

Auto-exame de mama e fatores associados em uma população atendida pelo Programa Saúde da Família

Breast self exam and correlation with associated factors in population of Health Family Program

Nilton Leite Xavier¹, Jorge Villanova Biazús², Miguel da Cunha Xavier³, Patrícia Lisboa Izetti Ribeiro⁴, Ana Cristina Costa Bittelbrunn⁵, Eliane Goldemberg Rabin⁶

¹ Professor-associado do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia (DGO) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e doutor em Clínica Médica.

² Professor adjunto do DGO da UFRGS e doutor em Clínica Médica.

³ Especialista em Ginecologia e Obstetrícia pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo).

⁴ Acadêmica de Medicina da UFRGS.

⁵ Médica geneticista contratada do Serviço de Mastologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

⁶ Enfermeira contratada do Serviço de Mastologia do HCPA.

Endereço para correspondência: Nilton Leite Xavier. Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Serviço de Mastologia, Rua Ramiro Barcelos, 2350, 90035-903, Porto Alegre, RS, e-mail: 00003774@ufrgs.br

Recebido em: 9/6/2008 Aceito após modificações em: 9/8/2008

Palavras-chaves

Diagnóstico precoce;
Prevalência do auto-exame;
Fatores sociodemográficos.

Keywords

Precous diagnosis; Prevalence breast self examination;
Sociodemographic factors.

RESUMO

Objetivos: Avaliar o conhecimento e a prática do auto-exame das mamas (AEM) em uma população do litoral norte do Rio Grande do Sul, bem como a prevalência e a associação de fatores sociodemográficos. **Métodos:** Agentes de saúde ligados ao Programa Saúde da Família (PSF) convidaram mulheres com mais de 20 anos a fazerem avaliação clínica das mamas nos postos de saúde do município e aplicaram um questionário semi-estruturado. As variáveis estudadas foram idade, escolaridade, estado civil, renda familiar e história familiar de câncer de mama. **Resultados:** Foram avaliadas 728 mulheres atendidas no PSF. Observou-se que 97% das mulheres conheciam o AEM e 82,1% destas o praticavam. Ao avaliar a frequência, entre as 592 que faziam o AEM, a realização mensal (correta) era feita por apenas 207 mulheres, 28% da amostra populacional. As variáveis que se apresentaram estatisticamente associadas com a prática do auto-exame mensal foram idade ($p < 0,001$) e o grau de escolaridade ($p < 0,02$). As associações com estado civil, cor, renda e história familiar positiva para câncer de mama não foram estatisticamente significantes. **Conclusão:** A prática e a frequência do auto-exame das mamas na população estudada foram inadequadas, pois apenas 28% praticavam-no corretamente. A aderência esteve relacionada à maior idade e ao maior grau de escolaridade. Perspectivas: educar usando a denominação de autoconhecimento das mamas, porque exame tem conotação médica.

ABSTRACT

Objectives: In order to evaluate the knowledge and the practice of the breast self examination (BSE) in a low income population from the north shore of the estate of Rio Grande do Sul, as well to report the prevalence and sociodemographic factors associations. **Methods:** Public health employees from the Health Family Program invited women over 20 years of age for a breast clinical examination at a community clinic. They were submitted to semi-structured questionnaire about factors potentially associated to the knowledge and practice of BSE. Current age, marital status, education level, family income and

breast cancer history of close relatives were collected and reported. Results: 728 women were included in the study. About 97% of women had knowledge of the BSE and 82,1% of them referred a regular practice. Among the 592 that referred the practice of BSE, only 207 (28% of the sample) did it monthly. The variables that were statistically associated with monthly BSE were: current age ($p < 0.001$) and educational level ($p < 0.02$). Marital status, family income and breast cancer history of close relatives did not generated statistical significant values. Conclusion: The practice and frequency of the BSE was inadequate in the study population although most of them reported knowing BSE, only 28% use to perform it correctly. Women with higher educational level and old age were more adherent to the BSE practice.

Introdução

O câncer de mama é comumente diagnosticado em estádios tardios nos países subdesenvolvidos, principalmente em meio à população de baixa renda. Para alcançar o sucesso na luta contra esse agravo, é necessário o estabelecimento de programa preventivo, eficaz e abrangente¹. O controle do câncer de mama ainda se dá pelo diagnóstico precoce, ligado ao acesso à informação e à conscientização sobre a prática do auto-exame das mamas (AEM), do exame clínico e da mamografia, tríade na qual se deve basear o rastreamento dessa neoplasia².

Não obstante a falta de evidências de que o AEM reduza a mortalidade por câncer de mama^{3,4}, benefícios como a diminuição no tamanho dos tumores e menor estadiamento ao diagnóstico podem ser alcançados com essa prática^{5,6}. Além disso, a prática do AEM facilita o conhecimento do próprio corpo, propiciando que sintomas ou mudanças nas mamas sejam detectados mais precocemente. Por conta desses fatores, o auto-exame mensal é recomendado como prática a ser utilizada em conjunto com o exame clínico das mamas e a mamografia no rastreamento do câncer de mama^{4,6}.

Poucos estudos têm analisado a frequência e a qualidade do auto-exame realizado, o que pode contribuir para os resultados negativos quanto à sobrevida encontrados – exames mais frequentes ou tecnicamente corretos poderiam estar associados a melhores resultados. Os achados são contraditórios e enquanto um estudo prospectivo⁷ demonstra redução na mortalidade por câncer em pacientes que receberam instruções detalhadas sobre o AEM, outro estudo não confirmou tais resultados³, denotando a importância desses levantamentos por mais estudos populacionais. A correlação das características demográficas com a realização do auto-exame também poderia contribuir para maior entendimento desses resultados.

A prática do auto-exame alcança maior importância em países onde os recursos para a saúde pública são escassos e o acesso a métodos diagnósticos apresenta várias barreiras, como é o caso do Brasil.

Este estudo tem como objetivo avaliar o conhecimento e a prática do AEM na população do município de Xangri-Lá,

situado no litoral norte do Rio Grande do Sul, correlacionando os achados com fatores demográficos.

Métodos

Para alcançar o objetivo proposto, realizou-se convênio entre a Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Famed/UFRGS) e a Secretaria da Saúde do município de Xangri-Lá. Este se constitui de três áreas, com seus respectivos postos de saúde, e situa-se no litoral norte do Rio Grande do Sul, tendo população fixa de 10.350 pessoas⁸, que aumenta muito nos meses de férias em virtude da afluência de veranistas. O convênio facilita o acesso da população feminina ao exame especializado das mamas.

Foram incluídas prospectivamente, entre setembro de 2005 e novembro de 2006, 728 mulheres atendidas nos três postos de saúde do Programa Saúde da Família (PSF) do município. Os critérios de inclusão foram: ser moradora, estabelecida no município, ter idade a partir de 20 anos e ter o agendamento da consulta realizado por agentes de saúde do município ligados ao PSF. Estes, nas visitas domiciliares, convidavam as mulheres a fazer o exame físico das mamas no posto e preenchiam uma planilha semi-estruturada com dados sociodemográficos.

As variáveis analisadas foram: conhecimento, prática e frequência do AEM, idade, cor, estado civil, escolaridade, renda familiar e história familiar de câncer e de câncer de mama. A frequência do AEM foi categorizada em mensal e outra, quando em períodos maiores. A cor foi categorizada em branca, parda e negra. O estado civil foi categorizado em casada ou com companheiro estável, solteira, viúva e separada. A escolaridade foi categorizada em cinco grupos, zero e 1 ano de estudo, de 2 a 5 anos, de 6 a 8 anos, de 9 a 11 anos e mais de 11 anos de estudo. A renda familiar foi categorizada em menos de dois salários mínimos, de dois a três salários e mais de três salários.

Fez-se a correlação, por faixa etária, da população com a amostra, para que os resultados representassem a realidade do município. Na Tabela 1, com a idade categorizada em jovem, meia-idade e idosas, vê-se que a amostra está adequada e de acordo com a hipótese da igualdade.

Tabela 1. Proporção por faixa etária, da população e da amostra a ser avaliada.

Idade (anos)	Ministério da Saúde (mulheres)	Proporção na população	Amostra Xangri-Lá (mulheres)	Proporção pós-correção	Estatística IC 95%
20 a 39	1.680	54,1%	384	52,7%	p = 0,51
40 a 59	1.066	34,3%	271	37,2%	p = 0,21
≥ 60	362	11,6%	73	10,1%	p = 0,71
Total	3.108	100%	728	100%	

As variáveis quantitativas foram avaliadas pelos percentuais, média e desvio-padrão (DP) e as variáveis categóricas pelo X² de Pearson.

Resultados

Foram avaliadas 728 mulheres, que correspondem a 23,4% da população feminina do município, com idade a partir dos 20 anos. São 87,6% brancas, 8,6% pardas e 3,7% negras. Do total, 52,7% tinham idade entre 20 e 39 anos, 37,2% entre 40 e 59 anos e 10,0% tinham mais de 60 anos. A idade média da amostra foi de 41 anos, com desvio-padrão (DP) de 12,2 e extremos de 20 e 85 anos. Estado civil: 77,4% eram casadas ou tinham companheiro estável, 9,8% eram solteiras, 5,6% viúvas e 7,1% separadas.

Das 721 respostas sobre o auto-exame, embora 97% o conhecessem, 18% dessas não o faziam (129 pacientes). Ao avaliar a frequência, entre as 592 que faziam o AEM, verificou-se que a realização mensal (correta) era feita por apenas 207 pessoas, 28% da amostra populacional. A correlação das 592 pacientes que fazem auto-exame com a idade, categorizada conforme a Tabela 2, demonstrou que o AEM mensal está positivamente associado com a idade (p < 0,001).

Tabela 2. Auto-exame de mama (AEM) segundo três faixas etárias.

Idade	AEM mensal	AEM outros	Total	X ² Pearson
20 a 39	89	217	306	
40 a 59	89	141	230	
≥ 60	29	27	56	
Total	207	385	592	p = 0,001

A correlação da cor com AEM, com 713 respostas, mostrou que 588 o faziam e a avaliação da frequência, mensal ou outra, não teve significância estatística (p = 0,51). Quanto à categorização salarial e sua correlação com o AEM, com 704 avaliadas, obtiveram p = 0,35 e 0,91, respectivamente para quem fazia o AEM e para a frequência. A análise quanto ao estado civil mostrou que

489 das 597 casadas faziam o AEM e, destas, 180 faziam-no mensalmente (p = 0,06).

A variável escolaridade (Tabela 3) mostrou correlação positiva com o AEM, com p < 0,02, visto que no grupo com maior escolaridade 50% faziam AEM mensalmente. Categorizando em dois grupos, escolaridade até primeiro grau completo e segundo grau e superior, e analisando pelo X² a significância estatística é ainda maior com p = 0,010.

Tabela 3. Correlação do AEM, mensal ou outro, com a escolaridade.

Escolaridade: anos de estudo	Faz AEM: mensal	Faz AEM: outro	Total	X ² Pearson
0 a 1 ano	10	28	38	
2 a 5 anos	85	152	237	
6 a 8 anos	41	107	148	
9 a 11 anos	41	61	102	
> 11 anos	30	30	60	
Total	207	378	585	p < 0,02

História familiar de câncer esteve presente em 61% das 720 que responderam e casos de câncer de mama, mais especificamente foram relatados por 20,7%. Dessas pacientes com história de câncer de mama familiar, 83% faziam AEM, mas apenas 25% delas o faziam mensalmente.

Discussão

O presente estudo evidenciou que grande percentual das pacientes estudadas conhece o AEM (97%), porém só pequeno número o executa mensalmente (28%). Não foi questionado se no AEM seguiam os cinco passos, adaptados pelos autores, que são⁹:

- inspeção estática, com braços ao longo do corpo, na frente de um espelho;
- inspeção dinâmica, elevando os braços;
- inspeção dinâmica, com as mãos na cintura, forçando os músculos peitorais;
- palpação das mamas no banho;
- palpação das mamas na cama.

O auto-exame parece ter impacto significativo na detecção do câncer de mama, registrando-se tumores primários menores e menor número de linfonodos axilares invadidos nas mulheres que fazem o exame regularmente¹⁰. Quanto à influência no prognóstico e na mortalidade, os resultados são controversos e existem poucos estudos randomizados.

Estudo conduzido na China³, que randomizou 266.064 mulheres para um grupo de instrução em auto-exame ou controle, não encontrou diferenças significativas nas taxas de mortalidade após *follow-up* de 10 a 11 anos ($p = 0,72$).

No presente estudo, 35% das pacientes, que faziam o AEM, realizavam-no de maneira sistemática, confirmando achados de estudos anteriores que encontraram frequências semelhantes^{10,11}. Scowitz *et al.*¹², por outro lado, encontraram prevalência do auto-exame mensal de 80,4% (IC 95%: 77,3-83,2) na amostra estudada, caracterizada por altos índices nas condutas de prevenção secundária do câncer (auto-exame, exame clínico de mamas e mamografia).

Os achados deste estudo são similares aos observados em outros levantamentos realizados no Brasil e tem-se observado aumento considerável na prática do exame (de 50% para 80%)¹³, provavelmente relacionado ao maior estímulo dirigido às mulheres pela mídia e por campanhas específicas. Em Campinas, SP, em uma amostra de 663 mulheres entrevistadas, 95% conheciam o auto-exame, mas somente 16,7% o praticavam adequadamente¹. As principais razões relatadas para a não-realização do exame foram esquecimento, desconhecimento da maneira correta, medo e vergonha. Já em um estudo conduzido em Botucatu, SP, 79% de 261 mulheres entrevistadas afirmaram realizar o AEM, mas apenas 27% dessas o faziam corretamente¹⁴, similar aos achados neste estudo para todo o grupo.

O grau de escolaridade, categorizado em cinco grupos (Tabela 3), mostrou correlação positiva com o AEM ($p < 0,02$), concordando com os resultados encontrados por Petro-Nustus e Mikhail¹⁵, que identificaram forte associação entre ter mais do que o segundo grau completo e praticar o auto-exame regularmente ($p < 0,05$). Outro achado importante desse estudo foi que, embora 67% das mulheres avaliadas referissem conhecer o auto-exame, apenas 7% realizavam-no mensalmente, atestando que apenas o conhecimento não é suficiente para garantir a boa prática, sendo necessárias medidas de instrução e conscientização mais eficientes.

Estudo caso-controle com mulheres afetadas por câncer de mama e sadias também demonstrou relação com a escolaridade, sendo observado aumento na realização do AEM de acordo com o aumento no nível educacional¹⁶.

Tais correlações permitem presumir que mulheres com maior nível escolar tenham mais acesso à informação e, conseqüentemente, pratiquem mais o exame. Estes dados concordam com os dados da Tabela 3.

Quanto à idade, foi observado que as mulheres acima de 60 anos conheciam e praticavam o auto-exame com maior frequência do que aquelas mais jovens (51,8% *versus* 33,2% para a prática mensal). Provavelmente, isso se deva ao fato de as mulheres mais velhas estarem em maior risco e terem maior preocupação, consciência ou percepção do risco do que as mais jovens, o que coincide com os dados anotados na Tabela 2.

Observou-se, neste estudo, apenas tendência das casadas ou com companheiro estável de fazerem o AEM corretamente ($p = 0,06$), 1,32 vezes mais freqüente nesse grupo (IC 95%: 0,97-1,80).

Estudo que avaliou possíveis fatores psicossociais associados à prática do AEM em mulheres acima de 60 anos constatou que 31% realizavam-no mensalmente. A principal barreira identificada para a realização do auto-exame foi a falta de confiança na habilidade pessoal para praticar o exame corretamente: 26% das mulheres acreditavam não realizar o AEM suficientemente bem a ponto de ser relevante a sua prática. Além disso, 15% das pacientes referiram não ter tido qualquer recomendação do seu ginecologista e 19% referiram falta de estímulo por parte da mídia¹⁷.

Ao ser avaliada a correlação do AEM com a existência de história familiar para câncer de mama constatou-se que 25% do grupo com história positiva o fazia mensalmente. Considerando que a prática do AEM na amostra total estudada foi de 28%, não se observou diferença estatística entre ter ou não história familiar em relação à prática do auto-exame. Estudo envolvendo rastreamento em pacientes com história familiar de câncer de mama não encontrou associação significativa entre a categoria de risco das pacientes e a aderência ao AEM ($p = 0,57$). A única relação encontrada com a aderência ao exame foi relacionada ao nível de ansiedade das pacientes: aquelas mais ansiosas tendiam a fazer o exame mais freqüentemente ($p = 0,025$)¹⁸. A história de câncer de mama na família não constitui fator motivador ao autoconhecimento das mamas.

É possível que os resultados gerais deste estudo¹⁹ estejam relacionados à situação socioeconômica das usuárias, uma vez que a maior parte das entrevistadas tinha baixo nível educacional. Pessoas em condições socioeconômicas desfavoráveis têm maior dificuldade de acesso ao sistema de saúde e, conseqüentemente, estão expostas ao diagnóstico tardio de várias doenças, inclusive o de câncer¹⁹.

Apesar de evidências indicarem aumento substancial no número de biópsias benignas com a prática do AEM, sem aumento correspondente na incidência do câncer de

mama e sobrevida entre as mulheres que o praticam²⁰, a comunidade médica que não mudou sua prática de indicação e estímulo ao exame acredita em aumento na taxa de detecção precoce com este método. Já aqueles que desestimulam o auto-exame provavelmente o fazem por terem ampla disposição de métodos mais específicos, como o rastreamento mamográfico.

O conhecimento e a prática do AEM tiveram prevalência e frequências inadequadas entre as mulheres estudadas, estando a maior aderência relacionada, principalmente, à maior idade e ao maior grau de escolaridade. Os achados deste estudo ressaltam a importância dos aspectos socioeconômicos para o planejamento das diversas medidas de prevenção e proteção da saúde da mulher, contribuindo para maior adequação dos planos de instrução e conscientização à população-alvo.

Em um país onde os recursos para a saúde são escassos, com poucos profissionais especializados e inadequada quantidade e/ou distribuição de mamógrafos para atender à massa de mulheres em idade de risco, o auto-exame da mama ainda pode ser uma ferramenta para a detecção precoce do câncer de mama. No Brasil há um estudo¹² que já conseguiu resultados promissores, todavia, como resultado de trabalho preventivo de longo prazo.

A partir destes resultados, visando a educação à saúde, os autores elaboraram um *folder* com os “Cinco passos do auto-conhecimento das mamas” que deverá ser utilizado no município, por meio da Secretaria da Saúde e Assistência Social. A denominação auto-exame, por ter conotação médica, esta substituída por “auto-conhecimento das mamas”. Esta abordagem tem sido bem aceita nos postos do PSF de Xangri-Lá.

Agradecimento

Postos de Saúde do Programa Saúde da Família (PSF) de Xangri-Lá – Convênio UFRGS por meio da Faculdade de Medicina (Famed) e da Secretaria da Saúde e Bem Estar de Xangri-Lá

Prefeitura de Xangri-Lá e Pró-Reitoria de Extensão com bolsista.

Referências

1. Marinho LAB, Costa-Gurgel MS, Cecatti JG, et al. Conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas em centros de saúde. *Rev. Saude Publica*. 2003;37(5):576-82.
2. Devine SK, Frank DI. Nurses performing and teaching others breast self-examinations: implications for advanced practice nurses. *Clin Excell Nurse Pract*. 2000;4:216-23.
3. Thomas DB, Gao DL, Ray RM, et al. Randomized trial of breast self-examination in Shanghai: final results. *J Natl Cancer Inst*. 2002;94:1445-7.
4. Hackshaw AK, Paul EA. Breast self-examination and death from breast cancer: a meta-analysis. *Br J Cancer*. 2003;88:1047-53.
5. McPherson CP, Swenson KK, Jolitz G, Murray CL. Survival of women ages 40-49 years with breast carcinoma according to method of detection. *Cancer*. 1997;79:1923-32.
6. Koibuchi Y, Iino Y, Takei H, Maemura M, Horiguchi J, Yokoe T, et al. The effect of mass screening by physical examination combined with regular breast self-examination on clinical stage and course of Japanese women with breast cancer. *Oncol Rep*. 1998;5:151-5.
7. Gastrin G, Miller AB, To T, Aronson KJ, Wall C, Hakama M, et al. Incidence and mortality from breast cancer in the Mama Program for Breast Screening in Finland, 1973-1986. *Cancer*. 1994;73:2168-74.
8. Acesso em 2008 May 28. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pdf/2002analise/tab8607e.pdf>.
9. The five steps of breast self exam. Disponível em: http://www.breastcancer.org/symptoms/testing/self_exam/bse_steps.jsp.
10. Monteiro APS, Arraes EPP, Pontes LB, Campos MSS, Ribeiro RT, Gonçalves REB. Auto-exame das mamas: frequência do conhecimento, prática e fatores associados. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2003;25:201-5.
11. Freitas Jr. R, Soares VF, Melo NF, Andrade ML, Philocréon GR. Fatores determinantes do conhecimento e prática do auto-exame de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 1996;18:387-91.
12. Scowitz ML, Menezes AMB, Gigante DP, Tessaro S. Condutas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados. *Rev Saude Publica*. 2005;39.
13. Costa JSD, Piccini RX, Moreira MR. Avaliação da prática do auto-exame e exame físico de mamas na cidade de Pelotas, RS. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 1995;17:621-30.
14. Molina L, Dalben I, de Luca LA. An analyze the opportunity of early detection of breast cancer. *Rev Assoc Med Bras*. 2003;49(2):185-90.
15. Petro-Nustus W, Mikhail BI. Factors associated with breast self-examination among jordanian women. *Public Health Nurs*. 2002;19:263-71.
16. Yavari P, Pourhoseingholi MA. Socioeconomic factors association with knowledge and practice of breast self-examination among Iranian women. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2007 Oct-Dec;8(4):618-22.
17. Michielutte R, Dignan MB, Smith BL. Psychosocial factors associated with the use of breast cancer screening by women age 60 years or over. *Health Educ Behav*. 1999;26(5):625-47.
18. Antill YC, Reynolds J, Young MA, Kirk JA, Tucker KM, Bogtstra TL, et al. Screening behavior in women at increased familial risk for breast cancer. *Fam Cancer*. 2006;5(4):359-68.
19. Hegarty V, Burchett BM, Gold DT, Cohen HJ. Racial differences in use of cancer prevention services among older Americans. *J Am Geriatr Soc*. 2000;48:735-40.
20. Del Giudice ME, Tannenbaum D, Goodwin PJ. Breast self-examination: resistance to change. *Can Fam Physician*. 2005;51:698-9.