em relação aos tipos de neoplasias, o carcinoma Ductal invasivo inicia nos ductos e invade outras estruturas do tecido mamário, podendo causar alterações no mamilo ou espessamento da pele, com aumento no tamanho da mama e edema. Este tipo é o mais comum correspondendo acerca de 70% dos casos de carcinoma na mama [27]. Infelizmente, mulheres acometidas por carcinoma ductal infiltrativo apresentam normalmente um maior envolvimento linfático e um pior prognóstico [28].

Sobre os receptores hormonais, 30% das participantes deste estudo apresentaram Estrogênio Negativo–Progesterona Positivo e 14% apresentaram HER2. A presença de receptores de estrogênio e progesterona no tecido tumoral foi relacionada a outros fatores que indicam bom prognóstico, como menor grau histológico e menores índices de proliferação celular, além de apresentar com menos frequência metástases para fígado e cérebro. Porém, os tumores com receptor de estrogênio negativo recidivam mais precocemente [28].

A expressão do receptor de estrogênio (RE) é um importante biomarcador em câncer de mama, fornecendo índice de sensibilidade ao tratamento endócrino. Evidenciou-se que durante cinco anos de tratamento adjuvante com tamoxifeno, mulheres com RE positivo não apresentam avanço benéfico. Porém, algum benefício foi verificado no grupo de RE negativo e RP positivo [28]. Tumores com RE negativo recidivam mais precocemente, todavia o prognóstico das mulheres com RE positivo não é tão satisfatório [28,29].

A expressão do RP é fortemente dependente da presença de RE. Por esta razão, tumores com expressão RP e falta de expressão do RE são reavaliados para eliminar a possibilidade de falso negativo. Nos raros casos de expressão apenas do RP, a terapia endócrina ainda é amplamente recomendada com uso de tamoxifeno [28,29].

A expressão de algum receptor deixa a terapia mais específica, aumentando as chances de resposta positiva. Mulheres com imunexpressão da proteína HER-2 possuem elevado risco de recidiva precoce de neoplasia, bem como menor sobrevida quando comparadas àquelas com ausência de expressão [30].

Pesquisa sobre avaliação imunistoquímica dos receptores de estrogênio e progesterona no câncer de mama, pré e pós-quimioterapia neoadjuvante em peças cirúrgicas identificou a negatificação da imunexpressão dos receptores de estrogênio e progesterona, bem como foram encontradas reduções estatisticamente significativas ($p < 0,0001$) nos níveis dos dois tipos de receptores, influenciando na diminuição do tamanho tumoral. Os pesquisadores concluíram que existe a necessidade de outros estudos com amostra maior, porém os dados demonstraram que a terapia neoadjuvante pode ser efetiva no controle do câncer de mama [31].

Estudo de coorte com 84.427 mulheres avaliou a associação entre ingestão de bebida alcoólica e câncer de mama, segundo o status dos receptores hormonais, e concluiu-se que não houve significância entre os grupos comparativos, demonstrando que existem lacunas importantes na expressão dos receptores, ainda não evidenciadas cientificamente [32].

Apesar disso, pesquisa publicada em ano anterior explicitou que a ingestão de uma dose diária de bebida alcoólica (10-15g de etanol/dia) foi considerada fator de proteção ao câncer de mama dentre as mulheres participantes, quando comparadas ao grupo que não fazia ingestão de álcool [33].

A presença do HER-2 desempenha papel fundamental na transformação oncológica, cuja amplificação ocorre em 15% a 25% dos casos de câncer de mama humano. Esta amplificação é reconhecida como importante marcador de doença agressiva e são os alvos moleculares para terapias específicas com trastuzumab e lapatinib [28,29].

Sobre o tipo de cirurgia, neste estudo a mastectomia se mostrou como a intervenção mais prevalente dentre as pesquisadas, indicando que os cânceres foram diagnosticados em estágios que acometeram toda a mama. Por outro lado, a cirurgia conservadora foi de menor percentual, apontando que a detecção em estágios iniciais ainda é uma lacuna a ser preenchida nos serviços de saúde.

Sobre isso, estudo de revisão explicitou que a qualidade de vida (QV) geral das mulheres que passaram por mastectomia é menor que aquelas indicadas à cirurgia conservadora, sendo o domínio referente à imagem corporal o mais afetado, devido à mutilação provocada pela intervenção. Embora este seja um resultado previsível, os autores concluíram que medidas quantitativas de QV podem ser ótimas ferramentas para direcionar estratégias de enfrentamento ao desconforto e ao sofrimento causados pela cirurgia, podendo ser empregadas em serviços de saúde e instituições filantrópicas e não governamentais [34].

Por fim, na tabela IV, pode ser evidenciada a redução nas medidas de tendência central da variável peso. Estes resultados demonstram que após o diagnóstico do tumor, as mulheres tentaram minimizar este fator de risco ligado ao sobrepeso/obesidade como forma de reduzir e controlar a chance de recidiva. Estudo identificou que houve aumento do risco relativo para o acometimento do câncer de mama entre mulheres com ganho de 20 a 30 kg desde a juventude até a data do diagnóstico tumoral [20].

Conclusão

As mulheres pesquisadas apresentaram alguns fatores de risco condizentes com a literatura e significativos para o desenvolvimento da doença. Entende-se que os profissionais de saúde que trabalham na atenção básica devem utilizar informações consolidadas em nível nacional e internacional para facilitar o processo de identificação precoce do câncer de mama entre mulheres, ajudando a reduzir o risco de mortalidade nesta população. O estudo foi estritamente quantitativo, o que se impõe como limitação. Talvez uma análise fenomenológica e qualitativa dos discursos das mulheres, para explicação de alguns fatores de risco, pudesse deixar a pesquisa mais robusta.

Referências

1. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA. Diretrizes para a vigilância do câncer relacionado ao trabalho Rio de Janeiro - RJ 2012. [citado 2016 Set 30]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/diretrizes_vigilancia_cancer_trabalho.pdf
2. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil / Rio de Janeiro: INCA, 2015. [2016 Set 28]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>.
3. Almeida TG, Comassetto I, Alves KMC, Santos AAP, Silva JMO, Trezza MCSF. Vivência da mulher jovem com câncer de mama e mastectomizada. Escola Anna Nery Rev Enferm 2015;19(3):432-38.
4. Política de Controle do Câncer, publicadas pela Portaria GM/MS nº 874, de 2013, e com a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer.
5. Rêgo IKP, Nery IS. Acesso e Adesão ao Tratamento de Mulheres com Câncer de Mama Assistidas em um Hospital de Oncologia. Rev Bras Cancerol 2013;59(3):379-90.
6. Gebrim LH. A detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Cad Saúde Pública 2016;32(5). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XCO010516>
7. DeSantis CE, Fedewa SA, Goding SA, Kramer JL, Smith RA, Jemal A. Breast cancer statistics, 2015: Convergence of incidence rates between black and white women. CA Cancer J Clin 2016;66(1):31-42. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21320/full>
8. Silva PA, Riul SS. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. Rev Bras Enferm 2011;64(6):1016-21.
9. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA. Controle do câncer de mama. 2016. [citado 2016 Set 30]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/diretrizes_vigilancia_cancer_trabalho.pdf
10. Dugno MLG, Soldatelli JS, Daltoé T, Rosado JO, Spada P, Formolo F. Perfil do câncer de mama e relação entre fatores de risco e estadiamento clínico em hospital do Sul do Brasil. Rev Bras Oncol Clin 2014;10(36):60-6.
11. Furgeri SS, Rodrigues CM, Silva SM. Tecnologias associadas ao diagnóstico do Câncer de Mama. [2016 Set 30]. Disponível em: <file:///C:/Users/MED/Downloads/81-316-1-PB.pdf>
12. Arruda RL, Teles ED, Machado NS, Oliveira FJF, Fontoura IG, Ferreira AGN. Prevenção do câncer de mama em mulheres atendidas em Unidade Básica de Saúde. Revista Rene 2015;16(2):143-9.
13. Silva RCF, Hortale VA. Rastreamento do câncer de mama no Brasil: quem, como e por quê?. Rev Bras Cancerol 2012;58(1):67-71.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de atenção básica, 13).

15. Prolla CMD, Silva PS, Netto CBO, Goldim JR, Ashton-Prolla P. Conhecimento sobre câncer de mama e câncer de mama hereditário entre enfermeiros em um hospital público. *Rev Latinoam Enferm* 2015;23(1):90-7.
16. Brophy JT, Keith MM, Watterson A, Park R, Gilbertson M, Maticka-Tyndale E et al. Breast cancer risk in relation to occupations with exposure to carcinogens and endocrine disruptors: a Canadian case-control study. *Environmental Health* 2012;11:87. <https://doi.org/10.1186/1476-069X-11-87>
17. Instituto Nacional do Câncer (Inca). Câncer de mama: fatores de risco. Brasília: Inca; 2016.
18. Santos AB, Araújo MC. Fatores de risco em mulheres com câncer de mama atendidas no centro de diagnóstico Nossa Senhora do Rosário em Santa Maria/RS. *Disciplinarum Scientia Série: Ciências da Saúde, Santa Maria* 2012;13(1):63-70.
19. Eidt ER, Ramos LR, Scopel DD, Cararo PG, Victorino MF. Avaliação dos fatores hormonais em mulheres com diagnóstico de neoplasia de mama com idade superior a 40 anos. *Arquivos Catarinenses de Medicina* 2011;40(1):40-4.
20. Inumaru LE, Silveira EA, Naves MM. Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública* 2011;27(7):1259-70.
21. Ettrich BG. Excesso de peso, adipocinas séricas e moléculas de adesão celular em mulheres com e sem câncer de mama [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
22. Júnior ES, Souza RT, Dória MT. Anticoncepção hormonal e câncer de mama. *Rev Femina* 2011;39(4):231-5.
23. Papa AM, Pirfo CBL, Murad AM, Ribeiro GMR, Fagundes TC. Impacto da obesidade no prognóstico do câncer de mama. *Revista Brasileira de Oncologia Clínica* 2013;9:25-30.
24. Filho VW. Consumo de bebidas alcoólicas e risco de câncer. *Revista USP* 2013;96:37-46.
25. Ohl ICB, Ohl RIB, Chavaglia SRR, Goldman RE. Ações públicas para o controle do câncer de mama no Brasil: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm* 2016;69(4):746-55.
26. Bouche G, Jezdic S, Kornek G, Catone R. *Cancro da mama: um guia para o doente – informações baseadas nas diretrizes de prática clínica da ESMO, 2013*. [citado 2016 Set 30]. V.1. Disponível em: <https://www.esmo.org/content/download/10971/211105/file/ESMO-ACF-Cancro-da-mama-Um-Guia-para-o-Doente.pdf>.
27. Geyer FC, Nigro MV. Tipos histológicos especiais de câncer de mama. *Rev Onco &* 2013;3(15):32-6. Disponível em: <http://revistaonco.com.br/wp-content/uploads/2012/12/mama.pdf>.
28. Buitrago F, Uemura G, Sena MCF. Fatores prognósticos em câncer de mama. *Com Ciências Saúde* 2011;22 Sup 1:S69-S82.
29. Ferreira LF, Petel LA, Fernandes SS. The natural history of breast cancer in the young patient: literature revision. *Femina*; 2011. [citado 2016 Set 27]. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n11/a2970.pdf>.
30. Ferreira Filho DL, Ferreira NCFL, Pires GM, Nunes MJG, Lima MCA. Avaliação do impacto do status dos receptores hormonais e da proteína Her-2 no prognóstico do câncer de mama. *Rev Bras Mastologia* 2011;21(1):31-7.
31. Pachnicki JPA, Czezko NG, TCBC-PRII, Tuon F, Cavalcanti TS, Malafaia AB, Tuleski AM. Avaliação imunoistoquímica dos receptores de estrogênio e progesterona no câncer de mama, pré e pós-quimioterapia neoadjuvante. *Rev Col Bras Cir* 2012; 39(2):86-92. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912012000200002>.
32. Setiawan VW, Monroe KR, Wilkens LR, Kolonel LN, Pike MC, Henderson BE. Breast cancer risk factors defined by estrogen and progesterone receptor status: the Multiethnic Cohort Study. *Am J Epidemiol* 2009;169:1251-9.
33. Bessaoud F, Daurès JP. Patterns of alcohol (especially wine) consumption and breast cancer risk: a case-control study among a population in Southern France. *Ann Epidemiol* 2008;18(6):467-75.
34. Majewski JM, Lopes ADF, Davoglio T, Leite JCC. Qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia comparada com aquelas que se submeteram à cirurgia conservadora: uma revisão de literatura. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012;17(3):707-16.