



# CÂNCER DE MAMA EM MULHERES JOVENS: ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO NO NORDESTE BRASILEIRO

BREAST CANCER IN YOUNG WOMEN: AN EPIDEMIOLOGICAL STUDY IN NORTHEASTERN BRAZIL

CÁNCER DE MAMA EN MUJERES JÓVENES: UN ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO EN EL NORDESTE DE BRASIL

*Nazareth Hermínia Araújo de Souza*<sup>1</sup>

*Lucília Maria Nunes Falcão*<sup>2</sup>

*Guilherme Frederico Abdul Nour*<sup>3</sup>

*Juliana Oliveira Brito*<sup>4</sup>

*Marta Matos Castro*<sup>5</sup>

*Mariza Silva de Oliveira*<sup>6</sup>

## RESUMO

*Esta pesquisa teve por objetivo investigar o perfil clínico-epidemiológico de mulheres com câncer de mama e os fatores de risco relacionados. Trata-se de estudo epidemiológico, quantitativo e transversal, realizado com mulheres com câncer de mama, entre 20 e 49 anos, atendidas em hospital de referência em oncologia do Nordeste brasileiro. Dentre as participantes, 68% tinham entre 40 e 49 anos, 59% eram casadas, 79% eram mastectomizadas e 70% destas não realizaram a reconstrução mamária. Os principais fatores de risco foram menarca precoce (76%), uso de anticoncepcionais orais (70%), gravidez tardia (33%) e parentesco de 1º grau (14%). Verificou-se aumento da quantidade de mulheres jovens com essa enfermidade e os fatores de risco apresentados no estudo foram semelhantes aos disponíveis na literatura. Conclui-se que o conhecimento epidemiológico de uma doença, como o câncer mamário, auxilia os profissionais da saúde na elaboração de estratégias educativas com medidas preventivas e de autocuidado, contribuindo para o aumento da detecção precoce.*

**Palavras-chave:** *Neoplasias da Mama; Fatores de Risco; Epidemiologia; Enfermagem Oncológica.*

1. Enfermeira. Especialista em Enfermagem Oncológica no Hospital São Mateus. Fortaleza (CE), Brasil.

2. Enfermeira. Mestre em Epidemiologia pela London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM). Professora na Universidade de Fortaleza (Unifor). Fortaleza (CE), Brasil.

3. Enfermeiro. Aluno de mestrado em Saúde da Família na Universidade Federal do Ceará (UFC). Hospital Regional Norte. Sobral (CE), Brasil.

4. Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica no Hospital Regional do Norte. Sobral (CE), Brasil.

5. Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica na Santa Casa de Misericórdia. Sobral (CE), Brasil.

6. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFC. Fortaleza (CE), Brasil.

## ABSTRACT

*This research aimed to investigate the clinical-epidemiological profile of women with breast cancer and the related risk factors. This is an epidemiological, quantitative, and cross-sectional study conducted with women with breast cancer aged between 20 and 49 years, provided with care at a reference hospital in oncology in Northeastern Brazil. Among the participants, 68% were aged between 40 and 49 years, 59% were married, 79% were mastectomized and 70% of the latter did not undergo breast reconstruction. The main risk factors were early menarche (76%), use of oral contraceptives (70%), late pregnancy (33%), and first-degree kinship (14%). There was an increased number of young women with this disease and the risk factors observed in the study were similar to those available in the literature. It is concluded that epidemiological knowledge of a disease, such as breast cancer, helps health professionals in the preparation of educational strategies through preventive and self-care measures, contributing to increase early detection.*

**Keywords:** Breast Neoplasms; Risk Factors; Epidemiology; Oncology Nursing.

.....

## RESUMEN

*Esta investigación tuvo como objetivo analizar el perfil clínico-epidemiológico de mujeres con cáncer de mama y los factores de riesgo relacionados. Este es un estudio epidemiológico, cuantitativo y transversal, realizado con mujeres con cáncer de mama, con edades comprendidas entre 20 y 49 años, atendidas en un hospital de referencia en oncología en el Nordeste de Brasil. Entre las participantes, 68% tenían entre 40 y 49 años, 59% estaban casadas, 79% fueron mastectomizadas y 70% de estas últimas no se sometieron a reconstrucción mamaria. Los principales factores de riesgo fueron la menarquia precoz (76%), uso de anticonceptivos orales (70%), embarazo tardío (33%) y parentesco en primer grado (14%). Hubo un mayor número de mujeres jóvenes con esta enfermedad y los factores de riesgo observados en el estudio fueron similares a los disponibles en la literatura. Se concluye que el conocimiento epidemiológico de una enfermedad, como el cáncer de mama, ayuda a los profesionales de la salud en la preparación de estrategias educativas a través de medidas preventivas y de autocuidado, lo que contribuye a aumentar la detección precoz.*

**Palabras clave:** Neoplasias de la Mama; Factores de Riesgo; Epidemiología; Enfermería Oncológica.

.....

## INTRODUÇÃO

O câncer é responsável por cerca de 13% dos óbitos no mundo. A cada ano, mais de 7 milhões de pessoas morrem por causa dessa doença e o câncer de mama corresponde a 22% dos casos novos<sup>1</sup>.

O câncer de mama mantém-se como o segundo tipo mais frequente dessa doença no mundo e está em primeiro lugar entre os que acometem as mulheres. No Brasil, é o tipo mais comum de câncer e representa a principal causa de mortalidade entre as mulheres<sup>1,2</sup>. Segundo o Ministério da Saúde (MS), em 2012, houve 52.680 casos novos de câncer de mama no país; em 2013, a mortalidade foi de 14.206 mulheres e 182 homens vítimas da doença<sup>3</sup>.

Em termos mundiais, estima-se que a incidência do câncer pode aumentar em 50% em 2020, com 15 milhões de casos novos<sup>4</sup>. Para 2016, eram esperados 57.960 casos novos de câncer de mama no Brasil, com risco estimado de 56,20 casos a cada 100 mil mulheres<sup>3</sup>.

Nos últimos anos, a incidência de casos novos de câncer de mama em mulheres jovens tem aumentado. No ambiente hospitalar, observa-se aumento da demanda de procedimentos cirúrgicos como mastectomia e quadrantectomia

ou tratamentos como quimioterapia, radioterapia e fisioterapia<sup>2,3</sup>.

Acredita-se que as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas porque a doença segue sendo diagnosticada em estágios avançados. Na tentativa de diminuir esses índices, algumas pesquisas apontam a necessidade de conhecer o perfil socioeconômico e demográfico e os fatores de risco das mulheres acometidas por tumores de mama, uma vez que as peculiaridades de crenças religiosas e culturais podem influenciar na maior ou menor aderência terapêutica<sup>5,6</sup>.

O conhecimento dos principais fatores de risco e a prática de prevenção passam a ser vitais para a cura e reabilitação da mulher diagnosticada com câncer de mama. Assim, a capacitação dos profissionais da saúde para ações de educação em saúde e para a busca ativa de mulheres propensas a desenvolver essa doença se mostra essencial para a detecção precoce e maiores chances de cura.

Entre as formas mais eficazes de detecção precoce se encontram o exame clínico da mama e a mamografia. Outro exame compreende a ultrassonografia como apoio diagnóstico, que na maioria das vezes provê dados suficientes para estadiamento clínico do tumor e definição do tratamento<sup>6</sup>.

Pode-se estabelecer o diagnóstico em fase inicial por meio do rastreamento. Desse modo, a mulher terá maiores chances de cura do câncer, além de seu tratamento ser menos radical e sistêmico. O que leva a melhor recuperação, com mais rapidez e o mínimo de sequelas decorrentes do tratamento.

O estudo da tendência epidemiológica do câncer de mama no Brasil evidencia sua relevância no âmbito da saúde pública e reforça a necessidade de contínuas pesquisas sobre o tema, para apontar a importância de questões socioeconômicas, reprodutivas e ambientais que podem estar relacionadas ao risco na sobrevivência<sup>5,6</sup>.

Esta pesquisa teve por objetivo investigar o perfil clínico-epidemiológico de mulheres com idades entre 20 e 49 anos com câncer de mama e os fatores de risco relacionados.

## MÉTODOS

Trata-se de estudo epidemiológico de caráter quantitativo e transversal, realizado em setembro e outubro de 2013 em hospital de referência em oncologia do Nordeste brasileiro, localizado em Fortaleza (CE). A população do estudo foi constituída por pacientes do sexo feminino, com idades entre 20 e 49 anos, que deram entrada na instituição com diagnóstico de neoplasia mamária e que realizavam algum procedimento do tratamento – seja cirúrgico, quimioterápico ou radioterápico.

Para o cálculo amostral, levantamos no setor de estatística da instituição a quantidade de mulheres que deram entrada em 2013. Constatamos o número absoluto de 522 mulheres. Em seguida, ao delimitar a faixa etária e o tempo da pesquisa, os dados indicaram que 192 mulheres correspondiam ao perfil investigado no estudo.

Por meio da função “Statcalc” do programa computacional *Epi-Info*, versão 6.0, observamos que 30% desse contingente se encontrava na faixa etária do estudo – essa era a prevalência esperada e o número amostral adotado foi de 80

mulheres (intervalo de confiança de 95%).

O instrumento de coleta de dados adotado foi um questionário semiestruturado com perguntas fechadas (questões dicotômicas), respondidas de modo sequenciado. O questionário consistiu em quatro partes: i) dados sociodemográficos; ii) dados clínico-epidemiológicos; iii) fatores de risco; e iv) prática de autocuidado.

A coleta de dados foi realizada nas unidades de quimioterapia, radioterapia e fisioterapia da instituição. Cada paciente convidada era levada a uma sala reservada, o que facilitou o processo de aplicação e preenchimento do questionário.

Os dados foram lançados em um banco de dados no programa computacional *Microsoft Excel* e organizados em gráficos e tabelas. A análise, à luz da literatura pertinente, baseou-se na estatística descritiva para determinação dos números absolutos e percentuais.

Como preconizado pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n. 466/2012, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto do Câncer do Ceará (ICC), sob o Protocolo n. 07/2011.

## RESULTADOS

Das 80 participantes do estudo, 68% tinham idades entre 40 e 49 anos. A média de idade foi de 43 anos. Quanto ao estado civil, 59% eram casadas, 68% tinham Ensino Médio completo, 60% trabalhavam fora de casa – estavam todas afastadas em licença-saúde – 30% eram do lar e 10% não tinham emprego fixo – eram beneficiárias do auxílio-doença, um direito das portadoras de câncer de mama. A renda familiar predominante variou entre 1 e 2 salários-mínimos (68%). Quanto à religião, 70% eram católicas e as demais se distribuíram em diversas religiões.

A Tabela 1 apresenta os dados clínico-epidemiológicos das participantes do estudo.

**Tabela 1** – Dados clínico-epidemiológicos das participantes do estudo. Fortaleza, 2013.

Variáveis clínico-epidemiológicas	Frequência	Percentual (%)
<b>Intervalo de tempo entre diagnóstico e tratamento</b>		
1-3 meses	14	18
4-7 meses	5	6
8-12 meses	46	57
> 1 ano	15	19
<b>Tipo de cirurgia (n = 78)</b>		
Mastectomia	62	79
Quadrantectomia	16	21
<b>Esvaziamento ganglionar</b>		
Sim	61	76
Não	19	24

Variáveis clínico-epidemiológicas	Frequência	Percentual (%)
<b>Esquemas terapêuticos</b>		
QT <sup>1</sup>	3	4
RT <sup>2</sup>	4	5
Fisio <sup>3</sup>	3	4
HT <sup>4</sup>	27	34
QT + Fisio	9	11
QT + RT + Fisio	45	56
RT + Fisio	4	4

<sup>1</sup> Quimioterapia; <sup>2</sup> radioterapia; <sup>3</sup> fisioterapia; <sup>4</sup> hormonioterapia.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Observa-se na Tabela 1 que a maioria das mulheres (57%) aguardaram de 8 a 12 meses para iniciar o tratamento. Em relação ao procedimento cirúrgico, a mastectomia total foi realizada em 79% das participantes – 76% destas com esvaziamento. Quanto à reconstrução mamária, 70% das participantes não realizaram nem demonstraram interesse.

No tocante aos tipos de tratamento – definidos segundo a necessidade de cada mulher (fisioterapia, radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia) – observou-se que 56% realizaram fisioterapia, radioterapia, quimioterapia, 34% realizaram somente hormonioterapia e 11% realizaram hormonioterapia associada a fisioterapia – estas duas últimas após a cirurgia.

A Tabela 2 apresenta os resultados referentes aos fatores de risco do câncer de mama.

**Tabela 2** – Fatores de risco das participantes do estudo. Fortaleza, 2013.

Fatores de risco	N	Percentual
<b>Idade da 1ª menstruação</b>		
10-14 anos	61	76%
14-16 anos	13	16%
> 16 anos	6	7%
<b>Menopausa (n = 48)</b>		
27 anos	1	2%
37 anos	5	10%
47 anos	4	8%
<b>Ficou grávida</b>		
Sim	61	79,2%
Não	16	20,8%
<b>Idade da 1ª gravidez</b>		
15-18	13	16%
18-22	21	26%
22-25	9	11%
> 25 anos	18	22%
<b>Amamentação</b>		
Sim	59	74%
Não	21	26%
<b>Tempo de amamentação (n = 59)</b>		
Até 6 meses	24	30%
> 6 meses	35	44%
<b>Uso de hormônios</b>		
Anticoncepcional oral	56	70%
Injetável	6	7%
<b>Hábitos de uso diário</b>		
Fumo	23	29%
Álcool	46	57%
Café	76	95%
Refrigerante	57	71%

Fatores de risco	N	Percentual
Grau de parentesco (n = 42)		
1º grau	11	14%
2º grau	17	21%
3º grau	14	17%

Fonte: Elaborada pelos autores.

Em relação aos fatores de risco, evidenciou-se que a menarca precoce prevaleceu (76%) – principalmente entre 10 e 14 anos. A média da idade da menopausa foi de 45 anos (12%) – muitas participantes anteciparam a menopausa, devido aos efeitos colaterais e hormonais da quimioterapia, dos 37 (10%) aos 47 anos (8%); houve casos de menopausa aos 27 anos (2%).

Dentre as mulheres entrevistadas, 79% já haviam engravidado e a idade da primeira gravidez foi bastante diversificada. A faixa etária predominante foi dos 18 aos 22 anos (26%), seguida por idades > 25 anos (22%). A gravidez tardia aconteceu em 33% das participantes e a nuliparidade foi de 20%. Dentre as participantes que engravidaram, 74% adotaram a prática de amamentação até 6 meses (30%) e > 6 meses (44%).

Quanto ao estilo de vida, a Tabela 2 indica que 29% das participantes eram tabagistas e 57% eram consumidoras de álcool. A maioria consumia café (95%) e refrigerante (71%). Quanto à ocorrência de casos de câncer na família, 52% das mulheres tinham algum parente acometido. Destas, 14% eram familiares de 1º grau, 21% de 2º grau e 17% de 3º grau.

## DISCUSSÃO

O câncer de mama é relativamente improvável < 35 anos, porém, acima dessa idade sua incidência cresce rápida e progressivamente. Mais de 85% dos casos ocorrem após os 40 anos, alcançando seu pico dos 65 aos 70 anos<sup>7,8</sup>. Tais achados se relacionam diretamente aos resultados obtidos, visto que 68% das participantes relataram casos de câncer de mama > 40 anos. No entanto, contrariando a literatura, também houve incidência significativa em faixa etária mais jovem: 32% dos 20 aos 40 anos. Os dados são semelhantes aos do Instituto Nacional de Câncer (Inca) – que indica tendência de aumento dos casos de câncer de mama em mulheres até os 50 anos<sup>2,8,9</sup>.

Quanto à variável ocupação, destacaram-se as participantes que trabalhavam fora de casa (60%), todas estavam afastadas em licença-saúde – direito garantido pelo Ministério do Trabalho; 30% das participantes se declararam do lar e 10% não tinham trabalho fixo – eram beneficiárias do auxílio-doença, direito de portadoras de câncer de mama.

Em termos de renda familiar, a maior prevalência foi de 1 a 2 salários-mínimos (68%), seguida de 1 salário-mínimo

(24%). Grandes estudos realizados em países da Europa, alguns com registros nacionais de toda a população, mostraram melhor prognóstico para o câncer de mama entre mulheres com melhor posição socioeconômica. Por fim, tal associação também foi observada em países com menor nível de desenvolvimento<sup>10,11</sup>.

O nível de escolaridade das pacientes se mostrou satisfatório: houve prevalência do Ensino Médio (68%), seguido do Ensino Superior completo (13%) e do Ensino Superior incompleto (8%). Outros estudos demonstram que o grau de escolaridade pode influenciar a sobrevivência após o diagnóstico: um baixo grau de instrução dificulta a aquisição de informações sobre prevenção e detecção precoce de doenças, além de dificultar o acesso aos serviços de saúde<sup>7</sup>.

A vida espiritual das participantes foi considerada ativa desde o diagnóstico até o tratamento pós-cirúrgico de câncer de mama. Prevaleceu a religião católica (70%), seguida pela religião evangélica (28%). Diversos estudos destacaram o reconhecimento da espiritualidade e da religiosidade no processo de recuperação da saúde e enfrentamento da doença<sup>9,12</sup>.

Em relação aos dados clínico-epidemiológicos, entre o tempo de diagnóstico e o início do tratamento se observou que a maioria das participantes (57%) aguardaram de 8 a 12 meses – estudos enfatizam que retardar o início do tratamento pode levar a uma sobrevivência desfavorável<sup>13</sup> – e 18% delas iniciaram o tratamento precocemente (de 1 a 3 meses).

Os tipos de tratamento da neoplasia de mama maligna podem ser: i) locais – como a cirurgia e a radioterapia, que têm por objetivo a remoção ou a destruição do tumor em determinada área do corpo; ou ii) sistêmicos – como a quimioterapia, a hormonioterapia e a terapia biológica, que visam a controlar ou destruir o câncer na extensão de

*o reconhecimento da espiritualidade e da religiosidade no processo de recuperação da saúde...*

todo o organismo<sup>14</sup>. Tais tratamentos podem ser utilizados de modo isolado ou associado. Neste estudo, a maioria (56%) das participantes estavam sendo tratadas por meio de quimioterapia e radioterapia. Estudos têm demonstrado que a omissão do tratamento radioterápico está associada à diminuição da sobrevida pela doença<sup>15</sup>.

A cirurgia, uma das terapias mais utilizadas no câncer de mama, apresenta duas classificações: i) conservadora; e ii) mastectomia.

As cirurgias conservadoras retiram apenas uma parte da glândula mamária que contém o tumor, embora aumentem em pequena quantidade a taxa de recidiva<sup>16</sup>. Já a mastectomia visa à retirada total da glândula mamária, com o objetivo de reduzir a incidência, sendo quase sempre adotada em fases adiantadas da doença. Neste estudo se observou que 79% recorreram a mastectomia e 76% a esvaziamento ganglionar – mesmo havendo evidências de que a qualidade de vida das mastectomizadas piora em comparação com as mulheres submetidas a cirurgia que conserva a mama<sup>14</sup>.

Este estudo aponta que apenas 30% das participantes se submeteram a reconstrução mamária, embora esse procedimento seja essencial para a autoestima da mulher, trazendo de volta sua feminilidade e sua função sexual<sup>14,16</sup>. As portadoras de câncer de mama são amparadas pela legislação, que promove o direito de escolher se a mulher deseja realizar a reconstrução mamária ou não e em qual momento. A decisão de reconstruir a mama e o modo como isso deve ocorrer e o momento mais adequado dessa intervenção exige uma abordagem multidisciplinar que envolva paciente, cirurgião plástico e equipes de mastologia e oncologia<sup>16</sup>.

A neoplasia maligna de mama vem, ao longo dos anos, mostrando alarmante crescimento, o que exige dos pesquisadores maior exatidão para identificar os fatores de risco – que consistem em aspectos genéticos (história familiar), reprodutivos e hormonais (menarca precoce, menopausa tardia), idade avançada da primeira gravidez, nuliparidade, nenhuma lactação, uso de anticoncepcionais orais e terapia de reposição hormonal, além de exposição ambiental (radiações ionizantes)<sup>2,3,8,17</sup>. Este estudo identificou fatores de risco semelhantes aos mencionados na literatura.

Evidenciou-se que a menarca precoce prevaleceu (76%), predominando as idades entre 10 e 14 anos, ao passo que a idade média da menopausa foi de 45 anos (12%). Considerando essa variável, o Inca informa que o atraso da menarca reduz em torno de 15% por ano o risco de câncer de mama, enquanto o atraso da menopausa eleva esse risco em cerca de 3% por ano<sup>2</sup>.

A gravidez tardia ocorreu em 33% das participantes e a nuliparidade foi observada em 20% delas. Outros estudos discutem a tendência a maior risco de câncer de mama em

## *A decisão de reconstruir a mama (...) exige uma abordagem multidisciplinar...*

mulheres com gravidez completa, porém tardia<sup>17</sup>.

Segundo o Inca, a história familiar aumenta de 2 a 3 vezes o risco de desenvolver câncer de mama<sup>2</sup>. Observamos que 52% das participantes tinham algum caso de câncer na família.

Estudos relatam a prática de amamentação como fator protetor contra o câncer de mama. Em uma revisão de 47 estudos – realizados em 30 países e envolvendo cerca de 50 mil mulheres com câncer de mama e 97 mil casos controle – destaca-se o aleitamento materno como possível responsável por 2/3 da redução estimada do câncer de mama<sup>10</sup>. Outros pesquisadores defendem que a amamentação pode contribuir para o efeito protetor das mamas, por promover a diferenciação completa das células mamárias, assim como a renovação do tecido mamário e das células epiteliais<sup>18</sup>. Apesar desse papel protetor, os resultados obtidos contradizem o que propõe a literatura. Em nossa amostra, 80% das mulheres ficaram grávidas e 74% amamentaram seus filhos por > 6 meses, no entanto, esse fato não se apresentou como protetor contra o câncer de mama. Tal aspecto corrobora outro estudo, desenvolvido em Minas Gerais, que não encontrou qualquer associação entre aleitamento materno e câncer de mama<sup>18</sup>.

Em relação aos anticoncepcionais orais ou injetáveis, 77% das mulheres relataram seu uso. Um estudo de caso-controle, realizado no Rio Grande do Sul, não identificou relação positiva entre o uso de anticoncepcionais orais e o câncer de mama<sup>19</sup>. Por sua vez, um estudo realizado no Reino Unido indica que o uso de anticoncepcionais orais combinados expõe as mulheres a um risco 1,24 vez maior de desenvolver câncer de mama. Tal risco permanece por até 10 anos após a interrupção do uso, pois diminui com o passar do tempo, não havendo risco significativo de diagnóstico depois desse período<sup>17</sup>.

Quanto ao estilo de vida, 29% das mulheres relataram ser tabagistas – fator estudado ao longo do tempo com resultados contraditórios, mas atualmente reconhecido pela International Agency for Research on Cancer (IARC) um agente carcinogênico com limitada evidência de aumento do risco de câncer de mama em humanos<sup>20</sup>. Entretanto, um estudo identificou relevante aumento de 3% no risco de

câncer de mama para mulheres fumantes no período entre a menarca e a primeira gravidez completa<sup>17</sup>. Em termos do consumo de álcool, 59% das participantes relataram ingestão dessa substância – estudos internacionais indicam que isso representa um fator de risco relevante para o câncer de mama tanto em mulheres na pré-menopausa como na pós-menopausa<sup>21</sup>.

Por último, a maioria das participantes relatou o consumo de café (95%) – outro estudo demonstrou que a ingestão de cafeína pode estar associada a menor risco de desenvolvimento de câncer de mama na pós-menopausa<sup>21,22</sup>, contradizendo os resultados deste estudo que corroboram a literatura. Quanto a refrigerantes, 71% das participantes relataram sua ingestão. Em pesquisa recente, cientistas canadenses demonstraram que o hábito de beber refrigerante em torno de 3 vezes por semana aumenta as chances de desenvolvimento de câncer de mama<sup>23</sup>. Tais evidências também constam em diversos estudos brasileiros como importante fator de risco para o câncer de mama.

## CONCLUSÃO

Os achados deste estudo confirmam o aumento nos índices de câncer de mama em mulheres jovens, sendo a demora entre o diagnóstico e o início do tratamento (8-12 meses) um fator que pode influenciar o prognóstico da doença e o tipo de tratamento adotado. As participantes apresentaram vários fatores de risco semelhantes aos mencionados na literatura, sendo o aleitamento materno e o consumo de café os únicos achados que não corroboraram as evidências.

Assim, considera-se que o conhecimento do perfil epidemiológico de uma doença, como o câncer mamário, auxilia os profissionais da saúde quanto à caracterização de uma população-alvo e, conseqüentemente, quanto à elaboração de estratégias educativas direcionadas, com medidas preventivas e de autocuidado. Isso contribui para o aumento do rastreamento e da detecção precoce.

A participação dos profissionais da saúde na implementação de medidas preventivas do câncer de mama em mulheres jovens deve constituir uma das metas dos serviços de saúde, pois isso contribui para melhor mapeamento e maior detecção precoce dessa doença.

Por fim, mostra-se necessária a capacitação dos profissionais da saúde, para que se ocupem da saúde mamária em todas as idades – inclusive as mulheres jovens, tendo em vista que vem crescendo o número de casos entre elas, confirmando a neoplasia mamária como um dos mais graves problemas de saúde pública do Brasil.

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

**Nazareth Hermínia Araújo de Souza** contribuiu com a concepção e realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Lucília Maria Nunes Falcão** e **Mariza Silva de Oliveira** contribuíram com a redação do manuscrito. **Guilherme Frederico Abdul Nour**, **Juliana Oliveira Brito** e **Marta Matos Castro** contribuíram com a revisão crítica do manuscrito.

## REFERÊNCIAS

1. Pisoni AC, Kolankiewicz ACB, Scarton J, Loro MM, Souza MM, Rosanelli CLSP. Difficulties experienced by women undergoing treatment for breast cancer. *Rev Pesqui Cuid Fundam (Online)* [serial on the internet]. 2013 [cited 2017 Dec 11];5(3):194-201. Available from: <file:///D:/2029-15484-1-PB.pdf>
2. Brasil. Síntese de resultados e comentários [document on the internet]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2016 [cited 2016 Apr 17]. Available from: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/sintese-de-resultados-comentarios.asp>
3. Brasil. Estimativas: Brasil (consolidado) [document on the internet]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2016 [cited 2016 Apr 5]. Available from: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/tabelaestados.asp?UF=BR>
4. Cavalini LT, Cruz PS, Silva GM, Silva IF. Perfil da assistência em um hospital universitário: informações do registro hospitalar de câncer, 2000-2009. *Rev Bras Cancerol* [serial on the internet]. 2012 [cited 2017 Dec 11];58(2):153-61. Available from: [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_58/v02/pdf/05\\_artigo\\_perfil\\_assistencia\\_hospital\\_universitario\\_informacoes\\_registro\\_hospitalar\\_cancer\\_2000\\_2009.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_58/v02/pdf/05_artigo_perfil_assistencia_hospital_universitario_informacoes_registro_hospitalar_cancer_2000_2009.pdf)
5. Silva PF, Amorim MHC, Zandonade E, Viana KCG. Associação entre variáveis sociodemográficas e estadiamento clínico avançado das neoplasias de mama em hospital de referência no estado do Espírito Santo. *Rev Bras Cancerol*. 2013;59(3):361-7.
6. Pereira C, Pinto BK, Muniz RM, Cardoso DH, Wexel WP. O adoecer e sobreviver ao câncer de mama: a vivência da mulher mastectomizada. *Rev Pesqui Cuid Fundam (Online)* [serial on the internet]. 2013 [cited 2017 Dec 11];5(2):3837-46. Available from: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/2003/pdf\\_790](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/2003/pdf_790)
7. Amarin VMSL, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados a não realização da mamografia e do exame clínico das mamas: um estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* [serial on the internet]. 2011 [cited 2017 Dec 11];24(11):2623-32. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n11/17.pdf>

8. Penha NS, Nascimento EB, Pantoja ACC, Oliveira AEM, Maia CSF, Vieira ACS. Perfil sócio demográfico e possíveis fatores de risco em mulheres com câncer de mama: um retrato da Amazônia. Rev Ciênc Farm Básica Apl [serial on the internet]. 2013 [cited 2017 Dec 11];34(4):579-84. Available from: [http://serv-bib.fcfa.unesp.br/seer/index.php/Cien\\_Farm/article/viewFile/2708/1498](http://serv-bib.fcfa.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/2708/1498)
9. Alves PC, Santos MCL, Fernandes AFC. Stress and coping strategies for women diagnosed with breast cancer: a transversal study. Online Braz J Nurs [serial on the internet]. 2012 [cited 2015 Sep 3];11(2):305-18. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3714/html>
10. Beiki O, Hall P, Ekblom A, Moradi T. Breast cancer incidence and case fatality among 4.7 million women in relation to social and ethnic background: a population-based cohort study. Breast Cancer Res. 2012;(14):R5.
11. McKenzie F, Ives A, Jeffreys M. Socio-economic inequalities in survival from screen-detected breast cancer in South West England: population-based cohort study. Eur J Public Health. 2012;(22):418-22.
12. Ribeiro IFA, Sousa RDF, Andrade SP, Brito MCC, Albuquerque IMN. Grupo de autoajuda com mulheres mastectomizadas: trabalhando estratégias de educação em saúde. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2014 [cited 2016 May 30];13(1):35-40. Available from: <http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/430/285>
13. Silva APS, Pinto FJM, Sousa FS, Mourão CML, Lopes MVO, Fernandes AFC. Risk factors for breast cancer in women who use a basic health unit: descriptive study. Online Braz J Nurs [serial on the internet]. 2011 [Cited 2016 Jul 14];10(1). Available from: [http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2011.3215.1/html\\_1](http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2011.3215.1/html_1)
14. 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 Colet [serial on the internet]. 2012 [cited 2017 Dec 11];17(3):707-16. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a17.pdf>
15. Guerra MR, Silva GA, Nogueira MC, Leite ICG, Oliveira RVC, Cintra JRD, et al. Sobrevida por câncer de mama e iniquidade em saúde. Cad Saúde Pública [serial on the internet]. 2015 [cited 2017 Dec 11];31(8):1673-84. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n8/0102-311X-csp-31-8-1673.pdf>
16. Cosac OM, Camara FJPP, Barros APGSH, Borgatto MS, Esteves BP, Curado DMC, et al. Reconstruções mamárias: estudo retrospectivo de 10 anos. Rev Bras Cir Plást [serial on the internet]. 2013 [cited 2016 Jul 14];28(1):59-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbcp/v28n1/11.pdf>
17. Inumaru LE, Quintanilha MIGD, Silveira EA, Naves MMV. Risk and protective factors for breast cancer in Midwest of Brazil. Journal of Environmental and Public Health [serial on the internet]. 2012 [cited 2016 Apr 18];(2012). Available from: <https://www.hindawi.com/journals/jeph/2012/356851/>
18. Coimbra R, Ribeiro RCL, Barbosa L, Nogueira SL, Paula HAA, Rosado LEFPL. Fatores gineco-obstétricos associados à neoplasia maligna da mama em mulheres de 20 a 64 anos de idade. Saúde Coletiva. 2011;39(7):76-81.
19. Schunemann JE, Souza RT, Dória MT. Anticoncepção hormonal e câncer de mama. Femina [serial on the internet]. 2011 [cited 2017 Dec 11];39(4):231-5. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n4/a2488.pdf>
20. International Agency for Research on Cancer. List of classifications by cancer sites with sufficient or limited evidence in humans, Volumes 1 to 116 [document on the internet]. 2016 [cited 2016 Apr 17]. Available from: <https://monographs.iarc.fr/ENG/Classification/Table4.pdf>
21. Nirmala BP, Petra HMP, Cuno SPMU, Bueno MHB, Awang MB, Bodil HB, et al. Coffee and tea consumption and risk of pre- and postmenopausal breast cancer in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) cohort study. Breast Cancer Res. 2015;17(1):15.
22. Simeão SFAP, Landro ICR, Conti MHS, Gatti M, Delgallo WD, Vitta A. Qualidade de vida em grupos de mulheres acometidas de câncer de mama. Ciênc Saúde Colet [serial on the internet]. 2013 [cited 2017 Dec 11];18(3):779-88. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n3/24.pdf>
23. Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica. Estudo revela que refrigerante aumenta o risco de câncer de mama [document on the internet]. 2014 [cited 2016 Apr 8]. Available from: <http://www.sbec.org.br/estudo-revela-que-refrigerante-aumenta-o-risco-de-cancer-de-mama/>

Recebido em 19/06/2017 Aprovado em 27/10/2017

