

Câncer de mama: estudo caso controle no Sul do Brasil

Breast cancer: case control study in Southern Brazil

Dagmar Scholl Lauter¹, Evelise Moraes Berlezi², Cleci de Lourdes Schmidt Piovesan Rosanelli³, Marli Maria Loro³, Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz⁴

RESUMO

Introdução: O câncer de mama é um problema de saúde pública. Muitos fatores de risco são relacionados ao desenvolvimento desta neoplasia.

Objetivo: Avaliar a associação dos fatores socioeconômicos e características reprodutivas com o câncer de mama, em mulheres pertencentes à macrorregião missioneira do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil.

Materiais e Métodos: Estudo observacional do tipo caso controle. Participaram mulheres com diagnóstico de câncer de mama assistidos no Centro de Alta Complexidade para Tratamento do Câncer e mulheres internadas na mesma instituição por outra causa que não por neoplasias mamárias. A análise estatística foi realizada utilizando-se o software *Statistical Program for Social Sciences* versão 18.0, por meio do cálculo das frequências relativas e absolutas, média e desvio padrão. Para a estatística analítica foram utilizados os testes Qui-quadrado de *Pearson* e Exato de *Fisher*.

Resultados: Participaram do estudo 102 casos e 102 controles. A média de idade dos casos foi de 56,4±11,5 e dos controles 60,3±18,1 anos. Dentre as variáveis sócio-demográficas ocorreu associação significativa estatisticamente à idade ($p=0,000$) e o estado conjugal ($p=0,029$). Nas características reprodutivas, houve associação ao uso ($p=0,009$) e tempo de uso de anticoncepcionais orais ($p=0,000$), idade do primeiro parto ($p=0,033$), idade da menopausa ($p=0,000$) e tempo de reposição hormonal ($p=0,000$).

Conclusão: Os enfermeiros devem aprimorar sua atenção, frente o atendimento a mulheres no intuito de avaliar o risco das mulheres de desenvolver esta neoplasia e fornecer aconselhamento e estratégias para redução destes riscos.

Palavras-chave: neoplasias da mama; fatores de risco; enfermagem; saúde da mulher.

ABSTRACT

Introduction: Breast cancer has become a public health problem. Many risk factors are related to the development of this neoplasm.

Objective: To evaluate the association of socioeconomic factors and reproductive characteristics with breast cancer in women belonging to the missionary macro-region of Northwest Rio Grande do Sul State, Brazil.

Materials and Methods: Observational study of case control type. We included in the study women diagnosed with breast cancer attended at the Oncology High Complexity Center for Cancer Treatment and women hospitalized in the same institution due to another cause besides mammary neoplasms. The statistical analysis was performed using the *Statistical Package for Social Sciences* version (SPSS) 18.0 software, by calculating the relative and absolute frequencies, mean and standard deviation. For analytical statistics *Pearson's chi-squared* and *Fisher's exact* tests were used.

Results: The study included 102 cases and 102 controls. The participants' mean age (cases) was 56.4±11.5 years old and controls 60.3±18.1 years old. Among the socio-demographic variables, there was a statistically significant association to age ($p=0,000$) and marital status ($p=0,029$). On reproductive traits there were associations between the use ($p=0,009$) and the duration of oral contraceptive use ($p=0,000$), the age of the first birth ($p=0,033$), the menopause age ($p=0,000$) and the hormone replacement period ($p=0,000$).

Conclusions: The nurses have to improve their attention to women care in order to evaluate women's risk of developing this neoplasm and provide advice and strategies to reduce these risks.

Keywords: breast neoplasms; risk factors; nursing; women's health.

¹Enfermeira graduada pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ). Enfermeira Trainee Hospital Unimed Noroeste/RS.

²Fisioterapeuta. Doutora em Gerontologia. Docente do Curso de Fisioterapia da UNIJUÍ.

³Enfermeira. Doutoranda nas Ciências pela UNIFESP. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIJUÍ.

⁴Enfermeira. Doutora pela Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (EPE-UNIFESP). Docente do Departamento de Ciências da Vida da UNIJUÍ.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama (Ca de mama) pode ser definido como um grupo composto por diferentes doenças que possuem comportamentos distintos. Isto é observado pelas variadas manifestações clínicas e morfológicas deste câncer, as quais apresentam tanto diferenças genéticas quanto nas respostas terapêuticas¹.

É um problema de saúde pública no mundo, pois se estima que mais de 1 milhão de mulheres são diagnosticadas com a doença a cada ano. É o câncer que mais acomete as mulheres em todo o mundo, representando no ano de 2008, 23% de todas as ocorrências da doença e, no mesmo ano teve estimativa de mortalidade de 458 mil mulheres². As taxas de incidência de Ca de mama podem estar aumentando em até 5% ao ano em países em desenvolvimento³.

A incidência não é diferente no Brasil, pois projetaram-se para 2014-2015, 57.120 novos casos de Ca de mama, com um risco de ocorrência de 56,09 casos para cada 100 mil mulheres. É o mais frequente em todas as regiões do país, exceto na Região Norte, sendo o segundo mais incidente. Com relação à região Sul do Brasil, estimou-se para o mesmo período 70,98 casos para cada 100 mil mulheres⁴. Quanto à taxa bruta de mortalidade para esta neoplasia, o Estado do Rio Grande do Sul, no ano de 2010, ocupou o segundo lugar no país. O Ministério da Saúde registrou a taxa de ocorrência de 20,70 mortes para cada 100 mil mulheres, sendo superado apenas pelo Estado do Rio de Janeiro que registrou 21,5 mortes⁵.

Os fatores de risco são definidos como algo que aumenta a probabilidade de um sujeito desenvolver uma determinada doença ou sofrer um determinado agravo. Já, os fatores de proteção são aqueles que reduzem esse risco e dão a capacidade ao organismo de se proteger contra determinada doença¹.

Quanto aos principais fatores de risco para Ca de mama estão os fatores ligados à idade, os genéticos e os fatores endócrinos. Destaca-se a história familiar de Ca de mama, menarca precoce, menopausa tardia, idade do primeiro parto após os 30 anos, nuliparidade, uso de anticoncepcional hormonal, terapia de reposição hormonal (RH) para tratamento dos efeitos da menopausa, exposições a radiações ionizantes em

idade inferior a 40 anos, susceptibilidade genética, obesidade (principalmente após a menopausa) e ingestão de bebidas alcoólicas¹. Uma dieta rica em frutas, verduras, legumes, prática de atividade física e amamentação exclusiva, são considerados fatores de proteção para a doença¹.

Nesse sentido, o enfermeiro tem papel fundamental na prevenção do Ca de mama. Nas consultas de enfermagem (CE) deve buscar na anamnese a identificação dos fatores de risco, realizar exame clínico das mamas e orientações acerca de mamografias. Importante salientar a necessidade de um olhar ampliado para as que têm fatores de risco agregado. Ainda nas ações comunitárias, o enfermeiro deve atuar na prevenção dos fatores de riscos e detecção precoce de nódulos.

Com base no contexto apresentado, a pesquisa tem por objetivo avaliar a associação dos fatores socioeconômicos e características reprodutivas com o câncer de mama, em mulheres pertencentes à macrorregião missioneira do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (RS) - Brasil.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo é parte da pesquisa institucional "Estudo multidimensional de mulheres com câncer de mama" da Universidade Regional do Noroeste do RS – UNIJUÍ. Pesquisa observacional do tipo caso-controle, realizada na unidade de internação clínica médica e ambulatório do Centro de Alta Complexidade para o Tratamento do Câncer (CACON) do Hospital de Caridade de Ijuí (HCI), RS, Brasil. Esta instituição é filantrópica, e atende na sua maioria usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), e assiste 1,5 milhões de habitantes de 120 municípios da região noroeste do Estado do RS, referenciados pela 17ª Coordenadoria Regional de Saúde de Ijuí.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de fevereiro a maio de 2013. No presente estudo as mulheres com diagnóstico de Ca de mama foram os casos e as que não apresentavam história de Ca de mama os controles, sendo sua amostragem estabelecida por conveniência.

O grupo caso se constituiu por mulheres com diagnóstico de Ca de mama assistidas no ambulatório

do CACON. Contataram-se com as mulheres nos dias em que estas tinham agendamento de consultas médicas, tratamento quimioterápico ou radioterápico, ou em serviços como fisioterapia, nutrição, farmácia e psicologia. Como critérios de inclusão para o grupo caso foram considerados: ter tido diagnóstico médico de Ca de mama, estar em tratamento quimioterápico e/ou radioterápico ou combinado, ter realizado tratamento cirúrgico para o Ca de mama, ou estar em acompanhamento ambulatorial. Critérios de exclusão: menores de 18 anos de idade, que apresentaram estado de confusão mental ou incapacidade para responder ao questionário atestado no prontuário e homens com Ca de mama.

Para acessar as mulheres do grupo controle utilizou-se como estratégia a unidade de clínica médica do HCl. Os critérios de inclusão foram não ter Ca de mama, residir em Ijuí ou município da região que faz parte dos 120 municípios que são atendidos no CACON, e como critérios de exclusão, menores de 18 anos, que apresentaram estado de confusão mental ou incapacidade para responder ao questionário.

Para coleta de dados foi utilizado um questionário estruturado que abordou as características sociodemográficas e reprodutivas. Dentre as variáveis sociodemográficas considerou-se a idade referida, cor da pele (branca, negra, amarela, parda, outra), situação conjugal (casada, solteira, viúva, concubinato, separada ou divorciada), nível de escolaridade (Sem instrução, Ensino Fundamental Incompleto, Ensino Fundamental Completo, Ensino Médio Incompleto, Ensino Médio Completo, Ensino Superior), renda familiar (abaixo de um salário mínimo, de um a dois salários mínimos, de três a cinco salários mínimos, de cinco a oito salários mínimos, acima de oito salários mínimos, não respondeu). Com relação às características clínicas questionou-se as mulheres quanto a ocorrência de antecedentes familiares de câncer (se tinham antecedentes, e quem era o antecessor, sendo estes classificados em 1ª geração ou segunda por consanguinidade).

Quanto as características reprodutivas considerou-se as seguintes variáveis, idade referida da menarca, uso de anticoncepcional oral (sim, não, não se aplica, não

respondeu), tempo de uso de anticoncepcional oral (menos de 5 anos, de 5 a 10 anos, de 11 a 20 anos, mais de 20 anos, não se aplica, não respondeu), tem filhos (sim, não), número de filhos referido, idade do primeiro parto referida, história de aborto (sim, não), número de abortos referidos, idade gestacional do aborto referida, amamentação (sim, não), tempo de amamentação referido, menopausa (sim, não), idade do início da menopausa referida, reposição hormonal (sim, não, não se aplica, não respondeu), tempo de reposição hormonal (menos de 05 anos, de 06 a 10 anos, de 11 a 20 anos, mais de 21 anos, não se aplica, não respondeu).

Na análise dos dados as variáveis qualitativas foram categorizadas da seguinte forma: cor (branca e não branca); escolaridade (sem escolaridade, até 8 anos, mais de 8 anos); situação conjugal (casado ou com companheiro, não casado ou s/companheiro); renda familiar (até 2 salários mínimos, mais de 2 salários mínimos); uso de anticoncepcional (sim, não); número de filhos (até 3 filhos, mais de 3 filhos); idade do primeiro parto (até 30 anos, mais de 30 anos); tempo de amamentação (12 meses ou menos, mais de 12 meses); idade do início da menopausa (até 49 anos, 50 anos ou mais), tempo de reposição hormonal (RH) (não realizou RH, menos de 05 anos, 05 anos ou mais).

A digitação e análise dos dados foram realizadas no *Softwer Statistical Program for Social Sciences* versão 18.0 (SPSS). A análise estatística descritiva dos dados foi efetivada por meio do cálculo das frequências relativas e absolutas, média e desvio padrão. Para a estatística analítica foram utilizados os testes Qui-quadrado de *Pearson* e Exato de *Fisher*. Preliminarmente à coleta de dados, o projeto obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIJUÍ sob parecer consubstanciado número 187.741 de 31 de janeiro de 2013.

RESULTADOS

Participaram do estudo 204 mulheres, sendo 102 casos e 102 controles. Constatou-se que a média de idade das participantes casos foi de $56,4 \pm 11,5$ e dos controles $60,3 \pm 18,1$ anos. A idade obteve uma associação significativa estatisticamente ($p < 0,01$).

TABELA 1 - Características sociodemográficas de mulheres com e sem câncer de mama e suas associações com as variáveis independentes.

Variáveis		Caso n (%)	Controle n (%)	Total n (%)	p
Idade em anos	De 18 a 35	2 (2)	13 (12,7)	15 (7,4)	0,000**
	De 36 a 40	4 (3,9)	4 (3,9)	8 (3,9)	
	De 41 a 49	26 (25,5)	8 (7,8)	34 (16,7)	
	De 50 a 59	34 (33,3)	21 (20,6)	55 (27)	
	60 anos ou mais	36 (35,3)	56 (54,9)	92 (45,1)	
Estado Conjugal	Casado ou c/companheiro	72 (70,6)	58 (56,9)	130 (63,7)	0,029*
	Não Casado ou s/companheiro	30 (29,4)	44 (43,1)	74 (36,3)	
Cor	Branco	86 (86)	81 (79,4)	167 (82,7)	0,266
	Não Branco	14 (14)	21 (20,6)	35 (17,3)	
Escolaridade	Sem escolaridade	5 (4,9)	4 (3,9)	9 (4,4)	0,175
	Até 08 anos	66 (64,7)	78 (76,5)	144 (70,6)	
	Mais de 8 anos	31 (30,4)	20 (19,6)	51 (25)	
Renda Familiar	Até 2 salários	72 (70,6)	64 (62,7)	136 (66,7)	0,298
	Mais de 2 salários	30 (29,4)	38 (37,3)	68 (33,3)	

**=p<0,01, associação significativa estatisticamente; *=p<0,05, associação significativa estatisticamente; n=204.

Quanto à situação conjugal, a casada ou com companheiro obteve a maior frequência. Nos casos, a frequência foi de 70,6% e nos controles 56,9% dessas mulheres. Apresentou uma associação significativa estatisticamente ($p<0,05$).

A cor declarada nos dois grupos prevaleceu à branca em 82,7%. Em relação a escolaridade o maior percentual é de mulheres com até oito anos de estudo, compreendendo nos dois grupos um total de 70,6%. A renda familiar de zero a dois salários mínimos prevaleceu 66,7% da população investigada. Dados evidenciados na tabela 1.

Destaca-se que, ao questionar as entrevistadas do grupo caso quanto aos antecedentes familiares de câncer, responderam ter antecedentes na família 59 mulheres, e destas 30 (50,8%) de primeiro grau por consanguinidade. E no grupo controle evidenciou-se que 13 (14,6%) delas responderam ter familiares de 1º grau.

Em relação às características reprodutivas, que podem ser observadas na tabela 2, o estudo evidenciou que, no grupo caso a ocorrência da menarca na faixa de 12 anos ou mais é referido com frequência de 87% das mulheres, enquanto que no controle concentra 80,9%.

No grupo caso o uso de anticoncepcional oral (AO) é referido por 78,2% das pesquisadas, enquanto no controle concentra 60,8%. Há uma associação altamente significativa estatisticamente ($p<0,01$).

Ao avaliar o tempo médio de uso de AO, as médias não diferem, 14,8 \pm 8,7 anos no caso e 14,4 \pm 6,3 anos no grupo controle. O uso de AO por mais de 20 anos é referido por 38,5% dos casos, enquanto no controle este percentual é de 21,0%. Apresentou alta significância estatística ($p<0,01$).

No grupo caso 88,2% das mulheres referiram ter filhos, enquanto no grupo controle 15,7% eram nulíparas. O número de filhos variou de um a 10. No grupo de casos as mulheres que tem mais de três filhos é referido com frequência de 23,3% das mulheres, enquanto o grupo controle concentra 81,4% que tinham até três filhos.

A idade média do primeiro parto dos casos foi de 32 \pm 24,6 anos e dos controles foi de 20,4 \pm 2,9 anos de idade. A idade do primeiro parto apresentou uma associação significativa estatisticamente ($p<0,05$). Quanto ao aborto, o mesmo foi relatado por 20,1% das mulheres, variando de um a cinco abortos. A idade gestacional dos abortos variou de um a oito meses e

TABELA 2 - Características reprodutivas de mulheres com e sem câncer de mama e suas associações com as variáveis independentes.

Variáveis		Caso n (%)	Controle n (%)	Total	p
Idade da menarca	Até 11 anos	13 (13)	20 (19,8)	33 (16,4)	0,253
	12 anos ou mais	87 (87)	81 (80,2)	168 (83,6)	
Anticoncepção oral (n=203)	Sim	79 (78,2)	62 (60,8)	141 (69,5)	0,009**
	Não	22 (21,8)	40 (39,2)	62 (30,5)	
Tempo uso de anticoncepcional oral (n=140)	Menos de 05 anos	11 (14,1)	0 (0)	11 (7,9)	0,000**
	De 06 a 10 anos	23 (29,5)	22 (35,5)	45 (32,1)	
	De 11 a 20 anos	14 (17,9)	27 (43,5)	41 (29,3)	
Nuliparidade	Mais de 21 anos	30 (38,5)	13 (21)	43 (30,7)	
	Sem filhos	12 (11,8)	16 (15,7)	28 (13,7)	0,542
	Tem filhos	90 (88,2)	86 (84,5)	176 (86,3)	
Nº filhos	Até 3	69 (76,7)	70 (81,4)	139 (79)	0,465
	Mais de 3	21 (23,3)	16 (18,6)	37 (21)	
Idade primeiro parto (anos)	Até 30	85 (94,4)	86 (100)	171 (97,2)	0,033*
	Mais de 30	5 (5,6)	0 (0)	5 (2,8)	
Aborto	Sim	23 (22,5)	18 (17,6)	41 (20,1)	0,242
	Não	79 (77,5)	84 (82,4)	163 (80)	
Amamentou	Sim	81 (90)	79 (92)	160 (91)	0,795
	Não	9 (10)	7 (8)	16 (9)	
Tempo de amamentação	12 meses ou menos	59 (74)	66 (83,5)	125 (79)	0,176
	Mais de 12 meses	21 (26,3)	13 (16,5)	34 (21,4)	
Menopausa	Sim	67 (65,7)	71 (70)	138 (68)	0,327
	Não	35 (34,3)	31 (30,4)	66 (32,4)	
Idade da menopausa	Até 49 anos	36 (59)	2 (2,8)	38 (29)	0,000**
	50 anos ou mais	25 (41)	69 (97)	94 (71)	
Rep. Hormonal (n=138)	Sim	14 (21)	7 (10)	21 (15)	0,058
	Não	53 (79)	64 (90)	117 (85)	
Tempo de Rep. Hormonal (n=135)	Não realizou RH	53 (83)	64 (90)	117 (87)	0,000**
	Menos de 05 anos	11 (17)	0 (0)	11 (9)	
	05 anos ou mais	0 (0)	7 (10)	7 (5,2)	

**=p<0,01, associação significativa estatisticamente; *=p<0,05, associação significativa estatisticamente.

59% dos mesmos ocorreram aos dois meses de gestação. No grupo caso a ocorrência de aborto é referido com frequência de 22,5% das mulheres, enquanto no grupo controle concentra 17,6%

No grupo caso a amamentação é referida com frequência de 90% das mulheres, enquanto que no grupo controle concentra 91,9%. Entre os casos, o tempo de amamentação com mais de 12 meses é referido com frequência de 26,3% das mulheres, e no controle, concentra 83,5% na faixa de até 12 meses de amamentação. Não houve associação significativa entre os grupos.

Em relação ao tempo de reposição hormonal (RH), no

grupo caso o tempo de menos de cinco anos é referido com frequência mais concentrada de 17,2% das mulheres, enquanto o grupo controle concentra 9,9% das mulheres na faixa de 5 anos ou mais. É uma associação altamente significativa estatisticamente (p<0,01).

DISCUSSÃO

A análise de idade permitiu verificar que ela é um dos principais fatores de risco para o Ca de mama, raro antes dos 35 anos de idade, após ele apresenta uma incidência progressiva até 50 anos e após esta faixa

etária seu aumento ocorre de forma lenta⁴.

O fato das mulheres não serem casadas ou não possuírem companheiros, pode estar relacionado, a não realização de exames, pois em certa medida, o parceiro influencia para uma maior adesão e procura por serviços de saúde⁶. O estado civil casado ou o convívio com companheiro não constitui-se em fator de risco para o Ca de mama. Entretanto, ser mulher e ter Ca de mama pode ter relação à diversidade de papéis assumidos por elas na contemporaneidade, com jornadas duplas ou triplas o que pode desencadear stress, considerando que sua inserção no campo de trabalho não a libera das responsabilidades com as atividades domésticas e educação dos filhos, o que resulta em um acúmulo de atribuições o que pode contribuir para o desequilíbrio do orgânico⁷.

O nível sócio econômico, em muitos estudos, tem sido relacionado ao surgimento do câncer, pois pessoas com menor grau de escolaridade têm maior dificuldade para entendimento e realização do processo de prevenção⁸. Estes perfis pesquisados foram similares em um estudo caso controle realizados no Sul do Brasil que objetivava avaliar a frequência de autoavaliação de saúde negativa e fatores associados em mulheres com câncer de mama, no qual a maior parte das avaliadas era de cor branca, com até oito anos de estudos e renda familiar baixa⁹. Estudo realizado no Brasil, afirma que a cor de pele branca é um fator de risco para o Ca de mama¹⁰.

Além dessas características, os fatores reprodutivos podem estar relacionados ao aparecimento do Ca de mama. Podem ser caracterizados como fatores de risco a menstruação antes dos 12 anos e menopausa após os 55 anos¹¹. Pesquisa de base hospitalar realizada em Porto Alegre (RS), que avaliou 100 casos e 100 controles com o objetivo de verificar a associação entre distribuição da gordura corporal e Ca de mama em mulheres do RS apresenta dados semelhantes¹². Já em um estudo, realizado com mulheres na Índia, pesquisou-se um grupo de 105 casos e 105 controles, e os resultados demonstraram que menarca precoce esteve relacionada ao risco para o Ca de mama¹³.

Ainda na população em estudo estar na menopausa não apresentou associação significativa. A maioria das entrevistadas do grupo controle que já estavam na

menopausa iniciaram este período após os 50 anos de idade ou mais. Entre os casos, a faixa que teve a maior concentração de respostas positivas foi as que tinham 49 anos de idade. Estes resultados não corroboram com os dados que a literatura, na medida em que quanto mais tarde a mulher entrar na menopausa, mais tempo ela estará exposta ao hormônio estrogênio, que é o responsável por estimular as células da glândula mamária a se reproduzir¹⁴.

Em estudo realizado no município de Joinville, Santa Catarina, com casos provenientes de um serviço de referência para tratamento do câncer e controles da vizinhança e da unidade de saúde obteve associação significativa entre a ocorrência da menopausa e o câncer de mama, no entanto a idade da menopausa não apresentou significância estatística⁹.

Tem-se o conhecimento de que parte dos Ca de mama são hormônios dependentes e discute-se muito o uso da anticoncepção hormonal no aumento do risco de Ca de mama. Quanto à RH estudo aponta que o risco aumenta, efetivamente, após o quinto ano de uso¹⁵. De igual forma, o risco do uso de anticoncepcionais orais também está relacionado ao tempo de uso e sua suspensão de até 10 anos constituem-se em fatores de risco⁴.

Neste estudo evidenciou-se uma frequência maior de uso do AO pelas mulheres do grupo caso e as mesmas obtiveram maior tempo de uso quando comparadas aos controles, apresentando associação significativa. O tempo de RH também apresentou significância estatística. Semelhante a estes dados, foram os resultados do estudo realizado em Joinville, que encontram associação do uso de contraceptivos com neoplasias mamárias⁹. Destaca-se que a prescrição do uso de RH precisa ser avaliada criteriosamente.

Estudos sugerem que a nuliparidade e a primeira gestação após os 30 anos de idade são fatores de risco para desenvolvimento do câncer de mama, pois quanto mais tardiamente a mulher tiver seu primeiro filho, maior será a exposição aos hormônios¹¹, já o número aumentado de filhos pode se tornar um fator protetor¹⁶. Na presente pesquisa a nuliparidade e o número de filhos ao serem relacionadas entre os grupos não diferiram significativamente, logo, a idade do primeiro

parto ser após os 30 anos apresentou associação significativa para a ocorrência do câncer.

Corroboram com os dados desta pesquisa, um estudo de coorte realizado na Suécia com um total de 622 casos de câncer de mama que teve por objetivo examinar a paridade e idade ao primeiro parto, em relação ao risco de subgrupos específicos para o Ca de mama, concluiu-se que ter o primeiro parto mais tarde está associado a um risco elevado de desenvolver o Ca de mama¹⁷. Em contra partida no estudo caso controle realizada no Paquistão, demonstrou que não houve diferença significativa entre os grupos a idade da primeira gestação e a alta paridade se mostrou como um benefício¹⁸.

Já história de aborto, no estudo, não apresentou associação com o Ca de mama. Estudos epidemiológicos acerca deste tema têm sido realizados em todo o mundo, todavia, os resultados ainda são inconsistentes. A interrupção precoce da gravidez pode provocar maior proliferação do tecido mamário, sem posterior diferenciação e, nesta fase, o tecido mamário contém altas concentrações de estrogênio, o que favorece a proliferação de células carcinogênicas¹⁹. Ainda, estudos questionam a relação do tipo de aborto ocorrido, se espontâneo ou induzido, com o Ca de mama. Estudo realizado na China com 669 casos e 682 controles com objetivo de investigar a relação do aborto induzido ou espontâneo como um fator de risco para um futuro desenvolvimento das neoplasias mamárias, os resultados revelaram que existe relação entre aborto induzido e Ca de mama¹⁹. Nesta pesquisa não se pode estabelecer esta relação, uma vez que, esta informação não foi investigada.

Embora a lactação tenha sido apontada como um fator protetor convincente, ainda não existe consenso relativo ao tempo necessário de amamentação para que ela exerça esta proteção²⁰. Tal proteção ocorre porque a amamentação impede o retorno da menstruação diminuindo a exposição ao estrogênio endógeno, contudo para que haja a supressão menstrual é necessário que o aleitamento materno seja exclusivo²¹.

Visto que a prática da amamentação traz benefícios à saúde da mulher e pode também atuar como um fator de proteção para o Ca de mama, esta prática deve ser

instigada pelos profissionais da saúde. A amamentação e o seu tempo não evidenciaram significância estatística na relação dos grupos caso e controle para tanto, não se apresentou, neste estudo, a lactação como fator de proteção.

Ressalta-se que muitas brasileiras são assistidas por enfermeiros na atenção primária, e estes profissionais ao realizarem as CE devem promover a assistência integral a estas mulheres, buscando a promoção, educação em saúde, prevenção de agravos e a detecção precoce²¹⁻²². Com a expansão das equipes de saúde da família, a partir da década de 1990, estas ações são possíveis de serem alcançadas, tendo em vista a proximidade do usuário com os profissionais, e o vínculo estabelecido entre os sujeitos²³.

Os resultados da pesquisa demonstraram que dos fatores de risco pesquisados alguns foram confirmados e outros, descritos na literatura, não evidenciaram associação com a prevalência da doença. Estes resultados podem refletir, parcialmente, o perfil de mulheres assistidas em um serviço de saúde do interior do Estado do RS. A idade tem sido caracterizada como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento do Ca de mama e, a situação conjugal, casada, demonstrou associação com o Ca de mama neste estudo, entretanto não se constitui em um fator de risco. Quanto às variáveis cor, escolaridade e renda familiar, não apresentaram resultados significativos.

No que se refere às características reprodutivas, o uso e o tempo de uso de AO, a idade do primeiro parto e da menopausa, bem como o tempo de RH se apresentaram associados com o Ca de mama. Os resultados desta pesquisa evidenciam que a idade da menarca não apresentou associação significativa entre os grupos. Entre as limitações deste estudo está o possível viés de memória em algumas questões retrospectivas dos sujeitos entrevistados, entretanto, algumas variáveis reprodutivas questionadas podem ser consideradas eventos importantes na vida das mulheres com menos dificuldades de erros nas respostas, podendo minimizar assim este viés. O pareamento por idade também deveria ter sido realizado de maneira mais rigorosa diminuindo o possível viés de seleção.

Frente à alta incidência do Ca de mama, os resultados

deste estudo podem contribuir para o esclarecimento de alguns dos fatores que podem predispor ao desenvolvimento desta doença. Entretanto, para o desenvolvimento do conhecimento que possa levar uma prevenção efetiva junto à população feminina pelos profissionais de saúde, também são necessárias pesquisas que abordem características como estilo de vida, consumo de álcool, tabaco e outras drogas, alimentação e prática de atividade física.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama. [internet]. 2013 [citado 2013 Out 15]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/521d4900470039c08bd8fb741a182d6f/pncc_mama.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=521d4900470039c08bd8fb741a182d6f
2. World Health Organization. World Cancer Report, 2008. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2009.
3. Coughlin SS, Ekwueme DU. Breast cancer as a global health concern. *Cancer Epidemiol*. 2009 Nov;33(5):315-8. doi: 10.1016/j.canep.2009.10.003.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativas 2014: incidência de câncer no Brasil [internet]. 2014 [citado 2014 Abr 29]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Vigilância do Câncer e Fatores de Risco. Atlas de Mortalidade por Câncer [internet]. 2010 [citado 2013 May 15.]. Disponível em: <http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/prepararModelo05.action>
6. Brito LMO, Maria BCC, Luiz GOB, Ângela MMA, Heitor RCM. Conhecimento, prática e atitude sobre o autoexame das mamas de mulheres de uma cidade do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010;32(5):241-6.
7. Pafaro RC, De Martino MMF. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. *Rev Esc Enferm USP*. 2004;38(2):152-60.
8. Melo, WA, Souza LAO, Zurita RCM, Carvalho MDB. fatores associados na mortalidade por câncer de mama no noroeste paranaense. *Rev Eletron Gest & Saúde*. 2013 Mar;(nesp):2087-94.
9. Höfelmann DA, Anjos JC. Auto avaliação de saúde e câncer de mama em mulheres de cidade do sul do Brasil. *Rev Bras de Cancerol*. 2012;58(2):209-22.
10. Borghesan DH, Peloso SM, Carvalho, MDB. Câncer de mama e fatores associados. *Cienc Cuid Saude*. 2008;7(Supl1):62-8.
11. Canadá, Public Health Agency. Breast Cancer Your Risk, Canadá [internet]. 2009 [citado 2013 May 15]. Disponível em: http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/pdf/Breast_Cancer_Risk-eng.pdf
12. Felden JBB, Figueiredo ACR. Distribuição da gordura corporal e câncer de mama: um estudo de caso-controle no Sul do Brasil. *Ciênc & Saúde Col*. 2011;16(5):2425-43.
13. Das S, Sen S, Mukherjee A, Chakraborty D, Mondal PK. Risk factors of breast cancer among women in eastern India: a tertiary hospital based case control study. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2012;13(10):4979-81.
14. Pirhardt CR, Mercês NNA. Fatores de risco para câncer de mama: nível de conhecimento dos acadêmicos de uma Universidade. *Rev Enferm UERJ*. 2009;17(1):102-6.
15. Schunemann Junior E, Souza RT, Dória MT. Anticoncepção hormonal e câncer de mama. *Femina*. 2011;39(4):232.
16. Kolling FL, Santos JS. A influência dos fatores de risco nutricionais no desenvolvimento de câncer de mama em pacientes ambulatoriais do interior do Rio Grande do Sul, Brasil. *Scientia Medica*. 2009;19(3):115-21.
17. Butt S, Borgquist S, Anagnostaki L, Landberg G, Manjer J. Parity and age at first childbirth in relation to the risk of different breast Cancer subgroups. *Int J Cancer*. 2009 Oct 15;125(8):1926-34.
18. Shamsi U, Khan S, Usman S, Soomro S, Azam I. A multicenter matched case control study of breast cancer risk factors among women in Karachi, Pakistan. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2013;14(1):183-8.
19. Jiang AR, Gao CM, Ding JH, Li SP, Liu YT, Cao HX, Wu JZ, Tang JH, Qian Y, Tajima K. Abortions and breast cancer risk in premenopausal and postmenopausal women in Jiangsu Province of China. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2012;13(1):33-5.
20. Inumaru LE, Silveira EA, Naves MMV. Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*. 2011;27(7):1259-70.
21. Gonçalves LLC, Lima AV, Brito ES, Oliveira MM, Oliveira LAR, Abud ACF, Daltro AST, Barros ÂMMS, Guimarães UVG. Fatores de risco para o câncer de mama em mulheres assistidas em ambulatório de oncologia. *Rev Enferm UERJ*. 2010;18(3):468-72.
22. Pisoni AC, Kolankiewicz ACB, Scarton J, Loro MM, Souza MM, Rosanelli CLSP. Dificuldades vivenciadas por mulheres em tratamento para o câncer de mama. *J Res Fundam Care*. 2013;5(3):194-201.
23. Herr GH, Kolankiewicz ACB, Berlezi EM, Gomes JS, Magnago TSBS, Rosanelli CP, Loro MM. Avaliação de conhecimentos acerca da doença oncológica e práticas de cuidado com a saúde. *Rev Bras Cancerol*. 2013;59(1):33-44.

Endereço para correspondência:

Dagmar Scholl Lauter
Rua Dr. Pestana nº1021
Ijuí/RS - CEP 98700-000
Telefone: +55 51 81841962
Email: dagmar_lauter@hotmail.com