

IDENTIFICANDO FATORES DE RISCO E AS PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO PARA DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA EM FAMILIARES DE MASTECTOMIZADAS

IDENTIFYING FAMILIAR RISK FACTORS AND THE PRACTICE OF SELF CARE FOR PRECOCIOUS DETECTION OF THE BREAST CANCER IN RELATIVES OF MASTECTOMIZED

IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO Y LAS PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO PARA DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA EN FAMILIARES DE MASTECTOMIZADAS

ISABELA MELO BONFIM¹

PAULO CÉSAR DE ALMEIDA²

ILIANA MARIA DE ALMEIDA ARAÚJO³

IZABEL CRISTINA FALCÃO JUVENAL BARBOSA⁴

ANA FÁTIMA CARVALHO FERNANDES⁵

Pesquisa quantitativa que objetivou identificar os fatores de risco e as práticas de autocuidado para detecção precoce do câncer de mama em familiares de mastectomizadas. Entrevistou-se 100 familiares acompanhantes das pacientes mastectomizadas por câncer de mama, em tratamento quimioterápico de um hospital de referência em câncer do Ceará. Foram encontrados fatores de risco como: idade da 1ª. menstruação inferior ou igual a doze anos, nuliparidade, uso de contraceptivo oral (CO) e tempo elevado de uso de CO, faixa etária de risco e ocorrência de abortos. Constatamos que na luta contra o câncer de mama, o acompanhamento do familiar saudável, é de suma importância para a detecção precoce da doença. Conclui-se que essa camada da população também deve ser contemplada por todas as estratégias de prevenção e detecção precoce da neoplasia mamária e que a prática da educação em saúde seja entendida sob o aspecto de uma educação transformadora.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias da mama; Fatores de risco; Diagnóstico precoce; Enfermagem familiar.

This is a quantitative research that aims to identify the risk factors and the self care practice for precocious detection of breast cancer in mastectomized patients. For so, 100 family member companions of mastectomized patients, undergoing chemotherapy treatment in a hospital of reference in cancer in the state of Ceará were interviewed. The risk factors identified were: age of first menstruation, lower or equal to twelve years of age; nuliparity, use of oral contraception (CO) and long time use of CO; at risk age group and abortions occurrence. We evidenced that in the struggle against breast cancer, the healthy family accompaniment is of extreme importance for the early detection of the disease. It was so concluded that this stratum of the population has also been contemplated by all the strategies of prevention and precocious detection of breast neoplasms and that the practice of health education be understood under the aspect of a transforming education.

KEYWORDS: Risk factors; Breast neoplasms; Early diagnosis; Family nursing.

Investigación cuantitativa cuyo objetivo fue identificar los factores de riesgo y prácticas de auto cuidado para detección precoz de cáncer de mama en familiares de mastectomizadas. Se entrevistó a 100 familiares que acompañan a las pacientes con mastectomía por cáncer de mama, en tratamiento de quimioterapia en un hospital de referencia en cáncer de Ceará. Fueron encontrados factores de riesgo como: edad de la 1ª. menstruación inferior o igual a doce años, nuliparidad, uso de anticonceptivo oral (CO) y tiempo elevado de uso de CO, grupo etario de riesgo y ocurrencia de abortos. Constatamos que en la lucha contra el cáncer de mama, el acompañamiento del familiar sano, es de suma importancia para la detección precoz de la neoplasia mamaria. Se concluye que este segmento de la población también debe ser contemplado por todas las estrategias de prevención y detección precoz de la neoplasia mamaria y que la práctica de la educación en el área de la salud sea entendida bajo el aspecto de una educación transformadora.

PALABRAS CLAVE: Factores de riesgo; Neoplasias de la mama; Diagnóstico precoz; Enfermería de la familia.

¹ Enfermeira. Doutora em enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Ceará e Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade de Fortaleza, Brasil. E-mail: isabelambonfim@hotmail.com

² Estatístico. Doutor. Professor Adjunto da Universidade Estadual do Ceará-UECE, Brasil. E-mail: pcalmeida49@zipmail.com

³ Enfermeira. Doutora. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade de Fortaleza, Brasil. E-mail: ilianama@hotmail.com

⁴ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Ceará, Brasil. E-mail: icfjb@yahoo.com.br

⁵ Enfermeira. Doutora. Professora do Programa de Pós-graduação do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Pesquisadora do CNPq. Fortaleza-CE, Brasil. E-mail: afcana@ufc.br

INTRODUÇÃO

O câncer de mama feminino emerge como uma doença de importância cada vez maior em todas as partes do mundo, por sua frequência elevada e, principalmente, pela dimensão do problema, enfatizando a situação atual da morbidade e mortalidade da patologia⁽¹⁾. Dessa forma, ela já é considerada como um dos maiores problemas de saúde pública.

A incidência da doença vem aumentando no mundo nas últimas décadas, estando projetada para ser de 1,45 milhões de casos novos em 2010, o que significa um aumento de 82% sobre a incidência de 1990. Esses números indicam o aumento da incidência tanto nos países em desenvolvimento quanto nos países desenvolvidos⁽²⁾.

A etiologia do câncer de mama envolve uma interação de diversos fatores denominados de fatores de risco e através da epidemiologia e da observação clínica pode-se associar a probabilidade de se desenvolver câncer da glândula mamária com a presença dessas variáveis⁽²⁾.

Ao receber o diagnóstico de câncer, uma doença que traz sofrimentos e preocupações, essa situação é desestruturante não só para quem é por ela acometido, mas também para a família que se vê surpreendida por um momento de grande estresse, que leva, quase que imediatamente, a mudanças de comportamento⁽³⁾.

Os fatores de risco determinam os grupos de pessoas expostas a maior probabilidade de desenvolverem o câncer de mama, e que deverão ser examinadas com maior cuidado e frequência. Os fatores que são comprovados por pesquisas científicas são: idade, antecedentes familiares, história de doenças benignas proliferativas, exposição prolongada a estrógenos endógenos, exposição a radiações ionizantes e obesidade pós-menopausa. Já como aparentes, são considerados os explicados por uma maioria de estudos: nuliparidade, terapia de reposição hormonal e uso de contraceptivo hormonal⁽⁴⁻⁵⁾.

Trabalhando com a temática de fatores de risco para câncer de mama em familiares de pacientes com neoplasia mamária, percebemos que a literatura pertinente a este assunto, ainda é insuficiente e carente de pesquisas a respeito. Acreditamos que o conhecimento gerado pela pesquisa, poderá nortear ações de educação em saúde que objetive a

prevenção e controle do câncer de mama. Baseados nestes fatos, objetivamos com esse estudo: identificar fatores de risco para câncer de mama em familiares de mastetomizadas e conhecer as práticas de autocuidado para detecção precoce do câncer de mama realizadas pelas familiares.

METÓDO

Pesquisa de natureza descritiva, de abordagem quantitativa, realizada no ambulatório de quimioterapia de um hospital filantrópico, centro de referência em atendimento ao paciente oncológico no município de Fortaleza/CE.

A população do estudo constou de todas as familiares acompanhantes das pacientes mastetomizadas por câncer de mama, em tratamento quimioterápico ambulatorial na referida instituição, nos meses de abril e maio de 2006.

O tamanho da amostra teve como base a variável “câncer de mama” em mulheres adultas. O Estado do Ceará tem uma taxa estimada de 34,55 casos para cada 100 mil mulheres. Já em Fortaleza, o número de casos novos tem taxa estimada de 53,82 a cada 100 mil habitantes do sexo feminino⁽⁴⁾. Empregando-se a fórmula apropriada para população infinita, fixando-se ainda, um erro amostral absoluto de 9,77% e um nível e significância de 5%, o tamanho da amostra ficou sendo 100 familiares, sendo 56 filhas, 42 irmãs e duas mães.

Para a inclusão das mulheres na amostra, considerou-se os seguintes critérios: ser parente em 1º grau de mastetomizada (mãe, filha ou irmã); estar acompanhando uma paciente em tratamento quimioterápico ambulatorial; ter idade igual ou superior a 18 anos; aceitar participar do estudo após explicados os objetivos do mesmo.

Em atenção à resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que legisla sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, as participantes que concordaram fazer parte da pesquisa assinaram um termo de consentimento denominado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Nesse termo, ficou assegurado o sigilo de sua identidade. Solicitou-se autorização para a realização do estudo à Coordenação de Enfermagem, ao diretor do hospital e ao Comitê de Ética em Pesquisa da própria instituição⁽⁶⁾.

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados, um questionário semi-estruturado, por considerar que esse permite a organização dos questionamentos à medida que as informações vão sendo fornecidas.

Os dados coletados foram organizados em tabelas e procedeu-se a análise bivariada com testes de associação entre as variáveis. Calculou-se a média e o desvio padrão e foram realizados os testes não paramétricos de Fisher, teste χ^2 e Fisher- Freeman-Halton. Esse último teste foi utilizado quando o teste χ^2 não era recomendado.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Caracterização da amostra

O retrato dessas mulheres demonstra que a maioria das filhas (20%) tem idade compreendida entre 18 e 28 anos, e que a maioria das irmãs tem faixa etária entre 49 e 59 anos. Uma maior porcentagem delas é formada por casadas (51%), e 82% seguem o catolicismo como religião. Quanto à escolaridade, 34% são analfabetas ou têm ensino fundamental incompleto e 26% têm o comércio como principal atividade profissional.

Fator de risco: Idade da primeira menstruação e idade da menopausa

A Tabela 1 aborda os fatores de risco idade da primeira menstruação e idade da menopausa. As variáveis foram associadas ao fator grau de parentesco e nas análises bivariadas foram excluídas as mães de mastectomizadas por representarem apenas 2% de toda a amostra (N = 100).

TABELA 1 – ASSOCIAÇÃO DO GRAU DE PARENTESCO COM AS VARIÁVEIS: IDADE DA PRIMEIRA MENSTRUÇÃO E A IDADE DA MENOPAUSA DAS FAMILIARES DAS MASTECTOMIZADAS DO HOSPITAL DE REFERÊNCIA DE FORTALEZA – CE, ABRIL / MAIO DE 2006.

Variáveis	Parentesco				Teste	P
	Filha		Irmã			
1. Idade da 1ª menstruação (anos)	Nº	%	Nº	%	1,13 ⁽¹⁾	0,287
≤ 12	26	46,5	15	35,8		
> 12	30	53,5	27	64,2		
2. Idade da menopausa (anos)					(2)	
≤ 55	7	87,5	22	81,5		
> 55	1	12,5	5	18,5		

⁽¹⁾ Teste χ^2 ; ⁽²⁾ Teste de Fisher

Conforme foi observado na tabela 1, de todas as entrevistadas que eram filhas de mastectomizadas (N = 56), a maioria de 53,5% teve seu primeiro episódio menstrual com idade acima de doze anos, enquanto que, 46,5% tiveram menarca pela primeira vez com doze anos ou menos.

Entre as familiares que eram irmãs de mastectomizadas (N = 42), a maioria de 64,2%, apresentou menarca com idade acima de doze anos, seguido de 35,8% que tiveram primeira menstruação com doze anos ou menos.

Observando os dados descritos, pode-se dizer que não houve associação estatística entre o fator grau de parentesco e idade da menarca das familiares de mastectomizadas (p = 0,287), revelando que a idade da primeira menstruação das familiares não é influenciada pelo grau de parentesco.

Torna-se importante a reflexão de que, apesar da maioria da amostra correspondente a filhas e irmãs de mastectomizadas, ter apresentado o primeiro episódio menstrual após os doze anos de idade, fato que é satisfatório, uma parcela considerável de 41 mulheres apresentou primeira menstruação com doze anos ou menos. Tornando necessária a reflexão do fator de risco idade da primeira menstruação⁽⁷⁾.

A menarca precoce está intimamente relacionada a um aumento no risco relativo de ter câncer de mama devido ao fato de que nessa situação as mulheres ficam expostas a estrógenos endógenos por maior período de tempo⁽⁸⁾. Outros autores corroboram com essa afirmação que a precocidade da menarca corresponde a um fator de risco para o câncer mamário⁽⁹⁾.

Analisando a variável idade da menopausa, pode-se observar na Tabela 1, que do total de mulheres entrevistadas (N = 100), apenas 35% já haviam entrado na menopausa. Do total de 8 filhas de mastectomizadas que já entraram na menopausa, em 7 delas (87,5%), a menopausa ocorreu em idade menor ou igual a 55 anos e somente 1 (12,5%) acima dos 55 anos de idade.

Observando as irmãs das mastectomizadas, percebeu-se que 81,5% do total já menopausadas (N = 27), tiveram esse evento fisiológico com 55 anos ou menos, enquanto que 18,5% entraram na menopausa após os 55 anos.

A partir dos dados descritos, pode-se afirmar que também não houve associação estatística entre as variáveis: idade da menopausa e grau de parentesco (p = 0,691). A idade da menopausa dessas mulheres independe do grau de parentesco que as mesmas têm com as mastectomizadas.

Mesmo que o fator de risco para desenvolvimento de câncer de mama idade da menopausa acima dos 55 anos não tenha sido observado na maioria das entrevistadas, é válido que seja comentado que a mulher que entrou na menopausa somente após os 55 anos, sofreu maior exposição aos estrógenos endógenos, o que a fez ficar exposta a mais um fator de risco⁽¹⁰⁾.

Em condições em que há maior número de ciclos ovulatórios cumulativos, o risco oncogenético estaria aumentado, pois manteria o epitélio mamário sujeito à constante divisão celular⁽¹¹⁾. Devido a esse fato, quanto mais precoce a menarca e mais tardia a menopausa, maior será o número de ciclos ovulatórios e, conseqüentemente, maior o risco de desenvolver a doença⁽¹¹⁾.

Fatores de risco reprodutivos

A tabela a seguir, demonstra a análise das variáveis associadas grau de parentesco com fatores reprodutivos como: idade da primeira gestação, número de gestações, número de filhos, número de abortos, ocorrência e tempo de amamentação das familiares entrevistadas.

TABELA 2 – ASSOCIAÇÃO DO GRAU DE PARENTESCO COM FATORES REPRODUTIVOS DAS FAMILIARES DAS MASTECTOMIZADAS DO HOSPITAL DE REFERÊNCIA DE FORTALEZA-CE, ABRIL/MAIO DE 2006.

Variáveis	Parentesco				Teste	P
	Filha		Irmã			
1. Idade da 1ª gestação (anos)	Nº	%	Nº	%		
14 – 20	15	44,1	13	31,7		
21 – 25	11	32,3	15	36,6	1,31 ⁽¹⁾	0,520
26 – 32	8	23,6	13	31,7		
2. Número de gestações						
0	22	39,2	1	2,3		
1	8	23,5	7	17,0		
2	8	23,5	9	22,0	18,87 ⁽¹⁾	0,002
3	7	20,5	9	22,0		
4	5	14,8	7	17,0		
5 ou mais	6	17,7	9	22,0		
3. Número de filhos						
0	22	39,2	1	2,3		
1	10	29,4	10	24,3	20,97 ⁽¹⁾	0,001
2	10	29,4	11	26,9		
3	10	29,4	9	21,9		
4 ou mais	4	11,8	11	26,9		
4. Número de abortos						
0	44	78,6	22	52,3		
1	8	66,7	16	80,0 ⁽²⁾		0,014
2	4	33,3	4	20,0		
5. Ocorrência de amamentação						
Sim	29	51,8	33	78,6	7,41 ⁽¹⁾	0,006
Não	27	48,2	9	21,4		
6. Tempo de amamentação						
1 — 2	7	24,1	3	9,1		
2 — 4	4	13,8	5	15,1		
4 — 6	2	6,9	11	33,4	20,65	0,001
6 ou mais	16	55,2	14	42,4		

(1) Teste χ^2 ; (2) Teste de Fisher – Freeman – Halton

A partir das entrevistas, constatou-se que 22 filhas de mastectomizadas nunca engravidaram. Dentre as que já engravidaram, a maioria, 44,1%, teve a primeira gestação na faixa etária entre 14 e 20 anos. Entre as irmãs das pacientes mastectomizadas, encontrou-se 36,6% engravidaram entre 21 e 25 anos.

A partir dos dados descritos, observou-se que não se obteve associação entre as variáveis: grau de parentesco com a variável idade da primeira gestação ($p = 0,520$). A idade que as entrevistadas referiram ter engravidado pela primeira vez independe do grau de parentesco que as mesmas têm com as mastectomizadas.

Observou-se ainda, que 39,2% das filhas de mastectomizadas nunca engravidaram e que 23,5% tiveram uma única gestação. Já entre as irmãs de mastectomizadas, 2,3%, nunca engravidaram e 22,0%, engravidaram duas, três, cinco ou mais de cinco vezes.

Houve associação entre as variáveis: grau de parentesco e número de gestações ($p = 0,002$). Dentre as mulheres entrevistadas, percebeu-se que as irmãs das mastectomizadas apresentaram maiores porcentagens relacionadas à ocorrência de gestações. Essa realidade pode ser explicada devido ao fato das irmãs estarem em uma faixa etária predominantemente superior aquelas que são filhas de mastectomizadas. Conseqüentemente, uma maior parte mais delas já tiveram oportunidades de casarem ou tiveram relacionamentos que geraram filhos.

Analisando a variável número de filhos, observa-se que dentre as filhas das pacientes ($N = 56$), 39,2% não tiveram nenhum filho. Das que tiveram filhos ($N = 34$), 29,4% tiveram um, 29,4% são mães de dois filhos, seguidas de 29,4% com três filhos e com quatro ou mais, têm-se 11,8%. Das entrevistadas que eram irmãs das pacientes ($N = 42$), encontrou-se que 2,3% (uma mulher) não têm nenhum filho. Das que referiram possuir filhos ($N = 41$), 24,3% tiveram um, 26,9% tiveram dois, 21,9% tiveram três e 26,9% (11 mulheres) tiveram quatro filhos ou mais.

Já com relação ao número de abortos ocorridos, encontrou-se que dentre as participantes filhas de mastectomizadas ($N = 56$), 78,6% nunca sofreram abortos. Das que referiram ter abortado ($N = 12$), 66,7% tiveram um aborto e 33,3% dois abortos. Dentre as irmãs ($N = 42$), detectou-se que 52,3%, nunca sofreram aborto. Dentre

as que sofreram, 80,0% tiveram pelo menos um aborto e 20,0%, dois abortos.

Analisando os dados referentes ao número de filhos e de abortos das entrevistadas, observou-se que houve associação estatística das duas variáveis com a variável: grau de parentesco ($p = 0,001$ e $p = 0,014$ respectivamente), evidenciando que o número de filhos e número de abortos está relacionado ao grau de parentesco. As mulheres entrevistadas que eram irmãs das pacientes, apresentaram tanto maior número de filhos quanto maior ocorrência de abortos.

Estudo sobre a relação aborto X câncer de mama conclui que o aborto espontâneo ou induzido no primeiro trimestre de gestação é um fator de risco para neoplasia mamária⁽¹⁰⁾.

Com relação ao fator de risco para câncer de mama nuliparidade ou primeira gestação tardia, estudos desenvolvidos, reforçam que mulheres cuja primeira gestação a termo ocorreu antes dos 18 anos de idade, apresentavam um terço do risco daquelas com primeira gestação após os trinta anos de idade e das nulíparas. Isso se dá devido ao reduzido tempo de exposição ao estrogênio. Quanto mais ciclos ovulatórios, maior a exposição da mulher ao estrógeno, sendo, portanto, maior o potencial de alterações genéticas e conseqüentemente, o desenvolvimento da neoplasia mamária⁽¹²⁾.

A gestação precoce a termo seguida ou não de lactação, além de diminuir a ocorrência de ovulações, induz diferenciação do lóbulo mamário, tornando-o menos susceptível à indução neoplásica por agentes mutagênicos⁽²⁾. As irmãs das mastectomizadas tiveram esse fator positivo se comparadas às filhas das mastectomizadas, uma vez que apresentaram maior número de gestações.

Ao realizar a análise da variável ocorrência de amamentação, observa-se que 51,8% (29 mulheres) das filhas das pacientes ($N = 56$) amamentaram e 48,2% nunca amamentaram, e entre as irmãs das mastectomizadas ($N = 42$), encontrou-se que 78,6% delas amamentaram e 21,4% não amamentaram.

Dentre as mulheres que amamentaram, foi interrogado também o tempo da amamentação. Das entrevistadas que amamentaram e são filhas de mastectomizadas perfazendo um total de 29 mulheres, encontrou-se que 24,1% delas amamentaram de um a dois meses, enquanto que

13,8% de dois a quatro meses, 6,9% de quatro a seis meses e 55,2% acima de seis meses.

Encontrou-se que das 42 mulheres irmãs de mastectomizadas, 33 amamentaram. Desse total, 9,1% amamentaram de um a dois meses, 15,1% de dois a quatro meses, 33,4% de quatro a seis meses e 42,4% acima de seis meses. Observou-se que houve associação estatística entre as variáveis: grau de parentesco e ocorrência de amamentação e grau de parentesco e tempo de amamentação ($p = 0,006$ e $p = 0,001$ respectivamente).

As irmãs das mastectomizadas apresentaram maior porcentagem tanto em relação à ocorrência da amamentação quanto ao tempo de amamentação que foi mais elevado em sua maioria. Esse fator chega a ser considerado positivo para as irmãs das pacientes, pois sabe-se que a amamentação é considerada um fator de proteção contra o câncer de mama.

Estudos⁽¹³⁾ confirmam a existência de alguma proteção da amamentação, principalmente em mulheres jovens, sendo que a frequência e duração da amamentação também significam fator de proteção maior ou menor, pois ela é tanto mais protetora quanto mais prolongada.

Fator de risco: uso de anticoncepcional oral e terapia de reposição hormonal

A tabela que se segue irá analisar a associação das variáveis: grau de parentesco com uso e tempo de uso de anticoncepcional oral e uso de terapia de reposição hormonal (TRH).

TABELA 3 – ASSOCIAÇÃO DO GRAU DE PARENTESCO COM AS VARIÁVEIS: USO E TEMPO DE USO DE ANTICONCEPCIONAL E TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL DAS FAMILIARES DAS MASTECTOMIZADAS DO HOSPITAL DE REFERÊNCIA DE FORTALEZA – CE, ABRIL / MAIO DE 2006.

Variáveis	Parentesco				Teste	P
	Filha		Irmã			
1. Uso de anticoncepcional	Nº	%	Nº	%	0,18 (1)	0,670
SIM	35	62,5	28	66,6		
NÃO	21	37,5	14	33,4		
2. Tempo de uso de anticoncepcional (mês)					0,89 ⁽¹⁾	0,031
1 — 2	5	14,3	4	14,2		
12 — 36	5	14,3	13	46,4		
36 — 60	10	28,5	3	10,8		
Mais de 60	15	42,9	8	28,6		
3. Terapia de reposição hormonal					(2)	0,031
SIM	1	1,8	7	16,6		
NÃO	55	98,2	35	83,4		

(1) Teste χ^2 ; Teste de Fisher

Na realização do presente trabalho, foi considerada como usuária de anticoncepcional oral, aquela mulher que faz uso há pelo menos um mês. A partir da observação da tabela descrita anteriormente, pode-se constatar que de um total de 56 mulheres entrevistadas que eram filhas de mastectomizadas, 62,5% delas fazem uso de anticoncepcionais orais e 37,5% não fazem uso de contraceptivos orais (CO).

Em relação às irmãs das pacientes, 66,6% fazem uso de anticoncepcionais orais e 33,4% não usam os CO. Analisando os dados descritos, pode-se concluir que não há associação estatística entre as variáveis: grau de parentesco e uso de CO ($p = 0,670$).

Foi observado que tanto filhas quanto irmãs de mastectomizadas em sua maioria fazem uso de anticoncepcionais orais. Esse fato pode ser justificado devido à dificuldade financeira decorrente de um país em desenvolvimento, ou ainda pela questão da busca da igualdade profissional, o que as leva a adotarem medidas que permitam que elas estejam mais disponíveis para o mercado de trabalho, e um maior número de filhos poderia limitar essa disponibilidade.

Analisando a variável tempo de uso de CO, observou-se que dentre as mulheres filhas de mastectomizadas que fazem uso de anticoncepcionais orais, 14,3% delas, utilizam entre um e doze meses. Outra parcela de 14,5 % das filhas já utiliza CO de 12 a 36 meses, seguido de 28,5% que fazem uso de 36 a 60 meses e a maioria de 42,9% que utilizam há mais de 60 meses.

Ainda observando a mesma variável, com relação às irmãs de mastectomizadas que utilizam CO, 14,2%, já utilizam entre um e doze meses, 46,4%, fazem uso de 12 a 36 meses, 10,8%, de 36 a 60 meses e 28,6%, há um tempo acima de 60 meses.

Avaliando a variável tempo de uso de anticoncepcionais orais com a variável grau de parentesco, observou-se que há uma associação estatística entre elas ($p = 0,031$), ou seja o tempo de uso dos CO, variou conforme o parentesco que essas mulheres tinham com as mastectomizadas.

TABELA 4 – ASSOCIAÇÃO DO GRAU DE PARENTESCO COM PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO DAS FAMILIARES DE MASTECTOMIZADAS DO HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO FORTALEZA – CE, ABRIL / MAIO DE 2006.

Variáveis	Parentesco				Teste	p
	Filha		Irmã			
1. Auto-exame	Nº	%	Nº	%		
Não realiza	25	44,6	20	47,6		
Realiza mensalmente	14	45,1	13	59,0		0,649
Frequência não preconizada	17	54,9	9	41,0		
2. Exame Clínico						
Não realiza	19	33,9	13	30,9		
Realiza anualmente	21	56,7	22	75,9		0,458
Frequência não preconizada	16	43,3	7	24,1		
3. Mamografia						
Não realiza	48	85,7	27	64,2		
Realiza bianualmente	4	50,0	3	20,0	(1)	0,041
Frequência não preconizada	4	50,0	12	80,0		

p de Fisher – Freeman – Halton

Analisando a tabela 4, pode-se observar, que ao serem indagadas com relação à realização do auto-exame da mama (AEM), da amostra formada por filhas de mastectomizadas ($N = 56$), 44,6% (25) responderam que não o realizam. Dentre as que realizam ($N = 31$), 45,1% (14) o fazem mensalmente e 54,9% (17) relataram realizar esporadicamente ou semestralmente, o que foi classificado como frequência não preconizada.

Na parcela de mulheres irmãs de mastectomizadas, ($N = 42$), constatou-se que 47,6% (20) afirmaram não realizarem o auto-exame. Enquanto as irmãs das pacientes que referiram realizar o AEM ($N = 22$), 59,0% (13) disseram que fazem mensalmente e 41,0% (9 mulheres) o fazem esporadicamente ou semestralmente.

Segundo apresentado na Tabela 4, não houve associação entre grau de parentesco e realização do auto-exame das mamas ($p = 0,649$). O grau de parentesco que as mulheres têm com as pacientes, não interferiu na realização do AEM, embora tenha sido observado que entre as filhas, houve uma menor adesão ao exame que entre as irmãs.

Considerando a letalidade do câncer de mama e as seqüelas físicas e emocionais para a mulher, é de absoluta importância a sua detecção precoce e o auto-exame das mamas, é considerado uma técnica de detecção precoce, indolor, sem custo e de fácil realização⁽⁸⁾. Para que seja realmente eficaz, deverá ser realizado de forma correta e regular, sendo recomendada sua realização mensal⁽¹¹⁾.

Na amostra de mulheres que afirmaram realizar o AEM (31 filhas e 22 irmãs), 45,1% das filhas (14) e 59,0 das irmãs (13) realizam mensalmente e 54,9% (17) filhas e 41,0% (9) realizam de forma inadequada, sendo esporadicamente ou semestralmente.

As pesquisas indicam um impacto significativo do AEM na detecção inicial do CA de mama nas mulheres que o realizam de forma regular, além de haver também detecção de pequenas mudanças nas propriedades físicas das mamas, diminuindo assim, a probabilidade de metástase e aumentando a sobrevida. Estudos demonstram que a sobrevida em cinco anos tem sido de 75% entre as praticantes do AEM contra 57% entre as não-praticantes⁽¹¹⁾.

Analisando a variável realização de exame clínico das mamas (ECM), observou-se que não há associação estatística com a variável: grau de parentesco ($p = 0,458$). O fato das mulheres serem filhas ou irmãs das mastectomizadas, não interferiu nessa prática de auto-cuidado. Observou-se uma parcela de 33,9 % (19) de filhas de mastectomizadas ($N = 56$), que referiram não realizarem o exame clínico, e 30,9% (13) de irmãs das pacientes ($N = 42$) que também negaram realizar o exame clínico.

Dentre as filhas que afirmaram realizarem o ECM ($N = 37$), encontrou-se uma parcela de 56,7% (21 delas), realizando anualmente e 43,3% (16 mulheres) realizando uma vez a cada cinco ou dez anos, o que foi classificado como frequência não-preconizada, conforme observado na Tabela 4.

Entre as entrevistadas que eram irmãs de mastectomizadas e que afirmaram realizar o exame clínico ($N = 29$), uma parcela de 75,9% (22 delas), afirmou realizar anualmente e 24,1 (7 mulheres) realizam numa frequência não preconizada.

Segundo o Consenso de controle do câncer de mama, o exame clínico das mamas é parte fundamental da propedêutica para o diagnóstico do câncer. Deve ser realizado como parte do exame físico e ginecológico, e constitui a base para solicitação dos exames complementares. É de extrema importância para a descoberta precoce do CA de mama, sendo o retorno à consulta com o profissional, dependente da idade e dos fatores de risco da mulher, porém, é consenso a indicação de sua realização anual⁽¹⁴⁾.

Foi satisfatório o fato de encontrar tanto nas filhas quanto irmãs das pacientes, porcentagens correspondentes à maioria das amostras, que realizam o ECM com frequência anual, visto que conforme foi citado anteriormente, é o intervalo de tempo mais adequado para essas mulheres. Porém, a parcela de mulheres que não realizam ou realizam com frequência não recomendada, ainda é bastante considerável, o que demonstra que essas mulheres ainda têm que ser esclarecidas e estimuladas a praticarem desse autocuidado.

Na tabela apresentada anteriormente, observou-se que dentre a amostra formada por filhas de mastectomizadas ($N = 56$), 85,7% (48), nunca realizaram a mamografia das mamas. Dentre as que realizam ($N = 8$), metade realiza bienalmente (quatro mulheres) e metade realizou apenas uma vez ou a cada cinco anos. As mulheres que responderam realizar o exame mamográfico com frequência diferente de dois anos, considerou-se como frequência não preconizada.

Na amostra formada por irmãs de mastectomizadas ($N = 42$), 64,2% (27 mulheres), afirmaram que não realizam o exame mamográfico. Entre as irmãs que afirmaram realizá-lo ($N = 15$), apenas 20% (3) referiram realizar a mamografia bienalmente e a grande maioria de 80% (12), referiu realizar com frequência não preconizada.

Ainda analisando a Tabela 4, observou-se que há associação estatística entre as variáveis: realização de mamografia e grau de parentesco ($p = 0,041$). Uma maior parcela de mulheres que eram irmãs das mastectomizadas referiu realizar o exame. Esse fato pode ser explicado devido à faixa etária dessas mulheres ser predominantemente maior que a das filhas.

CONCLUSÕES

A pesquisa permitiu que fossem encontrados outros fatores associados ao surgimento de câncer de mama nas mulheres entrevistadas, além do fator parentesco já conhecido antes do início do estudo. Na amostra formada por filhas ($N = 56$), encontrou-se em sua maioria, fatores de risco como: idade da primeira menstruação inferior ou igual a doze anos (46,5%), nuliparidade (39,2%), uso de anticoncepcional oral (62,5%) e tempo elevado (mais de 5 anos) de uso de CO (42,9%).

Na parcela de entrevistadas irmãs de mastectomizadas, identificou-se como fatores de risco para o desenvolvimento da neoplasia mamária em sua maioria: faixa etária de risco (38,0% têm idade entre 49 e 59 anos) ocorrência de abortos (80% sofreram um aborto) e uso de anticoncepcional oral (66,6%).

O estudo demonstrou que as mulheres têm o hábito de realizarem práticas de auto-cuidado como auto-exame, exame clínico e mamografia, embora algumas não os realizem na frequência preconizada.

A enfermagem tem um papel fundamental nesse sentido, uma vez que a realização de educação pra saúde, é uma das áreas de maior atuação do enfermeiro do século XXI, mais voltado para a prevenção e menos para o aspecto curativo.

Sugere-se que a prática da educação em saúde seja entendida sob o aspecto de uma educação transformadora, entendendo a pessoa como agente promotor desse tipo de aprendizagem, visando atender as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais em uma perspectiva pessoal e coletiva.

Pode-se inferir ao final desse estudo, que na luta contra o câncer de mama, o acompanhamento do familiar saudável, é de suma importância para que seja modificada a realidade atual desse problema de saúde pública, já que a prevenção e a detecção precoce, só serão possíveis de acontecer, se essa camada da população também for contemplada por todas as estratégias voltadas para essa problemática.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2008. Incidência de câncer no Brasil. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/versaofinal.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2008.
2. Peres RS, Santos MA. Câncer de mama, pobreza e saúde mental: resposta emocional à doença em mulheres de camadas populares. *Rev Latino-am Enferm*. 2007; 15(n. esp.):786-91.
3. Barros DO, Lopes RLM. Mulheres com câncer invasivo do colo uterino: suporte familiar como auxílio. *Rev Bras Enferm*. 2007; 60(3): 295-8.
4. Almeida AM, Mamede MV, Panobianco MS, Prado MAS, Clapis MJ. Construindo o significado da recorrência da doença: a experiência de mulheres com câncer de mama. *Rev Latino-am Enferm*. 2001; 9(5): 63-9.
5. Mourão CML, Silva JGB, Fernandes AFC, Rodrigues DP. Perfil de pacientes portadores de câncer de mama em um hospital de referência no Ceará. *Rev Rene* 2008; 9(2): 47-53.
6. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996; 4(2 supl.):15-25.
7. Pinho VFS, Coutinho ESE. Variáveis associadas ao câncer de mama em usuárias de unidades básicas de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(5): 1061-9.
8. Cavalcanti PP. Identificando fatores de risco nos familiares de mulheres mastectomizadas. [monografia de Graduação]. Fortaleza: Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2003.
9. Jesus LLC, Lopes RLM. Considerando o câncer de mama e a quimioterapia na vida da mulher. *Rev Enferm UERJ* 2003; 11(2): 208-11.
10. Moura-Gallo CV, Simão TA, Ribeiro FS, Andrada-Serpa MJ, Cardoso LEB, Mendonça GAS. Mutações no gene TP53 em tumores malignos de mama: associação com fatores de risco e características clínico-patológicas, inclusive risco de óbito, em pacientes residentes no Rio de Janeiro. *Rev Bras Epidemiol*. 2004; 7(2): 167-75.
11. Faria SL, Leme LHS, Oliveira JA. Câncer da mama: diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: Medsi; 1997.
12. Pascalicchio JC, Fristachi CE, Baracat FE. Câncer de mama: fatores de risco, prognósticos e preditivos. *Rev Bras Mastologia* 2001; 11(2): 71-84.
13. Kligerman J. Fundamentos para uma política nacional de prevenção e controle do câncer. *Rev Bras Cancerol* 2002; 48(1): 3-7.
14. Ministério da Saúde (BR). Normas e recomendações do Ministério da Saúde para o controle do câncer de mama – documento de consenso. *Rev Bras Cancerol* 2004; 50(2): 77-90.

RECEBIDO: 23/06/2008

ACEITO: 07/12/2008