

Perfil das Mulheres no Município de Jundiaí quanto ao Hábito do Auto-Exame das Mamas

Breast Self-Examination by Women in Jundiaí, São Paulo State, Brazil

João Bosco Ramos Borges¹, Sirlei Siani Morais², Telma Guarisi Borges³, Renata Guarisi⁴, Edna Marina Cappi Maia⁵, Juliana Carange Paganotti⁶,
Fernanda Silveira Barros⁷

Resumo

Objetivo: Estabelecer o perfil das mulheres que freqüentam a saúde pública de Jundiaí, segundo o hábito do auto-exame das mamas, e determinar fatores associados. **Métodos:** Estudo descritivo, exploratório, de corte transversal, aplicado às mulheres, que utilizaram a saúde pública de Jundiaí. Utilizou-se questionário pré-testado. Análise multivariada realizada através de regressão logística com seleção de variáveis *stepwise* controladas pelo fator escolaridade. **Resultados:** Com relação ao auto-exame, em um total de 332 mulheres brasileiras com idade superior a 16 anos, 131 (39,82%) o faziam todos os meses e 198 (60,18%) nunca ou raramente o faziam. A maioria que não tinha o hábito de fazer auto-exame possuía menos de 35 anos de idade (47%), e a maioria que o fazia todos os meses tinha mais de 50 anos (43,5%). As mulheres que tinham nível médio/superior e que tiveram doença sexualmente transmissível tiveram mais chance de fazer auto-exame todos os meses, bem como o fato do médico orientar sempre o auto-exame aumentou em 3,3 vezes a chance de fazê-lo em relação a quem nunca teve essa orientação. Associou-se esse resultado ao hábito de fazer mamografia, em que mais de 53% das mulheres que examinavam mensalmente as mamas já haviam feito mamografia, enquanto mais de 56% das mulheres que não tinham o hábito do auto-exame nunca haviam feito esse exame. **Conclusões:** O auto-exame é conhecido pelas entrevistadas, embora mais da metade dessas não o realize. O fator social e a educação médica em saúde foram fundamentais no hábito desse exame, bem como na prática de mamografia.

Palavras-chave: Mama; Neoplasias da mama; Prevenção & controle; Auto-exame de mama; Diagnóstico precoce

¹Doutor em Tocoginecologia pela Faculdade de Medicina da USP. Professor Titular da Disciplina de Ginecologia da Faculdade de Medicina de Jundiaí

²Bioestatística do CAISM / Unicamp

³Doutora em Tocoginecologia pela Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Professora Adjunta de Ginecologia da Faculdade de Medicina de Jundiaí

⁴Mestre em Tocoginecologia pela Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Professora Colaboradora da Disciplina de Ginecologia da Faculdade de Medicina de Jundiaí

⁵Doutora em Tocoginecologia pela Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Professora Adjunta de Ginecologia da Faculdade de Medicina de Jundiaí

⁶Médica Residente de Tocoginecologia da Faculdade de Medicina de Jundiaí

⁷Médica Residente da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Trabalho desenvolvido pela disciplina de Ginecologia da Faculdade de Medicina de Jundiaí

Endereço para correspondência: João Bosco Ramos Borges. Avenida Nove de Julho, 1177 - sala 11 - CEP: 13208010 - Jundiaí (SP), Brasil.

E-mail: drbosco@terra.com.br

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é um dos maiores problemas de saúde pública em todo o mundo, sendo provavelmente o mais temido pelas mulheres devido à sua alta mortalidade e pelas suas repercussões psicológicas e na qualidade de vida. Em razão disso, essa doença é hoje de extrema importância para saúde pública no Brasil e em nível mundial, motivando ampla discussão em torno de medidas que promovam o seu diagnóstico precoce e, conseqüentemente, a redução em sua morbiletalidade^{1,2}.

Quando se fala em saúde pública, o alvo é a prevenção e o diagnóstico das moléstias, particularmente as de alta mortalidade como o câncer de mama. No entanto sabe-se que as condições socioeconômicas, a situação geográfica das populações, aspectos étnicos, diferenças nos acessos individuais aos serviços de saúde oferecem impedimento ao diagnóstico precoce das doenças. E, apesar das décadas de 1980 e 1990 terem sido momento de crescimento dos testes de rastreamento, o acesso a eles não foi uniforme nos vários estratos sociais, pois o rastreamento dos agravos da saúde, em especial na Área Oncológica, sofre forte influência das condições socioeconômicas³. Pessoas em condições socioeconômicas desfavoráveis têm maior dificuldade de acesso ao sistema de saúde, conseqüentemente, estão expostas ao diagnóstico tardio de várias doenças, inclusive do câncer⁴. É obrigação das políticas de saúde coletiva suprimir as desigualdades individuais, promover igualdade no consumo de seus serviços e, assim, estabelecer equidade na saúde das pessoas, independente de sua estratificação social.

As taxas crescentes de mortalidade no Brasil devem-se, em parte, à descoberta tardia do câncer de mama⁵. Dados obtidos mediante Registros Hospitalares de Câncer (RHC) revelaram que, no período de 2000/2001, metade dos casos diagnosticados no Brasil encontravam-se localmente avançados ou disseminados⁶. No estado de São Paulo, onde se realizou este estudo, 40% dos casos novos de câncer de mama correspondiam a estadiamentos tardios (III ou IV)⁷. Em Jundiaí, município onde foi desenvolvido este estudo, a realidade de diagnóstico tardio não é diferente⁸.

O Documento de Consenso para Controle do Câncer de Mama⁵, elaborado em 2004 pelo Ministério da Saúde do Brasil, afirma que a redução da mortalidade devido a esta doença, observada em países desenvolvidos, está associada à sua detecção precoce por meio da utilização da mamografia e à oferta de tratamento adequado. No entanto, infelizmente o mesmo documento confirma, nas mulheres brasileiras, aumentos de incidência e

mortalidade decorrentes desse tumor atribuídos, principalmente, ao retardo no diagnóstico e na instituição de terapêutica oportuna. O diagnóstico precoce do câncer de mama está fundamentado na avaliação clínica e no diagnóstico por imagem⁹. A ação efetiva que se tem para a população é a prevenção secundária através de diagnóstico em estágios iniciais da doença já que se sabe que só será possível reduzir a mortalidade por câncer com diagnóstico precoce, que identifique o tumor com o menor tamanho possível e em estágio inicial⁹. Sabe-se que o diagnóstico precoce do câncer de mama está ligado, indubitavelmente, ao acesso à informação para as mulheres, conscientizando-as sobre a importância da realização do exame clínico das mamas pelo médico e do exame de mamografia, e também do auto-exame da mama (AM)¹⁰.

A mamografia identifica lesões não-palpáveis, mas apresenta alto custo e seus resultados operacionais não têm sido factíveis para uso em grandes massas populacionais nos países pobres como os da América Latina. Assim, além do exame clínico pelos médicos das mamas das mulheres, a realização do AM alcança grande importância em países onde os recursos para saúde pública são menores e o acesso a métodos diagnósticos apresenta várias barreiras, como é o caso do Brasil^{8,10}. É fundamental implementar a boa cobertura mamográfica e insistir na necessidade do exame clínico das mamas pelos médicos no atendimento primário. Mas acrescentar o AM seguramente é boa política para saúde mamária inclusive para um melhor conhecimento do câncer de mama. Os organismos internacionais de saúde pública estimulam o princípio da utilização de métodos mais simples para os de maior complexidade, e o AM encontrou na literatura médica estudos que demonstraram sua eficácia¹¹ e a recomendação para sua utilização no passado^{12,13}. No entanto, o auto-exame das mamas ainda tem seu lugar no contexto das práticas de autocuidado com a saúde. No Brasil, as recentes *Normas e Recomendações do Ministério da Saúde para o Controle do Câncer de Mama* recomendam que o Sistema Único de Saúde (SUS) "desenvolva ações de educação para o ensinamento da palpação das mamas pela própria mulher como estratégia dos cuidados com o próprio corpo". As organizações médicas em mastologia, no Brasil e no mundo, mantêm o auto-exame mamário incluído em seus programas para câncer mamário. A Sociedade Brasileira de Mastologia, no Projeto Diretrizes, inclui o AM, e a "American Cancer Society" também o recomenda. Está claro que o exame clínico das mamas pelos profissionais, que cuidam da saúde da mulher, é medida efetiva e superior ao AM e preconizada por estas mesmas normas e sociedades médicas.

A ausência de programas dirigidos à identificação de tumores da mama, que na verdade é competência das autoridades governamentais, acaba por trazer prejuízos para a paciente. O Ministério da Saúde do Brasil tem feito avanços nesta área, e ações governamentais melhoraram a cobertura mamográfica nos últimos anos^{5,6}. Importante aqui reiterar que a discussão é aumentar a realização do AM para divulgar e estimular o conhecimento das questões mamárias, entre elas o câncer, mas nunca aqui propor a substituição da mamografia que é método soberano no rastreamento do câncer de mama. O rastreamento mamográfico é o ideal, mas se ele ainda não está implantado de maneira satisfatória para a cobertura e impacto desejados, além do exame clínico das mamas pelos médicos, o AM pode e deve ser utilizado. Estudos realizados na Finlândia¹⁴ e Reino Unido¹⁵ mostraram benefícios do AM, com redução das taxas de mortalidade. E, em estudo realizado em mulheres, que nunca haviam praticado o AM, geralmente os nódulos identificados mediam 3,5cm, enquanto, dentre as que o praticavam eventualmente, os nódulos tinham cerca de 2,5cm; e, no caso das que o faziam mensalmente, foram identificados nódulos com aproximadamente 2,0cm ou menos. Ainda segundo o mesmo estudo, a sobrevida em cinco anos entre mulheres, que praticavam o AM, foi de 75% contra 59% entre as que não o faziam¹⁶. É claro que esses estudos devem ser entendidos naquele momento em que foram publicados. Hoje, cabe ao AM um papel de autocuidado da mulher e não mais um método para detecção precoce de tumores.

Com grau de implantação das ações governamentais ainda insatisfatório para a prevenção e controle do câncer de mama, apesar dos avanços das ações governamentais para estruturação do rastreamento populacional mamográfico, e com visão muito crítica sobre AM por parte de profissionais de saúde, a mulher brasileira pode se beneficiar com o AM. O diagnóstico precoce com rastreamento, numa população que faz mamografia e tem exame clínico das mamas por médicos capacitados e que valoriza a questão mamária, praticando AM, levará essas mulheres a sofrer menor mutilação, receber tratamento menos agressivo, além de gerar menor custo para a saúde pública¹⁷.

O AM não é método para diagnóstico precoce, lugar em que a mamografia é soberana, mas sim atenção complementar, que desperte a mulher para o autocuidado, fazendo-a perceber qualquer alteração e, com isso, procurar o profissional de saúde. Daí ser necessária a mudança de comportamento do profissional de saúde, com maior envolvimento e conscientização de seu importante papel neste contexto.

Estudar a prática de AM em uma população pode ajudar a entender a importância da questão da mama para aquela amostra populacional^{10,18}. O Município de Jundiá é exemplo dessa situação. Segundo estimativas do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIASUS) em 2006, o Município possuía aproximadamente 121 mil mulheres acima de 19 anos e 61 mil mulheres acima dos 40 anos. Contudo não há dados disponíveis sobre a cobertura de mamografia, nem conhecimento sobre a educação de saúde da população desse município. Foi com base nessa realidade, que se resolveu estabelecer o perfil das mulheres, que freqüentam a rede de saúde pública de Jundiá, segundo o hábito do auto-exame das mamas, e assim avaliar as características sociodemográficas, antecedentes clínicos, características ginecológicas, comportamento sexual, e os antecedentes ginecológicos, bem como a que tipo de investigação médica mamária anterior haviam sido submetidas essas mulheres.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Estudo descritivo, exploratório e de corte transversal, aplicado às mulheres, que utilizam a rede de saúde pública de Jundiá. Utilizou-se questionário estruturado, codificado e pré-testado, baseado na Fundação Internacional de Saúde e adaptado pelos autores. Foi aplicado por alunos da Faculdade de Medicina de Jundiá (FMJ), após treinamento na fase de pré-teste, entre março de 2002 e maio de 2003. Compareceram ao Ambulatório de Especialidades da Faculdade de Medicina de Jundiá e Unidades Básicas de Saúde (UBS) escolhidas aleatoriamente (Vila Maringá, Bairro Ivoturucaia e Vila Agapeama) 405 mulheres, entre as quais, foram selecionadas 332 mulheres com idade superior a 16 anos (esta é a idade mínima para marcação de consulta na Saúde da Mulher do Município) e brasileiras. Foram excluídas apenas aquelas que se recusaram a participar do estudo. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Jundiá, sendo lido o termo de consentimento pela entrevistadora, e assinado pela entrevistada, caso concordasse com o mesmo. O banco de dados foi elaborado nas informações coletadas nos questionários, utilizando-se o programa Microsoft EXCEL. Os dados foram avaliados através de tabelas de contingência e pelos testes de qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher. A análise multivariada foi realizada por meio de regressão logística com seleção de variáveis *stepwise* controladas pelo fator escolaridade. O nível de significância considerado para a análise estatística foi de 0,05 e os intervalos com 95% de confiança.

RESULTADOS

A população feminina submetida ao questionário ficou dividida quanto ao AM entre 131 (39,82%) que o faziam todos os meses e 198 (60,18%) que nunca ou raramente o faziam (tabela 1). A maior quantidade de mulheres estudadas, que não tinha o hábito de fazer AM, possuíam menos de 35 anos de idade (47%), sendo que, ao contrário, a maioria, que o fazia todos os meses, tinha mais de 50 anos (43,5%). Também, nunca ou raramente faziam AM mulheres de escolaridade alta (66,7%), enquanto 48,9% das mulheres que o

praticavam mensalmente tinham nível de escolaridade intermediário (primeiro grau). Quanto ao índice de massa corpórea (IMC), 61,6% das mulheres, que apresentavam IMC menor do que 25, não tinham o hábito de AM (tabela 1). Não houve diferença estatística significativa quando essas mulheres foram analisadas quanto à raça, estado marital ou classe social. Entre as características clínicas avaliadas, não ser diabética, ter sido portadora de DST no passado, particularmente sífilis, apresentaram associação significativa com o hábito de auto-exame mamário entre essas mulheres (tabela 1). Observou-se que ter tido mais de uma gestação

Tabela 1. Características sociodemográficas e antecedentes clínicos, segundo o hábito do auto-exame

Características sociodemográficas	Hábito do auto-exame		Valor-p
	Nunca/raramente	Todos os meses	
	(n = 198)	(n = 131)	
	%	%	
Idade			0,0012
≤ 35	47,0%	29,0%	
36 a 49	26,8%	27,5%	
≥ 50	26,3%	43,5%	
Escolaridade			0,0003
Analfabeta	6,2%	5,3%	
Primeiro grau	27,2%	48,9%	
Segundo Grau/Superior	66,7%	45,8%	
Raça			0,3959
Branca	59,7%	55,0%	
Não-branca	40,3%	45,0%	
Estado marital			0,2196
Com companheiro	56,6%	63,4%	
Sem companheiro	43,4%	36,6%	
IMC			0,0353
< 25	61,6%	49,6%	
≥ 25	38,4%	50,4%	
Classe social			0,7496
A ou B	19,2%	16,0%	
C	39,4%	42,0%	
D ou E	41,4%	42,0%	
Antecedentes clínicos			
Diabetes			0,0315
Tem	4,0%	10,7%	
Não tem	89,9%	86,3%	
Não sabe	6,1%	3,1%	
DST anterior			0,0019
Sim	2,2%	10,7%	
Não	97,8%	89,3%	
Doenças que já teve			0,2252
Sífilis	20,0%	0,0%	
Gonorréia	20,0%	7,1%	

DST: Doença sexualmente transmissível

associou-se positivamente ao hábito de fazer auto-exame das mamas. Já o *status* menopausal, o uso de terapia hormonal e ter feito consulta ginecológica anterior não se associaram à realização do auto-exame (tabela 2). Do ponto de vista da influência do atendimento médico anterior no hábito do AM, observou-se que mais de 65% das mulheres, que faziam o AM mensalmente, haviam sido orientadas durante a consulta. Esse resultado também se associa ao hábito de fazer mamografia, em que mais de 53% das mulheres, que examinavam mensalmente as mamas, já haviam feito mamografia, enquanto mais de 56% das mulheres, que não tinham o hábito de fazer o AM, nunca haviam feito mamografia, pois seu médico não solicitava esse exame (tabela 3). Com esses achados iniciais em análise bivariada (quem faz AM *versus* quem não faz AM), aplicou-se a regressão logística multivariada, usando como variável dependente o hábito do AM, controlada pela escolaridade (Tabela 4). Observou-se, assim, que as mulheres, que têm segundo grau/nível superior e que tiveram DST, possuem mais chance de fazer AM todos os meses, bem como o fato do médico orientar sempre o auto-exame aumenta em 3,3 vezes a chance de fazer AM em relação a quem nunca é orientada. Para quem é orientada ocasionalmente, há um aumento de 2,8 vezes na chance de fazer AM (Gráfico 1).

DISCUSSÃO

A existência de poucos estudos sobre AM em nosso meio, somada às discussões sobre benefícios desta prática no Brasil, sobretudo para as populações carentes e desinformadas, foram grande estímulo para a realização do presente estudo. O recente envolvimento dos autores com a Saúde Pública de Jundiá, na tentativa de aumentar a cobertura mamográfica e de citologia oncológica nas populações SUS dependentes daquele Município, foi também motivo do interesse nesta pesquisa.

Poucos municípios brasileiros têm mamografia disponibilizada para rastreamento do câncer de mama, em um país que há ainda restrições ao acesso à mamografia. Nesta realidade de saúde pública, pode-se prescindir do auto-exame mamário? As dúvidas sobre o valor do AM nos países de primeiro mundo que possuem programas de rastreamento implantados com sucesso podem ser transferidas para nossa realidade em saúde pública de terceiro mundo? Embora existam evidências de que o AM gera excesso de condutas indevidas e preocupações exageradas em mulheres de países como o Canadá, em que o acesso aos serviços médicos está garantido a todas as mulheres, será que não haveria benefício, em termos de saúde pública, se o AM fosse mais preconizado, estimulado e praticado,

Tabela 2. Características ginecológicas, segundo o hábito do auto-exame

Características ginecológicas	Hábito do auto-exame		Valor-p
	Nunca / raramente	Todos os meses	
	(n = 198)	(n = 131)	
	%	%	
Consulta ginecológica			0,6611
Nunca Fez	5,4%	2,8%	
Somente quando tem problema	23,5%	24,3%	
1 vez ao ano	71,1%	72,9%	
Número de gestações			0,0078
Nenhuma	24,2%	11,5%	
1 a 3	51,5%	54,2%	
4 ou mais	24,2%	34,4%	
Status menopausal			0,1292
Pós-menopausa	25,8%	36,7%	
Pré-menopausa	9,7%	8,3%	
Menstruações regulares	64,5%	55,0%	
Uso de TRH			0,4080
Sim	13,7%	22,2%	
Não	15,1%	13,9%	
Não sabe	71,2%	63,9%	

Tabela 3. Investigação médica anterior, segundo o hábito do auto-exame

Orientação e atenção médica recebida	Hábito do auto-exame		Valor-p
	Nunca/raramente	Todos os meses	
	(n = 198)	(n = 131)	
	%	%	
Importância atribuída pela mulher aos problemas relativos às mamas			0,8530
Nenhuma /não tem opinião	4,5%	3,8%	
Muito importante	93,9%	95,4%	
Pouca importância	1,5%	0,8%	
Preocupação do médico com a questão da mama, segundo a mulher			0,7649
Muita	63,5%	64,6%	
Pouca	26,0%	23,1%	
Nenhuma	10,4%	12,3%	
Durante as consultas ginecológicas, o médico faz perguntas sobre as mamas			0,0870
Sempre	50,8%	62,5%	
Ocasionalmente	22,0%	14,1%	
Nunca	27,2%	23,4%	
Durante as consultas ginecológicas, o médico examina as mamas			0,3721
Sempre	63,2%	66,2%	
Ocasionalmente	17,1%	11,5%	
Nunca	19,7%	22,3%	
Durante as consultas ginecológicas, o médico orienta a realizar o auto-exame			0,0097
Sempre	48,7%	65,9%	
Ocasionalmente	18,1%	11,6%	
Nunca	33,2%	22,5%	
Mamografia anterior			0,0484
Sim	39,8%	53,1%	
Não, nunca foi pedida pelo médico	56,6%	45,4%	
Não, apesar de ter sido pedida	3,6%	1,5%	
Porque nunca examinou as mamas			-
O médico nunca orientou	16,2%		
Foi orientada, mas não acha importante	14,9%		
Foi orientada, mas tem medo de examinar	10,8%		
Outros	58,1%		

principalmente em países como o nosso, no qual o acesso aos serviços de saúde é precário?

Também, não é possível dissociar o papel dos responsáveis pela adoção de políticas públicas e dos profissionais de saúde da responsabilidade de atuar quanto ao aspecto da educação da população para a saúde. Cecatti et al.¹⁰ mostraram que os centros de saúde foram as principais fontes de informação para a realização do AM (56,2%), sendo que a maioria das mulheres apresentou tanto conhecimento inadequado

(92,6%) quanto prática inadequada (83,2%) para a realização desse procedimento. Um programa de AM bem conduzido, com treinamento ideal, boa reprodutibilidade pelas mulheres após serem orientadas pelos agentes de saúde, não teria papel interessante nos países em desenvolvimento sem programa de rastreamento mamográfico implantados? No mínimo, estaria se fazendo educação sanitária e estimulando cidadania em saúde.

Estudo em Pelotas-RS mostrou o crescimento da

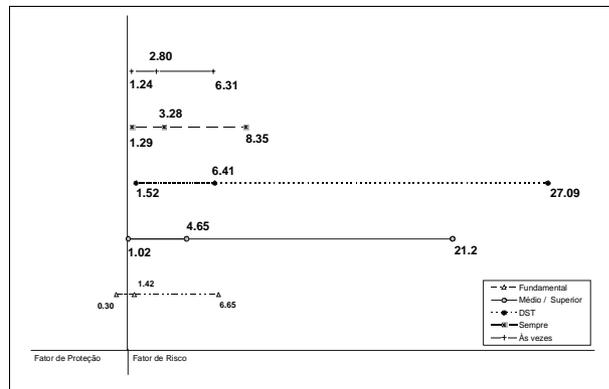
Tabela 4. Hábito de realizar o auto-exame todos os meses, segundo alguns fatores de exposição - análise multivariada

Fator de exposição	OR	IC (95%)
Escolaridade		
Analfabeta	1,00	
Primeiro grau	1,42	(0,30 a 6,65)
Segundo grau / Superior	4,65	(1,02 a 21,17)
DST		
Não	1,00	
Sim	6,41	(1,52 a 27,09)
Orientação do médico sobre o auto-exame		
Nunca	1,00	
Ocasionalmente	2,80	(1,24 a 6,31)
Sempre	3,28	(1,29 a 8,35)

OR: Odds Ratio

IC: Intervalo de confiança

Gráfico 1. Fatores de exposição para hábito do auto-exame todos os meses - Odds Ratio - regressão logística multivariada com critério de seleção de variáveis *stepwise*



adesão dos pacientes às políticas públicas em saúde, com mudanças positivas na prática de AM pelas pacientes, de 1995 para 2005, em que houve aumento de 50% para 80%, como fruto de campanhas específicas e consultas com profissionais envolvidos com a atenção à saúde¹⁹. E diferente da mamografia, em que a maior adesão aumentou com o nível social, o crescimento do hábito de AM ocorreu mesmo entre as mulheres de nível socioeconômico baixo.

Jundiá vive hoje este momento de busca de mudança, pois os dados municipais até 2005 eram preocupantes com relação ao câncer mamário⁸. E, apesar de maior disponibilidade de mamografia para o SUS a partir daquele ano, ainda não ocorreram as mudanças esperadas no diagnóstico mais precoce da doença. Neste momento, os médicos e profissionais da rede pública passam por um programa de educação continuada, treinamento e qualificação com relação ao rastreamento do câncer mamário. Além de implementar a mamografia, busca-se o exame clínico mamário das mulheres de forma organizada e correta.

Neste estudo, observou-se que quase 40% das mulheres fazem AM mensal, enquanto pouco mais de 60% não o fazem ou raramente o fazem. Isso está de acordo com os achados de Freitas *et al.* que observaram que 50% das pacientes conheciam o AM e somente 30% das mulheres o praticavam de maneira adequada²⁰. Também, Monteiro *et al.* constataram que a maioria das entrevistadas de seu estudo realizava o AM em frequência não preconizada e mais de um terço não o realizava²¹. Entre as mulheres participantes da Fase 1 do Estudo Pró-Saúde, a frequência de realização do AM foi de 43% das participantes, relatando prática "todo mês" ou "quase todo mês". A maior prática de AM neste último estudo talvez sofra o viés de uma amostra diferenciada, na grande maioria composta de funcionários da saúde e de bom nível de escolaridade²².

Este estudo atual também mostrou que a maioria das mulheres, que não praticava o AM mensalmente, tinha menos de 35 anos de idade (47%). E a maioria que o fazia tinha mais de 50 anos (43,5%). Estes achados são diferentes de Monteiro *et al.*²¹ que encontraram maior prática de AM antes dos 40 anos e no qual as mulheres acima de 60 anos não examinavam suas mamas. A educação em saúde talvez já tenha mudado o comportamento das mulheres de Jundiá, já que é sabido que o câncer de mama tem maior incidência após os 50 anos.

Este estudo também avaliou a relação entre o grau de escolaridade e o hábito do AM. Constatou-se que as mulheres com nível escolar: segundo grau e superior têm mais chance de fazer o exame todos os meses, o que está de acordo com os achados de Freitas Júnior *et al.*²⁰

Diferente da literatura, este estudo também não mostrou correlação estatística significativa entre raça, estado marital, estado menopausal e hábito de AM. No entanto vale lembrar que, nos países de terceiro mundo, o nível de escolaridade aumenta de acordo com o

socioeconômico. Nesta situação, talvez, a raça negra tenha menor escolaridade.

Em mulheres praticantes do AM, também foi avaliada a relação entre a prevalência das que o realizavam mensalmente e a classe social, observando-se tendência, embora estatisticamente não significativa, de redução deste hábito em direção às classes mais altas. Esse resultado sugere a hipótese de que, à medida que as mulheres têm acesso à saúde, com consulta ginecológica e mamografia, preocupam-se menos com a prática do AM. Esses achados se repetem em outro estudo brasileiro¹⁹.

A dificuldade de acesso ao exame clínico das mamas pelo médico e aos exames diagnósticos, como a mamografia, são fatores que, de certa forma, podem estar estimulando as mulheres de classe social mais baixa a praticar o AM, já que passa a ser a única forma de cuidado mamário acessível. Dentre os fatores determinantes da realização de mamografia e da frequência à consulta ginecológica que o solicitaria, a classe social é, provavelmente, o que exerce maior influência¹⁹.

Constatou-se neste estudo que metade das mulheres, que examinava as mamas mensalmente, tinha o IMC maior do que 25, enquanto 61,6% das mulheres, que não praticavam o hábito de AM, apresentavam IMC menor do que 25. Com melhor consciência sobre câncer de mama, e sendo a obesidade um dos fatores de risco para o câncer de mama apontados na literatura, o IMC aumentado deve motivar maiores prevalências da prática de AM. Em estudo brasileiro em Pelotas-RS, não houve correlação entre o IMC e as condutas preventivas com relação ao câncer de mama¹⁹.

Este estudo também mostrou maior prática de hábito de AM entre as não-diabéticas. Provavelmente, a mesma mulher, que tem maior cuidado com saúde e mais acesso à educação de saúde, pratica mais o AM e tem menos doença, dentre elas a diabetes.

O achado de hábito mais freqüente de AM entre as mulheres, que apresentaram doenças sexualmente transmissíveis (DST), foi outro resultado interessante deste estudo. Tentativa de entender que esse achado seria associar a maior consciência do corpo em uma mulher que exercita melhor sua sexualidade, e talvez pratique mais sexo, tendo maior intimidade com sua anatomia. Daí conseqüentemente esta mulher estaria mais exposta às DST, mas também se colocaria mais receptiva à prática do AM. Paradoxal, no entanto, sendo mais consciente de seu corpo não ter os cuidados preventivos para DST.

Ao observar a Tabela 4, em análise multivariada, verifica-se também que as mulheres de melhor nível educacional (segundo grau/superior) têm maior chance de praticar mensalmente o AM. Definitivamente, a saída para a saúde e a melhoria dos índices de morbiletalidade

passam por avanços em educação para nossas populações carentes.

Quando se fala da influência do atendimento anterior médico no hábito de AM, está se falando de resultados em educação de saúde, práticas preventivas e hábitos saudáveis. Neste estudo, observou-se que mais de 65% das mulheres, que faziam o AM mensalmente, haviam sido orientadas durante a consulta médica. Mais importante ainda foi verificar que o hábito de AM se associou positivamente ao hábito de fazer mamografia (no grupo etário, que deveria fazer este exame), sendo que 53% das mulheres que se auto-examinavam mensalmente já haviam feito mamografia. Ao contrário, 56% das mulheres, que não praticavam o AM, nunca haviam feito aquele exame. E o mais grave é que não fizeram mamografia pelo fato do médico não solicitar o exame.

Segundo Caetano & Helene²³, o médico não ensina AM por esquecimento, o que se justifica pelo fato de que a maioria dos serviços, que realiza atendimento em saúde da mulher apresenta proposta de implementar AM, o que, no entanto, não é acompanhada de treinamento adequado dos profissionais para essa prática²⁴.

Em outro estudo, entre os motivos da não-realização do AM pelas mulheres, aparecem justificativas como "não achar necessário" e "falta de interesse", demonstrando que apenas transmitir a informação não é suficiente para a mudança de comportamento, já que a prática do AM depende da decisão da mulher, a partir da compreensão e interpretação que tem da possibilidade de prevenir e ser responsável pela sua própria saúde²³. A participação e o envolvimento do profissional de saúde nesta questão é fundamental.

Segundo este estudo, também foi observado que além de estimular AM, o médico, que se envolve, seria também aquele que se preocuparia em pedir mamografia.

Apesar de não discutido nos resultados deste estudo, mais de 94% das mulheres se preocupavam com as questões da mama. Mas apenas pouco mais de 60% dos médicos se preocupavam com essas questões, segundo análise dessas mulheres (Tabela 4).

Laganá & Imanische²⁴ afirmam ser o serviço de saúde e os meios de comunicação em massa os maiores disseminadores do conhecimento e ensino da prática do AM. É importante também que a detecção precoce do câncer de mama, por meio do ensino do auto-exame, seja de responsabilidade de todos os que assistem pacientes do sexo feminino, e não apenas daqueles, que atuam em programas específicos para esse fim²⁵.

A importância do envolvimento do profissional, que assiste à saúde da mulher, é evidente, no Gráfico 1, pode-se observar que a chance de praticar AM aumenta em 3,3 vezes quando o médico orienta sempre o auto-

exame em relação àquela que nunca é orientada. E, mesmo para aquela, que é orientada ocasionalmente, a chance de praticar AM aumenta em 2,8 vezes.

A literatura refere que, pelo fato de 73% dos tumores serem detectados pela própria mulher, a realização do auto-exame das mamas pode representar papel na detecção do tumor nos locais em que não existem programas de rastreamento¹. O AM, por ser um método simples, de custo mínimo, de rápida execução e, principalmente, por não necessitar de aparelho ou aparatos para a sua prática, se apresenta como método interessante de autocuidado.

O auto-exame também é importante para a difusão e divulgação de informações a respeito do câncer de mama, desde os seus fatores de risco até a diminuição dos temores com relação ao seu tratamento²². Deve-se lembrar que não se está aqui difundindo AM como meio de diagnóstico de câncer de mama. Diagnóstico precoce de câncer de mama se faz com mamografia e exame clínico das mamas por profissional capacitado.

No Brasil, como país em desenvolvimento, onde os recursos para a saúde são escassos, não havendo ainda mamógrafos disponíveis necessários para atender às necessidades da população feminina, e com uma saúde pública que tem dificuldade em obter profissionais treinados nos mais longínquos municípios do país para realizar o exame clínico das mamas das mulheres, o AM pode representar importante forma de detecção menos tardia do câncer de mama, e talvez viável em momento prévio à implantação dos programas de rastreamento. Principalmente, como meio de despertar preocupação com questões da mama.

É necessário, no entanto, salientar que o foco principal é, além do exame clínico das mamas, por médicos qualificados responsáveis pela saúde das mulheres, a implantação dos programas de rastreamento mamográfico acessíveis às brasileiras, com ampla cobertura da população, como, nos anos recentes, as ações governamentais vêm estruturando.

REFERÊNCIAS

1. Conde DM, Pinto-Neto AM, Júnior RF, Aldrighi JM. Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006;28(3):195-204.
2. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil. [monografia na Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2006 [citado em 2006 fev 6]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2006/versaofinal.pdf>.
3. Breen N, Wagener DK, Brown ML, Davis WW, Ballard-Barbash R. Progress in cancer screening over a decade: results of cancer screening from the 1987, 1992, and 1998 National Health Interview Surveys. *J Natl Cancer Inst.* 2001;93(22):1704-13.
4. Hegarty V, Burchett BM, Gold DT, Cohen HJ. Racial differences in use of cancer prevention services among older Americans. *J Am Geriatr Soc.* 2000;48(7):735-40.
5. Instituto Nacional de Câncer. Controle do câncer de mama: documento de consenso. [monografia na Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2004 [citado em 2004 jun 18]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/publicacoes/ConsensoIntegra.pdf>.
6. Instituto Nacional de Câncer. Estimativas 2005: incidência de câncer no Brasil. [monografia na Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2005 [citado em 2007 jun 18]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estimativa_versaofinal.pdf.
7. Governo do Estado de São Paulo; Secretaria Estadual da Saúde, Fundação Oncocentro de São Paulo. Aspectos epidemiológicos do câncer no Estado de São Paulo. [monografia na Internet]. São Paulo: FOSP; 2003 [citado em 2005 Set 20]. Disponível em: http://www.fosp.saude.sp.gov.br/html/fr_publicacoes.html.
8. Maia EC, Maia LB, Valente FM, Machado RB, Borges JBR. Tempo decorrido entre a primeira consulta e o tratamento definitivo nos casos de câncer de mama no sistema de saúde público na cidade de Jundiá. *Rev Bras Mastologia.* 2006;16(1):23-6.
9. Tubiana M, Koscielny S. The rationale for early diagnosis of cancer: the example of breast cancer. *Acta Oncol.* 1999;38(3):295-303.
10. Marinho LAB, Costa-Gurgel MS, Cecatti JG, Osis MJD. Conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas em centros de saúde. *Rev Saúde Pública.* 2003;37(5):576-82.
11. Hill D, White V, Jolley D, Mapperson K. Self examination of the breast: is it beneficial? Meta-analysis of studies investigating breast self-examination and extent of disease in patients with breast cancer. *BMJ.* 1988;297(6643):271-5.
12. Ludwick R. Breast examination in the older adult. *Cancer Nurs.* 1988;11(2):99-102.
13. Tang TS, Solomon IJ, McCracken LM. Cultural barriers to mammography clinical breast exam, and breast self-examination among Chinese-American women 60 and older. *Prev Med.* 2000;31(5):575-83.
14. Gastrin G, Miller AB, To T, Aronson KJ, Wall C, Hakama M, et al. Incidence and mortality from breast cancer in the Mama Program for Breast Screening in Finland, 1973-1986. *Cancer.* 1994;73(8):2168-74.
15. Alexander FE, Anderson TJ, Brown HK, Forrest AP, Hepburn W, Kirkpatrick AE, et al. 14 years of follow-up from the Edinburgh randomised trial of breast-cancer screening. *Lancet.* 1999;353(9168):1903-8.
16. Laganá MTC, Gualda DMR, Hashimoto MRH, Imanichi RM. Auto-exame de mama: identificação dos

- conhecimentos, atitudes, habilidades e práticas (CAHP) requeridos para elaboração de propostas educativas. Rev Esc Enfermagem USP. 1990;24(2):281-99.
17. Kemp C, Elias S, Gebrim LH, Nazário ACP, Baracat EC, Lima GR. Estimativa de custo do rastreamento mamográfico em mulheres no climatério. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005;27(7):415-20.
 18. Devine SK, Frank DI. Nurses performing and teaching others breast self-examinations: implications for advanced practice nurses. Clin Excell Nurse Pract. 2000;4(4):216-23.
 19. Scowitz ML, Menezes AMB, Gigante DP, Tessaro S. Condutas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados. Rev Saúde Pública. 2005;39(3):340-9.
 20. Freitas Jr R, Soares VF, Melo NF, Andrade ML, Philocreon GR. Fatores determinantes do conhecimento e prática do auto-exame de mama. Rev Bras Ginecol Obstet. 1996;18(5):387-91.
 21. Monteiro APS, Arraes EPP, Pontes LB, Campos MSS, Ribeiro RT, Gonçalves REB. Auto-exame das mamas: frequência do conhecimento, prática e fatores associados. Rev Bras Ginecol Obstet. 2003;25(3):201-5.
 22. Andrade CR, Chor D, Faerstein E, Griep RH, Lopes CS, Fonseca MJM. Apoio social e auto-exame das mamas no Estudo Pró-Saúde. Cad Saúde Pública. 2005;21(2):379-86.
 23. Caetano VC, Helene LMFH. Auto-exame das mamas: um estudo das mulheres que ocupam o território da Unidade de Saúde Ambulatorial Qualis. Anais do 7º Congresso Paulista de Saúde Pública; 2001; Santos. São Paulo: Associação Paulista de Saúde Pública; 2001.
 24. Laganá MTC, Imanische RM. Câncer de mama feminina e auto-exame da mama: identificação de fatores de risco numa população de mulheres atendidas em unidade básica de saúde. Parte I-III. Âmbito Hosp. 1991;3:7-23.
 25. Hood MD, Vargens OMC. Prevenção do câncer de mama: somos todos responsáveis. Rev Enfermagem UERJ. 1995;3(1):108-10.

Abstract

Objective: The objective of this study was to establish a profile of breast self-examination (BSE) by women attending the public health service in Jundiaí, São Paulo State, Brazil, and to determine associated factors. **Methods:** This descriptive, exploratory, cross-sectional study was carried out with women attending the public health service in Jundiaí. A pre-tested questionnaire was used. Multivariate logistic regression analysis was performed with stepwise variable selection controlled by level of schooling. **Results:** 332 Brazilian women over 16 years of age were classified according to BSE. 131 women (39.82%) performed BSE monthly, and 198 (60.18%) never or rarely performed it. Most women who did not have the habit of performing BSE were under 35 years of age (47%), and most who performed it monthly were over 50 (43.5%). High school/college graduates and women with a history of a sexually transmitted disease were more likely to perform BSE monthly. Women who were routinely oriented by their physicians to perform BSE were 3.3 times more likely to perform it monthly. More than 53% of women who performed BSE had already undergone mammography, while more than 56% of women who did not have the habit of performing BSE had never had a mammogram. **Conclusions:** The women were familiar with breast self-examination, but more than half of them did not perform it. Social factors and medical education in health proved important for both this habit and mammography.

Key words: Breast; Breast neoplasm; Prevention & control; Breast self-examination; Early diagnosis