

FREQUÊNCIA DO AUTOEXAME DAS MAMAS EM AMOSTRA POPULACIONAL DE XANGRI-LÁ, RS

BREAST SELF EXAM FREQUENCY IN SAMPLE POPULATION OF XANGRI-LA,RS

Carlos José Goi Júnior, Lara Rech Poltronieri, Nilton Leite Xavier

RESUMO

Revista HCPA. 2012;32(2):182-187

Departamento de Ginecologia e Obstetria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Contato:

Nilton Leite Xavier
00003774@ufrgs.br
Porto Alegre, RS, Brasil

Objetivo: Avaliar a realização do autoexame das mamas (AEM) no município de Xangri-Lá/ RS.

Método: Após 6 anos de atividade comunitária do médico mastologista no município, foram entrevistadas 854 pacientes, entre março de 2010 e novembro de 2011. Anotou-se, além de dados pessoais, a realização do AEM e consulta com mastologista. Os questionários foram preenchidos pela equipe de pesquisa previamente treinada. As variáveis foram descritas pela média, desvio-padrão e percentuais e, quando categorizadas, pelo Qui-quadrado de Pearson; foram consideradas significantes quando $p < 0,05$.

Resultados: A média de idade encontrada foi de 45 ± 14 anos. AEM mensal foi realizado por 55% desta amostra de 854 mulheres. História familiar de câncer de mama aumenta em 15% a realização do AEM apenas no grupo que não consulta com o especialista. As mulheres que consultaram com o mastologista apresentam uma chance maior de se examinarem (RC= 3,35 com IC 95% de 2,53 a 4,44). As mulheres com mais idade realizam mais o AEM do que as jovens.

Conclusão: Foi observada alta prevalência de AEM, porém aquém do ideal. Os principais indicadores de realização do AEM neste estudo foram idade crescente e ter consultado com o especialista. Foi demonstrada a eficácia de projetos de atenção primária à saúde por médico especialista e que o AEM realizado com a mulher deitada é feito por apenas 35 das 55% que o fazem.

Palavras-chave: Autoexame de mamas; câncer de mama; prevenção secundária; educação comunitária

ABSTRACT

Aim: To evaluate the results on the achievement of breast self examination (BSE) in the municipality of Xangri-La, RS.

Methods: After six years of community activity by specialist on breast disease in the municipality were recruited 854 patients between March 2010 and November 2011. They were asked about personal data, execution of the BSE and consult with breast cancer specialist. The questionnaires were filled in a previously trained research staff. The variables were described and analyzed by mean, standard deviation and percentage and, when categorized by square Pearson; were considered significant when $p < 0.05$.

Results: Mean age was found 45 ± 14 years; AEM monthly was held by 55% of this sample of 854 patients. Family history of breast cancer increases by 15% to BSE practice, but only in group that not have consulted with the expert. Women who consulted with the specialist showed a much better chance of monthly examination (OR= 3.35, with IC 95% 2.53 to 4.44) and women over age perform more self-examination of breasts than the youngest.

Conclusion: A high rate of implementation of AEM was found, but far from ideal. The main factors indicators of achievement of BSE in this study were the increasing age and having consulted with the breast disease specialist. It has been shown, specially, the effectiveness of a primary health care projects by the breast specialist and AEM, performed with the woman lying down, is done by only 35 of 55% of the patients that do.

Keywords: Breast self-examination; breast cancer; secondary prevention; community education

O câncer de mama é o tipo de câncer mais comum entre as mulheres, e a maior causa de mortalidade na população feminina no Brasil. Estima-se que ocorram 49.200 novos casos de câncer de mama por ano e que a mortalidade seja de 12.000 casos (1). Apesar de ter alta taxa de mortalidade, é uma doença potencialmente curável se diagnosticada precocemente.

Entre os vários métodos de rastreamento para o diagnóstico precoce do câncer de mama, a mamografia é o método de escolha. Seu uso, porém, muitas vezes é limitado devido ao custo e à ausência de centros especializados em algumas regiões, particularmente num país com tantas desigualdades como o nosso. Levando isso em consideração, o autoexame das mamas (AEM) é um método de inequívoca disponibilidade, pois pode ser realizado por qualquer mulher com um ensinamento básico, em um curto período de tempo, em qualquer lugar, sem custos. Médicos, enfermeiros ou agentes de saúde podem atuar como ministrantes desse conhecimento para a comunidade (2,3). Além disso, as mulheres geralmente encontram o câncer de mama através de uma mudança na mama, como caroços ou áreas retraídas percebidas durante palpação ou visualização da mama afetada. Uma mulher que jamais se palpa ou se olha no espelho, pode demorar muito mais para descobrir um nódulo em crescimento (4). O autoexame das mamas deve ser estimulado, portanto, como parte de um contexto amplo de atenção a própria saúde, que inclua visitas médicas regulares e exames de rotina, em busca do diagnóstico precoce do câncer de mama.

Xangri-lá é um pequeno município situado no litoral do Rio Grande do Sul, com 12.405 habitantes, segundo dados de 2010 (5), sendo 6235 pessoas do sexo feminino. Estima-se que a população feminina com mais de 30 anos, faixa etária com risco de desenvolver câncer de mama relativamente elevado, seja de 2230 mulheres, uma população que se prestaria a um estudo de base populacional. Xavier et al. (6) mostraram uma incidência de câncer de mama em Xangri-Lá de 74%, considerada elevada, e justificando ações no sentido de diagnóstico precoce do câncer de mama. Em relação a fatores de risco para o câncer de mama, 15,4% têm menarca até os 11 anos, 76,6% tomam algum tipo de anticoncepcional oral e destas 75% o usam por mais de 5 anos. A média do índice de massa corporal (IMC) dessa amostra foi 27, considerado sobrepeso. As obesas, com IMC acima de 30, têm prevalência de 23,6% (6). Esses dados justificam medidas de diagnóstico precoce.

Em relação à realização do AEM, os estudos mostram dados sobre a sua frequência, porém não informam como são realizados. Xavier et al., entretanto, publicaram que no ano de 2005 e 2006 apenas 28% das mulheres de Xangri-Lá com mais de 20 anos realizava o autoexame das mamas mensalmente, um número considerado baixo levando-se em consideração a alta taxa de incidência da doença no município (7). Ao longo de seis anos foram realizados exames especializados, orientação e conscientização com vistas ao diagnóstico precoce do câncer de mama no município.

O objetivo do presente estudo foi avaliar o número de AEM, realizado pela população, após o início da atividade médica do especialista no município.

METODOLOGIA

Este estudo transversal iniciou em abril de 2010, com a inclusão de mulheres a partir dos 20 anos de idade, de modo aleatório entre 01/04/2010 e 30/11/2011. A pesquisa foi coordenada por mastologista experiente, e todos os participantes foram previamente treinados para que os dados coletados fossem uniformes e padronizados, através do questionário respondido pela participante. As variáveis foram: fazer ou não o AEM e, se o fazia, com que frequência; ter ou não consultado com mastologista; idade, como variável contínua e categorizada em três faixas etárias, 20 a 39 anos (jovens), 40 a 49 anos (maduras) e a partir de 60 anos (idosas), e se havia história de câncer de mama familiar (Camafliar) e em que grau de parentesco, para avaliar se tanto a idade quanto a história de câncer influenciam na frequência do AEM.

A partir de agosto de 2010, foi feita a avaliação de como a mulher realizava o AEM mensalmente: inspeção no espelho, palpação em pé no banho e palpação deitada, seja de modo isolado ou associado.

O Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), aprovou o projeto de pesquisa Diagnóstico Precoce do Câncer de Mama na Comunidade de Xangri-Lá, sob nº.11637, em 2008. A coleta de dados, com ênfase na realização do AEM, foi realizada em visitas ao domicílio e independente das consultas nos postos de saúde do Programa de Saúde da Família. Cada mulher entrevistada assinava um termo de consentimento informado.

Para avaliar o hábito atual do AEM, cujo desfecho é a porcentagem de AEM e cujo fator em estudo é ter ou não consultado com especialista, avaliou-se o impacto do fator em estudo pelo Risco Atribuível, que mede o excesso da ocorrência do desfecho entre quem consultou (exposto) e quem não consultou (não exposto). O RA é a diferença entre a incidência (I) no exposto e a I no não exposto.

Por ser um estudo de base populacional, cuja população estimada é 3000 mulheres com 20 ou mais anos de idade, estimou-se incluir mais de 25% delas. Com poder de 80% e intervalo de confiança de 95%, sabendo-se que 28% fazia o AEM e pressupondo 50% para as que consultaram calculou-se uma amostra de 170 mulheres, por meio do Programa EpiInfo, versão 6.04d.

As variáveis contínuas foram descritas pela média, desvio-padrão (DP), percentuais e Qui-quadrado. As categóricas avaliadas pelos percentuais e pelo Qui-quadrado de Pearson e consideradas significantes quando $p < 0,05$. Foi usado o programa SPSS 14.0.

RESULTADOS

Foram incluídas 854 mulheres, cuja média de idade foi 45,5 ($\pm 13,9$ anos) e extremos com 20 e 83 anos. Observou-se que 52%

(446) versus 48% (408) que, respectivamente, consultaram e não consultaram com o mastologista. Destas 854 mulheres, o AEM

era realizado mensalmente por 469 (55%). Os resultados por faixa etária estão descritos nas Tabelas 1, 2 e 3.

Tabela 1 - Autoexame de mamas mensal (aem) no município de Xangri-lá entre mulheres jovens (20 a 39 anos) e a associação com consulta especializada (CE).

AEM	CE		P	RC
	Sim	Não		
Sim	52	42	<0,001	2,26
Não	71	130		(1,37; 3,73)

RC= razão de chances; IC= intervalo de confiança de 95%.

Tabela 2 - Autoexame de mamas mensal (aem) no município de Xangri-lá entre mulheres maduras (40 a 59 anos) e a associação com consulta especializada (CE).

AEM	CE		P	RC
	Sim	Não		
Sim	179	76	<0,001	3,16
Não	67	90		(2,09;4,79)

RC= razão de chances; IC= intervalo de confiança de 95%.

Tabela 3 - Autoexame de mamas mensal (aem) no município de Xangri-lá entre mulheres idosas (≥ 60 anos) e a associação com consulta especializada (CE).

AEM	CE		P	RC
	Sim	Não		
Sim	76	21	<0,001	9,92
Não	24	26		(1,87; 8,18)

RC= razão de chances; IC= intervalo de confiança de 95%.

Sobre o AEM, além das 55% que realizam o autoexame das mamas de forma mensal, outras 148 (17,3%) examinam suas mamas entre 2 e 6 meses, sendo que 237 pacientes (27,7%), não o realiza.

Ao comparar o total de mulheres que fazem autoexame em relação ao fato de terem consultado ou não com o mastologista, observou-se que 68,8% (307) das mulheres que consultaram com o mastologista realizavam o AEM, e apenas 39,7% (162) das

mulheres que não consultaram o realizavam (RC=3,35, com IC 95% 2,53 a 4,44).

Ao comparar por faixa etária, entre as mulheres que consultaram com o especialista, os percentuais de realização do autoexame das mamas foram de 55,3, 70,1 e 78,3%, enquanto que entre as que não consultaram os percentuais foram 35,3, 42,6 e 48,0%, respectivamente. O Risco Atribuível foi, nesta amostra, de 29,1% (68,8 – 39,7= 29,1).

Avaliando a amostra quanto à presença ou não de Camafliar e realização do AEM mensal verificou-se que 191(22,3%) têm Camafliar, mas apenas 6,6% em familiar de 1º grau. Destas 191 pacientes, 110 consultaram com especialista e o AEM foi realizado por 80 (72,7%) e entre as 81 que não consultaram o AEM ocorreu em 42 (51,8%). Na análise pelos percentuais obteve-se $X^2=8,81$ com $p=0,002$. Entre as 663 pacientes que não têm Camafliar, 336 consultaram e destas, 227 fazem AEM (67,5%) e entre as 327 que não consultaram, apenas 120 fazem AEM (36,7%), diferença

estatisticamente significativa, $X^2=63,2$ e $p<0,001$. Ao analisar, com dados cruzados, verificou-se que não há diferença entre os grupos que consultaram ($p=0,30$); a significância estatística ocorre apenas entre os grupos que não consultaram, com $X^2= 6,23$ e $p=0,01$, a favor da presença de Camafliar.

No grupo de 469 mulheres que faziam o AEM de modo mensal, avaliou-se 359 delas quanto à maneira do AEM, como mostra a Tabela 4.

Tabela 4 - Modo de como o autoexame das mamas foi executado, considerando três possibilidades isoladas ou associadas: inspeção no espelho (Insp); palpação no banho (Banho); palpação deitada (Cama).

Modo do AEM	Número de pacientes
1- Banho+ Cama+ Insp	25
2- Banho	193 (53,7%)
3- Banho + Cama	67
4- Banho + Insp	39
5- Cama	30
6- Cama + Insp	05

A palpação no banho foi realizada por 324 do total de 359 pacientes avaliadas (soma de 1, 2, 3 e 4)=90,2%. A palpação na cama foi realizada por 127 pacientes (soma de 1, 3, 5, e 6)= 35,3%.O modo preferencial de autoexame é a palpação isolada durante o banho para 53,7% delas.

DISCUSSÃO

O trabalho do mastologista, ao examinar e orientar a população feminina de Xangri-Lá, mostrou um aumento da realização do AEM de 28 para 55%, número semelhante ao obtido por um estudo realizado no Canadá com mais 80 mil mulheres, o qual obteve um aumento na realização do AEM de 20 para 50 a 64% (8).

Estudo realizado por pesquisadores do Pará (9), com 505 mulheres, embora a maioria tenha conhecimento do AEM, apenas 21,8% fazia o AEM mensalmente e que mais do que 1/3 delas nem o praticava. Nosso estudo, com 27,7% que não fazem o AEM é quase semelhante. Estes dados constituem um alerta à saúde pública.

Em relação às porcentagens de realização do AEM, obtivemos resultados semelhantes ao de outras populações, a exemplo de estudo em mulheres imigrantes chinesas nos EUA, que demonstrou 54% realizando o AEM, um número igual ao nosso atual, porém longe do ideal (10).

Como apenas 50% das mulheres da população em geral

realizam o autoexame periodicamente, embora as lesões descobertas sejam menores, na média de 0,6 cm, não se provou que haja diminuição na taxa de mortalidade (11). O estudo com 2073 mulheres, embora 75% conhecessem o AEM, só 51% o fazia regularmente. Na nossa amostra 55% faziam AEM mensal, porém constatamos que 68,9% daquelas que sofreram a intervenção do especialista o fazem, enquanto que apenas 39,7% das que não consultaram o fazem, mas este percentual demonstra um importante acréscimo. De algum modo, já que se trata de um município pequeno, o convívio e as informações pessoais tiveram resultado, também entre as que não consultam.

Este estudo sugere que a intervenção periódica traz benefício pelo maior número de mulheres que se examinam. O mastologista desenvolveu um papel muito importante nesse processo de orientação, uma vez que orientava quanto ao AEM em todas as consultas, e isso se refletiu no fato de que as mulheres que consultaram têm 3,3 vezes mais chances de realizarem o AEM quando comparadas com as que não consultaram. Também o RA demonstra que 29,1% representa o excesso que se obteve com a atividade do especialista em prol do AEM, independente da faixa etária.

Outro fator que se mostrou decisivo para a realização do AEM foi a idade das pacientes, uma vez que aquelas com mais de 40 anos o realizam muito mais do que as mais jovens. Isso sugere que, na visão das jovens, o câncer de mama é uma doença improvável

ou distante, uma vez que afeta mais as idosas (12). Demonstramos que na idade de 20 a 39 anos o AEM é 2,2 vezes mais frequente naquelas que consultaram com o especialista, e nas faixas etárias de 40 a 59 e após os 60 anos a maior frequência do AEM é respectivamente 3,1 e 3,9 vezes entre as que consultaram com o mastologista, quando comparado com as que não consultaram, conforme as Tabelas 1, 2 e 3.

Percebe-se que a história de câncer de mama na família não exerce influência sobre a frequência de realização do AEM, quando as pacientes frequentam o consultório do especialista. No entanto entre as que não consultam com especialista a história de câncer de mama familiar ocasiona um alto percentual de autoexame e com significância estatística ($p=0,01$). Estes achados necessitam estudos adicionais porque a literatura mostra que estresse causado por ter familiares com câncer de mama não faz com que as mulheres realizem mais o autoexame (12,13), porém não há estratificação quanto ao fato de consultarem ou não com especialista.

As variáveis nível socioeconômico, nível de escolaridade e renda média mensal em relação direta a frequência de realização do AEM, como demonstrado em outros estudos (7,12-16).

O Instituto Nacional do Câncer, seguindo a mesma linha, não estimula o autoexame das mamas como estratégia isolada de detecção precoce do câncer de mama (1). A recomendação é que o exame das mamas pela própria mulher faça parte das ações de educação para a saúde que contemplem o conhecimento do próprio corpo, pois uma mulher que se preocupa em palpar o seio tem como benefício a detecção de tumores menores e diagnóstico mais precoce (7).

Apesar de ter suas vantagens, diversos estudos mostraram que o autoexame das mamas não reduz mortalidade (11,17), redução esta que só é conseguida por meio de programas de rastreamento com mamografias anuais ou exame clínico das mamas, porém em mulheres com idade acima dos 50 anos.

Embora não se tenha demonstrado que a realização do AEM reduza a mortalidade por câncer de mama (11), há evidências de que as medidas destinadas à redução do tamanho do tumor ao diagnóstico produzam benefício em termos de sobrevida das pacientes (18). Há relato da associação entre a frequência da realização do AEM e o diagnóstico em estágios iniciais, porém sua influência na sobrevida não está clara (17-19).

Aspecto não avaliado é a prática do AEM. Verifica-se que a inspeção é pouco usada; a palpação preferida é em pé. Em nosso estudo, 53,7% realizavam o AEM em pé, e apenas 35% o fazia deitada. Os autores acreditam que o AEM ideal deve passar pelo exame da paciente deitada, porque é uma atitude ativa que demonstra comprometimento com o seu AEM e tem o apoio do tórax para facilitar o exame. A acurácia do AEM ainda não foi adequadamente avaliada porque a maioria o faz no banho. Os programas de incentivo ao AEM salientam muito a palpação no banho e este, na maioria das vezes, é o único passo realizado, como aconteceu nesta amostra (ver tabela 4). Para estabelecer o

exato valor do AEM é necessário padronizar e exigir que o exame inclua, sempre, a palpação deitada.

Estudo no Iemen (20) com 425 estudantes universitárias mostra que a despeito do AEM ser conhecido, apenas 17,4% o pratica. Cerca de 55,9% mencionam o desconhecimento da técnica como uma barreira à prática. O autor refere que 58% têm pouco conhecimento sobre o câncer de mama, mas 95,3% o considera uma doença grave e que é uma ótima chance para a sobrevida pode ser conseguida pela detecção precoce no AEM.

Muito se discute sobre a ineficiência em diminuir a mortalidade por câncer de mama com o autoexame das mamas, porém não se quantificam os outros benefícios obtidos através do diagnóstico precoce do câncer de mama, como a realização de cirurgias menos mutilantes. Da mesma forma, o AEM estimula o cuidado com a própria saúde e uma postura mais ativa da paciente em relação à sua saúde, enfatizando o fato de que muito cabe a ela, não somente aos médicos ou aos outros profissionais da saúde. Além disso, um estudo publicado em 2009 mostrou que o autoexame das mamas é tão acurado quanto a mamografia e a ressonância magnética para diagnóstico de câncer de mama em mulheres de alto risco (21).

Dois estudos recentes reforçam nossos dados. Um deles avaliando o conhecimento e a prática do AEM, após intervenção educacional, mostrou 17 e 67% no pré e pós-teste, respectivamente. Este estudo defende a prática habitual do AEM como parte da educação das pacientes, sendo que 80% delas descobrem a densidade nodular. A estratégia promove a eficácia do método e contribui no diagnóstico precoce em países de poucos recursos, porém um seguimento é crucial para manter a adesão de um comportamento positivo quanto ao AEM (22). Outro estudo aplicou um questionário sobre o conhecimento do AEM e 711 mulheres responderam. Das 598 (84%) que tinham realizado o AEM, apenas 41% o fazia com regularidade no tempo recomendado. Das que participaram do estudo, 84 casos (19%) tinham detectado massa mamária ao AEM. Este achado foi confirmado no ECM em 87% delas. Os autores concluem que o AEM é relevante como diagnóstico precoce porque as que detectam anormalidade no AEM procuram uma confirmação adicional. Referem que o ECM deve ser feito em todas as mulheres, especialmente naquelas que têm alto risco para câncer de mama, para encorajar e treinar o AEM (23).

Lembra-se que muitas práticas de saúde podem ser estimuladas a partir da abordagem ativa da população, uma vez que a saúde é um contexto amplo, e não apenas restrito a cura de doenças. Uma mulher que se toca em busca de nódulos não está apenas fazendo o autoexame das mamas, mas também fortalecendo sua autoestima (24,25).

CONCLUSÕES

Conseguiu-se um aumento considerável na frequência de realização do autoexame das mamas na população feminina de Xangri-Lá, depois de 6 anos de trabalho, examinando as mamas e orientando

sobre o AEM, mostrando a importância do médico como difusor desse conhecimento. Este estudo demonstrou que a idade crescente e ter consultado com especialista são as razões na maior frequência do AEM mensal. Este tema ainda é controverso, mas por ser um exame sem custos, os autores sugerem que o AEM seja estimulado pelos serviços de saúde pública, sem diminuir o valor do ECM e da MMX.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos que colaboraram para a execução desta atividade comunitária, seja no atendimento dos Postos do PSF ou através da visitação e aplicação da planilha de dados. Apoio: Prefeitura Municipal de Xangri-Lá e Pró-reitorias de Extensão e de Pesquisa da UFRGS.

REFERÊNCIAS

- Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer. Câncer no Brasil – Dados dos Registros de Base Populacional. Estimativas 2010 : incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro. Inca 2009.
- Singh MM, Devi R, Walia I, Kumar R. Breast self examination for early detection of breast cancer. *Indian J Med Sci.* 1999;53(3):120-6.
- Vahabi M. Breast cancer screening methods: a review of the evidence. *Health Care Women Int.* 2003;24(9):773-93.
- Green BB, Taplin SH. Breast cancer screening controversies. *J Am Board Fam Pract.* 2003;16(3):233-41.
- Portal da Saúde. Ministério da Saúde. Informações de Saúde. DATASUS. In: tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popprs.def
- Xavier NL, Panisson IA, Xavier MC. Avaliação das queixas e achados de exame físico em ambulatório de programa de saúde da família na cidade de Xangri-Lá, RS. *Rev Latinoam Mastol.* 2005;6(1):19-24.
- Xavier NL, Biazús JV, Xavier MC, Ribeiro PLI, Bittelbrunn ACC, Rabin EG. Auto-exame de mama e fatores associados em uma população atendida pelo Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Mastol.* 2008;18(3):89-93.
- Baines CJ. Changes in breast self-examination behavior achieved by 89,835 participants in the Canadian National Breast Screening Study. *Cancer.* 1990;66(3):570-6.
- Monteiro AP, Arraes EP, Pontes LB, Campos MS, Ribeiro RT, Gonçalves EB. Auto-exame das mamas: frequência do conhecimento, prática e fatores associados. *Rev. Bras. Ginecol Obstet.* 2003;25(3):201-5.
- Wong-Kin E, Wang CC. Breast self-examination among Chinese immigrant women. *Health Educ Behav.* 2006;33(5):580-590.
- Thomas DB, Gao DL, Ray RM et al. Randomized trial of breast self-examination in Shanghai: final results. *Natl Cancer Inst.* 2002;94(19):1445-57.
- Brito LMO, Chein MBC, Brito LGO, Amorim AMM & Marana RC. Conhecimento, prática e atitude sobre o autoexame das mamas de mulheres de uma cidade do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2010;32(5):241-6.
- Lerman C, Schwartz M. Adherence and psychological adjustment among women at high risk for breast cancer. *Breast Cancer Res Treat.* 1993;28(2):145-55.
- Freitas Júnior R, Soares VF, Melo NF, Andrade ML, Philocréon GR. Fatores determinantes do conhecimento e prática do auto-exame de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 1996;18(5):387-91.
- Dias da Costa JS, Piccini RX, Moreira M. Avaliação da prática do auto-exame e exame físico de mamas na Cidade de Pelotas-RS. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 1995;17(6):621-32.
- Borghesan DHP, Baraúna M, Pelloso SM. Autoexame das mamas: conhecimento e prática entre profissionais da área da saúde de uma instituição pública. *Acta Sci., Health Sci.* 2003; 25(1):103-13.
- UK Trial of Early Detection of Breast Cancer Group. 16-year mortality from breast cancer in the UK Trial of Early Detection of Breast Cancer. *Lancet.* 1999;353(9168):1909-14.
- Anderson Bo, Braun S, Lim S, Smith RA, Taplin S, Thomas DB. Global Summit early detectin panel. *Breast J.* 2003;(2):441-9.
- Freitas R, Koifman S, Santos NM, Nunes MA, Melo GG de, Ribeiro AG, et al. Conhecimento e prática do autoexame de mama. *Rev Assoc Med Bras.* 2006;52(5):337-41.
- Ahmed BA. Awareness and practice of breast câncer and breast-self exmination among university students in Yemen. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2010;11(1):101-5.
- American Society of Breast Surgeons. 10th Annual Meeting. 2009.
- Loh SY, Chew S. Awareness and practice of breast self examination among malaysian women with breast cancer. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2011;12(1):199-202.
- Dahlui M, Ng C, Al-Sadat N, Ismail S, Bulgiba A. Is Breast Self Examination (BSE) Still Relevant? A Study on BSE Performance among Female Staff of University of Malaya. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2011;12(2):369-72.
- Silva RM, Rodrigues DP, Gurgel AH, Farias LM. Auto-exame das mamas em mulheres jovens e a relação com o autocuidado. *Rev Esc Enferm. USP.* 2000;1(1):9-13.
- Sclowitz ML, Menezes AMB, Gigante DP, Tessaro S. Conduas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados. *Rev. Saúde Pública.* 2005;39(3):340-9.

Recebido: 30/04/2012

Aceito: 13/06/2012