

MULHERES PORTADORAS DE CÂNCER DE MAMA: CONHECIMENTO E ACESSO ÀS MEDIDAS DE DETECÇÃO PRECOCE

WOMEN WITH BREAST CANCER: KNOWLEDGE AND ACCESS TO
PRECOCIOUS DETECTION

MUJERES PORTADORES DE CÁNCER DE MAMA: CONOCIMIENTO
Y ACCESO A LAS MEDIDAS DE DETECCIÓN PRECOZ

Leila Luíza Conceição Gonçalves^I

Amanda Vitória de Lima^{II}

Elisângela da Silva Brito^{II}

Marise Meneses de Oliveira^{II}

Lívia de Albuquerque Rezende de Oliveira^{II}

Ana Cristina Freire Abud^{III}

Amândia Santos Teixeira Daltró^{IV}

Ângela Maria Melo Sá Barros^V

Ulisses Vieira Guimarães^{VI}

RESUMO: Este estudo, descritivo-exploratório de abordagem quantitativa, objetivou avaliar o acesso às medidas de detecção precoce e o conhecimento de mulheres submetidas a quimioterapia acerca do câncer de mama. A coleta de dados foi realizada com 58 mulheres cadastradas no ambulatório de oncologia de uma clínica cirúrgica, localizada em Aracaju-Sergipe, por meio de entrevista estruturada, em 2008. Identificou-se que a maioria das mulheres se encontrava entre 41 e 60 anos de idade, com baixo grau de escolaridade e renda familiar até dois salários mínimos. Observou-se que 50(86,2%) mulheres nunca tinham sido consultadas pelo mastologista e não tinham realizado algum tipo de exame para rastreamento da neoplasia; 24(41,4%) desconheciam a patologia, mesmo conhecendo a finalidade do autoexame das mamas e 35(60,3%) encontravam-se em estádios avançados. O difícil acesso às medidas de detecção precoce e a falta de orientação dos profissionais de saúde podem comprometer a taxa de cura em mulheres com câncer de mama.
Palavras-Chave: Neoplasia da mama; conhecimento; prevenção e controle; enfermagem.

ABSTRACT: This descriptive-exploratory and quantitative approach study aimed at evaluating the access to measures of precocious detection and the knowledge by women having undergone chemotherapy for breast cancer. Data was collected by means of structured interviews with 58 women registered in the clinic of oncology of the Hospital Cirurgia, located in Aracaju, Sergipe, Brazil, in 2008. Most women were between 41 to 60 years of age, had little education, and family income of up to 2 minimum wages. Fifty women (86.2%) reported having never seen a mastologist nor having undergone screening exams for breast cancer, even acknowledging the purpose of breast self-exams. Thirty-five (60.3%) were found to be in advanced stages of breast cancer. The difficult access to measures of precocious detection and lack of guidance from health professionals can compromise the cure rate of women with breast cancer.
Keywords: Breast neoplasms; knowledge; prevention and control; nursing

RESUMEN: Este estudio, descriptivo-exploratorio con abordaje cuantitativo, tuvo como objetivos evaluar el acceso a las medidas de detección precoz y el conocimiento de mujeres sometidas a quimioterapia acerca del cáncer de mama. La recogida de datos foi utilizada con 58 mujeres registradas en el ambulatorio de oncología de una clínica quirúrgica localizada en Aracaju-Sergipe-Brasil, por meio de entrevista estruturada, em 2008. Se identificó que la mayoría de las mujeres se encontraba entre 41 y 60 años de edad, con bajo grado de escolaridad y renta familiar hasta dos salarios mínimos. Se observó que 50(86,2%) de las mujeres nunca fueron al mastologista y que nunca realizaran algún tipo de examen para rastreo de la neoplasia; 24(41,4%) desconocían la patología, mismo conociendo la finalidad del autoexamen y 35(60,3%) se encontraban en estadios avanzados. El difícil acceso a las medidas de detección precoz y la falta de orientación de los profesionales de salud pueden implicar en la tasa de cura en mujeres con cáncer de mama.
Palabras Clave: Neoplasia de la mama; conocimiento; prevención y control; enfermería.

^IEnfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Professora Assistente II do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail: leilaluiza@globlo.com.

^{II}Acadêmica do 9º período do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail: mandaenf@yahoo.com.br; elisa_enf@yahoo.com.br; marise_enf@hotmail.com; livinha_resende@hotmail.com.

^{III}Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente II do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail: acfabud@uol.com.br.

^{IV}Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo. Professora Adjunta IV do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail: amandiadaltró@bol.com.br.

^VEnfermeira. Especialista em Controle de Infecção Hospitalar pela Universidade Bandeirantes de São Paulo. Enfermeira Assistencial da Clínica Oncohematos Ltda. Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail: angelsamelo@hotmail.com.

^{VI}Estatístico. Mestrando em Biometria e Estatística Aplicada pela Universidade Federal Rural de Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: ulisses_vg@hotmail.com.

^{VII}O estudo contempla um dos objetivos do projeto de pesquisa "Câncer de mama: uma preocupação da enfermagem sobre a epidemiologia, os fatores de riscos, a prática assistencial e as ações de educação à saúde".

INTRODUÇÃO

A intenção de realizar este estudo emergiu da participação em projeto de extensão^{VII}, durante a realização das consultas de enfermagem para mulher com diagnóstico de câncer de mama, quando se observou a importância do acesso da população feminina às medidas de detecção precoce, incluindo as ações de educação em saúde.

Diante de tal realidade emergiram as seguintes questões: As mulheres com diagnóstico de câncer de mama assistidas pelo ambulatório de oncologia tiveram acesso às medidas de detecção precoce no controle do câncer de mama? Essas mulheres possuem conhecimentos acerca da patologia que apresentam?

O estudo em questão teve como objetivos avaliar o acesso às medidas de detecção precoce e o conhecimento das mulheres submetidas a quimioterapia acerca do câncer de mama.

REFERENCIAL TEÓRICO

A neoplasia da mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres. A cada ano, cerca de 22% dos novos casos de câncer no sexo feminino são de mama¹⁻³.

No Brasil, tem se dado uma atenção especial a esta neoplasia devido, principalmente, ao aumento das taxas de morbimortalidade, ao aumento da incidência em mulheres com faixa etária menor que 50 anos e, além disso, a doença têm sido diagnosticada em estágios avançados^{1,4}. Desse modo, a detecção precoce é a única forma de diminuir suas taxas de morbimortalidade⁵.

Os três principais métodos de rastreamento da neoplasia mamária são: o exame clínico das mamas (ECM), o autoexame das mamas (AEM) e a mamografia^{6,7}. A realização da palpação das mamas serve como forte motivador e reconhecimento de que o câncer de mama é um perigo em potencial. Por isso, há uma importância do ensino sobre as técnicas que visem ao estímulo da prática deste procedimento, tão eficaz e de custo extremamente reduzido^{6,8}.

A mamografia é considerada a técnica mais confiável e eficaz, atualmente, para a detecção do carcinoma mamário, constituindo o método ideal para a identificação de lesões subclínicas e deve ser feita anualmente nas mulheres a partir de 40 anos^{9,10}. O exame mamográfico pode rastrear até 83% dos casos e o exame clínico das mamas, 70%. A correlação entre estes métodos propedêuticos eleva a acurácia no diagnóstico, comprovando a importância desta associação⁸.

Dessa maneira, o diagnóstico precoce do carcinoma mamário está ligado ao fornecimento de informação às mulheres, conscientizando-as sobre a reali-

zação desses exames, que constituem a tríade de rastreamento para esta neoplasia¹¹.

Alguns fatores podem contribuir para a detecção tardia do câncer de mama como: a deficiência no desenvolvimento de políticas públicas relativas à saúde da mulher; o desconhecimento da população feminina sobre a patologia e métodos diagnósticos, além do medo gerado por esta neoplasia.

Algumas estratégias de massa vêm sendo abordadas e utilizadas pelo Ministério da Saúde em seus programas, como, por exemplo, o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres que tem como um dos objetivos reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina, com a ampliação de acesso aos meios de serviços de prevenção, tratamento e reabilitação¹².

Além disso, o Ministério da Saúde incentiva a prática do autoexame das mamas, a realização do exame clínico das mamas por profissionais, a utilização de metodologias de imagem como ultrassonografia das mamas e mamografia, através da ampliação da rede de mamógrafos no país¹³.

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), a autopalpação das mamas feita pela mulher terá que fazer parte das ações de educação para a saúde que contemplem o conhecimento do próprio corpo e não como uma estratégia isolada para a detecção precoce da neoplasia mamária. Pois, quando a neoplasia mamária é identificada pela própria mulher, por meio do autoexame, significa que o tumor já ultrapassou 2 cm, diminuindo as possibilidades de cura e aumentando as chances de metástases à distância¹⁴.

É importante que o autoexame das mamas, inserido num processo educativo e eficaz, juntamente com o exame clínico das mamas sejam de responsabilidade dos profissionais de saúde que assistem a todas as mulheres, e não apenas aquelas que estejam contempladas nos programas específicos¹⁵.

Deve-se salientar que, apesar da importância da associação desses dois exames, o melhor rastreamento de tumores com menos de 2 cm, sugerindo maior possibilidade de cura, é realizado através dos métodos de imagem, preferencialmente a mamografia.

Ainda, as orientações sobre o autoexame das mamas servem também para a difusão e divulgação de informações a respeito do câncer mamário, desde seus fatores de risco até a redução¹⁶. Assim, as mulheres passam a se interessar pelo tema e a aprender mais sobre esse tipo de câncer.

O controle do câncer de mama depende de ações na área de prevenção, promoção da saúde e

diagnóstico precoce da doença. Por isso, é fundamental que, antes dos exames, os profissionais de saúde orientem as mulheres a respeito da importância de sua realização periódica, os quais podem contribuir na redução da taxa de mortalidade por câncer mamário. Devem também ser instruídas sobre a realização do autoexame das mamas, já que é um procedimento eficaz na detecção de nódulos palpáveis, além de ser um método simples, de baixo custo e rápida execução¹⁷.

METODOLOGIA

Para o alcance dos objetivos propostos optou-se pela abordagem quantitativa, tendo o estudo um caráter descritivo-exploratório. A instituição de escolha para o desenvolvimento do estudo foi a Clínica OncoHematos/Cirurgia, localizada em Aracaju/SE.

A coleta de dados ocorreu no período de julho a dezembro de 2008, após avaliação e aprovação do projeto de extensão pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe, em 11 de junho de 2008, sob parecer de nº CAAE-1533.0.000.107-08.

A amostra foi composta por 58 mulheres com diagnóstico de câncer de mama cadastradas no ambulatório de oncologia, em quimioterapia, no ano de 2008. Como não existia um conhecimento prévio sobre as características da população, o tamanho da amostra foi definido com base numa fórmula do sistema de amostragem aleatória simples para proporções, tendo sido adotado como proporção estimada da característica de interesse um valor de 0,5 (50%) no qual foi possível calcular o maior tamanho da amostra para as proporções em nível de significância de 5%, para ter, no máximo, um erro de amostragem de 10%^{18,19}.

Antes da realização da consulta de enfermagem, as mulheres foram questionadas quanto à possível participação no estudo. Em caso de concordância eram informadas sobre os objetivos e as questões éticas da pesquisa, sendo firmado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Durante a consulta de enfermagem, as informações pertinentes ao estudo eram levantadas por meio da entrevista estruturada, tendo como instrumento um roteiro de consulta no qual foram destacados aspectos relativos à identificação, dados socioeconômicos, conhecimento sobre o câncer de mama e medidas de detecção precoce.

Para melhor entendimento, as informações obtidas foram tabuladas, através do programa EPI Info, versão 3.5, e os resultados apresentados na forma de

tabelas, gráficos e/ou quadros, descritos em números absolutos e percentuais, para verificar as relações entre o fenômeno estudado. A análise dos resultados baseou-se no tratamento estatístico descritivo e a discussão destes na literatura atualizada desta temática.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na amostra estudada, encontrou-se 34(58,6%) mulheres na faixa etária de 41 a 60 anos; 20(34,5%) casadas; 24(41,4%) com ensino fundamental incompleto; 16(28,1%) com renda familiar de 1 a 2 salários mínimos; 24(41,4%) exercem atividades do lar. Quanto à procedência, 37(63,8%) são do interior do estado de Sergipe; 17(29,3%) da capital Aracaju e 4(6,9%) de outros estados brasileiros.

Entre as entrevistadas, o tipo de câncer de mama predominante foi o carcinoma ductal invasivo que acometeu 37(66,1%) das mulheres. Quanto ao estadiamento, 3(5,2%) mulheres encontravam-se diagnosticadas com estadiamento I, 50(34,5%) com estadiamento II, 24(41,3%) com o estadiamento III e 11(19%) com o estadiamento IV.

As medidas de detecção precoce, como abordadas anteriormente, consistem na realização do AEM, no ECM e na mamografia. Na atenção básica, os profissionais são responsáveis por ensinar, executar e facilitar o acesso das usuárias a tais medidas. Porém, o mastologista é o profissional melhor habilitado para o rastreamento e tratamento do câncer de mama. Por isso, mulheres na faixa etária entre 40 e 69 anos devem ser avaliadas pelo mastologista.

Quando questionadas em relação à consulta com o mastologista antes de apresentarem o câncer de mama, 50(86,2%) referiram nunca ter sido consultada por este profissional, sendo que 16(27,6%) dessas se encontravam entre 51 a 60 anos de idade. Das 58 mulheres entrevistadas, 2(3,4%) realizaram consulta anualmente com o mastologista, encontrando-se na faixa etária entre 41 a 50 anos.

Ao associar tais informações aos dados referentes à procedência, renda familiar e estadiamento da amostra estudada, é possível justificar a dificuldade de acesso dessas mulheres ao mastologista, já que este profissional se encontra no nível de atenção da média complexidade, sendo necessário ser encaminhada a ele através dos serviços de atenção básica da saúde.

É importante que as orientações referentes ao controle do carcinoma mamário e às medidas de detecção precoce sejam executadas de maneira eficaz nas unidades básicas de saúde, onde a população fe-

minina tem acesso fácil e constante, principalmente aquelas com o nível socioeconômico baixo¹⁷.

Dos exames preconizados para o rastreamento do câncer de mama, o mais realizado foi o AEM, por 32(55,2%) mulheres, seguido da mamografia – 24(41,2%). O ECM, que tem baixo custo e deve ser realizado pelos profissionais de saúde da rede de atenção básica durante a consulta à mulher, foi efetuado por 23(39,7%) clientes, considerando a tríade de rastreamento.

No Brasil, tem-se observado um aumento nas taxas de mortalidade, atribuído, principalmente, ao atraso no diagnóstico, devido à inexistência de um método adequado de prevenção primária e às dificuldades da prevenção secundária⁸.

Em relação à frequência dos exames realizados, observou-se que o AEM correspondeu a 16(35,3%) quando efetuado, mensalmente, pelas mulheres entrevistadas antes de apresentar a neoplasia e o ECM alcançou 19(32,8%) quando referido anualmente. Quanto à mamografia, foi constatado que nenhuma mulher tinha realizado este tipo de exame bianualmente, e somente 18(31,0%) referiram fazê-lo anualmente.

Este último dado condiz com os achados de outra pesquisa²⁰, que atribuí à provável falta de orientação adequada quanto à importância da mamografia e a não realização deste exame por parte das mulheres, mesmo entre aquelas com solicitação médica.

Percebe-se que há falha nas ações de detecção precoce na amostra estudada, principalmente no que se refere ao exame clínico das mamas realizado pelo profissional de saúde e ao acesso à mamografia.

É preciso reforçar, nas consultas médicas, orientações sobre o autoexame, contempladas com folhetos explicativos, informando que a palpação das mamas deve ser feita mensalmente após o período menstrual⁸.

Em unidades básicas de saúde da 8ª Região Sanitária de Aracaju, foi constatado que, dos enfermeiros pesquisados, apenas seis realizavam o exame clínico das mamas nas mulheres atendidas e o ECM ocorreu em apenas 60(40%) das consultas observadas, achados insatisfatórios¹⁰.

Identificou-se que 54(93,1%) mulheres referiram conhecer a finalidade do autoexame das mamas como forma de detecção de nódulo e apenas 4(6,9%) não sabiam informar a finalidade do mesmo. Apesar do percentual de conhecimento ser alto, a maior parte das mulheres informou não realizar o AEM mensalmente, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde¹²⁻¹⁴.

Logo, torna-se evidente a importância de se fazer educação em saúde, aproveitando cada momento de contato com a mulher, englobando todas as clas-

ses sociais, principalmente aquelas de difícil acesso às medidas de prevenção secundária, a fim de sensibilizá-las para adesão à prática do AEM.

É necessário realizar orientação e ensino adequado do AEM, haja vista que as campanhas veiculadas pela mídia não informam adequadamente esse procedimento¹⁵. Dessa forma, o ensino do autoexame é de responsabilidade de todos os profissionais de saúde que assistem as mulheres, e não, apenas, daqueles que atuam em programas específicos para esse fim¹².

Quando questionadas sobre o conhecimento da patologia, verificou-se que 24(42%) não possuíam informação alguma sobre o câncer de mama, como mostra a Figura 1. Este achado pode estar diretamente relacionado ao baixo nível de escolaridade da amostra, que possui 24(41,4%) mulheres com ensino fundamental incompleto. Diante desse aspecto, reforça a importância de disponibilizar informações sobre a doença, tornando eficaz a detecção precoce, já que o diagnóstico e o início precoce do tratamento estão relacionados à maior taxa de cura das mulheres com diagnóstico de câncer de mama^{20, 21}.

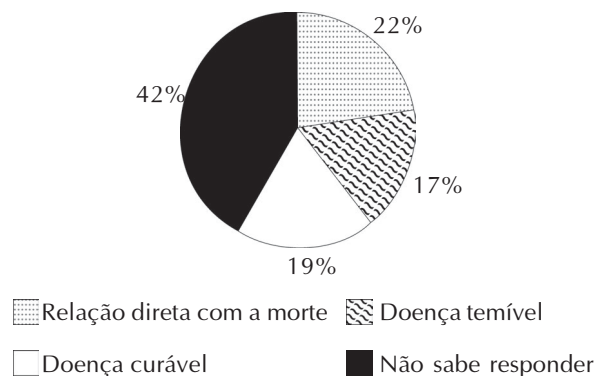


FIGURA 1: Distribuição de mulheres em relação ao conhecimento sobre o câncer de mama. Aracaju, jun./dez., 2008.

A palpação acidental das mamas foi a principal forma de detecção da neoplasia mamária referida por 18(31,0%) mulheres entrevistadas. O ECM obteve a menor proporção com 2 (3,4%), suscitando questionamentos quanto à procura e acesso das mulheres ao serviço de saúde ou à negligência dos profissionais de saúde na realização do exame físico da mama.

O exame clínico das mamas deve ser realizado anualmente para as mulheres acima de 40 anos, e deve fazer parte do atendimento integral à mulher em todas as faixas etárias¹⁷.

Em relação ao tratamento cirúrgico para a neoplasia mamária, 30(51,7%) das mulheres foram submetidas à mastectomia, 10(17,1%) à quadran-

tectomia e 18(31,0%) não realizaram algum tipo de cirurgia.

Ao considerar o procedimento cirúrgico e o estadiamento do câncer, 21(36,2%) mulheres já se encontravam em estágio avançado (III e IV), entre estas 19(32,8%) foram submetidas a mastectomia, de acordo com a Tabela 1.

TABELA 1: Distribuição de mulheres submetidas ao procedimento cirúrgico em relação ao estágio da doença. Aracaju, jun./dez., 2008

Estádio da Doença	Procedimento Cirúrgico					
	Mastectomia		Quadran-tectomia		Total	
	F	%	F	%	F	%
I	1	1,7	2	3,4	3	5,1
II	10	17,2	6	10,3	16	27,5
III	12	20,7	1	1,7	13	22,4
IV	7	12,1	1	1,7	8	13,8
Total	30	51,7	10	17,1	40	68,8

Entre as 18 mulheres que não foram submetidas à cirurgia predominou o estágio III em 11(61,1%) mulheres, seguido do estágio II em 4(22,2%) e estágio IV em 3(16,6%). Todas estas mulheres foram submetidas à quimioterapia neoadjuvante, provavelmente justificada pelo estágio avançado da neoplasia e necessidade de tornar o tumor operável.

Estes dados reforçam a hipótese de que as mulheres não tiveram acesso às medidas de detecção precoce, tendo como consequência o diagnóstico de câncer de mama metastático, o que diminui a sobrevida, a qualidade de vida e aumenta o impacto psicológico, devido à mutilação. Os dados são significativos quando se observa a relação entre o estágio avançado e tratamento aplicado.

O atraso no diagnóstico pode implicar no avanço do estadiamento da doença já que as possibilidades de cura, de uma melhor sobrevida e de qualidade de vida estão relacionados à detecção precoce. Estudos comprovam que a demora no diagnóstico e/ou terapêutica favorecem o crescimento tumoral com potencial detrimento para as chances de cura das pacientes²¹.

CONCLUSÃO

Diante dos resultados, o perfil das mulheres com câncer de mama, submetidas a quimioterapia e participantes deste estudo apresenta, em sua maioria, as seguintes características: faixa etária de 41 a 60 anos, com renda familiar de até 2 salários mínimos, casada, com atividades do lar e ensino fundamental incompleto.

A maioria dessas mulheres, antes de apresentarem a neoplasia, não teve acesso à consulta com mastologista, principalmente na faixa etária de 41 a 50 anos.

Em relação à realização de exames de rastreamento para o câncer de mama, a maioria das mulheres realizou algum método, porém deve-se destacar o fato de menos de um terço nunca terem realizado tais exames.

Apesar de quase todas identificarem bem a finalidade do autoexame das mamas, menos de um terço de mulheres o praticavam. O conhecimento acerca da patologia foi referido por menos da metade das participantes do estudo.

A forma de detecção da neoplasia mamária em menos de um terço das mulheres foi acidentalmente demonstrando a ausência da prática do autoexame das mamas na rotina dessas mulheres, como também a dificuldade de acesso às demais formas de detecção precoce. Este aspecto pode ser a causa da maioria das mulheres terem a doença diagnosticada em estágios avançados e a mastectomia ter sido o tratamento cirúrgico mais realizado na amostra.

Diante dos dados apresentados, pode-se inferir a deficiência na execução das estratégias de detecção precoce do câncer de mama, gerando dificuldade de acesso e falta de informação na população feminina. As principais consequências do diagnóstico tardio e da implementação terapêutica atrasada para essas mulheres, que já possuem dificuldades socioeconômicas, são: impossibilidade de cura, diminuição da sobrevida, comprometimento da qualidade de vida e maior impacto sociopsicológico ante a mutilação e tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Br) [site de internet]. Instituto Nacional de Câncer: Estimativa da incidência de câncer para 2008 no Brasil e nas cinco regiões. [citado em 05 set. 2008]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>.
2. Conceição LL, Lopes RLM. O cotidiano de mulheres mastectomizadas: do diagnóstico à quimioterapia. Rev enferm UERJ. 2008;16:26-31.
3. Fabbro MEC, Montrone AVG, Santos S. Percepções, conhecimentos e vivências de mulheres com câncer de mama. Rev enferm UERJ. 2008;16:532-7.
4. Viana LC, Martins M, Geber S. Ginecologia. Rio de Janeiro: Medsi; 2001.
5. Gonçalves ATC, Jobim PFC, Vanacor R, Nunes LN, Albuquerque IM, Bozzetti MC. Câncer de mama: mortalidade crescente na Região Sul do Brasil entre 1980 e 2002. Cad Saúde Pública (Rio de Janeiro). 2007; 23:1785-90.
6. Borba AA, Souza RM, Lazzaron AR, Defferrari R, Scherer L, Frasson AL. Frequência de realização e acurácia do autoexame das mamas na detecção de nódulos em mulheres submetidas à mamografia. Rev Bras Ginecol Obstet. 1998; 20(1): 37-43.
7. Inagaki ADM, Prudente LR, Gonçalves LLC, Abud

- ACF, Daltro AST. Prática para detecção precoce do câncer de mama entre docentes de uma universidade. *Rev enferm UERJ*. 2008; 16:388-91.
8. Molina L, Dalben I, Luca L. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. *Rev Assoc Med Bras*. 2003; 49(2): 185-90.
9. Godinho ER, Koch HA. Rastreamento do câncer de mama: aspectos relacionados ao médico. *Radiol Bras*. 2004; 37(2): 91-9.
10. Barros ACS. Avaliação da prática dos exames ginecológico e clínico das mamas realizados por enfermeiros em unidades de saúde da família [trabalho de conclusão de curso]. Aracaju(Se): Universidade Federal de Sergipe; 2007.
11. Marinho LAB, Gurgel MSC, Cecatti JG, Osis MJD. Conhecimento, atitude e prática do autoexame das mamas em centros de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37: 576-82.
12. Ministério da Saúde (Br) [site de internet]. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. 2005. [citado em 21 nov. 2008] Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br>.
13. Ministério da Saúde (Br) [site de internet]. Instituto Nacional do Câncer. Câncer de mama. 2000. [citado em 20 maio 2009]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>.
14. Ministério da Saúde (Br) [site de internet]. Instituto Nacional de Câncer. Detecção precoce do câncer de mama. 2008. [citado em 05 set 2008]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>.
15. Monteiro APS, Arraes EPP, Pontes LB, Campos MSS, Ribeiro RT, Gonçalves REB. Autoexame das mamas: frequência do conhecimento, prática e fatores associados. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2003; 25(3): 201-205.
16. Freitas JR, Aires LFBNM, Finotti RR, Paulinelli MCF, Silveira MT. Auto-exame das mamas entre estudantes de medicina. *Rev Bras Ginecol Obstet*. [periódico na Internet] 1999. [citado em 24 maio 2009]; 21(5): 287-290. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>.
17. Ministério da Saúde (Br). Instituto Nacional do Câncer. Cadernos da atenção básica: controle dos cânceres do colo do útero e de mama. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
18. Cochran WG. Técnicas de amostragem. Rio de Janeiro: Editora Fundo de Cultura; 1965.
19. Bolfarine H, Bussab WO. Elementos de amostragem. São Paulo: Editora Blucher; 2005.
20. Godinho ER, Koch HA. Fontes utilizados pelas mulheres para aquisição de conhecimentos sobre câncer de mama. *Radiol Bras*. 2005; 38(3): 169-73.
21. Trufelli DC, Miranda VC, Santos MBB, Fraile NMP, Pecoroni PG, Gonzaga SFR, Riechelmann R, Kaliks R, Giglio A. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. *Rev Assoc Med Bras*. 2008; 54(1): 72-6.