

**AUTO EXAME DE MAMA: IDENTIFICAÇÃO DOS  
CONHECIMENTOS, ATITUDES, HABILIDADES E PRÁTICAS  
(CAHP) REQUERIDOS PARA ELABORAÇÃO DE  
PROPOSTAS EDUCATIVAS \***

*Maria Teresa Cicero Laganá \*\*  
Dulce M. R. Gualda \*\*\*  
Martha R. H. Hashimoto \*\*\*\*  
Rose M. Imanichi*

LAGANÁ, M.T.C.; GUALDA, D.M.R.; HASHIMOTO, M.R.H.; IMANICHI, R.M. Auto exame da mama: identificação dos conhecimentos, atitudes, habilidades e práticas (CAHP) requeridos para elaboração de propostas educativas. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 24(2):281-299, ago. 1990.

*As autoras utilizaram o modelo Precede de Educação em Saúde e fazem os diagnósticos social, epidemiológico, educacional e comportamental do câncer de mama. Subsidiaram uma proposta de educação em Saúde Pública acerca do auto-exame mensal das mamas das mulheres da Unidade Básica de Saúde de Vargem Grande Paulista.*

UNITERMOS: *Mama. Autocuidado. Educação em saúde.*

## INTRODUÇÃO

A educação para a saúde vem se constituindo, nos últimos anos em um dos fatores principais para a prevenção de doenças e, no que diz respeito ao câncer de mama assume um caráter fundamental, pois, quando comparado ao do colo uterino, o câncer de mama apresenta um controle mais difícil. Isto ocorre porque vários métodos empregados para o seu diagnóstico precoce, como a mamografia ou ultrassonografia, que identificam tumores não palpáveis, menores que 1 cm, apresentam alto custo e não fornecem resultados operacionais para serem aplicados em grandes massas populacionais, consagrando-se o auto exame de mama mensal, inserido num processo educativo, juntamente com o exame das mamas por profissional treinado, como a estratégia de escolha.

Infelizmente a maioria das propostas de educação ou campanhas educativas baseiam-se apenas no princípio da transmissão de informa-

---

\* Trabalho realizado como parte das atividades de pesquisa do Núcleo de Assistência para o Autocuidado da Mulher (NAAM) do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da EEUSP, sob orientação da Dra. Tamara I. Cianciarullo, coordenadora do Núcleo.

\*\* Enfermeira. Professor Assistente do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da EEUSP, membro do NAAM.

\*\*\* Enfermeira Obstétrica. Professor-Assistente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da EEUSP, Membro do NAAM.

\*\*\*\* Enfermeiras Obstétricas. Bolsistas de Aperfeiçoamento do CNPq.

ções sobre os riscos do câncer de mama, a fim de se introduzir a prática do auto exame mensal das mamas. Objetivando-se a redução das possibilidades do desencadeamento da doença, através do diagnóstico precoce de nódulos, observa-se que apenas a transmissão de informações tem se mostrado insuficiente<sup>7</sup>. É necessário considerar os objetivos da educação em saúde dentro de um contexto de "processo" onde se avalia, através de um diagnóstico comportamental, as causas comportamentais e as não comportamentais da prática de saúde que se quer atingir para depois, através do diagnóstico educativo, identificar os fatores que predis põem, que possibilitam e que reforçam a adoção do auto exame de mama, em termos de conhecimentos, atitudes, habilidades e práticas (CAHP) da mulher<sup>8</sup> necessários à incorporação da rotina mensal do auto exame como cuidado de saúde.

Considerando a educação para a saúde relativa ao auto exame de mama mensal como um meio de se atingir uma melhor qualidade de vida para as mulheres, tornando-as responsáveis pelo cuidado do próprio corpo, julgamos oportuno e importante desenvolver o diagnóstico educativo e o diagnóstico comportamental proposto por GREEN et alii<sup>8</sup> para subsidiar uma proposta de educação em Saúde Pública.

## II. Estrutura Conceitual

### *Modelo Precede*

O modelo proposto por GREEN et alii<sup>8</sup> refere-se ao PRECEDE. Nele, parte-se de um *Diagnóstico Social* (FASE 1) onde se identifica o problema de saúde e os fatores não ligados à saúde e os fatores não ligados à saúde, que interferem na qualidade de vida do grupo alvo terminal que se deseja trabalhar. Passa-se então para o *Diagnóstico Epidemiológico* (FASE 2) onde se procura conhecer as características do problema de saúde em questão através dos índices de mortalidade, morbidade, distribuição, prevalência, incidência, etc. que definirão um perfil do grupo alvo terminal. Conhecendo os *Diagnósticos Social e Epidemiológico*, procura-se resgatar o *Diagnóstico Comportamental* (FASE 3), onde discrimina-se as causas comportamentais e as não comportamentais do problema de saúde identificado. Em seguida, passa-se para o *Diagnóstico Educativo* (FASE 4). Esta fase compõem-se dos fatores que predis põem, que possibilitam e que reforçam o comportamento desejável para evitar o problema de saúde. Os dois primeiros fatores antecedem o comportamento e, o último, é subsequente à ele.

Os fatores que predis põem ao comportamento referem-se aos sentimentos, conhecimentos, atitudes, valores e percepções do cliente. Os fatores que possibilitam referem-se à disponibilidade de recursos humanos e físicos, acessibilidade aos Serviços e habilidades que tornam o cliente competente para a prática de saúde recomendada. Os fatores que reforçam relacionam-se às atividades e comportamentos de profissionais de

saúde, pessoal auxiliar, colegas, familiares e outros que estimulam a manutenção da prática de saúde desejada ou benéfica.

Ainda dentro da FASE 4, ou seja, durante o *Diagnóstico Educativo*, quando se faz referência ao "comportamento" desejado, ou seja, àquele que é traduzido em termos de benefícios para a saúde, objetiva-se a participação ativa do cliente, de modo a proporcionar-lhe experiências de aprendizado que modifiquem seus conhecimentos (C), atitudes (A), habilidades (H) e práticas (P) = CAHP. Portanto, no modelo PRECEDE quando se fala em comportamento, fala-se, implicitamente, em CAHP.

O estudo dos fatores que predispõem, que possibilitam e que reforçam, automaticamente coloca o educador na FASE 5 do modelo PRECEDE. Nesta fase o profissional deverá decidir exatamente quais fatores, nas três categorias, deverão ser o foco da intervenção. A decisão é baseada na relativa importância dos fatores na qualidade de vida do cliente e nas estratégias viáveis de influenciá-lo para mudar seu comportamento.

Finalmente, executa-se o *Diagnóstico Administrativo* (FASE 6) onde se determina os componentes da educação em saúde nos programas de saúde pública, tais como tipo de treinamento e de comunicação direta com os clientes, conteúdos do CAHP, utilização de serviços, ações preventivas, avaliação e retroalimentação do processo educativo.

Este modelo facilita a aprendizagem e a mudança de comportamentos dos usuários e profissionais de saúde envolvidos com o processo educativo, uma vez que há uma organização prévia de variáveis, antes de se ter à frente a população alvo terminal.

### *Conceitos Chaves*

Os conceitos referem-se ao CAHP proposto também por GREEN et alii<sup>8</sup> e DIGNAN<sup>5</sup>.

**Conhecimento (C):** Significa recordar fatos específicos (dentro do sistema educacional o qual o indivíduo faz parte) ou a habilidade para aplicar fatos específicos para a resolução de problemas ou, ainda, emitir conceitos com a compreensão adquirida sobre determinado evento.

Relaciona-se ao domínio cognitivo — dimensão intelectual.

**Atitude (A):** É, essencialmente, opiniões. É também sentimentos, predisposições e crenças, relativamente constantes, dirigidos a um objeto, pessoa ou situação. Relaciona-se ao domínio afetivo — dimensão emocional.

**Habilidades (H):** É a capacidade de executar as tarefas com os recursos biológicos, da natureza humana, e com recursos instrumentais, de forma eficiente. Relaciona-se ao domínio psicomotor — dimensão social.

**Prática (P):** É a tomada de decisão para executar a ação. Relaciona-se aos domínios psicomotor, afetivo e cognitivo — dimensão social.

### *Modelo das Crenças em Saúde*

Este modelo, proposto originalmente por ROSENSTOCK<sup>17</sup> foi desenvolvido num esforço para entender o comportamento preventivo de saúde. Assim, para uma pessoa agir de determinado modo a fim de promover a saúde ela deve acreditar:

- na percepção de susceptibilidade: ela é pessoalmente susceptível à doença;
- na percepção de severidade: a doença deverá ter, pelo menos moderadamente, sérias conseqüências;
- na percepção de benefícios: uma ação particular deverá ser benéfica para reduzir a susceptibilidade à doença ou para reduzir a severidade.

Barreiras como custo, inconveniência, dor ou embaraço prejudicam a percepção de benefícios ou da proposta de ação para a saúde.

Alguma disposição ou motivação para a ação é necessário para despertar, no cliente, o desejo pelo comportamento de saúde. A motivação deve ser interna (por exemplo: um sintoma) ou externa (por exemplo: impacto da comunicação de massa).

No modelo das crenças em saúde, consideram-se, ainda, variáveis demográficas, sócio-psicológicas e estruturais como importantes para ajudar na modificação das percepções dos clientes.

A estrutura conceitual aqui apresentada serviu de base para a elaboração de uma proposta educativa, uma vez que o modelo PRECEDE fornece uma direção e um foco de atenção dentre os múltiplos fatores que interferem na educação para a saúde. Por outro lado, o modelo de Crenças em Saúde (Health Belief Model - H.B.M.)<sup>17</sup> pode ser aplicado ao auto-exame de mama. Conforme a mulher acredita que ela é susceptível ao câncer de mama, que o câncer de mama pode ter um sério impacto em seu estilo de vida e que a execução do auto-exame de mama pode ser benéfica em termos de detectar a doença precocemente, reduzindo sérias conseqüências, pode-se prever quais mulheres irão ou não executar o auto-exame de mama.

### III. Diagnóstico Social

O câncer de mama é um dos maiores problemas de saúde das mulheres. É o mais comum tipo de câncer e aquele que mais causa mortalidade, conforme dados do Ministério da Saúde<sup>3</sup>.

É também um problema de saúde pública devido:

- às implicações sociais que na mulher, refletem-se em sua auto-imagem e auto-aceitação, dado o papel das mamas na sexualidade e erotismo femininos, na amamentação, na estética e na função materna;
- à incidência maior da doença localiza-se principalmente entre 35-49 anos, período em que a mulher é economicamente ativa e pode estar constituindo família;

- aos fatores de risco demandarem ações essencialmente preventivas a nível primário;
- à prevenção ser factível a baixo custo pelo auto-exame de mama de rotina, a partir do aumento da cobertura de atendimento à mulher nos Serviços Públicos de Saúde, da capacitação de pessoal nas unidades, da organização de registos que permitam a monitorização do conhecimento da epidemiologia comportamental das mulheres e, principalmente, da implantação de programas de educação em saúde.

O conceito do auto-exame de mama como uma atividade de rotina mensal necessária às mulheres é difícil de refutar. A detecção precoce de anormalidade nos seios pode diagnosticar, em tempo hábil, um tumor cancerígeno, evitando o desfiguramento da mastectomia e os efeitos psicológicos associados ao drama das probabilidades de prolongamento da vida.

A um maior avanço da doença corresponde uma maior cirurgia, chegando à retirada dos músculos peitorais. Isto provoca nas mulheres sérias dificuldades para a movimentação do braço do mesmo lado da cirurgia e dificulta a retomada das tarefas habituais. A mastectomia radical provoca também maior risco de infecções, já que são retirados os gânglios linfáticos axilares.

O auto-exame de rotina não existe para a grande maioria da mulher brasileira, não se dispondo de dados numéricos para evidenciar este fato, dada a escassez de trabalhos nessa área. Conforme PINOTTI & FAUNDES<sup>16</sup>.

- O Programa de Controle do Câncer de Mama ainda não tem a mesma extensão que o Programa de Controle do Câncer Cérvico-Uterino;
- a população desconhece a existência das ações para o diagnóstico precoce do câncer de mama;
- há falta de conhecimento mais detalhado da própria equipe de saúde que está atuando nos postos;
- não existe exame rotineiro das mamas pelos médicos e outros profissionais, a não ser quando a mulher refira algum sintoma;
- a orientação e o ensino do auto-exame das mamas ainda não é uma prática adotada em muitos postos de saúde.

Estudos americanos<sup>6</sup> indicam que, matematicamente, pode-se reduzir de 24,4% a 18,8% a mortalidade por câncer de mama através do auto-exame mensal.

Outros relatos<sup>11, 12, 13</sup> afirmam que a precocidade do diagnóstico não só diminui a incidência de câncer de mama não tratáveis mas também diminui a incidência de metástases. Para mulheres que nunca praticaram o auto-exame geralmente os nódulos cancerígenos medem 3,5 cm; para

aquelas que o praticam eventualmente os nódulos têm cerca de 2,5 cm e, para aquelas que o fazem mensalmente, os nódulos cancerígenos são identificados com aproximadamente 2,0 cm ou menos. Aquelas que praticam o auto-exame e descobrem nódulos, têm expectativa de vida de 75% e aquelas que não o fazem, reduzem suas chances para 59%.

A sobrevida de cinco anos das mulheres com diagnóstico de câncer de mama no estágio inicial (nódulos de menos de 2 cm) é de cerca de 80% mas em estágios avançados (nódulos maiores de 5 cm) é de apenas 10%<sup>10</sup>. Esses resultados referem-se a um estudo específico. Convém ressaltar que não há um prognóstico definido para as mulheres acometidas por câncer de mama.

Vários autores<sup>15, 19, 20</sup> são unânimes em afirmar que o medo da mulher em tomar conhecimento de um câncer de mama é o que as motiva tanto para a aderência ao auto-exame como para a sua negação absoluta e que, portanto, é com o medo que se deve programar métodos educacionais, evidentemente com abordagens distintas para cada caso.

Este medo está relacionado com o que BOX<sup>2</sup> afirma ser o "impacto psicossocial do câncer". O autor acredita que câncer é uma palavra que evoca imediatamente uma resposta emocional. Estas respostas não têm relação com o pensamento racional com o conhecimento do indivíduo ou com as atividades do indivíduo na sociedade, gerando sentimentos e pensamentos pessimistas.

O auto-exame de mamas toma pouco tempo, dispense pouca energia, é econômico, pode ser incorporado à rotina do banho ou do sono, é confortável para ser executado, pode ser feito com relativa acuracidade que se desenvolve com o tempo e, finalmente, pode ser orientado por uma variedade de panfletos disponíveis.

Entretanto, há mamas difíceis de serem examinadas (grandes, pêndulas, densas, de nulíparas). Nas mulheres idosas existem dificuldades adicionais, tais como: diminuição do tato e visão, diminuição da sensibilidade, aumento do pudor em se despir e se tocar e maior incidência de osteoartrite<sup>13</sup>. Mesmo assim, dar um valor excessivo a estas limitações é o mesmo que ignorar os benefícios do diagnóstico precoce do câncer de mama.

A importância do auto-exame de mama é que ele está relacionado com o descobrimento de tumores num estágio clínico precoce e com tumor de pequeno tamanho. Muitas mulheres descobrem seu câncer de mama de forma acidental porque elas não fazem o auto-exame mensalmente. FLYNN<sup>7</sup> relata que a observação de gestos, posturas e expressões faciais das mulheres que implicam em desconforto, sensibilidade e falta de naturalidade da mulher durante o exame de suas mamas pelo profissional, pode denotar como ela se sente a respeito. A mesma autora percebeu que mesmo as mulheres que têm vários parceiros não têm, necessariamente, naturalidade em tocar suas mamas. Idade e religião também influenciam o auto-exame: católicas e mais velhas tendem a praticar o auto-exame mais freqüentemente<sup>7</sup>.

STYRD<sup>19</sup> implementando um programa de treinamento em auto-exame de mama na área de saúde ocupacional também verificou que a idade é um fator importante com relação à frequência na continuidade do procedimento. A autora distribuiu um questionário sobre o comportamento das funcionárias em relação ao auto-exame das mamas antes do treinamento, 3 meses e 1 ano após o mesmo. Concluiu que houve uma significativa queda da prática do auto-exame de mama nos grupos mais jovens (< 24 anos e entre 25 e 34 anos), enquanto que na faixa etária de 35-54 anos a proporção de auto-exame mensal continuava elevada. As jovens alegraram que esqueciam de fazê-lo, não tinham confiança em si próprias ou não reconheciam valor na prática do auto-exame.

MASSEY<sup>14</sup> estudando a percepção da susceptibilidade ao câncer de mama e a prática de auto-exame de mama, pôde verificar que as mulheres que faziam o auto-exame mais de 6 vezes ao ano tinham menos de 50 anos, eram graduadas, eram casadas, tinham amigas acometidas de câncer de mama, tinham família grande (filhos), tinham alta frequência de problemas nos seios e tinham familiares com câncer de mama. Verificou que as brancas faziam o auto-exame mais que as negras. Entretanto, concluiu que outros estudos tinham apresentado resultados conflitantes, ou seja, alguns autores julgaram-se incapazes de concluir algo a respeito de crenças sobre câncer de mama que afetassem a prática do auto-exame e, outros, afirmavam que a percepção do risco de câncer de mama não estava associada à frequência do auto-exame.

HALLAL<sup>9</sup> estudou 207 mulheres, através da aplicação de questionários, para verificar se havia diferença nas crenças em saúde e no auto-conceito entre as mulheres que praticavam auto-exame de mama e as que não praticavam. Identificou que havia uma significativa correlação entre auto-exame de mama e crenças em saúde, mais para percepção de benefícios que para a percepção de severidade. Isto porque as mulheres não se julgavam susceptíveis a ter câncer de mama ou ficavam assustadas em relação a esta probabilidade, adquirindo um tipo de comportamento de negação. Encontrou também que um auto-conceito positivo estava relacionado com alta frequência de auto-exame de mama. A autora concluiu que havia uma relação entre crenças de saúde, auto-conceito e prática de auto-exame de mama, não tendo sido testada a percepção de severidade porque outros estudos já tinham demonstrado que o câncer é sempre percebido com percepção de severidade máxima.

BARROSO<sup>1</sup> fez um diagnóstico sobre a situação geral de saúde no Brasil que afetava a mulher e, conseqüentemente, influenciava os comportamentos de saúde que ela assumiria. A autora discorre sobre a precariedade das condições de saúde da população em geral, ligada primordialmente à pobreza e às condições ambientais adversas, somadas às deficiências do sistema de serviços de saúde. Coloca a mulher inserida num processo social com problemas de desnutrição; de distribuição de renda per capita; de distribuição, custo e qualidade dos alimentos; de habitação que não garante as possibilidades de higiene e de repouso indispensáveis à saúde física e mental; de abastecimento de água e esgotos e de instalações sanitárias. Estes fatores não ligados diretamente à

saúde, determinam, entretanto, o modo como as mulheres se apropriam de seu corpo e sua saúde, com reflexos inevitáveis sobre seu grupo familiar e a sociedade.

#### IV. Diagnóstico Epidemiológico

No Brasil, conforme dados do Ministério da Saúde, o câncer de mama e do colo uterino são responsáveis por 25% do número total de óbitos entre as mulheres<sup>3</sup>.

A incidência destes cânceres tem variado de acordo com as regiões do país, sendo que no Norte, Nordeste e Centro Oeste, o câncer do colo uterino vem se mantendo em primeiro lugar seguido pelo de mama. Nas regiões Sul e Sudeste a situação se inverte, passando o câncer de mama para o primeiro lugar.

Muitas questões acerca do câncer de mama não estão respondidas, principalmente aquelas sobre os dados epidemiológicos que são incompletos e sobre os fatores de risco que sofrem a influência de fatores que interferem na porcentagem de incidência, tais como:

- meio ambiente
  - condições sócio-econômicas e
  - migrações
- Desta forma, identificam-se como fatores de risco para o câncer de mama:
- stress (que inclui os três fatores citados anteriormente)
  - displasias mamárias
  - dieta hipergordurosa
  - antecedentes familiares
  - antecedentes individuais (nódulos, câncer de mama tratado)
  - idade superior a 35 anos
  - fatores hormonais

Considerando-se os fatores que interferem na porcentagem de incidência e os fatores de risco pode-se afirmar que a distribuição geográfica do câncer de mama se relaciona com alguns fatores do hospedeiro tais como: idade, estado hormonal, hereditariedade, nível educativo, padrões culturais e de comportamento sexual e estilos de vida da mulher<sup>4</sup>.

O câncer de mama é de evolução lenta, de modo que um nódulo de 1 cm demora em média 8 anos para se formar. O nódulo passa pelas fases de: 1. localização, quando ainda permanece no tecido mamário; 2. regionalização, quando afeta os linfonodos axilares; e 3. disseminação, quando atinge a fase metastática, particularmente ossos, pulmões e fígado.



Aproximadamente 80% das patologias de mama, principalmente nódulos, são benignas. Por outro lado, dos 20% dos casos restantes, 90% deles são detectados pelas próprias mulheres no estágio de tamanho de 2,5 cm, em média. Metade dessas mulheres já se apresentam com linfonodos axilares e a grande maioria delas morrerá de câncer de mama.

Estes dados, citados nos dois parágrafos anteriores, são relatados pelos especialistas da Fundação Oncocentro da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo em abril do corrente ano.

Existe, ainda, uma crença generalizada entre as mulheres de que a amamentação as protege do câncer de mama. KVALE & HEUCH<sup>12</sup> realizaram um estudo com 50.274 mulheres entre 1961 e 1980 investigando a relação entre amamentação e câncer de mama. Concluíram que os riscos maiores foram observados naquelas com duração intermediária de amamentação e os baixos riscos foram encontrados naquelas que amamentaram pouco ou muito. Para todos os cânceres não genitais combinados, menores riscos foram observados naquelas com longo período de amamentação. A impressão geral dada por esses achados é que a amamentação não está fortemente relacionada com os riscos de câncer de mama ou outro tipo de câncer, conforme o relato dos pesquisadores.

Finalmente, estima-se que, na América Latina, uma em cada 1000 mulheres de 35 a 55 anos de idade contraia um câncer de colo uterino<sup>4</sup>. O câncer de mama não dispõe de dados exatos mas calcula-se que mantenha a mesma proporção aproximadamente, competindo com o câncer de colo uterino. Assim, no Estado de São Paulo, há uma projeção de mortes por câncer de colo uterino e câncer de mama, para 1988, de respectivamente, 1100 e 1300 mulheres.

Visto o diagnóstico epidemiológico do câncer de mama, passamos a identificar o Diagnóstico comportamental.

## V. Diagnóstico Comportamental

A partir das referências bibliográficas relacionadas no final do presente trabalho, relacionamos os fatores comportamentais e não comportamentais que conseguimos identificar nos estudos já realizados sobre o câncer de mama e o auto-exame de mama. Alguns deles estavam explicitamente sugeridos no texto, outros foram inferidos por nós, conforme nossa experiência na consulta de enfermagem e nos grupos de orientação com as mulheres de Vargem Grande Paulista - SP, através do Núcleo de Assistência para o Auto-cuidado da Mulher (NAAM) da Escola de Enfermagem da USP.

Os fatores comportamentais relacionam-se à mulher e os fatores não comportamentais relacionam-se à mulher e aos Serviços de Saúde.

### *Fatores Comportamentais Relacionados à Mulher*

— não fazer auto-exame mensal

— palpar a mama somente quando sofre traumatismo

- palpar a mama somente quando sente dor
- não palpar a mama por medo de encontrar alteração
- não palpar a mama por pudor em se despir e se tocar
- não palpar porque tem dúvidas quanto à sua capacidade de se auto-examinar
- não palpar por esquecimento
- não palpar porque acha difícil o procedimento
- não palpar porque desconhece seu próprio corpo

*Fatores Não Comportamentais Relacionados à Mulher*

- não saber exatamente o que procurar durante o auto-exame
- não saber fazer o auto-exame de mama
- desconhecimento dos fatores de risco do câncer de mama
- dificuldade de acesso ou de comparecimento ao Serviço de Saúde
- estado marital
- nível de escolaridade
- número de filhos
- religião
- idade
- auto-imagem
- medo do serviço de saúde não atender à sua solicitação de exame de mama
- percepção de susceptibilidade ao câncer de mama
- percepção de severidade do câncer de mama
- mamas difíceis de serem palpadas (grandes, pêndulas)
- grau de tabús ou inibições acerca das mamas
- crenças e valores sobre o câncer
- antecedentes individuais e familiares

*Fatores Não Comportamentais Relacionados aos Serviços de Saúde*

- falta de seguimento da mulher para reforço de aprendizado do auto-exame
- folhetos explicativos do auto-exame muito complicados
- orientar a mulher sobre o auto-exame de modo superficial ou muito detalhado

- baixa cobertura de programa de prevenção de câncer de mama
- falta de conhecimento da equipe de saúde acerca do auto-exame
- não examinar a mama da mulher como parte do exame físico de rotina
- expor demasiadamente a mulher durante o exame das mamas
- mau trato no serviço de saúde
- não fornecer instruções sobre o diagnóstico precoce do câncer de mama

## VI. Diagnóstico Educativo

### *Fatores que Predispõem*

- valorização do procedimento
- valorização do próprio corpo
- percepção de susceptibilidade e de severidade
- conhecimento sobre a incidência de câncer de mama
- conhecimento sobre as seqüelas da mastectomia
- câncer de mama na família ou entre amigas
- percepções sobre os benefícios do auto-exame
- crenças e valores sobre o câncer e o cuidado com a saúde
- antecedentes individuais de nódulos ou displasias mamárias
- auto-imagem

### *Fatores que Possibilitam*

- ensinar o auto-exame individualmente ajudando a mulher a palpar sua própria mama
- ensinar a mulher sobre o quê deve procurar durante o auto-exame (sinais e sintomas de anormalidade)
- ensinar a mulher como determinar um dia do mês para o auto-exame (quando fazer)
- incluir o auto-exame como rotina de cuidado com o corpo do mesmo modo que escovar dentes ou tomar banho
- habilidade manual da mulher
- a mulher saber posicionar corretamente os braços para o auto-exame
- reciclagens periódicas individuais sobre o auto-exame
- grupos de educação com troca de experiências
- seriedade, concentração e habilidade do profissional durante o exame das mamas da mulher

### *Fatores que Reforçam*

- incentivo do marido, de amigas e de familiares
- incentivo do profissional de saúde
- descobrimento de nódulo mamário pela própria mulher ou por amigas ou familiares e colegas dos grupos de orientação
- campanhas educativas de massa periódicas
- exame anual das mamas pelo profissional de saúde e semestral nos grupos de risco

## VII. Comportamento em Termos do CAHP (conhecimentos, atitudes, habilidades e práticas) que orientam objetivos educacionais

### 1. *De Conhecimento*

- fatores de risco do câncer de mama
- benefícios do auto-exame em relação ao diagnóstico precoce do câncer de mama
- frequência com que se deve fazer
- o quê se deve procurar (identificação de sinais e sintomas)
- como posicionar os braços
- incidência de câncer de mama na população
- como se posicionar em frente ao espelho
- quais decúbitos assumir para o exame (em pé e deitada)
- quando procurar o Serviço de Saúde para controle e exame das mamas por profissional
- que época do mês se deve fazer o auto-exame
- tipos de tratamento para o câncer de mama
- preconceitos relativos a câncer
- significado da presença de secreção nos mamilos

### 2. *De Habilidade*

- fazer a seqüência da palpação de mama e cavidade axilar corretamente
- posicionar os dedos para palpação corretamente
- desenvolver sensibilidade em identificar as estruturas anatômicas de ambas as mamas
- examinar cada mama completamente para depois passar para a outra
- fazer a expressão dos mamilos corretamente
- posicionar os braços corretamente para o auto-exame

### 3. *De Atitude*

- diminuir a ansiedade sobre o câncer
- valorizar o procedimento para a integridade do corpo
- valorizar o próprio corpo e a auto-imagem
- perceber seu grau de susceptibilidade para o câncer de mama
- valorizar a qualidade de vida
- perceber os benefícios do auto-exame de mama
- pensar racionalmente sobre o câncer
- modificar sentimentos de medo relativos ao câncer
- aumentar a confiabilidade em si própria para realizar o auto-exame de mama
- perceber a severidade do câncer de mama

### 4. *De Práticas*

- fazer auto-exame de mamas como rotina de cuidado com o corpo
- determinar o dia mais próprio para o seu exame mensal
- comparecer às consultas médicas
- comparecer às consultas de enfermagem
- comparecer aos grupos de orientação
- fazer o auto-exame de mamas mensalmente
- trazer amigas ou familiares à Unidade Básica de Saúde (UBS) para iniciar o controle de câncer de mama
- discutir suas dúvidas com os profissionais e outras mulheres
- procurar a UBS sempre que detectar sinais e sintomas de anormalidade nos seios
- colaborar com os Serviços de Saúde nos rastreamentos e pesquisas sobre o câncer de mama.

## VIII. Proposta Educativa

Esta proposta dirige-se às mulheres que iniciaram sua vida sexual e que freqüentam a UBS de Vargem Grande Paulista no Programa de Assistência à Saúde da Mulher.

### 1. *Grupo Alvo Terminal e Grupo Intermediário*

#### A. *Grupo Alvo Terminal*

**QUEM:** mulheres que iniciaram sua vida sexual e que estão matriculadas na UBS de Vargem Grande Paulista.

**O QUÊ:** *NA CONSULTA DE ENFERMAGEM*  
— posicionar os braços para o exame  
— palpar a mama e cavidade axilar  
— relacionar que alterações procurar  
— determinar um dia do mês para o exame  
— relacionar os benefícios do auto-exame  
— citar a frequência com que o auto-exame deve ser feito  
— relatar crenças, valores e dúvidas acerca do câncer de mama e do auto-exame das mamas.

*NOS GRUPOS DE ORIENTAÇÃO*

- relatar a seqüência correta do auto-exame
- relatar que alterações procurar
- discutir as questões propostas.

**QUANTO:** Do total das mulheres vinculadas ao programa que 20% delas sejam capazes de realizar o auto-exame no espaço de 6 meses.

**QUANDO:** Por ocasião da primeira consulta de enfermagem, do primeiro grupo de orientação 3 meses depois da consulta e da 2ª consulta de enfermagem 6 meses após o grupo de orientação.

**ONDE:** Consultórios da UBS de Vargem Grande Paulista.

*B. Grupo Intermediário*

**QUEM:** Enfermeiras que atendem as mulheres

**O QUÊ:** *NAS CONSULTAS*  
— fazer exame das mamas de rotina durante o exame físico  
— ensinar a mulher a fazer auto-exame das mamas  
— agendar consulta de retorno e grupo de orientação para reforço de aprendizagem conforme expectativa da mulher acerca de seu auto-cuidado, suas experiências de saúde-doença e seus valores relacionados ao cuidado do corpo, considerando-se a proposta de enfermagem para o grupo alvo terminal e conforme necessidade médica.

*NOS GRUPOS DE ORIENTAÇÃO*

- demonstrar como fazer o auto-exame
- relembrar o quê procurar
- propor as seguintes questões:
  - há história de câncer de mama na família?
  - quem de vocês faz ou fez auto-exame?
  - que razões as levaram a fazer ou deixar de fazer o auto-exame?
  - o quê as ajuda lembrar de fazer o auto-exame?
  - vocês examinam uma área das mamas, uma mama em particular ou ambas as mamas?

**QUANTO:** Todos os enfermeiros que atendem a mulher

**QUANDO:** Por ocasião da primeira consulta de enfermagem, do primeiro grupo de orientação 3 meses depois da consulta e da 2ª consulta de enfermagem 6 meses após o grupo de orientação.

## 2. *Exame das Mamas*

- Antes de tomar banho, olhe de frente para o espelho, levante os dois braços e observe *simetria entre as mamas, modificações nos contornos das mamas ou retrações da pele em uma das mamas*. Massageie as axilas, mamas e mamilos, em pé.
- Antes de dormir, deite com a barriga para cima. Levante o braço direito e ponha em baixo da cabeça. Com a mão esquerda examine a mama direita, desde as axilas até os mamilos. Massageie a axila e o seio com a ponta dos dedos em movimentos circulares, percorrendo o seio inteiro. Procure *nódulos* e sinta a *textura da pele*. Repita o processo com a mama esquerda.
- Massageie o mamilo. Exprema gentilmente a mama e observe se há *saída de líquido do mamilo*.

## 3. *Sinais e Sintomas do Câncer de Mama*

- nódulo (caroço)
- edema (inchaço) sem relação com o ciclo menstrual
- dor aguda sem relação com o ciclo menstrual
- retração (“cavinhas”) ou saliências no seio
- engrossamento da pele do seio (pele “casca de laranja”)
- modificação no contorno da mama
- excessiva vascularização num ponto particular da mama
- ulceração na mama (ferida)
- mudança na cor da pele da mama
- saída de secreção serosa (amarelada), sangue ou “água de torneira” (secreção transparente, oleosa e brilhante)
- modificação da posição do bico do seio

## 4. *Orientações Gerais*

- 80% das assimetrias mamárias são habituais;
- tem importância diagnóstica a secreção do mamilo que sai espontaneamente, de um só duto mamário e de uma só mama. Secreções bilaterais leitosas, acastanhadas ou esverdeadas indicam galactorrêia fisiológica ou processos inflamatórios;
- nódulos indicadores de câncer geralmente são unilaterais;

- as mulheres que amamentam também podem se auto-examinar, sempre depois do bebê esvaziar a mama. A época do parto é também uma oportunidade de ensinar a mãe se auto-examinar<sup>20</sup>;
- o auto-exame deve ser mensal, 10 dias após a menstruação. Nas menopausadas deve-se escolher um dia do mês para fazê-lo, como por exemplo, o dia do aniversário;
- o auto-exame deve ser feito sempre com a mesma técnica, examinando completamente uma mama e a respectiva axila para depois passar para a outra;
- o exame das mamas inclui axila e mamilo;
- ambas as mamas devem ser examinadas com a mulher de pé e deitada;
- o auto-exame deve ser associado à hora do banho e de dormir.

##### 5. *Princípios Importantes*<sup>6, 11, 18</sup>

- a orientação sobre o auto-exame de mama deve ter um relacionamento significativo com conhecimentos, atitudes, habilidades e práticas acerca do auto-exame que o grupo alvo terminal possui;
- a mensagem acerca do auto-exame deve ser simples, compatível com o grau de compreensão do grupo alvo terminal;
- é mais efetivo mostrar clinicamente para a mulher como se procede ao auto-exame, levando sua mão a tocar as próprias mamas, do que se utilizar de slides e audiovisuais. Na VBS — Vargem Grande Paulista temos utilizado, como recurso para o ensino do auto-exame das mamas na consulta de enfermagem a manequim “Maria”. O nome foi dado pelas próprias mulheres, no início dos trabalhos de grupo. Maria foi feita de madeira, com altura aproximada de 1,60 cm, órgãos genitais internos adaptáveis com velcro e seios de crochê e alpiste conforme sugestão de CAMPESTRINI\*. Os seios de Maria fornecem uma conformação e uma textura semelhante ao seio humano. Deste modo, as mulheres que ficam constrangidas em se tocar na presença da enfermeira, são convidadas a demonstrar o procedimento na manequim, o que nos permite avaliar satisfatoriamente o comportamento da cliente e orientar possíveis falhas. Nos grupos de orientação, utilizamos somente a manequim Maria porque temos sentido que, quanto mais abordamos cuidados com as partes do corpo que dizem respeito à intimidade da mulher, mais elas preferem discutir de modo particular, onde, o respeito à individualidade de cada uma das clientes coloca a consulta de enfermagem como o principal referencial da relação terapêutica (em suas dimensões técnica, afetiva e social) enfermeira-cliente;
- os grupos de orientação são efetivos para reforço de aprendizagem, troca de experiências e observação dos comportamentos das mulhe-

\* CAMPESTRINI, S. O seio: cobala para ensinar como amamentar. *Contact*, São Paulo, 53(supl.):1-4, abr. 1987.



res acerca do auto-exame mas não são ideais para o ensino da execução do auto-exame;

- o ensino da técnica correta do auto-exame deve ser feita individualmente, durante uma consulta de enfermagem ou médica para depois encaminhar a mulher para os grupos;
- o profissional de saúde deve estar familiarizado com o panfleto que vai distribuir sobre o auto-exame de mama. Caso contrário corre o risco de ser incoerente com a demonstração feita durante a consulta, o que diminui consideravelmente a aderência da mulher ao procedimento;
- enquanto a cliente palpa suas mamas ou durante sua fala sobre suas mamas, é interessante observar posturas, gestos e expressões faciais. Há ansiedade? Tristeza? Cólera? Vergonha? A mulher comenta sobre o tamanho de suas mamas?

Finalmente, gostaríamos de ressaltar a importância do tipo de mensagem que se transmite à clientela para que ela se sinta motivada para o auto-exame de mama. HOWE<sup>11</sup> comparou uma mensagem da American Cancer Society onde 433 palavras foram usadas num folheto explicativo e idealizou uma mensagem experimental com apenas 54 palavras que informavam os pontos importantes do auto-exame. Observou que no segundo caso a aderência das clientes ao auto-exame foi significativamente maior.

A autora enfatizou que as palavras devem ter um sentido demonstrativo para descrever o procedimento, sugerindo o seguinte texto:

- “1. Massageie todas as partes de ambas as mamas e axilas usando a polpa dos dedos,
2. Faça seu exame como parte de sua rotina de banho ou de dormir,
3. Pelo fato das mamas serem parecidas, compare o que você vê ou sente em uma mama com relação à outra,
4. Se você perceber alguma diferença, comunique seu médico”.

## CONCLUSÃO

A implementação de uma proposta educativa necessita de um conhecimento prévio das características do grupo alvo terminal, possível de se obter através do Modelo PRECEDE proposto por GREEN et alli<sup>8</sup>. O objetivo deste modelo é atingir a população a quem a proposta se dirige de modo a que ela adquira um alto grau de aceitabilidade e credibilidade acerca do comportamento que o profissional deseja introduzir, em termos de benefício para a saúde. Cada programa educativo deverá ser tecnicamente planejado para que se identifique o produto final esperado.

A grande vantagem da utilização do Modelo PRECEDE é que ele relaciona dimensões biológicas, intelectuais, psicológicas e sociais que aumentam as capacidades dos indivíduos no sentido de tomarem decisões informadas que afetam o bem-estar pessoal, familiar e comunitário.

LAGANA, M.T.C.; GUALDA, D.M.R.; HASHIMOTO, M.R.H.; IMANICHI, R.M. Breast self-examination: identification of the knowledge, attitudes, skills and practice for applying educative proposal. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 24(2): 281-299, Aug. 1990.

*The authors use the Precede Health Education Model for making social, epidemiology, educational and behavioral diagnosis for breast cancer. It helps self-exam made monthly by women from Vargem Grande Paulista — Basic Health Unit — São Paulo.*

UNITERMS: *Breast. Self care. Health education.*

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARROSO, C. *A saúde da mulher*. São Paulo, Nobel, 1985. 93 p.
2. BOX, V. Cancer: myths and misconceptions. *J. R. Soc. Health*, London, 104(5):161-6, Oct. 1984.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Sub-sistema de Informações sobre mortalidade. *Estatística de mortalidade: Brasil — 1985*. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. 361p. (Série G: Estatística e informações em saúde, 16).
4. BRAVO, T.C. Câncer de los organos genitais y de mama en mujeres de la ciudad de México. *Bol. Of. Sanit. Panam.*, Washington, 102(2):125-30, ago. 1987.
5. DIGNAN, M.B. *Measurement and evaluation of education*. Illinois, Charles C. Thomas, 1986. 98 p.
6. FLAHERTY, C. et alii. Breast screening clinic versus health education session as outlets for education in breast self-examination. *J. Epidemiol. Community Health*, London, 40:67-70, Mar. 1986.
7. FLYNN, K.T. On teaching breast self-examination. *Occup. Health Nurs.*, Thorofare, 29(2):12-5, Feb. 1981.
8. GREEN, L.W. et alii. Health education today and the PRECEDE frame-world. In: ————. *Health education planning: a diagnostic approach*. California, Mayfield, 1980. cap. 1. p. 2-17.
9. HALLAL, J.C. The relationship of health beliefs, health locus of control and self concept to the practice of breast self-examination in adult women. *Nurs. Res.*, New York, 31(3):137-42, May/June, 1982.
10. HARDY, E.E. et alii. Variações internacionais da incidência e da mortalidade por câncer de mama. *Femina*, Rio de Janeiro, 11(2):106-15, fev. 1983.
11. HOWE, H.L. Enhancing the effectiveness of media messages promoting regular breast self-examination. *Public Health Rep.*, Hyattsville, 96(2):134-42, Mar/Apr. 1981.
12. KVALE, G. & HEUCH, I. Lactation and cancer risk: is there a relation specific to breast cancer? *J. Epidemiol. Community Health*, London, 42:30-7, 1987.
13. LUDWICK, R. Breast examination in the order adult. *Cancer Nurs.*, New York, 11(2): 99-102, Apr. 1988.

14. MASSEY, V. Perceived susceptibility to breast cancer and practice of breast self-examination. *Nurs. Res.*, New York, 35(3):183-5, May/June 1986.
15. McLENDON, M.S. et alii. Effectiveness of breast self-examination teaching to women of low socioeconomic class. *JOGN Nurs.*, Hagerstown, 11(1):7-10, Jan/Feb. 1982.
16. PINOTTI, J.A. & FAUNDES, A. A mulher e seu direito à saúde: por uma política de saúde no Brasil. São Paulo, Manole, 1988. 181 p.
17. ROSENSTOCK, I.M. The health belief model and preventive health behavior. *Health Educ. Monopr.*, Oakland, 2(4):354-86, Dec. 1974
18. SHELEY, J. & LESSAN, G.T. Limited impact of the breast self-examination movement: a Latin American illustration. *Soc. Sci. Med.*, Oxford, 23(9):905-10, Apr. 1986.
19. STYRD, A.M. A breast self-examination program in an occupational health setting. *Occup. Health Nurs.*, Thorofare, 30(4):33-5, Apr. 1982.
20. STRELNICK, E.G. Postpartum care: an opportunity to reinforce breast self-examination. *MCN*, New York, 7(4):249-52, July/Aug. 1982.

Recebido em 26-09-89.