

Enferm Bras 2020;19(6):459-68
<https://doi.org/10.33233/eb.v19i6.2803>

ARTIGO ORIGINAL

Câncer de mama e fatores de risco em familiares de mulheres mastectomizadas

Clarissa Maria Cardoso Guimarães*, Samara Campos Mendes Silva**, Jael Rúbia Figueiredo França, D.Sc.***, Smalyanna Sgren da Costa Andrade****, Karen Krystine Gonçalves de Brito*****, Cíntia Bezerra Almeida Costa, D.Sc.*****

Enfermeira graduada na Universidade Federal da Paraíba, Enfermeira Assistencial no Hospital Geral Dr. Antônio Hilário Gouveia, Taperoá/PB, ** Enfermeira graduada na Universidade Federal da Paraíba, *Enfermeira, Professora do Departamento de Enfermagem Saúde Pública e Psiquiatria da Universidade Federal da Paraíba, ****Enfermeira, Professora da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, *****Enfermeira, Ambulatório de feridas da Policlínica Benjamim Maranhão, Bayeux/PB, *****Enfermeira, Professora do Departamento de Enfermagem Saúde Pública e Psiquiatria da Universidade Federal da Paraíba*

Recebido em 28 de fevereiro de 2020; aceito em 9 de novembro de 2020.

Correspondência: Smalyanna Sgren da Costa Andrade, Rua Irani Almeida de Menezes, 1007 Funcionários II, 58078-010 João Pessoa PB

Clarissa Maria Cardoso Guimarães: clarissamguimaraes@hotmail.com
Samara Campos Mendes Silva: samaracamposm@gmail.com
Jael Rúbia Figueiredo França: jaelrubia@gmail.com
Smalyanna Sgren da Costa Andrade: smalyanna@hotmail.com
Karen Krystine Gonçalves de Brito: karen_krystine@hotmail.com
Cintia Bezerra Almeida Costa: cintiabez@yahoo.com.br

Resumo

Introdução: O câncer de mama atinge mulheres no Brasil e no mundo, principalmente aquelas inseridas nos fatores de risco. **Objetivo:** Identificar o perfil dos familiares acompanhantes de mulheres submetidas à mastectomia e averiguar o conhecimento sobre os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama. **Métodos:** Estudo transversal com abordagem quantitativa realizado com 152 familiares do sexo feminino e de primeiro grau de mulheres mastectomizadas em tratamento no hospital de referência para câncer em João Pessoa/PB. Aplicou-se formulário estruturado contendo questões objetivas de variáveis sociodemográficas, história reprodutiva, história familiar e conhecimento sobre os fatores de risco para o câncer de mama. **Resultados:** Prevaleram mulheres de idade inferior a 35 anos, com ensino médio completo, maioria casada e etnia parda. O sedentarismo, uso de contraceptivo e grau de parentesco foram apontados como fatores de risco inerentes ao surgimento do câncer de mama. Houve conhecimento satisfatório sobre elementos importantes ao desenvolvimento da neoplasia mamária entre as participantes. **Conclusão:** Espera-se que os resultados possam subsidiar ações para a redução do risco de desenvolvimento da doença entre os familiares de mulheres mastectomizadas.

Palavras-chave: neoplasias da mama, fatores de risco, Enfermagem.

Abstract

Breast cancer and risk factors in families of mastectomized women

Introduction: Breast cancer affects women in Brazil and worldwide, especially those who meet the risk factors. **Objective:** To identify the profile of the accompanying relatives of women who underwent mastectomy, and to assess knowledge on risk factors for the development of breast cancer. **Methods:** A cross-sectional study with a quantitative approach performed with 152 female and first-degree relatives of mastectomized women undergoing treatment at the reference hospital for cancer in João Pessoa/PB, Brazil. A structured survey form containing objective questions of sociodemographic variables, reproductive history, family history, and knowledge about the risk factors for breast cancer was applied. **Results:** Women under the age of 35 prevailed, with full secondary education, married majority, and brown people. A sedentary lifestyle,

contraceptive use, and degree of kinship were identified as risk factors inherent to the appearance of breast cancer. There was satisfactory knowledge about important elements to the development of breast neoplasia among the participants. Conclusion: It is hoped that the results will subsidize actions to reduce the risk of developing the disease among the relatives of mastectomized women.

Keywords: breast neoplasms, risk factors, Nursing.

Resumen

Cáncer de la mama y factores de riesgo en familias de mujeres mastectomizadas

Introducción: El cáncer de mama alcanza a mujeres en Brasil y en el mundo, especialmente aquellas con factores de riesgo. *Objetivo:* Identificar el perfil de los familiares acompañantes de mujeres sometidas a mastectomía y averiguar el conocimiento a respecto de los factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de mama. *Métodos:* Estudio transversal con abordaje cuantitativo realizado con 152 familiares de sexo femenino y de primer grado de mujeres mastectomizadas en tratamiento en el hospital de referencia para el cáncer en Joao Pessoa/PB. Fueron aplicados cuestionarios estructurados conteniendo preguntas objetivas de variables sociodemográficas, historia reproductiva, historia familiar y conocimiento sobre factores de riesgo para el cáncer de mama. *Resultados:* Prevalcieron mujeres menores de 35 años, con nivel secundario completo, mayoría casada y de etnia mestiza. El sedentarismo, uso de anticoncepcionales y grado de parentesco fueron señalados como factores de riesgo inherentes al surgimiento de cáncer de mama. Hubo conocimiento satisfactorio sobre elementos importantes del desarrollo de la neoplasia mamaria entre las participantes. *Conclusión:* Se espera que los resultados puedan subsidiar acciones para la reducción del riesgo de desarrollo de la enfermedad entre los familiares de mujeres mastectomizadas.

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

Introdução

O câncer de mama resulta da multiplicação de células alteradas que são capazes de invadir outros órgãos. Sua etiologia é desconhecida e não há uma causa única, porém, a inter-relação entre um ou mais fatores pode facilitar o desenvolvimento da doença [1].

No cenário mundial e brasileiro, o câncer de mama é considerado a maior causa de morte por câncer nas mulheres, destacando-se como uma das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) mais prevalentes na população feminina, devido à elevada incidência e mortalidade, representando um problema de saúde pública. A maior parte dos casos ocorre em países desenvolvidos e em desenvolvimento [2].

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), a estimativa para o biênio 2018-2019 é que ocorram cerca de 59.700 novos casos, ou, especificamente 56,33 casos para 100 mil mulheres. De acordo com o Ministério da Saúde, tem-se observado um crescente aumento do câncer de mama na população feminina da região Nordeste [3]. Nesse contexto, a Região Nordeste apresentará cerca de 11.860 novos casos, sendo 880 destes na Paraíba e 240 na capital do Estado, equivalendo às taxas brutas de 42,32/100.000 e 57,41/100.000, respectivamente [4].

O contraste entre as mudanças sociodemográficas atuais, o acesso e a disponibilidade aos serviços de saúde e informações indicam um crescimento contínuo da incidência por câncer de mama feminina na última década [5], enfatizando a relação dos níveis socioeconômicos e os estilos de vida em ambientes urbanizados.

Ao processo de transição demográfica no Brasil, referente às condições socioeconômicas e de saúde, a industrialização e conseqüente urbanização, mecanização da produção e globalização dos hábitos não saudáveis propiciaram uma alteração na pirâmide etária, indicando uma maior carga de adultos-idosos e modificações no quadro de prioridades do setor saúde. Logo, a exposição cada vez maior a fatores relacionados ao estilo de vida e ao ambiente aumentam os riscos de desenvolvimento do câncer de mama na população brasileira [2].

Não obstante, a história do câncer de mama em parentes de primeiro grau (mãe, irmãos e/ou filhos), associado a outros fatores de risco, propiciam um ambiente favorável ao desenvolvimento da doença, classificando a mulher na categoria de alto risco [1].

Diversos fatores são relacionados ao risco de desenvolvimento do câncer de mama, os quais se destacam os agentes hormonais, ambientais e hereditários. De acordo com estudos da Fundação Susan G. Komen for the Cure entre 2009 e 2010, as mutações de genes herdadas,

incluindo as mutações no BRCA1 e BRCA2, são responsáveis por cerca de 5 a 10% de todos os casos da doença [6].

Logo, os principais fatores de risco incluem as variáveis não-modificáveis, como idade, histórico familiar, obesidade pós-menopausa, exposição prolongada a estrógenos endógenos e a radiações ionizantes; e variáveis modificáveis, como a nuliparidade, Terapia de Reposição Hormonal (TRH), uso de contraceptivo hormonal associados a um estilo de vida marcado por uma má alimentação, sedentarismo, tabagismo e/ou alcoolismo [7].

O câncer apresenta elevada visibilidade nos meios de comunicação e na sociedade quando comparado a outros tipos de enfermidades, portanto, é de fundamental importância intensificar as medidas de promoção da saúde e a geração de conhecimentos sobre os fatores de risco do câncer de mama aos familiares de mulheres mastectomizadas.

A relevância deste trabalho se pauta na possibilidade de demonstrar o perfil descritivo entre o risco individual decorrente da presença de antecedentes familiares da doença, com fatores externos que possam ocasionar alterações celulares, resgatando também a compreensão das participantes sobre elementos que influenciam o desenvolvimento da neoplasia mamária.

Mediante o exposto, questiona-se: a caracterização das participantes aponta algum risco para o desenvolvimento do câncer de mama? Os saberes quanto aos fatores de risco para a doença são satisfatórios? Assim, objetivou-se identificar o perfil dos familiares acompanhantes de mulheres submetidas à mastectomia e averiguar o conhecimento sobre os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama.

Material e métodos

Trata-se de estudo descritivo transversal de abordagem quantitativa realizado no Hospital Napoleão Laureano, em João Pessoa/PB, referência para o tratamento de câncer no estado.

A população foi composta por mulheres que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: familiares do sexo feminino e de primeiro grau de mulheres mastectomizadas em tratamento no referido hospital, maiores de 18 anos.

A amostra por conveniência, por critério temporal de coleta dos dados (90 dias), foi constituída de 152 mulheres. A coleta ocorreu entre fevereiro e maio de 2017, aplicando-se formulário estruturado com perguntas objetivas sobre aspectos sociodemográficos, estilo de vida, características reprodutivas, antecedentes familiares de câncer de mama e questões de conhecimento sobre a doença.

Os dados foram analisados no *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 20.0, através de estatística descritiva, por meio de frequência absoluta e relativa. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) através do CAAE 62413116.7.0000.5188, além de autorização do Hospital Napoleão Laureano e das mulheres convidadas a participar de forma voluntária, respeitando os aspectos éticos da Resolução 466/2012 [8].

Resultados

Na tabela I, observa-se o perfil das mulheres quanto à idade, etnia, estado civil, religião, escolaridade, ocupação, renda mensal e zona domiciliar.

Tabela I - Distribuição sociodemográfica das participantes da pesquisa. João Pessoa/PB, Brasil, 2018. (n = 152).

Variáveis	F	%
Idade (Faixa etária em anos)		
<35 anos	51	33,6
35-44 anos	38	25
45-54 anos	38	25
55-64 anos	18	11,8
>65 anos	07	4,6
Etnia		
Branca	49	32,2
Negra	09	5,9

Parda	90	59,2
Amarela	03	02
Indígena	01	0,7
Estado civil		
Solteira	63	41,4
Casada/União estável	69	45,4
Separada/Divorciada	09	06
Viúva	11	7,2
Religião		
Sem religião	05	3,3
Católica	115	75,7
Evangélica	26	17,1
Outra	06	3,9
Escolaridade		
Sem escolaridade	04	2,6
Ensino Superior completo	25	16,4
Ensino Superior incompleto	12	7,9
Ensino Médio completo	59	38,8
Ensino Médio incompleto	07	4,6
Ensino Fundamental completo	09	5,9
Ensino Fundamental incompleto	35	23
Ocupação		
Aposentada ou pensionista	18	11,8
Remunerada	67	44,1
Sem remuneração	67	44,1
Renda mensal		
< de 1 salário mínimo	25	16,4
1a 3 salários mínimos	108	71
3 1/2 a 5 salários mínimos	06	04
>de 5 salários mínimos	06	04
Não sabe informar	07	4,6
Zona domiciliar		
Zona urbana	131	86,2
Zona Rural	21	13,8

Fonte: Pesquisa Direta, 2018.

Os fatores de risco relacionados aos aspectos reprodutivos podem ser visualizados na Tabela II.

Tabela II - Distribuição das variáveis reprodutivas das participantes da pesquisa. João Pessoa/PB, Brasil, 2018. (n=152).

Variáveis	F	%
Menarca		
≤12 anos	72	47,4
≥ 12 anos	80	52,6
Menopausa		
Até 50 anos	32	21
Entre 50-55 anos	17	11,2
Não lembra	01	0,7
Primeira gravidez		
12-17 anos	26	17,1
18-23 anos	49	32,2
Acima de 23 anos	34	22,4
Número de filhos		
Nenhum	43	28,3
Um	34	22,4
Dois	43	28,3
Três	20	13,1
Quatro ou mais	12	7,9
Ocorrência de aborto		

Nenhum	121	79,6
Um	24	15,8
Dois	05	3,3
Três ou mais	02	1,3
Ocorrência de amamentação		
Sim	106	69,7
Não	08	5,3
Não se aplica	38	25
Tempo de amamentação		
1 a 2 meses	16	10,5
3 a 4 meses	14	9,2
5 a 6 meses	15	9,9
>6 meses	61	40,1
Não se aplica	46	30,3
Uso de contraceptivos hormonais		
Sim	99	65,1
Não	52	34,2
Não respondeu	01	0,7
Tempo de uso de anticoncepcional		
1 a 6 meses	18	11,8
7 a 11 meses	03	02
≥12 meses	74	48,7
Não se aplica	54	35,5
Não sabe informar	03	02
Terapia de Reposição Hormonal (TRH)		
Sim	05	3,3
Não	41	27
Não sabe informar	04	2,6

Fonte: Pesquisa Direta, 2018.

Na tabela III estão distribuídos o Índice de Massa Corporal (IMC), realização de atividade física, consumo de açúcar/gordura, etilismo e tabagismo.

Tabela III - Índice de Massa Corporal (IMC) e variáveis de estilo de vida das participantes da pesquisa. João Pessoa/PB, Brasil, 2018. (n=152).

Variáveis	F	%
IMC		
Baixo peso	05	3,3
Peso adequado	55	36,2
Sobrepeso	27	17,8
Pré-obeso	30	19,7
Obeso I	20	13,1
Obeso II	08	5,3
Obeso III	02	1,3
Não sabia altura/peso	05	3,3
Realiza atividade física		
Sim	69	45,4
Não	83	54,6
Quantos dias na semana realiza atividade física?		
1 a 2 dias	16	10,5
3 a 4 dias	34	22,4
5 ou mais dias	19	12,5
Não se aplica	83	54,6
Uso de bebidas alcóolicas		
Sim	55	36,2
Não	97	63,8
Com que frequência faz uso de bebidas alcóolicas		
Menos de 03x por semana	02	1,3
Raramente	44	28,9
Mais de 3x por semana	01	0,7
Nos finais de semana	08	5,3
Não se aplica	97	63,8

Com que frequência come alimentos gordurosos		
Nenhuma	31	20,4
1x por dia ou mais	05	3,3
1x por semana	61	40,1
2x por semana	33	21,7
3x por semana	12	7,9
4 a 6x por semana	10	6,6
Com que frequência come doces (açúcar)		
Nenhuma	08	5,2
1x por dia ou mais	07	4,6
1x por semana	54	35,6
2x por semana	35	23
3x por semana	24	15,8
4 a 6x por semana	23	15,1
Nada	01	0,7
É ou já foi fumante?		
Sim	39	25,7
Não	113	74,3
Quantos cigarro fuma/fumava em um dia?		
5	22	14,5
10	05	3,3
15	04	2,6
20	05	3,3
25 ou mais	02	1,3
Cachimbo	01	0,7
Não se aplica	113	74,3

Fonte: Pesquisa Direta, 2018.

Adiante, observa-se o conhecimento das mulheres em relação ao parentesco, consumo de açúcar, gordura e realização de atividade física como elementos facilitadores do câncer de mama (Tabela IV).

Tabela IV - Distribuição das variáveis de conhecimento das participantes da pesquisa. João Pessoa/PB, Brasil, 2018. (n=152).

Variáveis	F	%
Ter mãe, filha ou irmã que teve câncer de mama significa que você tem possibilidade de ter a doença		
Sim	122	8,3
Não	30	19,7
Comer açúcar favorece o desenvolvimento do câncer de mama		
Sim	127	83,5
Não	25	16,5
Comer gordura aumenta a chance de desenvolver câncer de mama		
Sim	128	84,2
Não	24	15,8
Realizar atividade física reduz o risco de desenvolver câncer de mama		
Sim	132	86,8
Não	20	13,2

Fonte: Pesquisa Direta, 2018.

Discussão

O perfil sociodemográfico indicou maioria das participantes com idade menor que 35 anos, parda, da zona urbana, católica e ensino médio completo. Quanto ao fator socioeconômico, exerciam ocupação remunerada, com renda familiar mensal de 1 a 3 salários mínimos. Importa mencionar que grande parte das entrevistadas não realiza atividade remunerada, com dedicação exclusiva ao familiar enfermo (Tabela I).

Dentre os fatores de risco estabelecidos para o câncer de mama, alguns não são passíveis de intervenção, como idade, fatores genéticos e reprodutivos - no caso, a menarca e menopausa. Todavia, fatores relacionados ao estilo de vida e comportamentos são considerados

modificáveis, favorecendo a redução do risco de desenvolvimento da doença por meio da adoção de ações preventivas.

O padrão de mortalidade por câncer de mama apresenta altas taxas em mulheres na faixa etária entre 35 e 50 anos de idade, considerando também as suas condições reprodutivas. Dados apontam que a incidência do câncer em mulheres jovens aumenta, gradativamente, ao longo dos anos [9]. Embora a faixa etária acima dos 35 anos seja prioritária à detecção e controle de mulheres com parentesco de primeiro grau, ressalta-se que estratégias de prevenção devam iniciar precocemente, como ação de redução de riscos.

Os dados do Grupo Brasileiro de Estudos do Câncer de Mama indicaram que a maioria das pessoas acometidas por câncer de mama é de cor branca [10]. Nos Estados Unidos, a incidência apresenta maiores proporções nessa população, apesar da taxa mortalidade concentrar-se entre mulheres afro-americanas [11]. No Brasil, grande parte da população se autodeclara parda [12], corroborando os dados da maior prevalência na população parda, contrariando os perfis supracitados. Acredita-se que a miscigenação nacional pode explicar este resultado.

A escolaridade é apontada como fator de risco para diversos tipos de cânceres, pois a vulnerabilidade social perpassa por acesso, disponibilidade e compreensão da informação em saúde [11].

As variáveis socioeconômicas são consideradas fatores condicionantes de desigualdades nos registros de câncer em âmbito nacional e internacional [13]. Neste sentido, a pobreza é entendida como a falta de acesso aos bens, serviços e direitos na sociedade [14].

Alterações nos genes BRCA1 e BRCA2 também possuem influência no aumento do risco de desenvolver câncer de mama e ovário. Um estudo dos fatores de risco modificáveis do câncer de mama em portadores de mutação desses genes identificou a idade tardia de nascimento do primeiro filho como um possível elemento modificador desse risco [15].

Idade, histórico familiar de primeiro grau, menarca precoce, menopausa tardia, gravidez tardia e nuliparidade, além de fatores externos e passíveis de intervenções, como ingestão regular de álcool, tabagismo, dieta calórica, sedentarismo, uso de contraceptivos orais e terapia de reposição hormonal (TRH), são elementos de destaque ao câncer de mama dentre os órgãos governamentais [16].

Quanto à história reprodutiva, predominaram as que tiveram a menarca aos 12 anos ou mais, gestaram a partir dos 18 aos 23 anos e amamentaram em período superior a seis meses. Ademais, evidenciou-se que muitas já fizeram uso de anticoncepcionais por mais de um ano, e uma parcela das entrevistadas não se encontrava em climatério, enquanto a minoria tinha iniciado com idade superior a 50 anos, relatando ainda o uso de Terapia de Reposição Hormonal (TRH) para o tratamento dos sintomas da menopausa (Tabela II).

A exposição prolongada a estrogênios endógenos e exógenos são fatores de risco relevantes ao câncer de mama [17], ao passo que menarca precoce e menopausa tardia geram efeitos condicionados pela longa exposição hormonal [18]. Assim, a menarca precoce aumenta o tempo de multiplicação das células do tecido mamário, enquanto a menopausa tardia alonga a quantidade de ciclos ovulatórios, o que intensifica a atuação hormonal e favorece o crescimento dos cânceres positivos aos receptores hormonais [19].

Portanto, o uso de hormônios sintéticos deve ser cauteloso, atendendo a demandas específicas em saúde, considerando os efeitos prejudiciais em longo prazo.

O estilo de vida apontou a normalidade do IMC apesar de maioria sedentária. Entretanto, houve maior ingestão semanal de gordura e açúcar, assim como conhecimento satisfatório sobre fatores de risco modificáveis ao câncer de mama. A ocorrência do uso de tabaco e do consumo de álcool foi infrequente, ao contrário do sedentarismo, identificado em 54,6% da amostra (Tabela III).

A escassez de conhecimento da população sobre conteúdos relevantes à saúde deve ser o estopim para o planejamento e implantação de ações voltadas às lacunas do saber e prática de bons hábitos de vida [20].

No presente estudo, a maioria das mulheres tiveram filhos em faixa etária de 18-23 anos, com tempo de amamentação superior aos seis meses. Variáveis reprodutivas como a nuliparidade e a gravidez após os 30 anos de idade atuam como coadjuvantes no aumento do risco de câncer de mama, devido ao aumento no tempo de exposição ao estímulo estrogênico. Ao passo que a amamentação possui efeito protetor ao câncer de mama, por diminuição do estímulo hormonal [17], além de reduzir o sobrepeso da lactante [21].

Fatores exógenos ou modificáveis como tabagismo, sedentarismo e hábitos alimentares aumentam as chances de desenvolvimento da doença devido à exposição aos agentes

carcinogênicos [22]. Apesar do fumo ser apontado como fator de risco para o desenvolvimento de vários tipos de cânceres, mais estudos são necessários para elucidação da sua influência direta à neoplasia mamária [23].

O excesso de peso e a obesidade correspondem à acumulação anormal de gordura corporal, apresentando risco à saúde. Para predizer isso, há uma medida internacional, o Índice de Massa Corporal (IMC), que avalia o nível de gordura de cada pessoa e expõe valores de 25,0 a 29,9 para excesso de peso e acima de 30 para obesidade, em adultos [24]. Quando avaliadas por categorias de IMC, o maior percentual apontou peso adequado. Contudo, ao observar o somatório das frequências acima do peso ideal, houve maior prevalência de mulheres com sobrepeso e obesidade. Além disso, grande parte das mulheres afirmou não realizar atividade física, elemento diretamente ligado à manutenção do peso.

A obesidade e o sobrepeso estão associados a diversos tipos de câncer, inclusive o de mama, sendo fatores de vulnerabilidade pelo fato dos hormônios femininos terem como principal matéria-prima a transformação da gordura em colesterol [25,26]. A atividade física, por sua vez, diminui a quantidade dos hormônios femininos, e, aliada a uma alimentação adequada podem adiar o desenvolvimento da doença [20].

Dessa forma, atividade física e dieta são ferramentas importantes no controle do peso e regulação de hormônios contribuindo para o equilíbrio do metabolismo e redução do risco para o surgimento da doença [25]. Todavia, acredita-se que o contexto regional e sobrecargas diárias das mulheres entrevistadas retardam o processo de autocuidado e adoção de estilo de vida equilibrado, devido às demandas externas e rotina de responsabilidades domésticas e profissionais.

Observou-se que a maioria das entrevistadas possui conhecimento favorável sobre o câncer de mama, relacionado à influência de fatores de risco como o histórico familiar, alimentação rica em açúcar e gordura e realização de atividade física (Tabela IV). Entretanto, o saber não implica diretamente na prática do autocuidado, o qual inclui deveres individuais aprendidos ao longo da vida, imbricado em aparatos sociais importantes na prevenção de doenças, estimulados através da educação em saúde.

Embora o conhecimento interfira na prática, ele nem sempre é elemento direto da adoção de novos hábitos, tornando necessária uma intervenção mais eficaz e compatível com o meio e modo de vida das pessoas, capaz de mobilizar mudanças e adesão a um programa de prevenção.

É preciso diferenciar a detecção precoce das ações de prevenção primária, que têm por objetivo evitar a ocorrência da doença, apesar das duas serem voltadas para a redução da exposição aos fatores de risco. Contudo, a maioria das entrevistadas relatou dificuldade em seguir um estilo de vida saudável devido à rotina estressante, dividida entre cuidados com o lar e familiar enfermo, além do trabalho.

Nos últimos anos, estudos evidenciaram uma possível relação entre o aumento dos níveis de estrogênio por indução do álcool, que atua sobre o fator de crescimento e sinalização do estrogênio, levando ao aumento da ação do hormônio na condução da doença [27]. Ademais, o etanol é responsável pela expressão de um gene causador do câncer, o BRAF, responsivo ao álcool e aos estrógenos, havendo, assim, uma relação dose-efeito (quanto maior o consumo, maior o risco de desenvolver câncer de mama) [27].

Conclusão

A caracterização sociodemográfica, reprodutiva e de hábitos de vida apontaram sedentarismo e uso de contraceptivo como fatores de risco inerentes ao surgimento do câncer de mama entre parentes de primeiro grau das mulheres mastectomizadas. Embora seja a segunda maior prevalência, as participantes apresentaram peso acima do esperado. Houve conhecimento satisfatório sobre elementos importantes ao desenvolvimento desta neoplasia entre as participantes.

A multifatorialidade da doença impõe a ampliação de estratégias voltadas às mulheres, seja na atenção primária ou nos serviços de saúde especializados. Desse modo, a educação em saúde direcionada a estes elementos é uma alternativa interessante para modificação de hábitos inadequados que favoreçam a doença e melhor seletividade de mulheres que fazem uso de anticoncepcionais orais.

É preciso sensibilizar a sociedade quanto aos riscos expostos, o que tornam necessárias intervenções mais resolutivas e de maior visibilidade, por meio de melhorias nas políticas e programas nacionais de saúde.

A limitação do estudo consiste na escolha de apenas um ambiente voltado ao cuidado de mulheres acometidas pela doença no município. Acredita-se que a ampliação dos locais de estudo, como hospitais que realizam cirurgias de mastectomia e organizações não governamentais de apoio à mulher mastectomizada, possa deixar os dados mais robustos, passíveis de associações estatísticas.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva e Fundação Oswaldo Cruz, Coordenação de Prevenção e Vigilância, Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. A mulher e o câncer de mama no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2014. [citado 2018 Abr 09]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/>
2. Schmidt MI, Ducan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet* 2011;377(9781):1949-61. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60135-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60135-9)
3. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva e Fundação Oswaldo Cruz, Coordenação de Prevenção e Vigilância, Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. A mulher e o câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014. [citado 2018 Abr 09]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/prova_catalogo_mama.pdf
4. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional do Câncer. Câncer no Brasil. Dados dos Registros de Base Populacional. Brasília: INCA; 2003. [citado 2018 Mar 15]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/regpop/2003/>
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. [citado 2018 Mar 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_2013.pdf
6. American Cancer Society. Breast Cancer facts & figures 2009-2010. Atlanta: American Cancer Society; 2010 [Citado 2018 Mar 18]. Disponível: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/breast-cancer-facts-and-figures/breast-cancer-facts-and-figures-2009-2010.pdf>
7. Bonfim IM, Ameida PC, Araújo IMA, Barbosa ICFJ, Fernandes AFC. Identificando FR e as práticas de autocuidado para detecção precoce do CM em familiares de mastectomizadas. *Rev Rene* 2009;10(1):45-52. Disponível: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4725/3509>
8. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União; 2012 [citado 2018 Abr 18]. Disponível: <http://bit.ly/1mTMIS3>
9. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015 [citado 2018 Mar 16]. Disponível: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Deteccao_precoce_CANCER_MAMA_INCA.pdf
10. Simon SD (Gbecam). Projeto Amazona. Dados preliminares de câncer de mama no Brasil. [citado 2017 Maio 17]. Disponível: <http://www.gbecam.org.br/amazona.php>
11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. [citado 2018 Mar 20]. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_2013.pdf
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Atlas nacional digital do Brasil [mapa]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. [citado 2017 Out 2]. Disponível: https://ww2.ibge.gov.br/apps/atlas_nacional/
13. Barbosa I, Costa I, Pérez M, Souza D. As iniquidades sociais e as disparidades na mortalidade por câncer relativo ao gênero. *RCP* 2015;1(2):79-6. <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/7618>
14. Desantis CE, Siegel RL, Sauer AG, Miller KD, Fedewa SA, Stacey FA et al. Estatísticas de câncer para afro-americanos, 2016: progresso e oportunidades na redução das

- disparidades raciais. CA: A Cancer Journal for Clinicians 2016;66(4):290-308. <https://doi.org/10.3322/caac.21340>
15. Rudolph A, Changclaude J, Schmidt MK. Gene-environment interaction and risk of breast cancer. Br J Câncer 2016;114(2):125-33. <https://doi.org/10.1038/bjc.2015.439>
 16. World Health Organization. Breast cancer: prevention and control. [citado 2018 Fev 20]. Disponível: <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/>
 17. Soroush A, Farshchian N, Komasi S, Izadi N, Amirifard N, Shahmohammadi A. The role of oral contraceptive pills on increased risk of breast cancer in Iranian populations: a meta-analysis. J Cancer Prev 2016;21:294-301. <https://doi.org/10.15430/JCP.2016.21.4.294>
 18. Wannmacher L, Lubianca JN. Terapia de reposição hormonal na menopausa: evidências atuais. Uso racional de medicamentos: temas selecionados. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde – Brasil; 2004.1(6). [citado 2018 Abr 29]. https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=41-terapia-reposicao-hormonal-na-menopausa-evidencias-atuais-v-1-n-6-2004-1&category_slug=uso-racional-medicamentos-685&Itemid=965
 19. Pereira BMB, Guedes CMF, Machado CAC. Terapia hormonal e câncer de mama. Rev Bras Mastologia 2017;27(1):15-20. <https://doi.org/10.5327/Z201700010004RBM>
 20. Motter AF, Pretto ADB, Pastore CA, Cunha LR, Bampi SR, Silva JMGC et al. Avaliação do hábito de consumo de fibras alimentares e gorduras da dieta antes do diagnóstico de câncer de mama em pacientes da cidade de Pelotas/RS. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento 2016;10(58):171-9. Disponível: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/433>
 21. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. A situação do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2006. [citado 2018 Abr 8]. Disponível: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/situacao_cancer_brasil.pdf
 22. Matos JC, Pelloso SM, Carvalho MDB. Fatores associados à realização da prevenção secundária do câncer de mama no Município de Maringá, Paraná, Brasil. Cad Saúde Pública 2011;27(5):888-98. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000500007>
 23. Catsburg C, Miller AB, Rohan TE. Active cigarette smoking and risk of breast cancer. Int J Cancer 2015;136(9):2204-9. <https://doi.org/10.1002/ijc.29266>
 24. Pinheiro AB, Barrero-Neto NJ, Rio JA, Crusoé NSDR, Pinto RMO, Santos IO et al. Associação entre índice de massa corpórea e câncer de mama em pacientes de Salvador, Bahia. Rev Bras Mastologia 2014;24(3):76-81.
 25. Munhoz MP, Gonçalves RD, Zambon TB, Oliveira LCN. Efeito do exercício físico e da nutrição na prevenção do Câncer. Revista Odontológica de Araçatuba 2016;37(2):9-16. Disponível: <http://apcdaracatuba.com.br/revista/2016/08/trabalho5.pdf>
 26. Lauby-Secretan B, Scoccianti C, Loomis D, Benbrahim-Tallaa L, Bouvard V, Bianchini F et al. Breast-cancer screening--viewpoint of the IARC Working Group. N Engl J Med 2015;372(24):2353-8. <https://doi.org/10.1056/NEJMSr1504363>
 27. Wünsch FV. Consumo de bebidas alcoólicas e risco de câncer. REVUSP 2013;(96):37-6. Disponível: <http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/5225>