

## NÍVEL DE CONHECIMENTO DAS MULHERES NA AVALIAÇÃO DO AUTO-EXAME DA MAMA

### LEVEL OF KNOWLEDGE OF THE WOMEN IN THE EVALUATION OF THE BREAST'S SELF-EXAM

### NIVELADO DE CONOCIMIENTO DE LAS MUJERES EN LA EVALUACIÓN DE EL SOLEMNIDAD-EXAMEN DE EL MAMMA

MÍRIA CONCEIÇÃO LAVINAS SANTOS<sup>1</sup>

ANA FÁTIMA CARVALHO FERNANDES<sup>2</sup>

PACÍFICA PINHEIRO CAVALCANTI<sup>3</sup>

O estudo objetiva avaliar o grau de conhecimento sobre o auto-exame da mama (AEM) e a fonte onde estas mulheres adquiriram este conhecimento. Entrevistamos 141 mulheres, atendidas em um posto de saúde no período de abril e maio de 2001. Os resultados apontam que 78 (55,3%) sabiam descrever o auto-exame da mama e 63 (44,7%) não sabiam. Das 78 que sabiam, 27 (43, 6%) não realizavam a prática. Com relação à fonte de conhecimento sobre AEM, foi citada a TV por 38 (48,7%) e serviço de prevenção por (28%). Conclui-se que precisamos desenvolver estratégias que mobilizem a mulher para a adoção do autocuidado em relação à prática do AEM.

**PALAVRAS-CHAVES:** Auto-exame das mamas; Conhecimento; Mulheres.

The study aims at to evaluate the knowledge degree on the breast's self-exam (SEB) and the source where these women acquired this knowledge. We interviewed 141 women, assisted at a health center in the period of April and May of 2001. The results appear that 78 (55,3%), they knew how to describe the breast's self-exam and 63 (44,7%), they didn't know. Of the 78, that knew 27, (43, 6%), they didn't accomplish the practice. Regarding the knowledge source on SEB, TV was mentioned by 38, (48,7%), and prevention service for (28%). We concluded that is needed to develop strategies that mobilize the woman for the adoption of the self-help in relation to the practice of the SEB.

**KEYWORDS:** Breast self-examination; Knowledge; Women.

El estudio apunta a evaluar el grado de conocimiento en el mismo-examen del pecho (SEB) y la fuente dónde estas mujeres adquirieron este conocimiento. Nosotros entrevistamos a 141 mujeres, ayudadas a un centro de salud en el período de abril y mayo de 2001. Los resultados aparecen que 78, (55,3%), ellos supieron describir el mismo-examen del pecho y 63, (44,7%), ellos no supieron. De los 78, ese you/they supieron 27, (43, 6%), ellos no lograron la práctica. Con respecto a la fuente de conocimiento en SEB, la TELEVISIÓN se mencionó por 38, (48,7%), y servicio de la prevención para (28%). Nosotros conclued que se necesita desarrollar estrategias que movilizan a la mujer respecto a para la adopción del autocuidado la práctica del SEB.

**LAS PALABRAS CLAVES:** Autoexamen de mamas; Conocimiento; Mmujeres.

<sup>1</sup> Enfermeira Especialista em Saúde Pública e Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará-UFC;

<sup>2</sup> Professora Doutora do Departamento da Universidade Federal do Ceará-UFC;

<sup>3</sup> Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – Bolsista PIBIC-CNPq.



## INTRODUÇÃO

A estimativa da incidência de câncer no país, referente às mulheres, em 2003, foi de 216.035 casos novos e 74.090 óbitos. Para o câncer de mama, estima-se 41.610 casos novos (taxa bruta de 46,35/100.000) e 9.335 óbitos (taxa bruta de 10,40/100.000).<sup>1</sup>

Observou-se aumento considerável da taxa de mortalidade por câncer de mama, de 1979 a 2000, numa variação percentual relativa de mais de 80,3%, fato que se deve ao diagnóstico realizado em estágios avançados da doença.

Comprova-se que o câncer de mama manter-se-á na vanguarda como causa mortis, em mulheres, seguido pelo câncer de pulmão, cólon e reto, colo do útero e estômago, apresentando-se como a segunda neoplasia maligna mais incidente no mundo civilizado.<sup>1</sup> A região Nordeste e a Região Sudeste se destacam pela maior incidência de câncer de mama em relação ao quadro nacional, por apresentarem a ocorrência do câncer de mama em taxas quase similares.

Sabe-se que, dentre as neoplasias malignas, o câncer cérvico-uterino e de mama representam a principal causa de óbitos na população feminina acima de 15 anos, provando que os estágios precoces do câncer ginecológico não estão sendo diagnosticados. Quanto ao diagnóstico precoce do câncer de mama, não existe exame de baixo custo, com alta sensibilidade e de fácil tecnologia, que possa servir como "screening", como acontece com o teste de papanicolau para o câncer de colo uterino.

O exame clínico das mamas pelo profissional de saúde e o auto – exame das mamas pela própria mulher tornaram-se, então, os fundamentos para detecção dos estágios iniciais da doença; isto é, estando todos os esforços concentrados no diagnóstico de estágios precoces de neoplasia. Sabe-se, porém, que o câncer de mama causa muita apreensão à mulher, uma vez que estão em jogo os sentimentos, conhecimentos, atitudes, valores e percepções que cercam a sexualidade, a amamentação e a própria doença, uma variada carga de diferentes emoções que a estimulam ou desmotivam à manutenção da prática de autocuidar-se.

O medo da mulher em tomar conhecimento de um câncer é o que a motiva para a aderência como para a sua negação.<sup>2</sup> Observamos que a mulher, para aderir a um despertar para o cuidar do corpo, precisa ser sensibilizada, para que o cuidado seja pensado e vivenciado como

algo que estrutura o indivíduo dia a dia. As autoras atribuíram a prática de atitudes das mulheres para o cuidado, à medida que o início do conhecimento invadiu seus pensamentos e as estimulou à prática de atitudes de cuidar, como "procurando apoio" "e procurando saber", tendo em vista a procura dos postos como iniciação do saber.<sup>3</sup> A demanda da consulta preventiva nas unidades básicas de saúde em Sorocaba vem aumentando, e a morosidade e "insuficiência" das ações de nível secundário e terciário invalidam todo esforço realizado em etapas anteriores.<sup>4</sup> Fugindo a análise técnica da divisão dos níveis primário, secundário e terciário de saúde, caracteriza o nível primário como o estágio de que faz parte o posto de assistência médica (PAM), palco de nosso estudo, local adequado para apropriação do saber por parte da clientela<sup>5</sup>. Concordamos com a idéia de que realmente a transmissão de informação é mais difícil, devido à característica de suas ações no nível secundário e terciário.

Diante da problemática exposta, enfatiza-se e classifica-se o nível primário de atendimento como o principal palco onde ocorrem as ações de prevenção, e que o estudo objetiva avaliar o perfil quanto a faixa etária, renda familiar, motivação de procura da consulta e analisar o nível de conhecimento do autoexame de mama (AEM) por mulheres atendidas em um serviço ambulatorial de prevenção do câncer ginecológico de caráter público no interior do Estado do Ceará configurando-se esse atendimento a fonte onde elas adquirem este conhecimento.

## MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa, de caráter quantitativo, foi realizada no período de abril a maio de 2001, no posto de assistência médica (PAM), no interior do Estado do Ceará. Foram abordadas para o estudo 200 mulheres, clientes do posto de saúde, com 59 recusas a entrevistas, constituindo nossa amostra 141 mulheres, em torno de 30% da demanda. Os aspectos éticos foram obedecidos de acordo com a resolução n°196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados um formulário composto de duas partes. A primeira, com perguntas sobre idade, estado civil, escolaridade, perfil social (profissão, renda familiar). A segunda parte, com questionamentos sobre o número de consultas realiza-



das em outro serviço de prevenção de câncer ginecológico, motivações para a consulta, grau de conhecimento sobre o auto-exame da mama (AEM) e as respectivas fontes deste aprendizado.

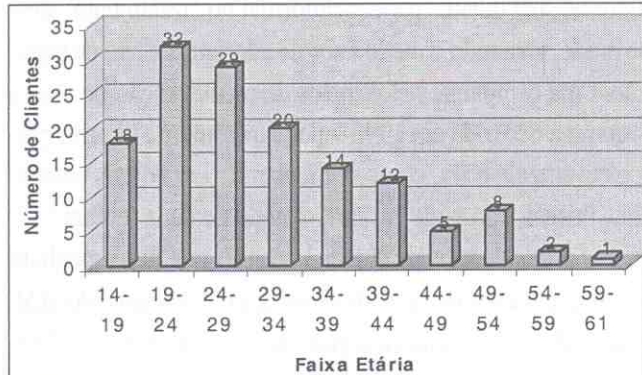
No que se refere ao auto-exame, foram classificadas como mulheres que “sabem”, aquelas que, por descrição verbal e/ou gestual, conheciam a técnica do AEM. Por exclusão, todas as mulheres que não se enquadraram no descrito anteriormente foram classificadas como mulheres que “não sabem”.

Os dados foram organizados em gráficos onde serão analisados e fundamentados de acordo com a literatura pertinente.

## ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No intuito de analisar o grau de conhecimento de mulheres sobre (AEM), os dados foram distribuídos como se mostra a seguir.

GRÁFICO I  
DISTRIBUIÇÃO DA CLIENTELA, DE ACORDO COM FAIXA ETÁRIA.  
CEARÁ 2001.



A idade média de 29,4 (14 –61) anos está enquadrada na faixa-alvo do Ministério da Saúde, (25 – 60 anos). No entanto, ao classificar a clientela de acordo com a faixa etária, conforme dados do gráfico I, verificamos que dois picos ocorrem: o primeiro é maior, situado na faixa de 19 a 24 anos, e o segundo, um pouco menor, entre os 24 e 29 anos.

Mais ainda, a partir da faixa de 24 a 29 anos, há uma diminuição progressiva do número de clientes até os 49 anos, deixando descoberta uma clientela que está no ápice de risco. Outra evidência que torna importante o esforço para atrair mulheres de faixa etária mais alta, de que há

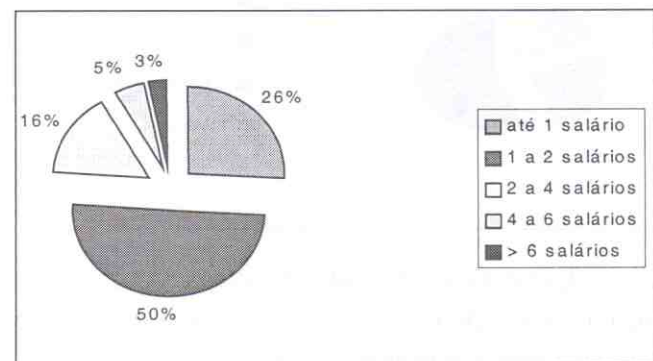
uma significativa queda da prática do AEM nos grupos etários mais jovens (< 24 anos e entre 25 a 34 anos), enquanto que na faixa etária de 35 a 54 anos a proporção do AEM mensal continua elevada<sup>2</sup>.

Inclui-se neste grupo de mulheres 78 (55, 3%) casadas, 45 (31, 9%) solteiras, 12 (8,5%) separadas e 6 (4,2%) viúvas.

Quanto à escolaridade, onze (7,8%) são analfabetas, 97 (68, 8%) não completaram o primeiro grau, 16 (11,3%) têm o primeiro grau completo, 1 (0,7%) o segundo grau incompleto, 13 (9,2%) completaram o segundo grau e 3 (2,1%) têm nível universitário.

Com relação à renda familiar, a maior parte da amostra (50%) declarou rendimentos acima de 6 salários mínimos, conforme o gráfico II.

GRÁFICO II  
DISTRIBUIÇÃO DA CLIENTELA, SEGUNDO A RENDA FAMILIAR.  
CEARÁ. 2001.



Quanto à atividade profissional, 102 (72,3%) não possuem atividade profissional, dedicando-se a prendas do lar. Das 39 (27,6%) que trabalham, 10 (7,0%) são empregadas domésticas e 9 (6,3%), operárias. As 20 (14,1%) restantes se dividem em empregadas do comércio, vendedoras autônomas e pequenas comerciantes-proprietárias.

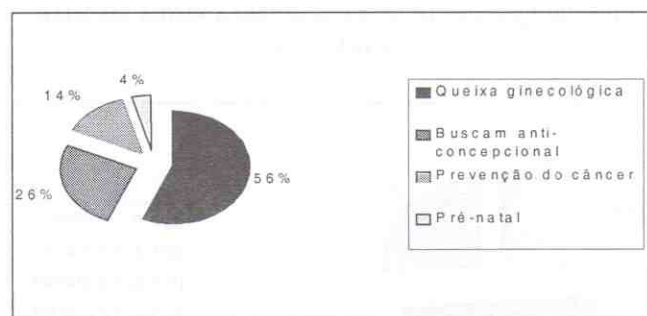
Da amostra descrita, as mulheres tinham realizado 1-20 (2,6%) consultas no PAM. Ainda em relação ao serviço do PAM, 65 (46,0%) estavam em sua primeira consulta, 38 (26,7%) na segunda consulta, 15 (10,6%) na terceira consulta, 7 (5,0%) na quarta, 3 (2,1%) na quinta e 13 (9,2%) já tinham comparecido a mais de 5 consultas.

Para 22 (15,6%) mulheres a consulta no PAM estava sendo a primeira consulta na vida em serviço de preven-

ção. 119 (84,4%) mulheres haviam realizado mais de uma consulta na vida, fosse no PAM ou em outro serviço de prevenção. O intervalo que as 119 mulheres, com mais de uma consulta, mantinham entre as consultas era de até 1 ano para 77 (64,7%), entre 1 e 2 anos para 26 (21,8%), até 3 anos para 6 (5,0%) e maior do que 3 anos para 10 (8,4%), mulheres.

Apenas 8,4% das mulheres mantinha intervalo superior a três anos entre as consultas. Deve-se a isto o fato da motivação para a consulta ser queixa clínica e não a necessidade de prevenção. A ocorrência de doenças ginecológicas faz com que estas mulheres compareçam com boa frequência ao serviço, conforme dados do gráfico III.

GRÁFICO III  
DISTRIBUIÇÃO DA CLIENTELA DE ACORDO COM AS MOTIVAÇÕES PARA CONSULTA. CEARÁ. 2001.

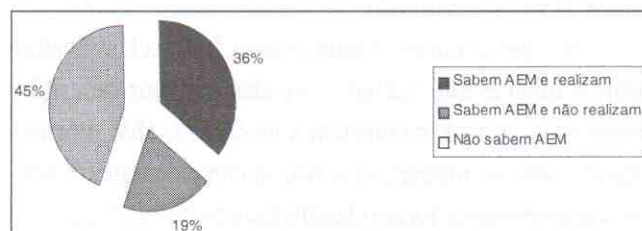


Apenas 14,1% das mulheres compareceram ao serviço de prevenção com o intuito de se prevenir contra o câncer. A principal motivação correspondeu a queixas ginecológicas. Nossa opinião é que a consulta, por esta razão, não deve se restringir a resolver o problema clínico apresentado pela cliente. O profissional deve ter a consciência de aproveitar o momento e difundir a idéia de diagnóstico precoce do câncer de mama e sua importância. E, como querem diversos autores<sup>3,6,7</sup>, realizar o exame clínico das mamas independente de queixas.

Quando as mulheres foram solicitadas a citar medidas de profilaxia contra o câncer de mama, 48 (34,0%) nada responderam; 92 (65,2%) contaram o AEM; 2 (1,4%) citaram a amamentação e 1 (0,7%) preocupou-se com o risco do “neném arrotar no peito”. O total de citações é maior do que 141, das quais 2 (1,4% das mulheres abordadas) citaram 2 medidas.

No gráfico IV pode-se observar o conhecimento das mulheres quanto à prática do AEM.

GRÁFICO IV  
DISTRIBUIÇÃO DA CLIENTELA DE ACORDO COM O CONHECIMENTO DO AUTO-EXAME DAS MAMAS E SUA REALIZAÇÃO. CEARÁ. 2001.



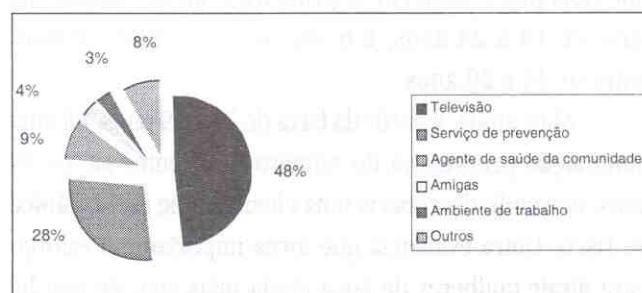
Quando questionadas a descrever o AEM, 78 (55,3%), sabiam e 63 (44,7%), não sabiam. Das 78 mulheres que sabiam, 27 (36%) não o realizavam na prática o AEM.

Como demonstrou nosso estudo, citar AEM não significou beneficiar-se com ele, já que das 78 mulheres que sabiam o AEM, 27 (36%) não o realizavam. Os principais motivos alegados pelas mulheres que sabiam, porém não realizavam o AEM, foram: esquecimento, medo e preconceito de se tocar. É nossa suposição que na alegação de “esquecimento” estejam incluídos o medo, o preconceito e motivos não revelados.

O profissional que tem contato direto com a cliente assume, sem dúvida, papel primordial no “tratamento” desse medo, tornando o medo fator de aderência e não de negação. Uma campanha pelos meios de comunicação de massa – como a ocorrida em 1996 – pode transmitir a informação, e efetivamente o fez, como demonstrado em nossos resultados. Porém, não pode “tratar” o medo de cada mulher.<sup>2</sup>

Pode-se apreciar o papel positivo que desempenham as campanhas televisivas como fonte de conhecimento do AEM, pelos achados descritos a seguir: das 78 mulheres, (55,3%), que já sabiam descrever o AEM, 38 (48,7%) tinham-no aprendido através da TV, como demonstra o gráfico V.

GRÁFICO V  
DISTRIBUIÇÃO DAS FONTES DE CONHECIMENTO DO AEM. CEARÁ. 2001.





Neste sentido, pode-se concluir que a campanha televisiva ocorrida na época do estudo conseguiu seu intuito de informação.

A mensagem transmitida pelos veículos de comunicação provoca um estímulo no comportamento das mulheres, comprovado pela sua mobilização para realizar o auto-exame da mama. O apelo da mídia para a prática do auto-exame repercutiu positivamente, alcançando uma mudança de atitudes<sup>5</sup>.

Em um estudo realizado entre 50 mulheres através, de questionário, apenas 6 (12%), conheciam o AEM. Ao final da campanha de educação concretizada a nível ambulatorial, com farta distribuição de folhetos e aulas para grupo de clientes, outro estudo foi realizado com o objetivo de avaliar a campanha.<sup>8</sup> Os resultados deste segundo estudo foram: de 326 mulheres, 93,2% demonstraram através de questionários, conhecer o AEM, e 57,1% disseram que já realizavam.

Demonstra-se ser mais eficaz a demonstração do AEM do que a sua explanação, como se pode perceber através de uma experiência em Vargem Grande Paulista, onde utilizam uma manequim, alcunhada de "Maria" pelas próprias clientes, que é feita de madeira, com altura aproximada de 1,60cm, órgãos genitais adaptáveis com velcro e seios de crochê e alpiste<sup>3</sup>.

A grande eficácia de folhetos explicativos prova que mensagens curtas e diretas são mais eficientes, fato que foi comprovado através de uma pesquisa realizada pela American Cancer Society que utilizou uma mensagem com 433 palavras e outra mensagem utilizando 54 palavras, ambas informavam os pontos importantes do AEM. Observou-se que a aderência das mulheres que leram o texto menor foi significativamente superior.<sup>9</sup>

A entrega de folhetos durante a consulta também seria exequível, lembrando que das 141 mulheres estudadas, 11 (7,8%) eram analfabetas, podendo, portanto, 92,2% potencialmente beneficiadas através de informação escrita.<sup>8</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através desse trabalho podemos afirmar que muito ainda tem que ser feito para que as mulheres tenham consciência da importância da adoção de medidas de detecção

precoce do câncer de mama, sendo uma responsabilidade tanto dos profissionais de saúde como dos meios de comunicação em massa.

A televisão, no que se refere ao AEM, representa uma fonte de conhecimento mais relevante do que a consulta em uma instituição de saúde, de acordo com as mulheres integrantes do estudo. Como demonstrou nosso estudo, citar AEM não significou beneficiar-se com ele, já que, das 78 mulheres que sabiam o AEM, 27 (34, 6%) não realizavam o AEM. Os principais motivos alegados foram esquecimento, medo e preconceito de se tocar. Advertimos que uma consulta de prevenção, devido à obrigatoriedade da exposição da intimidade do corpo da mulher e ao toque pelo profissional de partes do corpo, diversos sentimentos podem ser provocados com o aparecimento de padrões neuróticos na relação profissional-cliente.<sup>7</sup> Consideramos que as dificuldades psicológicas que invadem a consulta devido a questões de preconceitos ou tabus sexuais, foram lembrados na citação do "desconhecimento" do corpo pela mulher como fato da não eficácia da consulta. O exame clínico das mamas deve ser realizado independentemente de queixas, tendo em vista a extrema importância desta técnica na detecção precoce de alguma neoplasia mamária.

Como a motivação para a consulta não é a idéia de prevenção pelas mulheres e sim queixa clínica, o profissional não deve se restringir apenas à resolução de queixas imediatas e ter por meta aproveitar a consulta para implantar em sua cliente a consciência da importância da profilaxia.<sup>9,10</sup> Vale ressaltar que a implementação dessa prática de educação em saúde, não é um processo fácil que poderá gerar resultados positivos a um longo prazo.

É aconselhável que a equipe responsável pelas consultas no serviço de prevenção seja multidisciplinar; além do médico e enfermeiro, a presença do assistente social se justifica, pelo perfil de grande carência social da clientela. Sugerimos que campanhas educacionais sejam implementadas no âmbito dos serviços de saúde, fortalecendo a relação profissional-cliente promovendo uma maior compreensão das informações veiculadas na consulta. É importante lembrar que, das 141 mulheres estudadas, 11 (7,8%) são analfabetas, podendo 130 (92,2) ser potencialmente beneficiadas através de informação escrita 92,2%. O emprego de métodos de educação tais como folhetos e vídeos durante a consulta também seria oportuno.

Todo este arcabouço de compreensão da comunicação de massa (televisiva, radiofônica, etc) é representativo, entretanto é preciso valorizar comunicação direta entre enfermeiro e paciente durante as consultas ginecológicas. Seria oportuna a reestruturação da consulta do PAM, no que se refere ao uso da linguagem mais compatível com o nível intelectual da clientela. A comunicação, a disponibilidade de tempo e a perspicácia são de fundamental importância durante a consulta de enfermagem ginecológica, com intuito de propiciar uma maior empatia e confiança entre o profissional e o cliente, no sentido de diminuir a ansiedade, a timidez e a vergonha e contribuir para abordagens que proponham a prevenção do câncer ginecológico.<sup>10</sup>

As autoras salientam que é preciso investir nos ambientes hospitalares, onde a "arte de cuidar" é um imperativo, com as exigências de que sejamos assertivos científica e tecnicamente, mas, acima de tudo, que tenhamos sensibilidade para estar com o outro, estando atentos para suas limitações, tristezas e alegrias.<sup>11</sup>

Cabe ao profissional de saúde, e em especial ao enfermeiro, trabalhar no sentido de desenvolver estratégias que mobilizem a mulher para a adoção e manutenção de um comportamento de autocuidado, notadamente em aspectos referentes à orientação e estímulo à prática do auto-exame das mamas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional do Câncer (BR). Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil 2001. Rio de Janeiro, 2003.
2. Styrud AM. A breast self-examination program in an occupational health setting. *Occup Health Nurs* 1982 apr; 30(4):33-5.
3. Laganá MTC et al. Auto-exame de mama: identificação dos conhecimentos, atitudes, habilidades e práticas seguidos para elaboração de propostas educativas. *Rev Esc Enfermagem USP* 1990 ago; 24 (2):281-99.
4. Bertolaccini MIBC, Pereira VM. Conhecimento e práticas da população feminina de Sorocaba referentes ao exame preventivo do câncer genital. *Rev Enfermagem* 2001 jan/abr; 20(1):31-41.
5. Taddei E. Estratégias de integração à assistência à saúde da mulher. *Rev Bras Cancerol* 1985; 31(3):189-90.
6. Linard AG, Silva RM, Fernandes AFC. Mulheres: os efeitos da comunicação na adesão do auto-exame da mama. In: Mendes IAC, Carvalho EC coordenadoras. *Comunicação como meio de promover a saúde. 7º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem*. Ribeirão Preto: Fundação Instituto de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2000. p. 159-163.
7. Pinotti JA et al. Controle do câncer cervical no Brasil. *Rev Ginecol Obstet* 1994; 5(1): 5-10.
8. Uribe AB et al. Campaña de information en factores de riesgo para cancer mamário y enseñanza del autoexamen en el area oriente de Santiago: sus resultados. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1987; 52 (1):53-60.
9. Flynn KT. On teaching breast self-examination. *Occup. Healt Nurs.*, 1981 feb; 29(2):12-5.
10. Diógenes MAR et al. Prevenção do câncer – atuação do enfermeiro na consulta de enfermagem ginecológica. Aspectos éticos e legais da profissão. Pochain Ramos; 2001.
11. Ferraz CA. Reflexões sobre a ação comunicativa na arte de cuidar do outro em tempos modernos. In: Mendes IAC, Carvalho EC coordenadoras. *Comunicação como meio de promover a saúde. 7º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem*. Ribeirão Preto: Fundação Instituto de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2000. p. 137-141.