

FATORES DE RISCO PARA CÂNCER DE MAMA NO SETOR CALÇADISTA

RISK FACTORS FOR BREAST CANCER IN THE FOOTWEAR SECTOR

FACTORES DE RIESGO PARA EL CANCER DE MAMA DEL SECTOR DEL CALZADO

Walnice Jung¹
 Elisete Frey Kieling²
 Ilse Maria Kunzler³
 Daniele Delacanal Lazzari⁴
 Eliane Regina Pereira do Nascimento⁵
 Diego Leonardo Fortuna Alves⁶

O câncer de mama (CM) é uma das neoplasias mais comuns e a principal causa de morte por malignidade entre as mulheres. Objetivou-se identificar os fatores de risco associados ao câncer de mama nos hábitos de vida das mulheres trabalhadoras de uma indústria calçadista da Grande Porto Alegre, Rio Grande do Sul, mediante aplicação de um questionário contendo 16 perguntas objetivas. Estudo quantitativo, realizado de julho a agosto de 2009. Os resultados destacaram como fatores de risco para neoplasia mamária, o sedentarismo (73,9%), seguido pela idade acima de 40 anos (59,0%) e uso de contraceptivo hormonal (39,0%). Concluiu-se que a maioria das trabalhadoras apresentavam fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento do câncer de mama. Aponta-se a necessidade de programas de promoção de saúde que ampliem o conhecimento das mulheres sobre a doença, as formas efetivas de prevenção e o manejo das condições socioambientais, no intuito de minimizar os fatores de risco modificáveis mais prevalentes e o desenvolvimento de outras doenças.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer de mama. Fatores de risco. Enfermagem. Saúde do trabalhador. Saúde da mulher.

Breast cancer is the main cause of death by malignancy in the female population. The purpose was to identify the risk factors associated to breast cancer among women working in the shoe industry of Porto Alegre, Rio Grande do Sul. A quantitative research performed with 544 participants, during the period of July/August 2009, using a structured questionnaire. The results highlighted as risk factors for breast cancer, sedentary lifestyle (73.9%), followed by age over 40 (59.0%) and usage of hormonal contraceptive (39.0%). It is concluded that the majority of workers in this population present changeable risk factors for breast cancer development. The implantation of Health promotion programs for women, increasing the awareness of women in relation to the illness, the effective forms of prevention and how to handle socio-environmental conditions, with the purpose of minimizing the most prevailing modifiable risk factors and the development of other illnesses.

KEY WORDS: Breast cancer. Risk factor. Nursing. Occupational health. Women's health.

¹ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do Grupo de Estudos no Cuidado de Pessoas nas Situações Agudas de Saúde (GEASS). walnicejung@gmail.com

² Enfermeira do trabalho. elisetefk@yahoo.com.br

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Feevale. ilse@feevale.br

⁴ Enfermeira. Mestre em Educação nas Ciências. Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN-UFSC). danielaelazza@gmail.com

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada I do Departamento de Enfermagem do PEN-UFSC. Coordenadora do GEASS. pongopam@terra.com.br

⁶ Bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC). Acadêmico da 8ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC. dilebass@hotmail.com

El cáncer de mama (CM) es la principal causa de muerte por malignidad en la población femenina. Se objetivó identificar los factores de riesgo asociados al cáncer de mama entre mujeres trabajadoras de una industria de calzados de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Estudio cuantitativo, realizado con 544 participantes, en el periodo de julio/agosto de 2009, mediante aplicación de cuestionario estructurado. Los resultados destacaron como factores de riesgo para neoplasia mamaria, el sedentarismo (73,9%), seguido por edad mayor que 40 años (59,0%) y el uso de contraceptivo hormonal (39,0%). Se concluye que la mayoría de las trabajadoras presentaron factores de riesgo modificables para el desarrollo del cáncer de mama. Se apunta la necesidad de programas de promoción de salud que amplíen el conocimiento de las mujeres sobre la enfermedad, las formas efectivas de prevención y el manejo de las condiciones socio-ambientales, con el objetivo de minimizar los factores de riesgo modificables más prevalentes y el desarrollo de otras enfermedades.

PALABRAS-CLAVE: Câncer de mama. Factores de riesgo. Enfermería. Salud laboral. Salud de la mujer.

INTRODUÇÃO

Dentre as neoplasias em geral, o câncer de mama (CM) é o mais comum e a principal causa de morte por malignidade entre as mulheres em muitos países. Constitui-se no câncer de maior incidência no Brasil e, na atualidade, é um dos mais importantes problemas de saúde pública mundial, devido ao aumento progressivo de sua incidência, à falta de informação da população e à incapacidade tecnológica atual de prevenção da doença. O estado do Rio Grande do Sul, em 2007, apresentou 18,2 óbitos por 100.000 mulheres, maior incidência no país. Estima-se que a cada ano haja um aumento de 0,47 óbito na taxa de mortalidade por câncer de mama nos estados da região sul (BRASIL, 2012).

Entende-se por risco a probabilidade de um evento indesejado ocorrer. Este termo é empregado pela Epidemiologia para definir a probabilidade de indivíduos sem uma doença específica, mas expostos a determinados fatores, adquirirem uma moléstia. Os fatores que se associam ao aumento do risco de se contrair uma doença são chamados fatores de risco (FR) (VIEIRA et al., 2013).

Os FR associados ao desenvolvimento de CM constituem um elemento complexo, por tratar-se de uma doença sem uma causa isolada e definida. Na falta desta definição, o CM é atualmente reconhecido como uma doença de causas (ambientais, genéticas e comportamentais) multifatoriais associadas (PEREIRA et al., 2013). São consideradas categorias de FR associadas à saúde e às doenças em geral, para os riscos ambientais: ar, água, ruído, emprego e renda, habitação, nível

educacional e família. Para os fatores genéticos: idade, gênero, raça e suscetibilidade à doença. Já para os fatores comportamentais: tabagismo, má nutrição, sedentarismo, etilismo, uso de medicamentos e estresse (FERREIRA et al., 2013).

Os principais fatores associados a um risco aumentado de desenvolver CM são: sexo feminino, avanço da idade, menarca precoce, menopausa tardia, primeira gestação tardia, obesidade na pós-menopausa, exposição à radiação ionizante em altas doses, exposição a pesticidas ou organoclorados, tabagismo, história de doença mamária benigna, alta densidade mamária e história familiar de CM (SIMEÃO et al., 2013). Entre os FR, existem duas classes: os que podem ser modificados (hábito e estilo de vida), e os que não podem ser modificados (características que constituem o indivíduo). (BRASIL, 2012; SIMEÃO et al., 2013).

Os FR modificáveis relacionados ao CM são: dieta rica em gordura, sedentarismo, estresse, obesidade, tabagismo, alcoolismo, uso de anticoncepcionais por longo tempo, radiação ionizante, hipotireoidismo e história de vida reprodutiva da mulher, amamentação, nuliparidade, ocorrência da primeira gravidez após os 30 anos, idade da menarca e da menopausa (SIMEÃO et al., 2013).

Entre os FR não modificáveis encontram-se: herança genética, predisposição familiar, idade. Assim, quanto maior a idade maior o risco, sobretudo quando não foram postas em prática as medidas de autocuidado desde a infância (FERREIRA et al., 2013; SIMEÃO et al., 2013).

Somente 10% estão relacionados a fatores de predisposição familiar ou hereditária (FERREIRA et al., 2013).

Dentre os FR identificados para o CM, atualmente, os mais debatidos são aqueles relacionados aos fatores ambientais e aos sociais, tais como as baixas condições socioeconômicas, bem como o estilo de vida e os hábitos diários, que irão repercutir em maior ou menor risco de desenvolvimento desta patologia (BRASIL, 2012; SIMEÃO et al., 2013).

Existem poucos estudos sobre os fatores que podem comprometer a saúde da mulher trabalhadora do setor coureiro-calçadista. Cabe ressaltar que, nesse ramo, o RS é polo industrial nacional de artefatos de couro, empresas de curtume e calçados. Por ser um setor de destaque no estado, emprega numerosa força de trabalho. Assim, viu-se como possibilidade a realização deste estudo, que teve como questionamento: Quais fatores de risco estão relacionados ao câncer de mama nas mulheres trabalhadoras do setor calçadista? Objetivou-se, portanto, identificar os fatores de risco associados ao desenvolvimento de câncer de mama nos hábitos de vida das mulheres trabalhadoras de uma indústria calçadista da Grande Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

METODOLOGIA

Estudo descritivo transversal com abordagem quantitativa realizado com 544 colaboradoras de uma empresa calçadista de grande porte localizada na região metropolitana de Porto Alegre (RS). Adotou-se como critérios de inclusão: mulheres com idade igual ou acima de 35 anos, que concordassem em participar voluntariamente da pesquisa. Foram excluídas as trabalhadoras em férias ou em licença laboral. Justifica-se a idade devido à maior prevalência de adoecimento e óbito por CM ocorrer entre 40 e 69 anos (BRASIL, 2012; SILVA; MENDES; SILVEIRA, 2013).

A empresa em estudo tem o total de 2.370 trabalhadores, sendo 1.290 mulheres que estão distribuídas nos setores de produção e administração. Para o cálculo da amostra, utilizou-se o

software SestatNet®, considerando os parâmetros: população de 1.290 mulheres; nível de confiança de 95% e erro de 5%. O tamanho mínimo recomendado da amostra foi de 296. A este valor adicionou-se 10% para possíveis perdas. A amostra final foi de 326 mulheres, selecionadas aleatoriamente em uma lista que continha os nomes de todas as funcionárias da empresa.

Os dados foram coletados de julho a agosto de 2009, por meio de um questionário contendo 16 questões objetivas, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Federação de Estabelecimentos de Ensino Superior do Vale dos Sinos (FEEVALE), sob o protocolo n. 4.04.03.09.1358, e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelas participantes após o conhecimento dos objetivos da pesquisa.

Para verificar a presença de FR para neoplasia mamária na população em estudo, as seguintes variáveis foram investigadas: idade entre 35 e 69 anos; raça; escolaridade; número de filhos; idade na primeira gestação; aleitamento materno; idade da menarca; uso de anticoncepcional hormonal; tabagismo; ingestão alcoólica; consumo de verduras e legumes; consumo de frutas; consumo de frituras e gorduras; história familiar de câncer de mama; e atividade física.

Os dados obtidos foram tabulados em planilhas do Excel®. Para a realização da análise estatística descritiva e inferencial, utilizou-se o *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 12.0. A associação do FR para CM e as variáveis estudadas foram verificadas por meio do Teste Qui-Quadrado ao nível de significância de 5%.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados são apresentados nesta seção, na Tabela 1, que expõe os números absolutos e percentuais, medidas de tendência central (média) e dispersão, organizados de acordo com os hábitos, fatores de risco não modificáveis e potencialmente modificáveis.

Tabela 1 – Variáveis de risco para câncer de mama em trabalhadoras do setor calçadista (n=326) – Região metropolitana de Porto Alegre (RS), Brasil – jun.-ago. 2009

Variáveis	Descrição	n	%
Idade (anos)	35-39	134	41
	40-49	167	51
	50-59	25	8
Raça	Branca	227	69,6
	Parda	93	28,5
	Negra	6	1,8
Número de filhos	Nenhum	19	5,8
	1-2	199	61
	3-4	93	28,5
	5 ou mais	15	4,6
Escolaridade	Ensino Fundamental	53	16,3
	Ensino Fundamental Incompleto	220	67,5
	Ensino Médio	26	8
	Ensino Médio Incompleto	19	5,8
	Ensino Superior	2	0,6
	Ensino Superior Incompleto	5	1,5
	Não Alfabetizada	1	0,3
Idade na primeira gestação (anos)	13-17	54	16,5
	18-34	249	76,5
	35 ou mais	1	0,3
	Não lembra	3	0,9
Idade da menarca (anos)	10-12	118	36,1
	13-15	192	58,8
	16 ou mais anos	16	4,9
Uso de anticoncepcional hormonal	Faz uso	127	39
	Não faz uso	199	61
Aleitamento materno	Amamentou	247	76
	Não amamentou	79	24
História familiar de CA de mama	Sim	34	10,4
	Não	292	89,6
Tabagismo	Fumantes	52	16
	Não fumantes	274	84
Consumo de álcool	Não bebe	238	73
	Bebe raramente	88	27
Atividade física	Não realiza	241	73,9
	2 a 3 vezes por semana	61	18,7
	Diariamente	24	7,4
Ingesta de frituras e gorduras	Diariamente	19	5,8
	1 a 2 vezes por semana	241	73,9
	3 a 5 vezes por semana	41	12,6
	Não consome	25	7,7
Ingesta de frutas	Diariamente	128	39,3
	1 a 2 vezes por semana	102	31,3
	3 a 5 vezes por semana	93	28,5
	Não consome	3	0,9
Ingesta de verduras e legumes	Diariamente	156	47,9
	1 a 2 vezes por semana	82	25,2
	3 a 5 vezes por semana	85	26,1
	Não consome	3	0,9

Fonte: Elaboração própria.

Fatores de risco não modificáveis

a) Idade

Da amostra de 326 mulheres, a menor faixa etária foi a de 40 a 49 anos, encontrada na maioria das participantes: 167 (51%). Resultado similar foi encontrado em um estudo sobre FR para o CM, no qual 77,2% da amostra foi composta por mulheres com idade superior a 38 anos (BATISTON et al., 2011). Mais de 85% dos casos de CM ocorrem após os 40 anos de idade, alcançando um pico na faixa dos 65 a 70 anos, sendo relativamente raro antes dos 35 anos de idade (LEÃO et al., 2012; ROSA; RADÜNZ, 2013). De acordo com o Ministério da Saúde, uma das variáveis mais importantes associadas ao câncer mamário é a idade (BRASIL, 2012).

Nesta pesquisa, 59% das mulheres apresentaram idade acima de 40 anos, isto é, com maior exposição ao CM, considerando a idade como FR (BATISTON et al., 2011; VIEIRA et al., 2013). Esse fator requer uma atenção especial nas medidas de detecção precoce desta patologia, pois, devido ao envelhecimento do corpo, quanto mais se avança na idade cronológica, o risco de exposição aos agentes carcinógenos no ambiente aumenta.

b) Idade da menarca (anos)

Observou-se que apenas seis (1,8%) das participantes apresentaram menarca aos 10 anos. A idade mínima da menarca encontrada foi aos 10 anos, e a máxima aos 17 anos com a média de 13,15 anos. Estes resultados são congruentes com um estudo que identificou a menarca precoce presente em quase um quarto da amostra e a associação ao risco aumentado de CM (SOUZA et al., 2013).

Outro estudo afirma que, na menarca precoce, as mulheres ficam mais tempo expostas aos estímulos do estrogênio, aumentando o risco para CM em aproximadamente 50% em relação aquelas que tiveram menarca com 15 anos ou mais (INUMARU; SILVEIRA; NAVES, 2011).

c) Raça

Neste estudo 227 (69,6%) mulheres são de raça branca e 99 (30,4%) são de raça negra. A raça branca é considerada FR secundário para CM (GOZZO et al., 2012). O risco vitalício de CM para as mulheres brancas nos Estados Unidos é de 13,1%, enquanto para as mulheres afro-americanas é de 9,6% (SANTOS et al., 2013). Portanto, as mulheres afro-americanas apresentam taxas de sobrevida consideravelmente reduzidas em cinco anos se comparadas com as mulheres brancas (SANTOS et al., 2013). Isso, provavelmente, é atribuído à tendência de as mulheres afro-americanas serem diagnosticadas em um estágio mais avançado da doença (RODRÍGUEZ; BISET; MAYETA, 2013).

Um estudo que avaliou a sobrevida em cinco anos de 428 mulheres com diagnóstico de CM invasivo não metastático, submetidas ao tratamento cirúrgico com intenção curativa, identificou que 299 (72,6%) eram da raça branca (GOZZO et al., 2012). No entanto, foi observada sobrevida superior para as pacientes brancas (84%) em relação às não brancas (77%), de acordo com os mesmos autores.

Na região em que foi realizado este estudo, a população é na sua maioria de cor branca, correspondendo a 55% do total da população, o que se reflete no resultado. Em outras regiões do estado e do país, essa relação pode ser diferente (BRASIL, 2012).

d) História familiar de câncer de mama

Verificou-se que 292 (89,6%) das participantes não apresentaram história de CM na família e 34 (10,4%) apresentaram. A história familiar de CM nessas pesquisadas é considerável, tendo em vista que é um FR que se encontra presente em pelo menos um parente de primeiro grau, como mãe, irmãs e filha (BRASIL, 2012). A predisposição hereditária é responsável por 5% a 10% dos casos, portanto, o risco cumulativo de essas mulheres e de seus familiares desenvolverem carcinomas de mama é bem maior que na população geral (SILVA et al., 2011).

Em estudo similar, aplicado a 698 mulheres com idade entre 25 e 88 anos, 24 (3,5%) apresentaram história familiar de CM (SEGRI et al., 2011). Este resultado assemelha-se ao de outro estudo no qual 5,6% das mulheres pesquisadas referiram história familiar da doença (SILVA; HORTALE, 2012) e encontra correspondência no estudo realizado com 643 mulheres que buscaram o rastreamento mamográfico, com idade maior que 39 anos, no qual 102 (15,8%) delas alegaram história familiar de CM (SANTOS et al., 2013).

Fatores de risco potencialmente modificáveis

a) Consumo de alimentos ricos em gordura

Questionou-se quanto ao consumo alimentar semanal de verduras e legumes, frutas, frituras e gorduras em geral. Os resultados demonstraram que a maioria das mulheres, 156 (47,9%), consumiam verduras e legumes diariamente e menos de 1% não consumia. No que se refere ao consumo de frutas, o resultado foi semelhante.

Alguns estudos associaram o consumo de vegetais com baixos níveis sanguíneos de estrógeno e com excreção urinária reduzida desse hormônio, devido à excreção fecal (SIMEÃO et al., 2013). Esse estilo de vida sugere fator protetor para o CM (BRASIL, 2012). Sendo assim, apenas 156 dessas mulheres têm o benefício da proteção de modo mais acentuado.

O conhecimento sobre as causas do CM ainda é limitado, porém estudos identificaram que uma alimentação rica em frutas, fibras, verduras e dieta com baixo teor de gordura, contribuem para a sua prevenção (INUMARU; SILVEIRA; NAVES, 2011; SILVA; MENDES; SILVEIRA, 2013). Considerando que o consumo de uma dieta rica em frutas contribui para a prevenção de CM, essas mulheres utilizam essa fonte como fator protetor.

Quanto ao consumo de frituras e gorduras, prevaleceu o consumo de 1 a 2 vezes por semana em 241 (73,9%) das pesquisadas e apenas 25 (7,7%) não consumia. A sociedade está aderindo

aos hábitos alimentares caracterizados pelo elevado consumo de gordura saturada e ácidos graxos *trans* (encontrados em gorduras vegetais hidrogenadas, margarinas sólidas ou cremosas e cremes vegetais), baixo consumo de ácidos graxos ômega 3 e fibras alimentares (SEDÓ et al., 2013). A dieta gordurosa e a obesidade estão relacionadas ao risco para CM; quanto maior o índice de massa corporal, maior será o risco (RODRÍGUEZ; BISET; MAYETA, 2013).

Muitos componentes da dieta alimentar têm sido relacionados com o processo de desenvolvimento de câncer (BRASIL, 2012). Os defumados e churrascos são impregnados pelo alcatrão proveniente da fumaça do carvão, o mesmo encontrado na fumaça do cigarro e que tem ação carcinogênica conhecida (SIMEÃO et al., 2013). Alimentos ricos em gordura, tais como carnes vermelhas, frituras, molhos com maionese, bacon, presunto, salsichas etc., se consumidos regularmente durante longos períodos de tempo, parecem fornecer o tipo de ambiente que uma célula cancerosa necessita para crescer, se multiplicar e se disseminar (SEDÓ et al., 2013). São alimentos que devem ser evitados ou ingeridos com moderação.

Há evidências de que o efeito da gordura na dieta seja exercido depois do início da tumorigênese; esse processo geralmente aumenta com o conteúdo de gordura (SEDÓ et al., 2013). A dieta rica em gordura aumenta os níveis séricos de estrógeno e a dieta com baixo teor de gordura pode diminuir os níveis de estrógeno circulante (SEDÓ et al., 2013; SIMEÃO et al., 2013). Esses fatores têm sido relacionados com CM devido às ações fisiológicas estimulatórias nas glândulas mamárias (BRASIL, 2012).

A ingestão excessiva de gorduras de origem animal, polissaturadas, associa-se de forma positiva ao risco de desenvolvimento de neoplasia mamária, pois propicia o metabolismo intestinal dos esteroides biliares em estrogênio, sob ação de bactérias (SEGRI et al., 2011). É importante lembrar que o consumo de gordura animal no RS é uma tradição na culinária, devido à cultura do churrasco, sendo papel dos profissionais alertar sobre a importância de se ter uma dieta

saudável, com grande quantidade de frutas, verduras e legumes (SIMEÃO et al., 2013).

b) Etilismo

Com relação ao consumo de álcool, 238 (73%) entrevistadas não ingerem bebida alcoólica, e 88 (27%) delas consomem raramente a bebida. Alguns estudos apresentam associação positiva entre a ingestão de álcool e CM (SEGRI et al., 2011; SIMEÃO et al., 2013; SOUZA et al., 2013). A ingestão de álcool é um FR considerável, pois estudos demonstram que, mesmo o uso moderado, aumenta os níveis de estrogênio endógeno e pode provocar alterações nas células mamárias, transformando-as em tumores malignos, tornando-se, portanto, um mecanismo potencial para o risco de CM (RODRÍGUEZ; BISET; MAYETA, 2013; SANTOS et al., 2013).

c) Tabagismo

O FR tabagismo foi verificado em 52 (15,9%) das pesquisadas, contrapondo-se a 274 (84%) que não fazem uso do fumo. As mulheres tabagistas enquadram-se no risco para desenvolver CM, segundo afirma estudo que identificou em sua amostra a prevalência de 17% de mulheres tabagistas (BRASIL, 2012). Nessa mesma pesquisa, observou-se em tabagistas o aumento de 20 a 30% no risco para CM. Sabe-se que, entre os 6.700 compostos encontrados no tabaco, dos quais 4.720 são substâncias identificadas quimicamente, algumas dessas são farmacologicamente ativas, antigênicas, citotóxicas, mutagênicas e carcinogênicas (BATISTON et al., 2011). O tabagismo traz, assim, outros malefícios que podem interferir na manutenção da saúde dessas mulheres, constituindo-se, portanto, como FR para vários tipos de câncer, bem como de doenças pulmonares e cardiovasculares (BRASIL, 2012).

A associação entre o tabaco e as doenças, em especial a vários tipos de cânceres, é amplamente apontada na literatura (BATISTON et al., 2011; BRASIL, 2012; INUMARU; SILVEIRA; NAVES, 2011).

No entanto, a maioria dos estudos não tem evidenciado uma associação significativa entre tabaco e CM, mesmo existindo uma forte ligação entre atividade estrogênica e tabagismo (SOUZA et al., 2013; VIEIRA et al., 2013). Também é importante destacar que a definição de tabagismo é bastante diversificada na literatura e tal fato limita comparações diretas entre estudos (BRASIL, 2012). É importante que essas mulheres sejam estimuladas a reduzir esses FR, pois o não uso do cigarro e da bebida alcoólica, a prática regular de atividade física e uma dieta saudável podem reduzir em até 50% a incidência do CM (PEREIRA et al., 2013; RIBEIRO; NARDOCCI, 2013).

d) Atividade física

Observou-se que 241 (73,9%) entrevistadas sinalizaram que não praticam atividade física, 61 (18,7%) realizam duas a três vezes por semana e, diariamente, apenas 24 (7,4%). As atividades físicas realizadas são repetitivas, com baixo nível de esforço físico.

Também se pôde inferir com esses dados que essas trabalhadoras estão expostas à possibilidade de aumento de peso e, conseqüentemente, ao risco de aparecimento de CM, pois a gordura secreta estrógenos (RODRÍGUEZ; BISET; MAYETA, 2013). Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo, em que mais da metade das mulheres pesquisadas eram sedentárias. Foram assim consideradas as mulheres que não praticavam atividade física pelo menos duas a três vezes na semana. A elevada prevalência de sedentarismo na sociedade atual é apontada como um importante problema de saúde pública a ser combatido com prioridade (RODRÍGUEZ; BISET; MAYETA, 2013).

O sedentarismo está relacionado também como FR para doenças cardiovasculares, hipertensão arterial sistêmica e dislipidemias. O sucesso para a profilaxia dessas doenças depende da identificação e do tratamento dos FR (VIEIRA et al., 2013).

A atividade física é considerada como fator de proteção contra o CM (SILVA; HORTALE, 2012). Essa associação tem ligação com a redução dos

níveis de estrogênio e progesterona, assim como a atividade proliferativa das células da glândula mamária (SILVA; MENDES; SILVEIRA, 2013; SIMEÃO et al., 2013; SOUZA et al., 2013). Uma hora de exercício físico 3 vezes por semana reduz significativamente a pressão arterial, mesmo quando não ocorre redução de peso (SIMEÃO et al., 2013). A atividade física regular constitui medida auxiliar no tratamento da doença coronariana e, principalmente, no controle das dislipidemias (VIEIRA et al., 2013). Entende-se, então, que a prática do exercício físico é fundamental para a manutenção da saúde, prevenção e controle de várias doenças, inclusive câncer de mama.

e) Uso de anticoncepcional oral

Destaca-se que 199 (61%) das pesquisadas não fazem uso do anticoncepcional hormonal oral e 127 (38,9%) fazem uso deste método. Esse dado difere de outro estudo que aborda essa mesma variável, em que 41,1% da amostra faz uso do anticoncepcional hormonal oral por mais de cinco anos (SILVA; MENDES; SILVEIRA, 2013).

O uso prolongado de contraceptivos orais aumenta o risco de CM em mulheres com menos de 45 anos (VIEIRA et al., 2013). A explicação biológica para este fato é que o uso dessa medicação aumenta a proliferação de células epiteliais normais e também as células malignas já presentes no tecido mamário (SOUZA et al., 2013; VIEIRA et al., 2013).

Existem divergências na literatura quanto à associação do uso de anticoncepcional hormonal oral e o risco para CM, ainda mais com o advento dos contraceptivos com baixas doses de estrogênio, que reduz o potencial de desenvolver o câncer mamário. Entretanto, como os fatores dessa patologia são multicausais, o uso de contraceptivos hormonais pode se associar a outros fatores, como o tabagismo e a obesidade (PEREIRA et al., 2013).

f) Nuliparidade e primiparidade tardia

Verificou-se que 199 (61%) das mulheres entrevistadas possuem de 1 a 2 filhos; 93 (28,5%)

de 3 a 4 filhos; 15 (4,6%) têm 5 ou mais filhos e 19 (5,8%) não têm nenhum filho. A média de filhos foi 2,17 por mulher. A nuliparidade também está relacionada aos FR para CM (RODRÍGUEZ; BISET; MAYETA, 2013). Ter filhos representa um fator protetor para CM. A mulher com dois filhos diminui o risco em 20%, com cinco filhos ou mais reduz em 30% (BRASIL, 2012; RODRÍGUEZ; BISET; MAYETA, 2013).

É possível observar que 61% da amostra pesquisada teria uma proteção considerável para CM, ou seja, diminuição de 20% do risco, se comparado com o número de filhos. No entanto, apenas 4,6% das mulheres apresentam redução desse risco em 30%, por serem mães de 5 filhos ou mais. Ainda quanto a esse FR, 30% das mulheres não teriam proteção para CM por apresentarem apenas 1 filho ou nenhum.

A nuliparidade ou primiparidade tardia são considerados FR, pois o desenvolvimento da primeira gestação auxilia na maturação das células mamárias, tornando-as mais protegidas à ação de substâncias cancerígenas (BATISTON et al., 2011; BRASIL, 2012; SOUZA et al., 2013). Durante a amamentação é liberado ocitocina, um hormônio que promove as contrações uterinas durante o parto e a ejeção do leite durante a amamentação e também colabora com a diminuição do peso no puerpério, diminui o sangramento uterino pós-parto, além de reduzir o risco de CM e de ovário (SOUZA et al., 2013).

g) Idade da primeira gestação

A idade da primeira gestação foi dividida em faixas etárias: 13 a 17 anos, 18 a 34 anos e 35 anos ou mais. Observa-se que 249 das participantes tiveram a primeira gestação com idade entre 18 e 34 anos; 54 entre 13 e 17; e 1 mulher com primeira gestação acima de 35 anos de idade. A ocorrência da primeira gravidez após os 35 anos representa duas vezes maior risco de CM se comparadas com mulheres que a tiveram antes dos 18 anos de idade (BATISTON et al., 2011).

Ao se comparar os dados com as referências do estudo citado, apenas uma mulher da amostra teria maior exposição ao risco para CM por apresentar idade da primeira gestação acima de

35 anos (SILVA; MENDES; SILVEIRA, 2013). A primeira gestação ocorrendo em idade reprodutiva precoce ajuda a diminuir o número de ciclos ovulatórios, os quais são estimuladores da mitose das células mamárias ao longo da vida. Sendo assim, a precocidade da primeira gestação seria protetora contra as mudanças das células mamárias (VIEIRA et al., 2013).

h) Aleitamento materno

A maior parte (76%) das mulheres amamentou e 24% referiram não ter amamentado. Já em estudo realizado com o objetivo de avaliar a utilização da mamografia no rastreamento do CM em serviços de saúde públicos e privados, também se investigou o perfil reprodutivo das mulheres; das 643 entrevistas, 90% referiram amamentar seus filhos (SANTOS et al., 2013).

Uma revisão de estudos sugere que a amamentação pode ser responsável por 2/3 da redução estimada de CM (VIEIRA et al., 2013). Em algumas investigações epidemiológicas, a amamentação também está relacionada como fator de proteção para o CM (SIMEÃO et al., 2013; SOUZA et al., 2013; VIEIRA et al., 2013). Considerando a amamentação como fator protetor para CM, conforme a bibliografia pesquisada, a maioria da amostra (76%) teria proteção para esse FR.

i) Escolaridade

Quanto à escolaridade, a maioria 220 (67,5%) das mulheres não completou o ensino fundamental; 53 (16,3%) completaram; e 26 (8%) referiram ter completado o ensino médio. Em um estudo que avaliou a distribuição de variáveis associadas com o CM, de 698 mulheres com idade entre 25 e 88 anos, observou-se que mais de 80% das pesquisadas apresentaram ensino fundamental incompleto (BATISTON et al., 2011).

Em outro estudo que avaliou o conhecimento e a forma de revelação do diagnóstico de CM em 102 pacientes ficou evidenciada a associação significativa entre a escolaridade das pacientes e o conhecimento do diagnóstico da doença; quanto maior o nível de escolaridade, maior foi a

proporção de pacientes com o conhecimento do diagnóstico (SILVA; MENDES; SILVEIRA, 2013). O referido estudo, porém, sugere que as pacientes com menor nível de escolaridade possam ter sido menos informadas da situação diagnóstica, por terem apresentado dificuldade de assimilar a informação ou os médicos podiam estar informando sem considerar seu baixo nível de compreensão (SILVA; MENDES; SILVEIRA, 2013). A baixa escolaridade, provavelmente, interfere na compreensão das orientações, no entanto não interfere na adesão das medidas preventivas.

O risco vitalício de CM é associado positivamente ao padrão socioeconômico mais alto (RIBEIRO; NARDOCCI, 2013). Essa associação é explicada por FR reprodutivos, ou seja, as mulheres de nível socioeconômico mais baixo tendem a ter mais filhos e em idades mais jovens do que as mulheres de nível socioeconômico mais alto (BATISTON et al., 2011). Outro fator que sugere maior exposição de risco para as mulheres de nível socioeconômico mais alto é a provável exposição prolongada ao uso de contraceptivos hormonais orais, já que tendem a ter filhos com idade mais avançada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo prevaleceram como FR para neoplasia mamária: o sedentarismo (73,9%), seguido pela idade acima de 40 anos (59,0%) e o uso de contraceptivo hormonal (39,0%). Concluiu-se que a maioria das mulheres trabalhadoras da empresa estudada apresentam FR modificáveis para o desenvolvimento de CM.

Pode-se inferir, com base nos resultados deste estudo, que o Serviço de Medicina do Trabalho dessa empresa deve implantar programas de promoção de saúde que atinjam, sobretudo, os FR modificáveis mais prevalentes, no intuito de minimizar a sua participação no processo de desenvolvimento não só do CM, mas também de outras doenças.

Aponta-se como limitação do estudo a exploração superficial de algumas variáveis, como o tipo de atividade física realizada e o tempo de uso de tabaco e álcool, como também a associação entre essas dimensões.

Esta pesquisa teve finalidade predominantemente descritiva, sem pretensão de testar hipóteses. Seus resultados não são conclusivos, sugerindo-se, assim, a realização de estudos analíticos mais sofisticados, que estendam e associem o CM a outros FR não abordados.

REFERÊNCIAS

- BATISTON, Adriane P. et al. Conhecimento e prática sobre os fatores de risco para o câncer de mama entre mulheres de 40 a 69 anos. *Rev. bras. saúde matern. Infant.*, Recife, v. 11, n. 2, p. 163-171, abr./jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292011000200007&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 ago. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Estimativas de incidência e mortalidade por câncer no Brasil*. Rio de Janeiro, 2012.
- FERREIRA, Simone Mara de A. et al. A sexualidade da mulher com câncer de mama: análise da produção científica de enfermagem. *Texto & contexto enferm.*, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 835-842, jul./set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000300033&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 ago. 2013.
- GOZZO, Thaís de O. et al. Informações para a elaboração de um manual educativo destinado às mulheres com câncer de mama. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 306-311, abr./jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000200014>. Acesso em: 11 jul. 2013.
- INUMARU, Livia Emi; SILVEIRA Érika Aparecida; NAVES Maria Margareth V. Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma revisão sistemática. *Cad. saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1259-1127, jul. 2011. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000700002&lng=pt>. Acesso em: 7 ago. 2013.
- LEÃO, Caio R. et al. Tendência da mortalidade por câncer de mama feminina no estado da Bahia, Brasil, de 1980 a 2007. *Rev. baiana saúde pública*, Salvador, v. 36, n. 2, p. 299-312, abr./jun. 2012. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/459/pdf_156>. Acesso em: 10 ago. 2013.
- PEREIRA, Cíntia M. et al. O adoecer e sobreviver ao câncer de mama: a vivência da mulher mastectomizada. *Rev. pesqui. cuid. Fundam. (Online)*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 3337-3846, abr./jun. 2013. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2003/pdf_790>. Acesso em: 22 ago. 2013.
- RIBEIRO, André de A.; NARDOCCI, Adelaide Cássia. Desigualdades socioeconômicas na incidência e mortalidade por câncer: revisão de estudos ecológicos, 1998-2008. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 878-891, jun./set. 2013. Disponível em: <<file:///C:/Users/User/Downloads/76484-104611-1-PB.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2013.
- RODRÍGUEZ, Coralia C.; BISET, Ana Esther D.; MAYETA, Ymaile B. Factores de riesgo de cáncer de mama en mujeres pertenecientes a un consultorio médico del centro urbano "José Martí". *Medisan.*, Santiago de Cuba, v. 17, n. 9, p. 4089-4095, set. 2013. Disponível em: <<http://scielo.sld.cu/pdf/san/v17n9/san05179.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2013.
- ROSA, Luciana M.; RADÜNZ, Vera. Do sintoma ao tratamento adjuvante da mulher com câncer de mama. *Texto & contexto enferm.*, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 713-721, jul./set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a18.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2013.
- SANTOS, Sabrina da S. et al. Incidência e mortalidade por câncer de mama em mulheres menores de 50 anos no Brasil. *Cad. saúde pública.*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2230-2240, nov. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n11/10.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2013.
- SEDÓ, Karin S. et al. Conhecimento nutricional de mulheres com câncer de mama e sua relação com o estado nutricional. *Rev. bras. promoç. saúde*, Fortaleza, v. 71, n. 8, p. 71-78, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2626>>. Acesso em: 18 dez. 2013.
- SEGRI, Neuber José et al. Práticas preventivas de detecção de câncer em mulheres: comparação das estimativas dos inquéritos de saúde (ISA – Capital) e vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL – São Paulo). *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v.14, n. 1, p. 31-43, set. 2011.
- SILVA, Andréa Rosane S. et al. Educação em saúde para detecção precoce do câncer de mama. *Rev. Rene*, Fortaleza, v. 12, n. esp., p. 952-959. 2011. Disponível em: <<file:///C:/Users/User/Downloads/319-1370-1-PB.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2013.

SILVA, Ronaldo C.F.; HORTALE, Virgínia A. Rastreamento do câncer de mama no Brasil: quem, como e por quê? *Rev. bras. cancerol.*, Rio de Janeiro, v. 58, n. 1, p. 67-71, 2012. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_58/v01/pdf/10b_artigo_opinioao_rastreamento_cancer_mama_brasil_quem_como_por_que.pdf>. Acesso em: 30 set. 2013.

SILVA, Sueli R.; MENDES, Lorena C.; SILVEIRA, Caroline F. Conhecimento de mulheres a respeito do exame de papanicolaou e do autoexame das mamas. *REAS*, Uberaba, v. 2, n. 3, p. 4-17, 2013. Disponível em: <<http://www.fmtm.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/403/429>>. Acesso em: 3 set. 2013.

SIMEÃO, Fiorelli de A.P. et al. Qualidade de vida em grupos de mulheres acometidas de câncer de mama. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 779-788, mar. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n3/24.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2013.

SOUZA, Mariane M. et al. Taxa de mortalidade por neoplasia maligna de mama em mulheres residentes da região carbonífera catarinense no período de 1980 a 2009. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 383-390. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n4/v21n4a05.pdf>>. Acesso em: 8 jan. 2014.

VIEIRA, Elisabeth M. et al. História reprodutiva e sexual de mulheres tratadas de câncer de mama. *Rev. bras. ginecol. obstet.*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 78-83, fev. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v35n2/07.pdf>>. Acesso em: 8 fev. 2014.

Submetido: 25/4/2014

Aceito: 1/9/2014