



## **Análise de medidas de prevenção secundária do câncer de mama em mulheres**

### **Analysis of secondary prevention measures for breast cancer in women**

**Daiane Naiara Bento<sup>1</sup>; Jéssica Luciana Murakami Simões<sup>1</sup>; Ligia de Sousa<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Centro Universitário UNIFAFIBE – Bebedouro/SP

daiane\_bento@hotmail.com; jessica.btos@gmail.com; ligia.sousa@hotmail.com

**Abstract.** *Objective: To identify the practice of conducting secondary prevention measures of breast cancer in women working in a Higher Education Institution in the city of Bebedouro/SP. Methods: Cross-sectional survey and descriptive. The population of study was composed of women between 18 and 60 years, working UNIFAFIBE University Center. We used a self-application questionnaire for data collection, with behavioral, biological and related practices of secondary prevention of breast cancer information. Results: The achievement of self-examination and clinical examination was reported by 83.6% and 86.7% of the study participants, respectively. The mammogram was reported by 36.6% and ultrasound for 30% of participants. Conclusion: women perform preventive measures for breast cancer frequently, enabling earlier diagnosis of the condition.*

**Keywords.** *breast cancer, secondary prevention, woman health, public health, physiotherapy.*

**Resumo.** *Objetivo: identificar a prática da realização de medidas de prevenção secundária do câncer de mama em mulheres trabalhadoras de uma Instituição de Ensino Superior na cidade de Bebedouro/SP. Metodologia: pesquisa do tipo transversal e descritiva. A população do estudo foi composta por mulheres entre 18 e 60 anos, trabalhadoras do UNIFAFIBE. Foi utilizado um questionário auto-aplicativo de coleta de dados, com informações comportamentais, biológicas e relacionadas às práticas de prevenção secundária do câncer de mama. Resultados: A realização do autoexame e do exame clínico foi relatada por 83,6% e 86,7% das participantes, respectivamente. A mamografia foi relatada por 36,6% e o ultrassom por 30%. Conclusão: mulheres realizam medidas de prevenção de câncer de mama com frequência, possibilitando um diagnóstico precoce da patologia.*

*Palavras-chave.* câncer de mama, prevenção secundária, saúde da mulher, saúde pública, fisioterapia.

## Introdução

Estima-se que, no mundo, ocorra cerca de 1 milhão de novos casos de câncer de mama por ano, sendo a primeira causa de morte por câncer entre as mulheres com mais de 35 anos. São esperados 52.680 acometimentos de câncer da mama no país por ano (INCA, 2013).

A etiologia do câncer de mama envolve uma interação de diversos fatores de risco, dificultando um estudo mais adequado, pela dificuldade em se isolar um único fator e calcular sua verdadeira relação com o câncer de mama. Além dos fatores endógenos como idade, menarca precoce, menopausa, história familiar e reprodutiva (nuliparidade) e doença benigna prévia, muitos fatores exógenos são caracterizados como de risco. Dentre estes, estão incluídos fatores relacionados ao uso de anticoncepcional hormonal e de terapia de reposição hormonal, dieta, exposição à radiação ionizante e consumo moderado de álcool e tabagismo (MATOS et al., 2011; INUMARU et al., 2011).

O tratamento para o câncer de mama, na maioria dos casos, apresenta indicação cirúrgica, que depende do estadiamento clínico e do tipo histológico do tumor, podendo ser conservadora com a ressecção de um segmento da mama ou não conservadora (mastectomia), que consiste na retirada de toda a mama (JAMMAL et al., 2008; MAKLUF et al., 2006). Associada as cirurgias de câncer de mama, muitas vezes é necessária a linfadenectomia axilar parcial ou total, que geram diversas complicações, alterações funcionais e sequelas para as mulheres submetidas a essa conduta terapêutica, tais como: deiscência cicatricial, fibrose tecidual, síndrome da mama fantasma, alterações respiratórias, diminuição da amplitude de movimento, dores e linfedema do membro superior, além de retrações cicatriciais e quelóides, o que limita ainda mais a amplitude de movimento do membro superior homolateral à intervenção cirúrgica (MELO et al., 2011).

Entretanto, quando detectado inicialmente, o câncer de mama tem um índice de 90% de sucesso em seu tratamento, e quase sempre não é preciso ser extirpada a mama toda, possibilitando tratamentos menos agressivos e mais conservadores, com menores índices de mutilações e transtornos emocionais (INCA, 006).

O diagnóstico de câncer de mama pode ser feito pelo exame clínico e confirmado por outros exames complementares, como a mamografia, a ultrassonografia e a ressonância magnética das mamas (CAMARGO, MARX, 2000; SILVA, RIUL, 2011). Cabe aos profissionais de saúde orientar as mulheres quanto à prática destes exames que podem diagnosticar um câncer de mama em estágio precoce, as quais seriam submetidas a procedimentos cirúrgicos menos agressivos, reduzindo as taxas de morbi-mortalidade (SILVA, RIUL, 2011). Todavia, cerca de 80% dos tumores de mama são descobertos pela própria mulher, por meio do auto-exame das mamas e, quando isso ocorre, já se apresentam em fase avançada da doença, o que dificulta o tratamento. Sendo assim, o aumento no número de casos de câncer de mama, associado ao diagnóstico tardio e às várias complicações pós-cirúrgicas mostram que o câncer de mama tornou-se um problema de saúde pública no Brasil (GUERRA, GALLO, 2005).

No sentido de evitar grandes complicações, estratégias de prevenção primária e secundária têm sido utilizadas com o objetivo de minimizar enfermidades, diagnosticá-las, tratá-las precocemente e reduzir seus efeitos na população, assegurando, a cada indivíduo, um

padrão de vida adequado à manutenção da sua saúde (MATOS et al., 2011, SCLOWITZ et al., 2005).

As ações de prevenção primária objetivam diminuir a incidência de uma doença em determinada população e reduzir o risco de surgimento de casos novos, prevenindo a exposição aos fatores que levam ao seu desenvolvimento. Já a prevenção secundária tem por finalidade alterar o curso da doença, uma vez que seu início biológico já aconteceu, por meio de intervenções que permitam sua detecção precoce e seu tratamento oportuno. Como medidas de prevenção secundária para o câncer de mama, destacamos o autoexame das mamas, o exame clínico, a mamografia e a ultrassonografia (THULER, 2003).

A prevenção e o diagnóstico precoce são as melhores maneiras de combater o câncer de mama, principalmente em mulheres acima de 35 anos, tanto em países em desenvolvimento como nos mais desenvolvidos. Além disso, há ainda uma falta de conhecimento na literatura acerca das práticas realizadas pelas mulheres em relação às medidas de prevenção do câncer de mama.

Desta maneira, o presente estudo visa identificar a prática da realização de medidas de prevenção secundária do câncer de mama em mulheres trabalhadoras de uma Instituição de Ensino Superior na cidade de Bebedouro/SP.

## **Materiais e Métodos**

Trata-se de uma pesquisa do tipo transversal e descritiva, com abordagem quantitativa. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário UNIFAFIBE, sob parecer nº 117.077 e todas as mulheres selecionadas que aceitaram participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este estudo foi realizado na cidade de Bebedouro/SP.

A população do estudo foi composta por mulheres na faixa etária de 18 a 60 anos, trabalhadoras do Centro Universitário UNIFAFIBE, nos setores de auxiliares de serviços gerais, auxiliares administrativos e agentes administrativos, alfabetizadas e com capacidade de compreensão do questionário. Foram excluídas mulheres que já desenvolveram e foram submetidas a tratamento de câncer de mama e homens. Todas as mulheres da referida instituição foram convidadas a participar da pesquisa.

Foi utilizado um questionário auto-aplicativo de coleta de dados, contendo questões referentes a aspectos sócio-econômicos, comportamentais e biológicos, relacionadas a fatores de risco de câncer de mama e de medidas de prevenção secundária: autoexame das mamas, exame clínico, mamografia e ultra-sonografia.

## **Análise dos Dados**

A análise estatística foi realizada pelo programa INSTAT, com nível de significância  $\leq 0,05$ . Foi realizada uma análise descritiva das informações coletadas, para reconhecimento e caracterização da população por meio de distribuição de frequência. Para a análise comparativa foi utilizado os seguintes testes:

- Regressão logística: associação entre variável dependente categórica (autoexame, mamografia, ultrassom e exame clínico das mamas) com uma variável independente quantitativa (idade);

- Qui-quadrado: correlação entre mamografia, autoexame, exame clínico e ultrassom das mamas com as variáveis estado civil, raça, atividade exercida, escolaridade, história de câncer familiar, uso de anticoncepcional e reposição hormonal. O teste também comparou a realização do autoexame das mamas com realização de mamografia, ultrassom e exame clínico e o fato da mulher saber realizar o autoexame e a realização do autoexame.

## Resultados

Participaram da pesquisa 30 mulheres, com idade média de 36 anos, 53,6% delas vivem com companheiro e 46,7% são solteiras ou divorciadas, 70% são da cor branca, 16,6% pardas e 13,4% negras. Quanto à escolaridade, 56,6% apresentam ensino superior completo, 26,6% médio completo, 10% fundamental completo, 3,4% médio incompleto e 3,4% superior incompleto. Noventa por cento das mulheres não apresentam histórico de câncer na família. A tabela 1 indica os dados comportamentais e biológicos das participantes do estudo, apresentados pela frequência e porcentagem.

A realização do autoexame das mamas e do exame clínico foi relatada por 83,6% e 86,7% das participantes do estudo, respectivamente. O autoexame e o exame clínico não apresentaram associação significativa com idade, estado civil, raça, atividade exercida, escolaridade, história de câncer na família, uso de anticoncepcional e uso de reposição hormonal.

Sobre a realização da mamografia, relatada por 36,6% e do ultrassom por 30% das participantes, foi observado associação significativa entre a idade e a mamografia ( $p < 0,001$ ) e entre idade e ultrassom ( $p = 0,01$ ), mostrando que quanto maior a idade, maior o hábito de realizar os exames de imagem. Não houve relação significativa entre estes exames e as demais variáveis estudadas.

Encontrou-se associação significativa entre saber realizar o autoexame e a realização do mesmo ( $p = 0,007$ ), mostrando que, mulheres que sabem realizar o autoexame, realmente o realiza. Também se observou associação significativa entre o hábito de realizar autoexame e a realização da mamografia ( $p = 0,001$ ) e entre a realização de autoexame e do ultrassom ( $p = 0,004$ ).

## Discussão

Como resultado da pesquisa, observou-se que as mulheres questionadas neste estudo tinham uma idade média de 36 anos, mostrando que a maioria não tinha ultrapassado a faixa etária de 40 anos.

De acordo com os resultados de Scowitz et al. (2005), em pesquisa sobre condutas de prevenção secundária e fatores associados ao câncer de mama, foi observado que o nível socioeconômico é um importante fator determinante para a menor ou maior realização das condutas preventivas. Na presente pesquisa não foi possível realizar esta observação, pois a maioria das mulheres apresentava nível de escolaridade semelhante e não foi avaliado o nível socioeconômico das mesmas.

Por sua vez, a história familiar de câncer de mama sugere um aumento no estímulo às práticas preventivas (MATOS et al., 2011). Neste estudo, poucas mulheres relataram a presença de história de câncer de mama na família, apenas 10% das mulheres avaliadas tinham parentes que já apresentaram ter o câncer de mama. Com isso, não foi possível observar a relação entre a prática de medidas preventivas e a história familiar. De acordo com

a literatura, a predisposição genética é um importante fator para o surgimento do câncer de mama. Observa-se um risco aumentado em mulheres com casos da doença em familiares próximos (mãe, irmã ou filha). Este risco é especialmente elevado quando o familiar tem câncer antes dos 50 anos de idade e em ambas as mamas (THULER, 2011)<sup>12</sup>.

Segundo Guerra et al. (2005), o câncer de mama e seus fatores de risco encontram-se relacionados ao processo de industrialização, além de outros, tais como baixa paridade, idade precoce da menarca e tardia da menopausa, obesidade e consumo de álcool. Neste estudo, nenhum dos fatores acima citados apresentou relação com a realização de medidas de prevenção secundária do câncer de mama. Infere-se que esta falta de associação se deve ao fato das mulheres entrevistadas desconhecerem estes fatores como risco para o câncer de mama e, desta maneira, não buscam as medidas de prevenção (KIM et al., 2011).

Em relação há saber realizar o autoexame de mama, o resultado foi positivo em 83,6% das mulheres. Observou-se que o fato de saber realizar o autoexame apresentou relação significativa com a realização do mesmo. Vale ressaltar que, muitas mulheres relatam não realizar o autoexame das mamas por preguiça, esquecimento e algumas por medo de encontrar algum tipo de nódulo (NASCIMENTO et al., 2009). Para Farah (1995), a simples ideia de que algo em nosso corpo mudará fora de nossa vontade, como a necessidade de retirar uma parte da mama, é muito assustadora. Além disso, essa mudança no corpo implica uma reformulação na mente de sua imagem corporal. Esse temor pode fazer as mulheres agirem de maneira onipotente, preferindo pensar que nada acontecerá a elas (FARAH, 1995).

O autoexame sistemático das mamas tem sido recomendado desde a década de 1930 e foi incorporado nas políticas de saúde pública norte-americanas desde os anos 1950. Considerando-se que até 90% dos casos de câncer de mama são detectados pelas próprias mulheres, pode-se deduzir que a promoção do autoexame seja uma estratégia eficaz para sua detecção (THULER, 2003). Entretanto, algumas novas evidências científicas sugerem que o autoexame das mamas não é eficiente para o rastreamento precoce e não contribui para a redução da mortalidade por câncer de mama. Além disso, o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2006) não estimula o autoexame das mamas como estratégia isolada de detecção precoce do câncer de mama. A recomendação é que o exame das mamas pela própria mulher faça parte das ações de educação para a saúde que complementem o conhecimento do próprio corpo, não substituindo o exame físico realizado por profissional de saúde qualificado para essa atividade ou exames de imagem (INCA, 2006).

O rastreamento de nódulos mamários deve ser feito por meio do exame clínico da mama, para todas as mulheres a partir de 40 anos de idade, realizado anualmente. Este procedimento é ainda compreendido como parte do atendimento integral à saúde da mulher, devendo ser realizado em todas as consultas clínicas, independente da faixa etária. O exame clínico da mama é parte fundamental da propedêutica para o diagnóstico de câncer. Deve ser realizado como parte do exame físico e ginecológico, e constitui a base para a solicitação dos exames complementares (INCA, 2006). Nesta pesquisa houve um elevado índice de mulheres que receberam o exame clínico nas mamas na última consulta. Ainda assim, vale ressaltar que este número deveria ser de 100%, pois faz parte do atendimento integral da mulher.

Em relação à mamografia, 36,6 % das mulheres realizaram ao menos uma vez na vida, aparentemente, um número pequeno, todavia, a maioria das mulheres do estudo é jovem. A mamografia é apontada como o principal método diagnóstico do câncer de mama em estágio inicial, capaz de detectar alterações ainda não palpáveis e favorecer o tratamento precoce, mais efetivo, menos agressivo, com melhores resultados estéticos e eventos adversos reduzidos (SCLOWITZ et al., 2005, CHALA, 2007). No Brasil a recomendação para as mulheres de 50 a 69 anos é a realização da mamografia a cada dois anos e do exame clínico das mamas anual (INCA, 2006).

A ultrassonografia é considerada adjunto à mamografia e ao exame clínico, exame eficaz para o diagnóstico de doenças mamárias e método de escolha para avaliação por imagem das lesões palpáveis em mulheres com menos de 35 anos (NASCIMENTO et al., 2009; CHALA, BARROS, 2007). Trinta por cento das mulheres já haviam realizado o exame de ultrassonografia ao menos uma vez na vida. Dado este justificado na pergunta seguinte, pois elas também foram questionadas sobre a detecção de algum tipo de nódulo na mama, e 16,6 % das entrevistadas relataram já ter sido diagnosticada com nódulos benignos em mama, e 3,4% dessas mulheres já haviam realizado algum tipo de procedimento cirúrgico em mama. O achado de nódulo palpável na mama ou no rastreamento por imagem é fator de impacto emocional para a maioria das pacientes, em parte pelo maior acesso às informações e campanhas de conscientização sobre o câncer de mama, cujo tratamento apresenta efeitos negativos na imagem pessoal e na sexualidade (CHALA, BARROS, 2007; Nazário ET AL., 2007).

O diagnóstico de câncer tem, geralmente, um efeito negativo na vida da pessoa que o recebe, seja pelo temor às mutilações e desfigurações que os tratamentos podem provocar, seja pelo medo da morte ou pelas muitas perdas, nas esferas emocional, social e material, que quase sempre ocorrem. Portanto, a atenção ao impacto emocional causado pela doença é imprescindível na assistência ao paciente oncológico.

### **Considerações Finais**

Conclui-se que a maioria das mulheres pesquisadas realiza medidas de prevenção de câncer de mama com frequência, possibilitando um diagnóstico precoce da patologia.

### **Referências**

- CAMARGO, M.C., MARX, A.V. Reabilitação física no câncer d mama. 1ª ed. São Paulo: Roca, 2000.
- CHALA, L.F., BARROS, N. Avaliação das mamas com métodos de imagem. Radiol Bras [online], v.40, n.1, p.4-6, 2007.
- FARAH, R.M. Integração psicofísica: o trabalho corporal e a psicologia de C. G. Jung. São Paulo: Robe Editorial, 1995.
- GUERRA, M.R., GALLO, C.V.M., Mendonça, G.A.S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. Rev Bras Cancerol, v. 51, n.3, p.227-34, 2005.
- INCA [homepage]. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. Tipos de câncer: mama. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2013-A. [acesso 22 Mar. 2013]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama.2013>.
- INCA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Programa nacional de controle do câncer do colo do útero e de mama. INCA, Rio de Janeiro. 2006.
- INUMARU, L.E., SILVEIRA, E.A., NAVES, M.M.V. Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma revisão sistemática. Cad Saude Publica, v.27, n.7, p.1259-70, 2011.

JAMMAL, M.P., MACHADO, A.R.M., RODRIGUES, L.R. Fisioterapia na reabilitação de mulheres operadas por câncer de mama. *O Mundo da Saúde*, p. 32, n.4, p.506-10, 2008.

KIM, D.D., ARAUJO, A.L.L., TSAI, A.I.A., KOJIMA, F.H., TAKASHIMA, J.S.I., OTSUKA JUNIOR, L.F. et al. Saber é prevenir: uma nova abordagem no combate ao câncer de mama. *Ciênc saúde coletiva*, v.15, n.1, p.1377-81, 2011.

MAKLUF, A.S.D., DIAS, R.C., BARRA, A.A. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. *Rev Bras de Cancerol*, v.52, n.1, p.49-58, 2006.

MATOS, J.C., PELLOSO, S.M., CARVALHO, M.D.B. Fatores associados à realização da prevenção secundária do câncer de mama no município de Maringá, Paraná, Brasil. *Cad Saúde Publica*, v.27, n.5, p.888-98, 2011.

MELO, M.S.I., MAIA, J.N., SILVA, D.A.L., CARVALHO, C.C. Avaliação postural em pacientes submetidas à mastectomia radical modificada por meio da fotogrametria computadorizada. *Rev Bras Cancerol*, v.57, n.1, p.39-48, 2011.

NASCIMENTO, T.G., SILVA, S.R., MACHADO, A.R.M. Auto-exame de mama: significado para pacientes em tratamento quimioterápico. *Rev Bras Enferm*, v.62, n.4, p.557-61, 2009.

NAZÁRIO, A.C.P., REGO, M.F., OLIVEIRA, V.M. Nódulos benignos da mama: uma revisão dos diagnósticos diferenciais e conduta. *Rev Bras Ginecol Obstet*, v.29, n.4, p.211-9, 2007.

SCLOWITZ, M.L., MENEZES, A.M.B., GIGANTE, D.P., TESSARO, S. Condutas na prevenção secundária do Câncer de mama e fatores associados. *Revista Saúde Publica*, v.9, n.3, p.340-49, 2005.

SILVA PA, RIUL SS. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. *Rev bras enferm [online]*, v.64, n.6, p.1016-21, 2011.

THULER, L.C. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. *Rev Bras Cancerol*, v.49, n.4, p.227-38, 2003.

## Tabelas

Tabela 1. Frequência (n) e porcentagem (%) dos dados comportamentais e biológicos das participantes do estudo.

Variáveis	n - %
<b>Anticoncepcional hormonal</b>	
Não usa	5- 16,6%
Já fez ou está fazendo uso	25- 83,4%
<b>Menopausa</b>	
Sim	4- 13,3%
Não	26- 86,7%

<b>Sabe realizar o autoexame de mama</b>	
Não	5- 16,4%
Sim	25- 83,6%
<b>Realiza o autoexame de mama</b>	
Não	6- 20%
Sim	23- 80%
<b>Última vez que realizou o autoexame</b>	
Há menos de um ano	21- 86,7%
Há mais de um ano	4- 13,3%
<b>Frequência que vai ao ginecologista</b>	
De 3 a 6 meses	11- 40%
Uma vez por ano ou mais	18- 60%
<b>Receberam orientações sobre o autoexame na última consulta</b>	
Não	12- 40%
Sim	18- 60%
<b>O exame clínico das mamas foi aplicado na última consulta</b>	
Não	4- 13,3%
Sim	26- 86,7%
<b>Já realizou uma mamografia</b>	
Não	19- 63,4%
Sim	11- 36,6%
<b>Já realizou ultrassom mamário</b>	
Não	21- 70%
Sim	9- 30%
<b>Já foi diagnosticada com nódulos benignos na mama</b>	
Não	25- 83,4%
Sim	5- 16,6%
<b>Já foi diagnosticada com nódulos malignos na mama</b>	
Não	30- 100%
Sim	0- 0%
<b>Já fez alguma cirurgia de mama</b>	
Não	29- 96,6%
Sim	1- 3,4%