

BARREIRAS PARA A PRÁTICA DO AUTOEXAME DAS MAMAS ENTRE ACADÊMICAS DA ÁREA DE SAÚDE - FORTALEZA, CEARÁ

Barriers to breast self examination among students of health-related professions - Fortaleza, Ceará

Raimunda Magalhães da Silva¹, Nara Livia Rocha Ribeiro², Mariana de Barros Sanches³,
Francisca Maria Aleudinelia Monte Cunha⁴, Luiza Jane Eyre de Souza Vieira⁵, Tanara Távora Sobreira⁶

RESUMO

Este trabalho teve o propósito de identificar barreiras para a prática do autoexame das mamas (AEM) entre acadêmicas de cursos da área da saúde em três universidades de Fortaleza, Ceará. Foi realizado estudo descritivo, transversal, durante o ano de 2005. Utilizou-se um questionário autoaplicável, contendo questões sociodemográficas e referentes ao cuidado dispensado às mamas, sendo os dados organizados no programa SPSS e os resultados discutidos à luz dos pressupostos da promoção da saúde. Entre as 741 acadêmicas que participaram deste estudo, 604 (81,5%) relataram que não examinavam as mamas mensalmente. As principais barreiras mencionadas foram: o esquecimento (67,8%), a falta de atenção à saúde (53,1%), o desconhecimento sobre a técnica correta (40,5%) e a ausência de confiança na técnica (30,1%). As acadêmicas referiram conhecer a importância da detecção precoce (78,3%), acreditar no autoexame das mamas (81,2%) e gostar de se tocar (78,8%), e manifestaram o desejo de aprender a técnica correta (92,4%). Constatou-se que a menarca precoce foi significativamente relacionada às barreiras medo de encontrar nódulo, medo da doença, vergonha e não gostar de se tocar. As duas primeiras barreiras também apresentaram associação significativa com o tipo de lazer (praia). Estes achados contribuem para a adoção de estratégias que ampliam a compreensão da futura profissional sobre a importância deste exame para o autoconhecimento do corpo e da saúde da mulher, sugerindo a inclusão desse conhecimento teórico-prático no ensino universitário.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da mulher. Autoexame. Promoção da saúde.

ABSTRACT

This work aimed to identify barriers to breast self-examination among students from health-related professions from three universities in Fortaleza, CE, Brazil. A descriptive cross-sectional study was undertaken in 2005. A self applicable questionnaire was used to investigate sociodemographic issues and breast care practices. The SPSS was used for data analysis, and the results discussed according to health promotion assumptions. Among the 741 students who participated in this study, 604 (81.5%) reported that they did not examine their breasts every month. The main obstacles mentioned were: forgetfulness (67.8%), lack of health concern (53.1%), lack of familiarity with the right technique (40.5%), and lack of confidence in the technique (30.1%). The students reported being familiar with the importance of early detection (78.3%), believed in breast self-examination (81.2%), liked to touch themselves (78.8%), and manifested the desire to learn the correct technique (92.4%). Early menarche was significantly related to the following barriers: fear to detect a nodule, fear of the illness, shame and discomfort with self-touching. The first two barriers also showed significant association with the type of recreation (beach). These findings point to the importance of strategies to increase the knowledge of these professionals to be about the importance of breast self-examination. Inclusion of the topic in the curricula should be considered.

KEYWORDS: Women's health. Self examination. Health promotion.

¹ Raimunda Magalhães da Silva, coordenadora do Mestrado em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Fortaleza

² Nara Livia Rocha Ribeiro, enfermeira, especialização em Saúde da Família na Universidade Federal do Ceará.

³ Mariana de Barros Sanches, enfermeira, especialização em Saúde da Família na Universidade Federal do Ceará.

⁴ Francisca Maria Aleudinelia Monte Cunha, fisioterapeuta, mestranda em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza.

⁵ Luiza Jane Eyre de Souza Vieira, professora doutora do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza.

⁶ Tanara Távora Sobreira, professora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. E-mail: tanaratavora@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, tem se discutido amplamente a necessidade do autoexame das mamas (AEM) como meio de identificar precocemente alguma alteração. Acredita-se que a mulher seja a maior conhecedora do seu corpo e, ao se tocar, facilmente sentirá ou detectará alguma anormalidade, sendo o AEM um método de fácil execução para detecção de nódulo (BORBA *et al.*, 1998).

Apesar da baixa sensibilidade e especificidade do AEM (OLIVEIRA, 2004), recomenda-se que este exame seja realizado pela própria mulher e integre as ações de educação para a saúde que contemplem o conhecimento do próprio corpo. Ressalta-se, entretanto, que as evidências científicas não sinalizam o autoexame das mamas como método eficiente para o rastreamento, diagnóstico precoce e, nem tampouco, contribui para a redução da mortalidade por câncer de mama (BRASIL, 2008).

A mama é considerada um símbolo da sexualidade feminina e, o quanto antes se detectar e diagnosticar uma neoplasia, menores serão as consequências ofensivas às mulheres, evitando, em muitos casos, a mutilação total da mama (BORBA *et al.*, 1998).

Com base nos dados disponibilizados pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), 60% dos tumores de mama, em média, são diagnosticados em estágio III ou IV. Um programa estruturado para a detecção precoce desta neoplasia e a implementação de um sistema nacional de informações, assim como investimentos tecnológicos e em recursos humanos, são estratégias importantes para reverter este cenário (BRASIL, 2003).

No mundo, o câncer de mama apresenta-se como a segunda neoplasia maligna mais incidente entre as mulheres, bem como causa relevante de mortes (PARKIN, BRAY; DEVESA, 2001).

Segundo os registros do INCA de 2006, 48.930 mulheres receberam o diagnóstico de câncer de mama no Brasil, sendo que, no Ceará, foram notificados 7.120 casos (BRASIL, 2006). Estima-se que a sobrevida após cinco anos de tratamento seja de 65% nos países desenvolvidos, e de 56% nos subdesenvolvidos (BRASIL, 2003). Diante desses resultados, torna-se premente a efetivação de uma prática promotora de saúde nos serviços de atenção à saúde da mulher.

As técnicas para detecção precoce do tumor mamário recomendado pelo Ministério da Saúde são o AEM, exame clínico das mamas e a mamografia (BRASIL, 2006). O autoexame da mama, quando realizado periodicamente, tem grande importância na detecção de alterações

e neoplasias mamárias por ser este é o método mais prático entre todos os exames e proporcionar à mulher a oportunidade de participar do processo de promoção do bem-estar social e mental, além de prevenção de agravos à saúde atentando para os fatores de risco (MELO; SILVA; RODRIGUES, 2000).

As campanhas e outras informações do Ministério da Saúde esclarecem que o autoexame das mamas não é um método preventivo, mas uma tentativa de detecção para que se possa obter o controle da evolução da doença e aumentar a sobrevida da mulher, além de diminuir os agravos no tratamento e recuperação (BRASIL, 2003).

Nesse sentido, a mulher necessita de suporte informativo, acesso aos serviços de qualidade e a profissionais orientados para promoção de saúde, para que a mesma possa usufruir desses recursos em prol do seu bem-estar biopsicossocial.

Para tanto, Buss (2003) ressalta que a promoção da saúde visa diminuir as diferenças no estado de saúde da população e no acesso aos recursos necessários para se ter uma vida saudável, além de capacitar as pessoas para que conheçam e controlem os fatores determinantes de sua saúde.

Conforme consta na Carta de Ottawa (BRASIL, 2001), a promoção da saúde é um investimento intersetorial contínuo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde com uma maior participação no controle desse processo (ORGANIZACAO MUNDIAL DA SAUDE, 1986). A promoção da saúde não se refere à saúde como ausência de doença, e sim, na perspectiva de que os determinantes sociais modificam as condições de vida, direcionam o indivíduo, a família ou a comunidade para a tomada de decisão, transformando comportamento e favorecendo a saúde e a melhoria da qualidade de vida (CZERESNIA, 2003; SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Promover a saúde é melhor do que vivenciar, inclusive, a cura de alguma enfermidade. Devemos considerar que a cultura permeia as práticas de saúde tendo como primazia a promoção desta (MONTEIRO *et al.*, 2003).

De acordo com Cunha (2005), tem sido estimulado no setor saúde o exercício de uma prática profissional que considere a subjetividade do seu usuário e, para isso, é fundamental a compreensão da cultura e modos de vida de sua clientela. Como citado na literatura, a adoção de um comportamento promotor de saúde, requer que as pessoas superem algumas barreiras culturais.

Barreira é definido como um empecilho natural ou artificial que impede o alcance de um objetivo (HOUAISS *et al.*, 2004; XIMENES, 2000). Neste estudo, para efeito

de análise, adota-se o conceito de barreira preconizado por Rosenstock (1974). Para este autor, barreiras são elementos que podem influenciar a ordem física e emocional do ser humano, relacionando-se às características de um tratamento ou de medidas preventivas que podem ser inconvenientes, desagradáveis, dolorosas e caras.

As autoras acreditam que a cultura e a maneira como as informações são repassadas na formação pessoal e profissional influenciam as pessoas quanto à internalização e à adesão de práticas promotoras de saúde. Nessa linha de raciocínio, o estudo teve como objetivo identificar barreiras para a prática do AEM entre acadêmicas da área de saúde de três universidades de Fortaleza, Ceará.

Neste trabalho, optou-se pela abordagem do autoexame das mamas por ser uma técnica em que a mulher examina suas mamas, independente de atuação profissional ou de outros fatores intervenientes.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, quantitativo, transversal. A partir de 5.480 estudantes, optou-se por uma amostra aleatória, estratificada, que permite ao pesquisador aperfeiçoar, com precisão e representatividade, a amostra final. Este tipo de amostra é representado por grupos existentes na população e os estratos são formados pelo pesquisador, segundo as necessidades do estudo (GIL, 2002; MARCONI; LAKATOS, 2001).

A amostra foi composta por 741 acadêmicas dos Centros de Ciências da Saúde (CCS) de três universidades de Fortaleza, distribuídas da seguinte forma: na Universidade de Fortaleza (UNIFOR), o instrumento foi respondido por 350 acadêmicas, distribuídas nos seguintes cursos: Enfermagem (83), Fisioterapia (71), Educação Física (21), Terapia Ocupacional (43), Ciências da Nutrição (34), Ciências Farmacêuticas (23), Fonoaudiologia (36) e Odontologia (39); na Universidade Estadual do Ceará (UECE), participaram 157 alunas distribuídas nos cursos de Enfermagem (86), Educação Física (30) e Nutrição (41); na Universidade Federal do Ceará (UFC), responderam 234 estudantes provenientes dos cursos de Enfermagem (109), Farmácia (34) e Odontologia (91).

Participaram deste estudo apenas as acadêmicas regularmente matriculadas nas universidades em estudo e que estavam presentes em sala de aula no horário da aplicação do questionário, independente de raça, cor, nível social e o período que estavam cursando.

A coleta de dados foi realizada de fevereiro a novembro de 2005, utilizando-se um questionário auto-aplicá-

vel, com itens sobre as características sociodemográficas, questões sobre a detecção precoce do câncer de mama, história familiar desta patologia e sobre motivos que impediam a realização do AEM entre as participantes. Este questionário foi elaborado com base na literatura (MELO; SILVA; RODRIGUES, 2000; MONTEIRO *et al.*, 2003; PAIVA *et al.*, 2002), consulta a pesquisadores da temática, bem como submetido à apreciação de um mastologista para averiguar a pertinência das questões. Foi realizado pré-teste e feito ajustes quanto à clareza de algumas questões. Os questionários foram aplicados em sala de aula, com autorização prévia do professor, assim como das participantes.

Os resultados foram organizados, codificados, tabulados no *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS, versão 11.5. Após esta fase, os dados foram submetidos às técnicas estatísticas descritivas, com nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$) e realizada análise de correspondência e medidas, visando a uma melhor compreensão de cada uma das três universidades que foram estudadas no que se refere às barreiras para a prática do AEM. Os dados foram distribuídos em tabelas e analisados com base na literatura pertinente ao objeto de estudo. A pesquisa foi desenvolvida com a aprovação do Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza, com parecer nº 269/2004.

RESULTADOS

Caracterização das participantes

As participantes do estudo estavam distribuídas entre os seguintes cursos: 278 (37,5%) em Enfermagem; 130 (17,5%) em Odontologia; 75 (10,1%) em Nutrição; 71 (9,6%) em Fisioterapia; 57 (7,7%) em Farmácia; 51 (6,9%) em Educação Física; 43 (5,8%) em Terapia Ocupacional e 36 (4,9%) em Fonoaudiologia.

A idade variou entre 18 e 37 anos, sendo 67,3% no intervalo de 18 a 22 anos. Quanto ao estado civil, 645 (87,0%) referiram serem solteiras e 79 (10,7%), casadas; 683 (92,2%) relataram morar com a família. Entre as respondentes, 534 (72,0%) eram procedentes da capital e 199 (26,8%) advindas de outros municípios do interior do Estado.

Em relação ao início da menarca, esta variou entre sete (0,4%) e 16 (1,0%) anos; sendo que 624 (84,2%) acadêmicas menstruaram entre 11 e 14 anos. Das 741 participantes, 612 (82,5%) afirmaram estar satisfeitas com seu corpo e 554 (74,7%) disseram gostar da estética de suas mamas.

Ao relatarem história desta patologia na família, 363 (49,0%) confirmaram algum caso de câncer em sua família

e 86 (11,6%) citaram a existência de algum “tipo problema” em suas mamas. Das que referiram algum “tipo de problema em suas mamas”, 23 (30,4%) encontravam-se acima de 33 anos. Vale salientar que, entre as 363 (49,0%) acadêmicas que referiram algum caso de câncer na família, o grau de parentesco entre a respondente e o familiar acometido pela neoplasia variou entre mãe 30 (9,0%), tia 117 (33,0%), avó 11 (3,0%), outros parentes como prima, irmã 105 (29,0%); e 100 (26,0%) não informaram este quesito.

Tabela 1: Distribuição das características sociodemográficas de acadêmicas da área da saúde de três universidades. Fortaleza, Ceará, 2007.

Variável	n°	%
Idade		
18-22	499	67,3
23-27	179	24,2
28-32	37	5,0
33-37	14	1,9
Acima de 37	09	1,2
Não informou	03	0,4
Estado Civil		
Solteira	645	87,0
Casada	79	10,7
Divorciada	06	0,8
Outros	08	1,1
Não informou	03	0,4
Com quem Mora		
Família	683	92,2
Amigos	20	2,7
Sozinha	25	3,4
Não informou	13	1,8
Tipo de Lazer		
Cinema	347	46,8
Praia	187	25,2
Viajar	159	20,8
Leitura	49	6,6
Não informou	04	0,5
Tipo de Vícios		
Bebidas	50	6,7
Cigarro	19	2,6
Outras drogas	04	0,5
Nenhum	665	89,6
Não informou	03	0,4
Pratica Exercício Físico		
Sim	524	70,7
Não	215	29,0
Não informou	2	0,3
Procedência		
Capital	534	72,0
Interior	199	26,8
Não informou	08	1,2

Fonte: Os autores (2007)

Das 741 entrevistadas, 234 (31,6%) disseram que examinavam as mamas mensalmente contra 497 (67,1%) que negaram. Entre as que negaram esta prática, 4 (8,1%) se encontravam acima de 37 anos.

Das alunas do estudo, 685 (92,4%) demonstraram interesse em aprender a técnica do autoexame das mamas para realizá-la corretamente.

Barreiras para a prática do autoexame das mamas

Adentrando nas barreiras identificadas pelo estudo para a realização do AEM junto às estudantes das três universidades, estas foram associadas aos aspectos culturais e informativos. Quanto às barreiras culturais, as acadêmicas mencionaram o esquecimento, desatenção à saúde, medo da doença e de encontrar nódulo, não ter idade para ter câncer de mama e não ter história de câncer na família, acreditar que “não acontecerá comigo”, não gostar de me tocar e ter vergonha de me tocar. Esclarece-se que as estudantes responderam mais de uma barreira (Tabela 2).

Entre as participantes das três universidades, o esquecimento e a falta de atenção à saúde foram as barreiras mais citadas com 410 (55,3%) e 321 (43,3%) respostas, respectivamente. Também apresentaram percentuais elevados significativos as seguintes barreiras: medo da doença (22,2%), não ter idade para ter câncer de mama (9,9%), medo de encontrar nódulo (8,8%), não ter história de câncer na família (8,6%) e acreditar que nunca será acometida pela patologia (5,7%).

Tabela 2: Distribuição das barreiras para realizar o autoexame da mama, de acordo com as respostas de acadêmicas da área da saúde de três universidades. Fortaleza, Ceará, 2007.

Universidades	UNIFOR (350)		UECE (157)		UFC (234)		TOTAL (741)	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Esquecimento	190	83,3	88	83,7	132	79,5	410	55,3
Falta de atenção à saúde	145	63,0	72	67,9	104	62,3	321	43,3
Medo da doença	39	16,7	13	12,3	24	14,4	76	10,3
Não tenho idade para ter Ca de mama	44	19,1	15	14,2	14	8,4	73	9,9
Medo de encontrar nódulo	33	14,2	11	10,4	21	12,6	65	8,8
Não ter história de Ca na família	29	12,4	18	17,0	17	10,2	64	8,6
Acreditar que não acontecerá comigo	29	12,7	9	8,5	4	2,4	42	5,7
Não gostar de me tocar	12	5,3	7	6,6	4	2,4	23	3,1
Vergonha de me tocar	10	4,3	7	6,6	3	1,8	20	2,7

Fonte: Os autores (2007)

Relacionando as respostas das participantes com seus respectivos cursos, no de Terapia Ocupacional, o item “não possuir vergonha de se tocar” foi citado por todas as 43

participantes; este fato se repetiu entre as 57 acadêmicas de Farmácia sobre o medo de um dia serem acometidas pelo câncer de mama.

Das 741 alunas, 699 (94,3%) mostraram-se cientes de que essa patologia poderia acometê-las em qualquer época de sua vida; entre 278 alunas de Enfermagem, 258 (92,9%) referiram a mesma resposta e 208 (74,9%) alegaram conhecer a técnica correta de realização do AEM.

Ao analisar os dados relativos à idade da menarca e as barreiras referidas na tabela 2, a ocorrência da menarca aos 10 e 11 anos foi significativamente associada ($p < 0,05$) em relação ao “medo de encontrar nódulo” e “medo da doença”. A menarca tardia, quando associada às barreiras “vergonha de se tocar”, “não acreditar no autoexame das mamas” e apresentar menor confiança em fazer o autoexame também se mostrou significativa.

A barreira “não gostar de se tocar” foi significativa ($p < 0,05$) entre as participantes que tiveram sua menarca entre 11 e 12 anos; as barreiras “medo de encontrar nódulo” e “medo da doença” apresentaram significância ($p < 0,05$) quando associadas ao tipo de lazer, especificamente ir à praia.

Barreiras informativas para a prática do autoexame das mamas

Sobre os aspectos informativos prevaleceram: não saber a técnica correta; não confiar na própria técnica; não saber a importância da detecção precoce; e não acreditar no autoexame da mama.

Tabela 3: Distribuição das barreiras informativas na realização do autoexame da mama de acordo com as respostas de acadêmicas da área da saúde de três universidades. Fortaleza, Ceará, 2007.

Universidades	UNIFOR (350)		UECE (157)		UFC (234)		TOTAL (741)	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Barreiras								
Não saber a técnica correta	132	56,9	33	31,1	80	47,9	245	33,1
Não confio na minha própria técnica	95	41,1	32	30,2	55	33,1	182	24,6
Não saber a importância da detecção precoce	16	7,0	7	6,6	4	2,4	27	3,6
Não acreditar no autoexame da mama	6	2,6	4	3,8	5	3,0	15	2,0

Fonte: Os autores (2007)

Atualmente, apesar da ampla divulgação existente nas campanhas, a participação da mídia e o acesso à informação na universidade, 245 (33,1%) estudantes afirmaram não saber a técnica correta do AEM. Entre as 71 alunas de Fisioterapia, 29 (40,8%) admitiram não confiar na técnica deste exame mediante a autorealização.

Entre as 741 acadêmicas, 182 (24,6%) não confiavam na própria técnica e 245 (33,0%) desconheciam a técnica correta para realizar o AEM.

As barreiras “não saber a técnica correta” e “não conhecer a importância da detecção precoce” foram significativamente relacionadas ao tipo de exercício físico, no caso à dança ($p < 0,05$) e à musculação ($p < 0,05$).

DISCUSSÃO

Entre os fatores de risco para o câncer de mama, estão história familiar, diagnóstico de hiperplasia atípica, densidade da mama aumentada, menarca precoce ou menopausa tardia, obesidade após a menopausa, nuliparidade ou gravidez após 30 anos e consumo de bebidas alcoólicas (BRASIL, 2006).

Conforme Paiva *et al.* (2002), o estudo ideal dos fatores de risco para o câncer de mama é difícil, pois estes são inter-relacionados e o isolamento de um único fator para calcular sua real contribuição pode ser impossível.

Essa informação nos faz refletir quanto à atenção prestada pelas pessoas a sua própria saúde, já que a adoção de hábitos saudáveis depende apenas da decisão individual e da educação recebida e apreendida para que possa haver mudança no comportamento da pessoa (DELA COLETA, 1995).

Mesmo na ausência de motivação para direcionar o indivíduo para uma determinada ação, seu comportamento pode modificar-se, com a interferência de um profissional de saúde, ajudando-o a remover, por si próprio, a situação de conflito, a fim de engajar-se nas atividades que reduzirão a ameaça à sua saúde. É necessário eliminar a pressão imposta pelas discrepâncias entre as barreiras e a percepção dos benefícios. “A escolha de ação se dá em função da percepção dos benefícios, menos as barreiras percebidas, nas alternativas comportamentais” (DELA COLETA, 1995).

A experiência com mulheres mostra que são inúmeras as resistências e as barreiras para efetivar o autoexame das mamas, mas também revela o desejo, a vontade e o esforço para aprender como fazê-lo de forma correta (SILVA; MAMEDE, 2000).

Fernandes e Narchi (2002) consideram que uma das formas de alcançar o bem-estar e condições saudáveis para a vida é através de investigações de lacunas de conhecimento das mulheres sobre o autocuidado e, a partir daí, apontar caminhos que possibilitem a mudança desse quadro, subsidiando programas de promoção da saúde.

A promoção da saúde é desenvolvida a partir da cooperação entre os saberes, usando instrumentos através de uma ação integrada e multidisciplinar. Desta forma, as pessoas

que detêm diferentes conhecimentos trabalham integradas, visando a um bem comum (MENOSSI *et al.*, 2005).

Neste estudo, a menarca tardia se apresentou associada, de forma significativa ($p < 0,05$), em relação às barreiras vergonha de se tocar e modalidade de lazer, especificamente a praia. Isto pode ser atribuído ao tipo de educação recebida na família, escola e pela perpetuação cultural de que manipular o próprio corpo é “pecado” ou “imoral”, configurando este toque como proibido.

Tenório (1996), ao descrever as representações sociais de mulheres sobre a prevenção de câncer ginecológico, identificou que o corpo da mulher foi representado de forma negativa, constituindo objeto do pecado, o que justifica o aparecimento da vergonha e do pudor. Os órgãos ginecológicos foram representados como “sujos”, exalando “mau cheiro”, “frágeis”, não devendo, por isso, serem tocados.

Quanto às barreiras ao “medo de encontrar nódulo” e “ter medo da doença”, foram significativamente associadas ao tipo de lazer (praia). As autoras supõem que esta associação possa estar relacionada ao estilo de vida, as condições socioeconômicas, culto ao corpo, e, nesta região, ir à praia é um lazer acessível à população. Tal fato pode estar relacionado à consciência das respondentes sobre o cuidado com a saúde, bem-estar físico e condições saudáveis para a vida.

As barreiras identificadas se enquadram nos aspectos culturais compreendidos, como aqueles transmitidos de geração a geração através das diferentes formas de saberes adquiridos na família, escola, sociedade e grupos sociais (LARAIA, 1995).

Segundo Helman (2003), cultura é um conjunto de princípios herdados por membros de uma sociedade, que possibilita aos indivíduos como ver o mundo, como vivenciá-lo emocionalmente e como comportar-se. Afirma, ainda, que a formação cultural influencia muitos aspectos da vida das pessoas, que podem ter importantes implicações para a saúde. Laraia (1995) acrescenta que a cultura é o resultado da invenção social e é transmitida e aprendida somente através da comunicação e da aprendizagem.

Apesar das conquistas das mulheres nos diversos campos do conhecimento e no mercado de trabalho, possibilitando independência financeira e liberdade de opinião, a vergonha de se tocar ainda foi citada por 20 (2,6%) alunas entre as três instituições.

Nesse sentido, Berger *et al.* (2006, p. 9) afirmam que as conquistas progressistas de direitos das mulheres fizeram com que o espaço do privado, da casa, deixasse de ser seu domínio exclusivo. Essas conquistas permitiram que as mulheres transpusessem o âmbito do privado para ingressar,

paulatinamente, em um mundo político que supõe relações iguais, plurais e simétricas.

Piazza e Teixeira (2002), ao avaliarem os fatores de risco para câncer de mama, referiram a importância da alta incidência da neoplasia maligna na mama e do acometimento, cada vez maior, em pacientes jovens. Molina *et al.* (2003) acrescentam que o sucesso deste procedimento, em bases populacionais, requer forte motivação e reconhecimento do câncer de mama como um perigo em potencial.

Neste estudo, apesar de 91,5% das acadêmicas possuírem entre 18 e 27 anos, esta variável não influenciou, estaticamente, nas barreiras identificadas pelo estudo, a exemplo do esquecimento (55,3%) e da falta de atenção à saúde (45,3%).

A prática do AEM faz com que a mulher se familiarize com seu corpo e colabore para a detecção de alguma anormalidade. Sem custos financeiros, é um método conveniente, vantajoso e oportuno que pode ser realizado à vontade e de fácil execução. Recomenda-se que seja feito em todas as mulheres que vivenciaram a menarca, principalmente naquelas que já tiveram casos de câncer de mama na família. Nesta pesquisa, 49,0% confirmaram alguma história de neoplasia na família.

A literatura retrata que o risco aumenta em 50% para mulher jovem, em que a mãe e a irmã apresentaram a doença, bilateralmente, na pré-menopausa (MELO; SILVA; RODRIGUES, 2000).

A informação é um fator potencial para promoção da saúde e esta favorece as mudanças individuais e sociais que visam à melhoria da qualidade de vida, desde que as pessoas percebam o benefício que estas trazem para a prevenção de doenças e manutenção da saúde.

Nesse sentido, Aurélio (1986) define informar como “dar informe ou parecer sobre” o entendimento de que faz parte da informação, a noção de interlocução que norteia o desenvolvimento. Guarda idéia de uma probabilidade de sentido, de algo potencialmente existente, mas que apenas se faz ao encontrar seu interlocutor - o outro. Desse modo, passa a ser pressuposto da informação a existência de uma relação, inter-relações, interlocuções, sem as quais ela não se materializa, se mantém em estado potencial, mas estéril.

Buss (2000), ao correlacionar qualidade de vida como saúde, acredita que seja fundamental que as pessoas sejam informadas sobre os cuidados com a saúde e que possuam capacidade pessoal para melhorar as condições físicas e psicossociais, nos diversos espaços do contexto social, cultural, político e educacional. Esses aspectos levam à transformação em busca da promoção da saúde através da autonomia das pessoas.

Neste estudo, as alunas de Fisioterapia aparentaram insegurança e falta de atenção com o próprio corpo. Este fato talvez possa ser justificado por terem lacunas no conhecimento a respeito de uma prática preventiva e promotora de saúde, uma vez que o enfoque de sua formação acadêmica esteve, por muito tempo, direcionado à reabilitação.

A informação passa a ser um fato que pode trazer alterações para a própria consciência do homem em sociedade. Assim, “deixa de ser uma medida de organização para ser a organização em si, é o conhecimento que só se realiza se a informação é percebida e aceita como tal e que coloca o indivíduo em um estágio melhor de convivência consigo mesmo e dentro do mundo em que sua história individual se desenvolve” (BARRETO, 1994).

Isso pode justificar que as campanhas de detecção precoce precisam ter mais eficiência e mais eficácia com a população jovem correspondente ao estudo, já que muitas mulheres afirmaram desinformação sobre o assunto.

No curso de Odontologia, 130 acadêmicas (17,5%) sabiam a importância da detecção precoce, demonstrando que a mulher é consciente do dever de se autoconhecer e contribuir para a detecção precoce de anormalidades mamárias.

Quanto à credibilidade na realização do AEM, as alunas dos cursos de Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Nutrição afirmaram que acreditavam nesta técnica como uma das medidas de detecção precoce de nódulos mamários. Nessa linha de raciocínio, Davim *et al.*, (2003) referem que as mulheres, ao se autoexaminarem e a partir do momento da identificação de algum fator diferente do habitual, deverão procurar um atendimento especializado.

No tocante às barreiras culturais e informativas, identificou-se uma divergência de dados e de opiniões do grupo em questão. Observou-se que, apesar de ter sido enfatizado, nas barreiras culturais, o esquecimento e a falta de atenção à saúde com percentuais significativos, nas barreiras informativas, constatou-se que as mesmas sabem a importância da detecção precoce e acreditam na eficácia da técnica.

O estudo comprovou que as alunas gostavam de conhecer seu próprio corpo e não tinham vergonha de se tocar. O fato de as acadêmicas demonstrarem familiaridade com seu corpo mostra que é possível disseminar informações quanto à técnica correta do AEM a futuras profissionais para que as mesmas possam cuidar de seu corpo e repassar informações corretas.

Segundo Davim *et al.* (2003) estudos comprovam que as mulheres que praticam o autoexame, com frequência, têm uma facilidade maior de identificar qualquer modificação nas mamas.

A promoção de saúde tem sido definida como o processo de capacitação da população para exercer controle sobre

sua saúde e, para alcançá-la, é preciso programar e avaliar as políticas que tenham como objetivos a qualidade de vida, o empoderamento das pessoas com visão social e o cuidado de si (ORGANIZACAO MUNDIAL DE SAUDE, 1986).

Branco (2001) afirma que a prática de educação em saúde, através do acesso às informações, favorece a tomada de decisão consciente sobre a saúde. Sendo assim, a informação está relacionada com a produção de conhecimento, associada ao desenvolvimento do indivíduo e sua liberdade, expressa pela capacidade de decidir sua vida.

Silva e Mamede (1998) referem que o autocuidado está relacionado com o apreço e o respeito cultivados pela mulher em benefício de si mesma. À medida que a mulher desenvolve o autocuidado, está protegendo seu corpo e fortalecendo suas potencialidades, além do que poderá contribuir para a minimização dos custos relacionados a exames que demandam alta tecnologia.

Palmeira *et al.* (2004) consideram importante incentivar e ensinar a prática do autoexame de mama, a fim de que seja incorporada à rotina da mulher sem causar danos econômicos à renda familiar e ao sistema de saúde. No Brasil, a mamografia e a ultrassonografia, exames de alto custo, não estão disponíveis para a maioria da população, principalmente aquelas de maior carência financeira ou que moram nas cidades distantes das grandes metrópoles.

Pesquisa desenvolvida pelo INCA demonstrou que as mulheres que praticam o autoexame das mamas tendem a ter diagnósticos com tumores primários menores e com menor número de linfonodos axilares comprometidos, quando comparadas às que não praticam (BRASIL, 2002).

Segundo Barroso, Vieira e Varela (2003), ao associar o conceito de educação em saúde ao de promoção da saúde, é possível alcançar uma definição mais ampla do que o processo de capacitação de pessoas. Isto quer dizer que mulheres que se conhecem e realizam práticas de saúde de forma individual, a exemplo do AEM, favorece o amadurecimento, a aquisição de conhecimento e as habilidades, bem como a formação de um conceito sobre saúde.

Há de se supor que, quando as mulheres adquirirem uma consciência crítica capaz de ajudá-la a tomar uma decisão pessoal em relação a sua saúde e passarem a compartilhar esta prática promotora, vai se delinear um empoderamento com responsabilidade social.

CONCLUSÕES

A maioria das acadêmicas não realizava o AEM mensalmente e as barreiras mais citadas foram relativas ao esquecimento, falta de atenção à saúde e não saber a técnica

correta, apesar de as mulheres acreditarem no benefício do AEM e demonstrarem desejo de aprender a forma correta do procedimento.

Para que a prática do autoexame das mamas seja incorporada ao cuidado que a mulher deve ter com o seu corpo e, conseqüentemente, com sua saúde, as ações educativas direcionadas à saúde da mulher necessita informar, também, a técnica e a importância do autocuidado. A capacitação individual para promoção da saúde amplia as possibilidades de que essas informações se incorporem ao comportamento preventivo da mulher.

É relevante que se tracem metas que motivem as mulheres a cuidarem de sua saúde e encontrem uma rede de serviços capaz de suprir essa necessidade, em todo o território nacional. Tal desafio requer a adoção de uma política que considere, entre outras diretrizes, a capacitação de profissionais de saúde que incluam em suas práticas o acolhimento, a integralidade e a resolutividade, no sentido de minimizar o impacto do câncer de mama entre as mulheres.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, C. C. G. do. **Debates de gênero: a transversalidade do conceito.** Fortaleza: Editora UFC, 2005.
- AURÉLIO, B. H. F. **Novo dicionário da língua portuguesa.** 2. ed. rev. e aum. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- BARRETO, A. A. A questão da informação. **Revista São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 8, n. 4, p.3-8, 1994.
- BARROSO, M. G. T.; VIEIRA, N. F. C.; VARELA, Z. M. de V. **Educação em Saúde no contexto da promoção humana.** Fortaleza: Demócrito Rocha, 2003. p. 15-20.
- BORBA, A. A. *et al.* Frequência de Realização e Acurácia do Autoexame das Mamas na Detecção de Nódulos em Mulheres Submetidas à Mamografia. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 01, p.37-43, fev. 1998.
- BRANCO, M. A. F. Informação em saúde como elemento estratégico para a gestão. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001. p. 163 - 169.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Projeto Promoção da Saúde. **Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sandsvall, Declaração de Santa Fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Meta países e Declaração do México.** Brasília, 2001.
- INSTITUTO NACIONAL DO CANCER (Brasil). **Ações de Enfermagem para o Controle do Câncer: uma proposta de integração ensino-serviço.** 2. ed. Rio de Janeiro, 2002.
- INSTITUTO NACIONAL DO CANCER (Brasil). **Estimativas da incidência e mortalidade por câncer.** Rio de Janeiro, 2003.
- INSTITUTO NACIONAL DO CANCER (Brasil). **Estimativas da incidência e mortalidade por câncer.** Rio de Janeiro, 2008.
- BERGER, E. *et al.* Saúde da mulher: um desafio em construção. Florianópolis: UFSA, 2006.
- BUSS, P. M. **Promoção da saúde e saúde pública.** Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2000.
- BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D. O (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica.** São Paulo: Hucitec, 2005.
- DAVIM, R. M. N. *et al.* A. Autoexame de mama: conhecimento de usuárias atendidas no ambulatório de uma maternidade escola. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, p. 21-27, jan./fev. 2003.
- DELA COLETA, M. F. **O modelo de crenças em saúde: uma aplicação a comportamentos de prevenção e controle da doença cardiovascular.** 1995. 244 f. Tese (Doutorado em Psicologia)-Universidade de Brasília, Brasília, DF, 1995.
- FERNANDES, R. A.; NARCHI, N. Z. Conhecimento de gestantes de uma comunidade carente sobre os exames de detecção precoce do câncer cérvico-uterino e de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 2, p.223-230, abr./jun. 2002.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Pulo: Atlas, 2002.
- HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença.** Trad. BU-

- CHWEITZ, C. , GARCEZ, P. M., 4. ed.. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- HOUAISS, A; VILLAR, M. S.; FRANCO, F. M. M. *Minidicionário Houaiss da língua portuguesa*. 2. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2004.
- INSTITUTO NACIONAL DO CANCER (Brasil). **Ações de Enfermagem para o Controle do Câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 2. ed. Rio de Janeiro, 2002.
- INSTITUTO NACIONAL DO CANCER (Brasil). **Estimativas da incidência e mortalidade por câncer**. Rio de Janeiro, 2003.
- INSTITUTO NACIONAL DO CANCER (Brasil). **Estimativas da incidência e mortalidade por câncer**. Rio de Janeiro, 2008.
- LARAIA, R.B. **Cultura: um conceito antropológico**. 21. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2001.
- . **Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisa, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- MELO, E. M. *et al.* Fatores predisponentes do câncer de mama e a detecção do nódulo mamário: opinião de mulheres mastectomizadas. **Revista Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 1, n. 2, p. 25-29, jul./dez. 2000.
- MENOSSEI, M. J. *et al.* Interdisciplinaridade: um instrumento para a construção de um modelo assistencial fundamentado na promoção da saúde. **Revista de enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 252-256, maio/ago. 2005.
- MOLINA, L.; DALBEN, I.; DUCA, L. A. de. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. **Revista. Assoc. Méd. Brás.**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 185-90, jun. 2003.
- MONTEIRO, A. P. S et al. Autoexame das mamas: frequência do conhecimento, prática e fatores associados **Revista Brasileira Ginecologia e Obstetricia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p.387-391, abr. 2003.
- OLIVEIRA, F A.R de. Sensibilidade e especificidade do autoexame das mamas em relação ao seu exame clínico, numa população de funcionárias de um hospital universitário de Fortaleza. **Revista Brasileira Ginecologia e Obstetricia**, Rio de Janeiro, v. 27, n.7, Jul. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n7/a12v27n7.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2008.
- ORGANIZACAO MUNDIAL DE SAUDE. **The Ottawa Charter for Health Promotion**. Brasilia, DF, 1986.
- PARKIN, D. M.; BRAY, F. I.; DEVESA, S.S . Cancer burden in the year 2000. The global picture. **European Journal of Cancer**, Oxford, v. 37, n. 8, p. 4-66, 2001.
- PAIVA, C. E. *et al.* Fatores de risco para o câncer de mama em Juiz de Fora (MG): um estudo de caso-controle. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 2, p. 231-237, 2002.
- PIAZZA, M. J.; TEIXEIRA, A. C. **Rotinas Clínicas e Cirúrgicas em Ginecologia**. Curitiba: UFPR, 2002.
- PALMEIRA, I. L. T. *et al.* Tecnologia audiovisual como instrumento de apoio na orientação para o autoexame de mama. **Revista Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 5, n. 1, p. 62-67, jan./jun. 2004.
- ROSENSTOCK, I. M. What researt motivation suggests for public health. **Health Education Monographs**, New York, v. 20, n. 4, p. 328-335, 1974.
- SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface - comunicação, saúde e educação**, São Paulo, v. 7, n. 12, fev. 2003.
- SILVA, R. M. *et al.* Autoexame das mamas em mulheres jovens e a relação com o autocuidado. **Revista Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 1, n. 1, p. 9-13, jan./jun. 2000.
- SILVA, R. M.; MAMEDE, M. V. **Conviver com a mastectomia**. Fortaleza: UFC, 1998.
- SUCHMACHER, M. e GELLER, M. **Bioestatística passo a passo**. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.
- TENÓRIO, I. M. **Representações sociais de mulheres (usuárias e profissionais de saúde) sobre a prevenção de câncer ginecológico**. 1996. 162 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 1996.
- XIMENES, S. **Minidicionário ediouro da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2000.

Submissão: março de 2008

Aprovação: março de 2009
