

# REALIZAÇÃO DE EXAMES PREVENTIVOS DE CÂNCER DE MAMA POR MULHERES EM IDADE FÉRTIL NO MARANHÃO

Antonio da Costa Cardoso Neto<sup>1</sup>, Elza Lima da Silva<sup>2</sup>, Mônica Elinor Alves Gama<sup>3</sup>, Marcia Silva de Oliveira<sup>4</sup>

**Abstract** — *The control of breast cancer should prioritize prevention and early detection. We verify the performance of preventive screenings for breast cancer in women of childbearing age in Maranhão. This was a descriptive study with a quantitative approach, which evaluated the performance of preventive examinations in a sample of women aged 10 to 49 years. 3422 women were interviewed, distributed in 30 clusters (28 municipalities in the state) - this study presents data on 2309 women (67.5%). Of the respondents 30.3% reported practicing self-examination and 6.5% had undergone radiological examination of the breasts. Thirty percent reported the clinical examination of the breasts, and 18.2% held in Primary Care Family Health. We conclude that despite the self-breast examination, clinical examination and mammography are institutionalized measures known as preventive action for breast cancer in high-impact, Maranhão in the female population still recognize them and do not use.*

**Index Terms** — *Breast cancer. Examinations. Prevention.*

## INTRODUÇÃO

O câncer é um termo utilizado genericamente para caracterizar um grupo de mais de 100 enfermidades com diferenças e características próprias e que apresentam, fator comum, uma falha dos mecanismos de crescimento, proliferação e morte celular (LEITE, 2006). Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que ocorram mais de 1.050.000 de casos novos de câncer de mama em todo o mundo a cada ano, o que o torna mais comum entre as mulheres. No entanto, o câncer de mama é um dos tipos mais frequentes de neoplasias entre as mulheres, contribuindo com pouco mais de um milhão de casos novos em todo o mundo. Representa um dos principais problemas de saúde pública do planeta. Sua incidência aumenta com a idade. Mas pode ocorrer em qualquer faixa etária exceto na infância, nas três primeiras décadas de vida a incidência é

baixa, passando a aumentar significativamente a partir de então (STEVENS et al., 2002).

Internacionalmente tem se observado em países desenvolvidos da América e da Europa, um acentuado aumento da incidência do câncer de mama a cada ano, acompanhado de uma redução de mortalidade por esse câncer, o que está associado à detecção precoce por meio da introdução da mamografia para rastreamento da oferta de tratamento adequado dos casos (INCA, 2004).

No Brasil, este tipo de câncer assume uma importância cada vez maior, com aumento de casos novos e mortalidade estável ou crescente, inclusive para alguns tumores considerados evitáveis ou curáveis. O diagnóstico ainda é feito tardiamente, quando as chances de cura são bem menores, em especial na classe com menor poder aquisitivo (ABREU, 2002; LEITE, 2006). O câncer de mama em nosso país é o que mais causa mortes entre as mulheres (INCA, 2004; PEREIRA et al., 2005; GOMES, 2007; INCA, 2008). A estimativa 2008 revela que aproximadamente 49.400 casos novos da doença deverão ocorrer em 2008 e 2009 (INCA, 2008). No Estado do Maranhão, o câncer se constitui também, em um problema de saúde pública, foi estimado para 2008 que a cada 100.000 mulheres 9,74 casos ocorrerão no Estado (INCA, 2008).

O Ministério da Saúde através da Política Nacional de Atenção Oncológica contempla as ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas. A mesma deve ser organizada de forma articulada com o Ministério da Saúde (MS) e com as Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios (BRASIL, 2005).

A realização do Auto Exame das Mamas (AEM) não reduz a mortalidade por câncer de mama; as medidas destinadas à redução do estadiamento ao diagnóstico tendem a desenvolver um grande benefício generalizado em termos da sobrevivência das pacientes e dos custos do tratamento (FREITAS JÚNIOR et al, 2006). Trata-se de método que deve ser incentivado como parte integrante do processo de conscientização feminina, principalmente nas localidades

<sup>1</sup> Antonio da Costa Cardoso Neto, Bacharel em Enfermagem-UNICEUMA, com Especialização em Saúde do Idoso – LABORO/ Universidade Estácio de Sá/RJ, Doutorando em Saúde Pública pela Universidad de Ciencias Socialys y Empresarialys – Cidade de Buenos Aires – Argentina, [cardosoneto.gato@hotmail.com](mailto:cardosoneto.gato@hotmail.com)

<sup>2</sup> Mônica Elinor Alves Gama, Doutorado em Medicina pela Universidade de São Paulo, professora adjunta da Universidade Federal do Maranhão e diretora acadêmica do Instituto Laboro.

<sup>3</sup> Elza Lima da Silva, Doutoranda em Fisiopatologia Clínica e Experimental /Faculdade de Ciências Médicas - UERJ. Professora assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão. Atualmente, doutoranda do Programa Interinstitucional de Fisiopatologia Clínica (UERJ-UFMA).

<sup>4</sup> Márcia Silva de Oliveira, Biomédica, Doutoranda em Saúde Pública pela Universidad de Ciencias Socialys y Empresarialys – Cidade de Buenos Aires – Argentina.

onde não têm programas de rastreamento mamográfico (INCA, 2008).

Os Exames Clínicos das Mamas (ECM) até o presente momento, não tem apresentado evidências científicas incontestáveis de que sua prática promova a redução da mortalidade por câncer de mama, embora seja recomendado seu início pela Sociedade Americana de Câncer aos 20 anos de idade, com uma periodicidade trienal de até aos 39 anos, quando então deve ser realizado anualmente (THULER, 2003).

A Mamografia (MMG) é apontada como principal método diagnóstico do câncer de mama em estágio inicial, capaz de detectar alterações ainda não palpáveis e favorecendo, assim, o tratamento precoce, mais efetivo, menos agressivo, com melhores resultados estéticos e eventos adversos reduzidos (SCLOWITZ et al, 2005).

A prevenção secundária através de programas de rastreamento possibilita a detecção precoce da doença, evitando sua progressão para estágios avançados sendo assim, nos dias atuais, considerada uma medida importante no controle de câncer de mama. Este é definido como precoce quando diagnosticado nos estágios I e II, podendo ser tratado com a conservação da mama (AGUILLAR et al, 2003).

Nesse contexto cabe ao MS desenvolver de forma sistemática estratégias que auxiliem o processo e autonomia do sistema, contribuindo para a melhoria da qualidade da gestão estadual e municipal e garantindo um aporte de recursos financeiros federais para custeio das ações e serviços de saúde no Sistema Único de Saúde – SUS. De forma que priorize a transparência no processo de tomada de decisão, facilitando a criação de mecanismos de controle social eficazes, que contribuirão para a melhor qualidade de vida da população (BRASIL, 2008).

Pela insuficiência de pesquisa de base populacional sobre esse assunto no Estado, a presente pesquisa teve com objetivo estudar a realização de exames preventivos de câncer de mama em mulheres em idade fértil no Maranhão, considerando a prática do autoexame, exames clínico e radiológico das mamas.

## METODOLOGIA

Realizou-se estudo descritivo, quantitativo, sobre os exames preventivos de câncer de mama em mulheres em idade fértil no Maranhão, procedendo-se a coleta de dados nos meses de julho de 2007 a março de 2008. O processo de amostragem foi por conglomerados, em estágios múltiplos, com três etapas. Na primeira etapa foram sorteados os municípios, na segunda os setores censitários dentro de cada município e na terceira sorteados o ponto inicial dentro de cada setor, a partir do qual certo número de domicílios foi visitado.

O processo de amostragem teve início com a confecção de uma listagem acumulada de municípios do Estado e suas respectivas populações, a partir de dados do último Censo Demográfico do IBGE (estimativa para 2006). Foram

sorteados 30 conglomerados (para obtenção de uma distribuição normal) por amostragem sistemática com probabilidade proporcional ao tamanho, isto é, municípios com maior população tiveram maior probabilidade de serem escolhidos ou, inclusive de serem sorteados duas ou mais vezes, no sentido de que a amostra se aproximasse da distribuição populacional do Estado.

Após cálculo amostral, o número de mulheres incluídas no estudo foi de 3.422 (incluídos 10% de estimativa de perdas) nos

30 conglomerados, sendo entrevistadas 116 mulheres de 10 a 49 anos em cada conglomerado. Nesse artigo foram trabalhados dados relativos a 2.309 mulheres, o equivalente a uma amostra de 67,5% que se referem a dados revisados – sem inconsistência. Para atender os objetivos dessa pesquisa, instituiu-se como instrumento de coleta de dados variáveis que se encontram no questionário específico da mulher, contemplando dados relativos a características demográficas, socioeconômicas, antecedentes gineco-obstétricos, prática para detecção precoce do câncer de mama; realização de autoexame das mamas, exame clínico e mamografia. A digitação e o processamento de dados foram realizados utilizando-se o programa EPI-INFO do CDC-Atlanta-EUA (DEAN et al., 1990; BÓS, 2004). A frequência dos dados e resultados será demonstrada em gráficos e tabelas. O Projeto de Pesquisa “Situação de Saúde no Maranhão” foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Saúde do Estado sendo aprovado sem pendência. Foram observadas todas as recomendações das Portarias 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Tabela I

Distribuição numérica e percentual das 2.309 mulheres incluídas, segundo características demográficas e socioeconômicas. Maranhão, 2007

Variáveis	Nº.	%
Zona		
Rural	1163	50,4
Urbana	1146	49,6
Total	2309	100,0
Faixa etária:		
10 – 19	743	32,2
20 – 29	727	31,5
30 – 39	491	21,3
40 – 49	348	15,1
Total	2309	100,0
Escolaridade		
Não Alfabetizada	94	4,1
1 - 4 anos de estudo	705	30,5
5 - 8 anos de estudo	831	36,0
9 - 11 anos de estudo	601	26,0
12 anos e mais de estudo	78	3,4
Total	2.309	100,0

Sim	699	30,3
Desempregada	993	43,0
Outra Situação	617	26,7
<b>Total</b>	<b>2309</b>	<b>100,0</b>
<b>Situação conjugal</b>		
União consensual	1355	58,7
Solteira	865	37,5
Outro	89	3,8
<b>Total</b>	<b>2309</b>	<b>100,0</b>

Na Tabela I, pode-se observar os dados demográficos desse grupo, chamando a atenção para 50,4% de mulheres residentes na zona rural. Em concordância com Tonial (1997), 56,6% das mulheres do Estado do Maranhão p refere habitar na zona rural. É provável que a redução de 6,2% na população demográfica desse grupo nos últimos dez anos, pode estar direcionada a maior participação da mulher no mercado de trabalho e maior incremento de recursos tecnológicos no campo, contribuindo para o aumento do êxodo rural.

Nesse estudo, a idade das mulheres na faixa etária entre 10 - 29 anos foi de 1470 (63,7%). Estudos, realizados, com 663 mulheres em um centro de saúde em Campinas/ SP, foi observado que 42,1% tinham idade entre 40 e 50 anos (MARINHO, 2003). Esses dados sugerem a hipótese de que a maior concentração de mulheres em idade fértil no Estado é composta de adulto jovem; Com relação ao vínculo empregatício, 30,3% das mulheres que trabalham, cerca de 50% possuíam renda familiar inferior a um salário mínimo. Os referidos resultados demonstram baixo poder aquisitivo da população do Estado, o que poderá contribuir para má qualidade de vida das famílias. Quanto à escolaridade, 36% da população estudada têm 5 - 8 anos de estudo, enquanto 3,4% relatam ter 12 ou mais anos de escolaridade. O nível de conhecimento é importante para que as mulheres busquem mais saúde, se preocupem com uma boa qualidade de vida, quanto mais elevado for este nível, maior será o reflexo positivo na renda da família e consequentemente na expectativa de vida desse grupo (SMELTZER, 2005). Cerca de 58,7 % das mulheres referiram união consensual, isso reforça a hipótese de que a maioria das entrevistadas com escolaridade entre cinco a oito anos de estudos poderá está associado ao abandono da escola em função da união consensual, principalmente na zona rural onde há maior dificuldade de acesso à escola de nível médio

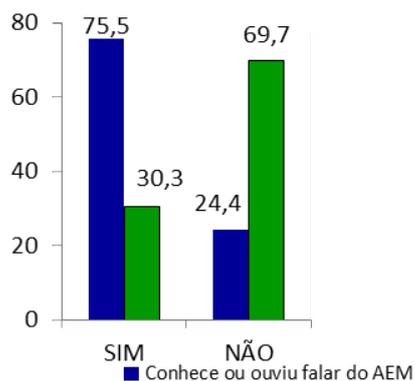


GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO NUMÉRICA E PERCENTUAL DAS 2.309 MULHERES INCLUÍDAS, SEGUNDO QUESTÕES RELATIVAS AO AUTOEXAME DAS MAMAS.

No Gráfico 1, observou-se que 1745 (75,6%) das mulheres referiram conhecer ou ter ouvido falar do autoexame das mamas, enquanto 699 (30,3%) referiram praticá-lo regularmente, das 24,4% e 69,7% respectivamente não conhecem e nem praticam o AEM. Estas cifras são relativamente semelhantes àquelas observadas em outros estudos realizados no Brasil. Em Natal/RN, um estudo realizado com 109 mulheres de 15 a 83 anos, entrevistadas a partir da cobertura de um hospital universitário, revelou que 75% relatam realizar autoexame das mamas (DARVIM, 2003). Em outro trabalho, realizado, com 505 mulheres atendendo a um centro de saúde em Belém / PA, foi observado que 96% conheciam o autoexame, mas apenas 22% o realizavam mensalmente (MONTEIRO, 2003) Em Goiânia/GO, em uma série de 2.073 entrevistadas sobre o conhecimento e prática do autoexame de mama, 75% referiram conhecê-lo, mas somente 51% o praticavam frequentemente (FREITAS JUNIOR, 2006) No entanto, cabe ressaltar que ainda é muito baixa a prática do AEM em comparação ao número de mulheres que o conhecem. Para o INCA (2008), o exame das mamas não deve substituir o exame clínico realizado por profissional de saúde treinado para essa atividade. Entretanto, o exame das mamas pela mulher ajuda no conhecimento do corpo e deve está contemplado nas ações de educação para a saúde.

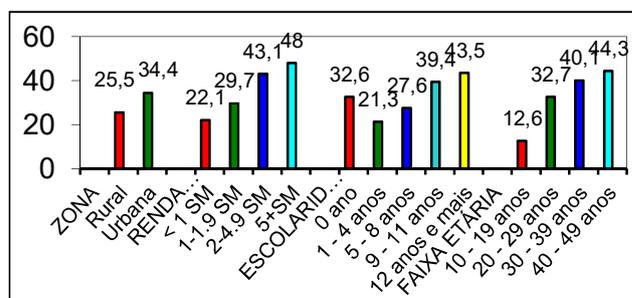


GRÁFICO 2 - DISTRIBUIÇÃO NUMÉRICA E PERCENTUAL DAS 2.309 MULHERES INCLUÍDAS, SEGUNDO CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS.

## PERCENTUAL DAS 2309 MULHERES INCLUÍDAS, SEGUNDO QUESTÕES RELATIVAS AO EXAME CLÍNICO DE MAMAS E CARACTERÍSTICAS SÓCIODEMOGRÁFICAS. MARANHÃO 2007.

No Gráfico 2, observa-se que os exames realizados por médico/enfermeiro no Estado, constatou que a minoria das mulheres entrevistadas, 30% referem realizar o ECM, enquanto 70% afirmaram que nenhum profissional de saúde havia lhes examinado os seios antes. Das mulheres que praticaram o ECM 18,2% referiram ter realizado na Unidade Saúde da Família (USF). Dos 30% das mulheres que fizeram o exame clínico das mamas, 25,5% residem na zona rural, enquanto 34,4% habitam em zona urbana. Em concordância com Tonial (1997), revelou que 28,3% das mulheres do Estado do Maranhão têm residência na zona urbana e apenas 20% na zona rural.

Neste estudo, observou-se que a realização do ECM aumenta de acordo com o poder aquisitivo das famílias, pois as mulheres que referiram renda igual ou superior a 5 salários mínimos, 48% fizeram o ECM, enquanto aquelas que apresentam renda inferior a 1 salário mínimo somente 22,1% o realizaram. De acordo com a escolaridade, constatou-se quanto mais elevado o grau de instrução, maior foi a realização do ECM com 43,5%. Semelhante a esses dados, observou-se também o aumento significativo da prática do ECM por mulheres de 40 – 49 anos com cerca de 44,3%, três vezes maior a prática realizada por mulheres entre 10 - 19 anos. Segundo Thuler (2003), o ECM deve iniciar aos 20 anos de idade, com uma periodicidade trienal de 39 anos. Para o INCA (2008), as mulheres de 40 – 49 anos devem fazer o exame anual das mamas, podendo ser realizado em todas as faixas etárias. O estudo de Scowitz (2005), em Pelotas/RS refere que de 879 mulheres de 40 a 69 anos, apresentou prevalência de 83,3% na realização do ECM.

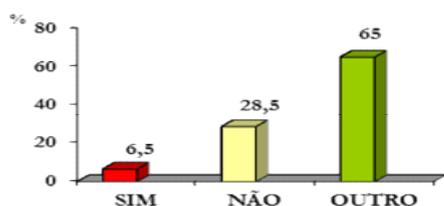


GRÁFICO 3: REALIZAÇÃO DE MAMOGRAFIA PELAS 808 MULHERES DE 35 A 49 ANOS. MARANHÃO 2007.

Em relação à realização de mamografia, observou-se que 658 (28,5%) (Gráfico 3) das mulheres entrevistadas referiram nunca terem feito, enquanto apenas 150 (6,5%) referiram terem realizado o exame, os outros 65% representam mulheres com idade inferior a 35 anos. Quanto à alfabetização, 3,5% só assinam. Neste estudo, notou-se que a MMG foi realizada duas vezes mais pelas mulheres que sabem ler e escrever em relação àquelas que só assinam. Quando se relacionou à frequência das mulheres que fizeram

MMG com a zona de moradia, identificou-se que 7,7% delas moram na zona urbana, enquanto 5,1% habitam na zona rural. Esses dados reforçam a hipótese de que o oferecimento desse exame para as mulheres são bem mais divulgados nas cidades em função do acesso aos diversos meios de comunicação. Estudo similar foi realizado por Melo (2007), neste estudo foi demonstrado que a idade em que se deve começar o rastreamento mamográfico é baseada na incidência de câncer de mama por faixa etária: 20 – 39 anos: 0,44%; 40-59 anos: 5,52%; 60 - 79 anos: 7,74%. Em outro trabalho realizado com 119 pacientes, com idade entre 29 e 79 anos no Instituto de Mastologia e Ginecologia do Hospital Beneficência Portuguesa – SP revelou que 44% das pacientes selecionadas e submetidas ao protocolo fisioterapêutico, ao final do tratamento apenas 3% do grupo “A” e 4% do grupo “B” evoluíram com linfodema. Refere-se que a intervenção precoce da fisioterapia, aplicada ainda no ambiente hospitalar, ajuda a prevenir as complicações pós-cirúrgicas, reabilita as pacientes mais cedo para as atividades diárias (PEREIRA, 2005). Foi disponibilizado pelo SUS a MMG para mulheres com idade entre 50 e 60 anos, com intervalo máximo de dois anos entre os exames; o exame clínico e mamografia anual, a partir de 35 anos, para mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama (INCA, 2008).

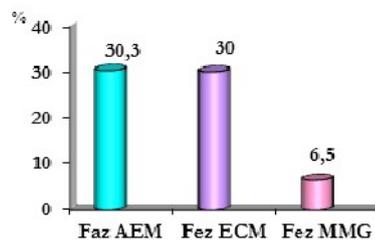


Gráfico 4 - REALIZAÇÃO DE EXAMES PREVENTIVOS DE CÂNCER DE MAMA PELAS 2.309 MULHERES EM IDADE FÉRTIL NO ESTADO. MARANHÃO 2007.

No Gráfico 4, observou-se que a realização dos exames preventivos de câncer de mama decresce à medida que a idade aumenta, isso sugere hipóteses de que a baixa cobertura da realização dos exames preventivos de câncer de mama no Estado pode estar ligados às dificuldades nas marcações de consultas no Sistema Único de Saúde (SUS). Como a procura pelos serviços oferecidos pelo SUS é bastante elevada, a quantidade de profissionais qualificados contratados pelos órgãos competentes para realizar os atendimentos ainda é insuficiente. Estas cifras sugerem que os conhecimentos dos exames podem estar ligados na sua maioria aos meios de comunicação, no Estado do Maranhão ainda são bastante escassos (TONIAL, 1997). A MMG foi o exame preventivo realizado com menor frequência com 6,5%.

## CONCLUSÃO

Pode-se concluir com o presente estudo que mais de 50% das mulheres em idade fértil residem na zona rural, grande parte são adultas jovens, com 5-8 anos de estudos e baixo vínculo empregatício, com elevado percentagem de união consensual. Quanto aos exames preventivos, a maioria das entrevistadas referiram conhecer o autoexame e um terço menciona praticá-lo, menos de um terço afirmaram fazer o exame clínico das mamas e a maioria delas referiu ter realizado em USF, e somente uma pequena parcela inferior a um décimo já fez mamografia antes. Os resultados aqui apresentados sugerem a necessidade de se ampliar o acesso às informações sobre os exames preventivos da mama para as mulheres – chamando a atenção para a necessidade da prática do autoexame e da disponibilidade de exames preventivo na rede pública de serviços de saúde. É necessário que medidas sejam implementadas para disseminar essas práticas que reduzem sobremaneira as taxas de câncer de mama.

## REFERENCES

- [1] ABREU, EK, Fatores prognósticos no câncer da mama feminina, Revista Brasileira de Cancerologia, Vol.48, n1., 2002, pp113-32.
- [2] AGUILLAR, Vera Lúcia Nunes; BAUAB, Selma de Pace. Rastreamento mamográfico para detecção precoce do câncer de mama. Revista Brasileira de Mastologia, Vol.13, n2., 2003.
- [3] BRASIL, MS, As Cartas da Promoção da Saúde, In: Conferencia Internacional sobre Promoção de Saúde em Ottawa, 1986. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://www.saúde.gov.br>>. Acesso em: 14 mar. 2008.
- [4] \_\_\_\_\_, Política Nacional de Atenção Oncológica, Brasília: CONASS, 2005.
- [5] \_\_\_\_\_, Controle dos cânceres do colo do útero e de mama. Brasília, 2006.
- [6] \_\_\_\_\_, Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://www.saúde.gov.br>>. Acesso em: 14 mar. 2008.
- [7] DARVIM, RM, et al, Breast self examination: knowledge of women attending the outpatient service of a university hospital, Rev Lat. Am. Enfermagem, n11, 2003, pp 21-7.
- [8] INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, Controle do câncer de mama documento de consenso, 2004. Disponível em: <<http://www.saúde.gov.br>>. Acesso em: 13. mar. 2008.
- [9] \_\_\_\_\_, Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama: documento de consenso, Ministério da Saúde, INCA 2008. Disponível em: <<http://www.saúde.gov.br>>. Acesso em: 13. mar. 2008.
- [10] \_\_\_\_\_, Câncer de mama. Ministério da Saúde, INCA 2003. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 15. mar. 2008.
- [11] \_\_\_\_\_, Estimativa de Incidência de câncer para 2008 no Brasil, Ministério da Saúde - Rio de Janeiro, INCA 2008.
- [12] FREITAS JÚNIOR, R, Et. al, Conhecimento e prática do autoexame de mama, Rev. Assoc. Med., Brasília, Vol. 52, n 5., 2006, pp 337-41.
- [13] LEITE, JMS, (Org), A situação do Câncer no Maranhão: plano de ação para o controle do câncer do colo de útero e de mama, São Luís, 2006.
- [14] MARINHO, LA, Et. al, Conhecimento, atitude e prática do autoexame das mamas em centros de saúde, Rev. Saúde Pública, Vol. 37, 2003, pp 576-82.
- [15] MONTEIRO, AP, de S, Et. al. Autoexame das mamas: frequência do conhecimento, prática e fatores associados, Rev. Bras. Ginecologia Obstetrícia, Rio de Janeiro, Vol. 25, n 3., 2003 pp 201-205.
- [16] MELO, GGN, A prevenção do câncer de mama, Espaço Saúde em Dia 2007, Disponível em: <<http://www.google.com.br>>. Acessado em: 12. mar. 2008.
- [17] PEREIRA, CMA, Et al. Avaliação de protocolos de fisioterapia aplicada a pacientes mastectomizadas a Maddem, Revista Brasileira de Cancerologia, Vol. 51, n 2., 2005, pp 143-148.
- [18] STEVENS, A, Patologia. 2. ed. Tradução de Ida Cristina Gubert e Flávia Galindo Silvestre. Barueri, SP: Manole, 2002.
- [19] SMELTZER, SC, Bare, BG, Brunner & Suddarth, Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico, 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Vol. 3.
- [20] THULER, LC, Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino, Revista Brasileira de Cancerologia, Vol. 49, n 4., 2003, pp 227-238.
- [21] TONIAL, SR, SILVA, AAM da, (Org), Saúde, nutrição e mortalidade infantil no estado do Maranhão, São Luís: UFMA, Secretaria de Estado da Saúde, UNICEF, 1997, p 112.