

Artigo original

Autoexame das mamas: quem ensina se cuida?

Teresa Cristina Gioia Schmidt, D.Sc.*, Renata Szilagyí Tavares**

**Integrante do Grupo de Pesquisa e Estudo sobre Comunicação em Enfermagem do CNPq, Docente Comissionada no Departamento ENC da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Docente do Departamento de Saúde da Universidade Nove de Julho – SP, **Graduanda em Enfermagem da Universidade Nove de Julho*

Resumo

O câncer de mama é o mais prevalente entre as mulheres paulistas e é o segundo tipo mais incidente mundialmente, o que reforça que medidas de cunho preventivo sejam estabelecidas. Estudo exploratório e transversal desenvolvido com 48 enfermeiras docentes, sendo seu objetivo identificar fatores de risco e proteção para o câncer mamário e os motivos impeditivos para realização do autoexame das mamas (AEM). Os fatores de risco mais representativos para seu desenvolvimento foram: a menarca e a nuliparidade; já os de proteção foram amamentação exclusiva, realização do exame de mamografia e primeira gestação abaixo dos 30 anos. O motivo mais citado para não realização do AEM foi a não priorização da atitude mesmo não havendo qualquer dificuldade técnica para realizá-lo. Concluiu-se diante dos achados sobre a necessidade de maior reflexão e conscientização para o autocuidado, pois existe um hiato entre o que se fala e o que se faz.

Palavras-chave: autoexame de mamas, autocuidado, câncer de mama, docentes de Enfermagem.

Abstract

Breast self-examination: who teaches does care about himself?

Breast cancer is the most prevalent among women from São Paulo and is the second most frequent type of cancer worldwide, which reinforces that preventive procedures must be established. This exploratory and transversal study was developed with 48 nursing teachers, aiming to identify the risk and protective factors for breast cancer and list the reasons hindering to perform the breast self-examination. The most representative risk factors for its development were: menarche and nulliparity; for its protection, were the exclusive breastfeeding, the mammography and first pregnancy under 30 years old. The most cited reason for not performing BSE was not prioritizing the attitude even without any technical difficulties to achieve it. Based on this study it was concluded that further consideration and awareness are necessary for self-care, as there is a gap between what one says and what one does.

Key-words: breast self-examination, self-care, breast neoplasms, faculty nursing.

Recebido em 26 de novembro de 2011; aceito em 15 de junho de 2012.

Endereço para correspondência: Teresa Cristina Gioia Schmidt, Universidade de São Paulo, Av. Dr. Enéas de Aguiar Carvalho, 419, 05303-000 Cerqueira César São Paulo SP, Tel: (11) 3061-7545, E-mail: teresa.schmidt@gmail.com, renataliko@hotmail.com

Resumen

Autoexamen de mamas: ¿Quién enseña se cuida?

El cáncer de mama es el más prevalente entre las mujeres paulistas y el segundo tipo con mayor incidencia en el mundo, lo que refuerza que medidas de carácter preventivo sean establecidas. Estudio exploratorio y transversal desarrollado con 48 enfermeras docentes, siendo su objetivo identificar factores de riesgo y protección para el cáncer mamario y los motivos que impiden la realización del autoexamen de mamas (AEM). Los factores de riesgo más representativos para el desenvolvimiento fueron: menarquia y la nuliparidad; ya los de protección, fueron lactancia exclusiva, realización del examen de mamografía y primera gestación antes de los 30 años. El motivo más citado para no realizar el AEM fue la no priorización de la actitud, mismo no habiendo cualquier dificultad técnica para realizarlo. Frente a esos resultados se concluye sobre la necesidad de mayor reflexión y concientización para el autocuidado, pues existe un hiato entre lo que se dice y lo que se hace.

Palabras-clave: autoexamen de mamas, autocuidado, cáncer de mama, docentes de Enfermería.

Introdução

Os seios femininos são símbolos de fertilidade e saúde da mulher. São considerados os órgãos que expressam a feminilidade, sendo comum quando há uma doença neles levar a mulher ao questionamento de sua identidade, trazendo comprometimento de vários âmbitos, inclusive o emocional. Eles despertam a curiosidade, cobiça, inveja, sensualidade, sendo sinônimos da feminilidade e fertilidade, bem como de realização maternal, visto que são as fontes naturais de alimento para o bebê [1].

As mamas estão situadas na região anterior do tórax sobre os músculos peitoral maior. Externamente na região central, há a papila mamária com 15 a 20 ductos de drenagem e a aréola, seu volume é ocupado pela glândula mamária, vasos sanguíneos, linfáticos, gordura e nervos. Na infância, as meninas possuem discreta elevação mamária pela presença rústica de tecido mamário; na puberdade, graças à ação de diversos hormônios ocorre o desenvolvimento das mamas e na vida adulta no período pré-menstrual, as mamas tendem a ficar mais túrgidas retendo maior quantidade de líquido pela presença dos hormônios estrogênio e progesterona, causando certo desconforto e dor, na menopausa, pela diminuição hormonal há atrofia de tecido glandular que é substituído pelo gorduroso. Durante a gestação o estímulo hormonal é máximo e o auge da funcionalidade mamária é no momento da amamentação com a produção e saída do leite [2,3].

Muitas são as alterações que atingem as mamas, classificadas como benignas e malignas. As benignas atingem 80% dos casos, tendo como exemplos: cistos mamários, fibroadenoma, tumor linfoide, papiloma, dentre outras [4]. As neoplasias malignas são

o segundo tipo de câncer mais comum em mulheres no Brasil, a estimativa para 2010 foi de 49.240 mil novos casos, com um risco estimado de 49 casos para cada 100 mil mulheres. A maior incidência fica na Região Sudeste com uma estimativa de 65/100.000 e a menor no Nordeste de 30/100.000 [2].

O autoexame (AEM) mesmo não sendo usado como técnica de diagnóstico de câncer de mama auxilia na detecção precoce de anormalidade, bem como no estágio inicial do câncer, de acordo com os estudos pesquisados [5,6], até 90% dos casos podem ser verificados pela palpação. A frequência e a maneira correta auxiliam na identificação cada vez menor de um nódulo, variando de 2 cm ou menor. A realização do AEM deve acontecer uma vez por mês durante a segunda semana após a menstruação ou em um mesmo dia do mês escolhido pela mulher menopausada. Assim, é imprescindível atentar para a simetria, forma, cor, abaulamentos, saída de secreções pelo mamilo e fissuras; a palpação circular é uma das técnicas utilizadas, inicia-se pelo mamilo e lentamente se estende para a parte externa da mama e axila [5-7].

Esta ação precisa se tornar um hábito regular nas atividades da mulher. É garantia de melhor se conhecer e ser capaz de reconhecer alterações que possam indicar uma neoplasia maligna em estágio inicial. Sendo diagnosticado o câncer inicial, as chances de cura são de até 95%, não sendo necessária a mutilação [5]. O exame clínico por profissional qualificado deve ser anual, a primeira mamografia deve ser realizada após 35 e em torno dos 40 anos e, antes com antecedentes e indicação médica [8].

O conhecimento e a prática do AEM não são méritos de nenhuma população já estudada e nem determinada pelo grau de escolaridade, nível socioeconômico, dentre outras variáveis. O fato verificado

em pesquisas de campo [5-7,9] foi que a maioria da população estudada não supera 30% da prática correta do AEM e as variáveis: nível de escolaridade, idade, quantidade de filhos, nível socioeconômico, dentre outras, não foram fatores determinantes para realização do AEM.

Estudo transversal desenvolvido com mulheres em Jundiaí (SP) demonstrou que cerca de 40% delas realizavam o AEM corretamente, a maioria tinha mais de 50 anos, já havia feito mamografia, apresentado DST e recebido orientação médica quanto ao autoexame, com nível escolar de médio/superior [10].

Em outra pesquisa realizada com mais de 2 mil mulheres em um hospital de Goiânia – GO, detectou-se a adesão à mamografia de 51% delas e confirmou a carência de informação sobre a prática do AEM [11]. Em uma população de profissionais de enfermagem trabalhadoras de unidades básicas de saúde de Fortaleza – CE, a prática correta do AEM foi de 54% [5].

Sabe-se que o cuidado de enfermagem é capaz de desencadear diversas reflexões sobre o ideal de cuidar. As ações de autocuidado constituem a prática de atividades que os indivíduos desempenham de forma deliberada em seu próprio benefício com o propósito de manter a vida, a saúde e o bem-estar. Essas ações são voluntárias e intencionais, envolvem a tomada de

decisões, e têm o propósito de contribuir de forma específica para a integridade estrutural, o funcionamento e o desenvolvimento humano. Assim, os profissionais de enfermagem são qualificados a proteger, promover e preservar o ser humano. Este cuidado implica ajudar as pessoas a conviverem com a doença, dor e sofrimento e, por outro lado, ajudá-las também no autoconhecimento, autocuidado promovendo a harmonia interna, independente da realidade externa [12].

A teoria do autocuidado desenvolvida pela enfermeira Dorothea Orem, desde 1958, conceitua-o como sendo ações realizadas pelo próprio indivíduo para assegurar suas condições de qualidade de vida, bem-estar frente a seus próprios interesses. Dentro deste vasto trabalho realizado por Orem, a teoria do Déficit de autocuidado é quando por algum motivo existem implicações que impossibilitem a pessoa exercer seu autocuidado, sendo necessário o auxílio da enfermagem [13-14].

Verificou-se na literatura que há negligência do autocuidado entre os profissionais de saúde,

incluindo os estudantes de enfermagem. Os resultados revelaram que apesar de assumirem a responsabilidade e valorizarem a importância de atitudes profiláticas, eles afirmaram que não usam o tempo para seu próprio cuidado em saúde [15,16].

Torna-se interessante referenciar resultado de estudo realizado com mulheres no nordeste brasileiro sobre autocuidado com as mamas. Este expressou o quão foram importantes a relação com sentimentos próprios, fatores cognitivos e comportamentais ao longo da vida de cada uma delas quando se cuidavam. Além disso, revelou a necessidade das mulheres ultrapassarem o cuidado em saúde na visão do modelo biomédico, pois este não capta nem favorece as questões emocionais, espirituais e energéticas que fazem parte da vida [17].

O cuidar de si mesmo é outra forma de conceituar atitudes do autocuidar, é uma reflexão pautada na ética, é trabalhar para se conhecer, ocupar-se de si, ter a liberdade de se aperfeiçoar, não ser escravo de ninguém nem de nós mesmos, cuidar da própria alma, aprender a viver, portanto, quem consegue cuidar de si de modo adequado, conseqüentemente, cuidará bem do outro [13].

Na ciência da enfermagem o cuidado com qualidade e preceitos holísticos dispensados ao ser humano são baseados em fundamentos científicos. Mediante o exposto pode-se verificar que o autocuidado tem sido negligenciado entre as pessoas, incluindo os profissionais da enfermagem. Considerando que o câncer é muito incidente entre a população feminina, em especial o de mama, torna-se necessário garantir maior conscientização, traduzida na prática da realização do autoexame das mamas, uma vez que se sabe que essa rotina feminina favorece a detecção precoce da doença. Portanto, justifica-se descobrir se docentes da área da saúde realizam essa atitude exposta com frequência nas orientações de saúde fornecidas à clientela e nas aulas aos seus alunos e, de fato, vivenciada por elas, além disso, listar as dificuldades e os motivos alegados caso não haja essa prática.

Objetivo

Identificar os fatores de risco e proteção para o desenvolvimento do câncer de mama, bem como a prática do autoexame das mamas entre mulheres docentes da área de saúde em uma Universidade privada de São Paulo.

Material e métodos

Pesquisa de campo, exploratória, de natureza quantitativa e descritiva desenvolvida com 48 mulheres, docentes e profissionais de saúde que lecionam em curso de graduação na área da saúde na Universidade Nove de Julho após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (Parecer COEP UNINOVE nº 426420/2011) e autorização dos participantes, mediante a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O critério de exclusão foi aplicado às mulheres que tinham sofrido ou estivessem sofrendo de câncer de mama, independente da época, fase da doença ou tivessem recebido diagnóstico de cura.

Os sujeitos participantes preencheram um questionário composto de 16 questões, pertinentes aos objetivos levantados em prol do desenvolvimento do projeto, durante os meses de agosto/setembro de 2011. A pesquisadora assegurou o total sigilo e privacidade dos voluntários quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. A coleta ocorreu em horários alternativos (manhã, tarde ou noite), conforme a disponibilidade da pesquisadora, porém respeitando ser antes ou depois do horário de aula quando foram convidadas e esclarecidas sobre a pesquisa.

Os dados contidos nos questionários preenchidos foram devidamente digitados em planilha do Excel versão 2007 que serviu como banco de dados da pesquisa, facilitando tanto sua tabulação como a própria organização e análise quantitativa.

Resultados e discussão

Todas as 48 docentes pesquisadas eram enfermeiras, com idade média de 42,5 anos, com intervalo que variou de 29 a 61 anos de idade; 93,8% professaram algum tipo de religião, a católica representada por 52,2%, espírita 20,8% e a evangélica com 16,7%. Em relação ao estado civil, 60,4% estavam casadas, 22,9% solteiras, 8,3% divorciadas, 2,1% viúvas e 6,3% em demais condições. A incidência referida de câncer de mama na família foi 22,9%, sendo a maioria (63,7%) com grau de parentesco próximo (primeira ou segunda geração).

A idade da menarca foi o primeiro fator de risco de câncer de mama estudado na amostra. Os resultados revelaram que a idade média de sua ocorrência foi de 12,5 anos, excluindo-se quatro

mulheres que não informaram a idade. A menarca precoce (até os 12 anos de idade) atingiu o índice de 47,9% neste estudo. Alerta-se para os achados encontrados em trabalho realizado na Paraíba com 209 mulheres já diagnosticadas pela doença, no qual se concluiu a existência de fortes indícios da associação entre menarca precoce e o desenvolvimento do câncer mamário [17]. O mesmo ocorreu em estudo desenvolvido no Ceará com familiares de mulheres mastectomizadas que identificou um percentual de 46% de menarca precoce entre as filhas das mastectomizadas [18].

A nuliparidade, a baixa paridade e a história de câncer na família são também fatores de risco de câncer de mama [18,20]. Na população deste estudo, verificou-se que 35,4% eram nulíparas e destas um terço tinha história familiar de câncer de mama próximo, expondo esta população a um maior risco de ser acometida pelo câncer.

Em relação à gestação, somente uma estava grávida no momento da aplicação do questionário da pesquisa, 64,6% relataram ter tido uma ou mais gestações, dessas 45,2% eram primigestas, 32,3% secundigestas, 9,7% tercigestas e as demais 12,8% multigestas. Ressalta-se que 7,1%, ou seja, duas mulheres embora tenham engravidado sofreram aborto.

Os resultados apontaram que a média de número de filhos das mulheres do estudo foi de 1,94/mulher, valor idêntico ao da média nacional que é de 1,94 filhos em 2009 [21].

Entre as que já tinham gestado uma ou mais vezes, a média da idade na primeira gravidez foi de 27,3, sendo a mais nova com 15 e a mais velha com 37 anos. A idade média da última gestação foi de 31,7 anos, sendo a mais nova com 15 e a mais velha com 42 anos. Os resultados mostraram que a idade da primeira gestação foi em quase dois terços das mulheres antes dos 30 anos de idade, sendo percebida como um fator de proteção para o câncer de mama, visto que a preocupação é com a primeira gravidez quando esta ocorre acima dos 30 anos de idade [19,20].

Vale ressaltar que a idade da primeira gestação tem sido um dos fatores reprodutivos mais importantes na epidemiologia do câncer de mama. Estudos descritivos observaram que a primeira gestação em mulheres jovens era protetora e explicava em grande parte os efeitos benéficos da multiparidade. Mas, a partir de 1980, muitos estudos sucessivos não encontraram essa associação. Verificou-se que a gravidez é um fator que aumenta o risco de carcinoma

de mama, inclusive na própria gestação, porque, a curto prazo, estimula o crescimento das células que já se encontram na primeira fase da transformação neoplásica [22].

A amamentação não só é considerada como também é amplamente divulgada como um fator protetor para o câncer de mama, sendo responsável por dois terços da redução da doença [23]. Os dados desta pesquisa foram satisfatórios neste ponto, uma vez que 42,9% das mulheres relataram ter amamentado de forma exclusiva seus filhos por período igual ou superior a seis meses, 25,0% três meses e 10,7% menos de três meses, o que totaliza 78,6%.

Com relação ao exame de mamografia, os resultados detectados foram de que 68% das mulheres com idade igual ou superior a 40 anos de idade realizaram-no em um tempo inferior a um ano, 25% superior a um ano e 7% nunca foram submetidas. A legislação atual dispõe sobre a atenção integral à saúde da mulher, reforça o que já é estabelecido pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): o direito universal à saúde traduzida especificamente pela garantia ao direito às usuárias do SUS ao acesso a exames confiáveis para a detecção do câncer de mama, aumentando significativamente as chances de cura e de tratamentos menos radicais, como é o caso da mastectomia [24]. Isto foi necessário, pois a literatura descreve que as mulheres que possuem conhecimento sobre o assunto e facilidade para acesso na marcação, uma vez que não são exclusivamente dependentes do SUS, como é o caso das docentes que portam plano de saúde privado, a realização do referido exame é superior. Estudo realizado em Botucatu (São Paulo) observou que mulheres com baixa escolaridade possuem menores oportunidades de diagnóstico precoce [20]. É interessante citar que ao estabelecer que o SUS deve assegurar a realização de exames mamográficos a todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade, a nova legislação suscitou interpretações divergentes. Alguns profissionais e entidades divulgaram informações equivocadas em relação à lei e às recomendações para realização do exame adotadas no País – as mesmas aplicadas nos países da União Europeia e Canadá, baseadas nas evidências científicas mais atuais causando confusão e chances de distorção das recomendações. Esclarece-se que a lei determina que o rastreamento do câncer de mama seja realizado a partir dos 40 anos de idade, exceto nos casos que a mulher possuir antecedentes que deverá ser realizado antes dessa idade. A divergência está no intervalo do exame,

apesar disso, a maior parte das recomendações como nos Estados Unidos da América indica intervalo de um ano [25].

Outro problema que merece ser considerado é que 70% das mulheres dependem exclusivamente do SUS, com isso, o sistema público de saúde terá de absorver mais 8,8 milhões de mulheres na faixa dos 40, que deverão se somar a outras 10,3 milhões acima dos 50 anos que, em tese, já teriam acesso à mamografia. Em 2007, para o conjunto das capitais, estimou-se a cobertura de mamografia em aproximadamente 70%, variando de 41,2% em Porto Velho (RO) a 82,2% em Florianópolis (SC). Em 17 municípios, a cobertura foi maior que 60%; em oito, de 50%-60%; e em dois, a cobertura foi inferior a 50% [26].

É relevante ratificar que as formas de rastreio preconizadas para a detecção do câncer de mama são o autoexame das mamas, o exame clínico das mamas e a mamografia. A mamografia continua sendo o padrão ouro como diagnóstico, mas em geral não é empregada como *screening* em todos os grupos etários, tanto em razão do custo como por causa de sua acessibilidade, conforme já discutido. A sensibilidade varia de 46% a 88% e depende de fatores, tais como tamanho e localização da lesão, densidade do tecido mamário (mulheres mais jovens apresentam mamas mais densas), qualidade dos recursos técnicos e habilidade de interpretação do radiologista. A especificidade varia entre 82% e 99% e é igualmente dependente da qualidade do exame [27].

As mulheres também foram questionadas sobre a data de realização do último exame de Papanicolaou, os resultados obtidos foram que 70,8% delas realizaram-no entre 6 e 12 meses e as demais 29,1% em tempo superior a um ano. Resultados da pesquisa realizada no Maranhão revelaram que as condições favoráveis socioeconômicas das mulheres e o maior grau de escolaridade foram apontados como fatores mais importantes e que influenciam o comportamento preventivo feminino [28]. Mas outros fatores podem contribuir para a adesão ou não das mulheres à realização do exame preventivo e, dentre eles, pode-se citar a situação conjugal, número de filhos, a vida ocupacional, ter ou não seguro de saúde, frequência de utilização dos serviços de saúde, residir na área urbana ou rural, dentre outros [28,29].

Dados revelaram que 75,0% das participantes do estudo informaram ter feito (50%) ou ainda

fazerem uso oral de anticoncepcional (50%), e dessas últimas, 44,4% usam por tempo superior a 10 anos, 5,5% de 6 a 10 anos, 33,3% de 1 a 5 anos e 5,5% menos de 1 ano. No estudo, salienta-se que o percentual de tabagistas no estudo foi de 10,5, valor inferior aos dados da Organização Mundial da Saúde, que é de 17,5% entre mulheres adultas brasileiras [29] e de 12,5% entre mulheres médicas [30].

A relação entre história familiar e tabagismo, no que concerne ao câncer de mama, tem mostrado que a interação entre eles é significativa, aumentando o risco de doença [2]. Dados bastante consistentes, como os do Califórnia Teachers Study [31], em que mais de 116 mil mulheres foram seguidas por 5 anos, confirmam a importância do tabagismo no risco de câncer de mama, referindo que mulheres sem histórico familiar da doença (componente genético) apresentam maior risco de câncer quando são fumantes.

A situação da fumante ativa e passiva e sua relação com o câncer de mama têm gerado estudos recentes [32] que sugerem que tanto o fumo ativo como o passivo leva a um aumento no risco de doença, comparando-se às mulheres não fumantes (ativas ou passivas). Estudos médicos do Centro de Pesquisa em Câncer da Alemanha [29] observaram um aumento no risco de câncer de mama entre as mulheres tabagistas (atuais e pregressas), que aumenta com o tempo de tabagismo e diminui após a cessação. O maior risco detectado foi entre as fumantes ativas com exposição também ao fumo passivo; entre as fumantes passivas exclusivas, entretanto, ainda houve um aumento no risco da doença, reforçando a relação causal entre tabagismo ativo e passivo (exposição ambiental à fumaça de cigarros) e o risco de câncer de mamas.

A prática do autoexame das mamas (AEM) foi investigada e os resultados revelaram que embora todas as enfermeiras entrevistadas tenham respondido não ter dificuldade para realizá-lo, a maioria delas não realiza o AEM mensalmente (56,3%), e destas, 29,6% sequer se recordam a última vez que realizaram e 37% afirmaram não fazer por tempo superior a 6 meses. Este resultado corrobora outros trabalhos como o realizado por uma equipe da Estratégia Saúde da Família no Estado da Paraíba que identificou que apenas 16% das mulheres pesquisadas realizavam o AEM na frequência correta [33] e outro com enfermeiras obstétricas que, apesar delas terem demonstrado segurança no domínio do co-

nhecimento e da prática do autoexame das mamas, revelarem o cuidado dispensado à sua clientela na atenção à promoção da saúde e prevenção da doença, negligenciam sua própria saúde no que se refere ao autoexame de mama [34].

Os motivos citados que impedem a prática do AEM na ordem decrescente foram: 62,9% não priorizam essa atitude; 29,7% preferem que outro profissional faça; 3,7% sentem medo do que podem encontrar e 3,7% monitoram as mamas por meio da realização de ultrassonografia. Os resultados vão ao encontro de outras pesquisas, nos quais o esquecimento foi apontado como a principal justificativa para não praticar o AEM [5,6]. O esquecimento talvez sinalize um descuido com o próprio corpo, incluindo sua não valorização ou banalização, mas pode estar associado às longas jornadas de trabalho, cansaço físico e mental, rotina imposta, estresse, conforme descrito em estudo desenvolvido com acadêmicas de enfermagem em que inúmeras justificativas foram citadas para a negligência do autocuidado [7].

Conclusão

Neste estudo, a menarca precoce, nuliparidade e baixa paridade foram os fatores de risco para o desenvolvimento de câncer mamário, podendo estes dois últimos estar ligados ao maior tempo de estudo, jornada de trabalho e estresse do dia a dia.

A realização da mamografia, idade da primeira gestação (no tempo inferior a 30 anos de idade) e a amamentação exclusiva foram os fatores de proteção contra o câncer de mama mais predominante na amostra estudada.

Todas as participantes afirmaram não possuir qualquer dificuldade na técnica da realização do AEM, porém, a maioria das participantes do estudo não o realiza como preconizado pelo Ministério da Saúde. A não priorização da realização do AEM foi a justificativa com maior representatividade, seguida pela preferência de que o exame seja feito por outro profissional.

Diante de todas as características que se relacionam à profissão Enfermagem, o cuidar com qualidade do ser humano, talvez seja uma das mais discutidas pelo resultado deste trabalho ficou evidente, em relação ao autoexame das mamas, mesmo que nenhuma delas tenham citado a dificuldade como barreira para não o realizar. Assim, a adesão é da minoria para a prática do AEM, mesmo sendo

todas docentes enfermeiras, atuando diretamente no processo de educar – educando futuros enfermeiros.

O propósito de rotinizar o autoexame das mamas não é só com o intuito de encontrar um câncer, mas, sim, permitir um autoconhecimento de si e de seu corpo e, com isso, ser capaz de identificar com mais rapidez alguma anormalidade nestes órgãos, uma vez que já é sabido que a morbidade e mortalidade do câncer mamário ainda é a primeira que prevalece entre as mulheres paulistas e a segunda mundialmente.

Esse estudo avançou no sentido de buscar refletir sobre a importância do autocuidado até porque as docentes são agentes potenciais de influência e podem ser transformadoras tanto em suas vidas próprias como no cenário onde atuam, elas ensinam cuidado e precisam concretizar o dito em ações de zelo próprio. Defende-se o pressuposto neste estudo que a valorização do autocuidado legitima as ações e dão coerência ao discurso presente no ensino e devendo transformar as práticas em cuidados em saúde efetivamente.

Referências

- Vieira C, Lopes MHBM, Shimo AKK. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. *Rev Esc Enferm* 2007;41(2):311-6.
- Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Estimativa 2010 Incidência de Câncer no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
- Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Anatomia Topográfica X Planos de Tratamento. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
- Nazário ACP, Rego MF, Oliveira VM. Nódulos benignos da mama: uma revisão dos diagnósticos diferenciais e conduta. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2007;29(4):211-9.
- Silva RM, Sanches MB, Ribeiro NLR, Cunha MAC, Rodrigues MSP. Realização do auto-exame das mamas por profissionais de enfermagem. *Rev Esc Enferm* 2009;43(4): 902-8.
- Muller MC, Frasson A, Kieling C, Hoffmann FS, Fleck P, Zogbi H, et al. A prática do auto-exame das mamas em mulheres de uma comunidade universitária. *Psico USF* 2005;10(2):185-90.
- 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.
- Fernandes AFC, Viana CDMR, Melo EM, Silva APS. Ações para a detecção precoce do câncer de mama: um estudo sobre o comportamento de acadêmicas de enfermagem. *Cienc Cuid Saúde* 2007;6(2):215-22.
- Marinho LAB. Conhecimento, atitude e prática do auto-exame da mama e do exame de mamografia em usuárias dos Centros de Saúde do Município de Campinas. *Rev Saúde Pública* 2003;37(5):576-82.
- Borges JBR, Morais SS, Borges TG, Guarisi R, Maia EMC, Pagonatti JC et al. Perfil das mulheres no Município de Jundiá quanto ao hábito do auto-exame das mamas. *Rev Bras Cancerol* 2008;54(2):113-22.
- Freitas Júnior R, Koifman S, Santos NRM, Nunes MOA, Melo GG, Ribeiro ACG, Melo AFB. Conhecimento e prática do auto exame de mama. *Rev Assoc Med Bras* 2006;52(5):337-41.
- Souza ML, Sartor VVB, Padilha MICS, Prado ML. O cuidado em Enfermagem: uma aproximação teórica. *Texto Contexto Enferm* 2005;14(2):266-70.
- Bub MBC, Medrano C, Silva CD, Wink S, Liss PE, Santos EKA. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2006;15(Esp):152-7.
- Silva IJ, Oliveira MFV, Silva SED, Polaro SHI, Radunz V, Santos EKA, Santana ME. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* 2009;43(3):697-703.
- Baggio MA, Formaggio FM. Profissional de enfermagem: compreendendo o autocuidado. *Revista Gaúch Enferm* 2007;28(2):233-41.
- Brandão ES, Santos I, Cavalcanti ACD, Santana RF, Queluci GC, Azevedo SL. Uma sociopoética do autocuidado: comportamento de estudantes de enfermagem visando à promoção da saúde. *Rev Gaúch Enferm* 2009;30(2):280-8.
- Silva ACG, Leal CS, Nunesmaia HGS. Idade da menarca e câncer de mama no Estado da Paraíba. *Rev Bras Ciênc Saúde* 2004;8(2):175-82.
- Bonfim IM, Almeida PC, Araújo IMA, Barbosa ICFJ, Fernandes AFC. Identificando fatores de risco e prática de autocuidado para detecção precoce do câncer de mama em familiares de mastectomizadas. *Revista Rene* 2009;10(1):45-52.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica: controle de cânceres do colo do útero e da mama. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- Guerra MR, Gallo CVM, Mendonça GAS. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Rev Bras Cancerol* 2005;51(3):227-334.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais; 2010. [online]. São Paulo; 2010. [citado 2011 Out 12]. Disponível em: URL: <http://www.ibge.gov.br>
- Pinho VF, Coutinho ED. Risk factors for breast cancer: a systematic review of studies with female samples among the general population in Brazil. *Cad Saúde Pública* 2005;21(2):351-60.
- Costalez H, Diaz IC, Torres MR. Exploración de conocimientos sobre el autoexamen mamario. *Rev Cubana Enfermer* 2003;19(3).
- Brasil. Lei n. 11664 de 29 de abril de 2009. Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres de colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. *Diário Oficial da União, Brasília*, 30 abr. 2009. Seção II:I.
- Gildardo G. Nódulo palpável de mama. *Rev Colomb Obst Ginecol* 2005;56(1):82-91.

26. Viacava F, Souza Junior PRB, Moreira R da S. Estimativas da cobertura de mamografia segundo inquéritos de saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2009;43(Supl 2):117-125.
27. Vieira RJ da S, Esteves VF. Prevenção do câncer de mama: mito ou realidade? 2005. [citado 2011 Out 21]. Disponível em URL: <http://www.praticahospitalar.com.br>
28. Oliveira MM, Silva AA, Brito L, Coimbra L. Cobertura e fatores associados a não realização do exame preventivo de Papanicolau em São Luis, Maranhão. *Rev Bras Epidemiol* 2006;9(3):325-34.
29. Aliança de Controle do Tabagismo (ACT) [online]. São Paulo; 2009 [citado 2011 Jul 7]. Disponível em: URL:<http://actbr.org.br>.
30. Halty LS, Huttner MD, Netto I de O, Fenker T, Pasqualine T, Lempek B, et al. Pesquisa sobre tabagismo entre médicos de Rio Grande, RS: prevalência e perfil do fumante. *J Pneumol* 2002;28(2):77-83.
31. Reynolds P, Hurley S, Goldberg DE, Anton-Culver H, Bernstein L, Deapen D, et al. Active smoking, household passive smoking, and breast cancer: evidence from the California Teachers Study. *J Natl Cancer Inst* 2004;96(1):29-37.
32. Sadri G, Mahjub H. Passive or active smoking, which is more relevant to breast cancer. *Saudi Med J* 2007;28(2):254-8.
33. Araújo VS, Dias MD, Barreto CMC, Ribeiro AR, Costa AP, Bustorff LACV. Conhecimento das mulheres sobre o autoexame de mamas na atenção básica. *Revista de Enfermagem Referência* 2010;3(2):27-34.
34. Brito CM, Bezerra FM, Nery IS. Conhecimento e prática do auto-exame de mamas por enfermeiras. *Rev Bras Enferm* 2004;57(2):161-4.