



## ENFERMERÍA Y PERSPECTIVA DE GÉNERO

### Conhecimento e prática do auto-exame das mamas por usuárias de Unidade de Saúde da Família

Conocimiento y práctica del autoexamen de mamas por usuarias de la Unidad de Salud de la Familia

Knowledge and practice of the breast self examination by the users of the Family Health Unit

**\*Silva, Naiara Riquelme de Ataíde \*\*Soares, Daniela Arruda \*\*\*Rego de Jesus, Sandra.**

\*Graduanda do curso de Enfermagem do Instituto Multidisciplinar em Saúde \*\*Mestre em Enfermagem, Doutoranda em Saúde Coletiva, Professora Assistente do Instituto Multidisciplinar em Saúde. E-mail: [dandani23@yahoo.com.br](mailto:dandani23@yahoo.com.br) \*\*\*Doutoranda em Estatística, Professora Assistente do Instituto Multidisciplinar em Saúde. Campus Anísio Teixeira, Universidade Federal da Bahia, BA. Brasil.

Palavras-chave: auto-exame das mamas; câncer de mama; mulheres

Palabras clave: autoexamen de mamas; câncer de mama; mujeres

Keywords: breast self examination: breast cancer; women

### RESUMO

Estudo transversal com 116 usuárias, de 40 a 59 anos, de uma Unidade de Saúde da Família, no sudoeste baiano, a fim de avaliar o conhecimento e prática das mesmas acerca do auto-exame das mamas (AEM). Foi utilizado formulário estruturado, analisado pela regressão de *Poisson*. 75,9 % das mulheres relataram conhecer o AEM e 65,5%, praticá-lo; A razão de prevalência para o conhecimento do AEM foi 1,40 vezes maior entre as mulheres com mais escolaridade; 2,85 vezes maior entre as que conheciam o câncer de mama e 15% maior para as que acham importante descobrir cedo a doença. A prática mostrou-se maior entre as economicamente ativas; com mais de 2 filhos; não tabagistas; que freqüentam a unidade mais de 2 anos, que conhecem e acham importante descobrir o câncer de mama precocemente. Depreende-se que é preciso investir mais em atividades de educação para evitar agravos à saúde da mulher.

### RESUMEN

Estudio transversal con 116 usuarios, de 40 a 59 años, de una Unidad de Salud de la Familia en el suroeste de Bahía, con el fin de evaluar el conocimiento y la práctica de las mismas sobre el autoexamen de mamas (AEM). Se utilizó formulario estructurado, analizado por regresión de *Poisson*. 75,9% de las mujeres reportaron conocer el AEM y el 65,5% lo practica; La razón de prevalencia para el conocimiento del AEM fue 1,40 veces mayor entre las mujeres con mayor escolaridad, 2,85 veces

mayor entre las que conocían el cáncer de mama y más del 15% para aquellas que consideran que es importante detectar la enfermedad temprano. La práctica fue más alta entre la población económicamente activa, con más de 2 hijos, no fumadoras, que asisten a la unidad durante más de 2 años, que conocen y sienten importante detectar el cáncer de mama precozmente. De ello se desprende que es preciso invertir más en actividades de educación para prevenir riesgos para la salud de la mujer.

## ABSTRACT

Transversal study with 116 users, from 40 to 50 years old, of a Family Health Unit in the southwest of Bahia, in order to assess the knowledge and the practice of themselves about the breast self examination (BSE). A structured form was used, analyzed by Poisson regression, the 75.9% of the women reported on knowing the BSE and the 65.5% of the women put it into practice. The prevalence reason for knowing the BSE was 1.4 times higher among women with higher scholarship, 2.85 times higher among those who know the breast cancer and more than 15% for those who consider that it is important to detect the disease early. The practice was higher among the economical active population, with more than 2 children, non-smoking, who attend to the unit for more than 2 years, who know and feel that detecting the breast cancer early is important. From that can be deduced that it is necessary to invest more in education activities to prevent risks for the health of the women.

## INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, as doenças crônicas não transmissíveis passaram a ter notório destaque na saúde da população mundial. Dentre essas doenças destaca-se o câncer de mama que apresenta relevante magnitude, dada a morbi-mortalidade, especialmente no sexo feminino. Segundo Caleffi e Dias<sup>(1)</sup>, aproximadamente uma em cada 10 mulheres desenvolverá essa doença durante a vida.

Esse tipo de câncer possui a segunda maior incidência em todo o mundo e no Brasil, sendo o mais freqüente no país, à exceção do câncer de pele do tipo não melanoma, em incidência e mortalidade no sexo feminino, com crescimento progressivo desta última nos últimos anos<sup>(2)</sup>. Apresenta curva ascendente a partir dos 25 anos de idade e a maioria dos casos concentra-se entre 45 e 50 anos. No país, estima-se em 2010, uma incidência de 49,27 casos a cada 100 mil mulheres. Para o Nordeste e Bahia, estimativas apontam taxas de 30,11/100.000 e 37,29/100.000 mulheres, respectivamente, acompanhando o mesmo perfil de incidência nacional<sup>(3)</sup>. No Brasil, infelizmente, ainda prevalece o diagnóstico tardio da doença.

A prevenção primária do câncer é ainda considerada limitada, pois não há evidências que estabeleçam relação clara entre a doença e seus agentes causadores<sup>(4-5-6)</sup>. Frente às limitações da prevenção primária, a prevenção secundária, com o diagnóstico em estágios iniciais, mostra maior efetividade. As três principais estratégias para detecção precoce do câncer de mama são: o auto-exame das mamas (AEM), o exame clínico anual das mamas e o exame mamográfico, considerados complementares, uma vez que isoladamente nenhum deles é capaz de identificar as mulheres portadoras do câncer de mama<sup>(7)</sup>.

Apesar de alguns estudos questionarem a acurácia do auto-exame quanto a sua especificidade e sensibilidade, em termos de saúde pública, principalmente em países como o Brasil, no qual há precarização do acesso a serviços de saúde, a prática do AEM mostra-se, então, relevante no controle da morbimortalidade do câncer de mama<sup>(6)</sup>.

Além disso, ressalta-se que na maioria das vezes, cerca de 90% das vezes, o tumor é encontrado pela própria mulher<sup>(4,7)</sup>. Desse modo, o AEM pode ser usado como uma importante estratégia de detecção, pois traz as vantagens de ser uma técnica fácil, rápida e sem custos para mulher. Além disso, o AEM possui a vantagem de auxiliar na detecção de tumorações pequenas, o que pode contribuir para um tratamento mais precoce e menos mutilante.

Muitos estudos têm demonstrado deficiências na realização dessa prática, como inconsistência de aprendizado, não realização e prática incorreta<sup>(7,8,9,10,11,12,13)</sup>.

Diante disso, objetiva-se com esse estudo realizar uma avaliação do conhecimento e prática que usuárias de uma Unidade de Saúde da Família (USF), em um município do Sudoeste da Bahia, possuem sobre o AEM, a fim de se poder subsidiar com este a formulação de estratégias que favoreçam práticas mais preventivas e de maior cuidado com a saúde por parte dessas mulheres em relação ao câncer de mama.

## **METODOLOGIA**

Estudo de caráter transversal, descritivo e analítico, desenvolvido através de pesquisa quantitativa envolvendo usuárias de uma Unidade de Saúde da Família (USF), localizada em um município do interior baiano. A população deste estudo compreendeu mulheres com idade entre 40 a 59 anos, cadastradas na referida USF. Segundo dados do Sistema de Informação Básica (SIAB) do município situado no Sudoeste Baiano, do total de mulheres cadastradas, 1697 encontram-se na faixa etária alvo do estudo, correspondendo a cerca de 25% do total de usuárias.

Tal faixa etária foi selecionada por compreender um grupo de grande incidência para o câncer de mama e por abarcar as faixas etárias para as quais o exame clínico das mamas e mamografia devem ocorrer anualmente<sup>(3-4)</sup>. O tamanho da amostra foi definido com base numa amostragem aleatória simples sem reposição, considerando a proporção estimada de mulheres com conhecimento e prática do auto-exame das mamas de 50,0%, uma vez que não é conhecida essa proporção. Admitiu-se um erro máximo de 10% entre a proporção encontrada na amostra e a verdadeira proporção populacional, e nível de significância de 5%, totalizando 96 mulheres. Ao quantitativo acresceu-se 20% de perdas totalizando 116 mulheres entrevistadas aleatoriamente.

Como instrumento de coleta de dados utilizou-se um formulário estruturado, com 34 questões objetivas, elaborado com base no referencial teórico adotado e em referências bibliográficas associadas e de modo a satisfazer os objetivos propostos. Realizou-se um teste piloto com 10% do tamanho da amostra, com as usuárias com as mesmas características e que não faziam parte do estudo.

A coleta de dados ocorreu nos dois turnos de funcionamento desta Unidade, por uma equipe devidamente treinada, entre os meses de outubro a novembro de 2010, com as mulheres-alvo provenientes de demanda espontânea e/ou organizada e que concordaram em participar voluntariamente da pesquisa e registraram sua autorização no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do município de Vitória da Conquista - BA, e pelo CEP/IMES da Fundação FTC sob protocolo nº 2029/2010.

As prevalências do conhecimento e da prática do auto-exame foram adotadas como medida de ocorrências e comparadas entre os grupos de exposição usando a razão

de prevalência (RP) como medida de associação<sup>(18)</sup>. Análises bivariadas por meio da técnica de regressão de *Poisson* com variância robusta foram realizadas para avaliar a associação em estudo, uma vez que os desfechos em estudos não se tratavam de eventos raros. O nível de confiança para aceitar a hipótese de associação foi de 95%. O EXCEL foi o *software* adotado para entrada dos dados e as análises foram realizadas utilizando-se o *software* STATA (StataCorp. 2005. Stata Statistical Software: Release 9. College Station, TX: StataCorp LP).

## RESULTADOS

Participaram do estudo 116 mulheres, das quais 75,9 % relataram conhecer o auto-exame das mamas e 65,5 % disseram praticá-lo. Pouco mais da metade das entrevistadas (51,7%) possuía entre 50 e 59 anos, 42,2% se auto-declararam de cor parda, 66,4% eram casadas e 95,7% possuía uma religião. A amostra de mulheres estudadas pode ser considerada de baixa escolaridade (68,9%), de baixa renda (53,4%) e não economicamente ativa (67,2%). A maioria delas possui mais de 2 filhos (56,9%), sendo estas prevalências maiores para aquelas que não praticam o AEM.

Em relação ao comportamento, 87,9% das mulheres não são etilistas, 90,5% não são tabagistas e 89,7% não possuem história de câncer de mama na família. Predominam as mulheres que freqüentam a USF há mais de 2 anos (85,3%), sendo este valor maior para as mulheres que praticam o AEM.

A Tabela 1 mostra as razões de prevalência, com respectivos intervalos de confiança (IC 95%) para o conhecimento e prática do auto-exame segundo variáveis socioeconômicas, demográficas e comportamentais. Observa-se que, apenas nível de escolaridade apresenta associação estatisticamente significativa com o conhecimento do auto-exame, sendo que as mulheres com ensino médio ou além dele, apresentam razão de prevalência 40% maior para o conhecimento em relação às mulheres que tem até o ensino fundamental (RP = 1,40; IC95% = 1,18-1,66). Quando se analisa o desfecho prática do auto-exame, verifica-se que a prática é maior para as mulheres economicamente ativas, que tem pelo menos um filho, não são fumantes e freqüentam a unidade há mais de dois anos.

**Tabela 1-** Razão de prevalência (RP) e respectivos intervalos de confiança (IC 95%) da associação bivariada para conhecimento e prática do AEM, segundo variáveis sócio-econômicas, demográficas e comportamentais de usuárias de uma USF, Bahia, 2010.

Características	N	Conhecimento				Prática			
		n	%	RP	IC(95%)	n	%	RP	IC(95%)
<b>Idade (anos)</b>									
50 a 59	60	42	70,0	1,00		36	85,7	1,00	
40 a 49	56	46	82,1	1,17	0,95-1,44	40	87,0	1,01	0,86-1,20
<b>Raça/Cor</b>									
Negra	23	17	73,9	1,00		13	76,5	1,00	
Branca	39	30	76,9	1,04	0,77-1,40	25	83,3	1,09	0,80-1,49
Parda	49	37	75,5	1,02	0,76-1,37	34	91,9	1,20	0,91-1,59
<b>Estado Civil</b>									
Solteira	39	27	69,2	1,00		24	88,9	1,00	
Casada	77	61	79,2	1,14	0,90-1,45	52	85,2	0,96	0,81-1,14
<b>Escolaridade</b>									
Até ensino fundamental	80	54	67,5	1,00		46	85,2	1,00	
A partir do ensino médio	36	34	94,4	1,40	1,18-1,66	30	88,2	1,04	0,88-1,22
<b>Renda Familiar</b>									
< 1 salário mínimo	22	12	54,5	1,00		8	66,7	1,00	
Entre 1 e 2 salários	62	48	77,4	1,42	0,95-2,13	45	93,8	1,41	0,93-2,12
>2 salários mínimos	30	26	86,7	1,59	1,06-2,39	22	84,6	1,27	0,82-1,96
<b>Ocupação</b>									
Não economicamente ativa	78	60	76,9	1,00		48	80,0		
Economicamente ativa	38	28	73,7	1,04	0,83-1,31	28	100,0	0,80	0,70-0,91
<b>Religião</b>									
Evangélica	34	26	76,5	1,00		22	84,6	1,00	
Católica	77	57	74	0,97	0,77-1,22	49	86,0	1,02	0,84-1,24
<b>Nº de filhos</b>									
Nulipara	6	4	66,7	1,00		4	100		
1 ou 2 filhos	44	35	79,5	1,19	0,66-2,14	31	88,6	0,89	0,79-0,99
> 2 filhos	66	49	74,2	1,11	0,62-2,00	41	83,7	0,84	0,74-0,95
<b>Uso de bebida alcoólica</b>									
Sim	14	11	78,6	1,00		10	90,9	1,00	
Não	102	77	75,5	0,96	0,71-1,29	66	85,7	0,94	0,76-1,16
<b>Uso de cigarro</b>									
Sim	11	6	54,5	1,00		6	100		
Não	105	82	78,1	1,43	0,82-2,48	70	85,4	0,85	0,78-0,93
<b>História de câncer de mama na família</b>									
Não	104	79	76,0	1,00		69	87,3	1,00	
Sim	11	8	72,7	0,96	0,66-1,40	6	75,0	0,86	0,57-1,30
<b>Tempo que frequenta a unidade</b>									
≤ 2 anos	9	6	66,7	1,00		6	100,0	1,00	
> 2 anos	99	76	76,8	1,15	0,71-1,85	65	85,5	0,86	0,78-0,94

Em relação à oportunidade diagnóstica (tabela 2), a maioria das usuárias entrevistadas relatou que nunca tiveram as mamas examinadas em atendimento na unidade (55,2%). Em contrapartida, a maior parte das mulheres já realizou mamografia ao menos uma vez (69,8%) e cerca de 44,8% tiveram a oportunidade de realizar 2 ou mais vezes, sendo o intervalo entre estas inferior a 2 anos, em sua maioria. Tanto no exame clínico das mamas quanto no exame mamográfico, cerca de 20,7% das mulheres já tiveram alteração mamária diagnosticada por estes meios.

As mulheres já submetidas aos exames clínico e mamográfico, as que já realizaram a mamografia duas ou mais vezes e tiveram alteração mamária diagnosticada, demonstraram ter conhecimento e praticar o AEM, em relação às demais. Entretanto, não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre as variáveis relacionadas à oportunidade diagnóstica e as medidas de ocorrência conhecimento e prática do AEM.



**Tabela 2-** Razão de prevalência (RP) e respectivos intervalos de confiança (IC 95%) da associação bivariada para conhecimento e prática do AEM, segundo oportunidades diagnósticas de usuárias de uma USF, Bahia, 2010.

Características	N	Conhecimento				Prática			
		n	%	RP	IC(95%)	n	%	RP	IC(95%)
<b>Exame clínico</b>									
Não	64	46	71,9	1,00		38	82,6	1,00	
Sim	52	42	80,8	1,12	0,92-1,38	38	90,5	1,10	0,93-1,29
<b>Realizou mamografia</b>									
Nunca	35	25	71,4	1,00		21	84	1,00	
Sim	81	63	77,8	1,09	0,86-1,39	55	87,3	1,04	0,85-1,26
<b>Nº de mamografias</b>									
Nenhuma	35	25	71,4	1,00		21	84,0	1,00	
Uma	29	21	72,4	1,01	0,75-1,38	16	76,2	0,91	0,67-1,22
Dois ou mais	52	42	80,8	1,13	0,88-1,45	39	92,9	1,11	0,91-1,34
<b>Intervalo entre mamografias</b>									
≥ 2 anos	14	13	92,9	1,00		12	92,3	1,00	
< 2 anos	34	26	76,5	0,82	0,65-1,05	24	92,3	1,00	0,82-1,21
<b>Alteração mamária</b>									
Não	88	66	75	1,00		55	83,3	1,00	
Sim	24	19	79,2	1,05	0,83-1,34	18	94,7	1,14	0,98-1,32

Os dados da Tabela 3 demonstram que o conhecimento das mulheres sobre câncer de mama é bom (82,8%), 94,8% acreditam na cura da doença e quase a totalidade delas acham importante o diagnóstico precoce da doença, entretanto, 16,9% do total das entrevistadas ainda desconhecem o que é a doença. Todos estes valores foram maiores entre as mulheres que somente conhecem o AEM das mamas do que entre as que somente o praticam.

Verifica-se que o conhecimento do auto-exame é 2,85 vezes maior para as mulheres que sabem o que é o câncer de mama (RP = 2,85; IC95% = 1,45-5,61) e 15% maior para as que acham importante descobrir cedo (RP = 0,85; IC95% = 0,78-0,93). Conseqüentemente a prática do auto-exame é 15% maior para as que sabem o que é câncer de mama (RP = 0,85; IC95% = 0,78-0,93) e que acham importante descobrir o câncer de mama cedo (RP = 0,85; IC95% = 0,78-0,93).

**Tabela 3-** Razão de prevalência (RP) e respectivos intervalos de confiança (IC 95%) da associação bivariada para conhecimento e prática do AEM, segundo conhecimento sobre o câncer de mama, de usuárias de uma USF, Bahia, 2010.

Características	N	Conhecimento				Prática			
		n	%	RP	IC(95%)	N	%	RP	IC(95%)
<b>Conhece câncer de mama</b>									
Não	20	6	30,0	1,00		6	100	1,00	
Sim	96	82	85,4	<b>2,85</b>	<b>1,45-5,61</b>	70	85,4	<b>0,85</b>	<b>0,78-0,93</b>
<b>Acha que o câncer de mama tem cura</b>									
Não	5	4	80,0	1,00		2	50	1,00	
Sim	91	78	85,7	1,07	0,68-168	68	87,2	1,74	0,65-4,69
<b>Acha importante descobrir cedo</b>									
Não	1	1	100	1,00		1	100	1,00	
Sim	95	81	85,3	<b>0,85</b>	<b>0,78-0,93</b>	69	82,2	<b>0,85</b>	<b>0,78-0,93</b>

A prática do auto-exame segundo o conhecimento dessa técnica está apresentada na Tabela 4. Das mulheres que relataram conhecer o AEM, grande parte (94,3%) o considera importante para encontrar alterações nas mamas e apenas um terço destas usuárias relatou ter aprendido na USF (31,8%), enquanto que a maioria das usuárias teve conhecimento do AEM por meio dos meios de comunicação. Além disso, mais da metade das mulheres relata que o profissional de saúde da unidade não incentiva a realização da técnica mensalmente (53,4%).

Observa-se que a prática é 17% maior para as mulheres que aprenderam o auto-exame nos meios de comunicação (RP = 0,83; IC95% = 0,74-0,93) em relação as que aprenderam por outros meios.

**Tabela 4-** Razão de prevalência (RP) e respectivos intervalos de confiança (IC 95%) da associação bivariada para a prática do AEM, segundo conhecimento sobre o AEM, de usuárias de uma USF, Bahia, 2010.

Características	N	n	%	Prática	
				RP	IC(95%)
<b>Acha o AEM importante para encontrar alteração nas mamas</b>					
Não	5	4	80,0	1,00	
Sim	83	72	86,7	1,08	0,69-1,70
<b>Onde aprendeu</b>					
Outros	9	8	88,4	1,00	
USF	28	26	92,9	0,93	0,84-1,03
Meios de comunicação	51	42	82,4	<b>0,83</b>	<b>0,74-0,93</b>
<b>Profissional de saúde incentiva que faça o AEM mensalmente</b>					
Não	48	40	83,3	1,00	
Sim	40	36	90,0	1,08	0,92-1,27

Das mulheres que relataram conhecer a técnica, 86,4% praticam-na, enquanto 13,6% não a fazem. Dessas últimas, os principais motivos de não realização foram o esquecimento e o fato de não saberem fazer corretamente. A maior parte das mulheres (44,7%) realiza a técnica em intervalos maiores que um mês, quando se lembram, além disso, parte delas realiza mais de uma vez por mês (34,2%). A minoria delas faz o AEM com a periodicidade adequada (dados não presentes em tabelas).

A prática do AEM se dá, segundo o relato das usuárias praticantes, principalmente como um modo de prevenção do câncer de mama (36,8%), para que se possa encontrar nódulos (12,1%) e pelo medo do câncer (11,8%). Cerca de 19,7% das praticantes detectaram alterações mamárias ao realizarem a técnica (dados não presentes em tabelas).

## DISCUSSÃO

O conhecimento e prática das mulheres distribuídas nos intervalos etários de 40 a 49 anos e 50 a 59 anos, mostrou certa aproximação, especialmente em relação a prática do AEM, bem como não evidenciou-se diferenças significativas entre as mesmas. Esse achado pode estar relacionado ao fato de as campanhas que tratam do tema direcionarem-se, principalmente, às mulheres com 40 anos ou mais, o que contempla a faixa etária dessa pesquisa. Diferenças significativas foram encontradas em um estudo realizado com uma coorte de 2073 mulheres, em que aquelas acima de 30 anos conheciam e praticavam mais o auto-exame do que as mais jovens, para quem a idéia de desenvolver o câncer de mama pode parecer remota<sup>(12)</sup>.

Outros autores que trabalham com a prevenção secundária do câncer de mama, os quais avaliam fatores relacionados, de modo a contribuir ou limitar as oportunidades diagnósticas, tem nas mulheres acima de 40 anos suas principais amostras, por considerarem-nas o principal foco de ações para prevenção dessa doença, dado o aumento da morbi-mortalidade desse problema de saúde a partir dessa idade<sup>(9, 8, 14, 15)</sup>.

Apesar das mulheres com renda familiar superior a 2 salários mínimos terem apresentado conhecimento da técnica cerca de 1,6 vezes maior que aquelas com renda inferior a 1 salário, essa relação não foi significativa. Diferentemente, Freitas Júnior et al<sup>(12)</sup>, em pesquisa com 2073 mulheres de um Programa de Mastologia, em Goiânia-GO, perceberam relação significativa entre essas variáveis, em que o conhecimento sobre o AEM foi 1,68 vezes maior entre mulheres com renda maior que 2 salários. Outro estudo detectou redução, mesmo que não significativa, da prevalência da técnica em direção às classes sociais mais altas<sup>(14)</sup>. Isso pode manter relação com o fato de que ao passo que se aumenta o acesso aos exames clínico e mamográfico, as mulheres preocupam-se menos com a prática do AEM<sup>(14)</sup>.

Percebeu-se que mulheres com nível de escolaridade igual ou superior ao ensino médio apresentam razão de prevalência 40% maior para o conhecimento em relação às mulheres que tem até o ensino fundamental (RP = 1,40; IC95% = 1,18-1,66). Tal situação pode demonstrar a relação entre o grau de instrução e a oportunidade de acesso e compreensão de programas de educação em saúde. Alguns estudos corroboram com este achado<sup>(9)</sup>, ao passo que também encontraram relação significativa entre maior escolaridade<sup>(12)</sup> e maior apoio de informação<sup>(16)</sup> e prática do auto-exame. Os mesmos estudos ainda consideram que pessoas com maior



escolaridade sejam mais aptas a compreenderem as necessidades de práticas que conduzam à saúde e, portanto, mais aderentes aos programas preventivos.

Avaliando-se a prática do AEM, verificou-se que a prática é estatisticamente significativa para as mulheres economicamente ativas, as quais apresentam uma razão de prevalência 20% maior em relação às não economicamente ativas. Essa inserção no mercado de trabalho pode estar contribuindo para que essas mulheres tenham acesso a fontes de conhecimento que incentivem a práticas preventivas de saúde. Essas informações, contudo, se contrapõem aos achados de Freitas Júnior et al<sup>(12)</sup>, que observou um maior conhecimento e prática entre donas de casa, comparando-se com mulheres que trabalhavam fora. Tal estudo sugere que a permanência em casa acabe por contribuir para um maior acesso e captação de informações de educação em saúde<sup>(12)</sup>.

Além disso, mulheres com pelo menos um filho apresentaram maior tendência à prática, sendo que aquelas com mais de dois filhos tiveram razão de prevalência 16% maior em relação às nulíparas. A este respeito, Freitas Júnior<sup>(13)</sup> sugere que mulheres com maior quantidade de filhos, naturalmente teriam maior oportunidade de contato com equipes de saúde, e, por conseguinte uma melhor informação, favorecendo o conhecimento e prática do auto-exame.

Resultados estatisticamente significantes também foram observados em relação ao uso de cigarro, em que as não fumantes apresentaram razão de prevalência 15% maior para a prática, e as mulheres que freqüentam a unidade há mais de dois anos possuem razão de prevalência 14% a mais que as demais para a prática do AEM. Tais achados indicam que mulheres que apresentam hábitos positivos quanto a sua saúde e que frequentam os serviços de saúde por longas datas, por terem mais contato com profissionais de saúde e orientações em saúde, adotam mais consistentemente a prática do auto-exame<sup>(12)</sup>.

Observou-se que a maioria das usuárias nunca tiveram as mamas examinadas em atendimento na unidade (54,3%), dado parecido ao já encontrado em outros estudos, em que houve relato da não realização do exame clínico das mamas em uma média de 64, 36% das mulheres<sup>(4,8,10)</sup>, configurando uma situação ainda mais preocupante. Esse baixo índice de realização do exame clínico das mamas não parece ter justificativa, uma vez que este deveria ser uma rotina das consultas de enfermeiros e médicos nos atendimentos às mulheres<sup>(5)</sup>, já que é preconizado nos protocolos ministeriais, devendo a periodicidade mínima ser anual para aquelas que possuem 40 anos ou mais<sup>(3, 5)</sup>.

Em contrapartida, cerca de 70% das mulheres teve acesso à realização da mamografia ao menos uma vez, o que nem sempre é usual, uma vez que este exame tem elevado custo, fato que dificulta sua oferta a grandes grupos populacionais, mesmo sendo na faixa etária estabelecida<sup>(7,10)</sup>. Infelizmente, quase um terço das usuárias ainda não tiveram acesso a esse método de rastreamento. Além disso, aproximadamente 30% dessas mulheres tiveram 2 ou mais anos de espera entre as mamografias.

Esta carência de cobertura do exame mamográfico, em especial para a idade estabelecida, bem como o tempo aguardado entre os exames, faz com que parte das mulheres tenha que pagar para realizá-lo. Entretanto, observou-se que 72,4% têm renda familiar menor que dois salários mínimos, o que inviabiliza o acesso particular a

esse meio diagnóstico, fazendo com que essas mulheres não tenham acesso ao exame ou realize-o esporadicamente, ou quando o sistema público viabiliza a sua realização.

Por meio deste estudo, pôde-se verificar ainda que o conhecimento do auto-exame é 2,85 vezes maior para as mulheres que sabem o que é câncer de mama e 15% maior para as que acham importante descobrir cedo. Associado a isso, a prática do auto-exame é 15% maior para as que sabem o que é câncer de mama e que acham importante descobrir o câncer de mama cedo. Tais achados demonstram que as mulheres que tem conhecimentos sobre a doença e a importância de descobri-lo precocemente, tendem a uma maior prática do AEM. Em consonância, Molina et al<sup>(9)</sup> detectou que mulheres com maior preocupação em desenvolver o câncer de mama fazem o AEM mais frequentemente.

Parcela considerável das usuárias referiu conhecer o AEM (75,9 %) e a grande maioria o considera importante para encontrar alterações nas mamas. Proporção parecida foi encontrada em outras pesquisas, em que o conhecimento relatado da técnica variou de 75% a 96% entre as usuárias<sup>(8,10,12)</sup>. Entretanto, alguns estudos já constataram que nem sempre esse conhecimento é adequado<sup>(8,10)</sup>.

Complementarmente, destaca-se que a realização mensal dessa técnica favorece a detecção precoce de nódulos a partir de 1 cm no tecido mamário e na cadeia de linfonodos axilares e evita que as mulheres só procurem ajuda especializada em estágios avançados da doença, gerando a possibilidade de tratamentos de maior sucesso, menos agressivos e com um melhor prognóstico<sup>(4,17), 18,13</sup>. O AEM pode ser considerado uma importante estratégia para um diagnóstico precoce de alterações mamárias, pois, o tumor é encontrado pela própria mulher em cerca de 90% dos casos<sup>(6)</sup>.

Apenas um terço das usuárias que conheciam o AEM relataram ter aprendido na USF (31,8%), enquanto que a maioria delas disseram ter tido contato com a técnica por meio dos meios de comunicação (58%). Observa-se que a prática é 17% maior para as mulheres que aprenderam o auto-exame nos meios de comunicação em relação as que aprenderam por outros meios. Esses dados levam à constatação do importante impacto midiático na aquisição de conhecimentos pelas mulheres e uma subinformação ofertada pelas USF's.

Dados semelhantes foram encontrados por Gonçalves e Dias<sup>(4)</sup> e por Monteiro et al<sup>(10)</sup>, ambos demonstrando a capacidade de persuasão por parte de campanhas públicas para o ensino e reforço de práticas adequadas de saúde. Não obstante, a pequena participação da USF no processo de aquisição de novos conhecimentos e boas práticas de saúde, contradiz com o seu objetivo de reorganização do modelo assistencial em saúde, a partir da lógica de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Ficou explícito que além de a unidade não ser a principal fonte de informação, e da não realização do exame clínico, boa parte das entrevistadas disse não haver incentivo por parte dos profissionais quanto à realização mensal da técnica (53,4%). Tal fato contribui para que essas mulheres não adotem essa prática como uma rotina de cuidado com seu corpo e sua saúde. Monteiro et al<sup>(10)</sup> encontraram os mesmos resultados e evidenciaram que 58,7% das entrevistadas referiram a falta de incentivo dos profissionais para realização da técnica, representando que os profissionais de

saúde devem se conscientizar de que além de realizarem o exame físico das mamas, precisam recomendar e orientar o AEM às mulheres<sup>(5)</sup>.

A prática do AEM foi citada por grande parcela das usuárias que conheciam a técnica (86,4%), contudo menos da metade das mulheres realiza a técnica com periodicidade mensal (34,2%) e pratica em período adequado do mês (41%). Além disso, parte delas realiza-a mais de uma vez por mês, correndo o risco de fazer o exame em períodos nos quais a mama encontra-se naturalmente túrgida e dolorosa, o que pode levá-las a encontrar alterações, quando na verdade tal situação é decorrente da ação hormonal ao longo do ciclo menstrual. Divergências ainda maiores entre a prática do AEM e a realização correta foram detectados em outras pesquisas<sup>(8,9,10,13)</sup>. Tais achados podem relacionar-se com o baixo nível de escolaridade das entrevistadas e ao fato de obterem informações sobre o AEM, na maioria das vezes, pelos meios de comunicação, que nem sempre oferecem informações completas.

Os principais motivos citados pelas não praticantes (13,6%) para a não realização do AEM foram o esquecimento (50%) e o fato de não saberem fazer (16,7%), dados que corroboram aos relatados anteriormente, uma vez que essas mulheres não têm sido ensinadas nem estimuladas a praticarem o exame por parte dos profissionais de saúde. Em acordo, os trabalhos de Gonçalves e Dias<sup>4</sup>, Marinho et al<sup>(8)</sup> e Monteiro et al<sup>(10)</sup> também elencaram esses fatores como motivos da não realização, além de outros citados em menor proporção pelas participantes como achar que só o profissional sabe fazer e o medo de encontrar algo.

Para as entrevistadas praticantes, a realização da técnica ocorre principalmente como um modo de prevenção do câncer de mama, para encontrar nódulos e pelo medo da ocorrência de uma neoplasia mamária. Outros motivos também foram elencados por outros autores tais como: modo de cuidar da saúde, se sentir melhor, evitar hospitais e evitar câncer de mama e ter melhor prognóstico<sup>(4,8)</sup>.

Cerca de 19,7% das praticantes detectaram alterações mamárias ao realizarem a técnica. Tal achado demonstra que ao realizar o AEM a mulher é capaz de detectar alterações. Entretanto, como no presente estudo esses dados não foram cruzados com o real diagnóstico de alteração mamária, nada pode ser inferido em relação à sensibilidade dessa técnica. Como o AEM é um teste de rastreamento, não de diagnóstico, devem-se investigar as alterações detectadas<sup>(7)</sup>.

Em estudo transversal realizado com 2672 mulheres submetidas à mamografia<sup>(7)</sup>, comparou-se a sensibilidade do AEM, na detecção de nódulos mamários palpáveis. Percebeu-se uma maior sensibilidade do AEM na detecção de nódulos mamários, quando realizado mensalmente.

Embora o auto-examen das mamas não tenha a mesma sensibilidade das técnicas mamográficas ou clínicas, devido à dificuldade intrínseca para a palpação das glândulas mamárias<sup>(19)</sup> e, levando-se em consideração que grande parte da população brasileira, assim como o grupo em análise, possui baixo nível socioeconômico e que encontra dificuldades de acesso ao atendimento público, pode-se considerá-lo um procedimento de grande aplicabilidade na população brasileira e, portanto como uma importante ferramenta para o diagnóstico precoce do câncer de mama.

## CONCLUSÃO

Por meio dos dados colhidos nesse estudo, detectou-se referência de conhecimento e prática do AEM por parte da maioria das usuárias. Tal conhecimento sobre o AEM foi estatisticamente significativo nas mulheres de maior nível educacional, conhecedoras do câncer de mama e que consideram importante o seu diagnóstico inicial. Já a prática teve significância estatística dentre as mulheres economicamente ativas, com pelo menos um filho, não fumantes, que freqüentam a unidade há mais de dois anos, conhecem o câncer de mama, acham importante o diagnóstico inicial da doença e que aprenderam a técnica nos meios de comunicação.

Além disso, diante dos relatos das usuárias, evidenciou-se algumas lacunas quanto a atuação da unidade de saúde na aquisição de conhecimentos e incentivo a prática do AEM, uma vez que a proposta da USF é de reorganização das práticas em saúde no sentido de atuar, mais fortemente, na promoção da saúde e prevenção de agravos.

Tais achados sinalizam a necessidade de campanhas de educação em saúde voltadas ao público de baixa nível sócio-econômico e com menor acesso aos serviços de saúde e a outros meios de informação, ainda não conscientes sobre as ações de autocuidado em saúde.

É imprescindível, que os profissionais de saúde atuantes em equipes de saúde da família, ensinem e estimulem as mulheres a fazerem o AEM, uma vez que este se configura como uma estratégia de cuidado com o próprio corpo e como uma das atividades educativas a serem desenvolvidas por profissionais de saúde, como medida de controle do câncer de mama. Além disso, há a necessidade de que ratifiquem a importância de realizá-lo mensalmente, principalmente na população de alto risco, pois a repetição sistemática favorece a sensibilidade desse tipo de exame<sup>(6,13)</sup>.

Vale ressaltar, a relevância de se reforçar o método correto de realizar o AEM e sua importância como medida de detecção precoce de uma possível alteração mamária, tanto em atendimento individual, como em oficinas coletivas, pois, muitas mulheres não conseguem aprender a técnica num primeiro momento em que são ensinadas, e, ainda, as que conhecem a técnica adequada não se sentem motivadas a realizá-la freqüentemente.

Com o aumento da morbi-mortalidade pelo câncer de mama, o AEM pode ser usado como uma das estratégias para detectar, em tempo hábil alterações mamárias. Essa técnica de rastreamento traz as vantagens de ser fácil, rápida e sem custos à mulher. Embora o auto-exame das mamas não tenha a mesma sensibilidade das técnicas mamográficas ou do exame clínico e, levando-se em consideração que grande parte da população brasileira possui baixo nível socioeconômico e que encontra dificuldades de acesso ao atendimento público, pode-se considerá-lo um procedimento de grande aplicabilidade na população brasileira e, portanto como uma importante ferramenta para o diagnóstico precoce do câncer de mama.

## REFERÊNCIAS

1. Caleffi M, Dias ES. Aspectos genéticos do câncer de mama. In: Oliveira HC, Lembruber I (Ed.). Tratado de ginecologia FEBRASGO. Rio de Janeiro: Revinter; 2001.

2. Davim RMB, Torres GV, Cabral MLN, Lima V, Souza MA. Auto-exame de mama: conhecimento de usuárias atendidas em um ambulatório de uma maternidade escola. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2003;11(1):21-7.
3. Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Falando sobre câncer de mama. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2002.
4. Gonçalves Suy-Mey CM, Dias MR. A prática do auto-exame da mama em mulheres de baixa renda: um estudo de crenças. *Est Psicologia*. 1999; 4(1):35-42. [internet]. [citado em 2010 Maio 25]. Disponível em: <http://www.scielo.br>.
5. Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 2004.
6. Robles SC, Galanis, E. Breast cancer in Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Publica*. 2002; 11(3):178-185. [citado em 2010 Mar]. Disponível em: <http://www.scielosp.org>.
7. Borba AA et al. Frequência de realização e acurácia do auto-exame das mamas na detecção de nódulos em mulheres submetidas à mamografia. *Rev. Bras. Ginecol Obstet*. 2010; 20(1):38-44.
8. Marinho LAB et al. Conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas em centros de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37(5):576-82.
9. Molina L, Dalben I, De Luca, LA. Análise da oportunidade de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. *Rev. Assoc Med Bras*. 2003; 49(2):185-90.
10. Monteiro APS et al. Auto-exame das mamas: frequência do conhecimento, prática e fatores associados. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2003; 25(3): 201-5.
11. Ferreira MLM, Oliveira C. Conhecimento e significado para funcionárias de indústrias têxteis sobre prevenção do câncer do colo-uterino e detecção precoce do câncer da mama. *Rev Bras Cancerol*. 2006;52(1):5-15.
12. Freitas Junior R et al. Conhecimento e prática do auto-exame de mama. *Rev Assoc Med Bras*. 2006; 52(5):201-5. [Citado em 2010 Mar 14]. Disponível em: <http://www.scielo.br>.
13. Silva RM et al. Realização do auto-exame das mamas por profissionais de enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2009; 43(4):902-8.
14. Scowitz ML et al. Condutas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados. *Rev. Saúde Pública*. 2005; 39(3):340-9.
15. Amorim VMSL et al. Fatores associados a não realização da mamografia e do exame clínico das mamas: um estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(11):2623-32.
16. Andrade CR et al. Apoio social e auto-exame das mamas no Estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(2):379-86.
17. Coelho Junior JL; Avelar JTC, Reis JHP. Métodos diagnósticos complementares. In: Oliveira HC, Lemgruber I (Ed.). *Tratado de ginecologia FEBRASGO*. Rio de Janeiro: Revinter. 2001. p. 935-45.
18. Thuler LC. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. *Rev Bras Cancerol*. 2003;49(4):227-38.
- 19-Díaz JMO, Manrique-Abril FG, Vega NA, Pacheco ALM, Ariza NER. La no realización del autoexamen de mama en Tunja, Colombia. *Rev Enfermería Global* 2011; 10(3):30-40.

ISSN 1695-6141

© COPYRIGHT Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia