

Revista UNILUS
Ensino e Pesquisa

v. 7, n. 12, jan./jun. 2010

ISSN 1807-8850

Ana Cléia Viana

anacléiav@hotmail.com.br

Dionize Montanha

dionize@globo.com

Centro Universitário Lusíada
*(UNILUS)**Rua Armando Salles de*
Oliveira, 150 – 11050-071 –
*Santos/SP – Brasil**(13) 3235-1311*

INCIDÊNCIA DE FATORES DE RISCO EM
MULHERES COM CÂNCER DE MAMA

RESUMO

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais freqüente no mundo e o primeiro entre as mulheres, tornando-se assim um sério problema de saúde pública. A literatura aponta vários fatores de risco, dentre eles idade avançada, história familiar, menarca precoce, menopausa tardia, entre outros. O objetivo deste estudo foi identificar qual é o fator de risco predominante em mulheres com câncer de mama, apontado na literatura. Para isto, utilizou-se uma busca na base de dados LILACS, no período de 2000 a 2006 e, dentre os artigos analisados, a dieta/obesidade é o fator que se destacou. Após análise, considera-se que a prevenção ainda é a conduta mais apropriada para evitar o câncer de mama e, para isso, fazem-se necessários profissionais de saúde preparados para uma atuação educativa efetiva.

Palavras-chave: Fatores de risco. Câncer de mama. Prevenção..

ABSTRACT

Breast Cancer is the second most frequent type of cancer in the world and the first among women; so, it has become a serious public health problem. The literature points to various risk factors, amidst them are old age, family history, early menarche, late menopause, among others. The objective of this study was to identify the predominant risk factors in women with breast cancer shown in the literature. We utilized a "LILACS" data base research in the 2000-2006 period and among the articles analyzed, the diet/obesity is the factor that was most observed. After analysis, it is considered that prevention is the most appropriate course of action to avoid breast cancer and, for this, it is necessary trained health professionals to act providing an effective education.

Keywords: Risk factors. Breast cancer. Prevention.

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama é talvez a doença mais temida na população feminina, por estar associada à dor, sofrimento, mutilação e morte.

Grandes avanços ocorreram no mundo com a intenção de reduzir o índice de morbidade e mortalidade, porém os índices apontam um crescimento vertiginoso ano a ano; permanece como o segundo tipo de câncer mais freqüente no mundo e o primeiro entre as mulheres, sendo um desafio para a saúde pública.

É a principal neoplasia maligna que acomete o sexo feminino no Brasil e, segundo INCA, para 2006 estima-se 48.930 novos casos, sendo a segunda enfermidade em incidência.

Por tratar-se de um sério problema para a saúde pública, e as estatísticas apontarem resultados tão pessimistas, surgiu o interesse em identificar, dentre os fatores de risco, quais predominaram em mulheres com câncer de mama.

Vários são os fatores de risco apontados pela literatura para o câncer de mama (INCA, 2005; SCLOWITZ et al., 2005), dentre eles:

- a) idade acima dos 50 anos;
- b) história familiar, pré-disposição genética; história de câncer de mama na família;
- c) menstruação precoce e menopausa tardia;
- d) primeira gravidez depois dos 40 anos ou nunca ter engravidado;
- e) já ter tido câncer de mama - aumenta a possibilidade de ter câncer na mama oposta;
- f) obesidade;
- g) dieta - consumo exagerado de alimentos gordurosos;
- h) consumo excessivo de álcool;
- i) uso corrente de contraceptivos orais;
- j) reposição hormonal por mais de dez anos.

Além dos fatores citados, algumas pesquisas descrevem que ansiedade e depressão são os problemas psicológicos mais freqüentes entre as pacientes com câncer (GUNTER, 1995). A literatura cita problemas emocionais após a detecção do câncer, inclusive associados ao tratamento. As mulheres mastectomizadas sofrem mais, até porque tem alterações significativas na imagem corporal, pois as mamas exprimem a essência feminina; estão relacionadas à maternidade, à sexualidade, ao erotismo. Aparece o medo de não ser mais atraente sexualmente.

Estudos têm comprovado que as perturbações emocionais prejudicam o bom funcionamento do sistema imunológico, causando alterações bioquímicas, assim sendo responsável pela origem e desenvolvimento das

doenças (GUNTER, 1995; LESHAM, 1992). Dessa maneira, uma pessoa não estando bem emocionalmente poderá adoecer.

O objetivo do trabalho foi refletir sobre a doença que apresenta maior incidência de mortalidade entre as mulheres e identificar os fatores de risco predominante para o câncer de mama em produções científicas recentes.

2 BREVE HISTÓRICO

No Brasil, as primeiras iniciativas desenvolvidas para o controle do câncer tiveram início no século XX, voltadas basicamente para o diagnóstico e tratamento. Na metade do século, fortaleceu-se entre cirurgiões a idéia de que o prognóstico da doença seria melhor se houvesse precocidade no diagnóstico e tratamento.

Em 1924, aumentava o câncer nos principais centros urbanos do Brasil. Ocorreram mobilizações do governo e instituições privadas no sentido de enviar médicos aos Estados Unidos da América para aprender sobre o câncer que lá se desenvolvia (MINISTÉRIO DA SAÚDE/INCA, 1995).

Com essa experiência surgiu a criação dos primeiros cursos de extensão universitária sobre cancerologia. A luta contra o câncer apontava para a necessidade, por parte do governo, de uma política nacional de controle dessa enfermidade.

Assim, foi criado, em 1937, o Centro de Cancerologia do Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal (RJ), que veio a constituir-se no atual Instituto Nacional do Câncer (INCA). Também foi criado, em 1941, o Serviço Nacional de Câncer (SNC), com o objetivo de organizar, orientar e controlar as ações de combate ao câncer.

Paralelamente às iniciativas governamentais, floresciam, desde 1929, várias ligas contra o câncer, fundações que tinham papel importante em campanhas; utilizavam conferências, exposições e arrecadação de fundos. Algumas ligas tiveram grande importância no trabalho desenvolvido tanto que, com os recursos angariados em campanha, a Associação Paulista de Combate ao Câncer construiu o seu instituto central, "Hospital Antonio Cândido Camargo", inaugurado em 1953.

Portanto, a partir de 1950 ocorreram importantes modificações na política de controle do câncer no Brasil, e hoje o INCA tem sido um instituto de grande importância para o país, na prevenção, detecção, diagnóstico, tratamento, educação, informação e pesquisa sobre a doença.

O Brasil classifica-se entre os países com maior incidência de câncer de mama em todo o mundo. As estimativas para o ano de 2006 apontam que ocorrerão 472.050 novos casos de câncer. Os de maior incidência (exceto o de pele não melanoma) serão os de próstata e pulmão no sexo masculino, e mama e colo do útero no sexo feminino, acompanhando o mesmo perfil observado no mundo (INCA 2006).

3 CARCINOGENESE

A palavra câncer deriva do Latim, e significa *caranguejo*. Foi utilizada, possivelmente, porque sugere a adesão em algum lugar. Todo tumor maligno denomina-se genericamente câncer (SIMÃO, 1995). Neoplasia significa *novo crescimento*.

Tumor é qualquer aumento de volume desenvolvido em uma parte qualquer do corpo. A palavra oncologia vem do Grego *onkos* significa tumor e *logos* significa ciência, portanto oncologia significa o estudo dos tumores ou neoplasias.

O câncer é um distúrbio genético, no qual não há controle normal do crescimento celular. As células normais se reproduzem somente quando são solicitadas, como por exemplo, na inflamação, cicatrização, entre outras situações. A célula cancerígena difere da normal por não mais responder aos mecanismos normais de controle de crescimento, então ocorre um crescimento desordenado, e essas células também são capazes de migrar do seu local de origem para outros distantes (SIMÃO, 1995).

A transformação de uma célula para uma célula maligna é possível devido a exposições prolongadas a agentes cancerígenos e com isso ocorre mutação no interior da célula. Essa mutação ocorre em situações durante as quais as células encontram-se em proliferação.

O processo de carcinogênese ocorre de forma lenta, podendo levar vários anos para que uma célula cancerosa prolifere e dê origem a um tumor. Todo o processo de carcinogênese divide-se em três estágios (INCA 1995).

Estágio de iniciação. Nesse estágio, as células sofrem o efeito dos agentes cancerígenos que vão provocar algumas modificações em determinados genes. As células vão encontrar-se geneticamente alteradas, porém o tumor não poderá ser detectado clinicamente. Nesse momento, essas células encontram-se iniciadas para a ação dos próximos agentes que vão atuar na próxima fase.

Estágio de promoção. Nessa fase as células geneticamente modificadas vão sofrer ação dos agentes cancerígenos, denominados agentes oncopromotores. De forma lenta e gradual a célula iniciada acaba transformando-se em célula maligna, sendo necessário que ocorra um longo período de exposição ao agente oncopromotor para que isso aconteça. Se houver suspensão dessa exposição, pode ser que ocorra uma interrupção desse processo.

Estágio de progressão. Esse último estágio caracteriza-se pela multiplicação descontrolada e irreversível das células alteradas. Nesse momento o câncer já está instalado, evoluindo até o surgimento das primeiras manifestações clínicas da doença.

O mecanismo básico de todos os cânceres é a mutação (INCA, 1995).

4 MAMAS

A mamas são popularmente conhecidas como seios e são revestidas por uma pele macia, fina, elástica, mais clara, com discretos pêlos diferenciando-se do resto do corpo, e no seu ponto central são mais

espessas, mais pigmentadas, um pouco enrugadas e desprovidas de pêlos - é o complexo areolopapilar. Todo o restante da mama é preenchido por tecido adiposo, cuja quantidade varia com as características físicas, estado nutricional e idade da mulher.

Apresentam um significado muito importante para as mulheres, uma vez que representam a própria essência da feminilidade. É comumente aceito por biólogos que o real objetivo evolucionário da mulher ter mamas é atrair os machos da espécie, sendo as mamas umas das principais características sexuais secundárias. Segundo Campos; Vilela, 2003, "A mama para a mulher representa toda a sua sensualidade, sexualidade, padrão de beleza, auto-imagem e maternidade. Essa estrutura é fonte de nutrição (ou alimento) para o recém nascido, e esse doar da mãe para o filho vem fortalecer esses laços de amor e afetividade, enquanto o câncer de mama simboliza a mutilação, a dor, o sofrimento e até mesmo a morte".

A importância das mamas na sensualidade e beleza da mulher pode ser traduzida, atualmente, na grande procura por próteses de silicone para satisfazer a necessidade feminina. Moda à parte, há quem se sinta confortável e desejável com um volume menor e há quem prefira mamas imensas, além de quem deseje só se livrar da flacidez ou de uma doença.

Independente de tamanho, forma, ou qualquer outro problema para qualquer mulher as mamas exprimem, demonstram toda a essência feminina, pois estão relacionadas à maternidade, à sexualidade, ao erotismo, além da função da amamentação, traduzida em nutrição e aconchego.

Assim, pode-se dizer que a mama, para a mulher, detém um significado especial, por isso a mulher teme tanto o câncer de mama, além do medo de morrer, o medo de mutilação do corpo pela perda da mama e, conseqüentemente, o comprometimento da "imagem feminina".

5 METODOLOGIA

Para a pesquisa, foi realizado um levantamento de artigos em Português na base de dados LILACS, no período de 2000 a 2006, utilizando como descritores: Fatores de Risco e Câncer de Mama. O levantamento foi realizado em 24 de julho de 2006.

O resultado da busca detectou 47 artigos. Após a leitura dos resumos, levantaram-se 21 artigos nos quais apareceram os termos fator de risco e câncer de mama.

Dos 21 resumos de artigos, foram encontrados 12 artigos completos, os quais foram a base da análise. Desses 12 artigos: 1 artigo de 2000, 1 artigo de 2001, 3 artigos de 2002, 2 artigos de 2003, 1 artigo de 2004, 3 artigos de 2005, 1 artigo de 2006.

6 RESULTADOS

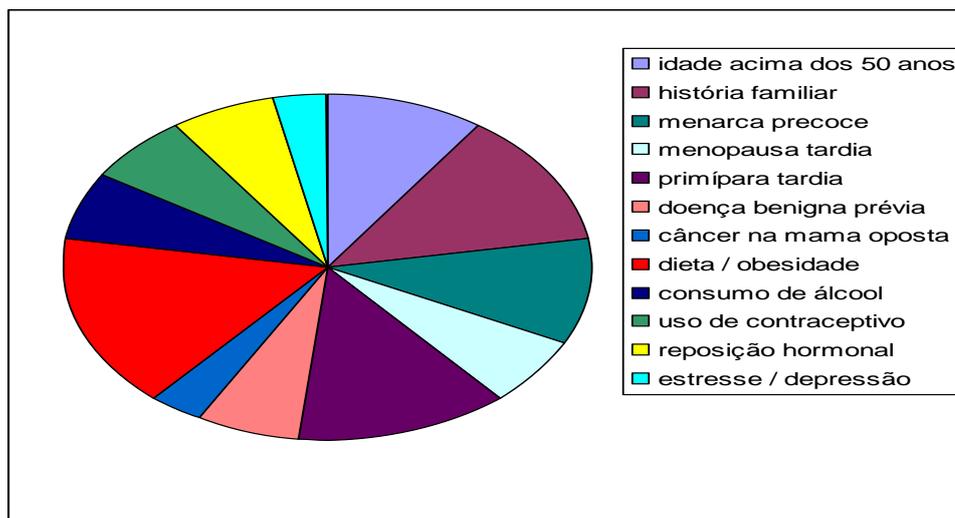


Figura 1 - Representação dos resultados.

Dentre os fatores de risco, houve maior predominância de dieta e obesidade (cinco); história familiar (quatro); primípara tardia (quatro); menarca precoce (três); idade acima de 50 anos (três); seguidos por outros fatores de risco com menor predominância.

Dieta/obesidade. A propensão de câncer de mama é maior em mulheres mais obesas. O tecido gorduroso é um tecido endócrino, ou seja, produz hormônios, portanto, a mulher que tem muito tecido gorduroso produz uma quantidade maior de hormônios. No tecido gorduroso existem enzimas que transformam o colesterol em hormônio feminino, portanto, mulheres obesas têm o nível de hormônios feminino circulante aumentado, o que as torna mais vulneráveis ao câncer de mama (SIMON, 2003).

Segundo Lima et al., 2001, suspeita-se de uma possível ação carcinogênica no consumo de gordura animal durante a infância, principalmente na adolescência, quando se acentua o processo de divisão celular na mama. Um outro estudo afirma necessitar de mais pesquisas para esclarecer completamente a relação entre risco e ingestão de gorduras (CIBEIRA GH; GUARAGNA RM; 2006).

Idade avançada. Para Zago et al. (2005), a incidência de câncer de mama aumenta com a idade e, nos EUA, 77% das mulheres com esse câncer tem 50 anos ou mais. Segundo Paiva et.al 2002, em análise de uma população de mulheres no Brasil, a idade média no diagnóstico foi de 54,5 anos, com idade mínima de 33 anos e máxima de 81 anos, sendo que o maior percentual encontrado foi na idade de 51 a 60 anos (36,25%). Em estudo desenvolvido por Zago et al. 2005, o diagnóstico mostrou maior prevalência entre 41 e 60 anos, sendo essa faixa etária correspondente a 65% da população estudada.

A história familiar é um fator de risco bem reconhecido, porém, Thuler, 2003, citando a Associação Americana de Câncer, mostra que apenas 10% das mulheres com história familiar têm a doença. Nesse caso, o que ocorre é que a mutação dos genes é responsável pelo número de casos de câncer de mama na família

(PAIVA et al., 2002). As mulheres que apresentam essa mutação no gene BRCA1, que ocorre no cromossomo 17, têm risco de desenvolver câncer de mama de 40 a 85% maior, até os 70 anos (RICCI et al., 2005).

A menarca precoce citada também como um fator de risco aumenta a probabilidade de desenvolver câncer de mama, assim como a menopausa tardia, ambas por aumentar o número de anos a que a mulher fica exposta à variação hormonal característica dos episódios da menstruação.

Menarca precoce e menopausa tardia estão associadas ao aumento do número de menstruações e, portanto, mais tempo o estrogênio fica circulando no organismo. Esse hormônio induz a proliferação celular mamária, aumentando assim o risco de desenvolver câncer de mama.

Em estudo desenvolvido por Paiva (2002), mulheres que tiveram o primeiro filho após os 30 anos apresentam aproximadamente o dobro de risco das mulheres que os têm antes dos 20 anos.

Outros fatores de risco citados, como biopsia prévia/nódulo benigno, já ter tido câncer na outra mama, consumo de álcool, reposição hormonal, estresse/depressão, apresentaram menor incidência nos trabalhos estudados.

Segundo Chagas (2000), há muita controvérsia quanto à reposição hormonal parece que o risco é pequeno quando utilizado em curto prazo, aumenta quando introduzido por mais de dez anos.

Em relação ao estresse e à depressão, parece haver uma relação entre aparecimento do câncer de mama e a experiência de luto, perda de qualquer natureza, uma vez que ocorre uma alteração abrupta no projeto de vida pessoal (TEIXEIRA I; BALEN J, 2002)

Apesar de a literatura citar o uso de contraceptivo oral como um fator de risco, em nenhum dos 12 artigos estudados apareceu esse fator. Também não apareceram referências apontando fatores emocionais como risco para a doença.

7 PREVENÇÃO

Estratégias de prevenção primária, secundária e terciária têm sido utilizadas com o objetivo de prevenir enfermidades, diagnosticá-las e tratá-las precocemente, assegurando a cada indivíduo um padrão de vida adequado à manutenção da sua saúde. Esses conceitos clássicos de saúde pública levam em conta a história natural das doenças, ao considerar que, após a exposição aos fatores de risco, inicia-se o processo patológico, surgem sinais e sintomas e há progressão para a cura, incapacidade ou morte.

Em razão de o câncer de mama ser hoje uma doença de extrema importância para a saúde pública mundialmente, as medidas chamadas preventivas, tais como auto-exame da mama, consulta ginecológica uma vez ao ano, mamografia, entre outros, vêm sendo bastante utilizadas quantitativamente. Entretanto, os dados apontam para limitações em relação à sua adequação (SLOWITZ, 2005).

Sendo o câncer de mama uma doença multifatorial, é possível que alguns fatores de risco, como a obesidade, sejam subestimados. Dentre os fatores de risco citados, a história familiar de câncer de mama parece ser o fator de risco de maior impacto ao estímulo as práticas preventivas (SLOWITZ et al., 2005).

A associação do uso de TRH (Terapia de Reposição Hormonal) com as condutas preventivas, provavelmente está muito relacionado com o fato das mulheres, sob este tipo de tratamento, freqüentarem mais o ginecologista. Além disso, está sendo muito divulgada a associação TRH (Terapia de Reposição Hormonal) e câncer de mama, estimulando, assim, maiores cuidados preventivos.

O status menopausa não parece interferir de forma significativa nas prevalências das condutas preventivas, exceto para a prevalência de exame clínico das mamas e de consultas ginecológicas (SCLOWITZ et al., 2005).

Infelizmente, há pouco que se possa fazer para evitar a exposição à maioria dos fatores de risco. Entretanto, manter o peso adequado após a menopausa, manter uma alimentação equilibrada, fazer algum exercício físico, controlar o peso, estão entre as poucas medidas práticas de prevenção primária que a mulher pode adotar para reduzir o risco de desenvolver câncer de mama.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os índices de câncer de mama apontam crescimento vertiginoso ano a ano, sendo um desafio para a saúde pública. Apesar das mobilizações, desde 1950, não há resultado positivo na redução do índice de morbidade e mortalidade.

Nas pessoas de família com história de câncer de mama e mulheres em uso de TRH (Terapia de Reposição Hormonal) há uma preocupação maior, um acompanhamento ginecológico mais rigoroso.

Em relação aos fatores de risco e câncer de mama, existem controvérsias, portanto, há necessidade de mais estudos sobre o assunto. Os trabalhos mostraram que nenhum fator de risco isoladamente representa um fator de risco por si só, portanto, é multifatorial.

Como enfermeira, acredito que a melhor conduta é investir na educação da população de forma efetiva e, para isso, talvez haja necessidade de rever as ações educativas que os profissionais da saúde estão utilizando para a prevenção do câncer, analisar o que estão fazendo, como e para qual população estão sendo desenvolvidas essas ações.

9 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenadoria de Programas de Controle do Câncer – Pro-Onco. Ações de enfermagem para o controle do câncer – Rio de Janeiro: Pro-Onco, 1995

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer [INCA]. Estimativas de incidência e mortalidade por câncer no Brasil, Rio de Janeiro; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer [INCA]. Estimativas de incidência e mortalidade por câncer no Brasil, Rio de Janeiro; 2006.

CAMPOS, R. B.; VILELA, W.G. Neoplasia de mama e reabilitação fisioterapeuta no pós cirúrgico da mastectomia. Monografia – departamento de fisioterapia e enfermagem. Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2003.

CHAGAS, C. R. TRH e câncer de mama e se tivermos que esperar até 2007?. Revista feminina, julho 2000; 28(6).

CIBEIRA, G. H.; GUARAGNA, R. M. Lipídio: fator de risco e prevenção do câncer de mama. Revista de nutrição janeiro 2006; v. 19, n. 1.

DRAUZIOVARELA – entrevista Sérgio Simon – médico oncologista do Hospital Israelita Albert Einstein – 08/03/2003.

LESHAN, L. O câncer como ponto de mutação: um papel para pessoas com câncer, seus familiares e profissionais de saúde. 3. ed. São Paulo: SUMMUS; 1992.

LIMA, M. G. L. et al. Fatores de risco para câncer de mama em mulheres indígenas teréna de área rural, estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. Caderno de saúde pública 2001; v. 17, n. 5, p. 1537-1544.

PAIVA, C. E. et al. Fatores de risco para câncer de mama em Juiz de Fora (MG): um estudo caso controle. Revista brasileira de cancerologia 2002; v. 48, n. 2, p. 231-237.

RICCI, M.D. et al. Análise da susceptibilidade genética e risco hereditário do câncer de mama. Revista femina março 2005; v. 33, n. 3.

SCLOWITZ, M. L. et al. Condutas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados. Revista de saúde pública 2005; v. 39, n. 3, p. 340-349.

SIMÃO, A. F. Tratado de Oncologia Genital e Mamária. São Paulo: Rocca; 1995.

TEIXEIRA, I.; BALEN, J. A relação entre estresse e neoplasia mamária. Revista femina outubro 2002; v.28, n. 6.

THULER, L. C. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. Revista brasileira de cancerologia 2003; v. 49 n. 4, p. 227-238.

ZAGO, A. et al. A. Mortalidade por câncer de mama em mulheres na Baixada Santista, 1980 a 1999. Revista de saúde pública agosto 2005; v. 39, n. 4.