

Auto-exame das mamas: conhecimento e prática entre profissionais da área da saúde de uma instituição pública

Deise Helena Pelloso Borghesan^{1*}, Mário Baraúna², Sandra Marisa Pelloso³ e Maria Dalva de Barros Carvalho³

¹Universidade de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. ²Universidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. ³Universidade Estadual de Maringá, Paraná, Brasil. Autor para correspondência.

RESUMO. O câncer de mama é ainda considerado um problema de saúde pública. No Brasil, é uma das principais causas de morte entre as mulheres. Por sua letalidade e seqüelas físicas e emocionais que acarreta, é de suma importância sua detecção precoce. Os meios eficazes de detecção precoce são a mamografia e o auto-exame de mama. O objetivo deste trabalho foi analisar o conhecimento das profissionais da área da saúde de uma instituição pública sobre seu conhecimento em relação ao auto-exame de mama. Caracterizou-se como estudo descritivo-exploratório. Foram entrevistadas 38 mulheres, perfazendo um total de 95,0% das profissionais. Os resultados revelaram que as profissionais, apesar de compreenderem a importância do auto-exame, têm muitas dúvidas quanto à técnica. Desconhecem a época de realizá-lo e muitas vezes não o fazem. Recomenda-se curso de capacitação no sentido de envolver essas profissionais em ações preventivas e educativas em saúde.

Palavras-chave: câncer de mama; auto-exame das mamas; educação em saúde.

ABSTRACT. Self-examination of breast: knowledge and practice in government health professionals. Breast cancer is a public health problem and one of the major causes of death among females in Brazil. Early diagnosis is of paramount importance due to its lethality coupled to severe physical and emotional consequences. X-ray of breast and self-examination of breast are the most efficient early diagnosis methods. Government health professionals' knowledge on breast self-examination has been analyzed in current descriptive and exploratory research. Thirty-eight females, or 95% of the health professionals in the government unit, were interviewed. Results reveal that these professionals still have many doubts regarding that technique, although they are aware of the examination importance. They do not know the period in which it may be undertaken and frequently they leave the task undone. An updating course is recommended so that these health professionals may be involved in preventive and educational health activities.

Key words: breast cancer; self-examination of breast; health education.

Introdução

As neoplasias vêm aumentando progressivamente nas últimas décadas, tendo grande participação nas altas taxas de mortalidade.

Uma das principais causas de morte entre as mulheres no Brasil é o câncer de mama, com um aumento de 42%.

Para o ano de 2000, a estimativa foi de mais de um milhão de casos novos de câncer de mama e 500.000 óbitos no mundo devido a essa doença (Brasil/Ministério da Saúde, 2000).

No ano de 1998, o Ministério da Saúde estimou 32.695 novos casos de câncer de mama com 7.165 óbitos pela doença. Estes dados correspondem a um

porcentual de 12,15% em relação a outras neoplasias malignas que ocorrem nas mulheres.

Segundo Brasil/Ministério da Saúde (1998), no Brasil a estimativa para 2000 é de 28.340 novos casos e um taxa de mortalidade de 97,8 por 100.000 mulheres.

O câncer de mama é a neoplasia maligna de maior incidência e maior causa de morte na mulher brasileira, representando cerca de 20% dos casos de neoplasia na mulher e 15% das mortes. A incidência de câncer de mama no Brasil varia de região para região; entretanto, mesmo com taxas variando de 40,6 casos/100 mil mulheres/ano em Belém a 76,02 casos/100 mil mulheres/ano em Porto Alegre, está

sempre em primeiro ou segundo lugar alternando-se com o câncer de colo de útero (Menke *et al.*, 2000).

Devido a essa discrepância, o Brasil ocupa posições diferentes em relação às taxas de incidência de câncer de mama, ou seja, entre as mais altas, como em Porto Alegre, abaixo dos Estados Unidos, Canadá, Dinamarca e França; e as intermediárias, como em Belém, a frente de países como o Peru e o Japão (Moraes, 1998).

A tendência de aumento na incidência do câncer de mama tem ocorrido na maior parte dos países desenvolvidos. Esse aumento pode estar relacionado ao diagnóstico precoce, a maior sobrevivência da mulher ou à diminuição da mortalidade por outras causas (Menke *et al.*, 2000).

Autores como Nasajon e Balem (1999) e Menke (2000) referem que a incidência maior de câncer de mama ocorre na faixa etária de 45 a 55 anos. No entanto, relatam uma tendência de aumento na faixa etária mais jovem.

Boring (1994), citado por Tessaro *et al.* (2001), relata que a faixa etária para o aparecimento do câncer de mama é dos 45 aos 65 anos e que pouco menos de 5,0% dos casos ocorrem em mulheres abaixo de 30 anos e a curva de incidência tem dois picos aos 50 e aos 70 anos.

Para Hankey *et al.* (1994), a incidência em mulheres jovens não mudou, permanecendo com um percentual estável de 6,5%. Para eles, o que pode estar ocorrendo é um crescimento da população em geral e a da feminina jovem; com a detecção precoce, o resultado é um aumento no número absoluto dos casos diagnosticados.

Ranstam *et al.* (1990) *apud* Nasajon e Balem (1999), em pesquisa constataram um aumento de 45,1% da incidência de câncer de mama nas mulheres entre 30 e 34 anos; 22,9% em mulheres na faixa etária de 35 a 39 anos.

White *et al.* (1987), citado por Nasajon e Balem (1999), relatam um aumento na incidência do câncer de mama em mulheres na faixa etária de 25 a 44 anos, de 22%, representando um aumento da taxa anual em torno de 2,5%.

No Brasil, pesquisas realizadas no período de 1973-76 no Hospital Erasto Gaertner e no Hospital das Clínicas em Curitiba no período de 1977-1987, concluem que a faixa etária de maior incidência do câncer de mama é de 38 a 48 anos, seguido da faixa de 49 a 59 e antes dos 37 anos (Filipak *et al.*, 1993).

O câncer de mama é hoje um problema de saúde pública mundial, com previsão de 5.000.000 de novos casos para os próximos cinco anos (Menke *et al.*, 2000).

De acordo com Simonton (1987), a morte de mulheres por câncer está relacionada a alguns fatores de risco, como idade tardia da gravidez, abandono da prática de amamentação, aumento da obesidade, estresse, repressões, depressões, problemas sociais e econômicos.

Para Menke *et al.* (2000), os fatores de risco compreendem idade, história familiar do câncer de mama compreendendo parentes em primeiro grau, história pessoal do câncer de mama, fatores reprodutivos como idade da menarca menor de 12 anos, idade da menopausa acima de 55 anos; idade do primeiro parto acima de 30 anos, nuliparidade, a falta de lactação, tabagismo, consumo de álcool, terapia de reposição hormonal por mais de 10 anos, radiações ionizantes, dieta rica em gordura e pobre em fibras e vitaminas e obesidade.

Apesar dessa gama variável de fatores de risco, o câncer de mama, se detectado precocemente, é curável em sua grande maioria e sem grandes seqüelas físicas e emocionais para a mulher.

Entretanto, em pesquisa realizada no Hospital das Clínicas da USP, em cerca de 60% das vezes, o tumor é detectado tardiamente sem expectativa de cura. No Brasil, em quase 70% das vezes, as neoplasias encontram-se em estados III ou IV quando diagnosticadas (Souen, 1998).

Considerando a letalidade do câncer de mama e as seqüelas físicas e emocionais para a mulher, é de absoluta e imprescindível importância a sua detecção precoce. A sobrevivência das mulheres é inversamente proporcional ao estágio e ao custo do tratamento. Além disso, é preciso computar aí os problemas psicológicos, sociais e econômicos advindos da doença.

Segundo Nasajon e Balem (1999), o afastamento do mercado de trabalho e do seio familiar para submeter-se ao tratamento, bem como a distorção da auto-imagem pela perda de mama tem efeito devastador no conteúdo emocional desta paciente tão especial.

Dessa forma, a detecção precoce e a mudança no estilo de vida, com aquisição de práticas que melhorem a saúde e o abandono de práticas deletérias a ela, são as melhores armas para combater a doença, evitando seqüelas irreversíveis tanto físicas como emocionais.

A mudança no estilo de vida requer ações transformadoras de educação. Isso é um grande desafio, pois pressupõe trabalhar o imaginário do indivíduo, uma vez que não sente o risco iminente da doença, e muitas vezes não se sente doente (Pericardis, 2000).

Os meios mais eficazes de detecção precoce do câncer de mama são o auto-exame das mamas e a mamografia.

A mamografia, executada por pessoal habilitado e com aparelho de qualidade, diminui a mortalidade por câncer de mama em 32% nas mulheres após 50 anos e em 23% e 24% entre 40 e 49 anos (Souen, 1998).

Segundo a determinação da American Radiology Society, a primeira mamografia deve ser realizada aos 35 anos, já que a gravidade da doença é maior nas mais jovens (Souen, 1998).

O auto-exame de mama é uma técnica de detecção precoce, indolor, sem custo e de fácil realização. Propicia a detecção precoce de uma neoplasia, permitindo uma terapêutica eficaz, prolongando a sobrevivência da mulher, sobrevivência com qualidade já que evita seqüelas físicas severas com as concomitantes seqüelas emocionais, sociais e econômicas.

Tendo em vista a importância da prevenção e da detecção precoce do câncer de mama, este trabalho objetiva analisar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o auto-exame de mama. Entende-se como importante à identificação desse conhecimento uma vez que esta é uma técnica de detecção precoce, barata, de fácil aprendizado e sem necessidade de equipamento sofisticado.

Entende-se, também, que qualquer profissional de saúde que atue diretamente com a clientela, conhecendo o perfil epidemiológico da população, neste caso aqui específico, a questão do câncer de mama, pode estabelecer estratégias de prevenção destinadas à população em geral.

O câncer de mama é uma doença em que a prevenção é quase impossível, mas sua detecção precoce apresenta excelentes possibilidades de tratamento, evitando seqüelas físicas e distúrbios emocionais, dificuldade de ajustamento familiar e profissional às mulheres. Deste modo, é importante que mais e mais profissionais da área de saúde conheçam o auto-exame da mama e se empenhem em ensinar as mulheres a criar e desenvolver o hábito de se auto-examinar.

O auto-exame de mama consiste em incentivar a mulher a examinar suas próprias mamas de modo sistemático e metódico a fim de que ela descubra nódulos mais precocemente (Menke *et al.*, 2000).

Segundo Fehner, citado por Piato (1988), o fator responsável pela grande eficiência do auto-exame das mamas é a sensibilidade tátil proprioceptiva denominada componente sensorial psicofísico. Graças a estímulos interreceptivos, as mulheres conseguem detectar pequenas

modificações das condições físicas das mamas, tendo grande importância o limiar para distinguir nódulos com reduzidas dimensões.

O auto-exame de mama exige pouco tempo, despende pouca energia, é econômico, pode ser incorporado a rotina do banho ou do sono, é confortável para ser executado, pode ser aprimorado com o tempo, podendo ser orientado por meio de uma variedade de panfletos disponíveis (Laganá *et al.*, 1990).

Deve ser realizado mensalmente, cinco dias após a menstruação, durante o banho, de modo a ser incorporado como hábito de saúde. Nas mulheres menopausadas, deve-se estabelecer um dia do mês.

A importância do auto-exame de mama está embasada na constatação de que 80% dos tumores são detectados pela mulher ao se tocar.

Para Souen (1998), o auto-exame de mama deve ser estimulado, pois permite a descoberta em época mais precoce que o achado espontâneo.

De acordo com Hallal (1982) o auto-exame é um comportamento simples, econômico e seguro relacionado à saúde. Associa-se também à descoberta de tumores em estágios clínicos precoces e tamanhos reduzidos.

As vantagens do auto-exame de mama são: detecção de tumoração pequena; poder ser repetido; não ter custo financeiro; ser de fácil execução; ter sua precisão aumentada com a prática. Além disso, é um método conveniente, útil, proveitoso, vantajoso e oportuno (Filipak *et al.*, 1993).

Para Menke *et al.* (2000), as desvantagens são: a baixa sensibilidade; o temor de identificar alterações; incerteza na identificação do achado. Isso faz com que o índice de adesão seja de apenas 20%.

Não há estudos que comprovem a redução da mortalidade por meio do auto-exame de mama. No entanto, ele deve ser incentivado, proporcionando assim um aumento de cirurgia conservadora, detectando lesões menores e evitando a mutilação pela mastectomia (Menke *et al.*, 2000).

Estudos americanos indicam que por meio do auto-exame mensal é possível reduzir de 24,4% a 18,8% a mortalidade por câncer de mama. As mulheres que praticam o auto-exame e descobrem nódulos têm expectativa de vida de 75% e aquelas que não o fazem reduzem suas chances para 59% (Laganá *et al.*, 1990).

Pinotti e Faúndes (1988), relatam que os programas de prevenção de câncer de mama não têm a cobertura que têm os programas de prevenção de câncer cérvico-uterino. Para esses mesmos autores, alguns fatores estão relacionados a não adesão da população ao auto-exame, como falta de programas

específicos de prevenção, falta de conhecimento dos profissionais da área da saúde que atuam nas Unidades básicas, não existência de protocolo de prevenção de câncer de mama, sendo realizado apenas quando existe queixa do usuário.

A educação em saúde ainda não é uma prática adotada nos serviços públicos.

Entretanto, apesar das vantagens mostradas, isto não tem sido suficiente para a adesão da técnica. Assim, consideramos que o ensino do auto-exame das mamas se configure como uma ação voltada para todas as mulheres e responsabilidade de todos os profissionais compromissados com as ações coletivas de saúde.

Diante do exposto, o objetivo da pesquisa foi o de analisar o conhecimento das profissionais da área da saúde sobre o auto-exame de mama e verificar a execução do auto-exame das mamas (AEM) pelas profissionais da área de saúde.

Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo, não experimental. Segundo Gil (1996), as pesquisas descritivas têm como fundamento básico a descrição das características de determinada população ou fenômeno e, ainda, o estabelecimento de relação entre as variáveis. São incluídos nesta pesquisa estudos que têm por objetivo levantar opiniões, atitudes e crenças de uma população e ainda que estudam a característica de um grupo como idade, procedência, sexo, nível de escolaridade e estado de saúde.

Para Wood e Haber (2001), os estudos descritivos procuram buscar informações mais precisas sobre a ocorrência de fenômeno e dados para justificar e avaliar condições e práticas correntes ou fazer planos mais eficazes para melhorar as práticas de atenção à saúde.

Desse modo, a pesquisa descritiva não experimental permite por meio da descrição da experiência e vivência de uma população, explorar e aumentar o conhecimento do pesquisador, permitindo atuações de modo a intervir em determinadas situações.

Essa pesquisa foi realizada no período de novembro e dezembro de 2001 na Fundação Centro de Reabilitação Dom Aquino Correia em Cuiabá, Estado do Mato Grosso.

A Fundação Centro de Reabilitação Dom Aquino Correia é uma Instituição Estadual de Saúde, que atende usuários do Sistema Único de Saúde, portadores de problemas fisioterápicos, de comportamento, da fala, visão, entre outros. Este Centro atende aproximadamente 1.200 pessoas por

mês. Possui ainda oficina ortopédica providenciando aos pacientes órteses e próteses.

Os sujeitos desta pesquisa foram mulheres, profissionais da área de saúde, como fisioterapeutas, enfermeiras, nutricionistas, médicas, assistentes sociais, psicólogas, auxiliares de enfermagem e auxiliares de fisioterapia. O Centro de Reabilitação Dom Aquino Correia conta com 136 profissionais, dos quais 69 são homens e 67 são mulheres.

Das 67 mulheres, 27 atuam em cargos administrativos, restando assim 40 mulheres atuando na área da saúde, ou seja, desenvolvendo suas atividades diretamente com pacientes.

Assim, fizeram parte dessa pesquisa 38 mulheres que representaram 95% do total, pois o restante, 5%, se encontravam em férias ou licença médica.

Como instrumento de coleta de dados, foi utilizado um questionário, estruturado com questões objetivas, elaboradas com base em referências bibliográficas e ainda que permitissem alcançar os objetivos propostos.

Após a estruturação deste questionário, o mesmo foi validado por duas enfermeiras. Posteriormente, foi reestruturado e aplicado.

O questionário foi distribuído junto às funcionárias do Centro de Reabilitação e recolhido no dia seguinte.

Após a coleta dos dados, procedeu-se a compilação das respostas, a tabulação dos dados, os cálculos estatísticos e as suas respectivas análises.

As mulheres que participaram deste estudo foram caracterizadas de acordo com a idade, estado civil, profissão e número de filhos.

Resultados e discussão

A idade das profissionais que trabalham na Fundação Centro de Reabilitação Dom Aquino Correia apresentou uma predominância de mulheres com 50 anos ou mais (34,21%), seguido de 27 anos a 33 anos (28,94%).

Observa-se que uma grande parte dos sujeitos está na faixa etária onde a incidência do câncer de mama é maior, ou seja, de 38 a 48 anos (Filipak, 1993). Neste estudo, 12 mulheres (31,57%) estão nessa faixa etária considerada de risco.

É importante destacar que, segundo alguns autores, entre eles Nasajon e Balem (1999), o câncer de mama atualmente tem aumentado a frequência em mulheres mais jovens. O alcoolismo, o tabaco e o uso de contraceptivo hormonal na adolescência são alguns fatores que podem ser responsáveis pelo aumento da incidência de câncer de mama em mulheres mais jovens.

Kroman *et al.* (2000), em estudo retrospectivo com 10.356 mulheres com menos de 50 anos de idade quando do diagnóstico de câncer de mama, avaliaram se o óbito após 10 anos de diagnóstico da doença foi influenciado pelo fator idade, juntando os fatores de risco. Os resultados mostraram que as mulheres jovens com menos de 25 anos têm 2,18 vezes mais chances de ir a óbito em 10 anos.

Dessa forma, não mais se justifica o desinteresse dos programas de prevenção em atingir mulheres mais jovens. Elas podem não ser as mais atingidas, mas quando isso ocorre, a taxa de mortalidade é mais elevada com sobrevida menor.

Nessa pesquisa, 13 mulheres (34,21%) estão numa faixa etária considerada jovem, ou seja, de 27 a 36 anos.

Desse modo, 65,7% da população pesquisada estão numa faixa etária que se considera, hoje, suscetível à doença. Considerando o impacto que a doença causa nas mulheres, a perspectiva da perda da mama e a impossibilidade de prevenir a doença, é extremamente importante que essas mulheres conheçam a patologia, os fatores de proteção e, principalmente, os meios de detectá-la precocemente, evitando mortes prematuras e os efeitos devastadores da doença e da terapia.

No que diz respeito ao número de filhos, verificou-se que das 38 profissionais entrevistadas, 26 (68,42%) tiveram filhos e 31,57% não tiveram nenhum filho. Das mulheres que tiveram filhos, 61,54% têm de 1 a 2 filhos e 92,30% das mulheres se tornaram mães antes dos 30 anos. É universalmente reconhecido que a primeira gestação tardia é um fator de risco para o câncer de mama.

Segundo Menke *et al.* (2000), um dos fatores de risco que está associado ao desenvolvimento do câncer de mama é a primeira gestação com idade tardia ou a nuliparidade. Isto ocorre devido a fatores reprodutivos expostos por mais tempo ao estímulo do estrogênio.

Outro autor que também faz uma associação entre a nuliparidade e o câncer de mama é Robbins, citado por Filipak *et al.* (1993), que diz ser mais comum a incidência de carcinoma mamário em nulíparas do que em múltíparas. Diante do exposto, 68,42% das mulheres desta pesquisa têm menor chance de desenvolver a doença.

Quanto à categoria profissional, verificou-se que a grande maioria das entrevistadas tem uma formação de nível superior (73,7%). Em princípio, de maneira empírica, considera-se que pessoas com melhores níveis de escolaridade sejam mais aptas a compreenderem as necessidades de práticas que

conduzam à saúde e, portanto, pessoas mais aderentes a programas preventivos.

Costa *et al.* (1995), em um trabalho sobre avaliação da prática de auto-exame e exame físico das mamas, notaram que à medida que diminuía o nível de escolaridade, diminuía a proporção de mulheres que tinham suas mamas examinadas no exame ginecológico. Pode-se deduzir deste estudo que mulheres com alta escolaridade, com conhecimento sobre saúde e sentido de cidadania, exigiam o exame de suas mamas, o que não ocorreu com mulheres de escolaridade mais baixa.

No que diz respeito à atuação profissional, observou-se que 52,64% das mulheres entrevistadas têm entre 11 e 30 anos de profissão e, comparando esta tabela com a idade das mulheres, percebeu-se uma heterogeneidade na relação idade e tempo de atuação. Há 13 mulheres com 50 anos ou mais e apenas 06 mulheres com tempo de trabalho entre 20 e 30 anos. Assim, não há uma correspondência entre idade e tempo de trabalho.

Feito essa caracterização da amostra, passa-se a analisar os dados que podem estar relacionados com os fatores de riscos para a doença.

Das 38 mulheres entrevistadas, a maioria, ou seja, 23 (60,52%), tiveram a menarca até os 13 anos. Este é um dado controverso, pois autores como Robbins *et al.* citado por Filipak (1993), citam que a incidência de carcinoma mamário é mais frequente em mulheres com menarca antes dos 13 anos.

Pesquisas realizadas por Hatschbahr *et al.* (1978), no Hospital Erasto Gaertner, e por Filipak *et al.* (1993), no Hospital das Clínicas de Curitiba, revelaram que a incidência de câncer de mama em relação à idade da menarca não sofreu grande variação. Assim, nesta pesquisa, 48,0% das pacientes com carcinoma mamário tiveram menarca antes dos 13 anos e 52,0% depois dos 13 anos (Filipak *et al.*, 1993).

Embora as opiniões diverjam, é necessário atentar para o risco que pode estar inserido em relação à idade da menarca, que, nesta pesquisa, mostrou que as mulheres menstruaram pela primeira vez na sua maioria entre 10 e 13 anos.

No que se refere ao hábito do tabagismo, 89,48% das mulheres não apresentaram o mesmo e em relação ao álcool, 78,96% também não faziam uso. Este é um dado importante, tendo em vista que ambos são considerados fatores de risco para o câncer. Mesmo sendo o fumo considerado um dos principais fatores de risco do câncer do aparelho respiratório e o álcool relacionado com os cânceres de boca, de faringe, de esôfago e de fígado, existem trabalhos recentes que relatam uma associação ou

uma maior potencialidade de ambos como responsável pelo desenvolvimento do câncer de mama.

Macmahon *et al.* (1982), citado por Menke *et al.* (2000), relatam um registro na redução nos níveis de estrogênio urinário durante a fase menstrual de fumantes, mas os estudos não têm demonstrado uma associação positiva entre o hábito de fumar e o câncer de mama.

Para Santos e Lima (1999), o tabagismo, além de ser o responsável pela morte de meio milhão de mulheres em todo o mundo, agrava também o sistema reprodutor causando dismenorréia, menopausa precoce, diminuição da fecundidade e diminuição dos hormônios durante a fase lútea do ciclo menstrual.

O tabagismo é um fator de risco para o câncer de pulmão, garganta e boca e ainda pode estar relacionado com outros tipos de cânceres e outras doenças.

Em relação à utilização do álcool e o câncer de mama, alguns estudos investigaram a associação entre o risco do câncer de mama do tipo invasivo e o consumo de álcool.

Smith-Warner *et al.* (1998), citado por Novaes *et al.* (2000), analisando seis estudos de *coorte* em quatro países distintos, mostraram que mais de 300 mil mulheres, avaliadas por até 11 anos, foram incluídas no estudo, com cerca de 4.300 diagnosticadas com câncer mamário. A quantidade e o tipo de bebida consumida não interferiu no aumento do risco relativo para o câncer de mama, mas entre as que bebiam em maior quantidade e frequência, o aumento do consumo teve correspondência direta com o aumento do risco para o câncer e a redução do consumo de bebida alcoólica interferiu de forma positiva na diminuição do risco.

Pode-se observar que as mulheres da pesquisa, na sua grande maioria, não têm o fumo e o álcool como fator de risco. Em relação à questão de hábitos nocivos à saúde, essas mulheres estão mais protegidas a um eventual câncer de mama.

Das mulheres pesquisadas que tiveram filhos, 92,30% delas amamentaram os mesmos. Em relação ao tempo de amamentação, 50,0% amamentaram entre 3 e 6 meses, 20,83% de 7 a 10 meses e 29,17% durante 1 ano ou mais. A relação existente entre a amamentação e o câncer de mama ainda é muito discutida, existindo muita controvérsia entre os estudiosos.

Laganá *et al.* (1990) realizaram estudos no período entre 1961 e 1980 relacionando o ato de amamentar e o câncer de mama. Seus estudos

demonstraram que a amamentação não tinha relação com o câncer de mama.

Pesquisas realizadas no Hospital Erasto Gaertner, de Curitiba, no período entre 1973 e 1976, demonstraram que pacientes com períodos menores de amamentação tiveram maior incidência de câncer de mama e a maior faixa ficou com aquelas que não amamentaram ou amamentaram apenas até três meses (Filipak *et al.*, 1993).

Menke *et al.* (2000) relatam que as literaturas não oferecem dados contundentes para que se possa definir a lactação como fator protetor de risco ou sem influência carcinogênese mamária.

Estudos publicados no *International Journal of Epidemiology* (1999) demonstraram que a amamentação pode reduzir o risco de desenvolvimento de câncer de mama em até 30%. Este estudo inclui mulheres que amamentaram pelo menos um filho. Os resultados demonstraram que as mulheres entre 20 e 49 anos que amamentaram tiveram uma diminuição de 20% no risco de câncer de mama e as com idade entre 50 e 74 anos uma redução de 30%. Observaram, ainda, que a amamentação diminui o risco independente do número de filhos amamentados e idade materna na primeira e na última amamentação.

Diante destes dados, 92,3% das mulheres pesquisadas têm a amamentação como vantagem na possível diminuição de risco de apresentar o câncer de mama.

Em relação ao uso de anticoncepcional, 81,58% das mulheres não fazem uso de nenhum deles. Outro dado importante é que dessas mulheres 6 (19,35%) fazem uso de hormonioterapia. A utilização do anticoncepcional, para alguns autores, pode ser considerada como um dos fatores de risco para o câncer de mama, bem como a utilização da terapia de reposição hormonal.

Menke *et al.* (2000) relatam que a literatura não oferece dados contundentes em relação ao fator de proteção e fator de risco na carcinogênese mamária. Esses autores descrevem que o epitélio do ducto mamário apresenta atividade mitótica máxima durante a última fase do ciclo menstrual sob a influência combinada de estrogênio e de progesterona o uso de ACO, que contém ambos os hormônios, por 21 dias, promove um estímulo mais prolongado do que o fisiológico para o epitélio ductal mamário, aumentando teoricamente o risco para câncer de mama.

Em relação à reposição hormonal e a sua associação com o câncer de mama, Carreno *et al.* (1999) relatam que existem evidências na literatura entre estrogênios e câncer de mama e os fatores de

risco detectados são a menopausa tardia, menarca precoce, idade avançada da primeira gestação, presença de receptores hormonais em tumor de mama e resposta tumoral à manipulação hormonal.

Autores como Colditz (1993), Graham (1993), Stumberg (1991), Graham *et al.* (1995) *apud* Carreno *et al.* (1999) relatam que existem várias meta-análises na literatura, conduzidas com o intuito de esclarecer se há, ou não, uma maior incidência de câncer de mama em mulheres submetidas à reposição hormonal na menopausa (HTRM). Os resultados do Nurses Health Study apontaram para um câncer de mama com o uso prolongado de HTRM, especialmente se superior a 10 anos.

O *Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer*, em estudos epidemiológicos realizados em 21 países, concluiu que a mulher que utilizou a TRH tem aumentado o risco de ter câncer de mama, dependendo do tempo de uso dos hormônios. Ainda este estudo diz que o efeito da TRH se mantém por cinco anos após o término do uso dos hormônios. Ainda a avaliação de risco incluiu idade do diagnóstico do câncer, tempo decorrido da menopausa, massa corporal e paridade e idade da mulher no primeiro parto. Foi possível observar pelos dados que as mulheres que usaram TRH ou interromperam seu uso 1 a 4 anos antes, o risco relativo de ter câncer de mama foi de 1,023 por cada ano de uso. O risco relativo foi de 1,35 para mulher que usou TRH, por cinco anos ou mais. Este risco foi comparável ao retardo do início da menopausa, em mulheres que nunca usaram TRH, com um risco de 1,028 por ano em que a menopausa foi retardada. O câncer foi descoberto mais precocemente em mulheres que usaram TRH, fato que pode facilitar sua erradicação (Lancet, 1997).

A partir dessas pesquisas, pode-se observar que os estudos fazem a relação entre o câncer e o uso de hormônios. Entretanto, o uso controlado da TRH conjuntamente com a prevenção do câncer de mama são práticas que podem ser usadas com parcimônia e critérios.

Das 38 mulheres entrevistadas, apenas 13,16% realizam atividade física regularmente.

É sabido que basicamente qualquer atividade física realizada regularmente traz benefícios para a saúde, obviamente associados a práticas saudáveis e mudanças no estilo de vida.

Alguns autores discutem o efeito da atividade física como fator de proteção ao câncer. Menke *et al.* (2000) relatam que a atividade física é fator de proteção, pois faz com que ocorra a diminuição dos níveis de estrogênio e de progesterona, bem como da

atividade proliferativa das células da glândula mamária.

Em trabalho realizado na Holanda e publicado no *Journal of the Nacional Cancer Institute*, que estudou a associação entre o câncer de mama e a atividade física, observou-se uma redução do risco de câncer de mama nas mulheres que fazem algum tipo de atividade física de no mínimo 4 horas semanais, da ordem de 37%. A eficácia da atividade física como benefício à saúde é indiscutível, mas de que forma exatamente ela previne o câncer ainda está baseado em hipótese. A hipótese de que a atividade física realizada regularmente desde a infância retarda a chegada da menstruação e conseqüentemente os ciclos ovulatórios é uma das respostas. Outra seria de que os exercícios físicos melhoram o sistema imunológico ao estimular a produção de células que atacam microorganismos nocivos quando estes entram no organismo (I life, 2001).

Ainda associado à atividade física, tem-se a dieta com papel importante na gênese do câncer. Mendonça e Teixeira (1998) relatam que pode haver uma associação entre a dieta gordurosa e o câncer de mama. Outros autores, como Menke *et al.* (2000), dizem que a dieta rica em gordura animal e pobre em fibras e em vitaminas são fatores considerados de risco para o câncer de mama.

No que se refere aos casos de câncer na família, foram encontrados 15,79% das mulheres com história direta de câncer de mama.

Autores como Menke (2000) e Laganá (1990) consideram a presença de casos de câncer na família como um fator de risco.

De acordo com trabalhos realizados por Massey (1986), citado por Laganá (1990), as mulheres que têm antecedentes familiares de câncer de mama, tornam-se mais atentas em relação ao auto-exame e também se tornam mais susceptíveis ao problema.

Para Menke *et al.* (2000), a história familiar de câncer de mama como fator de risco aumenta quando os parentes são em primeiro grau como mães, irmãs e filhas. Este risco aumenta em 1,5 a 2,0 para desenvolvimento da doença com o grau de parentesco, número de membros afetados, precocidade do aparecimento do tumor e/ou se esse for bilateral no parente afetado (Tabela 1).

Outro dado importante associado à história familiar é a presença dos genes BRCA₁ e BRCA₂, que aumentam a chance de se desenvolver a doença.

Segundo Wooster *et al.* (1994), citado por Barreto e Carmo (1998), os familiares que apresentam o gene BRCA₁ localizado no cromossomo 17q21 apresentam 63,0% de um maior risco na ocorrência da doença e um menor risco nas famílias

possuidoras dos genes BRCA₂, localizado no cromossomo 13q12-13.

Tabela 1. Riscos associados à história familiar de câncer de mama.

	Risco durante a vida	Risco absoluto (%)	Risco relativo
População em geral	1:12	08	01
Parente em primeiro grau afetado (mãe), (irmã ou filha) após os 55 anos.	1:8	12	1,6
Parente em primeiro grau afetado (mãe, irmã ou filha) entre 45 e 55 anos.	1:6	18	2,3
Parente em primeiro grau afetado (mãe, irmã ou filha) antes dos 55 anos.	1:3	30	3,8
Parente em primeiro grau com câncer de mama bilateral	1:2	50	6,4

Fonte: Menke et al. (2000).

Das 38 mulheres pesquisadas, 78,90% já realizaram a mamografia. A mamografia, sem dúvida, é o melhor método de detecção do câncer de mama.

Segundo Menke et al. (2000), os exames por imagem são importantes por dois motivos: primeiro, que existem evidências que o tratamento e diagnóstico precoce aumentam a possibilidade de cura, e, segundo, a detecção de lesões pequenas incrementa a cirurgia, evitando a mutilação.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Mastologia (2001), o esquema para o rastreamento do câncer de mama é a realização de uma mamografia de base entre 35 e 40 anos, seguida de mamografia a cada dois anos entre 40 e 50 anos e anualmente após os 50 anos.

Em pesquisa realizada por Souen (1999) por meio da realização de 2.301 exames mamográficos realizados em mulheres sem tumor palpável, foram encontrados 2,04% (47) imagens suspeitas; destas, 21 (44,7%) diagnosticou-se carcinomas.

Segundo Cooper (1994), citado por Souen (1999), a sensibilidade do método em relação à descoberta de cânceres situa-se entre 89,0% e 95,0%. A mamografia é a melhor forma de detectar precocemente o câncer de mama. Graças a ela, em 85% das ocasiões é possível realizar cirurgias conservadoras, com os reais benefícios que tal procedimento traz e ainda permite uma maior sobrevida e melhor qualidade de vida às mulheres que se submetem rotineiramente à sua execução (Souen, 1999).

Auto-exame das mamas

Como não existem medidas de prevenção primária, ou seja, não há como prevenir o câncer de mama, é absolutamente relevante que se aprimorem os meios de detecção precoce da patologia.

Pesquisas realizadas pelo Instituto Nacional do Câncer (2000) indicam um impacto significativo do auto-exame das mamas na detecção do câncer, registrando-se tumores menores e menos linfonodos nas mulheres que fazem o exame regularmente. Também outro dado importante é a sobrevivência em cinco anos de 75,0% das praticantes do auto-exame das mamas e de 57% das não-praticantes.

Assim, o auto-exame das mamas se revela, entre outros meios de detecção do câncer, como um método eficiente e de baixo custo. Entretanto, sua eficiência vai depender de como e quando a mulher o realiza. Sua realização de forma correta, porém esporadicamente, será tão ineficiente quanto a realização em tempo certo de maneira incorreta.

Esta pesquisa demonstrou que a atividade de detecção precoce foi ineficiente. Das mulheres entrevistadas, 97,37% responderam que não só sabiam da importância do auto-exame, como sabiam realizá-lo. Entretanto, 26,32% delas tinham dúvidas em relação ao auto-exame, o que permitiu afirmar, neste caso a ineficiência da detecção precoce por meio do auto-exame das mamas. Constatou-se que das 78,95% das mulheres que realizaram o auto-exame, apenas 23,68% o fizeram mensalmente, e 55,26 só o realizaram esporadicamente. Também um percentual elevado de mulheres, 21,06%, nunca realizaram o auto-exame.

O auto-exame das mamas, preconizado como forma de detecção precoce do câncer, é aquele realizado mensalmente, de forma correta em época correta. Dessa forma, pode-se considerar aqui que 55,26% das mulheres pesquisadas não realizaram o auto-exame, conforme orientação dos programas de prevenção.

Filipack et al. (1993) relatam que pacientes que praticam o auto-exame mais frequentemente apresentaram tumores pequenos e um estágio clínico mais favorável da doença em relação as que nunca praticaram o auto-exame.

Para Igiski e Sant'ana (2000), o câncer de mama é difícil de ser prevenido, mas a sua detecção precoce apresenta maiores possibilidades no tratamento. Segundo esses autores, em 60% dos casos diagnosticados precocemente, foi a própria mulher que o detectou no momento da realização do auto-exame.

Segundo Filipack et al. (1993), pacientes que nunca praticam o auto-exame geralmente apresentam tumores maiores do que aquelas que praticam mensalmente. Existe, também, uma relação entre o tamanho do tumor primário e a presença de linfonodos metastáticos. As mulheres que realizam o

auto-exame de mama apresentam uma porcentagem menor de linfonodos axilares metastáticos.

A realização periódica do auto-exame das mamas é de suma importância na prevenção e detecção precoce do câncer, reduzindo, assim, a morbimortalidade da mulher.

A não realização do auto-exame das mamas está associado a alguns fatores, como medo, dificuldade de distinguir entre a mama normal e os nódulos e a falta de conhecimento em relação à técnica correta.

O auto-exame de mama é de fácil execução, podendo ser realizado por qualquer mulher, pois é fácil de aprender, simples e que não requer nenhuma tecnologia. Apenas deve ser realizado mensalmente e no período após a menstruação (cinco dias), ou um dia do mês para as mulheres na menopausa.

A definição de período diz respeito à facilidade de examinar as mamas, período pós-menstruação que é ausente de edema e dor causado pela atuação dos hormônios.

Nesta pesquisa, as mulheres não se importavam muito com o período, e 5,26% realizavam no período menstrual, 21,06% no pós-menstrual e 65,79% não se preocupavam com o período.

A não-realização do auto-exame das mamas está associada ao medo e à falta de conhecimento de como se realiza a técnica.

De acordo com Box, citado por Laganá *et al.* (1990), o medo está relacionado com o impacto psicossocial do câncer. Este autor acredita que a palavra câncer evoca uma resposta emocional. Autores como MacLendon, Styrd e Strelnick, citados por Laganá *et al.* (1990), dizem que o medo da mulher em saber sobre um câncer de mama é o que as motiva tanto para a aderência ao auto-exame como para a sua negação absoluta e que, portanto, é com o medo que se deve programar métodos educacionais de prevenção.

Considerações finais

As neoplasias de um modo geral vêm tendo um incremento considerável nas últimas décadas, sendo uma das responsáveis pelas altas taxas de mortalidade. Nas mulheres, o câncer de mama tem se revelado uma das principais causas de morte.

O câncer com seu estigma de doença degenerativa, que se faz acompanhar da dor, sofrimento, longo calvário e sentença definitiva de morte, se transforma num tabu para a população em geral.

O câncer de mama, que além de tudo isso, ainda carrega consigo a agressividade da mutilação, influenciando na auto-estima, tende a ser de certo modo

ignorado pelas mulheres. Isso tem propiciado um aumento de sua incidência e permitido uma estimativa pessimista com a taxa de mortalidade de 97,8 por 100.000 mulheres. Acrescenta-se a essas condições a impossibilidade de se prevenir a doença e tem-se o terreno propício para se ignorar o seu risco, ou para se atuar de modo a diminuir sua agressividade, proporcionando uma expectativa de vida maior e com mais qualidade.

Se a prevenção é impossível, a detecção precoce é a arma que se tem para lutar contra essa insidiosa moléstia que agride o corpo e a alma da mulher. Dentre as atividades de detecção precoce do câncer de mama, o auto-exame das mamas é a técnica barata, eficiente e de fácil realização. Entretanto, a adesão ao auto-exame das mamas é baixa e está relacionada aos fatores anteriormente citados.

Todavia, deve-se e pode-se considerar a prática de auto-examinação das mamas como mais uma atividade de saúde, como tantas outras que a mulher desenvolve.

Assim, é necessário entendê-la como uma prática educativa, como um hábito a ser criado e estimulado durante toda a vida. Isso não é uma tarefa fácil como pode à primeira vista parecer. Entretanto, não pode ser visto como algo impossível de se alcançar.

Para o alcance deste objetivo, é preciso a união e o envolvimento de todos os profissionais da saúde. É necessário que esses profissionais tenham uma visão preventiva e não uma visão curativa para que possam atuar de modo efetivo na detecção precoce de uma doença que tem levado à morte.

Difundir e estimular hábitos de saúde são atividades intrinsecamente ligadas às próprias concepções e vivências de saúde. Isso, na realidade, quer dizer que quem orienta e educa para a saúde deve acreditar e praticar os preceitos ensinados. A velha máxima de que se educa pelo exemplo encontra aqui sua justificativa.

Esta pesquisa revelou o quanto essa realidade está distante, isto porque as profissionais de saúde aqui entrevistadas, apesar de declararem conhecer a importância e de saberem realizar o auto-exame, não o executam de forma e tempo corretos. Um percentual grande tem dúvidas em relação ao auto-exame, a maioria o realiza esporadicamente e muitas não o realizam. É possível inferir dos resultados, que essas profissionais de saúde desconhecem a técnica do auto-exame e como consequência não o realizam com a constância necessária, tornando-o assim ineficaz como procedimento de detecção precoce.

Mais ainda, pode-se inferir que essas profissionais não tenham atentado sobre a

importância da orientação para o auto-exame com suas clientes no seu cotidiano de trabalho.

O presente estudo mostrou que a maioria das mulheres profissionais de saúde não desenvolveu hábitos preventivos em relação ao câncer de mama. Isso é um dado importante visto que essas profissionais têm uma função educativa, de prevenção de doença, de promoção à saúde, que acaba prejudicada em função do seu comportamento em saúde.

Em relação à mulher, é preciso que todo profissional de saúde, em especial a mulher, esteja preparado para orientar quanto ao auto-exame e principalmente que acredite neste procedimento como um meio eficaz de detecção precoce de neoplasias mamárias.

A educação em saúde deve ser compreendida como um trabalho conjunto e a longo prazo. Formar hábitos saudáveis e abandonar hábitos agressivos à saúde demanda tempo, paciência e exigem dispêndio de todos. Entretanto, os resultados sem dúvida vão compensar todo o investimento.

Desse modo, sugere-se um incremento nas atividades da população pesquisada no sentido de envolvê-la em ações voltadas para a prevenção e educação em saúde. Para tanto, é preciso capacitá-la para isso, por meio de seminários, cursos e orientações multiprofissionais.

Referências

- BARRETO, M. L.; CARMO, E. I. Tendências recentes das doenças crônicas no Brasil. In: LESSA, I. *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade-epidemiologia das doenças crônicas não-degenerativas*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1998. cap. 1, p. 15-27.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA/M.S., p. 13-28, 1998.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, p. 28-57, 2000.
- CARRENO, M. S. R. et al. Reposição hormonal e câncer de mama. *Ver. Soc. Bras. Cancerol.*, São Paulo, v. 7, p. 41-8, 1999.
- COSTA, J. S. D. et al. Avaliação da prática do auto-exame e exame físico de mama na cidade de Pelotas-RS. *R.B.G.O.*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 621-630, 1995.
- FILIPAK, R. M. A. et al. Câncer de mama - diagnóstico precoce. *Femina*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 93-113, 1993.
- GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1996.
- HALLAL, J. C. The relationship of health beliefs, health locus of control and self-concept to the practice of breast self-examination in adult women. *Nursing Research*, Washington, DC, v. 31, p. 137-142, 1982.
- HANKEY, B. F. et al. Trends in breast cancer in younger woman in contrast to older woman. *J. Natl Cancer Inst monograph*, v. 16, [s.l.] p. 7-14, 1994.
- HATSBACH, S.B.B. Estudo dos fatores epidemiológicos do câncer de mama do Hospital Erasmo Gaertner. *Revista Médica do Paraná*, Curitiba, v. 38, p. 74-78, 1978.
- IGISKI, C.B; SANT'ANA, R. Grupo de apoio à mulher mastectomizada. *Rev. Nursing*, São Paulo, n. 22, ano 3, p. 01-02, 2000.
- ILIFE – Os benefícios de ser ativa. Disponível em www.ilife.com.br/newhometaf.cfm.idmateria=197fid_area=9. Acesso em 01/04/2001.
- JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY. Disponível em: http://www.sempreemforma.com.br/vida_saudavel/suasau_de/ss-gestant/amament-dimin. Acesso em: 26/3/2001.
- JOURNAL OF THE NATIONAL CANCER INSTITUTE. Disponível em: http://www.ilife.com.br/newhometaf.cfm?id_materia=197&id_area=9 Acesso em: 1/4/2001.
- KROMAN, N. *Idade e câncer de mama*. Brit. M. J. 19/02/2000;320;474-79. Disponível em: http://www.uol.com.br/intramed/artigos/idade_cancer.htm Acesso em 31.03/2001.
- LAGANÁ, M. T. C. et al. Auto-exame de mama: identificação dos conhecimentos, atitudes, habilidades e práticas requeridas para elaboração de propostas educativas. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 281-299, 1990.
- LANCET;11/10/97;350:1047-59. *O collaborative group on hormonal factors in breast cancer*. Disponível em: <http://www.uol.com.br/intramed/artigos/mamhorm.htm> Acesso em: 31/3/2001.
- MENDONÇA, G. A. S.; TEXEIRA, M. T. B. Epidemiologia do câncer no Brasil. In: LESSA, J. *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1998. MENKE, C. H. et al. *Rotinas em mastologia*. Porto Alegre: Artes Médias, 2000.
- MORAES, M. F. A mortalidade por câncer de mama no Brasil. *Ver. Soc. Bras. Cancerol.*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 2, p. 01-02, 1998.
- NASAJON, L. W.; BALEM, J. L. A evolução do câncer de mama na mulher jovem – uma revisão da literatura. *Femina*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 745-747, 1999.
- NOVAES, C. et al. *Impacto do alcoolismo em mulheres: repercussões clínicas*. Disponível em: [http://www.hcnet.usp.Br/ipq/revista/27\(1\)/artigo27\(16\).htm](http://www.hcnet.usp.Br/ipq/revista/27(1)/artigo27(16).htm). Acesso em : 8/4/01.
- PERDICARIS, A. M. Formação profissional e educação em cancerologia. *Rev. Soc. Bras. Cancerol.*, São Paulo, n. 9, p. 6-7, 2000.
- PIATO, S. *Diagnóstico e terapêutica em mastologia*. 2 ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Atheneu. 1988.
- PINOTTI, J. A.; FAUNDES, A. *A mulher e seu direito à saúde: por uma política de saúde no Brasil*. São Paulo: Manole, 1988.

- SANTOS, F. C.; LIMA, D. B. *Tabaco, prazer, coração e a mulher*. Disponível em: www.moreirajr.com.br/RBGO/rbmgo1099/rbmtabaco.htm. Acesso em :26/03/2001.
- SIMONTON, O. C. *et al. Com a vida de novo - uma abordagem de auto ajuda para pacientes com câncer*. 5 ed. São Paulo: Summus, 1987.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. *Prevenção do câncer de mama*. Disponível em www.sogimig.org.br Acesso em 06/03/2001.
- SOUEN, J. Detecção precoce do câncer de mama. *Femina*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 609-610, 1998.
- SOUEN, J. Lesões precoces no câncer de mama - diagnóstico e conduta. *Rev. Soc. Bras. Cancerol.*, São Paulo, n. 7, p. 24-29, 1999.
- TESSARO, S. *et al.* Contraceptivos orais e câncer de mama: estudo de casos e controles.. *Rev. Saude Publica*, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 35-38, 2001.
- WOOD, G. L; HABER, J. *Pesquisa em enfermagem- métodos, avaliação crítica e utilização*. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- Received on April 2, 2003.*
- Accept on June 16, 2003.*