

FATORES DE RISCO E PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA

*RISK FACTORS AND PREVENTION OF
BREAST CANCER*

Ana Luiza R. Oliveira¹

Fabiana S. Michelini¹

Francisco C. Spada¹

Karine G. Pires¹

Leonardo O. Costa¹

Samuel B. C. Figueiredo¹

¹ Alunos de graduação de medicina do Unifeso

Adriana P. Lemos²

² Professor do curso de medicina do Unifeso

RESUMO

Introdução: Atualmente, vem aumentando o número de morbimortalidade por doenças não transmissíveis, como as cardiovasculares e o câncer. O câncer de mama, excluindo os casos de câncer de pele não melanoma, é o que tem a maior incidência na população. Acontece quando há proliferação exacerbada e desordenada de células, resultado de modificações genéticas que provoquem aumento dos níveis de estrogênio. Diversos fatores de risco tornam os indivíduos mais predispostos, como idade avançada, história familiar e pessoal, hábitos de vida, entre outros. O fator mais importante é o gênero, sendo as mulheres mais predispostas do que os homens, devido à maior quantidade de tecido mamário. Por ser uma patologia relacionada a elevadas taxas de mortalidade, é importante a adoção de medidas para prevenção e detecção precoce.

Objetivos: Avaliar os fatores de risco para o desenvolvimento de câncer de mama e a importância da prevenção.

Métodos: Trata-se de uma revisão bibliográfica simples, em que foram selecionados artigos que abordavam temas relacionados aos objetivos do estudo.

Resultados: Foram analisados dados acerca do número de óbitos na cidade de Teresópolis e as taxas de incidência e de mortalidade no Brasil.

Conclusão: Através dos resultados obtidos, foi possível responder os objetivos do estudo. Muitas referências mostraram relação direta entre exposição aos fatores de risco e desenvolvimento do câncer de mama. Políticas de prevenção ineficazes aumentam as taxas de incidência dessa neoplasia e, caso não sejam detectadas precocemente, tratadas nos estágios iniciais e adequadamente, correlacionam com maior número de óbitos.

Descritores: neoplasia de mama; epidemiologia; fatores de risco; prevenção.

ABSTRACT

Background: Currently, the number of morbidity and mortality due to noncommunicable diseases, such as cardiovascular diseases and cancer, has increased. Breast cancer, excluding cases of non-melanoma skin cancer, is the one with the highest incidence in the population. It happens when there is exacerbated and disordered proliferation of cells, result of genetic modifications that cause increase of estrogen levels. Several risk factors make individuals more predisposed, such as old age, family and personal history, life habits, among others. The most important factor is gender, with women being more predisposed than men because of the greater amount of breast tissue. It is pathology related to high mortality rates, so, it is important to adopt measures for prevention and early detection. **Aims:** Its purpose is to evaluate the risk factors for the development of breast cancer and the importance of its prevention.

Methods: This is a simple bibliographic review, in which articles were selected that addressed themes related to the objectives of the study.

Results: Were analyzed on the number of deaths in the city of Teresópolis and the incidence and mortality rates in Brazil.

Conclusions: Through the obtained results, it was possible to answer the objectives of the study. Many references have shown a direct relation between exposure to risk factors and development of breast cancer. Ineffective prevention policies increase the incidence rates of this neoplasm and, if not detected early, treated in the early stages and adequately, correlate with a higher number of deaths.

Keywords: breast neoplasms; epidemiology; risk factors; prevention.

INTRODUÇÃO

Atualmente, as principais causas de adoecimento e óbito na população mundial são as doenças e agravos não transmissíveis (DANT). Estima-se que, em 2008, as DANT foram responsáveis por 36 milhões de óbitos (36%), com destaque para as doenças cardiovasculares (48%), seguido do câncer (21%). Através de dados epidemiológicos e demográficos, é possível perceber que os casos de câncer estão se tornando cada vez mais frequentes na sociedade, sinalizando, assim, um impacto maior para os próximos anos. (1)

A partir da década de 80, foram desenvolvidas no Brasil políticas públicas referentes ao câncer de mama, principalmente através do Programa Viva Mulher, apresentado em 1998. Houve nesse período, o início do incentivo federal às ações para o Controle do Câncer de Mama, que tem como finalidade diminuir a exposição aos fatores de risco, melhorar a qualidade de vida das pacientes com essa patologia e reduzir o índice de mortalidade. Todos esses objetivos se encontram em concordância com as diretrizes atuais da política de controle do câncer, publicadas pela Portaria GM/MS 1 nº 874, de 2013, e com a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer. (2)

O câncer de mama ocorre quando há uma proliferação exacerbada das células, ou seja, uma multiplicação rápida e desordenada celular que pode ocorrer por fatores ambientais e genéticos. Além disso, o estrogênio tem grande atuação no crescimento das células da mama, o que resulta em um potencial aumento de modificações genéticas, sendo assim, qualquer fator que aumente os níveis de estrogênio, conseqüentemente, aumenta o risco de desenvolvimento do câncer. (3,4)

Os fatores de risco que estão mais vinculados ao desenvolvimento do câncer de mama são a idade avançada – segundofator de risco mais forte – as características reprodutivas, ahistória familiar e pessoal, os hábitos de vida e as influências ambientais.No entanto, o fator de risco mais importante é o gênero, já que no sexo feminino a doença tem uma maior frequência chegando à incidência de 100 a 150 vezes superior quando comparado com o sexo masculino, este fato é explicado pela quantidade superior de tecido mamário e exposição ao estrogênio endógeno nas mulheres. (4,5,6)

A história pessoal e familiar tem influência quando há um ou mais componentes da família com menos de 50 anos de primeiro grau com câncer de mama, assim como câncer de mama bilateral ou câncer ovariano em um ou mais familiar de primeiro grau independentemente da idade, câncer de mama em componente familiar do sexo masculino e também câncer de mama e/ou doença mamaria benigna anteriores. (6,7)

A doença é estrogênio-dependente, sendo assim características reprodutivas estão ligadas a ela e englobam a menarca precoce que ocorre aos 11 anos ou em idades inferiores, a menopausa tardia que ocorre aos 55 anos ou mais, primigesta com 30 anos ou mais e mulheres que não tiveram nenhuma gestação ao longo da vida. (3,6)

Existe um número pequeno de câncer ocasionado por uma predisposição familiar, e dois genes de alto risco foram identificados: BRCA1 e BRCA2. Esses genes, quando mutados, oferecem um maior risco

ao desenvolvimento da doença, apesar de acometer uma a cada 1000 mulheres que desenvolvem o câncer antes dos 50 anos de idade. O risco de mulheres sem mutações nesses genes ter neoplasia de mama é 12%, de 55-65% quando há mutação no gene BRCA1 e 45% quando há mutação no gene BRCA2. (4,8,9)

É notável a influência das enzimas relacionadas com a metabolização de compostos cancerígenos e reparação do DNA na suscetibilidade de vários tipos de câncer, inclusive no carcinoma de mama. (4,10)

A superfamília de enzimas glutathione-S-transferase (GST) são proteínas corpóreas de destaque, elas realizam a metabolização celular e são encontradas em todas as espécies eucarióticas. A sua ausência está associada a um índice de câncer de mama elevado na população. (4,10)

As GST, proteínas multifuncionais, agem catalisando as reações entre a glutathione e os compostos lipofílicos genotóxicos e citotóxicos. Nota-se que, quando um indivíduo não tem tais proteínas, há dificuldade na metabolização dos compostos citados, o que culmina no acúmulo destes no interior das células formando lesões, as quais desencadeiam um processo carcinogênico. (4,10)

Há variações genéticas das GST e que são representados por alguns genes que possuem as siglas: GSTM1 (glutathione S-transferase Mu 1), GSTT1 (glutathione S-transferase teta-1) e GSTP (Glutathione S-transferase P 1). Tais genes possuem relação com o surgimento do câncer de mama e cada um se localiza em um cromossomo específico, sendo assim existe uma correlação entre os fatores étnicos e a ausência destes genes. Relata-se que 60% dos asiáticos, 20% dos caucasóides e 40% dos africanos têm polimorfismos, não produzindo os genes por conta de uma deleção homozigótica aumentando, assim, a suscetibilidade a diversos tipos de cânceres. (4,10)

Além de todos os fatores relacionados à história médica que aumentam o risco citado anteriormente, pode-se citar também:

- Radiações ionizantes de altas doses nas mamas de uma mulher em idade jovem (por exemplo, para o tratamento de linfoma);
- Diabetes tipo 2 (independente da obesidade);
- Certas condições benignas da mama, como hiperplasia atípica, história de carcinoma ductal ou lobular in situ e alta densidade do tecido mamário (a quantidade de tecido glandular em relação ao tecido adiposo medido em uma mamografia). (4,6,7,9)

A associação entre os hábitos de vida e o desenvolvimento de câncer de mama, resultando em fatores de risco classificados como potencialmente modificáveis, se baseia em:

- Obesidade, prioritariamente no climatério, a qual produz elevadas quantidades de estrogênio gerado pelo tecido adiposo;
- O consumo regular de bebidas alcoólicas em quantidades superiores a 60 gramas diárias também tem relação com a gênese de neoplasia de mama, visto que esta possui um metabólito chamado acetaldeído, o qual é carcinogênico, imunodepressor e estimulador da produção de estrogênio;

- Tabagismo que apesar de ser considerado um fator de risco, ainda é controversa sua ação no aparecimento de tal patologia;
- Usos de hormônios pós-menopausa (reposição hormonal de estrogênio e progesterona combinados);
- Dietas de alto teor calórico;
- Inatividade física. (4,6,7,9)

A amamentação por pelo menos um ano é um fator protetor ao desenvolvimento dessa neoplasia maligna.

No que diz respeito aos aspectos que visam prevenir o câncer de mama, existe uma divisão em prevenção primária, secundária e terciária, sendo baseada na intervenção e o estágio de progressão da doença. (4)

Na prevenção primária a intervenção precede a instalação do processo patológico e se baseia em alterar a exposição aos fatores que culminam no aparecimento da doença, tendo como objetivo a redução do número de pessoas acometidas, diminuindo o risco do aparecimento de novos casos. No entanto, muitos fatores relacionados com a neoplasia, como idade, eventos reprodutivos (menarca, gestações, menopausa), história familiar e histologia nas biópsias mamárias não podem ser modificáveis. Apesar disso, há medidas que podem prevenir primariamente a doença, citam-se algumas, como: controlar o peso, ingerir bebidas alcólicas com moderação, realizar uma alimentação balanceada, exercitar-se, amamentar, proteger contra a exposição à radiação iônica e aos pesticidas. (4,11)

A prevenção secundária acontece quando não se tem sintomas, mas biologicamente a patologia já se iniciou e tem como intuito alterar a progressão da doença por meio de vias que concedam uma detecção e tratamento precoces. Objetivando isso, é importante conceder ensinamentos a população e aos profissionais da área de saúde para que possam reconhecer facilmente os sinais e sintomas precoces, isso pode efetivar-se através de campanhas educativas e capacitação dos profissionais. (4)

Ao iniciar o rastreio, está sendo realizada a prevenção secundária, interferindo na história natural da doença, evitando desta forma a sua progressão a estágios mais avançados, onde desencadeará piores prognósticos. De acordo com as diretrizes do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, o rastreamento do câncer de mama deve ser realizado em mulheres com mais de 40 anos de idade, por meio de exame físico e mamografia anual. Segundo o INCA, o rastreamento deveria restringir-se à idade entre 50 e 69 anos, por meio da mamografia à ultrassonografia em casos de mamas densas, ou à ressonância magnética, naquelas com alto risco familiar para câncer de mama. (11,12)

Visando essa detecção precoce, existem hoje três estratégias para o rastreamento do câncer de mama, são eles: mamografia (MMG), exame clínico das mamas (ECM) e autoexame das mamas (AEM). (3)

A MMG é um exame radiográfico utilizado preferencialmente em mulheres acima de 40 anos de idade com a finalidade de encontrar mudanças sugestivas de malignidade, antes mesmo do aparecimento dos sinais e sintomas. (4,6)

O ECM é um método que ainda não tem reconhecimento científico da sua contribuição na diminuição da mortalidade por câncer de mama. A Sociedade Americana de Câncer sugere o início do ECM aos 20 anos de idade, com uma regularidade trienal até os 39 anos, a partir desta idade deverá ser anual. Além disso, não reconhecer tumores em estágio I, com um tamanho inferior a 2 cm de diâmetro, é uma das limitações observadas no ECM, já que aqueles são impalpáveis. O ECM deve fazer parte do exame ginecológico e físico e ser realizado independente da idade da mulher servindo como base para os exames complementares. A mamografia encontra alterações que podem não ter sido detectadas no ECM, mas mesmo assim não o substitui. É preconizado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) a efetuação anual do ECM, a partir dos 40 anos de idade. (3,4,6)

Por definição, o AEM consiste em um procedimento em que a mulher observa e palpa as próprias mamas e as estruturas anatômicas acessórias, visando detectar mudanças ou anormalidades que possam indicar a presença de um câncer. É recomendado a sua realização mensal entre o sétimo e o décimo dia depois da menstruação, isso porque é nessa época em que a mama está menos consistente, indolor e com um tamanho reduzido. No entanto, as mulheres que não menstruam mais, como na amamentação, histerectomias e climatério, a indicação é para que escolha aleatoriamente um dia do mês e repita sempre nele nos meses subsequentes. (3,6,13)

O AEM não possui evidências científicas seguras quanto a sua eficácia na redução da mortalidade por esse tipo de câncer. No controle da saúde, o AEM é apropriado, visto que além de não possuir efeito adverso, proporciona a participação da mulher em seus próprios cuidados. Há algumas desvantagens, como: realização exacerbada de biópsias de lesões benignas, sensação de segurança inapropriada após resultado de exames falso-negativos e perturbação psicológica nos falso-positivos. (3,6)

O autoexame da mama vem sendo desestimulado nas últimas décadas pelo Ministério da Saúde por conta dos resultados dos ensaios clínicos randomizados elaborados na Rússia e na China, que comprovaram a sua falta de eficácia. No entanto, não se deve subestimar a relevância da mulher permanecer em alerta para o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas denódulos mamários e deve-se sempre orientar a paciente que, diante de uma situação desse tipo, a avaliação médica o mais precoce possível é extremamente importante, visto que quando há alterações no AEM pode-se ter uma doença em estágios mais avançados. (3,6,14)

A prevenção terciária acontece quando já se teve o início biológico da doença, assim como dos sintomas. Ela tem como finalidade a recuperação ou a manutenção do equilíbrio funcional. A melhora na qualidade de vida é proporcionada por esta prevenção, já que a doença em si e o tratamento dela trazem constantemente limitações sensitivas, motoras, cognitivas, dolorosas e psicológicas. Inúmeras vezes mulheres com o carcinoma mamário e que frequentam núcleos de reabilitação não demonstram alteração

na qualidade de vida, de um modo geral. A circunstância de estarem recebendo apoio e orientação faz com que estas pacientes tenham a oportunidade de não só trocar experiências, como também de terem uma recuperação biopsicossocial. (14)

A amenização da depressão, ansiedade, angústia e medo é proporcionada quando há uma intervenção de terapeutas e psicólogos, ajudando na recuperação e no enfrentamento da doença. Por fim, há também a recuperação física, a qual é proporcionada com a finalidade de evitar complicações que possam desencadear em limitação nos movimentos dos membros superiores após procedimentos cirúrgicos, como a mastectomia, sendo assim, resulta em um retorno mais rápido à realização de atividades cotidianas, sejam profissionais, afetivas e até mesmo domésticas. (14)

Como já foi citado anteriormente, os números de casos de câncer vêm aumentando nos últimos anos, de forma que, hoje em dia, essa doença corresponde à segunda causa de adoecimento e óbito na população mundial. Além disso, pelo fato de que o tumor maligno de mama é um dos mais prevalentes no Brasil, o presente trabalho buscou elucidar os fatores de risco para o desenvolvimento de tal patologia, assim como as várias formas de prevenção associadas.

OBJETIVOS

Primário: Reconhecer os fatores de risco para o desenvolvimento de câncer de mama;

Secundário: Revisar os critérios de prevenção do câncer de mama.

MÉTODOS

Este trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica simples referente ao câncer de mama visando angariar conhecimento a respeito de seus fatores de risco e prevenção, bem como a sua epidemiologia.

As pesquisas foram realizadas na plataforma Google Acadêmico, SCIELO, LILACS, EBSCO, COCHRANE, em que foram empregadas as seguintes palavras como forma de pesquisa: “câncer de mama”, “fatores de risco”, “prevenção”, “epidemiologia”, “genes”, “detecção precoce”. Na busca, foram selecionados artigos publicados no período que compreende os anos entre 2010 a 2018, apenas um único estudo teve 2003 como seu ano de publicação.

Na busca por artigos na plataforma Google Acadêmico, através dos termos “câncer de mama” e “fatores de risco”, utilizando os critérios adotados, houve um total de 16.400 resultados. Além disso, nesta mesma plataforma, foram pesquisados “câncer de mama” e “Revista Brasileira de Ginecologia”, obtendo 5.470 resultados.

Persistindo a pesquisa nesta mesma seara, na mesma plataforma supracitada, Pesquisou-se os termos “câncer de mama” e “prevenção”, em que teve 15.400 artigos como resultados.

Através da base de dados ampla disponibilizada, dois livros de ginecologia foram escolhidos como fonte de materiais, ambos denominados “Tratado de Ginecologia”.

Por fim, selecionou-se dois trabalhos publicados pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) nos anos de 2015 e 2018 que abordavam a epidemiologia e a Diretriz para Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através da avaliação da estimativa de câncer de mama no Brasil publicada pelo Instituto Nacional do Câncer, no ano de 2018, junto à análise dos dados também disponibilizados pelo INCA e pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade e Registros de Câncer (SIM/MS), foi possível determinar um aumento na incidência e no índice de mortalidade com essa patologia como a causa etiológica. (15,16,17)

Mediante essas informações, no ano de 2010, verificou-se cerca de 49.240 novos casos, com um risco em torno de 49 para cada 100.000 habitantes. Já em 2015, a neoplasia maligna de mama representou cerca de 25% do total de cânceres femininos, com, aproximadamente, 57.120 casos novos nesse período. Para 2018, foram estimados 59.700 casos novos (29,5%), que representam uma taxa de incidência que varia em torno de 51,29 casos por 100.000 mulheres. (18)

Ademais, como já exposto anteriormente, houve um acréscimo importante na taxa de mortalidade ao longo dos anos, representando a primeira causa de morte por câncer na população feminina brasileira. Por meio de uma análise comparativa ao longo dos anos analisados, percebeu-se uma curva ascendente, totalizando, em 2018, 15.403 óbitos, correspondendo a cerca de 16,2% do total de mortes ocasionadas por neoplasias malignas no Brasil. (15,16,17)

Com a utilização do DATASUS, foi possível avaliar também o número de óbitos e a taxa de mortalidade do sexo feminino por câncer de mama no município de Teresópolis ao longo de 10 anos. Os resultados encontrados estão listados na seguinte tabela:

Tabela 1: Número de óbitos e taxa de mortalidade no município de Teresópolis		
Ano	Óbitos	Taxa de mortalidade (por 100 mil pessoas)
2010	9	7,44
2011	12	9,38
2012	9	7,44
2013	15	11,19
2014	18	12,68
2015	15	11,03
2016	7	4,83
2017	18	9,52
2018	9	5,56
2019 (janeiro a março)	4	10,0
Total	116	8,80

(Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/nirj.def>)

Por intermédio desses dados, é notado um acréscimo considerável no Brasil e um valor importante na cidade de Teresópolis. Com base no que já foi exposto no presente trabalho e com o intuito de reduzir tais índices e de controlar a doença, é recomendado que se tenha uma compreensão acerca da importância

do conhecimento quanto à exposição aos fatores de risco e à prevenção, intimamente relacionada à detecção precoce.

A incidência do câncer de mama nas mulheres é muito alta, se comparada aos outros tipos de cânceres, o que justifica a necessidade cada vez maior de haver a detecção precoce, o que possibilitará uma prevenção também precoce, visando a queda desses índices e maior qualidade de vida para todas as mulheres.

Foram coletados dados indicando que grande parte das mulheres que, hoje, possuem a patologia, começou a suspeitar por meio da palpação e a partir daí procuraram o serviço de saúde, sendo esse meio, portanto, de extrema importância para a detecção precoce. (3)

Estudos analisados mostraram que muitas mulheres com mais de 35 anos nunca realizaram mamografia, que é a estratégia de rastreamento indicada pelo Ministério da Saúde, por diversas variáveis: falta de informação, dificuldade de realização, falta de solicitação, condição sociodemográfica prejudicada, falta de equipamentos disponíveis, despreparo dos profissionais de saúde.

Uma análise de programas de rastreamento dos serviços de base populacional feito entre o sexo feminino na faixa etária entre 40 e 69 anos demonstrou que a mamografia regular associada ao atendimento é capaz de reduzir em 40 a 45% o índice de mortalidade por câncer de mama.

Dados do SUS de 2011 demonstraram que, da população que deveria realizar a mamografia, menos de 30% assim o fizeram e para que ocorra a efetiva redução na mortalidade, é necessário que pelo menos 70% das mulheres entre 50 e 69 anos realizem o rastreamento e a detecção precoce, segundo orientação da OMS. Mais da metade das mulheres procuram os serviços de saúde para tratamento quando já se encontram em estágios muito tardios da doença. Isso dificulta o tratamento, porque quanto mais cedo é descoberto, melhor o prognóstico. Por isso, mais uma vez, destacamos a importância da detecção precoce dessa patologia. (3)

O INCA e o Ministério da Saúde publicaram através de estimativas que os países altamente desenvolvidos têm atingido uma estabilidade em relação à incidência de câncer de mama seguida de uma queda na última década, assim como a tendência ao declínio das taxas de mortalidade. Entretanto, os países de baixa e média rendas não têm a mesma resposta positiva, tendo o diagnóstico em estágios avançados da doença, o que conseqüentemente aumenta a morbidade. O diagnóstico precoce é uma das soluções para isso e é pautada em profissionais de saúde capacitados para avaliar os casos suspeitos, junto ao serviço de saúde preparado para receber as pacientes e solucionar os casos suspeitos, associado à população com atenção aos sinais e sintomas suspeitos. (1) É necessário cada vez mais incentivar a detecção precoce para que melhore cada vez mais a qualidade de vida das mulheres, o que irá aumentar auto-estima e terá benefícios quanto ao prognóstico.

Diversos fatores contribuem para a proteção em relação ao câncer de mama. Dentre estes fatores se faz mister citar a prática de uma vida saudável. Para isso é imperiosa uma alimentação saudável e

balanceada, o que possibilita a incorporação de elementos protetores contidos neste tipo de insumo, como o licopeno no tomate, a quercetina na maçã, dentre outros. Acompanhado a isto é essencial a prática de atividade física, responsável pela redução da incidência do câncer de mama em torno de 20 a 40% dos casos. Adotando este estilo de vida evita-se a obesidade, grave fator de risco para este tipo de câncer. Neste mesmo sentido, cabe evitar o tabagismo, ingestão de bebidas alcoólicas e tomar precauções quanto a exposição a pesticidas e à radiação iônica.

É imprescindível notar a forte influência genética nesta enfermidade. É fato notório que a mesma desenvolve-se quando há uma perda de controle sobre células da mama, que passam a se multiplicar rapidamente e intoxicam o organismo. Para interromper este processo, tóxico para o organismo humano, certas enzimas são primordiais. Caso ocorra qualquer problema em algum gene destas enzimas, as mesmas apresentarão defeitos e, conseqüentemente, o câncer se desenvolverá. Dentre estes genes temos que citar a família GST: GSTM1, GSTT1 e o GSTP, estritamente relacionados com o câncer de mama. Inclusive, estudo feito entre 2010-2014 em Guadalajara/México com 558 pessoas diagnosticadas com câncer de mama, evidenciou que 45% das mesmas apresentaram depleção do gene GSTM1, ratificando sua importância.

Em relação ao autoexame das mamas, que foi bastante difundido no século XX, atualmente, o Ministério da Saúde não incentiva a realização desse procedimento, visto que seus riscos superam os benefícios. Como já exposto no presente trabalho, foram realizados dois estudos importantes que não conseguiram comprovar sua eficácia, fazendo com que nos últimos 10 anos, esse exame deixasse de ser recomendado pelas políticas de rastreamento precoce do câncer de mama. (2)

Como método de rastreamento, o AEM apresenta limitações que estão relacionadas com a sensibilidade e especificidade do exame, que, embora sejam difíceis de serem determinadas, quando comparadas com as da mamografia e do exame clínico das mamas, são baixas, variando em torno de 12% a 41%. A baixa capacidade de dar positivo em mulheres que apresenta a doença maligna é responsável pelos elevados índices de falso-negativos nesse exame, assim como o contrário, mostrando que esse exame também apresenta elevados percentuais de dar resultados positivos em mulheres que não apresentam tal patologia. (2)

Apesar de o Ministério da Saúde estar, hoje em dia, desestimulando o autoexame das mamas, é extremamente importante diferenciá-lo da autopalpação e observação das mamas, bastante confundido pelas mulheres. Este está relacionado com o conhecimento do corpo, tornando as mulheres mais conscientes do aspecto normal de suas mamas, além dos sinais e sintomas suspeitos de neoplasia maligna. A diferença de um para o outro está relacionada com a questão de que o autoexame trata-se da realização de um método específico de autoexame, em que há a aplicação de um método padronizado de rastreamento e com uma periodicidade fixa. (2)

CONCLUSÕES

A importância de se conhecer os fatores de risco para câncer de mama está relacionada não só com fatores genéticos, mas sim com um somatório de fatores de risco, incluindo os ambientais, onde quanto menos exposição a mulher tiver a fatores de risco para câncer de mama, menores são as chances do surgimento do câncer de mama na mulher.

Dentre os riscos mais aceitos pela comunidade científica, pode-se apontar laços familiares diretos, como mãe com câncer de mama ou irmã com câncer de mama, o que eleva em 2 a 3 vezes a chance do surgimento do câncer de mama, além de que se tanto a mãe quanto a irmã tiverem câncer de mama, essa chance aumenta mais ainda.

A taxa de mortalidade por câncer de mama é alta. Muitos estudos indicam que para haver uma redução nos índices de mortalidade e sequelas graves, é necessário que as políticas de saúde incentivem cada vez mais o rastreamento e detecção precoce do câncer de mama, uma vez que os resultados mostram que em países socioeconomicamente desenvolvidos, o índice de mortalidade do câncer é considerado baixo devido a detecção precoce e nos subdesenvolvidos esse índice é maior, pela demora em detectar o câncer.

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de agradecer ao Professor Carlos Pereira Nunes pela contribuição e ajuda durante o período de formatação do trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil – Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-incidencia-de-cancer-no-brasil-2018.pdf>
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva: INCA. Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil, 2015.
3. Ohl ICB, Ohl RIB, Chavaglia SRR, Goldman RE. Ações públicas para o controle do câncer de mama no Brasil: revisão integrativa. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016 Julho-Agosto [citado em 12 maio 2019]; 69(4):793-803. Disponível em: <https://www.redalyc.org/html/2670/267046623024/>
4. Thuler LC. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. Rev Bras Canc, 2003 Jun; 49(4): 227-238.
5. Munhoz MP, Oliveira J, Gonçalves RD, Zambon TB, Oliveira LCN. Efeito do Exercício Físico e da Nutrição na Prevenção do Câncer. Ver Odont Araç. 2016 Maio-Agos; 37 (2): 09-16.
6. Silva PA, Riul SS. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. Rev Bras Enferm. 2011 Nov-Dez; 64(6): 1016-21.

7. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2018. Atlanta: American Cancer Society; 2018. Disponível em: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2018/cancer-facts-and-figures-2018.pdf>
8. Sociedade Brasileira de Mastologia - Câncer de Mama. Regional Piauí, 2017. p 25-29. Disponível em: <http://www.sbmastologia.com.br/medicos/wp-content/uploads/2018/03/Câncer-de-Mama-Consenso-da-SBM-Regional-Piauí-2017.pdf>
9. Schnitt SJ, Lakhani SR. Breast cancer. In: Stewart BW, Wild CP. World Cancer Report 2014. p 362-373. World Health Organization (WHO).
10. Santos AL, Dias DA, Barros AMMSB, Hollanda LM. Genes da superfamília glutationa-S-transferases (GSTM1, GSTP1, GSTT1) e a sua relação com o risco e desenvolvimento do câncer de mama. Anais 2016: 18ª Semana de Pesquisa da Universidade Tiradentes. A prática interdisciplinar alimentado a Ciência, 2016 outubro 24-28. Aracaju (SE). Universidade Tiradentes/Enfermagem.
11. Frasson A, Bertuol M, Michelon JR, Gomes DF. Prevenção Primária do Câncer De Mama. In: Oliveira HC, Lemgruber I. Tratado de Ginecologia Febrasgo Volume II. Tijuca, RJ. Revinter. 2001. p 917-922.
12. Junior RF, Soares LR. Câncer de Mama. In: Lasmar RB. Tratado de Ginecologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017. p. 54-58
13. Kösters JP, Gøtzsche PC. Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2003, Issue 2. p 2-9
14. Bushatsky M, Lima KD, Moraes LX, Gusmão LTB, Barros MBSC, Filho ASSF. Câncer de mama: ações de prevenção na atenção primária à saúde. Rev Enferm. 2014 Out; 8(10): 3429-36.
15. INCA. Conceito e Magnitude do câncer de mama. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-de-mama/conceito-e-magnitude>
16. INCA. Estatísticas de câncer. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>
17. INCA. Síntese de Resultados e Comentários. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/sintese-de-resultados-comentarios.asp>
18. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estimativa_2010_incidencia_cancer.pdf