

**Comportamentos de Adesão das  
mulheres aos Meios de Rastreio e  
Diagnóstico do Cancro da Mama**

Alexandra Sofia Rianço Paulo

Orientador e Coordenador de Seminário de Dissertação:

Professora Doutora Isabel Leal

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Saúde

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professora Doutora Isabel Leal, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia da Saúde conforme o despacho da DGES, nº 6037/2007 publicado em Diário da República 2ª série de 23 de Março, 2007.

## **AGRADECIMENTOS**

Como aluna e autora deste trabalho de investigação gostaria de agradecer a todos aqueles que acreditaram, confiaram, motivaram e ensinaram ao longo deste período de mestrado durante o ano lectivo 2009/2010 correspondente ao segundo ano do Mestrado de Psicologia da Saúde, no ISPA, Instituto Superior de Psicologia Aplicada – Instituto Universitário.

O meu muito obrigado à professora, orientadora e supervisora do Seminário de Dissertação, Prof. Dra. Isabel Leal, a todos os professores e colegas de turma que me ajudaram nas dúvidas, nos obstáculos e nos contratempos deste longo processo.

Agradeço ainda a todos os funcionários do ACES de Odivelas que me proporcionaram uma rápida integração e adaptação no estágio, apoiando a recolha da amostra para a investigação. Também às utentes do ACES de Odivelas onde apliquei e recolhi a amostra de estudo já que sem a sua colaboração, acessibilidade e presença não seria possível realizar este projecto.

E, por fim, mas não menos importante, à minha família que me deu a oportunidade de concretizar o objectivo de fazer um mestrado numa área de investigação diferente da minha formação, culminando com a elaboração desta tese de dissertação.

Muito Obrigado.

## RESUMO

Esta investigação teve como objectivo geral o estudo dos comportamentos de adesão aos meios de rastreio e diagnóstico do cancro da mama por parte das mulheres. Através de uma amostra de 350 mulheres, utentes de um serviço de saúde foi avaliada num único momento mediante a aplicação de vários instrumentos como um Questionário Sócio-Demográfico, um Questionário sobre os Comportamentos de Adesão aos Meios de Rastreio e Diagnóstico do Cancro da Mama, a Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* (EADS-21), a Escala de Crenças de Saúde e a Escala de *Locus* de Controlo de Saúde.

Actualmente, o cancro da mama é uma doença crónica, em expansão em Portugal, com uma população feminina de 5 milhões, surgem 4500 novos casos por ano, ou seja, 11 novos casos e 4 mortes por dia.

O problema surge na baixa adesão aos comportamentos de rastreio e diagnóstico. O nível de conhecimento sobre a prevenção, as crenças de saúde, os *locus* de controlo de saúde, a expectativa de auto-eficácia e os factores inerentes à relação médico/paciente podem explicar o comportamento de adesão.

Os principais resultados obtidos revelam que as escalas são influenciadas pela idade, estado civil, situação profissional, nível de escolaridade, pela existência ou ausência de amamentação e pela presença de história pessoal e/ou familiar do cancro da mama. Verifica-se um aumento destas variáveis quando aumenta a percentagem da recomendação médica para a prática destes exames, da frequência de realização nos últimos cinco anos e da intenção da prática do auto-exame mamário, mamografia e ecografia mamária.

**Palavras-chave:** Cancro da Mama; Comportamentos de Adesão; Meios de Rastreio e Diagnóstico.

## ABSTRACT

This investigation aimed to study the general behavior of accession to the means of screening and diagnosis of breast cancer for women. Through a sample of three hundred and fifty women, users of a health service was evaluated in a single time by the application of various instruments as a Socio-Demographic Questionnaire, a Questionnaire on the Behaviors of Adherence to Screening and Diagnosis of Breast Cancer, Scale of Anxiety, Depression and Stress (EADS-21), the Health Belief Scale and the Scale of Locus of Control of Health.

Currently, breast cancer is a chronic disease, expanding in Portugal, with a female population of five million, there are four thousand and five hundred new cases per year, it means eleven new cases and four deaths per day.

The problem arises in the low adherence to conduct screening and diagnosis. The level of knowledge on prevention, health beliefs, the locus of control for health, the expectation of self-efficacy and factors within the doctor/patient relationship may explain the behavior of membership.

The main results show that the scales are influenced by age, marital status, employment status, educational level, the existence or absence of breastfeeding and the presence of personal history and/or familial breast cancer. There is an increase in these variables increases when the percentage of doctor's recommendation to practice these examinations, the frequency of the last five years and the intention of the practice of breast self-examination, mammography and breast ultrasound.

**Keywords:** Breast Cancer, Adherence Behavior, Screening and Diagnosis.

# ÍNDICE

	Página nº.
Introdução	1
Capítulo I – Enquadramento Teórico	4
1. Génese do Cancro da Mama	5
1.1. Patologias Benignas da Mama	6
1.2. Patologias Malignas da Mama	7
1.2.1. Não Invasivas	7
1.2.2. Invasivas	8
1.3. Factores de Risco associados ao Cancro da Mama	10
1.4. Prevenção do Cancro da Mama	11
1.4.1. Rastreio	11
2. Métodos de Rastreio e Diagnóstico do Cancro da Mama	12
2.1. Auto-Exame Mamário	12
2.2. Mamografia	14
2.3. Ecografia Mamária	15
3. Formas de Tratamento e Recuperação	16
3.1. Radioterapia	17
3.2. Quimioterapia	17
3.3. Terapias Hormonais ou Endócrinas	17
3.4. Cirurgia	18
3.5. Consequências dos Tratamentos	19
3.6. Recorrência	20
4. Impacto Psicológico da Doença	21
4.1. Ansiedade e Depressão	23
5. Modelos em Psicologia da Saúde	24
5.1. Modelo de Adesão aos Comportamentos de Saúde	24
5.1.1. Definição da Adesão	25
5.1.2. Factores Psicossociais associados à Adesão	26
5.1.3. Características Individuais	26
5.1.4. Características da Doença e Factores do Tratamento	26
5.1.5. Factores Interpessoais	27
5.1.6. Outros modelos	28

5.2. Modelo de Crenças de Saúde	29
5.3. <i>Locus</i> de Controlo de Saúde	34
Capítulo II – Método	36
1. Objectivos	37
2. Variáveis	37
3. Desenho de Investigação	38
4. Procedimento	38
5. Participantes	39
6. Material	41
6.1. Questionário Sócio-Demográfico	41
6.2. Questionário de Comportamentos de Adesão aos Meios de Rastreio e Diagnóstico do Cancro da Mama	42
6.3. Escala de Ansiedade, Depressão e <i>Stress</i>	42
6.4. Escala de Crenças de Saúde	45
6.5. Escala de <i>Locus</i> de Controlo de Saúde	48
7. Análise de Dados	49
7.1. Análise Descritiva e Factorial	50
Capítulo III – Resultados	57
Correlações entre Variáveis, Escalas e Subescalas	61
Discussão	79
Considerações Finais	82
Referências Bibliográficas	83
Anexos	95

# ÍNDICE DE QUADROS

	Página nº.
Quadro I	40
Quadro II	41
Quadro III	58
Quadro IV	59
Quadro V	60

# ÍNDICE DE TABELAS

	Página nº.
Tabela 1	44
Tabela 2	44
Tabela 3	47
Tabela 4	49
Tabela 5	51
Tabela 6	51
Tabela 7	52
Tabela 8	53
Tabela 9	54
Tabela 10	54
Tabela 11	55
Tabela 12	56
Tabela 13	56
Tabela 14	67
Tabela 15	69
Tabela 16	72
Tabela 17	74
Tabela 18	75
Tabela 19	76
Tabela 20	76
Tabela 21	77
Tabela 22	77
Tabela 23	78
Tabela 24	78
Tabela 25	78
Tabela 26	78

# INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), as doenças crónicas serão a principal causa de incapacidade a nível mundial até 2020 pela sua longa e persistente duração. Dentro destas salientam-se actualmente as patologias oncológicas. A doença oncológica teve nos últimos anos e de acordo com a mesma entidade um aumento substancial e continuado, constituindo uma das principais causas de morte (Dias *et al.*, 2002).

O cancro da mama é a principal neoplasia que afecta o sexo feminino no mundo e provavelmente a mais temida, representando um grave problema para a população feminina em vários grupos etários, comprometendo a sua saúde física, mental e social. Um relatório recente da OMS prevê-se que a incidência mundial do cancro da mama seja de 1,45 milhões de novos casos em 2010, o que significa num aumento de 82% em relação aos dados de 1990 (Dershaw, 2002). Entre os países mais afectados, os Estados Unidos da América, o Reino Unido, a Suécia e o Uruguai, apresentam taxas de incidência de cancro da mama superiores a 100 casos por 100 mil mulheres/ano (WHO, 2001). Segundo as estimativas mais recentes da *American Cancer Society* (2010) sobre a incidência do cancro da mama nos Estados Unidos em 2010: ocorreram cerca de 207.090 novos casos de cancro da mama invasivo em mulheres, cerca de 54.010 novos casos de carcinoma *in situ* (CIS) e cerca de 39.840 mortes.

Em Portugal, não há dados estatísticos recentes sobre a evolução desta patologia porém, o cancro da mama continua a ser a causa de morte mais comum entre a população feminina. A mortalidade sofreu uma redução de 25,1/100.000, em 1996, para 23,1 por 100.000, em 1999 (Alto Comissariado da Saúde – ACS, 2010).

Actualmente, em Portugal, com uma população feminina de 5 milhões, aparecem 4.500 novos casos de cancro da mama por ano, ou seja, 11 novos casos por dia, morrendo por dia 4 mulheres com esta doença (DGS, 2002; DGS, 2004 citado em Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2010).

Perante estes dados estatísticos, o cancro da mama é hoje de extrema importância a nível mundial, gerando uma ampla discussão em torno das medidas que possam promover o diagnóstico precoce e, conseqüentemente a redução da morbidade e da mortalidade.

O cancro da mama é um tipo de cancro que obedece a todos os critérios que estabelecem a necessidade de apresentar à população uma técnica de rastreio, uma vez

que: existe, de facto, um aumento da sua incidência; comprova-se a existência de uma fase pré-clínica detectada através da mamografia; e a técnica de rastreio tem uma relação custo-benefício positiva (Diplacido *et al.*, 1998).

A questão que se coloca é o comportamento de adesão da mulher ao rastreio em si. O que se verifica, por vezes, são comportamentos de baixa adesão, por parte das mulheres, à mamografia (Sarafino, 1994), o que indica que a mulher não tem um envolvimento activo, voluntário e em colaboração com a prevenção e manutenção da saúde (Turk & Meichenbaum, 1991; Patrão, 2007).

A literatura aponta alguns factores psicossociais que podem exercer a sua influência (Diplacido *et al.*, 1998) sobre a maior ou menor adesão às técnicas de rastreio. O nível de conhecimento sobre a prevenção, as crenças de saúde, os *locus* de controlo para a saúde, a expectativa de auto-eficácia e os factores inerentes à relação médico/paciente podem ter um forte poder explicativo do comportamento de adesão à mamografia (Demarbre, 1994; Murray & McMillan, 1993; Sarafino, 1994; Wallston, 1992; Patrão, 2007).

Em Portugal, num estudo com uma amostra de 70 mulheres com idades compreendidas entre os 40 e os 75 anos verificou-se que o grau de adesão à realização da mamografia era baixo (30%), sendo que os comportamentos de adesão relacionavam-se positivamente, de forma significativa, com o grau de conhecimento das mulheres em relação à eficácia da mamografia na detecção precoce do cancro da mama e com recomendação médica para a sua realização (Marinho & Carvalho Teixeira, 2000).

Também os comportamentos de adesão ao auto-exame da mama foram estudados numa amostra de 200 mulheres com idade igual ou superior a 30 anos, verificando-se que a expectativa de auto-eficácia e a percepção de benefícios estavam positiva e significativamente relacionados com a adesão, enquanto a percepção de obstáculos estava negativamente relacionada. (Reis & Carvalho Teixeira, 2000; Santos & Carvalho Teixeira, 2000).

Decorre, assim, a necessidade de encontrar modelos teóricos que ajudem a organizar e compreender de forma sistemática o comportamento de adesão à mamografia.

O Modelo de Crenças da Saúde apresenta uma abordagem compreensiva e explicativa das crenças e atitudes que influenciam os comportamentos relacionados com a saúde e a doença. De igual modo, o Modelo Transteórico do comportamento é considerado muito útil na compreensão e intervenção nos comportamentos de adesão à

mamografia, uma vez que postula a existência de estádios que esclarecem quanto ao tipo de intenção e de decisão da mulher (Ogden, 1999). De acordo com esta reflexão urge planear uma intervenção ao nível da prevenção primária, de forma a fornecer informação à medida e desmistificar algumas crenças.

Embora actualmente exista uma maior preocupação efectiva, no sentido da detecção precoce do cancro da mama, a adesão aos meios de rastreio e diagnóstico nem sempre é a ideal para a prevenção desta patologia oncológica.

Procurámos assim, neste trabalho, esclarecer no enquadramento teórico os factores de risco que têm sido mais frequentemente associados ao cancro da mama e, que podem ser divididos em factores não modificáveis, como a idade, factores genéticos e reprodutivos e factores modificáveis, como é o caso dos estilos de vida. São analisados alguns aspectos relacionados com o diagnóstico do cancro da mama, seguindo-se os vários regimes de tratamento que são mais comuns no tratamento desta doença, bem como, as consequências de cada um destes.

A literatura médica e psicológica tem demonstrado que o ajustamento psicossocial ao cancro da mama não é linear, verificando-se uma grande variação individual na resposta biológica e psicológica a esta situação de doença.

O estudo empírico que apresentamos de seguida procura investigar a importância e a relevância dos comportamentos de adesão aos meios de rastreio e diagnóstico do cancro da mama por parte das 350 mulheres que constituem a amostra do estudo. Como objectivos específicos pretende-se estudar o grau de adesão das mulheres aos meios de rastreio e diagnóstico do cancro da mama; avaliar o *locus* de controlo de saúde face ao cancro da mama; averiguar as crenças de saúde sobre o cancro da mama em mulheres sem patologia diagnosticada e em sobreviventes (patologia diagnosticada há pelo menos cinco anos); verificar o impacto do rastreio do cancro da mama na ansiedade, na depressão e no *stress* demonstrado por estas mulheres.

Este estudo foi efectuado por recurso a um protocolo de avaliação aplicado a trezentas e cinquenta utentes de um serviço de saúde do distrito de Lisboa (ACES de Odivelas) onde se realizavam consultas de clínica geral e planeamento familiar. Os instrumentos utilizados foram um questionário sócio-demográfico, um questionário sobre os comportamentos de adesão aos meios de rastreio e diagnóstico do cancro da mama, a Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* (EADS-21), Escala de Crenças de Saúde e a Escala de *Locus* de Controlo de Saúde.

# **Capítulo I**

## **ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

O cancro da mama é uma doença extremamente heterogénea; o que leva a crer que a sua etiologia é provavelmente multifactorial. A interacção destes factores pode dar origem a malignidade. Estas diferenças causam uma série de situações clínicas, emocionais, sociais e psicológicas que tornam impossível a generalização de questões relacionadas com o comportamento das mulheres afectadas pelo cancro da mama.

## 1. Génese do Cancro da Mama

Apresenta-se como um tumor indolor e/ou sob a forma de microcalcificações de difícil separação do tecido circundante, não apresenta sinais visíveis do tumor. Podem ocorrer alterações cutâneas se o tumor estiver localizado logo abaixo da pele, e a retracção do mamilo é vista se o tumor estiver localizado na área mamilar. Podem estar presentes alterações cutâneas, retracção mamilar e edema com ou sem eritema ou descoloração vermelha para azul como sinais de infiltração cutânea. Pode ter um crescimento e evolução variáveis.

Tem como principais factores de risco: Regime alimentar, Exercício Físico (controláveis), Consumo de Álcool, História Familiar (5-10%) e Idade (após os 50 anos de idade) (incontroláveis).

### Características mais comuns das mulheres afectadas pelo Cancro da Mama:

- \* Menarca antes dos 12 anos de idade;
- \* Menopausa depois dos 55 anos de idade;
- \* Ausência de gravidez a termo;
- \* Primeira gravidez a termo após os 30 anos de idade;
- \* Ausência de amamentação;
- \* Utilização prolongada de estrogénios (pílula contraceptiva e Terapia Hormonal de Substituição - THS);
- \* História prévia de Cancro da Mama;
- \* Doenças Benignas da Mama diagnosticadas;
- \* Exposição a Radiação Ionizante (Raios-X).

Existe ainda a possibilidade de surgir um “segundo cancro”, ou seja, um carcinoma secundário da mama provocado pelas células cancerígenas que surgem e se desenvolvem num outro órgão ou estrutura anatómica distante do local de origem, constituindo um novo tumor. No caso do cancro da mama, os carcinomas secundários mais frequentes ocorrem no fígado e nos pulmões.

Além dos carcinomas secundários, as células cancerígenas podem alastrar-se para o organismo através dos vasos e sistema linfático e/ou através das veias e artérias pelo sistema sanguíneo. Quando este fenómeno acontece denominamos metastização, são novos tumores dependentes do primeiro, constituídos pelas mesmas células e geralmente de menores dimensões. Na patologia mamária a metastização mais habitual é a metastização óssea, no fígado, nos pulmões e no cérebro.

O rastreio das patologias mamárias deve ser efectuado precocemente, através da realização do Auto-Exame Mamário, Mamografia e Ecografia Mamária. O Auto-Exame deve ser efectuado a partir da adolescência, a Mamografia está indicada para mulheres a partir dos quarenta e quarenta e cinco anos de idade e a Ecografia Mamária é utilizada para mulheres jovens, grávidas que não têm indicação para Mamografia, e como exame complementar à Mamografia. Cada uma destas técnicas irá ser desenvolvida e aprofundada ao longo deste capítulo.

## **1.1. Patologias Benignas da Mama**

Mastites: Inflamação bilateral, podendo variar na sua dimensão e gravidade. Durante a fase aguda tem aspecto avermelhado, doloroso, quente e inchado.

Ectasia ductal: Alargamento ductal do canal galactofórico principal devido à retenção de secreções, durante a fase inicial de lactação. Os ductos distendidos são preenchidos com fluidos ou secreções espessas, não reabsorvidas e detritos celulares.

Fibroadenoma: Tumor benigno mais comum da mama. Ocorre durante a idade fértil com maior incidência entre os quinze e vinte e cinco anos. É indolor, circunscrito, móvel, palpável, elasticamente compressível. Usualmente medem entre 1 a 3 cm.

Papiloma Intraductal: Proliferação benigna sob a forma de derrames papilares hemorrágicos pode ser solitários ou múltiplos. Ocorrem em qualquer idade, sendo raro antes dos vinte e após os sessenta e cinco anos de idade. A Papilomatose causa uma descarga mamilar, encontra-se localizado perifericamente, bilateralmente, perto dos quarenta anos de idade.

Alterações Fibroquísticas: Aumento de tecido fibroso e glandular com distorção da glândula mamária. Agrava-se no período pré-menstrual, provocando dores e inchaço. Mais comum entre os vinte e os quarenta anos de idade, a incidência máxima nos anos perimenopausa.

## 1.2. Patologias Malignas da Mama

Mais de 95% do tumor maligno da mama tem origem nos elementos do epitélio e são classificados como carcinomas (adenocarcinomas). Os carcinomas da mama podem ser divididos em dois grupos: não invasores (*in situ*), onde as células do tumor se mantêm confinadas aos canais galactofóricos ou lóbulos e não revelam evidência microscópica de invasão do estroma circundante e, invasores, caracterizados por células do tumor que invadem o estroma da mama.

Neoplasias da Mama {

- Não invasivas** – Carcinoma ductal *in situ*, Carcinoma papilar intraductal, Carcinoma lobular *in situ*.
- Invasivas** – Carcinoma ductal invasivo, Carcinoma lobular invasivo, Carcinoma medular, Carcinoma inflamatório da mama, Doença de *Paget*, Sarcoma, Linfoma Não-*Hodgkin*.

### 1.2.1. Não Invasivas

Carcinoma Ductal *in situ* (CDIS): É o tumor não invasivo mais comum e a forma mais primitiva de cancro da mama. A mamografia é o melhor meio de diagnóstico numa fase precoce.

Tem como sintomas o aparecimento de nódulo ou o endurecimento na mama ou na axila; a alteração no tamanho, no formato, na coloração ou na sensibilidade; a secreção contínua por um dos ductos; a retracção da pele ou do mamilo; o inchaço ou a retracção da pele. O grau do CDIS ajuda a prever se se pode tornar num carcinoma invasor. O tipo de CDIS pode também ser utilizado para tomar decisões sobre o tratamento. Perto de 100% das mulheres diagnosticadas neste estágio precoce da doença podem ser curadas.

Carcinoma Papilar Intraductal: É pouco frequente. A arquitectura papilar pode diagnosticar-se como um nódulo bem circunscrito, podendo ser de dois tipos sólido (tem maior tendência a invasão) ou cístico (pode desenvolver-se num lóbulo ou ducto dilatado).

Carcinoma Lobular *in situ* (CLIS): São menos frequentes que os carcinomas intraductais, e em grande percentagem (cerca de 40%) bilaterais. Tem origem nas glândulas galactofóricas, produtoras de leite, mas não penetra através das paredes dos lóbulos. Não se transforma num carcinoma invasivo, mas as mulheres com esta neoplasia têm maior risco de desenvolver cancro invasivo na mesma mama ou na mama contralateral. Por este motivo, é importante que as mulheres com CLIS sejam examinadas duas ou três vezes e efectuem mamografias anualmente.

### **1.2.2. Invasivas**

Carcinoma Ductal Invasivo (CDI): O tumor mais frequente dos carcinomas invasivos (cerca de 50% dos casos). Tem origem nos ductos e invade os tecidos circundantes. Pode disseminar-se através dos vasos linfáticos ou dos vasos sanguíneos, metastizando outros órgãos.

Carcinoma Lobular Invasivo (CLI): tem origem nas unidades produtoras de leite, ou seja, nos lóbulos. Pode disseminar-se para outras partes do corpo, ou seja, é um tipo de tumor agressivo, multicêntrico e que metastiza frequentemente. Cerca de

10% a 15% dos carcinomas invasores são deste tipo.

Carcinoma Medular: São tumores com melhor prognóstico de entre os carcinomas invasivos, é bem circunscrito, móvel, de crescimento rápido que determina o aparecimento de metástases axilares tardiamente.

Carcinoma Inflamatório da Mama: É agressivo e raro (1 a 4% dos tipos de carcinomas invasivos). Tem péssimo prognóstico, caracterizados por aumento de volume, calor e aumento da sensibilidade, presença de massa subjacente ou de infiltração difusa, a pele é afectada, passando para uma cor avermelhada (*Peau d'orange*) que é causada pelo edema, os poros tornam-se mais proeminentes devido a uma aparente retração.

Doença de Paget: Tumores mamilares crescem ao longo dos ductos mamários em direcção à superfície. A presença do tumor e a ulceração da epiderme causam intenso infiltrado inflamatório crónico inespecífico na derme. Tem um prognóstico favorável devido à sua apresentação clínica frequentemente precoce, embora possa ser encontrado conjuntamente com uma lesão mais avançada, invasiva e profunda na mama.

Sarcomas: É raro, apresenta-se como um tumor de grandes dimensões que deforma a mama com sinais pseudo-inflamatórios. Os sarcomas da mama surgem normalmente com grandes dimensões.

Linfoma Não-Hodgkin: Tem origem no sistema linfático, caracteriza-se pela multiplicação anormal das células deste sistema e pela sua disseminação pelo organismo.

Outra forma de cancro da mama é o cancro da mama no sexo masculino. É muito raro, menos de um por cento de todos os cancros da mama e menos de um por cento de todas as doenças malignas que afectam o homem (Ricks, 2005). Manifesta-se da mesma forma que na mulher, geralmente através do desenvolvimento de um tumor. Geralmente, é detectado em estádios mais avançados porque os homens não efectuam o auto-exame mamário regularmente e não fazem mamografias, como técnicas de rastreio.

### **1.3. Factores de Risco associados ao Cancro da Mama**

Os factores identificados como sendo de alto risco, são: ser mulher; ter idade superior a cinquenta anos (90% dos casos); ter nascido na América do Norte ou Europa; ter história anterior de cancro da mama (o risco aumenta na mama contralateral); ter história familiar de cancro da mama bilateral (mãe, irmã ou filha) ou síndrome familiar de cancro; e proliferação atípica de doença benigna da mama, especialmente se tiver história familiar.

Outros factores identificados como sendo de risco moderado são: pertencer a uma classe social elevada; menarca depois dos doze anos de idade; ter a primeira gravidez depois dos trinta anos de idade; obesidade pós-menopáusicas; história pessoal de carcinoma no ovário ou útero; e proliferação de doença benigna da mama.

Por último, como factores de risco considerados modificáveis encontra-se o consumo de álcool e/ou substâncias psicotrópicas, ausência de prática de exercício físico regular, alimentação desequilibrada e hábitos tabágicos.

#### Idade – Maior Factor de Risco

De todos os factores de risco que possam estar relacionados com o cancro da mama, o mais significativo é a idade. A incidência do cancro da mama aumenta rapidamente depois dos quarenta anos, os níveis estabilizam entre os quarenta e cinco e cinquenta e cinco anos e, depois continuam a progredir a um nível gradual até aos oitenta e cinco anos. Cerca de 75% de todos os casos de cancro da mama ocorrem em doentes com cinquenta anos de idade ou mais. O aumento da taxa de incidência do cancro da mama após os quarenta anos sugere o envolvimento das hormonas reprodutoras, na etiologia deste tipo de cancro, por altura da menopausa.

As mulheres cuja menopausa ocorre antes dos quarenta e cinco anos têm risco menor de desenvolverem cancro da mama, do que as mulheres em que a menopausa ocorre depois dos cinquenta e cinco anos.

O início precoce da menarca ou uma menopausa tardia não são as duas únicas formas de uma mulher estar exposta ao estrogénio. Esperar para depois dos

30 anos para ter filhos ou nunca os ter, são outras formas. Durante a gravidez o ciclo menstrual cessa e, a actividade do estrogénio no corpo é muito mais concentrada.

## **1.4. Prevenção do Cancro da Mama**

De forma geral, a detecção precoce do cancro da mama pode reduzir a mortalidade, sendo importantes formas de prevenção eficazes e eficientes. Como refere Pais-Ribeiro (2007) a prevenção está associada a todas as acções que são implementadas, de acordo com a fase da doença:

- A prevenção primária está associada ao estado de susceptibilidade à doença e consiste na prevenção da doença através da alteração da susceptibilidade, ou da redução da exposição dos indivíduos susceptíveis;
- A prevenção secundária aplica-se ao início da doença e consiste na detecção e tratamento da doença num estado precoce (rastreamento).
- A prevenção terciária, está associada ao estado da doença ou incapacitada é adiada e visa a diminuição da incapacidade e o restabelecimento de um funcionamento eficaz.

### **1.4.1. Rastreamento**

Segundo o Plano Oncológico Nacional (Diário da República I, Série B), os programas de rastreamento consistem na aplicação de exames sistemáticos a toda a população saudável ou em grupos específicos seleccionados da população saudável, com o objectivo de diminuir a incidência e a mortalidade.

No rastreamento do cancro da mama, o exame de diagnóstico a utilizar é a mamografia, e deve ser desencorajado o rastreamento sistemático em unidades sem sistemas adequados de controlo de qualidade. Em mulheres assintomáticas o rastreamento deverá iniciar-se a partir dos quarenta e cinco anos ou antes desde que haja aconselhamento médico. O rastreamento do cancro da mama processa-se através da realização de uma mamografia, que não deve ser efectuada antes dos vinte e cinco anos, devido à elevada densidade mamária e a um maior risco de absorção de radiações ionizantes. Porém o auto-exame mamário deve ser iniciado aquando da menarca e a ecografia mamária, através de indicação médica, em qualquer grupo etário, sem contra-indicações.

Face a um estímulo, que no caso é a prevenção, que no cancro da mama, quer a

prevenção primária, quer a prevenção secundária passam pelo rastreio, implica por parte das mulheres uma atitude de envolvimento, de aceitação e colaboração com a manutenção da saúde, prevenção ou tratamento da doença. A baixa participação a um exame preventivo pode acarretar consequências graves, no aparecimento e desenvolvimento da doença. No caso do rastreio ao cancro da mama, a Direcção Geral de Saúde considera a mamografia, como uma forma de prevenção secundária da doença, uma vez que possibilita a prevenção e o diagnóstico precoce num estado assintomático ou com sintomas pouco claros.

O rastreio é um método de controlo da doença, devendo-se dar máxima atenção à sua prevenção. Os programas de rastreio devem ser elaborados tendo em conta o controlo da qualidade, a informação veiculada e os benefícios e riscos dos mesmos. É necessário ter em consideração que este tipo de exame envolve elevados níveis de ansiedade e algum desconforto por parte das utentes (Medeiros et al., 2005).

Assim sendo e tal como referido anteriormente o rastreio das patologias mamárias deve ser efectuado precocemente, através da realização do Auto-Exame Mamário, Mamografia e Ecografia Mamária. O Auto-Exame deve ser efectuado a partir da adolescência, a Mamografia está indicada para mulheres a partir dos quarenta e quarenta e cinco anos de idade e a Ecografia Mamária é utilizada para mulheres jovens, grávidas que não têm indicação para Mamografia, e como exame complementar à Mamografia.

## **2. Métodos de Rastreio e Diagnóstico do Cancro da Mama**

### **2.1. Auto-Exame Mamário**

Consiste na palpação de ambas as mamas para detectar precocemente patologias mamárias. Deve ser realizado a partir da adolescência, com regularidade, mensalmente e aproximadamente uma semana depois da menstruação. Se não tem uma menstruação regular, deverá realizar, no mesmo dia de cada mês.

Tem como principal objectivo a procura de possíveis deformações, a alteração no formato normal das mamas, a retracção, as feridas situadas em redor do mamilo e/ou nódulos na região mamária e/ou região axilar.

Para realizar o auto-exame de forma correcta, deverá colocar-se de pé, em frente a um espelho, com os braços caídos ao longo do corpo. É importante estar relaxada e

certificar-se de que pode fazer o auto-exame calmamente, sem interrupções. De seguida são enumerados os passos a efectuar aquando do auto-exame:

**1.** Compare as duas mamas, tendo em atenção a forma e o tamanho. É comum que uma mama seja maior que a outra. Verifique se apresentam nódulos ou saliências; observe se houve alguma mudança na dimensão ou aspecto das mamas (como formação de rugas, pregas, depressões ou descamação da pele). Verifique se os mamilos não estão retraídos ou escondidos, tente detectar a possível presença de nódulos, o aparecimento de algum tipo de secreção ou perda de líquido. Observe as mesmas características mas, agora, com os braços em diferentes posições;

**2.** Levante o braço esquerdo. Examine a mama esquerda pressionando com a ponta dos dedos da mão direita, palpe de forma calma e minuciosa. Comece pela extremidade exterior, realizando movimentos circulares. Verifique, também, a área próxima da axila passando pela clavícula até à zona abaixo da mama;

**3.** Pressione, suavemente, o mamilo da mama esquerda e verifique se existe algum tipo de secreção ou perda de líquido;

**4.** Repita os passos 2 e 3 na mama direita.

Levante o braço direito. Examine a mama direita pressionando com a ponta dos dedos da mão esquerda, palpe de forma calma e minuciosa. Comece pela extremidade exterior, realizando movimentos circulares. Verifique, também, a área próxima da axila passando pela clavícula até à zona abaixo da mama.

Pressione, suavemente, o mamilo da mama direita e verifique se existe algum tipo de secreção ou perda de líquido;

**5.** Repita os passos 2 e 3 nas duas mamas. Deve deitar-se de costas, colocando ombro sobre uma almofada do lado da mama que vai examinar, levantando o braço.

É na puberdade que se iniciam as transformações corporais, logo é importante que o autoconhecimento se inicie nesta fase, a rapariga começa a compreender as transformações corporais e poderão estar mais atentas a eventuais

anormalidades com alguma precocidade e facilidade.

Contudo a eficácia do auto-exame da mama prende-se com o treino, a mulher deverá desde muito cedo efectuá-lo a fim de conhecer o seu corpo, para que perante uma anomalia a saiba reconhecer.

Devemos ainda ter em consideração um conjunto de crenças associadas à palpação da mama, nomeadamente à susceptibilidade percebida pela mulher em encontrar qualquer anomalia na mama. Estas crenças podem dificultar ou mesmo impedir a realização do auto-exame mamário, tais como o medo da reacção e da resposta necessária, o medo da discriminação familiar e/ou social, entre outras.

A realização regular do auto-exame está associada a crenças de saúde, tais como a susceptibilidade percebida em ter cancro da mama, a gravidade do cancro da mama e os benefícios e barreiras combinados com reduzida percepção de auto-eficácia e motivação para a saúde são significativos (Champion, 1999).

## **2.2. Mamografia**

É um exame de diagnóstico por imagem, que tem como principal finalidade estudar o tecido mamário. Este tipo de exame pode detectar a presença de nódulos, de microcalcificações, de quistos, entre outras patologias. Está indicado para mulheres a partir dos quarenta, quarenta e cinco anos de idade. Para isso é utilizado um equipamento chamado mamógrafo que utiliza uma fonte de raios-x, para obtenção de imagens radiográficas do tecido mamário.

Durante o exame cada uma das mamas é comprimida para imobilizar a mama, uniformizar o tecido mamário e reduzir da dose de radiação, permitindo assim uma melhor imagem. A dose de radiação é baixa e a exposição aos raios-x é rápida (20 - 30 segundos, sendo a duração total do exame entre 15 - 20 minutos).

A compressão da mama é uma das principais razões para a não-adesão das mulheres às orientações de rastreio mamográfico. O desconforto é real e muitas mulheres não compreendem a sua importância. Devido à sua margem estreita de exposição, a mamografia necessita de uma compressão vigorosa da mama para evitar a subexposição da base e superexposição dos tecidos anteriores da mama, mais finos. Os tecidos não devem ser danificados, mas quanto mais firme a compressão, melhor a mamografia.

Para efectuar esta técnica imagiológica, o posicionamento da mulher é de pé, de frente para o mamógrafo e ambas as mamas são comprimidas por duas vezes, no sentido vertical e diagonal, é traccionada da parede do tórax para que os tecidos profundos sejam desprojectados e reproduzidos na imagem.

A dose usual da força compressiva a ser aplicada na mama varia entre cem e cento e oitenta newtons. O grau de compressão tolerado pelas mulheres é variável, mas as mulheres com mamas mais sensíveis na fase pré-menstrual devem ser submetidas à Mamografia uma semana após o início da menstruação.

### **2.3. Ecografia Mamária**

É um exame de diagnóstico por imagem totalmente indolor e cómodo, que utiliza os ultra-sons, através de ondas de alta-frequência, permite muito facilmente fazer a diferença entre a natureza líquida ou sólida de uma opacidade nodular. Deverá ser prescrita em mulheres jovens ou quando uma anomalia aparece durante a gravidez e/ou aleitamento.

A paciente está deitada de costas com os braços levantados e apoiados numa almofada sob a cabeça. O médico radiologista realiza o exame com uma sonda que regista as imagens, em simultâneo, no monitor do ecógrafo. Este exame pode ser usado com a mamografia, como complemento imagiológico.

Segundo as imagens obtidas e as patologias observadas pode ser necessário realizar uma microbiópsia. Muitas vezes é necessário retirar tecido ou líquido da mama, para avaliar a natureza anatomo-patológica destas amostras. Por vezes, uma área suspeita, visível na mamografia, não é palpável no exame clínico da mama, logo utiliza-se a biópsia guiada por ultra-sons, com agulha localizada ou estereotáxica, são retiradas células ou tecidos da mama, recorrendo a diferentes métodos:

**Aspiração com agulha fina:** usa uma agulha fina para remover líquido e/ou células de um nódulo na mama, que deverá ser analisado e avaliadas as características de malignidade.

**Biópsia "Core" ou microbiópsia:** usa uma agulha para remover tecido mamário, que deverá ser analisado e avaliadas as características de malignidade.

**Biópsia cirúrgica:** numa biópsia incisional, o cirurgião remove uma amostra de um nódulo ou de uma zona anormal. Se for uma biópsia excisional, o cirurgião remove completamente o nódulo ou a zona anormal.

O seu objectivo é independente da forma que são realizadas e consiste na recolha de amostras de tecido da lesão. Esta amostra é posteriormente analisada para determinar a presença de células malignas. Muitos médicos preferem biópsias de agulha (não cirúrgicas) e tendem a ordenar biópsias cirúrgicas apenas quando a anomalia é mais difícil de alcançar ou quando é necessário uma amostra maior de tecido (Smith *et al.*, 1999). A técnica a escolher para cada paciente depende de diversas variáveis como o tamanho da massa e a localização.

O diagnóstico final é acompanhado por um exame microscópico do tecido da mama recolhido na biópsia que permite identificar o tipo histológico do cancro e permite designar a classe, de indiferenciado a bem diferenciado. O propósito em estabelecer o grau da doença é determinar a sua extensão e o prognóstico da progressão do tumor, de forma a poder instituir a terapia adequada.

### **3. Formas de Tratamento e Recuperação**

Existem vários métodos de tratamento que podem ser utilizadas de forma local e sistémica. A cirurgia e a radioterapia são tratamentos locais usados para remover, destruir ou controlar as células cancerígenas de uma área específica. A quimioterapia, as terapias hormonais e biológicas são tratamentos sistémicos usados para destruir ou controlar as células cancerígenas por todo o corpo. Podem ainda, ser empregues de forma adjuvante que é feito como complemento do tratamento principal, a fim de aumentar as probabilidades de cura, poderão ser a quimioterapia, radioterapia e/ou terapia hormonal.

Os tratamentos são seleccionados e combinados de acordo com as características da patologia mamária: estágio, tamanho e localização do tumor, eventual disseminação pela mama ou gânglios linfáticos, a idade da doente (antes ou depois da menopausa) e dependência das hormonas femininas.

O tratamento do cancro da mama é multidisciplinar. Para cada paciente, deve ser

discutida a probabilidade dos riscos e dos benefícios em cada modalidade de tratamento.

Através da participação e colaboração activa de vários profissionais de saúde desde auxiliares de acção médica, enfermeiros, técnicos de radiologia, fisioterapeutas, médicos anestesistas, patologistas, oncologistas e cirurgiões, uma equipa transdisciplinar.

### **3.1. Radioterapia**

Técnica que utiliza a radiação, geralmente raios-x de alta potência, para tratar e parar o crescimento do cancro. É habitualmente iniciar o tratamento entre duas a quatro semanas após cirurgia (nodulectomia ou mastectomia), para assegurar a cicatrização da ferida cirúrgica.

A dose e duração do tratamento dependem do grau, tipo e estágio do tumor. A área tratada com radiação após a tumorectomia corresponde à área da cirurgia e foca-se no local onde o tumor surgiu. Podem ser aplicadas doses muito altas de radioterapia dependendo do local, da dimensão e do estágio de evolução da doença. A radioterapia também pode ser utilizada em doentes metastizados.

### **3.2. Quimioterapia**

O uso de medicamentos anticancerígenos para destruir ou atingir as células cancerígenas, quer no tumor, quer no resto do corpo, onde tenha metastizado através da corrente sanguínea. São citotóxicos que matam as células de divisão rápida (cabelo e pêlos, sistema digestivo, medula óssea). Geralmente é feita de três em três semanas em ciclos de vinte e um dias, durante períodos de três a seis meses. É administrada antes da cirurgia para diminuir o tumor, depois da cirurgia para reduzir a possibilidade de reincidência ou para controlar a doença caso tenha reincidido ou metastizado.

Os efeitos secundários da quimioterapia são a supressão da medula óssea, a náusea e o vômito, a toxicidade neurológica, o aumento de peso, as falhas no funcionamento dos ovários, a toxicidade a nível cardíaco, a fadiga e a diminuição da qualidade de vida e ainda as disfunções a nível cognitivo. Estes variam de intensidade, de acordo com a substância usada, a dose e o método de administração.

### **3.3. Terapias hormonais ou endócrinas**

Sob a forma de medicamentos 16 são utilizadas para tratar mulheres

cujas células tumorais foram analisadas e dependem, para o seu crescimento, de hormonas femininas (estrogénio e progesterona). É aplicada antes ou depois da cirurgia, mas é mais comum após a remoção do tumor.

Os dois tipos de hormonas influenciam as células do cancro da mama são os polipeptídeos e os esteróides. Ambas têm efeitos estimuladores e inibitórios no crescimento das células. Uma quantidade mínima de cancros da mama apresenta estrógeno e proteínas receptoras de progesterona e, a viabilidade e crescimento das células.

Existem várias possibilidades em termos teóricos para que esta terapia seja utilizada: o tumor pode ser sensível aos agentes usados e a continuação do tratamento com estes agentes pode levar à extinção do tumor; o tumor pode ser sensível durante um curto período de tempo mas, finalmente, as células podem tornar-se resistentes e o tumor cresce. Os doentes com muitas metástases detectadas podem responder à quimioterapia e à terapia hormonal, podendo beneficiar de uma redução dos sintomas relacionados com o tumor. Deste modo, deve ser utilizado como terapêutica adjuvante.

### **3.4. Cirurgia**

É o tratamento mais habitual do cancro da mama e o tipo da cirurgia recomendado depende da localização do tumor e da presença ou ausência de metastização por outro local do corpo.

A **cirurgia de conservação da mama** tem como objectivo é remover as células cancerígenas localizadas e minimizar os efeitos psicológicos para a mulher. Actualmente existe uma maior preocupação em conservar o corpo da paciente e a sua mobilidade. As cirurgias de preservação da mama são:

Nodulectomia/Tumorectomia: o tumor é removido com algum do tecido não contaminado circundante e alguns gânglios linfáticos da axila também são removidos para prevenir a mestatização ganglionar.

Quadrantectomia: remoção do quarto 18 (quadrante) da mama afectado e alguns

gânglios linfáticos da axila (esvaziamento axilar).

A cirurgia como forma de tratamento que não preserva a mama ou parte dela, divide-se em dois tipos:

Mastectomia: toda a mama é removida, desde a clavícula até ao limite das costelas (sulco infra-mamário) e do esterno até à axila, incluindo o mamilo e o excesso de pele, mas não o músculo grande peitoral que fica por trás da mama, podem ser removidos alguns gânglios linfáticos da axila. É aconselhada para tumores de grandes dimensões, com ou sem o envolvimento de nódulos linfáticos; para cancro bilateral; para tumores múltiplos; para tumores singulares pequenos acompanhados de calcificações ou outras patologias invulgares. Os nódulos linfáticos sub-claviculares, abaixo do pescoço, são deixados intactos.

Mastectomia radical: toda a mama é removida juntamente com parte do músculo grande peitoral e alguns ou mesmo todos os gânglios linfáticos da axila. É recomendada menos vezes e usualmente reserva-se para casos em que não é esperado que o cancro se estenda para além da mama.

As indicações para mastectomia dependem da preferência da doente, da difusão da doença, da contra-indicação médica à radioterapia, de uma gravidez, da antecipação de resultados cosméticos fracos e, da qualidade da terapia por radiação (cit. por Fernandes, 2009; *American Cancer Society*, 2005). Na mastectomia, em geral o mamilo e a auréola, devem ser suprimidos. Dependendo do nível da doença, nível I ou nível II, o esvaziamento axilar pode ser executado. Sendo total, no nível III da doença, geralmente não é efectuado no cancro da mama, visto que não previne a recorrência a nível axilar. Certamente aumentaria o risco de edema no braço, após a cirurgia.

### **3.5. Consequências dos tratamentos**

Tanto os tratamentos sistémicos como os tratamentos adjuvantes anteriormente apontados têm efeitos secundários indesejáveis e difíceis de suportar do ponto de vista físico, psicológico e social.

Os efeitos secundários mais referidos pelas doentes, do ponto de vista físico, são a náusea, o vómito e a queda de cabelo. Sendo que a perda do cabelo é o mais temido, podendo conduzir à depressão.

A nível psicológico, são um conjunto de experiências causadoras de ansiedade, sendo que as dificuldades se traduzem essencialmente em sintomatologia depressiva e desordens de ansiedade.

Segundo Miller e col. (2005) a depressão é frequentemente diagnosticada após a quimioterapia e, as suas revisões de alguns estudos permitiram-lhes afirmar que a sua prevalência varia entre 3% a 55% dependendo da população em estudo. Os autores referem, ainda, que os distúrbios de sono também são frequentes, o que sugere um impacto a nível do funcionamento diário.

Algumas limitações do funcionamento físico podem contribuir para a depressão, através da perda da independência e da capacidade para realizar actividades sociais e profissionais usuais, bem como o isolamento social (Pinder *et al.*, 1993).

### **3.6. Recorrência**

A recorrência tem impacto a vários níveis. Efectivamente, é um cancro e deve ser tratado como um cancro inicial. No entanto, o seu impacto emocional pode ser maior do que quando a mulher é diagnosticada pela primeira vez com a doença.

O cancro pode regressar sobre várias formas recorrência local, recorrência regional e recorrência à distância.

Na recorrência local, a recorrência ocorre na mesma mama ou no tecido da cicatriz que restou da mama que foi removida por mastectomia.

A recorrência regional, geralmente refere-se ao regresso do cancro nos gânglios linfáticos, que foi tratado previamente.

A designação de recorrência à distância, é utilizada quando o cancro é detectado num local distante em relação ao tumor inicial como nos ossos ou no fígado, é considerado uma metástase do cancro original.



## 4. Impacto Psicológico da doença

A Psicologia Oncológica tem tentado determinar qual a influencia que os factores psicossociais têm no ajustamento psicológico e social das mulheres com cancro da mama, bem como na evolução da própria doença.

Actualmente, o cancro da mama é considerado uma doença tratável, contudo, o processo do adoecer da mama, incluindo o diagnóstico, os tratamentos, e a passagem para a vigilância clínica pode acarretar diferentes consequências psicológicas. Cada um destes momentos entendido como uma fonte de *stress* que, por isso, contribui para o aumento da morbilidade psicológica na mulher. Experienciam desde ligeiras a graves formas de ansiedade, depressão, hostilidade, tristeza, grau de incerteza, culpa, baixa auto-estima, vergonha, sentimento de perda de controlo sobre o seu futuro, frustração e raiva. Factores tais como o receio da amputação da mama, a alteração da sua imagem corporal, o medo de alteração na sua sexualidade e consequentemente a rejeição pelo parceiro são responsáveis por elevados níveis de angústia e desespero.

O apoio e suporte social da família e amigos são preponderantes para a sua adaptação e recuperação, de acordo com o ritmo de cada doente. Existem ainda estratégias e recursos que podem e devem ser desenvolvidos pelas doentes quando se deparam com acontecimentos de vida stressantes como é o caso do diagnóstico do cancro da mama.

O *coping* tem sido definido como um factor estabilizador, ou seja, que facilita o ajustamento individual ou a adaptação quando se está perante situações ou em momentos stressantes (Holahan & Moos, 1985). Folkman (1997) referindo-se ao *coping* com situações de doença grave encontrou os seguintes processos de coping associados aos estados psicológicos positivos, que são protectores do impacto da doença grave:

**Reavaliação Positiva** – estratégias cognitivas utilizadas para reenquadrar a situação, de modo a vê-la de forma positiva;

**Coping focado no problema dirigido para objectivos** – inclui estratégias de procura de informação, de tomada de decisão, de planeamento e de resolução de conflitos de modo a resolver ou gerir problemas que impeçam o acesso aos objectivos e criam *stress*;

**Crenças e práticas espirituais** – incluem procura de significado e propósito, transcendência, laços e valores;

**Infusão de eventos vulgares com sentido positivo** – refere-se a algo que fez ou a algo que aconteceu, que foi significativo, que o fez feliz e o ajudou a passar bem o dia.

A intervenção psicológica visa fundamentalmente contribuir para o desenvolvimento harmonioso do indivíduo através da promoção de competências, estratégias e objectivos futuros que facilitem o seu funcionamento adequado e optimizem o seu equilíbrio psicológico.

A evidência de que os factores sócio-demográficos (idade, etnia, nível de escolaridade, estado civil) influenciam o ajustamento ao cancro da mama e o seu tratamento é limitada. Contudo, existem vários estudos que demonstram que a idade no momento do diagnóstico influencia a experiência de *stress* psicológico. Considera-se que, para as mulheres mais jovens, a morbilidade física e psicológica associada ao tratamento condiciona a sua capacidade para se adaptar aos papéis sociais que caracterizam este grupo etário.

O estágio da doença e a resposta funcional à doença e ao tratamento é essencial para interpretar o impacto dos tratamentos no ajustamento psicossocial. O estágio da doença raramente tem sido encarado como um preditor importante do ajustamento. Porém, a variável tipo de tratamento, nomeadamente quanto à cirurgia tem surgido como um foco de atenção na investigação realizada, principalmente desde que se começou a optar por cirurgias mais conservadoras. Holland e Rowland (1989) ao compararem as reacções psicológicas de mulheres que tinham realizado mastectomia com as que haviam realizado tumorectomia, constataram que as primeiras sofriam de maior número de depressões e apresentavam mais dificuldades em lidar com a sua sexualidade, sentindo-se menos atraentes.

Estas perspectivas dadas pela literatura enfatizam a necessidade dos serviços prestadores de cuidados de saúde criarem mais intervenções na área da psiconcologia com o intuito de facilitar o ajustamento pessoal, familiar e social das mulheres por esta doença afectadas. Este tipo de serviços deve ser permanente e continuamente disponibilizados para todas as utentes mesmo que ainda não sejam afectadas pela patologia, com objectivo de prevenir a mesma.

## 4.1. Ansiedade e Depressão

Sabe-se que a ansiedade e a depressão podem contribuir para piorar o curso da doença e os resultados dos tratamentos (Lueboonthavatchai, 2007). Segundo este estudo que tinha como objectivo procurar identificar a prevalência da ansiedade e depressão, bem como os factores psicossociais associados ao cancro da mama. Os autores utilizaram uma amostra de trezentas mulheres com cancro da mama, a quem foi administrado as seguintes escalas: *Hospital Anxiety and Depression Scale*, *Social Support Questionnaire*, *Family Relationship and Functioning Questionnaire* e *Problem and Conflict Solving Questionnaire*. Verificou-se que a prevalência das desordens de ansiedade era de 16% e de depressão era de 9%. Quanto aos sintomas de ansiedade a prevalência era de 19% e para a depressão era de 16.7%. Neste estudo, as relações familiares pobres, os problemas de ajustamento, a dor e a fadiga apresentavam-se como fortes preditores da ansiedade e da depressão nas pacientes com cancro da mama. Estes dados salientam a importância de considerar os aspectos emocionais no ajustamento psicossocial ao cancro da mama, como poderemos verificar seguidamente.

Segundo Burgess e col. (1988), a ansiedade e a supressão emocional podem ser factores determinantes no ajustamento psicológico ao cancro da mama. Referem que níveis elevados de ansiedade correspondem a um ajustamento pobre em resposta ao diagnóstico, incluindo a impotência, a desesperança e um baixo *locus* de controlo interno. Na mesma linha de investigação, Watson e col. (1991), procuraram examinar associações entre o controlo emocional (*Courtauld Emotional Control Scale*), o ajustamento ao cancro (*Mental Adjustment to Cancer Scale*) e os níveis de ansiedade e depressão (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) em trezentas e oitenta mulheres diagnosticadas recentemente (entre um e três meses) com cancro da mama. Segundo os autores, a adopção de um espírito de luta aparece associado com a diminuição da ansiedade e depressão, enquanto, a impotência, a preocupação e o fatalismo encontravam-se associados com o aumento da ansiedade e depressão. Os sintomas de podem ser prognosticados por algumas características da personalidade, influenciando o processo de ajustamento psicossocial ao cancro da mama.

A forma como a paciente vai recuperar a estabilidade emocional e aceitar a ideia de viver com uma doença ameaçadora de vida encontra-se dependente da sua vulnerabilidade psicológica.

Nesta situação complexa, o apoio social pode funcionar como um amortecedor dos efeitos negativos da doença e contribuir para melhorar o significado de vida das doentes com cancro da mama.

Assim, a Psicologia parece ter um papel a desempenhar na compreensão desta doença, não apenas em termos de cognições e comportamentos que podem estar relacionados com o aparecimento, adaptação e progressão da doença, mas também ao nível das consequências psicológicas e promoção da qualidade de vida. O papel dos profissionais de saúde na preservação psicológica e física pode ser muito importante numa doença como o cancro da mama; isto porque eles providenciam informação e segurança credível. Apesar de alguns estudos não tão recentes como desejaríamos, é evidente que não são abundantes as investigações sobre as dificuldades de adaptação ao cancro da mama ou à adesão ao rastreio do mesmo e as respectivas alterações emocionais e psicossociais por ele provocadas. Esta constatação sugere novas propostas de investigações num futuro próximo.

## **5. Modelos em Psicologia da Saúde**

De entre os modelos e teorias existentes aplicadas aos contextos de Saúde e nomeadamente, os modelos de Psicologia da Saúde, este estudo foi orientado por três deles. Ambos estão associados aos comportamentos promotores e protectores da saúde no que diz respeito à adesão, ao *locus* de controlo de saúde e às crenças de saúde. Deste modo, serão desenvolvidos o Modelo de Adesão aos Comportamentos de Saúde, *Locus* de Controlo de Saúde e o Modelo de Crenças de Saúde.

### **5.1. Modelo de Adesão aos Comportamentos de Saúde**

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a adesão é a medida em que do comportamento da pessoa (WHO, 2003).

É necessário clarificar que os comportamentos de não adesão podem pertencer a duas categorias distintas: não intencionais e intencionais (Fernandes, 2009; Weintraub, 1990). A não adesão “intencional” ou deliberada ocorre quando a paciente decide não seguir as instruções dos profissionais de saúde, e a não adesão “não intencional” ocorre

quando a paciente se esquece de executar os procedimentos médicos recomendados. Entre destas duas categorias, a Psicologia tem procurado explicações para a não adesão intencional. Assim como tem desenvolvido alguns modelos que procuram explicar como é que as pessoas iniciam e mantêm acções para preservar ou melhorar a sua saúde.

Se considerarmos o problema da não-adesão como um problema de mudança de comportamentos, as teorias da mudança de comportamentos podem também ser consideradas teorias da adesão.

Quando tentamos realizar qualquer acção de promoção de saúde é importante ter em conta a adesão da população que queremos atingir, se consideramos a não-adesão como um problema na mudança de comportamentos.

Um comportamento de adesão requer por parte do indivíduo um envolvimento voluntário, de aceitação e colaboração com a manutenção, prevenção ou tratamento da doença.

### **5.1.1. Definição de Adesão**

Pela sua importância na saúde do indivíduo, especialmente quando esta se encontra ameaçada, a adesão terapêutica tem merecido uma grande atenção por parte de toda a comunidade científica, nomeadamente daqueles que se sentem mais de perto a problemática inerente à não-adesão, como médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, entre outros.

A adesão em saúde pode ser vista sobre duas perspectivas: a adesão comportamental, que reflecte os comportamentos relacionados com a saúde e a adesão médica que se relaciona especificamente com a medicação.

Embora actualmente sejam vários os estudos que se debruçam sobre a adesão, esta continua a ser um problema, estimando-se um nível aproximado de 50% de não-adesão às recomendações dos profissionais de saúde (Sousa, 2003; WHO, 2001; Brannon & Feist, 1997).

Os custos da não-adesão, para além dos problemas relacionados com o prolongamento do sofrimento inerente à doença, implica visitas mais frequentes aos serviços de saúde, tempo de recuperação mais prolongado, faltas ao trabalho e hospitalizações evitáveis. A não-adesão é definida como o não seguimento, por parte do paciente, aos conselhos dados pelos profissionais de saúde (Ley, 1997). Estes conselhos podem incidir sobre hábitos e estilos de vida (ex. perder peso, deixar de fumar), sobre o regime medicamentoso ou até sobre medidas preventivas de saúde.

Este aspecto da extensão da adesão é importante pois, em geral, a maior parte das pessoas não adere plenamente às directivas médicas, isto é, o facto de o indivíduo aderir a um tipo de regime não implica a adesão a outros (Marks *et al.*, 2000).

A adesão ao regime de tratamento resulta então de uma interacção subtil entre o indivíduo e as características e exigências do comportamento desejado (Bennett, 2002). A complexidade do tratamento, as crenças do indivíduo, as estratégias de *coping* adoptadas, o afecto e apoio familiar, são entre outros, factores determinantes no empenhamento da pessoa.

### **5.1.2. Factores Psicossociais associados à Adesão**

Alguns factores preditores ou determinantes na adesão são os factores psicológicos e sociais nomeadamente as características do indivíduo; as características da doença e factores de tratamento; os factores interpessoais e o contexto social e organizacional.

### **5.1.3. Características Individuais**

Meichenbaum e Turk (1987) destacam, para além das características pessoais e características sociais, o papel das crenças de saúde na adopção de comportamentos de adesão (Marks *et al.*, 2000). Talvez as pessoas sejam mais propensas a aderir aos regimes de diagnóstico ou tratamento quando acreditam que têm responsabilidade pela sua saúde e que os seus comportamentos lhe poderão trazer benefícios (Sousa, 2003).

As crenças ou cognições têm sido bastante estudadas e parecem ser possíveis preditores na adesão ao tratamento. (Ogden, 1999). A adesão ao aconselhamento médico pode também ser influenciada por factores cognitivos e emocionais. De facto, para que uma pessoa adira ao tratamento tem que o compreender, recordar e ter condições para o efectuar.

O afecto ou estado emocional também podem influenciar significativamente a adesão (Bennett, 2002).

### **5.1.4. Características da Doença e Factores do Tratamento**

Algumas características da doença estão associadas à adesão, sendo as mais mencionadas a gravidade da doença e a visibilidade dos sintomas. Quando os sintomas são óbvios e indesejados, as pessoas têm maior tendência a aderir a tratamentos que

pareçam eliminá-los. Pelo contrário, quando o prognóstico é inespecífico, a evidência sugere que a taxa de adesão é reduzida.

A gravidade e os custos/benefícios percebidos são dois factores psicossociais importantes. Doentes que se sintam ameaçados pela sua doença e que acreditem nos benefícios do tratamento recomendado, mais facilmente ultrapassarão as barreiras e aderirão às recomendações médicas. Porém, se as pessoas não se sentem ameaçadas pela sua doença e percepcionam barreiras ao tratamento, as suas hipóteses de adesão serão consideravelmente mais baixas (Sarafino, 2002).

Alguns aspectos de tratamento, como a sua duração e complexidade, devem ser considerados. Quanto mais complicado é o tratamento prescrito, menor é a probabilidade do paciente aderir completamente. Sarafino (2002) refere que a adesão varia consideravelmente com o tipo de conselho médico, a duração do regime e o seu objectivo (prevenir uma doença, tratá-la ou curá-la). A presença de efeitos secundários desagradáveis pode condicionar a adesão ao tratamento (Sousa, 2003).

#### **5.1.5. Factores Interpessoais**

A adesão também pode ser influenciada pela visão que o profissional de saúde tem do paciente, assim como as suas próprias crenças e atitudes perante o tratamento a instituir. Podendo ser mais ou menos explícitas, estas crenças podem interferir na decisão do tratamento e na relação estabelecida com o utente. O profissional pode, por exemplo, deixar de investir numa determinada educação para a saúde ou mesmo tratamento se vê que o utente mantém sempre o mesmo comportamento indesejável.

Simultaneamente, quanto mais compreensivo for o técnico de saúde sobre o sistema de crenças do indivíduo, mais aderente este será. Este profissional poderá até desempenhar um papel moderador e/ou mediador na modelação das crenças e comportamentos dos pacientes.

Ley (1997) sugere que os técnicos procurem, dentro dos possíveis, tratamentos simples e curtos, se certifiquem da satisfação do indivíduo com a informação fornecida, se assegurem da correcta compreensão por parte do utente sobre o seu regime terapêutico fornecendo preferencialmente informação escrita, questionem o paciente sobre os problemas e dificuldades sentidas, procurando encontrar soluções, providenciem *feedback* sobre os progressos realizados e envolvam pessoas significativas no tratamento.

### 5.1.6. Outros Modelos...

#### **Modelo da Hipótese Cognitiva da Adesão de Ley** (1988, cit. por Ogden, 1999).

Este modelo defende que a adesão é previsível, combinando a satisfação do doente em relação à consulta e a compreensão da informação dada na consulta e a memorização dessa informação. A satisfação do doente foi referenciada como estando relacionada com vários componentes da consulta, nomeadamente com os aspectos afectivos (apoio emocional e compreensão), os aspectos comportamentais (prescrições e explicações adequadas) e os aspectos ligados à competência do próprio técnico. Um outro factor relaciona-se com a não omissão de informação.

A falta de compreensão do doente acerca do conteúdo da consulta poderá afectar a adesão às indicações médicas. Segundo este autor, alguns aspectos como a ansiedade, o nível intelectual, os conhecimentos médicos, o efeito da primazia (o que é dito em primeiro lugar), a importância da afirmação feita pelo médico, assim como o número de afirmações, influenciam a capacidade de memorização pelo doente. No entanto, a idade parece não ter influência na capacidade de recordar o conteúdo da consulta (Sousa, 2003).

#### **Modelo da Adesão (*adherence*) de Stanton** (1987, cit. por Ogden, 1999).

Este mudou a terminologia de obediência (*compliance*) para o de adesão (*adherence*). Este modelo, semelhante ao de Ley, sugere que a comunicação do técnico de saúde aumenta o conhecimento do indivíduo, a sua satisfação e a adesão ao regime recomendado. Destaca-se dos restantes modelos porque enfatiza aspectos do próprio doente (as crenças sobre a rotura do estilo de vida devido à adesão, *locus* de controlo e suporte social) e a sua interacção com o profissional de saúde. Porém, estes dois modelos têm implícito que os técnicos de saúde são profissionais não influenciados pelas suas próprias crenças e os doentes são os leigos, com perspectivas limitadas acerca da relação entre profissional de saúde e doente.

#### **Modelo desenvolvimental de adesão ao tratamento de Kristteller e Rodin** (1984)

Alertaram para a distinção destes dois termos relativamente ao papel do indivíduo no seu tratamento (cit. por Silva & Ribeiro, 2000). Sugeriram um modelo que contempla três estádios no processo de participação dos indivíduos nos seus cuidados (cit. por Ribeiro, 1998):

I estágio - **Concordância** (*compliance*). Grau em que o indivíduo inicialmente concorda com o tratamento, seguindo as recomendações médicas. A característica deste estágio assenta na confiança relativamente ao diagnóstico e ao tratamento que o profissional de saúde fez e instituiu. É uma fase em que o indivíduo não tem uma participação passiva, pois toma as decisões a seguir os conselhos médicos. Existe frequentemente uma boa supervisão assim como uma elevada eficácia do tratamento;

II estágio - **Adesão** (*adherence*). É uma fase de transição entre os cuidados prestados pelos profissionais de saúde e o auto-cuidado, já com uma vigilância limitada, o doente continua o seu tratamento, mesmo quando confrontado com situações conflituosas, o que implica uma grande participação e controlo da sua parte. Apesar desta autonomia do utente, os profissionais têm um importante papel como orientadores, promovendo a integração do tratamento no estilo de vida do sujeito e ajudando-o a antever alguns problemas que possam acontecer, de modo a traçar estratégias de  *coping* alternativas;

III estágio - **Manutenção** (*maintenance*). Quando já sem vigilância (ou vigilância limitada), o doente incorpora o tratamento o seu estilo de vida. É um estágio que se caracteriza por competências de auto-regulação, em que o indivíduo possui um determinado nível de auto-controlo sobre os novos comportamentos, tentando que estes se transformem em hábitos.

## 5.2. Modelo de Crenças de Saúde (MCS)

Perante uma actividade ou uma situação de avaliação ocorrem-nos diversos pensamentos. Por um lado pretendemos compreender a nova informação e por outro surgem pensamentos avaliativos relacionados com fenómenos cognitivos – as **crenças**.

O conceito “crença” abrange uma proposição ou hipótese sustentada que relacione dois ou mais objectos ou elementos psicológicos. As crenças de saúde relacionam a susceptibilidade à doença, a ameaça percebida, a severidade percebida, os benefícios percebidos, as barreiras percebidas, as pistas para

a acção e a auto-eficácia. A intervenção pressupõe as mudanças das crenças, de forma a alterar os comportamentos existentes para outros mais favoráveis ao sujeito.

A disposição para implementar comportamentos de saúde é determinada pela percepção que o indivíduo tem da probabilidade de ter uma doença particular, e pela percepção da gravidade das consequências de adoecer. Perante determinada ameaça o indivíduo avalia a sua acção em termos dos benefícios potenciais que ela pode trazer na redução da ameaça, pesando as barreiras existentes à aplicação dos comportamentos, e seus custos. É necessário existir um sinal, um estímulo desencadeador, que leve o indivíduo a actuar, que licite o comportamento apropriado.

Segundo Ribeiro (2007), O Modelo de Crenças da Saúde foi desenvolvido com o objectivo de explicar a incapacidade das pessoas para participarem em programas que visam prevenir ou evitar as doenças.

Este modelo foi desenvolvido por Rosenstock (1966) e posteriormente aferido, na década de 70/80, por Becker e colaboradores (cit. por Ogden, 1999). O primeiro autor propunha que a probabilidade de uma pessoa ter um determinado comportamento saudável, estava relacionado com as suas crenças pessoais acerca da ameaça percebida da doença e da aferição do risco/benefício de praticar a acção recomendada. A ameaça deriva de crenças acerca da gravidade percebida dessa mesma ameaça e da susceptibilidade percebida do indivíduo. Este pondera os benefícios percebidos da acção, tendo em conta as barreiras percebidas (por exemplo, o facto de fazer um rastreio poderá levar à detecção de problemas numa fase inicial, sendo contudo difícil disponibilizar tempo para o fazer).

O Modelo de Crenças da Saúde (MCS) é um modelo psicológico que tenta explicar e prever comportamentos de saúde baseados nas atitudes e crenças individuais. Foi desenvolvido por um grupo de psicólogos sociais com o objectivo de explicar o reduzido número de participantes em programas de prevenção e detecção precoce. Para tal analisaram o que encoraja vs desencoraja os sujeitos a participarem nos programas (Pereira, 2008).

Era importante conhecer as crenças acerca do que as pessoas entendiam como doença e as suas percepções acerca dos benefícios em tentar evitar a doença. Concluíram então que existem seis constructos que influenciam a decisão dos sujeitos, no que respeita à prevenção, ao rastreio e controlo da doença (Rosenstock, 1990):

- \* Susceptibilidade percebida - crença de que também são susceptíveis de desenvolver uma doença;
- \* Severidade/Gravidade percebida - crença de que existem sérias consequências;
- \* Benefícios percebidos - baseia-se na crença que se agirem podem reduzir os riscos, a susceptibilidade e as consequências;
- \* Barreiras percebidas - crença nos custos da acção;
- \* Sugestão para acção - quando estão expostos a factores que os fazem agir, por exemplo estarem a ver televisão e ser dito que é importante fazer a mamografia;
- \* Auto-eficácia.

O modelo prevê que a probabilidade de uma acção aumenta se a ameaça percebida da doença for elevada, e se os benefícios do comportamento vão compensar as barreiras (Horne *et al.*, 1998).

O constructo dos benefícios percebidos é definido através de crenças acerca de resultados positivos associados a comportamentos vistos como ameaça.

Mais tarde foram introduzidos dois novos conceitos: o de motivação para a saúde, e o de confiança. A motivação para a saúde está relacionada com as crenças e os comportamentos acerca da saúde. A auto-confiança é definida como uma crença de que um comportamento saudável pode ter um resultado desejável (Champion, 1993).

A compreensão da adesão passa por observar as ideias que os pacientes têm acerca da sua doença e tratamento, e sugere que as variáveis cognitivas expressas no modelo, podem ser em alguns casos, pré-requisitos da adesão.

Algumas críticas surgiram em relação às limitações existentes neste modelo, nomeadamente a simplificação dos conhecimentos relacionados com a saúde em constructos abrangentes como as barreiras e os benefícios, sem especificar as crenças que estão subjacentes a estes conceitos. Outras referem a não inclusão de uma fase de intenção, entre as crenças e o comportamento e a não especificação da relação entre os factores sociais, como o desejo de ter a aprovação dos outros, e o comportamento de saúde. Por último, este modelo supõe que os comportamentos de saúde derivam de uma análise racional baseada nos custos /benefícios percebidos pela pessoa.

## **Modelo de Crenças de Saúde e o Cancro da Mama**

O modelo de crenças de saúde é um modelo psicossocial que permite explicar comportamentos de saúde, e é extremamente útil na identificação de factores associados ao cancro da mama e ao rastreio do mesmo (Champion *et al.*, 1997; Champion, 1993; Rosenstock, 1966).

Este modelo pode ser aplicado como preditor de comportamentos preventivos. Especificamente, em rastreios do cancro da mama, o modelo de crenças de saúde prediz rastreios regulares se a mulher perceber a sua susceptibilidade a este tipo de cancro encarando-o como grave, para além de percepcionar bons benefícios num rastreio regular e baixos custos. De igual modo, um folheto informativo ou sintoma que ela associe ao cancro da mama, poderá levá-la a aderir ao rastreio (Ogden, 1999). Isto porque existe uma relação significativa entre os conhecimentos sobre a doença e a prática de comportamentos preventivos, embora alguns estudos apontem para outros factores considerados mais importantes na previsão de comportamentos de saúde.

Muitos investigadores sugerem que o Modelo de Crenças de Saúde representa um importante factor de participação em programas de detecção precoce do cancro da mama (Taylor, 1999).

Alguns estudos demonstram que este modelo prediz se uma mulher, por exemplo, tem intenção em realizar uma mamografia, ou seja, uma mulher realiza mais rapidamente um rastreio se tiver percepção de susceptibilidade para desenvolver o cancro da mama, então percebe que é benéfico realizar a mamografia. Outros estudos revelaram que a percepção de barreiras e benefícios se correlacionam positivamente com a mudança de comportamento (Champion, 1999).

O MCS é utilizado para explorar uma vasta variedade de comportamentos de saúde nas mais diversas populações. O MCS prediz rastreios regulares se a pessoa perceber que é susceptível a desenvolver um cancro.

Alguns autores analisaram a frequência na realização de rastreios de saúde e concluíram que as barreiras sentidas pelos sujeitos eram os melhores preditores de o indivíduo procurar ou não ajuda médica (Norman & Fitter, 1989 citado por Ogden, 1999).

Outros estudaram o comportamento de auto-exame da mama e concluíram que as barreiras e a susceptibilidade percepcionada eram os factores que melhor prediziam o comportamento saudável (Lashley, 1987; Wyper, 1990 citado por Ogden, 1999).

Em relação ao cancro da mama, apesar de existirem muitos estudos científicos que abordam os factores etiológicos, não foram encontrados muitos trabalhos quanto às crenças das mulheres quanto à situação de cancro da mama. O que se verifica é que apesar de haver uma possibilidade de diagnóstico precoce, muitas mulheres procuram os serviços de saúde tardiamente, elevando os riscos e conseqüentemente os índices de mortalidade.

Acreditamos então que a responsabilidade que a mulher assume quanto à vigilância da sua saúde, e a importância que atribui aos comportamentos saudáveis, a maneira como vivencia uma situação de doença, as suas expectativas quanto à resolução da mesma, as suas experiências anteriores e o conhecimento que possui, podem influenciar as suas condutas em relação à saúde. Daí ser importante, e de todo necessário conhecer as crenças quanto aos factores etiológicos e quanto ao modo como vivenciam um processo de rastreio.

Alguns estudos concluíram que o facto de as mulheres não apresentarem, ou vivenciarem situações, vistas como factores de risco para o cancro da mama, assim como o não possuir histórias familiares de cancro, faz com que julguem que a doença não se irá manifestar, não havendo por isso necessidade de fazer uma detecção precoce (Fugita *et al.*, 2006).

Algumas crenças de saúde, tais com os riscos percebidos de cancro da mama e benefícios percebidos e barreiras à mamografia e a auto-eficácia da mesma, podem ser bons preditores da realização da mamografia (Champion *et al.*, 2003).

O rastreio do cancro da mama, através da mamografia, reduz os índices de mortalidade em cerca de 25% a 35% nas mulheres com 50 ou mais anos. A literatura sugere que é importante intervir com base nos pressupostos do MCS, nas variáveis susceptibilidade percebida, benefícios e barreiras, com o intuito de demonstrar a significativa importância do rastreio do cancro da mama (Champion, 1999).

No caso da mamografia a mulher deve entender que o cancro da mama é uma doença séria, e que a mamografia revelará se ela tem ou não risco de o desenvolver. A mamografia é vista como um benefício, relativamente à detecção precoce do cancro da mama, é também vista como uma barreira, nomeadamente, no medo de ter um cancro, no medo das radiações, entre outros aspectos.

### 5.3. *Locus de Controlo de Saúde*

É o grau em que os indivíduos acreditam que a sua saúde pode ser controlada por factores internos ou externos (Wallston & Wallston, 1976). Este constructo deriva da teoria de aprendizagem social desenvolvida por Rotter em 1966. Segundo esta teoria, os indivíduos aprendem através da sua história de reforços. Através do processo de aprendizagem, os indivíduos desenvolvem a crença de que alguns resultados são consequência das suas acções (interno) ou consequência de outras forças independentes do próprio (externo), por exemplo médicos, sorte ou destino. Os indivíduos com um *locus* de controlo interno parecem envolver-se mais em comportamentos positivos de saúde.

Refere-se ao grau em que o indivíduo percepção que tem controlo sobre a sua saúde, e teve origem na teoria da aprendizagem social de Rotter (1966). Com base nesta teoria, Wallston e colaboradores (1976), citados por Bennett (2002), referiram três dimensões do controlo que influenciam o comportamento das pessoas. Se estas têm a crença que a sua saúde é determinada em grande parte pelo seu controlo, então têm altas pontuações na dimensão interna. Inversamente, quando as pessoas atribuem a sua saúde ao acaso, independentemente do seu comportamento, a dimensão externa ou acaso apresenta pontuações mais altas. Aquelas que acreditam que a sua saúde está dependente de profissionais de saúde ou outras pessoas, valorizam mais a dimensão das figuras de autoridade. A ideia chave neste modelo é que as pessoas que atribuem mais valor à sua saúde e que acreditam que têm maior controlo sobre ela (*locus de controlo interno*) terão mais possibilidades de aderir a comportamentos de saúde do que as que percebem um baixo controlo. Por sua vez, aquelas que atribuem maior importância a figuras de autoridade, como o médico, podem mais facilmente aderir a comportamentos de promoção de saúde (*locus de controlo externo*). No entanto, essa crença sobre a capacidade dos serviços médicos poderem curar a sua patologia, pode levar a um distanciamento dos comportamentos saudáveis (Bennett, 2002).

Rotter (1990) faz questão de clarificar que não podemos polarizar, as diferenças entre os conceitos de internalidade/externalidade, trata-se de um grau de tendência. O controlo interno *versus* o controlo externo refere-se ao grau em que as pessoas esperam que um reforço ou um resultado do seu comportamento, em oposição com o grau em que as pessoas esperam que o reforço ou o resultado seja uma função do acaso, da sorte ou do destino, ou esteja sob controlo de outros ou seja simplesmente imprevisível.

O conceito de *Locus* de Controlo foi aplicado à saúde por Wallston (1992) desenvolvendo instrumentos para avaliar em que medida os sujeitos concebiam o seu estado de saúde ou a sua doença como controlados por eles próprios, pelo acaso ou por outros significativos. Da literatura existente pode constatar-se que os sujeitos com um *locus* de controlo interno apresentam uma maior probabilidade de se envolver em comportamentos promotores de saúde, apesar de em situações de doença aguda ou crónica poder ser mais vantajoso acreditar nos outros poderosos (Horne & Weinman, 1996). As investigações que procuraram conhecer o papel das crenças de *locus* de controlo no comportamento de adesão terapêutica são díspares e inconclusivos. Alguns não encontram qualquer relação entre crenças de controlo e adesão, e os que encontram alguma relação não são consistentes (Wallston, 1992).

Este modelo introduz algumas modificações na concepção de *Locus* de Controlo de Rotter ao focar unicamente na Saúde e não o comportamento global dos indivíduos, bem como explicar o que medeia essas crenças, o comportamento. Para os autores, este modelo permitiria assim uma melhor predição do comportamento relativo à saúde.

# **Capítulo II**

## **MÉTODO**

O enquadramento teórico desenvolvido anteriormente, pretende fundamentar o estudo e sistematizar os objectivos e as hipóteses da investigação. No capítulo seguinte são apresentados os objectivos e as variáveis em estudo. O processo de recolha e selecção dos instrumentos a aplicar, os procedimentos de adaptação e validação das escalas para a população portuguesa, a constituição e recolha da amostra em estudo e a análise estatística para obtenção e interpretação dos resultados.

## 1. Objectivos

Esta investigação tem como objectivo geral investigar os comportamentos de adesão aos meios de rastreio e diagnóstico do cancro da mama por parte das mulheres. Além deste objectivo principal existem ainda os objectivos específicos como estudar o grau de adesão das mulheres aos meios de rastreio e diagnóstico do cancro da mama; avaliar o *locus* de controlo de saúde face ao cancro da mama; averiguar as crenças de saúde sobre o cancro da mama em mulheres sem patologia diagnosticada e em sobreviventes (patologia diagnosticada há pelo menos cinco anos); verificar o impacto do rastreio do cancro da mama na ansiedade, na depressão e no *stress* demonstrado por estas mulheres.

## 2. Variáveis

As variáveis psicológicas e comportamentais avaliadas neste estudo foram seleccionadas de acordo com a fundamentação teórica e a pertinência existente entre elas. As variáveis sócio-demográficas pretendem conhecer e caracterizar as participantes através de dados como a idade, o estado civil, o nível de escolaridade, a situação profissional, a existência de filhos, se amamentou, a história pessoal e familiar de cancro da mama, a presença de alguma patologia diagnosticada e, por fim, a utilização de algum tipo de psicofármaco.

As variáveis psicológicas ou psicossociais incluem a Ansiedade, o *Stress* e a Depressão, através da aplicação da Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* (EADS-21).

As variáveis comportamentais englobam os comportamentos de adesão aos meios de rastreio e diagnóstico do cancro da mama, as crenças de saúde associadas a esta patologia oncológica e o *locus* de controlo de saúde de cada participante.

As variáveis utilizadas dividir-se-ão em dependentes e independentes. As variáveis dependentes serão as diversas características demonstradas pelas escalas que constituem o questionário: Ansiedade, Depressão e *Stress*, Crenças de Saúde (Susceptibilidade percebida, Gravidade percebida, Benefícios percebidos, Barreiras percebidas e Motivação para a Saúde) e *Locus* de Controlo de Saúde (Interno e Externo). As variáveis independentes são a Idade, o Estado Civil, o Nível de Escolaridade e a Situação Profissional, a existência ou ausência de filhos, se amamentou e a história pessoal e familiar de cancro da mama, a presença de alguma patologia diagnosticada e, por fim, a utilização de algum tipo de psicofármaco, além dos Comportamentos de Adesão aos Meios de Rastreio e Diagnóstico do Cancro da Mama.

### **3. Desenho de Investigação**

Esta investigação trata-se de um estudo transversal, num único momento de avaliação, exploratório, dedutivo e não-experimental. Através de uma investigação aplicada com técnicas quantitativas.

### **4. Procedimento**

Na realização desta investigação cumpriu-se procedimentos que obedecem a princípios éticos. Utilizou-se como referência o código da ética para a investigação científica da *American Psychology Association* (APA).

O local de recolha de amostra foi contactado directamente, pela aluna estagiária, através de uma carta de pedido de autorização e com o consentimento da respectiva orientadora do estágio e obteve-se autorização para iniciar a investigação. Na abordagem às utentes foi sempre informado a autoria, o propósito da investigação, a confidencialidade e anonimato das informações fornecidas e solicitado o consentimento informado no início do preenchimento do questionário.

## 5. Participantes

A amostra foi constituída por uma amostragem não-probabilística ou não-aleatória, do tipo acidental, casual ou conveniente (Marôco, 2010). A amostra é não-probabilística de conveniência com aplicação de questionários de auto-preenchimento individuais, anónimos e confidenciais. Constituídos por questionários de respostas semi-abertas, dicotómicas e fechadas, para além de três escalas do tipo Likert.

Os critérios de inclusão na amostra de estudo são a decisão voluntária de integrar a amostra da investigação, demonstrar o domínio de leitura e escrita da língua portuguesa, ser utente do serviço de saúde em causa, do sexo feminino com idade igual ou superior à idade da menarca (aproximadamente doze anos de idade) e que, conseqüentemente, estão indicadas para os meios de rastreio e diagnóstico do cancro da mama: auto-exame mamário, mamografia e ecografia mamária.

A recolha da amostra decorreu entre os meses de Fevereiro e Junho de 2010 numa sala de espera de consultas de clínica geral e planeamento familiar de uma instituição prestadora de cuidados de saúde.

Foi recolhida através da aplicação do protocolo, às utentes que se encontravam numa sala de espera num serviço de saúde do distrito de Lisboa (ACES de Odivelas) onde se realizavam consultas de clínica geral e planeamento familiar.

A amostra é constituída a 350 participantes, mulheres com idade igual ou superior à idade da menarca, para as quais está recomendada a realização dos meios de rastreio e diagnóstico do cancro da mama tais como o auto-exame mamário, a mamografia e a ecografia mamária.

### **Caracterização da amostra**

As mulheres têm maioritariamente entre os 24 e os 33 anos (21.7%), sendo a idade mínima e máxima 13 e 93 anos, respectivamente. São casadas (59.1%), solteiras (23.4%), divorciadas/separadas (10.3%) e viúvas (6.3%). Têm o ensino secundário como nível de escolaridade (39.7%), ensino primário (20.9%), ensino básico e ensino superior (18.6%), simultaneamente. Quanto à situação profissional são predominantemente activas (55.7%), desempregadas e reformadas (18%) e activas/baixa (6%).

A grande maioria das mulheres tem filhos (73.1%) e amamentou (61.7%). Não apresenta história pessoal e/ou familiar de cancro da mama (74%). Quanto à existência de doenças diagnosticadas às mulheres questionadas, as patologias cardiovasculares são maioritárias (35.53%), seguidas das patologias metabólicas como diabetes (13.16%), as patologias minoritárias são as cutâneas (1.32%), sendo que 5.26% das mulheres referem sofrer de psicopatologias apesar de 67.1% afirmar não tomar nenhum tipo de psicofármaco. As informações da frequência e percentagem destas variáveis estão agrupadas no Quadro I e II.

**Quadro I** – Frequência e Percentagem das Variáveis Sócio-demográficas (n=350)

<b>Variáveis</b>	<b>Categorias</b>	<b>Frequências</b>	<b>%</b>
Grupos Etários	13-23	31	8.9
	<b>24-33</b>	<b>76</b>	<b>21.7</b>
	34-43	69	19.7
	44-53	63	18
	54-63	47	13.4
	64-73	37	10.6
	74-83	8	2.3
	84-93	2	0.6
Estado Civil	Solteira	82	23.4
	<b>Casada/União de Facto</b>	<b>207</b>	<b>59.1</b>
	Divorciada/Separada	36	10.3
	Viúva	22	6.3
Nível de Escolaridade	Ensino Primário	73	20.9
	Ensino Básico	65	18.6
	<b>Ensino Secundário</b>	<b>139</b>	<b>39.7</b>
	Ensino Superior	65	18.6
	Outra	3	0.9
Situação Profissional	<b>Activa</b>	<b>195</b>	<b>55.7</b>
	Activa/Baixa	21	6
	Desempregada	63	18
	Reformada	63	18
	Outra	2	0.6
Filhos	<b>Sim</b>	<b>256</b>	<b>73.1</b>
	Não	87	24.9
Amamentação	<b>Sim</b>	<b>216</b>	<b>61.7</b>
	Não	118	33.7
História de Cancro da Mama (pessoal e/ou familiar)	Sim	78	22.3
	<b>Não</b>	<b>259</b>	<b>74</b>
Psicofármacos	Sim	70	20
	<b>Não</b>	<b>235</b>	<b>67.1</b>

**Quadro II** – Frequência e Percentagem das Patologias Diagnosticadas agrupadas por categorias de doenças (n=152; sem resposta=198)

<b>Variáveis</b>	<b>Frequências</b>	<b>%</b>
Doença diagnosticada		
<b>Patologias Cardiovasculares</b>	<b>54</b>	<b>35.53</b>
Patologias Metabólicas (diabetes)	20	13.16
Patologias Osteoarticulares	16	10.53
Patologias Respiratórias	14	9.21
Patologias Endócrinas	11	7.24
Patologias Gastrointestinais	9	5.92
Patologias Oncológicas	8	5.26
Psicopatologias	8	5.26
Patologias Sanguíneas	6	3.95
Patologias Cerebrovasculares	4	2.63
Patologias Cutâneas	2	1.32

## 6. Material

Os instrumentos utilizados para a avaliação das variáveis em estudo são um questionário sócio-demográfico, um questionário sobre os comportamentos de adesão aos meios de rastreio e diagnóstico do cancro da mama, a Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* (EADS-21), a Escala de Crenças de Saúde e a Escala de *Locus* de Controlo de Saúde.

Nem todas as escalas estavam traduzidas e aferidas para a língua portuguesa e para os portugueses, o que conduziu à realização da técnica da tradução-retroversão, com a prévia autorização dos respectivos autores.

### 6.1. Questionário Sócio-Demográfico

Este questionário foi construído pela autora deste trabalho de investigação para o efeito e tem como principal objectivo caracterizar os elementos constituintes da população através de dados sócio-demográficos.

Entre as questões encontram-se a idade, o estado civil, o nível de escolaridade e a situação profissional de cada uma das participantes no estudo. A existência ou ausência de filhos, se amamentou e a história pessoal e familiar de cancro da mama, a presença de alguma patologia diagnosticada e, por fim, a utilização de algum tipo de psicofármaco.

Na sua totalidade são nove perguntas e são classificadas através de respostas dicotómicas (Sim ou Não) ou com várias opções segundo a situação vivenciada.

Cada uma destas variáveis foi categorizada segundo distintas dimensões. A variável Idade foi organizada em oito grupos etários: 13-23 anos; 24-33 anos; 34-43 anos; 44-53 anos; 54-63 anos; 64-73 anos; 74-83 anos e 84-93 anos. Para o Estado Civil considerou-se as categorias: Solteira; Casada/União de Facto; Divorciada/Separada; Viúva. Quanto ao Nível de Escolaridade adoptou-se as seguintes categorias: Ensino Primários; Ensino Básico; Ensino Secundário; Ensino Superior e outro nível que não referidos. Para a Situação Profissional considerou-se as categorias: Activa; Activa/Baixa Médica; Desempregada; Reformada; outra opção não contemplada. Somente a questão sobre a existência de alguma patologia diagnosticada foi avaliada através de uma questão aberta.

## **6.2. Questionário de Comportamentos de Adesão aos Meios de Rastreio e Diagnóstico do Cancro da Mama**

Este questionário foi elaborado por nós e tem como principal objectivo aferir os comportamentos de adesão mencionados pelas participantes em relação aos meios de rastreio e diagnóstico do cancro da mama.

Constituída por treze itens, é classificada por respostas dicotómicas (Sim ou Não) ou com várias opções de acordo com a ocasião presenciadas.

As utentes referem a assiduidade e causalidade da presença em consultas de Clínica Geral, a frequência e os motivos porque efectuam o Auto-Exame da Mama, a Mamografia e a Ecografia Mamária, nos últimos cinco anos, quem recomendou a sua realização, e por fim, a perspectiva e intenção de futuras realizações dos exames referidos.

## **6.3. Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* (EADS-21)**

Esta escala *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS) de Lovibond e Lovibond, em 1995, na Austrália, foi criada mediante o modelo tripartido de Clark e Watson (1991).

Segundo este modelo os sintomas de ansiedade e depressão agrupam-se em três estruturas básicas. O *distress* ou afecto negativo inclui humor deprimido e ansioso, insónia, desconforto ou insatisfação, irritabilidade e dificuldade de concentração, característicos dos indivíduos deprimidos e/ou ansiosos. A tensão somática e a hiperactividade são estruturas específicas da ansiedade, enquanto a anedonia e a ausência de afecto positivo são específicas da depressão. (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

No ano 2004, Pais-Ribeiro, Honrado e Leal adaptaram esta escala para a língua portuguesa de modo a manterem-se equivalentes linguísticas, conceptual e metricamente às escalas originais. Participaram duzentos estudantes de psicologia, dirigida a indivíduos com mais de dezassete anos de idade, aos quais foi aplicado um questionário composto por quarenta e dois itens, em que cada um é um frase que remete para sintomas emocionais negativos. Cada um deles com quatro opções de resposta classificadas numa escala de Likert de 4 pontos em que 0 indica que não se aplicou nada a mim e 3 que se aplicou a mim na maior parte das vezes. Esta igualmente dividida em três subescalas de acordo com os constructos abordados:

Depressão – Disforia, Desânimo, Desvalorização da Vida, Auto-Depreciação, Falta de Interesse ou de Envolvimento, Anedonia e Inércia;

Ansiedade – Excitação do Sistema Autónomo, Efeitos Músculo-Esqueléticos, Ansiedade Situacional e Experiências Subjectivas de Ansiedade;

Stress – Dificuldade em Relaxar, Excitação Nervosa, Facilmente Agitado/Chateado, Irritável/Reacção Exagerada e Impaciência.

Posteriormente, os mesmos investigadores portugueses propuseram uma outra versão desta escala, com vinte e um itens (EADS-21) que tal como a versão original pretende atingir os mesmos objectivos. Porém este instrumento de uma forma reduzida permite a utilização na área da psicologia da saúde, já que geralmente é complementada por outros instrumentos o que torna exaustivo e demorado o seu preenchimento individual. Do mesmo modo que a EADS-42, cada um dos itens tem quatro opções de resposta classificadas numa escala de Likert de 4 pontos em que 0 indica que não se aplicou nada a mim e 3 que se aplicou a mim na maior parte das vezes.

Os resultados de cada escala são determinados pela soma dos resultados dos sete itens de cada subescala em que o mínimo é 0 e o máximo é 21. As notas mais elevadas em cada escala correspondem a estados afectivos mais negativos, no final, as notas são multiplicadas por dois para obter o total da escala EADS-21. A forma de cotação e classificação desta escala está indicada na Tabela 1. Os itens que constituem esta escala estão descritos na Tabela 2.

**Tabela 1** – Cotação da Escala Ansiedade, Depressão e *Stress* (EADS-21)  
(Pais-Ribeiro, Honrado e Leal, 2004).

	Depressão	Ansiedade	<i>Stress</i>
Normal	0 a 9	0 a 7	0 a 14
Médio	10 a 13	8 a 9	15 a 18
Moderado	14 a 20	10 a 14	19 a 25
Severo	21 a 27	15 a 19	26 a 33
Muito Severo	+ de 28	+ de 20	+ de 34

**Tabela 2** – Itens que constituem a Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress*.

<b>Subescalas e Itens</b>
<p><b>Ansiedade</b>  EADS2. Senti a minha boca seca.  EADS4. Senti dificuldades em respirar.  EADS7. Senti tremores (por ex., nas mãos).  EADS9. Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula.  EADS15. Senti-me quase a entrar em pânico.  EADS19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico.  EADS20. Senti-me assustada sem ter tido uma boa razão para isso.</p> <p><b>Depressão</b>  EADS3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo.  EADS5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas.  EADS10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro.  EADS13. Senti-me desanimada e melancólica.  EADS16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada.  EADS17. Senti que não tinha muito valor como pessoa.  EADS21. Senti que a vida não tinha sentido.</p> <p><b><i>Stress</i></b>  EADS1. Tive dificuldades em acalmar-me.  EADS6. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações.  EADS8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa.  EADS11. Dei por mim a ficar agitada.  EADS12. Senti dificuldade em relaxar-me.  EADS14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer.  EADS18. Senti que por vezes estava sensível.</p>

## 6.4. Escala de Crenças de Saúde

Este instrumento de medida foi desenvolvido por Victoria Lee Champion, nos Estados Unidos da América a partir do ano 1984 e complementada e adaptada ao longo dessa década. Baseado no modelo de crenças de saúde formulado por Hochbaum, Leventhal, Kegeles and Rosenstock durante os anos cinquenta.

A autora dividiu o instrumento em cinco constructos e subescalas distintas perfazendo um total de trinta e nove itens:

Susceptibilidade Percebida (6 itens) – refere-se aos riscos subjectivos de ter contacto com uma condição específica dentro de um limitado período de tempo;

Gravidade Percebida (12 itens) – preocupação com o grau de percepção de ameaça pessoal relacionada com uma condição específica. A ameaça é definida como a percepção das consequências nefastas da condição em relação a alterar os comportamentos quanto à sua saúde física, o estatuto social e capacidade de executar as tarefas desejadas.

Benefícios Percebidos (5 itens) – centra-se na crença sobre a eficácia de um comportamento específico na prevenção de doenças, manutenção da saúde e curar ou atenuar as consequências indesejáveis de um estado doente.

Barreiras Percebidas (8 itens) – são as componentes negativas de um comportamento esperado, que se realizaria para prevenir ou detectar a doença, manter a saúde e curar ou atenuar as consequências indesejáveis da doença.

Os aspectos podem envolver problemas como as consequências monetárias, dor, mudança de hábitos, inconveniência, vergonha, efeitos colaterais ou necessidade de novos padrões de comportamento.

Motivação para a Saúde (8 itens) – refere-se a um estado de preocupação sobre as questões gerais da saúde, o que resulta em comportamentos promotores da saúde e vontade de cumprir as recomendações para diminuir ou evitar a doença.

(Champion, 1984)

É classificada numa escala de Likert de cinco pontos em que 0 indica que discorda totalmente e 4 que concorda totalmente, tendo ainda um ponto intermédio em que 2 é lhe indiferente. Desenvolvida para prever os comportamentos utilizando o Modelo de Crenças de Saúde.

***Revised Susceptibility, Benefits and Barriers Scale for Mammography*** (Champion, 1999)

Este instrumento tem como objectivo descrever as crenças de saúde relacionadas com o rastreio do cancro da mama. Após o conhecimento e a autorização da autora, foi efectuada a tradução e a adaptação da escala à população portuguesa. A escala foi traduzida para a língua portuguesa, onde foram mantidas algumas características da versão original e adicionado algumas alterações para a amostra em estudo. De seguida fizemos a retroversão para a língua original por um tradutor especializado, foram comparadas, discutidas e corrigidas eventuais diferenças entre as mesmas.

A versão final foi aplicada e efectuado o estudo piloto. O estudo piloto foi efectuado a 10 mulheres sem diagnóstico de cancro da mama. Após o auto-preenchimento do questionário foram discutidos aspectos como a compreensão das questões, facilidade e rapidez de resposta, bem como a pertinência das questões colocadas. Todas as mulheres conseguiram responder às escalas sem apresentar dificuldades. O tempo médio de resposta situa-se entre os 7 e os 10 minutos. Visto que o questionário não apresenta dificuldades de compreensão e preenchimento. A escala original é constituída por 15 questões de auto-preenchimento, numa escala tipo Likert. Os itens desta escala estão descritos na Tabela 3.

**Tabela 3** – Itens que constituem a Escala de Crenças de Saúde.

<b>Subescalas e Itens</b>
<b>Susceptibilidade Percebida (SP)</b> CS1. É bastante provável que eu possa vir a ter Cancro da Mama. CS2. A minha saúde física torna mais provável que venha a ter Cancro de Mama. CS3. A probabilidade de eu vir a ter Cancro da Mama nos próximos anos é elevada. CS4. Existe uma forte possibilidade de ter Cancro de Mama. CS5. Eu preocupo-me muito com o Cancro da Mama. CS6. No próximo ano vou ter Cancro de Mama.
<b>Gravidade Percebida (GP)</b> CS7. Pensar no Cancro da Mama assusta-me. CS8. Quando eu penso sobre o Cancro de Mama, sinto náuseas. CS9. Se eu tivesse Cancro da Mama a minha carreira estaria ameaçada. CS10. Quando eu penso sobre o Cancro da Mama, o meu coração bate mais depressa. CS11. O Cancro da Mama colocaria em risco o meu casamento (ou um relacionamento significativo). CS12. O Cancro de Mama é uma doença sem esperança. CS13. Os sentimentos sobre mim mudariam se eu tivesse Cancro de Mama. CS14. Tenho medo só de pensar em Cancro da Mama. CS15. A minha segurança financeira estaria em perigo se eu tivesse Cancro da Mama. CS16. Os problemas que eu teria se sofresse de Cancro da Mama durariam muito tempo. CS17. Se eu tivesse Cancro da Mama, seria mais grave do que outras doenças. CS18. Se eu tivesse Cancro da Mama toda a minha vida mudaria.
<b>Benefícios Percebidos (BenP)</b> CS19. Fazer Mamografia evita problemas futuros para mim. CS20. Eu tenho muito a ganhar fazendo a Mamografia. CS21. A realização da Mamografia pode ajudar-me a detectar a existência de lesões na mama. CS22. Se eu fizer o Auto-Exame da Mama mensalmente, posso encontrar um nódulo antes que seja descoberto através dos exames médicos periódicos. CS23. Eu não estaria tão ansiosa sobre o Cancro da Mama, se fizesse os exames mensais.
<b>Barreiras Percebidas (BarP)</b> CS24. A realização da Mamografia seria embaraçosa. CS25. Para fazer o Auto-Exame da Mama mensalmente, tenho que dedicar-me um pouco. CS26. A realização da Mamografia seria dolorosa. CS27. A realização da Mamografia seria demorada. CS28. A minha família iria gozar comigo se eu fizesse o Auto-Exame da Mama. CS29. A prática do Auto-Exame da Mama interfere com minhas actividades. CS30. Fazer o Auto-Exame da Mama exigiria iniciar um novo hábito, o que é difícil. CS31. Eu tenho medo de não ser capaz de fazer o Auto-Exame da Mama.

**Motivação para a Saúde (MS)**

CS32. Eu como uma dieta equilibrada.

CS33. Eu sigo sempre as ordens médicas porque acredito que irá beneficiar o meu estado de saúde.

CS34. Frequentemente faço coisas para melhorar a minha saúde.

CS35. Eu tomo vitaminas quando não como refeições equilibradas.

CS36. Eu procuro novas informações relacionadas com a minha saúde.

CS37. Eu tenho a recomendação para fazer exames físicos anualmente, além das visitas relacionadas à doença.

CS38. Eu tenho a recomendação para fazer exames odontológicos (dentista) periódicos, além das visitas para um problema específico.

CS39. Eu faço exercício físico regularmente (pelo menos 3 vezes por semana).

### 6.5. Escala de *Locus* de Controlo de Saúde

Esta escala foi desenvolvida por Wallston, Kaplan e Maides nos Estados Unidos da América, no ano 1976 e publicada no *Journal of Consulting and Clinical Psychological*. É usada para avaliar o *locus* de controlo no âmbito da saúde (Wallston *et al*, 1976). Tem o objectivo principal de predizer comportamentos associados à saúde e distingui-los em internos e externos.

A elaboração e validação de uma escala original sobre este constructo são fundamentadas na teoria do *locus* de controlo criada por Rotter em 1954. Foi aplicada a uma amostra de quarenta e quatro homens e quarenta e quatro mulheres estudantes voluntários sobre a hipertensão e as respectivas consequências da mesma.

Segundo os resultados do estudo, os autores concluíram que o *locus* de controlo de saúde e os comportamentos promotores de saúde estão correlacionados, o que vai de encontro com a teoria de base enquadrada. Trata-se de um instrumento que permite a generalização e previsão de comportamentos de promoção da saúde como oposição a crenças sobre comportamentos específicos (Wallston *et al*, 1976).

Deste modo, a Escala de *Locus* de Controlo de Saúde (HLC) é composta por onze itens, classificada numa escala de Likert de cinco pontos em que 0 indica que discorda totalmente e 4 que concorda totalmente, tendo ainda um ponto intermédio em que 2 é lhe indiferente.

Após o conhecimento e a autorização do autor, foi efectuada a tradução e a adaptação da escala à população portuguesa. A escala foi traduzida para a língua portuguesa, onde foram mantidas algumas características da versão original e adicionado algumas alterações para a amostra em estudo. De seguida fizemos a

retroversão para a língua original por um tradutor especializado, foram comparadas, discutidas e corrigidas eventuais diferenças entre as mesmas.

A versão final foi aplicada e efectuado o estudo piloto. O estudo piloto foi efectuado a 10 mulheres sem diagnóstico de cancro da mama. Após o auto-preenchimento do questionário foram discutidos aspectos como a compreensão das questões, facilidade e rapidez de resposta, bem como a pertinência das questões colocadas. Todas as mulheres conseguiram responder às escalas sem apresentar dificuldades. O tempo médio de resposta situa-se entre os 2 e os 3 minutos. Os itens que constituem esta escala estão descritos na Tabela 4.

**Tabela 4** – Itens que constituem a Escala de *Locus* de Controlo de Saúde.

<b>Itens</b>
<b><i>Locus de Controlo Interno</i></b> LCS1. Se eu cuidar de mim própria, posso evitar a doença. LCS2. Sempre que eu ficar doente, é por causa de algo que eu tenha feito ou não tenha feito. LCS8. Quando eu me sinto mal, sei que é porque eu não tenho feito exercício ou feito uma alimentação saudável. LCS10. A má saúde das pessoas resulta da sua falta de cuidado. LCS11. Sou directamente responsável pela minha saúde.
<b><i>Locus de Controlo Externo</i></b> LCS3. A boa saúde é principalmente uma questão de sorte. LCS4. Não importa o que faça, se tiver de ficar doente, ficarei. LCS5. A maioria das pessoas não percebe quando as suas doenças são controladas por acontecimentos acidentais. LCS6. Eu só posso fazer o que o meu médico me disser para fazer. LCS7. Há tantas doenças estranhas à nossa volta, que nunca se sabe como nem quando se pode contrair uma delas. LCS9. As pessoas que nunca ficam doentes têm imensa sorte.

## **7. Análise dos dados**

Após a recolha dos dados, foram inseridos e organizados numa base de dados e processados pelo programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 18.0. Os dados relativos à caracterização da amostra foram obtidos através das estatísticas descritivas e qualitativas.

## 7.1. Análise Descritiva e Factorial

Através da análise dos dados obtidos com os questionários recolhidos foi possível caracterizar a amostra do estudo e as respectivas participantes bem como o estudo da validade, sensibilidade e fidelidade das escalas. Foram extraídos os valores de Média, Desvio-padrão, Variância, Skewness, Kurtosis, Máximo e Mínimo, Alpha de Cronbach, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), Bartlett's Test, Pesos Factoriais e Rotação Varimax (Análise das Componentes Principais), para cada uma das escalas utilizadas e comparados com as escalas originais.

### Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* (EADS-21)

A Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* (EADS-21) apresenta valores da análise descritiva normativos e próximos do ideal. Quanto à sensibilidade, validade e fiabilidade da escala apresenta uma boa a elevada consistência interna com valores de alpha de cronbach de 0.945 na totalidade e respectivamente, 0.835 na dimensão ansiedade (0.74 na escala original), 0.892 na dimensão depressão (0.85 na escala original) e 0.893 na dimensão *stress* (0.81 na escala original), obtendo valores superiores em todas as subescalas em relação à escala de Pais-Ribeiro, Honrado e Leal, 2004.

Quanto à medida de Kaiser-Meyer-Olkin apresenta uma excelente factorabilidade dos dados com valores de KMO de 0.946. Os pesos factoriais também estão de acordo com a escala original, saturando nas dimensões correspondentes. Porém ocorreu uma variação na carga factorial do item número 9, indicado na tabela 7 a negrito, dado que, de acordo com a escala original, deveria saturar na dimensão ansiedade mas, nesta amostra, satura na dimensão *stress*. O item em causa é “Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula.”, pelo que segundo o conceito subjacente poderia pertencer a um dos constructos destas subescalas, não tendo sido substituído ou alterado em relação à escala original.

Assim sendo, não foi necessária a extracção e eliminação de itens comparativamente à escala original, podendo ser utilizada neste contexto com boa validade e sensibilidade. De acordo com o modelo tripartido de Lovibond e Lovibond, estes itens não deveriam ser separados nem reorganizados caso contrário não obedeceria à teoria dos autores da escala original.

Os dados estatísticos respeitantes à validação desta escala nesta amostra, com objectivo de comparar com a validação da escala original de Pais-Ribeiro, Honrado e Leal, estão agrupados nas seguintes tabelas 5, 6 e 7.

**Tabela 5** – Dados referentes à Análise Descritiva da EADS-21.

	Média	DP	Variância	Sk	Ku	Mínimo	Máximo
EADS1	0,65	0,845	0,713	1,263	0,940	0	3
EADS2	0,58	0,830	0,689	1,402	1,265	0	3
EADS3	0,47	0,801	0,641	1,674	1,981	0	3
EADS4	0,44	0,793	0,629	1,880	2,812	0	3
EADS5	0,58	0,855	0,731	1,503	1,517	0	3
EADS6	0,67	0,879	0,773	1,223	0,684	0	3
EADS7	0,42	0,784	0,615	1,982	3,222	0	3
EADS8	0,80	0,931	0,867	1,054	0,242	0	3
EADS9	0,38	0,735	0,540	2,072	3,848	0	3
EADS10	0,34	0,738	0,545	2,373	5,071	0	3
EADS11	0,68	0,816	0,665	1,235	1,195	0	3
EADS12	0,78	0,856	0,733	1,092	0,727	0	3
EADS13	0,73	0,872	0,760	1,155	0,697	0	3
EADS14	0,47	0,714	0,510	1,649	2,663	0	3
EADS15	0,32	0,682	0,465	2,362	5,367	0	3
EADS16	0,36	0,731	0,534	2,251	4,631	0	3
EADS17	0,42	0,799	0,639	2,077	3,611	0	3
EADS18	1,08	0,866	0,750	0,768	0,161	0	3
EADS19	0,64	0,871	0,758	1,377	1,193	0	3
EADS20	0,44	0,797	0,635	1,936	3,103	0	3
EADS21	0,30	0,711	0,506	2,520	5,719	0	3

**Tabela 6** – Dados referentes à Análise Factorial da EADS-21.

Cronbach's Alpha	0.945
Cronbach's Alpha da Ansiedade	0.835
Cronbach's Alpha da Depressão	0.892
Cronbach's Alpha do <i>Stress</i>	0.893
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO)	0.946
Bartlett's Test of Sphericity	3323.868

**Tabela 7**– Dados referentes à Carga Factorial da EADS-21.

Itens	Ansiedade	Depressão	Stress
EADS2	0,607		
EADS4	0,706		
EADS7	0,681		
EADS9	0,374		<b>0.486</b>
EADS15	0,632		
EADS19	0,557		
EADS20	0,631		
EADS3		0,648	
EADS5		0,581	
EADS10		0,567	
EADS13		0,503	
EADS16		0,733	
EADS17		0,765	
EADS21		0,783	
EADS1			0,691
EADS6			0,777
EADS8			0,748
EADS11			0,633
EADS12			0,657
EADS14			0,455
EADS18			0,462

**Escala de Crenças de Saúde (CS)**

A Escala de Crenças de Saúde apresenta valores da análise descritiva normativos e próximos do ideal ( $Sk \sim 0$ ;  $Ku \sim 0$ ). Quanto à sensibilidade, validade e fiabilidade da escala apresenta uma baixa a boa consistência interna com valores de alfa de cronbach de 0.868 na totalidade e respectivamente, 0.841 na dimensão susceptibilidade percebida (0.77 na escala original), 0.850 na dimensão gravidade percebida (0.78 na escala original), 0.867 na dimensão benefícios percebidos (0.61 na escala original), 0.718 na dimensão barreiras percebidas (0.76 na escala original) e 0.749 na dimensão motivação para a saúde (0.60 na escala original). Obteve portanto, valores superiores em quase todas as subescalas à exceção da dimensão barreiras percebidas, em relação à escala de Champion, 1984.

Quanto à medida de Kaiser-Meyer-Olkin apresenta uma boa factorabilidade dos dados com valores de KMO de 0.807. Os pesos factoriais, as correlações e sobreposições das cargas factoriais através da análise de componentes principais, foi necessário extrair nove dos trinta e nove itens da escala original dado não obterem pesos factoriais superiores a 0.5, diminuindo a fiabilidade da escala.

Deste modo, foram retirados os itens 11, 12, 13, 23, 25, 26, 28, 38, 39 e reorganizados os restantes itens pelas respectivas subescalas da seguinte forma:

Susceptibilidade Percebida: 1; 2; 3; 4; 6.

Gravidade Percebida: 5; 7; 8; 9; 10; 14; 15; 16; 17; 18.

Benefícios Percebidos: 19; 20; 21; 22.

Barreiras Percebidas: 24; 27; 29; 30; 31.

Motivação para a Saúde: 32; 33; 34; 35; 36; 37.

Os dados estatísticos respeitantes à validação desta escala para a amostra desta investigação, estão agrupados nas seguintes tabelas 8, 9 e 10.

**Tabela 8** – Dados referentes à Análise Descritiva da CS.

Itens	Média	DP	Variância	Sk	Ku	Mínimo	Máximo
CS1	1,54	1,351	1,824	0,263	-1,383	0	4
CS2	0,94	1,127	1,270	1,082	0,200	0	4
CS3	1,11	1,176	1,383	0,752	-0,596	0	4
CS4	1,15	1,191	1,419	0,792	-0,482	0	4
CS5	2,55	1,362	1,856	-0,753	-0,708	0	4
CS6	0,71	1,105	1,221	1,634	1,887	0	4
CS7	2,46	1,427	2,035	-0,607	-1,027	0	4
CS8	1,03	1,343	1,804	1,082	-0,198	0	4
CS9	1,13	1,339	1,793	0,874	-0,635	0	4
CS10	1,56	1,415	2,002	0,327	-1,310	0	4
CS14	1,87	1,519	2,306	0,008	-1,562	0	4
CS15	1,52	1,455	2,117	0,403	-1,339	0	4
CS16	1,81	1,414	2,000	-0,005	-1,413	0	4
CS17	1,58	1,453	2,111	0,431	-1,254	0	4
CS18	2,06	1,471	2,165	-0,237	-1,451	0	4
CS19	2,95	1,207	1,457	-1,329	0,845	0	4
CS20	3,13	1,117	1,247	-1,600	1,998	0	4
CS21	3,24	1,010	1,021	-1,809	3,141	0	4
CS22	3,03	1,106	1,223	-1,490	1,754	0	4
CS24	0,81	1,201	1,441	1,338	0,520	0	4
CS27	0,88	1,080	1,167	1,206	0,763	0	4
CS29	0,44	0,849	0,721	2,372	5,769	0	4
CS30	0,85	1,222	1,494	1,351	0,627	0	4
CS31	0,96	1,273	1,622	1,132	-0,021	0	4
CS32	2,13	1,305	1,703	-0,395	-1,133	0	4
CS33	2,90	1,115	1,244	-1,243	0,980	0	4
CS34	2,69	1,100	1,210	-0,796	-0,044	0	4
CS35	1,23	1,296	1,680	0,654	-0,923	0	4
CS36	2,56	1,173	1,377	-0,756	-0,286	0	4
CS37	2,08	1,447	2,095	-0,265	-1,355	0	4

**Tabela 9** – Dados referentes à Análise Factorial da CS.

Cronbach's Alpha	0.868
Cronbach's Alpha Susceptibilidade Percebida	0.841
Cronbach's Alpha Gravidade Percebida	0.850
Cronbach's Alpha Benefícios Percebidos	0.867
Cronbach's Alpha Barreiras Percebidas	0.718
Cronbach's Alpha Motivação para a Saúde	0.749
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO)	0.807
Bartlett's Test of Sphericity	2717.798

**Tabela 10** – Dados referentes à Carga Factorial da CS.

	SP	GP	BenP	BarP	MS
CS1	0,776				
CS2	0,714				
CS3	0,839				
CS4	0,848				
CS6	0,587				
CS5		0,513			
CS7		0,676			
CS8		0,562			
CS9		0,479			
CS10		0,718			
CS14		0,812			
CS15		0,579			
CS16		0,581			
CS17		0,578			
CS18		0,526			
CS19			0,808		
CS20			0,778		
CS21			0,821		
CS22			0,688		
CS24				0,592	
CS27				0,563	
CS29				0,799	
CS30				0,730	
CS31				0,638	
CS32					0,638
CS33					0,572
CS34					0,795
CS35					0,557
CS36					0,716
CS37					0,544

SP – Susceptibilidade Percebida

GP – Gravidade Percebida

BenP – Benefícios Percebidos

BarP – Barreiras Percebidas

MS – Motivação para a Saúde

### Escala de *Locus* de Controlo de Saúde (LCS)

A Escala de *Locus* de Controlo de Saúde apresenta valores da análise descritiva normativos e próximos do ideal ( $Sk \sim 0$ ;  $Ku \sim 0$ ). Quanto à sensibilidade, validade e fiabilidade da escala apresenta uma baixa a boa consistência interna com valores de alpha de cronbach de 0.801 (0.54 na escala original) na totalidade e respectivamente, 0.639 na dimensão *locus* de controlo interno (0.40 na escala original), 0.780 na dimensão *locus* de controlo externo (0.54 na escala original). Obteve portanto, valores superiores em quase todas as subescalas apesar de não serem os ideais, em relação à escala de Wallston, Kaplan & Maides, 1976. Quanto à medida de Kaiser-Meyer-Olkin apresenta uma má factorabilidade dos dados com valores de KMO de 0.412.

Os pesos factoriais, as correlações e as sobreposições das cargas factoriais através da análise de componentes principais, foram necessários extrair um dos onze itens da escala original dado não obterem pesos factoriais superiores a 0.5. Deste modo, foi retirado o item 5 e reorganizados os restantes itens pelas respectivas subescalas da seguinte forma:

*Locus* de Controlo Interno: 1; 8; 10; 11.

*Locus* de Controlo Externo: 2; 3; 4; 6; 7; 9.

A escala obtida não demonstra valores de sensibilidade, validade e fiabilidade ideais e adequados à reutilização em estudos científicos nomeadamente em psicologia da saúde.

Os dados estatísticos respeitantes à validação desta escala para a amostra desta investigação, estão agrupados nas seguintes tabelas 11, 12 e 13.

**Tabela 11** – Dados referentes à Análise Descritiva da LCS.

Itens	Média	DP	Variância	Sk	Ku	Mínimo	Máximo
LCS1	3,03	1,127	1,269	-1,327	0,991	0	4
LCS2	2,18	0,723	0,523	-0,043	0,123	0	4
LCS3	1,56	1,449	2,099	0,480	-1,229	0	4
LCS4	1,48	1,354	1,833	0,629	-0,903	0	4
LCS6	1,82	1,404	1,973	0,212	-1,388	0	4
LCS7	2,80	1,203	1,446	-1,044	0,087	0	4
LCS8	1,98	1,310	1,717	-0,100	-1,293	0	4
LCS9	2,30	1,483	2,200	-0,359	-1,346	0	4
LCS10	2,24	1,327	1,761	-0,299	-1,246	0	4
LCS11	2,83	1,244	1,547	-1,021	-0,056	0	4

**Tabela 12** – Dados referentes à Análise Factorial da LCS.

Cronbach's Alpha	0.801
Cronbach's Alpha <i>Locus</i> de Controlo Interno	0.639
Cronbach's Alpha <i>Locus</i> de Controlo Externo	0.780
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO)	0.412
Bartlett's Test of Sphericity	1365.687

**Tabela 13** – Dados referentes à Carga Factorial da LCS.

	Interno	Externo
LCS1	0,646	
LCS2		0,799
LCS3		0,777
LCS4		0,607
LCS6		0,642
LCS7		0,584
LCS8	0,510	
LCS9		0,713
LCS10	0,753	
LCS11	0,723	

# **Capítulo III**

## **RESULTADOS**

As trezentas e cinquenta mulheres questionadas geralmente frequentam as consultas de clínica geral para vigiar a sua saúde (58.3%) apesar de 35.4% ir por motivo de doença.

O intervalo de tempo entre as consultas é variável já que a resposta mais dada foi “outra opção” (96%), como “quando necessário” (36%), outros intervalos de tempo (32%), motivo de doença (22%) ou “esporadicamente” (8%). Também foram indicadas as restantes opções, anualmente (35.7%), de 6 em 6 meses (32%), mensalmente (12.6%) e nunca (1.4%).

No que diz respeito aos comportamentos de adesão aos meios de rastreio e diagnóstico do cancro da mama, no caso do auto-exame mamário 44.9% da amostra afirma obter a recomendação por parte do médico de família, enquanto 40.6% diz não receber recomendação médica. Quanto à realização do auto-exame mamário 50.6% das mulheres afirma fazê-lo, porém 34.6% diz não o efectuar.

Para a mamografia, 60% das mulheres afirma receber recomendação médica mas 32% diz que não obtêm recomendação para fazer este exame; 58.9% das mulheres afirma fazer mamografia, enquanto 31.4% diz não o realizar.

Para a ecografia mamária, 60.6% das mulheres afirma receber recomendação do seu médico, mas 30.6% diz que não obtêm recomendação para fazer este exame; 60.6% das mulheres afirma fazer ecografia mamária, enquanto 30.3% diz não a realizar.

As informações da frequência e percentagem destas variáveis estão agrupadas no Quadro III e IV.

**Quadro III** – Frequência e Percentagem das Consultas de Clínica Geral (n=350).

<b>Variáveis</b>	<b>Categorias</b>	<b>Frequências</b>	<b>%</b>
Motivo das Consultas	Por doença	124	35.4
	<b>Para vigiar a sua Saúde</b>	<b>204</b>	<b>58.3</b>
Frequência das Consultas	Mensalmente	44	12.6
	De 6 em 6 meses	112	32
	<b>Anualmente</b>	<b>125</b>	<b>35.7</b>
	Nunca	5	1.4
	Outra	50	96

**Quadro IV** – Frequência e Percentagem dos Meios de Rastreio e Diagnóstico do Cancro da Mama (n=350).

Variáveis	Categorias	Frequências	%
Recomendação Médica Auto-Exame Mamário	<b>Sim</b>	<b>157</b>	<b>44.9</b>
	Não	142	40.6
Mamografia	<b>Sim</b>	<b>210</b>	<b>60</b>
	Não	112	32
Ecografia Mamária	<b>Sim</b>	<b>212</b>	<b>60.6</b>
	Não	107	30.6
Realização dos Exames Auto-Exame Mamário	<b>Sim</b>	<b>177</b>	<b>50.6</b>
	Não	121	34.6
Mamografia	<b>Sim</b>	<b>206</b>	<b>58.9</b>
	Não	110	31.4
Ecografia Mamária	<b>Sim</b>	<b>212</b>	<b>60.6</b>
	Não	106	20.3

Nos últimos cinco anos, 36.9% das mulheres afirma ter realizado uma mamografia todos os anos, seguido de 34.3% que diz não ter efectuado nenhuma mamografia, 23.7% das mulheres afirma só ter efectuado uma mamografia. A resposta mais dada para a razão que motivou ter feito a mamografia foi recomendada pelo médico de família (36.6%), ou por outra razão (22%): “nunca fiz” (81.82%); “recomendação do ginecologista” (7.79%); “suspeita ou existência de patologia mamária” (6.49%). Quando questionadas sobre quando vão realizar a próxima mamografia, 38.6% das mulheres fá-la-á ainda este ano, e 18.9% da amostra sugere outra opção como “aguardo indicação/recomendação médica” (42.42%); “não sei” (25.75%); “já fiz ou vou fazer este ano” (12.12%).

Nos últimos cinco anos, 35.1% das mulheres afirma ter realizado uma ecografia mamária todos os anos, seguido de 34% das mulheres que diz não ter efectuado nenhuma ecografia mamária, 24.3% das mulheres afirma só ter efectuado uma ecografia mamária. A resposta mais dada para a razão que motivou ter feito a ecografia mamária foi recomendada pelo médico de família (34.9%), ou por outra razão (21.7%) tal como: “nunca fiz” (82.05%); “recomendação do ginecologista” (7.89%); “suspeita ou existência de patologia mamária” (6.41%). Na questão acerca de quando vão realizar a próxima mamografia, 32.9% das mulheres diz que ainda durante este ano e 20% afirma que será por outra opção como por exemplo, “aguardo por indicação/recomendação médica” (50%); “não sei” (28.57%); “nunca fiz” (8.57%). As informações da frequência e percentagem destas variáveis estão agrupadas no Quadro V.

**Quadro V** – Frequência e Percentagem dos Comportamentos de Adesão aos Meios de Rastreio e Diagnóstico do Cancro da Mama (n=350).

<b>Variáveis</b>	<b>Categorias</b>	<b>Frequências</b>	<b>%</b>
Mamografia < 5 anos	<b>Todos os anos</b>	<b>129</b>	<b>36.9</b>
	3 em 3 meses	6	1.7
	Só fiz uma	83	23.7
	Não fiz nenhuma	120	34.3
Ecografia Mamária < 5 anos	<b>Todos os anos</b>	<b>123</b>	<b>35.1</b>
	3 em 3 meses	8	2.3
	Só fiz uma	85	24.3
	Não fiz nenhuma	119	34
Razão Mamografia	Minha iniciativa	30	8.6
	<b>Médico de Família</b>	<b>128</b>	<b>36.6</b>
	Familiar/Amigo	1	0.3
	Check-up	49	14
Razão Ecografia Mamária	Outra	77	22
	Minha iniciativa	29	8.3
	<b>Médico de Família</b>	<b>122</b>	<b>34.9</b>
	Familiar/Amigo	1	0.3
	Check-up	50	14.3
Próxima Mamografia	Outra	76	21.7
	Não vou realizar	44	12.6
	<b>Este ano</b>	<b>135</b>	<b>38.6</b>
	No próximo ano	56	16
	Daqui a 2 anos	20	5.7
Próxima Ecografia Mamária	Outra	66	18.9
	Não vou realizar	47	13.4
	<b>Este ano</b>	<b>115</b>	<b>32.9</b>
	No próximo ano	62	17.7
	Daqui a 2 anos	20	5.7
	Outra	70	20

## **Correlações entre Variáveis, Escalas e Subescalas**

Através da correlação de Pearson, foram calculadas as possíveis correlações existentes entre escalas, entre subescalas e entre as perguntas que constituem o questionário do estudo. Efectuou-se uma análise estatística que permitiu avaliar quais as variáveis que apresentam alterações significativas em função das variáveis sócio-demográficas, comportamentos de adesão aos meios de rastreio e diagnóstico do cancro da mama e os resultados obtidos em cada uma das escalas utilizadas. Para uma apresentação mais completa e explícita desses resultados enumeram-se as correlações estatisticamente significativas ( $p < 0.05$ ).

### **Questionário Sócio-Demográfico e Questionário de Comportamentos de Adesão aos Meios de Rastreio e Diagnóstico do Cancro da Mama**

As correlações existentes entre as questões dos dados sócio-demográficos e sobre os comportamentos de adesão ao rastreio e diagnóstico do cancro da mama variaram entre correlações estatisticamente significativas positiva ou negativamente. Os números identificados a negrito assinalam as correlações positivas enquanto com os restantes indicam as correlações negativas ou nulas. As informações das correlações destas variáveis estão agrupadas no Tabela 14.

- **Idade (Q1)**

A idade está positivamente correlacionada com o estado civil (0.475) e com a situação profissional (0.552).

- **Estado Civil (Q2)**

O estado civil está correlacionado com a situação profissional (0.2), com a frequência das consultas de clínica geral (0.063) e com a próxima ecografia mamária (0.015).

- **Nível de Escolaridade (Q3)**

O nível de escolaridade está positivamente correlacionado com o motivo das consultas de clínica geral (0.067), com a frequência das consultas de clínica geral (0.099), com a recomendação médica para a realização do auto-exame mamário (0.056), com a recomendação médica para a realização da ecografia mamária (0.139), a realização da mamografia (0.291) e a realização da ecografia mamária (0.072).

Correlaciona-se ainda com a frequência da realização da mamografia nos últimos cinco anos (0.312), com a frequência da realização da ecografia mamária nos últimos cinco anos (0.156), com a razão da realização da mamografia (0.271), com a razão da realização da ecografia mamária (0.123), com a intenção da próxima mamografia (0.128), com a intenção da próxima ecografia mamária (0.147), com a existência ou ausência de filhos (0.364), com a existência ou ausência de amamentação (0.311) e, por fim, com a utilização de psicofármacos (0.214).

- **Situação Profissional (Q4)**

A situação profissional está somente correlacionada com a realização do auto-exame mamário (0.010).

- **Motivo das Consultas de Clínica Geral (Q5)**

O motivo das consultas de clínica geral está correlacionado com a intenção da próxima ecografia mamária (0.004), com a existência ou ausência de filhos (0.011), com a existência ou ausência de amamentação (0.041), com a história pessoal e/ou familiar de cancro da mama (0.097) e com a utilização de psicofármacos (0.173).

- **Frequência das Consultas de Clínica Geral (Q6)**

A frequência das consultas de clínica geral está correlacionada com a recomendação médica para a realização do auto-exame mamário (0.097), com a recomendação médica para a realização da mamografia (0.078), com a recomendação médica para a realização da ecografia mamária (0.014), com a realização do auto-exame mamário (0.067), com a realização da mamografia (0.084), com a realização da ecografia mamária (0.036).

Está positivamente correlacionada com a frequência da realização da mamografia nos últimos cinco anos (0.094), com a frequência da realização da ecografia mamária nos últimos cinco anos (0.096), com a razão da realização da mamografia

(0.110), com a razão da realização da ecografia mamária (0.051), com a intenção da próxima mamografia (0.022), com a intenção da próxima ecografia mamária (0.067), com a história pessoal e/ou familiar de cancro da mama (0.055) e, por fim, com a utilização de psicofármacos (0.037).

- **Recomendação Médica para a realização do Auto-Exame Mamário (Q7.1.)**

A recomendação médica para a realização do auto-exame mamário está correlacionada com recomendação médica para a realização da mamografia (0.528), com a recomendação médica para a realização da ecografia mamária (0.553), com a realização do auto-exame mamário (0.622), com a realização da mamografia (0.485) e com a realização da ecografia mamária (0.474).

Correlaciona-se com a frequência da realização da mamografia nos últimos cinco anos (0.451), com a frequência da realização da ecografia mamária nos últimos cinco anos (0.485), com a razão da realização da mamografia (0.268), com a razão da realização da ecografia mamária (0.247), com a existência ou ausência de filhos (0.153), com a existência ou ausência de amamentação (0.087), com a história pessoal e/ou familiar de cancro da mama (0.1) e com a utilização de psicofármacos (0.150).

- **Recomendação Médica para a realização da Mamografia (Q7.2.)**

A recomendação médica para a realização da mamografia está correlacionada com a recomendação médica para a realização da ecografia mamária (0.715), com a realização do auto-exame mamário (0.329), com a realização da mamografia (0.929) e com a realização da ecografia mamária (0.596).

Está correlacionada com a frequência da realização da mamografia nos últimos cinco anos (0.744), com a frequência da realização da ecografia mamária nos últimos cinco anos (0.563), com a razão da realização da mamografia (0.610), com a razão da realização da ecografia mamária (0.442), com a intenção da próxima mamografia (0.032), com a intenção da próxima ecografia mamária (0.053), com a existência ou ausência de filhos (0.388), com a existência ou ausência de amamentação (0.237), com a história pessoal e/ou familiar de cancro da mama (0.084), e por fim, com a utilização de psicofármacos (0.250).

- **Recomendação Médica para a realização da Ecografia Mamária (Q7.3.)**

A recomendação médica para a realização da ecografia mamária está correlacionada com a realização do auto-exame mamário (0.422), com a realização da mamografia (0.660) e com a realização da ecografia mamária (0.864).

Está correlacionada com a frequência da realização da mamografia nos últimos cinco anos (0.588), com a frequência da realização da ecografia mamária nos últimos cinco anos (0.710), com a razão da realização da mamografia (0.434), com a razão da realização da ecografia mamária (0.559), com a intenção da próxima mamografia (0.047), com a intenção da próxima ecografia mamária (0.126), com a existência ou ausência de filhos (0.210), com a existência ou ausência de amamentação (0.079), com a história pessoal e/ou familiar de cancro da mama (0.108), e por último, com a utilização de psicofármacos (0.201).

- **Realização do Auto-Exame Mamário (Q8.1.)**

A realização do auto-exame mamário está correlacionada com a realização da mamografia (0.359) e com a realização da ecografia mamária (0.465).

Está correlacionada com a frequência da realização da mamografia nos últimos cinco anos (0.298), com a frequência da realização da ecografia mamária nos últimos cinco anos (0.382), com a razão da realização da mamografia (0.136), com a razão da realização da ecografia mamária (0.190), com a existência ou ausência de filhos (0.097), com a existência ou ausência de amamentação (0.041), com a história pessoal e/ou familiar de cancro da mama (0.094), e com a utilização de psicofármacos (0.066).

- **Realização da Mamografia (Q8.2.)**

A realização da mamografia está correlacionada com a realização da ecografia mamária (0.661), com a frequência da realização da mamografia nos últimos cinco anos (0.770), com a frequência da realização da ecografia mamária nos últimos cinco anos (0.382), com a razão da realização da mamografia (0.648), com a razão da realização da ecografia mamária (0.469), com a intenção da próxima mamografia (0.004), com a intenção da próxima ecografia mamária (0.010), com a existência ou ausência de filhos (0.417), com a existência ou ausência de amamentação (0.269), com a história pessoal e/ou familiar de cancro da mama (0.078), e finalmente, com a utilização de psicofármacos (0.247).

- **Realização da Ecografia Mamária (Q8.3.)**

A realização da ecografia mamária está correlacionada com a frequência da realização da mamografia nos últimos cinco anos (0.554), com a frequência da realização da ecografia mamária nos últimos cinco anos (0.739), com a razão da realização da mamografia (0.431), com a razão da realização da ecografia mamária (0.637), com a intenção da próxima mamografia (0.035), com a intenção da próxima ecografia mamária (0.086), com a existência ou ausência de filhos (0.255), com a existência ou ausência de amamentação (0.113), com a história pessoal e/ou familiar de cancro da mama (0.106), e finalmente, com a utilização de psicofármacos (0.154).

- **Frequência da realização da Mamografia nos últimos 5 anos (Q9)**

A frequência da realização da mamografia nos últimos 5 anos está correlacionada com a frequência da realização da ecografia mamária nos últimos cinco anos (0.733), com a razão da realização da mamografia (0.459), com a razão da realização da ecografia mamária (0.310), com a intenção da próxima mamografia (0.082), com a intenção da próxima ecografia mamária (0.072), com a existência ou ausência de filhos (0.355), com a existência ou ausência de amamentação (0.187), com a história pessoal e/ou familiar de cancro da mama (0.075), e com a utilização de psicofármacos (0.263).

- **Frequência da realização da Ecografia Mamária nos últimos 5 anos (Q10)**

A frequência da realização da ecografia mamária nos últimos 5 anos está correlacionada com a razão da realização da mamografia (0.313), com a razão da realização da ecografia mamária (0.437), com a intenção da próxima mamografia (0.063), com a intenção da próxima ecografia mamária (0.121), com a existência ou ausência de filhos (0.216), com a existência ou ausência de amamentação (0.43), com a história pessoal e/ou familiar de cancro da mama (0.070), e com a utilização de psicofármacos (0.166).

- **Razão da realização da Mamografia (Q11)**

A razão da realização da mamografia está correlacionada com a razão da realização da ecografia mamária (0.709), com a intenção da próxima mamografia (0.035), com a intenção da próxima ecografia mamária (0.038), com a existência ou ausência de filhos (0.265), com a existência ou ausência de amamentação (0.150), com

a história pessoal e/ou familiar de cancro da mama (0.029), e com a utilização de psicofármacos (0.229).

- **Razão da realização da Ecografia Mamária (Q12)**

A razão da realização da ecografia mamária está correlacionada com a intenção da próxima mamografia (0.003), com a intenção da próxima ecografia mamária (0.077), com a existência ou ausência de filhos (0.110), com a existência ou ausência de amamentação (0.012), com a história pessoal e/ou familiar de cancro da mama (0.002), e com a utilização de psicofármacos (0.124).

- **Intenção da próxima Mamografia (Q13)**

A intenção da próxima mamografia está correlacionada com a intenção da próxima ecografia mamária (0.799), com a existência ou ausência de filhos (0.011), com a existência ou ausência de amamentação (0.008) e com a história pessoal e/ou familiar de cancro da mama (0.028).

- **Intenção da próxima Ecografia Mamária (Q14)**

Esta questão não está correlacionada positivamente com as outras variáveis.

- **Existência ou Ausência de Filhos (Q15)**

A existência ou ausência de filhos está correlacionada positivamente com a existência ou ausência de amamentação (0.757), com a história pessoal e/ou familiar de cancro da mama (0.108) e com a utilização de psicofármacos (0.098).

- **Existência ou Ausência de Amamentação (Q16)**

A existência ou ausência de amamentação está correlacionada positivamente com a história pessoal e/ou familiar de cancro da mama (0.089) e com a utilização de psicofármacos (0.082).

- **História Pessoal e/ou Familiar de Cancro da Mama (Q17)**

A história pessoal e/ou familiar de cancro da mama está só correlacionada com a utilização de psicofármacos (0.03).

**Tabela 14** – Correlações de Pearson entre os Questionários Sócio-Demográfico e de Comportamentos de Adesão aos Meios de Rastreamento e Diagnóstico do Cancro da Mama.

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7.1.	Q7.2.	Q7.3.	Q8.1.	Q8.2.
Q1		<b>0.475</b>	-0.540	<b>0.552</b>	-0.099	-0.50	-0.259	-0.629	-0.408	-0.075	-0.616
Q2	<b>0.475</b>		-0.355	<b>0.2</b>	-0.099	<b>0.063</b>	-0.153	-0.336	-0.184	-0.031	-0.380
Q3	-0.540	-0.355		-0.330	<b>0.067</b>	<b>0.099</b>	<b>0.056</b>	-0.336	<b>0.139</b>	-0.133	<b>0.291</b>
Q4	<b>0.552</b>	<b>0.2</b>	-0.330		-0.085	-0.079	-0.024	-0.250	-0.147	<b>0.010</b>	-0.221
Q5	-0.099	-0.099	<b>0.067</b>	-0.085		-0.220	-0.103	-0.086	-0.094	-0.085	-0.078
Q6	-0.50	<b>0.063</b>	<b>0.099</b>	-0.079	-0.220		<b>0.097</b>	<b>0.078</b>	<b>0.014</b>	<b>0.067</b>	<b>0.084</b>
Q7.1.	-0.259	-0.153	<b>0.056</b>	-0.024	-0.103	<b>0.097</b>		<b>0.528</b>	<b>0.553</b>	<b>0.622</b>	<b>0.485</b>
Q7.2.	-0.629	-0.336	-0.336	-0.250	-0.086	<b>0.078</b>	<b>0.528</b>		<b>0.715</b>	<b>0.329</b>	<b>0.929</b>
Q7.3.	-0.408	-0.184	<b>0.139</b>	-0.147	-0.094	<b>0.014</b>	<b>0.553</b>	<b>0.715</b>		<b>0.422</b>	<b>0.660</b>
Q8.1.	-0.075	-0.031	-0.133	<b>0.010</b>	-0.085	<b>0.067</b>	<b>0.622</b>	<b>0.329</b>	<b>0.422</b>		<b>0.359</b>
Q8.2.	-0.616	-0.380	<b>0.291</b>	-0.221	-0.078	<b>0.084</b>	<b>0.485</b>	<b>0.929</b>	<b>0.660</b>	<b>0.359</b>	
Q8.3.	-0.346	-0.195	<b>0.072</b>	-0.067	-0.108	<b>0.036</b>	<b>0.474</b>	<b>0.596</b>	<b>0.864</b>	<b>0.465</b>	<b>0.661</b>
Q9	-0.649	-0.365	<b>0.312</b>	-0.345	-0.081	<b>0.094</b>	<b>0.451</b>	<b>0.744</b>	<b>0.588</b>	<b>0.298</b>	<b>0.770</b>
Q10	-0.403	-0.189	<b>0.156</b>	-0.199	-0.133	<b>0.096</b>	<b>0.485</b>	<b>0.563</b>	<b>0.710</b>	<b>0.382</b>	<b>0.382</b>
Q11	-0.427	-0.225	<b>0.271</b>	-0.227	0	<b>0.110</b>	<b>0.268</b>	<b>0.610</b>	<b>0.434</b>	<b>0.136</b>	<b>0.648</b>
Q12	-0.233	-0.047	<b>0.123</b>	-0.058	-0.058	<b>0.051</b>	<b>0.247</b>	<b>0.442</b>	<b>0.559</b>	<b>0.190</b>	<b>0.469</b>
Q13	-0.006	-0.028	<b>0.128</b>	-0.076	-0.012	<b>0.022</b>	-0.077	<b>0.032</b>	<b>0.047</b>	-0.075	<b>0.004</b>
Q14	-0.007	<b>0.015</b>	<b>0.147</b>	-0.057	<b>0.004</b>	<b>0.067</b>	-0.056	<b>0.053</b>	<b>0.126</b>	-0.052	<b>0.010</b>
Q15	-0.403	-0.461	<b>0.364</b>	-0.146	<b>0.011</b>	-0.059	<b>0.153</b>	<b>0.388</b>	<b>0.210</b>	<b>0.097</b>	<b>0.417</b>
Q16	-0.270	-0.390	<b>0.311</b>	-0.074	<b>0.041</b>	-0.104	<b>0.087</b>	<b>0.237</b>	<b>0.079</b>	<b>0.041</b>	<b>0.269</b>
Q17	-0.038	-0.086	-0.066	-0.080	<b>0.097</b>	<b>0.055</b>	<b>0.1</b>	<b>0.084</b>	<b>0.108</b>	<b>0.094</b>	<b>0.078</b>
Q19	-0.435	-0.203	<b>0.214</b>	-0.299	<b>0.173</b>	<b>0.037</b>	<b>0.150</b>	<b>0.250</b>	<b>0.201</b>	<b>0.066</b>	<b>0.247</b>

	Q8.3.	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q19
Q1	-0.346	-0.649	-0.403	-0.427	-0.233	-0.006	-0.007	-0.403	-0.270	-0.038	-0.435
Q2	-0.195	-0.365	-0.189	-0.225	-0.047	-0.028	<b>0.015</b>	-0.461	-0.390	-0.086	-0.203
Q3	<b>0.072</b>	<b>0.312</b>	<b>0.156</b>	<b>0.271</b>	<b>0.123</b>	<b>0.128</b>	<b>0.147</b>	<b>0.364</b>	<b>0.311</b>	-0.066	<b>0.214</b>
Q4	-0.067	-0.345	-0.199	-0.227	-0.058	-0.076	-0.057	-0.146	-0.074	-0.080	-0.299
Q5	-0.108	-0.081	-0.133	0	-0.058	-0.012	<b>0.004</b>	<b>0.011</b>	<b>0.041</b>	<b>0.097</b>	<b>0.173</b>
Q6	<b>0.036</b>	<b>0.094</b>	<b>0.096</b>	<b>0.110</b>	<b>0.051</b>	<b>0.022</b>	<b>0.067</b>	-0.059	-0.104	<b>0.055</b>	<b>0.037</b>
Q7.1.	<b>0.474</b>	<b>0.451</b>	<b>0.485</b>	<b>0.268</b>	<b>0.247</b>	-0.077	-0.056	<b>0.153</b>	<b>0.087</b>	<b>0.1</b>	<b>0.150</b>
Q7.2.	<b>0.596</b>	<b>0.744</b>	<b>0.563</b>	<b>0.610</b>	<b>0.442</b>	<b>0.032</b>	<b>0.053</b>	<b>0.388</b>	<b>0.237</b>	<b>0.084</b>	<b>0.250</b>
Q7.3.	<b>0.864</b>	<b>0.588</b>	<b>0.710</b>	<b>0.434</b>	<b>0.559</b>	<b>0.047</b>	<b>0.126</b>	<b>0.210</b>	<b>0.079</b>	<b>0.108</b>	<b>0.201</b>
Q8.1.	<b>0.465</b>	<b>0.298</b>	<b>0.382</b>	<b>0.136</b>	<b>0.190</b>	-0.075	-0.052	<b>0.097</b>	<b>0.041</b>	<b>0.094</b>	<b>0.066</b>
Q8.2.	<b>0.661</b>	<b>0.770</b>	<b>0.382</b>	<b>0.648</b>	<b>0.469</b>	<b>0.004</b>	<b>0.010</b>	<b>0.417</b>	<b>0.269</b>	<b>0.078</b>	<b>0.247</b>
Q8.3.		<b>0.554</b>	<b>0.739</b>	<b>0.431</b>	<b>0.637</b>	<b>0.035</b>	<b>0.086</b>	<b>0.255</b>	<b>0.113</b>	<b>0.106</b>	<b>0.154</b>
Q9	<b>0.554</b>		<b>0.733</b>	<b>0.459</b>	<b>0.310</b>	<b>0.082</b>	<b>0.072</b>	<b>0.355</b>	<b>0.187</b>	<b>0.075</b>	<b>0.263</b>
Q10	<b>0.739</b>	<b>0.733</b>		<b>0.313</b>	<b>0.437</b>	<b>0.063</b>	<b>0.121</b>	<b>0.216</b>	<b>0.43</b>	<b>0.070</b>	<b>0.166</b>
Q11	<b>0.431</b>	<b>0.459</b>	<b>0.313</b>		<b>0.709</b>	<b>0.035</b>	<b>0.038</b>	<b>0.265</b>	<b>0.150</b>	<b>0.029</b>	<b>0.229</b>
Q12	<b>0.637</b>	<b>0.310</b>	<b>0.437</b>	<b>0.709</b>		<b>0.003</b>	<b>0.077</b>	<b>0.110</b>	<b>0.012</b>	<b>0.002</b>	<b>0.124</b>
Q13	<b>0.035</b>	<b>0.082</b>	<b>0.063</b>	<b>0.035</b>	<b>0.003</b>		<b>0.799</b>	<b>0.011</b>	<b>0.008</b>	<b>0.028</b>	-0.030
Q14	<b>0.086</b>	<b>0.072</b>	<b>0.121</b>	<b>0.038</b>	<b>0.077</b>	<b>0.799</b>		-0.035	-0.066	-0.001	-0.060
Q15	<b>0.255</b>	<b>0.355</b>	<b>0.216</b>	<b>0.265</b>	<b>0.110</b>	<b>0.011</b>	-0.035		<b>0.757</b>	<b>0.108</b>	<b>0.098</b>
Q16	<b>0.113</b>	<b>0.187</b>	<b>0.43</b>	<b>0.150</b>	<b>0.012</b>	<b>0.008</b>	-0.066	<b>0.757</b>		<b>0.089</b>	<b>0.082</b>
Q17	<b>0.106</b>	<b>0.075</b>	<b>0.070</b>	<b>0.029</b>	<b>0.002</b>	<b>0.028</b>	-0.001	<b>0.108</b>	<b>0.089</b>		<b>0.03</b>
Q19	<b>0.154</b>	<b>0.263</b>	<b>0.166</b>	<b>0.229</b>	<b>0.124</b>	-0.030	-0.060	<b>0.098</b>	<b>0.082</b>	<b>0.03</b>	

## **Questionário Sócio-Demográfico e Questionário de Comportamentos de Adesão aos Meios de Rastreio e Diagnóstico do Cancro da Mama e Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* (EADS-21)**

As correlações existentes entre as questões dos dados sócio-demográficos, os comportamentos de adesão ao rastreio e diagnóstico do cancro da mama e a escala de ansiedade, depressão e *stress* e as subescalas, variaram entre correlações estatisticamente significativas positiva ou negativamente. Os números identificados a negrito assinalam as correlações positivas enquanto com os restantes indicam as correlações negativas ou nulas. As informações das correlações destas variáveis estão agrupadas no Tabela 15.

- **EADS-21**

A totalidade dos itens da escala de ansiedade, depressão e *stress* está positivamente correlacionada com a idade (0.131), com o estado civil (0.156), com a situação profissional (0.193), com a realização do auto-exame mamário (0.009), com a realização da ecografia mamária (0.023), com a frequência da realização da ecografia mamária nos últimos 5 anos (0.021) e com a intenção da próxima mamografia (0.026).

- **Ansiedade**

A ansiedade está correlacionada com a idade (0.198), o estado civil (0.137), com a situação profissional (0.279), com a realização do auto-exame mamário (0.88) e com a realização da ecografia mamária (0.008).

- **Depressão**

A depressão tem correlações positivas com a idade (0.089), com o estado civil (0.133), com a situação profissional (0.161), com a recomendação médica para a realização da ecografia mamária (0.021), com a realização do auto-exame mamário (0.003), com a realização da ecografia mamária (0.072), com a frequência da realização da ecografia mamária nos últimos 5 anos (0.036), com a intenção da próxima mamografia (0.068), com a intenção da próxima ecografia mamária (0.057) e, por último com a existência ou ausência de amamentação (0.005).

- *Stress*

O *stress* está correlacionado com a idade (0.075), com o estado civil (0.095), com a situação profissional (0.082), com a recomendação médica para a realização da ecografia mamária (0.041), com a realização da ecografia mamária (0.049), com a frequência da realização da ecografia mamária nos últimos 5 anos (0.023), com a intenção da próxima mamografia (0.059), com a intenção da próxima ecografia mamária (0.067) e, por último com a existência ou ausência de amamentação (0.020).

**Tabela 15** – Correlações de Pearson entre os Questionários Sócio-Demográfico e de Comportamentos de Adesão aos Meios de Rastreio e Diagnóstico do Cancro da Mama e a Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* (EADS-21).

	EADS-21			
	EADS total	Ansiedade	Depressão	<i>Stress</i>
Q1	<b>0.131</b>	<b>0.198</b>	<b>0.089</b>	<b>0.075</b>
Q2	<b>0.156</b>	<b>0.137</b>	<b>0.133</b>	<b>0.095</b>
Q3	-0.137	-0.199	-0.085	-0.025
Q4	<b>0.193</b>	<b>0.279</b>	<b>0.161</b>	<b>0.082</b>
Q5	-0.095	-0.152	-0.179	-0.119
Q6	-0.015	-0.068	-0.081	-0.003
Q7.1.	-0.041	-0.016	-0.032	-0.060
Q7.2.	-0.083	-0.109	-0.071	-0.053
Q7.3.	-0.006	-0.039	<b>0.021</b>	<b>0.041</b>
Q8.1.	<b>0.009</b>	<b>0.088</b>	<b>0.003</b>	-0.026
Q8.2.	-0.066	-0.094	-0.058	-0.037
Q8.3.	<b>0.023</b>	<b>0.008</b>	<b>0.072</b>	<b>0.049</b>
Q9	-0.039	-0.108	-0.065	-0.009
Q10	<b>0.021</b>	-0.058	<b>0.036</b>	<b>0.023</b>
Q11	-0.025	-0.098	-0.090	-0.023
Q12	-0.001	-0.072	-0.025	-0.003
Q13	<b>0.026</b>	-0.001	<b>0.068</b>	<b>0.059</b>
Q14	-0.002	-0.049	<b>0.057</b>	<b>0.067</b>
Q15	-0.050	-0.087	-0.012	-0.004
Q16	-0.019	-0.071	<b>0.005</b>	<b>0.020</b>
Q17	-0.109	-0.112	-0.072	-0.123
Q19	-0.347	-0.262	-0.311	-0.241

## **Questionário Sócio-Demográfico e Questionário de Comportamentos de Adesão aos Meios de Rastreio e Diagnóstico do Cancro da Mama e Escala de Crenças de Saúde (CS)**

As correlações entre os dados sócio-demográficos, os comportamentos de adesão ao rastreio e diagnóstico do cancro da mama e a escala de crenças de saúde e subescalas, variaram entre correlações estatisticamente significativas. Os números identificados a negrito assinalam as correlações positivas enquanto com os restantes indicam as negativas ou nulas. As informações das correlações destas variáveis estão agrupadas no Tabela 16.

- **Crenças de Saúde (CS)**

As Crenças de Saúde estão positivamente correlacionadas com a idade (0.196), com o estado civil (0.239), com a situação profissional (0.014), com a intenção da próxima mamografia (0.079) e com a intenção da próxima ecografia mamária (0.058).

- **Susceptibilidade Percebida (SP)**

A susceptibilidade percebida está correlacionada com a idade (0.091), com o estado civil (0.174), com a intenção da próxima mamografia (0.119) e com a intenção da próxima ecografia mamária (0.095).

- **Gravidade Percebida (GP)**

A gravidade percebida está correlacionada com a idade (0.176), com o estado civil (0.184), com a intenção da próxima mamografia (0.033) e com a intenção da próxima ecografia mamária (0.034).

- **Benefícios Percebidos (BenP)**

Os benefícios percebidos estão correlacionados com a idade (0.006), com o estado civil (0.105), com o nível de escolaridade (0.065), com a frequência das consultas de clínica geral (0.003), com a intenção da próxima mamografia (0.085) e com a intenção da próxima ecografia mamária (0.119).

- **Barreiras Percebidas (BarP)**

As barreiras percebidas estão correlacionadas com a recomendação médica para a realização do auto-exame mamário (0.105), com a recomendação médica para a realização da mamografia (0.173), com a recomendação médica para a realização da ecografia mamária (0.147), a realização do auto-exame mamário (0.147), a realização da mamografia (0.145), a realização da ecografia mamária (0.091), a frequência de realização da mamografia nos últimos 5 anos (0.143), a frequência de realização da ecografia mamária nos últimos 5 anos (0,132), a razão para a realização da mamografia (0.047). Está ainda positivamente correlacionada com a intenção da próxima mamografia (0.047), com a intenção da próxima ecografia mamária (0.035) e com a história pessoal e/ou familiar do cancro da mama (0.031).

- **Motivação para a Saúde (MS)**

A motivação para a saúde está correlacionada com a idade (0.222), com o estado civil (0.163), com a situação profissional (0.153), com o motivo das consultas de clínica geral (0.087), com a intenção da próxima mamografia (0.067) e com a intenção da próxima ecografia mamária (0.021).

**Tabela 16** – Correlações de Pearson entre os Questionários Sócio-Demográfico e de Comportamentos de Adesão aos Meios de Rastreamento e Diagnóstico do Câncer da Mama e a Escala de Crenças de Saúde (CS)

	CS					
	CS Total	SP	GP	BenP	BarP	MS
Q1	<b>0.196</b>	<b>0.091</b>	<b>0.176</b>	<b>0.006</b>	-0.043	<b>0.222</b>
Q2	<b>0.239</b>	<b>0.174</b>	<b>0.184</b>	<b>0.105</b>	-0.024	<b>0.163</b>
Q3	-0.140	-0.014	-0.198	<b>0.065</b>	-0.103	-0.021
Q4	<b>0.014</b>	-0.093	-0.013	-0.010	-0.041	<b>0.153</b>
Q5	-0.113	-0.153	-0.074	-0.061	-0.0178	<b>0.087</b>
Q6	-0.145	-0.019	-0.126	<b>0.003</b>	-0.023	-0.230
Q7.1.	-0.172	-0.106	-0.191	-0.155	<b>0.105</b>	-0.233
Q7.2.	-0.226	-0.112	-0.225	-0.070	<b>0.173</b>	-0.254
Q7.3.	-0.135	-0.133	-0.178	-0.081	<b>0.147</b>	-0.191
Q8.1.	-0.088	-0.177	-0.164	-0.138	<b>0.147</b>	-0.162
Q8.2.	-0.221	-0.132	-0.232	-0.082	<b>0.145</b>	-0.257
Q8.3.	-0.158	-0.138	-0.210	-0.105	<b>0.091</b>	-0.164
Q9	-0.117	-0.080	-0.193	-0.036	<b>0.143</b>	-0.225
Q10	-0.106	-0.119	-0.165	-0.099	<b>0.132</b>	-0.169
Q11	-0.169	-0.043	-0.230	-0.013	<b>0.047</b>	-0.150
Q12	-0.175	-0.105	-0.185	-0.055	-0.005	-0.091
Q13	<b>0.079</b>	<b>0.119</b>	<b>0.033</b>	<b>0.085</b>	<b>0.047</b>	<b>0.067</b>
Q14	<b>0.058</b>	<b>0.095</b>	<b>0.034</b>	<b>0.119</b>	<b>0.035</b>	<b>0.021</b>
Q15	-0.201	-0.126	-0.171	-0.089	-0.038	-0.089
Q16	-0.137	-0.084	-0.088	-0.096	-0.016	-0.059
Q17	-0.156	-0.231	-0.102	-0.027	<b>0.031</b>	-0.114
Q19	-0.195	-0.195	-0.146	-0.070	-0.059	-0.0178

SP – Susceptibilidade Percebida

GP – Gravidade Percebida

BenP – Benefícios Percebidos

BarP – Barreiras Percebidas

MS – Motivação para a Saúde

## **Questionário Sócio-Demográfico e Questionário de Comportamentos de Adesão aos Meios de Rastreio e Diagnóstico do Cancro da Mama e Escala de *Locus* de Controlo de Saúde (LCS)**

As correlações existentes entre as questões dos dados sócio-demográficos e sobre os comportamentos de adesão ao rastreio e diagnóstico do cancro da mama e a escala de *locus* de controlo de saúde variaram entre correlações estatisticamente significativas positiva ou negativamente. Os números identificados a negrito assinalam as correlações positivas enquanto com os restantes indicam as correlações negativas ou nulas. As informações das correlações destas variáveis estão agrupadas no Tabela 17.

- ***Locus* de Controlo de Saúde (LCS)**

O *locus* de controlo de saúde está positivamente correlacionado com a idade (0.370), com o estado civil (0.217), com a situação profissional (0.369), com a recomendação médica para a realização do auto-exame mamário (0.022), com a realização do auto-exame mamário (0.128), com a razão para a realização da ecografia mamária (0.018), com a intenção da próxima mamografia (0.027) e com a intenção da próxima ecografia mamária (0.003).

- ***Locus* de Controlo Interno**

O *locus* de controlo interno está positivamente correlacionado com a idade (0.225), com o estado civil (0.114), com a situação profissional (0.305), com frequência das consultas de clínica geral (0.012), com a recomendação médica para a realização do auto-exame mamário (0.005), com a realização do auto-exame mamário (0.089), a frequência de realização da ecografia mamária nos últimos 5 anos (0.043), com a razão para a realização da ecografia mamária (0.031), com a intenção da próxima mamografia (0.031) e com a intenção da próxima ecografia mamária (0.004).

- **Locus de Controlo Externo**

O *locus* de controlo externo está positivamente correlacionado com a idade (0.356), com o estado civil (0.195), com a situação profissional (0.317), com a realização da ecografia mamária (0.126), com a intenção da próxima mamografia (0.029), com a intenção da próxima ecografia mamária (0.019) e com a história pessoal e/ou familiar de cancro da mama (0.035).

**Tabela 17** – Correlações de Pearson entre os Questionários Sócio-Demográfico e de Comportamentos de Adesão aos Meios de Rastreio e Diagnóstico do Cancro da Mama e a Escala de *Locus* de Controlo de Saúde (LCS)

	LCS		
	LCS Total	Interno	Externo
Q1	<b>0.370</b>	<b>0.225</b>	<b>0.356</b>
Q2	<b>0.217</b>	<b>0.114</b>	<b>0.195</b>
Q3	-0.365	-0.231	-0.351
Q4	<b>0.369</b>	<b>0.305</b>	<b>0.317</b>
Q5	-0.123	-0.045	-0.098
Q6	-0.019	<b>0.012</b>	-0.082
Q7.1.	<b>0.022</b>	<b>0.005</b>	-0.011
Q7.2.	-0.206	-0.155	-0.225
Q7.3.	-0.032	-0.001	-0.094
Q8.1.	<b>0.128</b>	<b>0.089</b>	<b>0.126</b>
Q8.2.	-0.231	-0.167	-0.225
Q8.3.	-0.005	<b>0.032</b>	-0.052
Q9	-0.151	-0.088	-0.202
Q10	-0.021	<b>0.043</b>	-0.067
Q11	-0.145	-0.106	-0.159
Q12	<b>0.018</b>	<b>0.031</b>	0
Q13	<b>0.027</b>	<b>0.031</b>	<b>0.029</b>
Q14	<b>0.003</b>	<b>0.004</b>	<b>0.019</b>
Q15	-0.177	-0.092	-0.186
Q16	-0.139	-0.134	-0.122
Q17	-0.017	-0.011	<b>0.035</b>
Q19	-0.156	-0.095	-0.178

## Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* (EADS-21)

As correlações existentes entre as subescalas e a totalidade dos itens que constituem a escala de ansiedade, depressão e *stress*, variaram entre correlações estatisticamente significativas positiva ou negativamente. Os números identificados a negrito assinalam as correlações positivas enquanto com os restantes indicam as correlações negativas ou nulas. Verificam-se correlações significativamente positivas entre todas as dimensões da escala abordada. As informações das correlações destas variáveis estão agrupadas na Tabela 18.

**Tabela 18** – Correlações de Pearson entre as subescalas e a Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* (EADS-21).

	Ansiedade	Depressão	<i>Stress</i>
EADS-21	<b>0.906</b>	<b>0.914</b>	<b>0.929</b>
Ansiedade		<b>0.756</b>	<b>0.763</b>
Depressão	<b>0.756</b>		<b>0.786</b>
<i>Stress</i>	<b>0.763</b>	<b>0.786</b>	

## Escala de Crenças de Saúde (CS)

As correlações existentes entre as subescalas e a totalidade dos itens que constituem a escala de crenças de saúde variaram entre correlações estatisticamente significativas positiva ou negativamente. Os números identificados a negrito assinalam as correlações positivas enquanto com os restantes indicam as correlações negativas ou nulas. Verificam-se correlações significativamente positivas entre todas as dimensões da escala abordada. As informações das correlações destas variáveis estão agrupadas no Tabela 19.

**Tabela 19** – Correlações de Pearson entre as subescalas e a Escala de Crenças de Saúde.

	SP	GP	BenP	BarP	MS
CS	<b>0.640</b>	<b>0.865</b>	<b>0.559</b>	<b>0.420</b>	<b>0.557</b>
SP		<b>0.435</b>	<b>0.289</b>	<b>0.163</b>	<b>0.179</b>
GP	<b>0.435</b>		<b>0.387</b>	<b>0.321</b>	<b>0.3</b>
BenP	<b>0.289</b>	<b>0.387</b>		<b>0.183</b>	<b>0.328</b>
BarP	<b>0.163</b>	<b>0.321</b>	<b>0.183</b>		<b>0.027</b>
MS	<b>0.179</b>	<b>0.3</b>	<b>0.328</b>	<b>0.027</b>	

SP – Susceptibilidade Percebida

GP – Gravidade Percebida

BenP – Benefícios Percebidos

BarP – Barreiras Percebidas

MS – Motivação para a Saúde

### **Escala de *Locus* de Controlo de Saúde (LCS)**

As correlações existentes entre as subescalas e a totalidade dos itens que constituem a escala de *locus* de controlo de saúde variaram entre correlações estatisticamente significativas positiva ou negativamente. Os números identificados a negrito assinalam as correlações positivas enquanto com os restantes indicam as correlações negativas ou nulas. Verificam-se correlações significativamente positivas entre todas as dimensões da escala abordada. As informações das correlações destas variáveis estão agrupadas no Tabela 20.

**Tabela 20** – Correlações de Pearson entre as subescalas e a Escala de *Locus* de Saúde.

	Interno	Externo
LCS	<b>0.846</b>	<b>0.893</b>
Interno		<b>0.515</b>
Externo	<b>0.515</b>	

## **Correlações entre as Escalas de Ansiedade, Depressão e *Stress*; Crenças de Saúde e *Locus* de Controlo de Saúde**

As correlações existentes entre as subescalas e a totalidade dos itens que constituem cada uma das escalas variaram entre correlações estatisticamente significativas positiva ou negativamente. Os números identificados a negrito assinalam as correlações positivas enquanto com os restantes indicam as correlações negativas ou nulas. Verificam-se correlações significativamente positivas entre todas as dimensões das escalas aplicadas nesta investigação. As informações das correlações destas variáveis estão agrupadas no Tabela 21, 22, 23, 24, 25, 26.

**Tabela 21** – Correlações de Pearson entre as escalas e subescalas da Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* e Escala de Crenças de Saúde.

	CS	SP	GP	BenP	BarP	MS
EADS	<b>0,214</b>	<b>0,199</b>	<b>0,189</b>	<b>0,121</b>	<b>0,240</b>	<b>0,106</b>
Ansiedade	<b>0,253</b>	<b>0,155</b>	<b>0,196</b>	<b>0,079</b>	<b>0,220</b>	<b>0,150</b>
Depressão	<b>0,137</b>	<b>0,162</b>	<b>0,195</b>	<b>0,058</b>	<b>0,201</b>	<b>0,077</b>
<i>Stress</i>	<b>0,185</b>	<b>0,155</b>	<b>0,176</b>	<b>0,130</b>	<b>0,191</b>	<b>0,082</b>

SP – Susceptibilidade Percebida

GP – Gravidade Percebida

BenP – Benefícios Percebidos

BarP – Barreiras Percebidas

MS – Motivação para a Saúde

**Tabela 22** – Correlações de Pearson entre as escalas e subescalas da Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* e Escala de *Locus* de Controlo de Saúde.

	LCS	Interno	Externo
EADS	<b>0,259</b>	<b>0,265</b>	<b>0,150</b>
Ansiedade	<b>0,232</b>	<b>0,230</b>	<b>0,127</b>
Depressão	<b>0,193</b>	<b>0,188</b>	<b>0,101</b>
<i>Stress</i>	<b>0,195</b>	<b>0,192</b>	<b>0,126</b>

**Tabela 23** – Correlações de Pearson entre as escalas e subescalas da Escala de Crenças de Saúde e Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress*.

	EADS	Ansiedade	Depressão	<i>Stress</i>	
CS	<b>0,214</b>	<b>0,253</b>	<b>0,137</b>	<b>0,185</b>	SP – Susceptibilidade Percebida GP – Gravidade Percebida BenP – Benefícios Percebidos BarP – Barreiras Percebidas MS – Motivação para a Saúde
SP	<b>0,199</b>	<b>0,155</b>	<b>0,162</b>	<b>0,155</b>	
GP	<b>0,189</b>	<b>0,196</b>	<b>0,195</b>	<b>0,176</b>	
BenP	<b>0,121</b>	<b>0,079</b>	<b>0,058</b>	<b>0,130</b>	
BarP	<b>0,240</b>	<b>0,220</b>	<b>0,201</b>	<b>0,191</b>	
MS	<b>0,106</b>	<b>0,150</b>	<b>0,077</b>	<b>0,082</b>	

**Tabela 24** – Correlações de Pearson entre as escalas e subescalas da Escala de Crenças de Saúde e Escala de *Locus* de Controlo de Saúde.

	LCS	Interno	Externo	
CS	<b>0,351</b>	<b>0,301</b>	<b>0,284</b>	SP – Susceptibilidade Percebida GP – Gravidade Percebida BenP – Benefícios Percebidos BarP – Barreiras Percebidas MS – Motivação para a Saúde
SP	<b>0,081</b>	<b>0,079</b>	<b>0,022</b>	
GP	<b>0,369</b>	<b>0,318</b>	<b>0,303</b>	
BenP	<b>0,179</b>	<b>0,110</b>	<b>0,257</b>	
BarP	<b>0,349</b>	<b>0,348</b>	<b>0,238</b>	
MS	<b>0,211</b>	<b>0,150</b>	<b>0,238</b>	

**Tabela 25** – Correlações de Pearson entre as escalas e subescalas da Escala de *Locus* de Controlo de Saúde e Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress*.

	EADS	Ansiedade	Depressão	<i>Stress</i>
LCS	<b>0,259</b>	<b>0,232</b>	<b>0,193</b>	<b>0,195</b>
Interno	<b>0,265</b>	<b>0,230</b>	<b>0,188</b>	<b>0,192</b>
Ext.	<b>0,150</b>	<b>0,127</b>	<b>0,101</b>	<b>0,126</b>

**Tabela 26** – Correlações de Pearson entre as escalas e subescalas da Escala de *Locus* de Controlo de Saúde e Escala de Crenças de Saúde.

	CS	SP	GP	BenP	BarP	MS
LCS	<b>0,351</b>	<b>0,081</b>	<b>0,369</b>	<b>0,179</b>	<b>0,349</b>	<b>0,211</b>
Interno	<b>0,301</b>	<b>0,079</b>	<b>0,318</b>	<b>0,110</b>	<b>0,348</b>	<b>0,150</b>
Externo	<b>0,284</b>	<b>0,022</b>	<b>0,303</b>	<b>0,257</b>	<b>0,238</b>	<b>0,238</b>

SP – Susceptibilidade Percebida  
 GP – Gravidade Percebida  
 BenP – Benefícios Percebidos  
 BarP – Barreiras Percebidas  
 MS – Motivação para a Saúde

## DISCUSSÃO

Através da análise dos resultados obtidos com esta investigação podem ser retiradas algumas conclusões

As mulheres participantes neste estudo têm maioritariamente entre vinte e quatro e trinta e três anos, sendo a idade mínima e máxima treze e noventa e três anos, respectivamente. São casadas e têm o ensino secundário como nível de escolaridade. Quanto à situação profissional são predominantemente activas, a grande maioria das mulheres tem filhos e amamentou. Não apresentam história pessoal e/ou familiar de cancro da mama. Quanto à existência de doenças diagnosticadas às mulheres questionadas, as patologias cardiovasculares são maioritárias, seguidas das patologias metabólicas como diabetes, as patologias minoritárias, entre outras, são as psicopatologias apesar de grande parte delas afirmar não tomar nenhum tipo de psicofármaco.

As trezentas e cinquenta mulheres questionadas geralmente frequentam as consultas de clínica geral para vigiar a sua saúde apesar de apresentarem como principal motivo a doença. O intervalo de tempo entre as consultas é variável já que a resposta mais dada foi “outra opção” tendo sido referido, “quando necessário”, outros intervalos de tempo ou motivo de doença. Também foram indicados os restantes períodos como anualmente, de 6 em 6 meses e mensalmente.

No que diz respeito aos comportamentos de adesão aos meios de rastreio e diagnóstico do cancro da mama, a maioria das participantes afirmam obter a recomendação para fazerem o auto-exame mamário, a mamografia e a ecografia mamário por parte do médico de família e dizem cumprir estas indicações e realizar estes exames periodicamente.

Na **Escala de Ansiedade, Depressão e Stress** foram encontrados resultados significativamente positivos quando correlacionados com o instrumento dos dados sócio-demográficos e com o questionário dos comportamentos de adesão aos meios de rastreio e diagnóstico do cancro da mama.

As participantes demonstram-se mais ansiosas, com uma idade mais avançada, casadas, e activas profissionalmente. A ansiedade aumenta nas mulheres que realizam o auto-exame mamário e que efectuam a ecografia mamária.

As utentes apresentam maiores níveis de depressão com uma idade mais avançada, casadas, activas profissionalmente e que amamentaram os seus filhos. São mais deprimidas as que recebem a recomendação médica para a prática da ecografia mamária, as que efectuam o auto-exame mamário e a ecografia mamária. A depressão aumenta com a periodicidade com que realizaram a ecografia mamária nos últimos cinco anos e com a intenção e planeamento para efectuar a próxima mamografia e ecografia mamária.

As senhoras com níveis de *stress* aumentados tem uma idade mais avançada, são casadas, activas profissionalmente e amamentaram os seus filhos. Aumenta o *stress* quando obtêm recomendação médica para a execução da ecografia mamária, quando a efectuam e quando o número de vezes que a praticaram nos últimos cinco anos é maior. Demonstram maiores níveis de *stress* quando reflectem sobre quando irão efectuar a próxima mamografia e a próxima ecografia mamária.

Na **Escala de Crenças de Saúde** foram igualmente descobertas correlações estatisticamente positivas nos questionários dos dados sócio-demográficos e dos comportamentos de adesão ao rastreio e diagnóstico do cancro da mama.

A susceptibilidade percebida aumenta nas participantes com o aumento da idade, e quando o seu estado civil é casada. As senhoras apresentam maior consciência da sua susceptibilidade ao cancro da mama quando pensam sobre o momento de efectuar a próxima mamografia e a próxima ecografia mamária.

A gravidade percebida aumenta nas utentes com o aumento da idade e quando o seu estado civil é casada. Percepcionam a gravidade desta doença quando revelam a intenção de efectuar a próxima mamografia e a próxima ecografia mamária.

As participantes com idade mais avançadas, casadas e com nível de escolaridade do ensino secundário demonstram maior conhecimento dos benefícios percebidos. Da mesma forma em relação à frequência e periodicidade das consultas de clínica geral e da intenção de realizar a próxima mamografia e a próxima ecografia mamária num intervalo máximo de dois anos.

As barreiras percebidas são aumentadas quando existe antecedentes de história pessoal e/ou familiar do cancro da mama, quando as utentes recebem recomendação médica para a realização do auto-exame mamário, da mamografia e da ecografia mamária, quando praticam o auto-exame mamário, a mamografia e a ecografia mamária.

Também aumenta quando aumenta o número de vezes que efectuaram a mamografia e a ecografia mamária nos últimos cinco anos, quando apresentam alguma razão para praticarem a mamografia e, por último, quando revelam a intenção de executar a próxima ecografia mamária num intervalo máximo de dois anos.

As utentes e participantes do estudo demonstram uma maior motivação para a saúde numa idade mais avançada, quando são casadas e activas profissionalmente. Estão mais motivadas quando frequentam as consultas de clínica geral regularmente, quando revelam a intenção de realizar a próxima mamografia e a próxima ecografia mamária num período máximo de dois anos.

A **Escala de *Locus de Controlo de Saúde*** quando correlacionada com o instrumento dos dados sócio-demográficos e dos comportamentos de adesão aos meios de rastreio e diagnóstico do cancro da mama, apresentou correlações positivamente significativas.

O *locus* de controlo interno é aumentado quando as utentes questionadas têm uma idade mais avançada, casadas e profissionalmente activas. É aumentado pela frequência das consultas de clínica geral anualmente, quando obtêm a recomendação médica para a prática do auto-exame mamário, quando as próprias o efectuam periodicamente, quando as senhoras realizaram com frequência a ecografia mamária nos últimos cinco anos e quando apresentam uma razão para a prática da ecografia mamária e, por fim, quando revelam a intenção de efectuar a mamografia e a ecografia mamária nos próximos dois anos.

O *locus* de controlo externo é aumentado quando as participantes têm uma idade mais avançada, são casada, profissionalmente activas e quando apresentam antecedentes de história pessoal e/ou familiar de cancro da mama. O *locus* de controlo externo aumenta quando as senhoras realizam a ecografia mamária e quando revelam intenções de efectuar a próxima mamografia e a próxima ecografia mamária, num intervalo de tempo máximo de dois anos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após o planeamento e a concretização deste projecto de investigação podemos considerar que nem todas as informações e conclusões que se podem retirar dos resultados obtidos através da aplicação dos instrumentos referidos anteriormente vão de encontro com a bibliografia existente principalmente na população feminina portuguesa. Apesar dos dados estatísticos terem sido tratados de forma imparcial e fidedigna, os resultados obtidos através da escala de comportamentos de adesão aos meios de rastreio e diagnóstico do cancro da mama são “ideais”, as consideradas socialmente correctas e de maior desejabilidade social. Talvez tivesse sido útil e pertinente utilizar outro instrumento para avaliar até que ponto as respostas dadas são sinceras e verdadeiras, tal como a Escala de Desejabilidade Social de Marlowe-Crowne.

Através deste estudo pode ser concluído que devido à sua magnitude, o cancro da mama assume um papel de especial relevância na saúde da mulher, em que a prevenção primária e secundária parece ser a forma mais eficaz de reduzir as consequências desta doença tanto a nível físico, psicológico, psicossocial e comportamental. Acredita-se que investigações nesta área terão repercussões a médio e longo prazo na saúde populacional feminina.

Como sugestões para investigações futuras nesta área de estudo propõe-se o melhor controlo sobre a forma como são aplicados e recolhidos os questionários caso se mantenha um estudo quantitativo e pontual. A possibilidade de realizar estudos longitudinais com o objectivo de identificar variáveis psicológicas que interferem na adesão e nos programas de prevenção, promoção e educação para a saúde, bem como o consequente estudo em mulheres com a patologia de cancro da mama diagnosticada. Seria de igual forma interessante incentivar e realizar investigações longitudinais e comparativas entre os rastreios efectuados pela Liga Portuguesa Contra o Cancro e outras instituições particulares nacionais e internacionais que o fazem, aferindo os comportamentos de adesão de forma voluntária e as consequentes alterações em variáveis e constructos psicológicos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aiken, L. S., West, S. G., Woodward, C. K. & Reno, R. R. (1994). Health Beliefs and Compliance with Mammography-Screening Recommendations in Asymptomatic Women. *Health Psychology*, 13 (2), 122-129.
- Almeida, J. P. & Pereira, M. G. (2006). *Locus* de Controlo na Saúde: Conceito e Validação duma Escala em Adolescentes com Diabetes tipo I. *In Psicologia, Saúde & Doenças*, 7 (2), 221-238.
- Alto Comissariado da Saúde – Ministério da Saúde (ACS). (2010). [www.acs.min-saude.pt/pns/pt/doencas-neoplasicas/sobrevivencia-aos-5-anos-apos-cancro-da-mama/](http://www.acs.min-saude.pt/pns/pt/doencas-neoplasicas/sobrevivencia-aos-5-anos-apos-cancro-da-mama/)).
- American Cancer Society (ACS). (2010). [www.cancer.org/Cancer/BreastCancer/index?ssSourceSiteId=null](http://www.cancer.org/Cancer/BreastCancer/index?ssSourceSiteId=null)).
- Andrade, R., Santos, A. I., Trindade, I. & Teixeira, J. A. C. (2000). *Locus* de controlo de saúde, preocupação e adesão das mulheres ao rastreio do cancro do colo do útero. *In Ribeiro, J., Leal, I. & Dias, M. Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, 701-707.
- Araújo, M., Pardal, M., Sâncio, S., Santos, C. M. & Ferro, A. (2006). A adesão das Mulheres ao Auto-Exame da Mama (AEM). Estudo de uma População Feminina. *In Leal, I., Ribeiro, J. P. & Jesus, S. N. Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, 365-371.
- Araújo-Soares, V. & McIntyre, T. (2000). É possível viver apesar da dor!...Avaliação da eficácia de um programa de intervenção psicológica multimodal em pacientes com dor crónica. *In Psicologia, Saúde & Doenças*, 1 (1), 101-112.
- Azaiza, F. & Cohen, M. (2006). Health Beliefs and Rates of Breast Cancer Screening among Arab Women. *In Journal of Women's Health*, 15(5), 520-530.
- Baldaro, B., Surcinelli, P., Rossi, A., Fasol, R., Mazzetti, M & Bolzani, R. (2007). Short Communication: Investigation into Factors that Promote Adherence to a Mammography Screening Programme. *In Stress and Health*, 23, 277-283.
- Baltar, M., Ribeiro, J. L. P. & Torres, A. F. (2004). Qualidade de vida, Respostas Emocionais e de *Coping* em mulheres com Cancro da Mama e Ginecológico. *In Ribeiro, J. & Leal, I. Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, 381-387.

- Baltar, M., Ribeiro, J. L. P. & Torres, A. F. (2004). Qualidade de vida, respostas emocionais e de *coping* em mulheres com cancro da mama e ginecológico. In Ribeiro, J. & Leal, I. *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, 381-387.
- Bastos, J., Barros, H. & Lunet, N. (2007). Evolução da Mortalidade por Cancro da Mama em Portugal (1955-2002). *Acta Med. Port.* 20, 139-144.
- Bennett, P. (2002). *Introdução Clínica à Psicologia da Saúde – Manuais Universitários* 23. Climepsi Editores: Lisboa. (Tradução do original em Inglês *Introduction to Clinical Health Psychology*. Buckingham: Open University Press).
- Bettencourt, B. A., Talley, A. E., Molix, L., Schlegel, R. & Westgate, S. J. (2008). Rural and Urban Breast Cancer Patients: Health Locus of Control and Psychological Adjustment. *Psycho-Oncology*, 17, 932-939.
- Bloom, J., Stewart, S., Johnston, M. & Banks, P. (1998). Intrusiveness of illness and quality of life in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 7, 89-100.
- Burgess, C., Morris, T., Pettingale, K.W. (1988). Psychological response to cancer diagnosis, II: evidence for coping styles. *Journal of Psychosomatic Research*. 32, 263-272.
- Burgess, C. C., Bish, A. M., Hunter, H. S., Salkovskis, P., Michell, M. *et al* (2000). Promoting Early Presentation of Breast Cancer: Development of a Psycho-educational Intervention. *Chronic Illness*, 4, 13-27.
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M. & Ramirez, A. (2005). Depression and Anxiety in Women with Early Breast Cancer: Five year Observational cohort study. *British Medical Journal*, 330, 702-706.
- Cardoso, A. (1999). *Manual de Tratamento da Dor Crónica*. Lisboa: Lidel.
- Carmo, I., Barata, J. L. T., Paçô, M. & Fagundes, M. J. (2008). *Mulher 50 +/- 10 – Um guia para a mulher na maturidade*. Publicações Dom Quixote: Alfragide.
- Champion, V. L. (1984). Instrument Development for Health Belief Model Constructs. *Aspen Systems Corporation*, 73-85.
- Champion, V. L. (1985). Use of The Health Belief Model in Determining Frequency of Breast Self-Examination. *Research in Nursing & Health*, 8, 373-379.
- Champion, V. L. (1987). The Relationship of Breast Self-Examination to Health Belief Model Variables. *Research in Nursing & Health*, 10, 375-382.
- Champion, V. L. & Miller, T. K. (1992). Variables related to Breast Cancer Self-Examination. *Psychology of Women Quarterly*, 16, 81-96.

- Champion, V. L. (1993). Instrument Refinement for Breast Cancer Screening Behaviors. *Nursing Research*, 42 (3), 139-143.
- Champion, V. & Huster, G. (1995). Development Benefits and Barriers Scale for Mammography Utilization. *Cancer Nursing*, 18, 53-59.
- Champion, V. L. & Scott, C. (1997). Reliability and Validity of Breast Cancer Screening Belief Scales in African American Women. *Nursing Research*, 46 (6), 331-337.
- Champion, V. L. & Springston, J. (1999). Mammography Adherence and Beliefs in a Sample of Low-Income African American Women. *International Journal of Behavioral Medicine*, 6(3), 228-240.
- Champion, V. (1999a). Revised Susceptibility, Benefits and Barriers Scale for Mammography Screening. *Research in Nursing & Health*. 22, 341–348.
- Champion, V. & Skinner, C. (2003). Differences in Perceptions of Risk, Benefits, and Barriers by Stage of Mammography Adoption. *Journal of Womens Health*, 12, 277–286.
- Coleta, M. F. D. (2003). Escalas para Medidas das Crenças em Saúde: Construção e Validação. *Avaliação Psicológica*, 2 (2), 111-122.
- Compas, B.E., Stoll, M.F., Thomsen, A.H., Oppedisano, G., Epping-Jordan, J.E., & Krag, D.N. (1999). Adjustment to Breast Cancer: age-related differences in coping and emotional distress. *Breast Cancer Research and Treatment*, 54 (3), 195-203.
- Costa, A. & Patrão, I. (2010). Sexualidade e Imagem Corporal em Mulheres Mastectomizadas: Um Estudo Qualitativo. In Leal, I., Ribeiro, J. P., Marques, M. & Pimenta, F. *Actas do 8º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, 41-48.
- Coutinho, A. & Varela, M. (2010). Eu e Tu depois do Cancro. In Leal, I., Ribeiro, J. P., Marques, M. & Pimenta, F. *Actas do 8º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, 13-21.
- Demarbre, V. (1994). Adherencia terapéutica: Una asignatura pendiente en el campo de la Psicología de la Salud. *Anuário de Psicología*, 61, 71-77.
- Dershaw, D. (2002). Mammography: current status and high risk screening. Comunicação apresentada na 30ª Conferência sobre Cancer de Mama. Dallas. <http://www.mskcc.org/mskcc/html/65281.cfm>.

- Dias, M. R. (1997). *A Esmeralda Perdida: A Informação ao doente com Cancro da Mama*. ISPA: Lisboa.
- Dias, M. R. & Durá, E. (2002). *Territórios da Psicologia Oncológica – Manuais Universitários 22*. Climepsi Editores: Lisboa.
- Dias, A.R. (2007). *Dor Crónica – Um problema de Saúde Pública*. Psicologia.com.pt, 1-8.
- Diamond, A. W., Coniam, S.W. (1999). *Controlo da Dor Crónica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Diniz, A. M. (2004). *Sobre essas coisas a que chamamos crenças – Manuais Universitários 33*. Climepsi Editores: Lisboa.
- DiPlacido, J., Zauber, A. & Redd, W. (1998). Psychosocial Issues in Cancer Screening. In J. Holland, *Psycho-Oncology* (pp. 161-174). New York: Oxford University Press.
- Direcção Geral da Saúde (2002). *Rede de Referenciação Hospitalar de Oncologia*. Lisboa: DGS
- Direcção Geral da Saúde (2004a). *Risco de Morrer em Portugal. Estatísticas, Volume II*. Lisboa: DGS
- Direcção Geral da Saúde (2006). Directivas para realizar rastreios. [www.dgssaude.min-saude.pt](http://www.dgssaude.min-saude.pt)
- Dirksen, S. (2004). Breast Disorders. In S. Lewis, M. Heitkemper, & S.R. Dirksen (Orgs.), *Medical Surgical Nursing* (pp. 1360–1361). St. Louis, MI: Mosby.
- Faria, C. & Xarepe, F. (2000). «Dor de Peito; Mal de Amor». In Ribeiro, J., Leal, I. & Dias, M. *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, 241-252.
- Farinha, A. (2006). Stress e Coping em Mulheres com Cancro da Mama. *Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica*. Lisboa: ISPA
- Farmer, D., Reddick, B., D’Agostino, R. & Jackson, S. A. (2007). Psychosocial Correlates of Mammography Screening in Older African American Women. *In Oncology Nursing Forum*, 34 (1), 117-123.
- Fernandes, S. M. R. (2009). *Preditores Psicossociais do Ajustamento à Doença e Tratamento em Mulheres com Cancro da Mama: O Papel do Estado Emocional, das Representações de Doença, do Optimismo e dos Benefícios Percebidos*. Tese de Dissertação de Mestrado. Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.

- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science and Medicine*, 45, 1207-1221.
- Fugita, R. & Gualda, D. (2006). A causalidade do câncer de mama à luz do Modelo de Crenças da Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 40(4), 501-506.
- Gomes, V., Monteiro, R., Albuquerque, C. & Martins, R. (2008). Determinantes Psicossociais da Qualidade de Vida da Mulher com Cancro da Mama. In Leal, I., Ribeiro, J., & Marques, S. *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, 713-716.
- Gouveia, P., Tapadinhas, A. R. (2008). “E depois da tempestade...A bonança?”: As emoções e o cancro da mama: Um estudo comparativo. In Leal, I., Ribeiro, J., & Marques, S. *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, 513-516.
- Hoffmann, F. S., Muller, M. C. & Frasson, A. L. (2006). Repercussões Psicossociais, Apoio Social e Bem-estar Espiritual em mulheres com Câncer de Mama. In *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7 (2), 239-254.
- Holahan, C. & Moos, R. (1985). Life Stress and Health: Personality, Coping, and Family Support in Stress Resistance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 739- 747.
- Holland, J. & Marchini, A. (1998). International Psycho-oncology. In J. Holland, *Psycho-Oncology* (pp. 1165-1172). New York: Oxford University Press.
- Holland, J. (1998 a). Societal Views of Cancer and the Emergence of Psycho-Oncology. In J. Holland, *Psycho-Oncology* (pp. 3-15). New York: Oxford University Press.
- Holland, J. (1998 b). Biology of Cancer for the Psycho-Oncologist. In J. Holland, *Psychooncology* (pp. 16-26). New York: Oxford University Press
- Holland, J. & Lewis, S. (2001). *The Human side of cancer: Living with hope, coping with uncertainty*. New York: HarperCollins Publishers
- Holland, K. D. & Holahan, C. K. (2003). The Relation of Social Support and Coping to Positive Adaptation to Breast Cancer. *Psychology and Health*, 18 (1), 15-29.
- Horne, R. (1997). Representation of Medication and Treatment: Advances in Theory and Measurement). In K. J. Petrie, & J. A. Weinman. *Perceptions of Health and Illness: Current Research & Applications* (pp.155-188). Singapore: Harwood Academic Publishers.
- Horne, R. & Weinman, J. (1998). Predicting Treatment Adherence: An Overview of Theoretical Models. In L. Myers, & K. Midence. *Adherence to Treatment in*

- Medical Conditions* (pp.25-50). Amsterdam, Netherlands: Harwood Academic Publishers.
- Horne, R. & Weinman, J. (1999). Patients' beliefs about Prescribe Medicines and their role in Adherence to Treatment in Chronic Physical Illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 47 (6), 555-567.
- Horne, R. (2000). Compliance, Adherence and Concordance. In P. Gard. *Behavioural Approach to Pharmacy Practice* (pp.166-183). London: Blackwell.
- Katapodi, M. C., Dodd, M. J., Lee, K. A. & Facione, N. C. (2009). Underestimation of Breast Cancer Risk: Influence on Screening Behavior. *In Oncology Nursing Forum*, 36(3), 306-314.
- Lawson, A. & Lawson, J. (2000). *Cancro da Mama – Pode Prevenir-se?* McGraw-Hill: Lisboa.
- Ley, P. (1997). Compliance among patients. In A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West & C. McManus. *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (pp.281-285). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Liga Portuguesa Contra o Cancro (2010). [www.ligacontracancro.pt/content.aspx?sid=3fc14fae-ccd1-4dfc-9d82-c529c33c8982&cntx=zm51EZ10OgnjX5cUwfkPStIKptx3Nnm5CCWIT9%2B5eQ%3D](http://www.ligacontracancro.pt/content.aspx?sid=3fc14fae-ccd1-4dfc-9d82-c529c33c8982&cntx=zm51EZ10OgnjX5cUwfkPStIKptx3Nnm5CCWIT9%2B5eQ%3D).
- Lorhisch, C. & Piccart, M. (2006). Câncer de Mama. In *UICC Manual de Oncologia Clínica*, 8<sup>a</sup> ed., 23, 505-535.
- Lueboonthavatchai, P. (2007), Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer. *Journal Medical Association of Thai*, 90 (10), 2164-2174.
- Mack, K. P., Pavao, J., Tabnak, F., Knutson, K. & Kimerling, R. (2009). Adherence to Recent Screening Mammography among Latinas: Findings from the California Women's Health Survey. *In Journal of Women's Health*, 18 (3), 347-354.
- Magai, C., Consedine, N., Neugut, A. I. & Hershman, D. L. (2007). Common Psychosocial Factors Underlying Breast Cancer Screening and Breast Cancer Treatment Adherence: A Conceptual Review and Synthesis. *In Journal of Women's Health*, 16 (1), 11-23.
- Marks, D.F.; Murray, M.; Evans, B. & Willig, C. (2000). *Health Psychology. Theory, Research and Practice*. London: Sage Publications.

- Marinho, C. S. & Teixeira, J. C. (2000). Rastreio Oncológico – Adesão de mulheres à realização da mamografia. *In Ribeiro, J., Leal, I. & Dias, M. Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, 197-205.
- Marôco, J. (2010). *Análise Estatística: com o PASW Statistics (ex-SPSS)*. Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Medeiros, J., Lopes, P., Pereira, A., Melo, A., Vaz, A., Pereira, A. (2005). Gastroscopy without Sedation using lidocaine gel for pharyngeal anaesthesia – Patients expectations and behaviour. *Jornal Português de Gastrenterologia*, 12, 156-160.
- Miller, S.L.B., Jones, L. E., Carney, C. P. (2005). Psychiatric sequelae following breast cancer chemotherapy: A pilot Study using claims data. *Psychosomatics*, 46, 517-522.
- Moreira, H., Silva, S. & Canavarro, M. C. (2008). Qualidade de Vida e Ajustamento Psicossocial da Mulher com Cancro da Mama: do Diagnóstico à Sobrevivência. *In Psicologia, Saúde & Doenças*, 9 (1), 165-184.
- Murray, M. & McMillan, C. (1993). Social and behavioural predictors of women's cancer screening practices in Northern Ireland. *Journal of Public Health Medicine*, 15, 2, 147-153.
- Norman, P., & Bennett, P. (1996). Health locus of control. *In M. Conner, & P. Norman, Predicting health behaviour* (pp. 62-94). United States of America: Open University Press.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores (Tradução do original em inglês *Health psychology: A textbook*. Buckingham: Open University Press, s.d.).
- Ogden, J. (2004). *Compreender o Cancro da Mama*. Climepsi Editores: Lisboa.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde – Manuais Universitários 11*. Climepsi Editores: Lisboa, 261-284.
- O'Neill, S. C., Bowling, J. M., Brewer, N. T., Lipkus, I. M., Skinner, C. S., *et al* (2008). Intentions to Maintain Adherence to Mammography. *In Journal of Women's Health*, 17(7), 1133-1141.
- Organização Mundial da Saúde (2002). Cuidados Inovadores para Condições Crónicas. Componentes estruturais de acção. Relatório mundial.
- Oswiecki, D. M. & Compas, B. E. (1999). A Prospective Study of Coping, Perceived Control, and Psychological Adaptation to Breast Cancer. *Cognitive Therapy and Research*, 23 (2), 169-180.

- Pargana, C. & Patrão, I. (2010). Estratégias de *Coping* no Cancro da Mama – Religião e Espiritualidade. In Leal, I., Ribeiro, J. P., Marques, M. & Pimenta, F. *Actas do 8º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, 168-177.
- Patrão, I., Teixeira, J. A. C. & Inácio, M. R. (2000). Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do colo do útero – Estudo exploratório em mulheres dos 20/65 anos. In Ribeiro, J., Leal, I. & Dias, M. *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, 373-380.
- Patrão, I. A. M. (2001). Eu faço, Tu fazes, Elas ainda não fizeram... Comportamentos de Adesão ao Rastreio do Cancro do Colo do Útero. Tese de Dissertação de Mestrado de Psicologia da Saúde. Instituto Superior de Psicologia Aplicada – Instituto Universitário.
- Patrão, I. & Leal, I. (2004). Abordagem do Impacto Psicossocial no adoecer da mama. In *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), 53-73.
- Patrão, I. A. M. (2007). O Ciclo Psico-Oncológico no Cancro da Mama: Estudo do Impacto Psicossocial do Diagnóstico e dos Tratamentos. Tese de Dissertação de Doutoramento em Psicologia da Saúde. Instituto Superior de Psicologia Aplicada – Instituto Universitário e Universidade Nova de Lisboa.
- Patrão, I. (2008). Os benefícios da intervenção psicológica em grupo: Resultados de acompanhamento de um grupo de mulheres com cancro da mama. In Leal, I., Ribeiro, J., & Marques, S. *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, 275-282.
- Paul, C. & Fonseca, A. M. (2001). *Psicossociologia da Saúde – Manuais Universitários* 20. Climepsi Editores: Lisboa.
- Pereira, J. R. & Teixeira, J. C. (2000). Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro da próstata. In Ribeiro, J., Leal, I. & Dias, M. *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, 391-399.
- Pereira, M. G. & Lopes, C. (2002). *O Doente Oncológico e a sua Família – Manuais Universitários* 25, 2ª Edição. Climepsi Editores: Lisboa, 15-25.
- Pereira, A.C.M. (2008). Promoção e Comportamentos de Saúde: Intervenção Diagnóstica no Cancro da Mama. Tese de Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro, Departamento de Ciências da Educação.
- Pereira, R. & Teixeira, J. A. C. (2010). Experiência de Suporte Social em Mulheres com Cancro da Mama. In Leal, I., Ribeiro, J. P., Marques, M. & Pimenta, F. *Actas do 8º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, 771-780.

- Pinder, K.L., Ramirez, A.J., Black, M.E., Richards, M.A., Gregory W.M., Rubens R.D. (1993). Psychiatric Disorder in Patients with Advanced Breast Cancer: Prevalence and Associated Factors. *European Journal of Cancer*, 29, 524-527.
- Rakowski, W., Dube, C. E., Marcus, B. H., Prochaska, J. O., Velicer, W. F. *et al* (1992). Assessing Elements os Women’s Decisions about Mammography. *Health Psychology*, 11 (2), 111-118.
- Rowland J.H. (1989). Developmental Stage and Adaptation. In Holland J.C., Rowland J.H., *Handbook of Psicooncology*, (25-43). New York: Oxford University Press.
- Rebelo, V., Rolim, L., Carqueja, E. & Ferreira, S. (2007). Avaliação da Qualidade de Vida em mulheres com Cancro da Mama: Um Estudo Exploratório com 60 mulheres portuguesas. *In Psicologia, Saúde & Doenças*, 8 (1), 13-32.
- Reis, M. A. & Teixeira, J. A. C. (2000). Rastreio Oncológico – Adesão das mulheres ao auto-exame da mama. *In Ribeiro, J., Leal, I. & Dias, M. Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, 505-519.
- Ribeiro, J. L. P. (1994). Reconstrução de um Escala de Locus-de-Controlo de Saúde. *Psiquiatria Clínica*, 15(4), 207-214.
- Ribeiro, J.L.P. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Ribeiro, J. P., Honrado, A. & Leal, I. (2004). Contribuição para o Estudo da Adaptação Portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (2), 229-239.
- Ribeiro, J.L.R. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, J. L. P. (2007). *Avaliação em Psicologia da Saúde – Instrumentos publicados em português*. Psicologias série Psicologia e Saúde. Quarteto: Coimbra.
- Richardson, J. L. & Sanchez, K. (1988). Compliance with Cancer Treatment. *In Psycho-oncology*, 67-77.
- Ricks, D.M.S. (2005). *Breast Cancer Basics and Beyond*. Alameda CA: Hunter House Publishers.
- Rotter, J. B. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 56-67.
- Rotter, J. B. (1990). Internal versus External Control of Reinforcement: A case history of a variable. *American Psychologist*, 45, 489-493.

- Rowland, J. H. & Massie, M. J. (1998). Breast Cancer. In Holland, *Psycho-Oncology* (pp. 380-399), New York: Oxford University Press.
- Rowland, J., Desmond, K., Meyerowitz, B., Belin, T., Wyatt, G. & Ganz, P. (2000). Role of Breast Reconstructive Surgery in Physical and Emotional outcomes among Breast Cancer Survivors. *Journal of the National Cancer Institute*, 92, 17, 6, 1422-1429.
- Rosenstock, M. (1965). Why people use Health Services. *Milbank Quarterly*, 44, 94–127.
- Rosenstock, M. (1990). The Health Belief Model: Explaining Health Behavior through expectancies. In K. Glanz, F. Lewis, & B. Rimer (Orgs.). *Health Behavior and Health Education*. (pp.39-62). São Francisco: Jossey–Bass.
- Sadler, G. R., Ko, C. M., Cohn, J. A., White, M., Weldon, R. & Wu, P. (2007). Breast Cancer knowledge, attitudes, and screening behaviors among African American women: the Black cosmetologists promoting health program. *In BMC Public Health*, 7(57).
- Santos, M. C. & Teixeira, J. C. (2000). Adesão ao auto-exame da mama, locus de controlo para a saúde e expectativa de auto-eficácia (estudo exploratório com mulheres de idade igual ou superior a 30 anos). *In Ribeiro, J., Leal, I. & Dias, M. Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, 569-579.
- Santos, M. M. V. (2001). Impasse e Cancro da Mama: Uma questão de tempo?. Tese de Dissertação de Mestrado de Psicossomática. Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Santos, C. (2006). *Doença Oncológica – Representação, Coping e Qualidade de Vida*. Formasau e Escola Superior de Enfermagem de São João: Coimbra.
- Sarafino, E. (1994). *Health Psychology – Biopsychosocial Interaction* (2ª Ed.) New York: Wiley & Sons, Inc.
- Sarafino, E.P. (2002). *Health Psychology - Biopsychosocial Interactions* (4ª Ed.) New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Silva, I. & Ribeiro, J. (2000). Programa de Intervenção Psicológica num grupo de indivíduos com problemas de pé diabético. *In Ribeiro, J.; Leal, I. & Dias, M. Actas do 3.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, 311-322.
- Sloan, D. A. (2006). Rastreamento e Detecção Precoce. *In UICC Manual de Oncologia Clínica*, 8ª ed., 7, 139-158.

- Smith, D., Lester, S.C. & Meyer, J. E. (1999). Large-core needle biopsy of nonpalpable breast lesions. *Journal of the American Medical Association*, 281, 1638-1641.
- Sousa, M. R. M. G. C. (2003). Estudo dos Conhecimentos e Representações de doenças associadas à adesão terapêutica nos diabéticos tipo 2. Tese de Dissertação de Mestrado. Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.
- Taylor, (1999). *Health Psychology*. New York: McGraw-Hill International Editions.
- Teixeira, J. A. C. (2007). *Psicologia da Saúde – Contextos e Áreas de Intervenção – Manuais Universitários 50*. Climepsi Editores, Lisboa.
- Torres, A., Pereira, A. & Monteiro, S. (2010). Contributo para a Saúde Mental das Mulheres com Cancro da Mama: A Terapia de Grupo Cognitivo-Comportamental. In Leal, I., Ribeiro, J. P., Marques, M. & Pimenta, F. *Actas do 8º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, 81-89.
- Trindade, I. & Teixeira, J. A. C. (2007). *Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários – Manuais Universitários 17. 2ª Edição*. Climepsi.
- Turk, D. & Meichenbaum, D (1991). Adherence to self-care regimens: The patient's perspectiva. In J. Sweet, *Handbook of Clinical Psychology in Medical Settings* (pp. 249-267). New York: New York Press.
- Tyndel, S., Clements, A., Bankhead, C., Henderson, N. J., Brain, K., Watson, E., *et al.* (2008). Mammographic Screening for young women with a family history of breast cancer: knowledge and views of those at risk. In *British Journal of Cancer*, 99, 1007-1012.
- Varela, A. (2006). Perturbação de Pós-Stress Traumático em Mulheres com Cancro da Mama: A Relação com a Estratégias de Coping, Satisfação com o Suporte Social e Sentido de Coerência. *Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Varela, M. & Leal, I. (2007). Estratégias de Coping em Mulheres com Cancro da Mama. *Análise Psicológica*, 3(XXV), 479-488.
- Wallston, B. S., Wallston, K. A., Kaplan, G. D. & Maides, S. A. (1976). The Development and Validation of the Health related *Locus* of Control (HLC) Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 580-585.
- Wallston, K. (1991). The Importance of Placing Measures of Health Locus of Control in Aheoretical Context. *Health Education Research: Theory and Practice*, 6, 251-252.

- Wallston, K. (1992). Hocus, Pocus, the Focus isn't strictly on locus: Rotter's Social Learning Theory modified for Health. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 2, 183-199.
- Watson, M.; Greer, S.; Rowden, L.; Gorman, C.; Robertson, B.; Bliss, J. m. & Tunnore, R. (1991). Relationships between emotional control adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychological Medicine*, 21, 51-57.
- World Health Organization (WHO). (2001). Câncer incidence, mortality and prevalence worlwide. Geneva. <http://www.who.int/en/>.
- World Health Organization (WHO). (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Switzerland.

## ANEXOS

- Carta de pedido de autorização para recolha da amostra no ACES de Odivelas;
- Questionário aplicado às participantes da amostra de estudo;
- Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* (EADS-21) (Pais-Ribeiro, Honrado e Leal, 2004);
- Escala de Crenças de Saúde resultantes desta investigação;
- Escala de *Locus* de Controlo de Saúde resultantes desta investigação;
- Material adicional da análise descritiva e factorial dos instrumentos utilizados.

**Carta de pedido de autorização redigida pela autora e estagiária do ACES de  
Odivelas**

Exma. Senhora  
Directora do ACES de Odivelas  
Dra. Margarida do Vale

Lisboa, 18 de Fevereiro de 2010

Venho por este meio solicitar a Vossa Exma que permita que a Dr<sup>a</sup> Alexandra Sofia Rianço Paulo, licenciada em Radiologia e aluna do Mestrado de Psicologia da Saúde, 2º Ciclo do Instituto Superior de Psicologia Aplicada, faça a recolha da amostra no Agrupamentos de Centros de Saúde de Odivelas, para a realização da sua tese. A Tese de Mestrado tem como tema «Os Comportamentos de Adesão aos Meios de Rastreio e Diagnóstico do Cancro da Mama» e está sob a orientação da Prof. Dra. Isabel Leal, docente do ISPA.

Agradeço desde já a sua atenção e disponibilidade,

Alexandra Paulo

**Carta de pedido de autorização redigida pela Prof. Dra. Ivone Patrão, orientadora  
de estágio para a Direcção do ACES de Odivelas**

ENTRADA N.º 63

22 / 2 / 10

no rec. 14701



**De: Drª Ivone Patrão – Núcleo de Psicologia**

**Dirigido: Directora Executiva – Drª Margarida Vale**

**Coordenadora Unidade Funcional Odivelas A - Dra. Elsa Zita**

**Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados na Unidade Funcional Odivelas A**

Venho por este meio solicitar a autorização para recolha de dados na Unidade Funcional Odivelas A, na sala de espera, junto das utentes do sexo feminino.

Trata-se de um projecto de investigação de uma das estagiárias que acolhemos no ACES de Odivelas, na Unidade Funcional A, na temática dos comportamentos de adesão ao rastreio do cancro da mama.

Em anexo junto a carta da Estagiária.

Com melhores cumprimentos,

DATA: 19. fev. 10

A Psicóloga

(Ivone Patrão, Profª Drª)

Tel. 21 9348880

Fax. 21 9348881



**O presente questionário é individual, anónimo e confidencial e tem como finalidade a realização de um Projecto de Investigação acerca dos Comportamentos de Adesão ao Rastreio e Diagnóstico do Cancro da Mama.**

**Para que a sua colaboração seja útil, é imprescindível que responda a cada questão e a todas com a maior sinceridade, seriedade e segundo a sua opinião.**

**Não existem respostas certas ou erradas, a sua opinião será a melhor resposta.**

**Agradecemos desde já a sua colaboração e disponibilidade.**

1. Idade: \_\_\_\_\_

2. Estado civil (**escolha uma das seguintes opções**):

- Solteira
- Casada/União de facto
- Divorciada/Separada
- Viúva

3. Nível de Escolaridade (**escolha uma das seguintes opções**):

- Ensino Primário
- Ensino Básico
- Ensino Secundário
- Ensino Superior
- Outro: Qual? \_\_\_\_\_

4. Situação Profissional (**escolha uma das seguintes opções**):

- Activa
- Activa/Baixa
- Desempregada
- Reformada
- Outra: Qual? \_\_\_\_\_

5. Habitualmente vai a consultas de Clínica Geral (**escolha uma das seguintes opções**):

- Por doença
- Para vigiar a sua Saúde

6. Frequenta as consultas de Clínica Geral (**escolha uma das seguintes opções**):

- Mensalmente
- De 6 em 6 meses
- Anualmente
- Nunca
- Outra opção: Qual? \_\_\_\_\_

7. Algum médico lhe recomendou a realização de ...

- |                          |                              |                              |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 7.1. Auto-Exame mamário? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 7.2. Mamografia?         | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 7.3. Ecografia Mamária?  | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

8. Já alguma vez efectuou...

- |                          |                              |                              |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 8.1. Auto-Exame mamário? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 8.2. Mamografia?         | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 8.3. Ecografia Mamária?  | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

**9. Nos últimos 5 anos... (escolha uma das seguintes opções):**

- Efectuei uma Mamografia todos os anos.
- Efectuei uma Mamografia de 3 em 3 meses.
- Só fiz uma Mamografia.
- Não fiz nenhuma Mamografia.

**10. Nos últimos 5 anos... (escolha uma das seguintes opções):**

- Efectuei uma Ecografia Mamária todos os anos.
- Efectuei uma Ecografia Mamária de 3 em 3 meses.
- Só fiz uma Ecografia Mamária.
- Não fiz nenhuma Ecografia Mamária.

**11. A realização da Mamografia (escolha uma das seguintes opções):**

- Foi por minha iniciativa.
- Foi recomendada pelo Médico de Família.
- Foi sugerida por um familiar/amigo.
- Faz parte de um check-up de rotina
- Outra razão: Qual? \_\_\_\_\_

**12. A realização da Ecografia Mamária (escolha uma das seguintes opções):**

- Foi por minha iniciativa.
- Foi recomendada pelo Médico de Família.
- Foi sugerida por um familiar/amigo.
- Faz parte de um check-up de rotina
- Outra razão: Qual? \_\_\_\_\_

**13. Quando vai fazer a próxima Mamografia? (escolha uma das seguintes opções):**

- Não vou realizar Mamografia.
- Este ano vou realizar uma Mamografia.
- No próximo ano vou realizar uma Mamografia.
- Daqui a 2 anos vou realizar uma Mamografia.
- Outra opção: Qual? \_\_\_\_\_

**14. Quando vai fazer a próxima Ecografia Mamária? (escolha 1 das seguintes opções):**

- Não vou realizar Ecografia Mamária.
- Este ano vou realizar uma Ecografia Mamária.
- No próximo ano vou realizar uma Ecografia Mamária.
- Daqui a 2 anos vou realizar uma Ecografia Mamária.
- Outra opção: Qual? \_\_\_\_\_

15. Tem filhos (as)?  Sim  Não
16. Amamentou o (os) seu (s) filho (s)?  Sim  Não
17. Teve ou tem algum familiar próximo com Cancro da Mama?  Sim  Não
18. Têm alguma doença diagnosticada? Qual? \_\_\_\_\_
19. Toma algum tipo de psicofármaco?  Sim  Não
20. Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si **durante a semana passada**.

A classificação é a seguinte: **0** – Não se aplicou nada a mim;

**1** – Aplicou-se a mim algumas vezes;

**2** – Aplicou-se a mim de muitas vezes;

**3** – Aplicou-se a mim a maior parte das vezes.

Questões	0	1	2	3
1. Tive dificuldades em acalmar-me.				
2. Senti a minha boca seca.				
3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo.				
4. Senti dificuldades em respirar.				
5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas.				
6. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações.				
7. Senti tremores (por ex., nas mãos).				
8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa.				
9. Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula.				
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro.				
11. Dei por mim a ficar agitada.				
12. Senti dificuldade em relaxar-me.				
13. Senti-me desanimada e melancólica.				
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer.				
15. Senti-me quase a entrar em pânico.				
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada.				
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa.				
18. Senti que por vezes estava sensível.				
19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico.				
20. Senti-me assustada sem ter tido uma boa razão para isso.				
21. Senti que a vida não tinha sentido.				

21. Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale com uma cruz (x) a opção que traduz a sua opinião. A classificação é a seguinte:

**0** – Discordo totalmente;

**1** – Discordo;

**2** – Indiferente;

**3** – Concordo;

**4** – Concordo Totalmente.

<b>Questões</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1. É bastante provável que eu possa vir a ter Cancro da Mama.					
2. A minha saúde física torna mais provável que venha a ter Cancro de Mama.					
3. A probabilidade de eu vir a ter Cancro da Mama nos próximos anos é elevada.					
4. Existe uma forte possibilidade de ter Cancro de Mama.					
5. Eu preocupo-me muito com o Cancro da Mama.					
6. No próximo ano vou ter Cancro de Mama.					
7. Pensar no Cancro da Mama assusta-me.					
8. Quando eu penso sobre o Cancro de Mama, sinto náuseas.					
9. Se eu tivesse Cancro da Mama a minha carreira estaria ameaçada.					
10. Quando eu penso sobre o Cancro da Mama, o meu coração bate mais depressa.					
11. O Cancro da Mama colocaria em risco o meu casamento (ou um relacionamento significativo).					
12. O Cancro de Mama é uma doença sem esperança.					
13. Os sentimentos sobre mim mudariam se eu tivesse Cancro de Mama.					
14. Tenho medo só de pensar em Cancro da Mama.					
15. A minha segurança financeira estaria em perigo se eu tivesse Cancro da Mama.					
16. Os problemas que eu teria se sofresse de Cancro da Mama durariam muito tempo.					
17. Se eu tivesse Cancro da Mama, seria mais grave do que outras doenças.					
18. Se eu tivesse Cancro da Mama toda a minha vida mudaria.					
19. Fazer Mamografia evita problemas futuros para mim.					
20. Eu tenho muito a ganhar fazendo a Mamografia.					
21. A realização da Mamografia pode ajudar-me a detectar a existência de lesões na mama.					
22. Se eu fizer o Auto-Exame da Mama mensalmente, posso encontrar um nódulo antes que seja descoberto através dos exames médicos periódicos.					
23. Eu não estaria tão ansiosa sobre o Cancro da Mama, se fizesse os exames mensais.					
24. A realização da Mamografia seria embaraçosa.					
25. Para fazer o Auto-Exame da Mama mensalmente, tenho que dedicar-me um pouco.					
26. A realização da Mamografia seria dolorosa.					
27. A realização da Mamografia seria demorada.					
28. A minha família iria gozar comigo se eu fizesse o Auto-Exame da Mama.					
29. A prática do Auto-Exame da Mama interfere com minhas actividades.					
30. Fazer o Auto-Exame da Mama exigiria iniciar um novo hábito, o que é difícil.					
31. Eu tenho medo de não ser capaz de fazer o Auto-Exame da Mama.					

<b>32.</b> Eu como uma dieta equilibrada.					
<b>33.</b> Eu sigo sempre as ordens médicas porque acredito que irá beneficiar o meu estado de saúde.					
<b>34.</b> Frequentemente faço coisas para melhorar a minha saúde.					
<b>35.</b> Eu tomo vitaminas quando não como refeições equilibradas.					
<b>36.</b> Eu procuro novas informações relacionadas com a minha saúde.					
<b>37.</b> Eu tenho a recomendação para fazer exames físicos anualmente, além das visitas relacionadas à doença.					
<b>38.</b> Eu tenho a recomendação para fazer exames odontológicos (dentista) periódicos, além das visitas para um problema específico.					
<b>39.</b> Eu faço exercício físico regularmente (pelo menos 3 vezes por semana).					

**22.** Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale com uma cruz (x) a opção que traduz a sua opinião.

A classificação é a seguinte: **0** – Discordo totalmente;

**1** – Discordo;

**2** – Indiferente;

**3** – Concordo;

**4** – Concordo Totalmente.

<b>Questões</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>1.</b> Se eu cuidar de mim própria, posso evitar a doença.					
<b>2.</b> Sempre que eu ficar doente, é por causa de algo que eu tenha feito ou não tenha feito.					
<b>3.</b> A boa saúde é principalmente uma questão de sorte.					
<b>4.</b> Não importa o que faça, se tiver de ficar doente, ficarei.					
<b>5.</b> A maioria das pessoas não percebe quando as suas doenças são controladas por acontecimentos acidentais.					
<b>6.</b> Eu só posso fazer o que o meu médico me disser para fazer.					
<b>7.</b> Há tantas doenças estranhas à nossa volta, que nunca se sabe como nem quando se pode contrair uma delas.					
<b>8.</b> Quando eu me sinto mal, sei que é porque eu não tenho feito exercício ou feito uma alimentação saudável.					
<b>9.</b> As pessoas que nunca ficam doentes têm imensa sorte.					
<b>10.</b> A má saúde das pessoas resulta da sua falta de cuidado.					
<b>11.</b> Sou directamente responsável pela minha saúde.					

Obrigada pela sua colaboração.

## Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si *durante a semana passada*. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte: 0 – não se aplicou nada a mim

1 – aplicou-se a mim algumas vezes

2 – aplicou-se a mim de muitas vezes

3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1. Tive dificuldades em me acalmar.	0 1 2 3
2. Senti a minha boca seca.	0 1 2 3
3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo.	0 1 2 3
4. Senti dificuldades em respirar	0 1 2 3
5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas.	0 1 2 3
6. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações.	0 1 2 3
7. Senti tremores (por ex., nas mãos).	0 1 2 3
8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa.	0 1 2 3
9. Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula.	0 1 2 3
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro.	0 1 2 3
11. Dei por mim a ficar agitado.	0 1 2 3
12. Senti dificuldade em me relaxar.	0 1 2 3
13. Senti-me desanimado e melancólico.	0 1 2 3
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer.	0 1 2 3
15. Senti-me quase a entrar em pânico.	0 1 2 3
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada.	0 1 2 3
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa.	0 1 2 3
18. Senti que por vezes estava sensível.	0 1 2 3
19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico.	0 1 2 3
20. Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso.	0 1 2 3
21. Senti que a vida não tinha sentido.	0 1 2 3

## Escala de Crenças de Saúde

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale com uma cruz (x) a opção que traduz a sua opinião. A classificação é a seguinte: 0 – Discordo totalmente; 1 – Discordo; 2 – Indiferente; 3 – Concordo; 4 – Concordo Totalmente.

Questões	0	1	2	3	4
1. É bastante provável que eu possa vir a ter Cancro da Mama.					
2. A minha saúde física torna mais provável que venha a ter Cancro de Mama.					
3. A probabilidade de eu vir a ter Cancro da Mama nos próximos anos é elevada.					
4. Existe uma forte possibilidade de ter Cancro de Mama.					
5. Eu preocupo-me muito com o Cancro da Mama.					
6. No próximo ano vou ter Cancro de Mama.					
7. Pensar no Cancro da Mama assusta-me.					
8. Quando eu penso sobre o Cancro de Mama, sinto náuseas.					
9. Se eu tivesse Cancro da Mama a minha carreira estaria ameaçada.					
10. Quando eu penso sobre o Cancro da Mama, o meu coração bate mais depressa.					
11. Tenho medo só de pensar em Cancro da Mama.					
12. A minha segurança financeira estaria em perigo se eu tivesse Cancro da Mama.					
13. Os problemas que eu teria se sofresse de Cancro da Mama durariam muito tempo.					
14. Se eu tivesse Cancro da Mama, seria mais grave do que outras doenças.					
15. Se eu tivesse Cancro da Mama toda a minha vida mudaria.					
16. Fazer Mamografia evita problemas futuros para mim.					
17. Eu tenho muito a ganhar fazendo a Mamografia.					
18. A realização da Mamografia pode ajudar-me a detectar a existência de lesões na mama.					
19. Se eu fizer o Auto-Exame da Mama mensalmente, posso encontrar um nódulo antes que seja descoberto através dos exames médicos periódicos.					
20. A realização da Mamografia seria embaraçosa.					
21. A realização da Mamografia seria demorada.					
22. A prática do Auto-Exame da Mama interfere com minhas actividades.					
23. Fazer o Auto-Exame da Mama exigiria iniciar um novo hábito, o que é difícil.					
24. Eu tenho medo de não ser capaz de fazer o Auto-Exame da Mama.					
25. Eu como uma dieta equilibrada.					
26. Eu sigo sempre as ordens médicas porque acredito que irá beneficiar o meu estado de saúde.					

27. Frequentemente faço coisas para melhorar a minha saúde.					
28. Eu tomo vitaminas quando não como refeições equilibradas.					
29. Eu procuro novas informações relacionadas com a minha saúde.					
30. Eu tenho a recomendação para fazer exames físicos anualmente, além das visitas relacionadas à doença.					

Obrigado pela sua colaboração.

### Escala de *Locus de Controlo de Saúde*

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale com uma cruz (x) a opção que traduz a sua opinião. A classificação é a seguinte: 0 – Discordo totalmente; 1 – Discordo; 2 – Indiferente; 3 – Concordo; 4 – Concordo Totalmente.

Questões	0	1	2	3	4
1. Se eu cuidar de mim própria, posso evitar a doença.					
2. Sempre que eu ficar doente, é por causa de algo que eu tenha feito ou não tenha feito.					
3. A boa saúde é principalmente uma questão de sorte.					
4. Não importa o que faça, se tiver de ficar doente, ficarei.					
5. Eu só posso fazer o que o meu médico me disser para fazer.					
6. Há tantas doenças estranhas à nossa volta, que nunca se sabe como nem quando se pode contrair uma delas.					
7. Quando eu me sinto mal, sei que é porque eu não tenho feito exercício ou feito uma alimentação saudável.					
8. As pessoas que nunca ficam doentes têm imensa sorte.					
9. A má saúde das pessoas resulta da sua falta de cuidado.					
10. Sou directamente responsável pela minha saúde.					

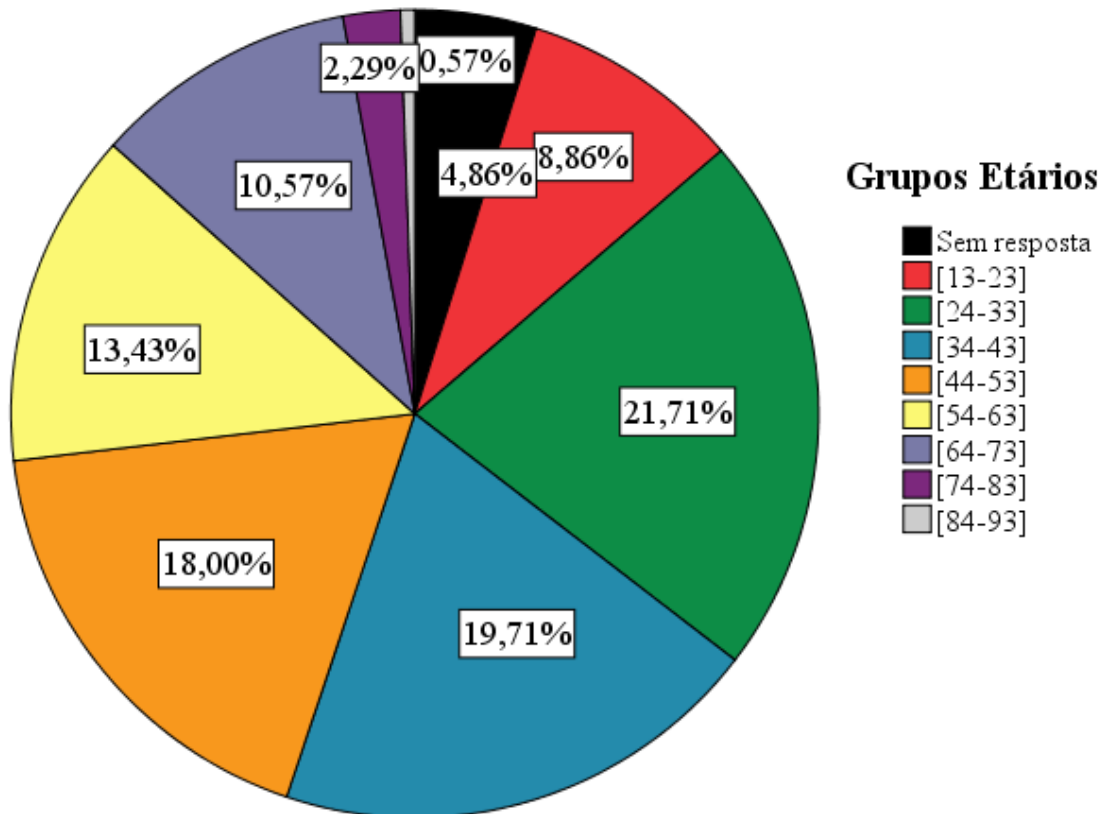
Obrigado pela sua colaboração.

**Material adicional da Análise Descritiva e Factorial dos Instrumentos  
(Outputs do SPSS v18.0)**

Statistics Q1

N	Valid	333
	Missing	17
Mean		3,52
Median		3,00
Mode		2
Variance		2,630
Skewness		,339
Std. Error of Skewness		,134
Kurtosis		-,688
Std. Error of Kurtosis		,266
Minimum		1
Maximum		8
Percentiles	25	2,00
	50	3,00
	75	5,00

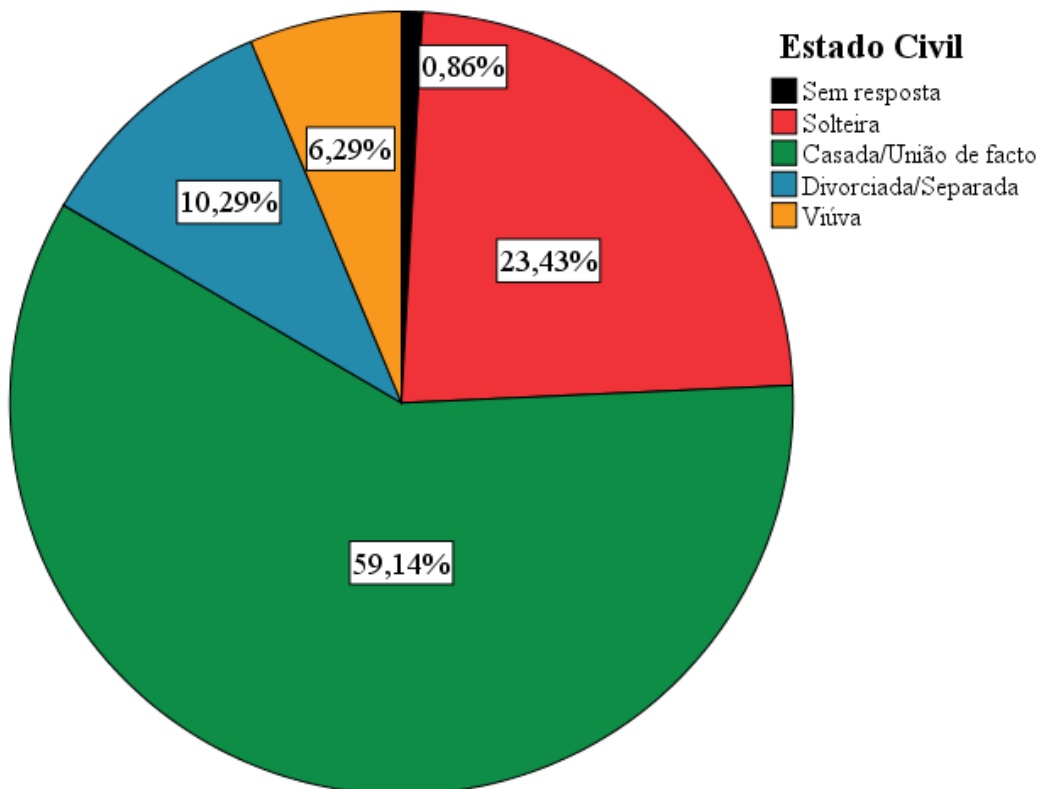
Q1	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid [13-23]	31	8,9	9,3	9,3
[24-33]	76	21,7	22,8	32,1
[34-43]	69	19,7	20,7	52,9
[44-53]	63	18,0	18,9	71,8
[54-63]	47	13,4	14,1	85,9
[64-73]	37	10,6	11,1	97,0
[74-83]	8	2,3	2,4	99,4
[84-93]	2	,6	,6	100,0
Total	333	95,1	100,0	
Missing System	17	4,9		
Total	350	100,0		



Statistics Q2

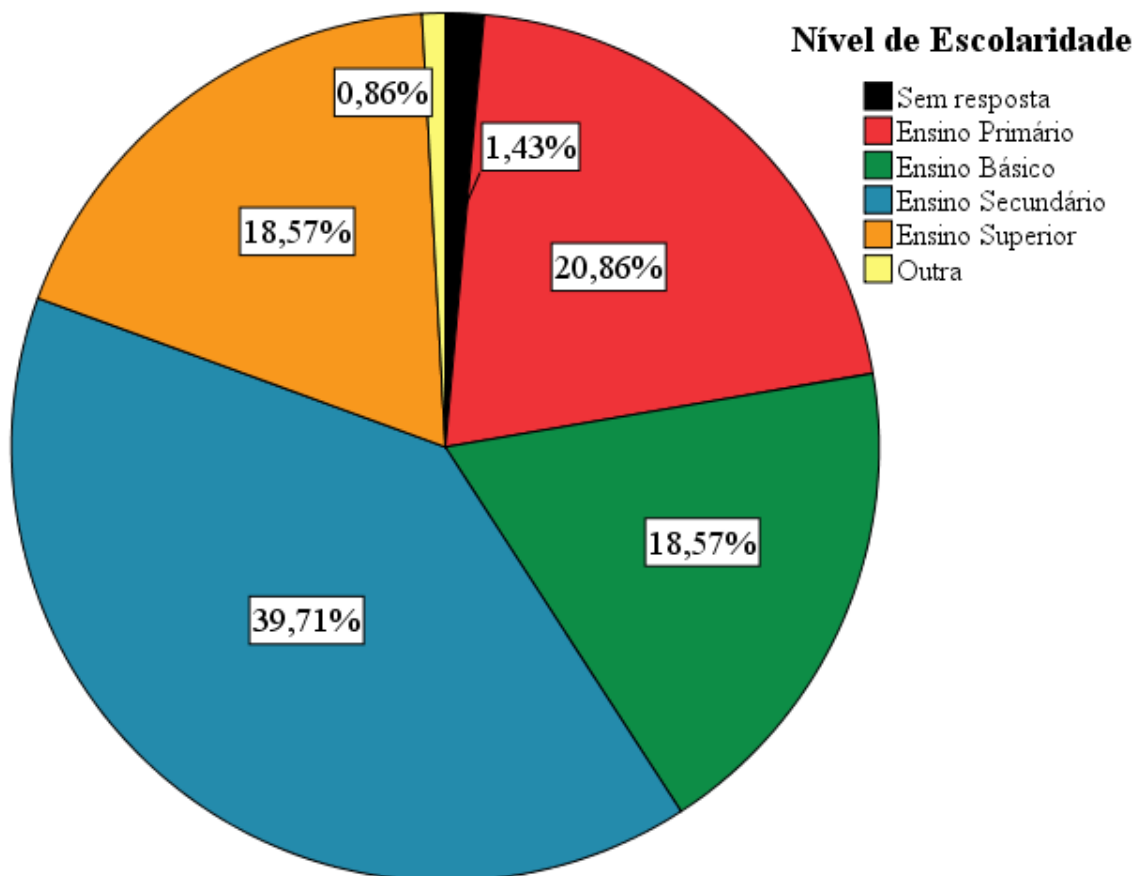
N	Valid	347
	Missing	3
Mean		1,99
Std. Error of Mean		,041
Median		2,00
Mode		2
Variance		,595
Skewness		,845
Std. Error of Skewness		,131
Kurtosis		,899
Std. Error of Kurtosis		,261
Minimum		1
Maximum		4
Percentiles	25	2,00
	50	2,00
	75	2,00

Q2		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	82	23,4	23,6	23,6
	2	207	59,1	59,7	83,3
	3	36	10,3	10,4	93,7
	4	22	6,3	6,3	100,0
Total		347	99,1	100,0	
Missing System		3	,9		
Total		350	100,0		



N	Valid	345
	Missing	5
Mean		2,59
Median		3,00
Mode		3
Variance		1,096
Skewness		-,198
Std. Error of Skewness		,131
Kurtosis		-,965
Std. Error of Kurtosis		,262
Minimum		1
Maximum		5
Percentiles	25	2,00
	50	3,00
	75	3,00

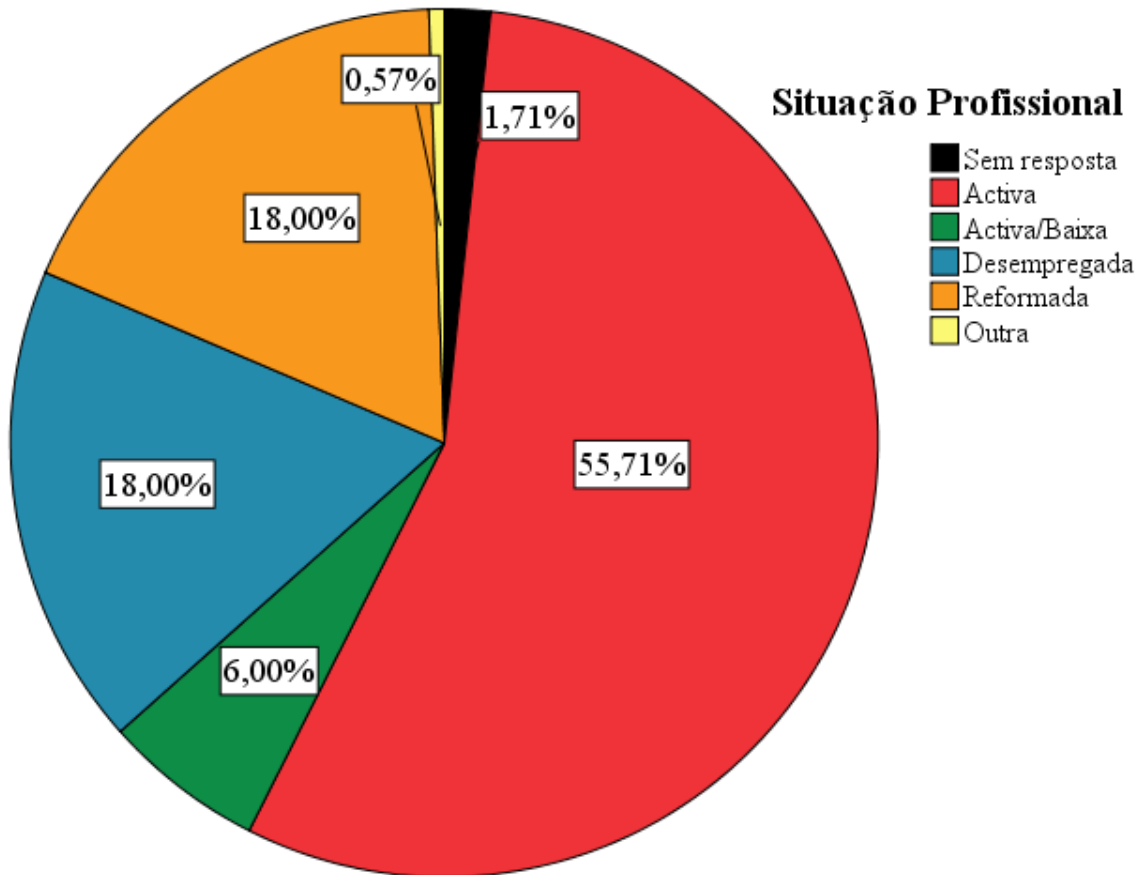
Q3		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	73	20,9	21,2	21,2
	2	65	18,6	18,8	40,0
	3	139	39,7	40,3	80,3
	4	65	18,6	18,8	99,1
	5	3	,9	,9	100,0
	Total	345	98,6	100,0	
Missing System		5	1,4		
Total		350	100,0		



Statistics Q4

N	Valid	344
	Missing	6
Mean		2,00
Median		1,00
Mode		1
Variance		1,539
Skewness		,654
Std. Error of Skewness		,131
Kurtosis		-1,238
Std. Error of Kurtosis		,262
Minimum		1
Maximum		5
Percentiles	25	1,00
	50	1,00
	75	3,00

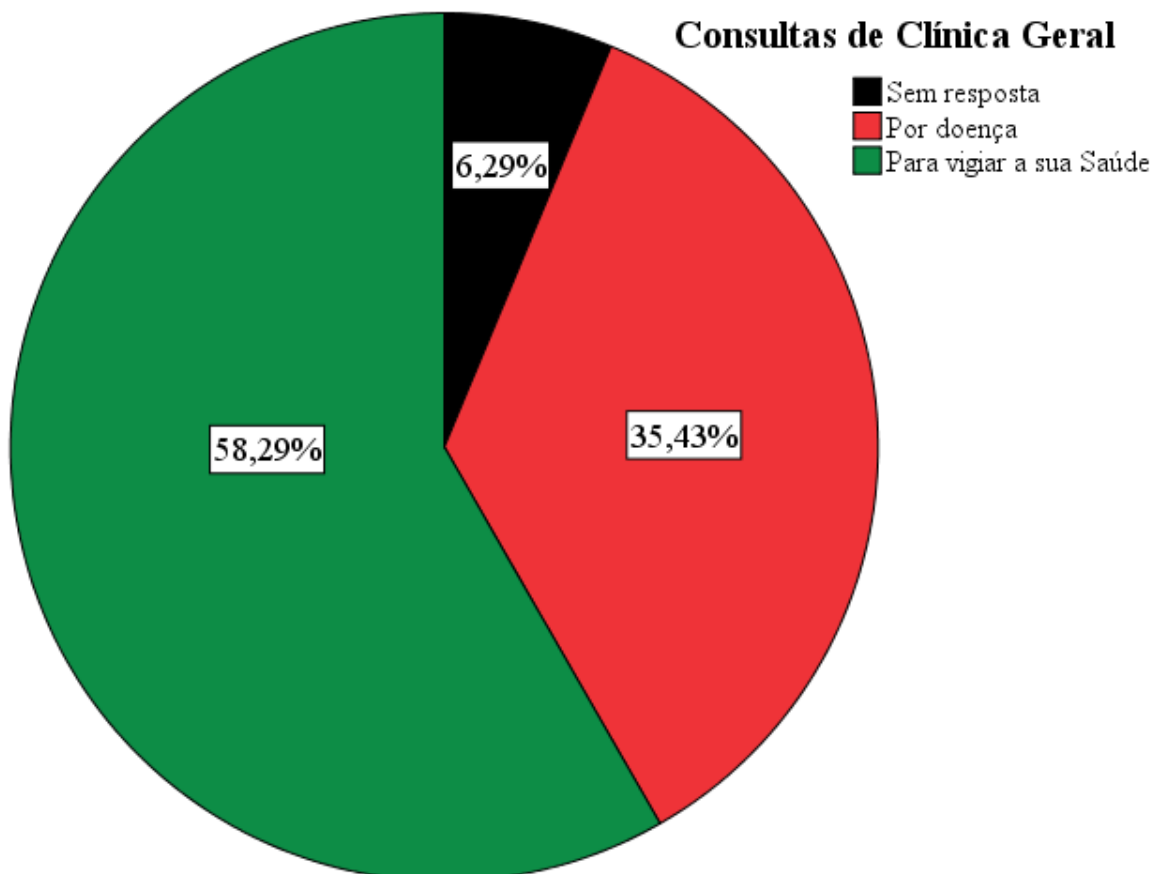
Q4		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	195	55,7	56,7	56,7
	2	21	6,0	6,1	62,8
	3	63	18,0	18,3	81,1
	4	63	18,0	18,3	99,4
	5	2	,6	,6	100,0
	Total	344	98,3	100,0	
Missing	System	6	1,7		
Total		350	100,0		



Statistics Q5

N	Valid	328
	Missing	22
Mean		1,62
Std. Error of Mean		,027
Median		2,00
Mode		2
Variance		,236
Skewness		-,505
Std. Error of Skewness		,135
Kurtosis		-1,755
Std. Error of Kurtosis		,268
Minimum		1
Maximum		2
Percentiles	25	1,00
	50	2,00
	75	2,00

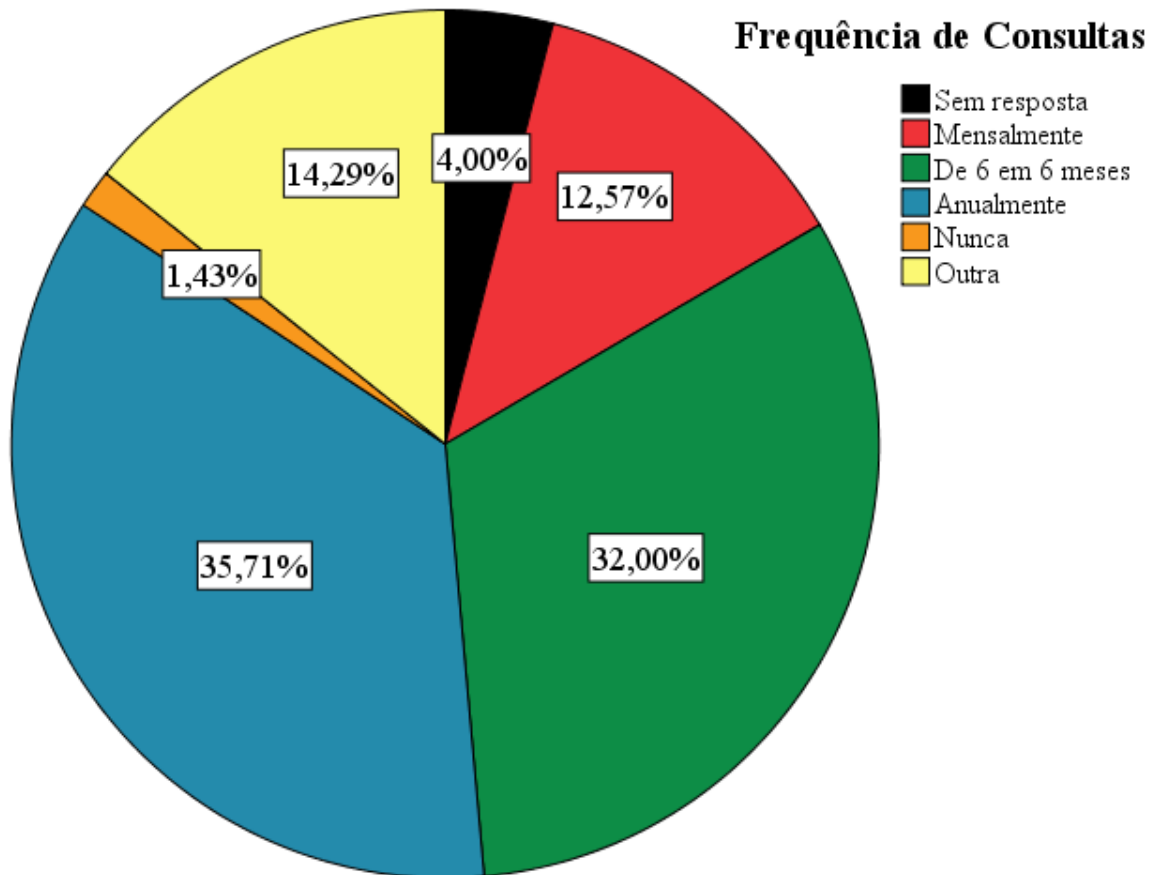
Q5		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	124	35,4	37,8	37,8
	2	204	58,3	62,2	100,0
	Total	328	93,7	100,0	
Missing	System	22	6,3		
Total		350	100,0		



Statistics Q6

N	Valid	336
	Missing	14
Mean		2,72
Std. Error of Mean		,064
Median		3,00
Mode		3
Variance		1,391
Skewness		,629
Std. Error of Skewness		,133
Kurtosis		-,226
Std. Error of Kurtosis		,265
Minimum		1
Maximum		5
Percentiles	25	2,00
	50	3,00
	75	3,00

Q6		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	44	12,6	13,1	13,1
	2	112	32,0	33,3	46,4
	3	125	35,7	37,2	83,6
	4	5	1,4	1,5	85,1
	5	50	14,3	14,9	100,0
	Total	336	96,0	100,0	
Missing	System	14	4,0		
Total		350	100,0		

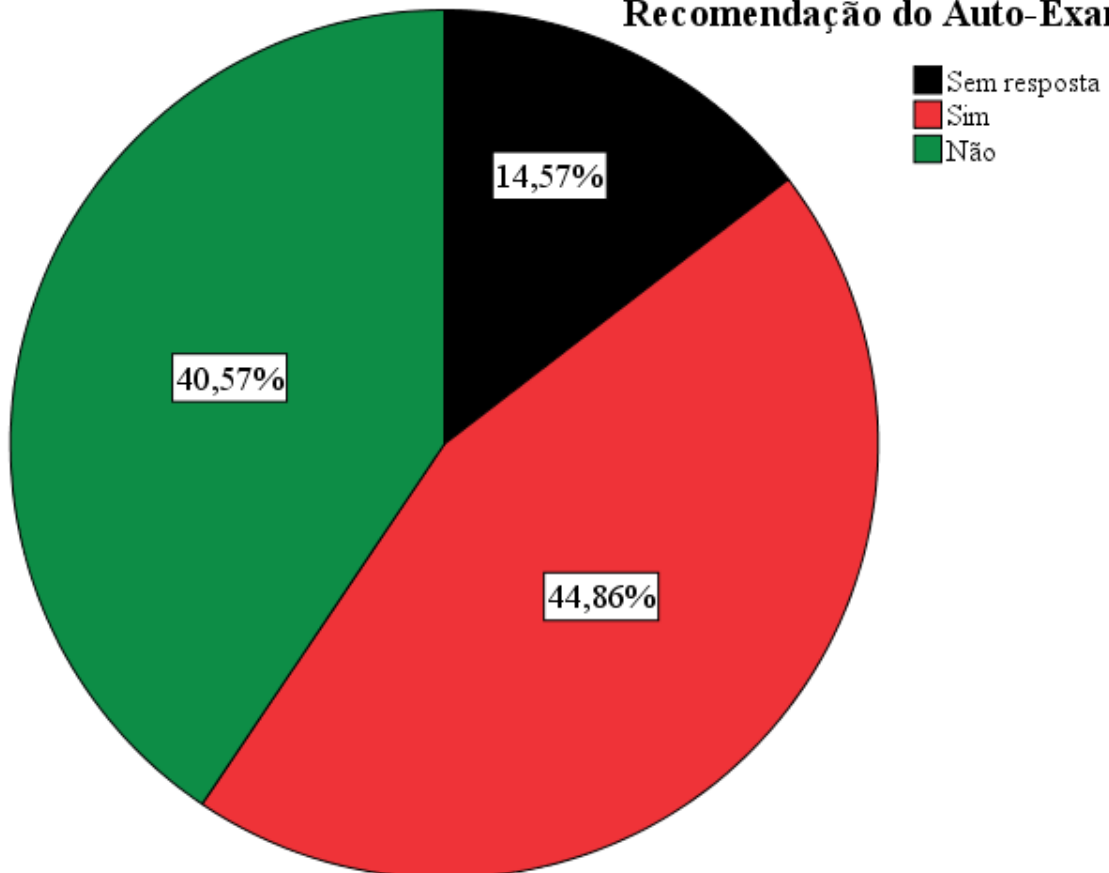


Statistics Q7.1

N	Valid	299
	Missing	51
Mean		1,47
Median		1,00
Mode		1
Variance		,250
Skewness		,101
Std. Error of Skewness		,141
Kurtosis		-2,003
Std. Error of Kurtosis		,281
Minimum		1
Maximum		2
Percentiles	25	1,00
	50	1,00
	75	2,00

Q7.1		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	157	44,9	52,5	52,5
	2	142	40,6	47,5	100,0
	Total	299	85,4	100,0	
Missing System		51	14,6		
Total		350	100,0		

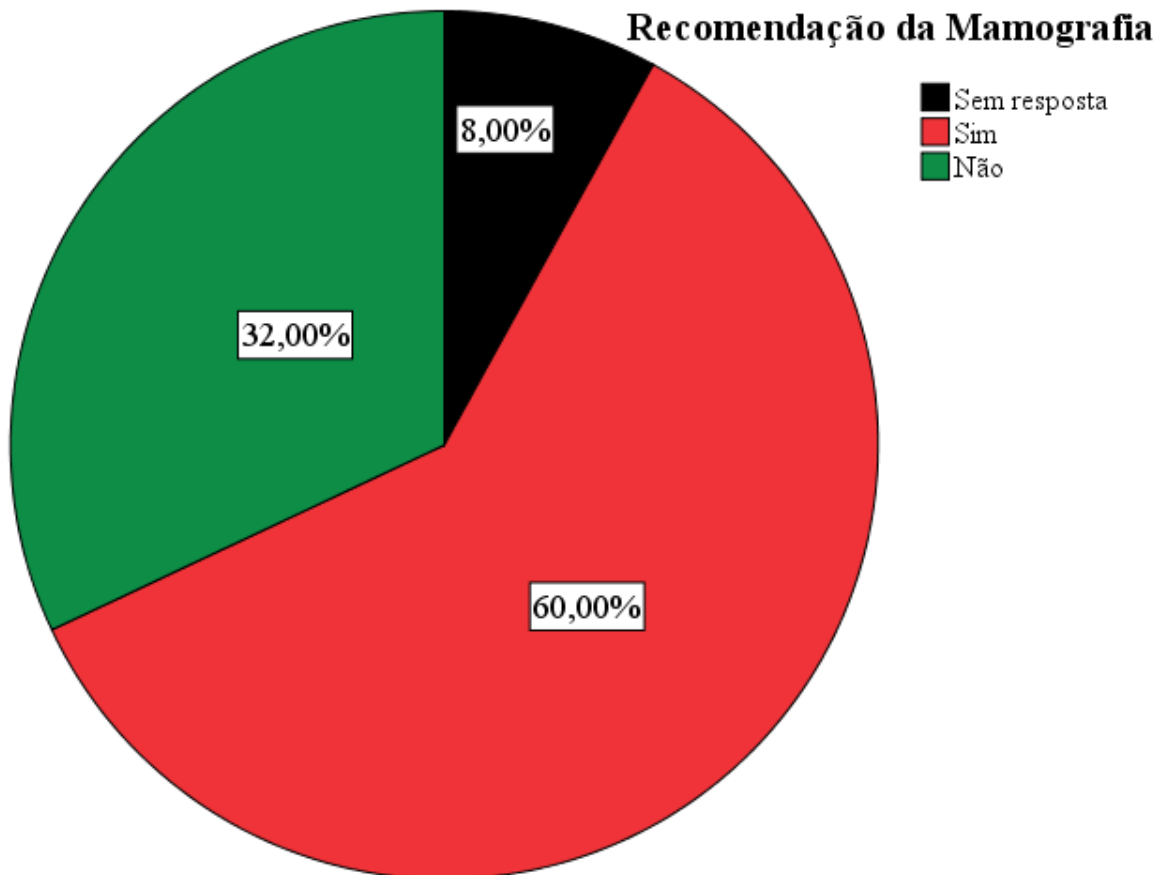
Recomendação do Auto-Exame



Statistics Q7.2

N	Valid	322
	Missing	28
Mean		1,35
Median		1,00
Mode		1
Variance		,228
Skewness		,642
Std. Error of Skewness		,136
Kurtosis		-1,598
Std. Error of Kurtosis		,271
Minimum		1
Maximum		2
Percentiles	25	1,00
	50	1,00
	75	2,00

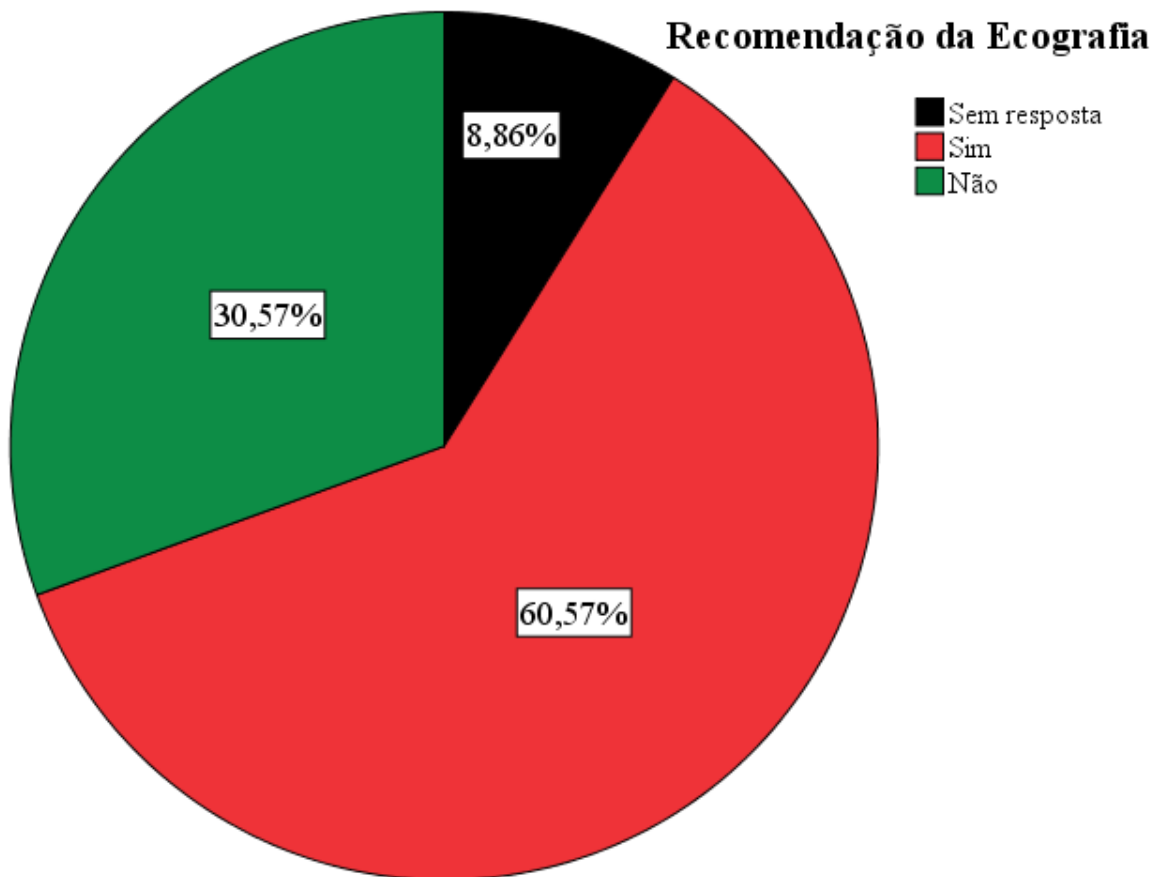
Q7.2		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	210	60,0	65,2	65,2
	2	112	32,0	34,8	100,0
	Total	322	92,0	100,0	
Missing System		28	8,0		
Total		350	100,0		



Statistics Q7.3

N	Valid	319
	Missing	31
Mean		1,34
Median		1,00
Mode		1
Variance		,224
Skewness		,700
Std. Error of Skewness		,137
Kurtosis		-1,519
Std. Error of Kurtosis		,272
Minimum		1
Maximum		2
Percentiles	25	1,00
	50	1,00
	75	2,00

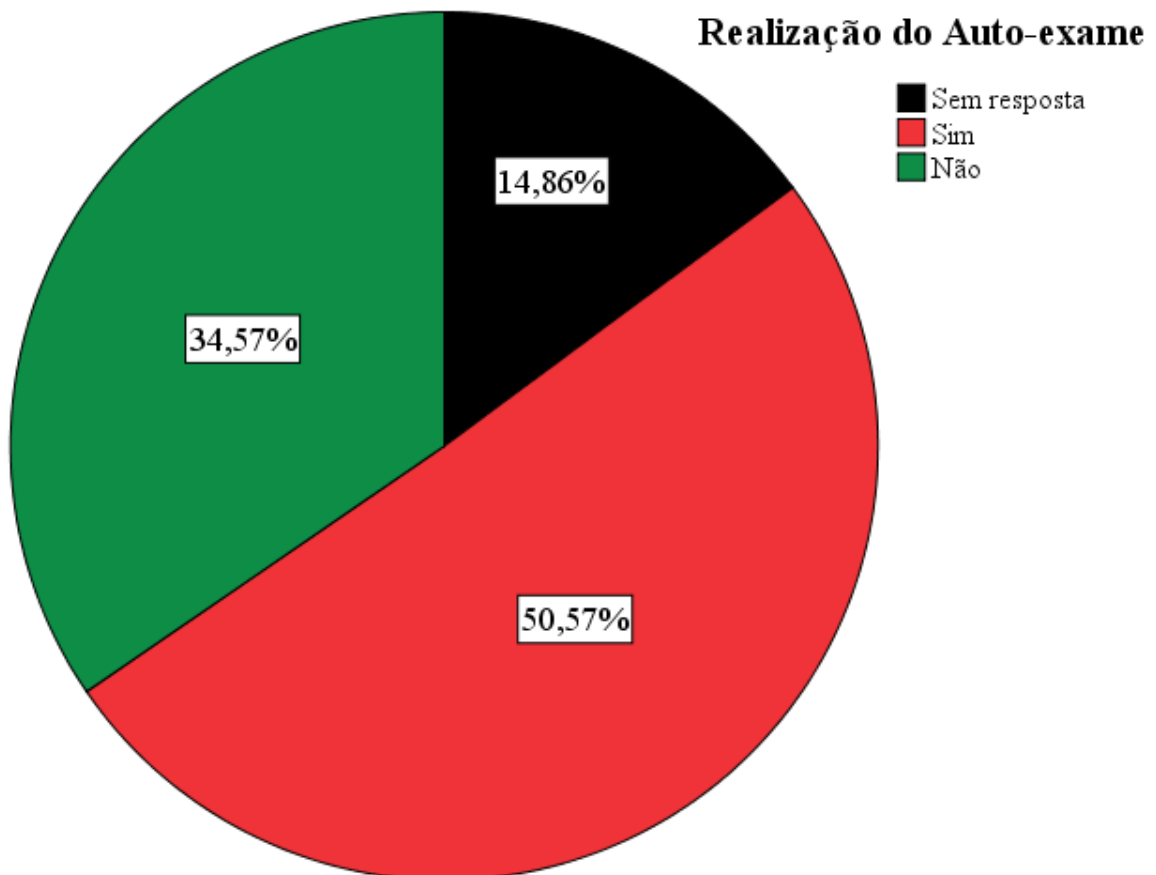
Q7.3		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	212	60,6	66,5	66,5
	2	107	30,6	33,5	100,0
Total		319	91,1	100,0	
Missing	System	31	8,9		
Total		350	100,0		



Statistics Q8.1

N	Valid	298
	Missing	52
Mean		1,41
Median		1,00
Mode		1
Variance		,242
Skewness		,385
Std. Error of Skewness		,141
Kurtosis		-1,865
Std. Error of Kurtosis		,281
Minimum		1
Maximum		2
Percentiles	25	1,00
	50	1,00
	75	2,00

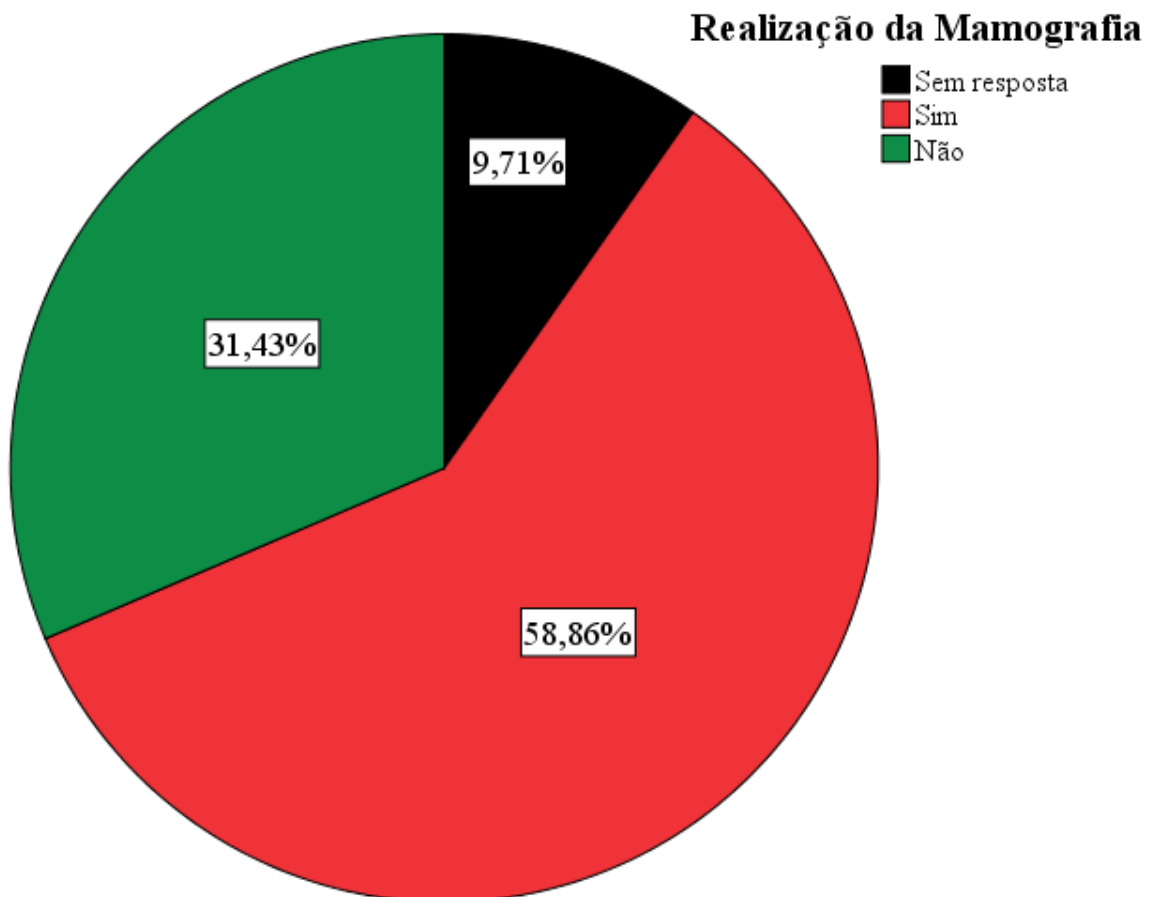
Q8.1		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	177	50,6	59,4	59,4
	2	121	34,6	40,6	100,0
	Total	298	85,1	100,0	
Missing System		52	14,9		
Total		350	100,0		



Statistics Q8.2

N	Valid	316
	Missing	34
Mean		1,35
Median		1,00
Mode		1
Variance		,228
Skewness		,641
Std. Error of Skewness		,137
Kurtosis		-1,600
Std. Error of Kurtosis		,273
Minimum		1
Maximum		2
Percentiles	25	1,00
	50	1,00
	75	2,00

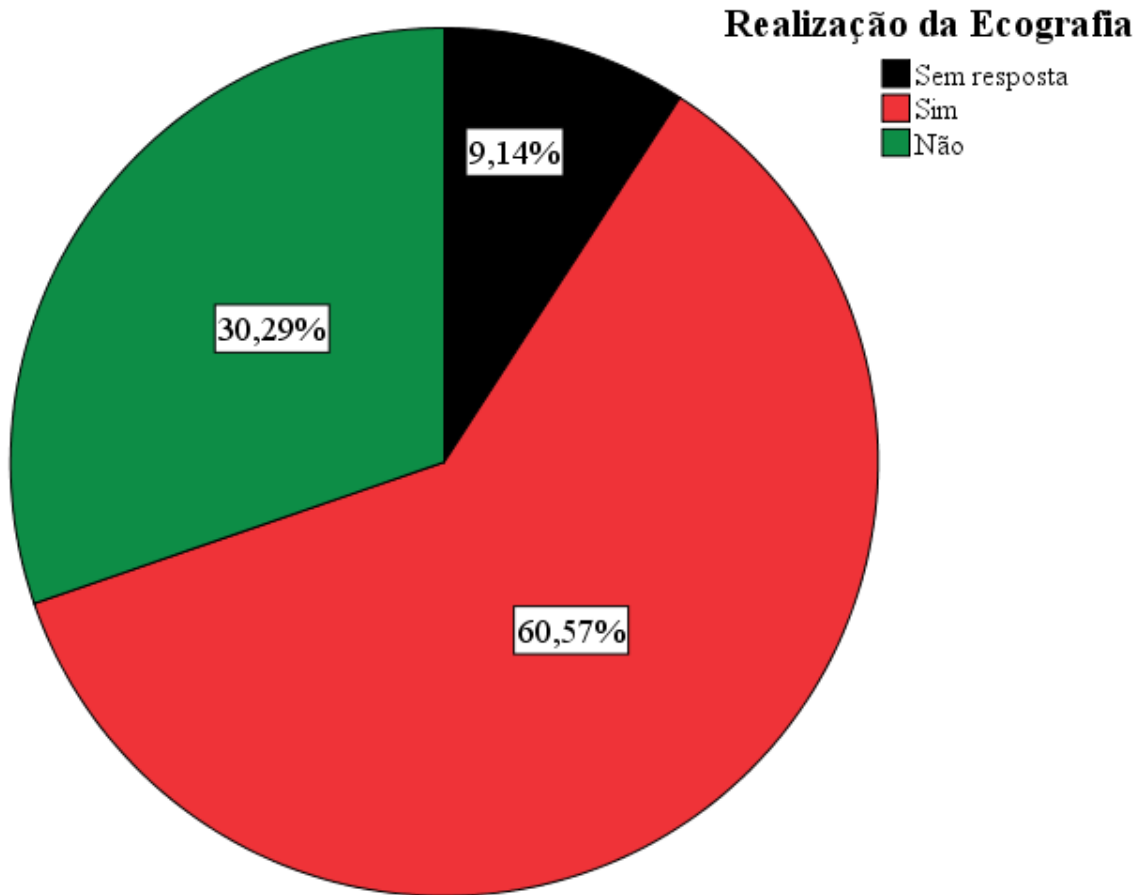
Q8.2		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	206	58,9	65,2	65,2
	2	110	31,4	34,8	100,0
Total		316	90,3	100,0	
Missing	System	34	9,7		
Total		350	100,0		



Statistics Q8.3

N	Valid	318
	Missing	32
Mean		1,33
Median		1,00
Mode		1
Variance		,223
Skewness		,710
Std. Error of Skewness		,137
Kurtosis		-1,505
Std. Error of Kurtosis		,273
Minimum		1
Maximum		2
Percentiles	25	1,00
	50	1,00
	75	2,00

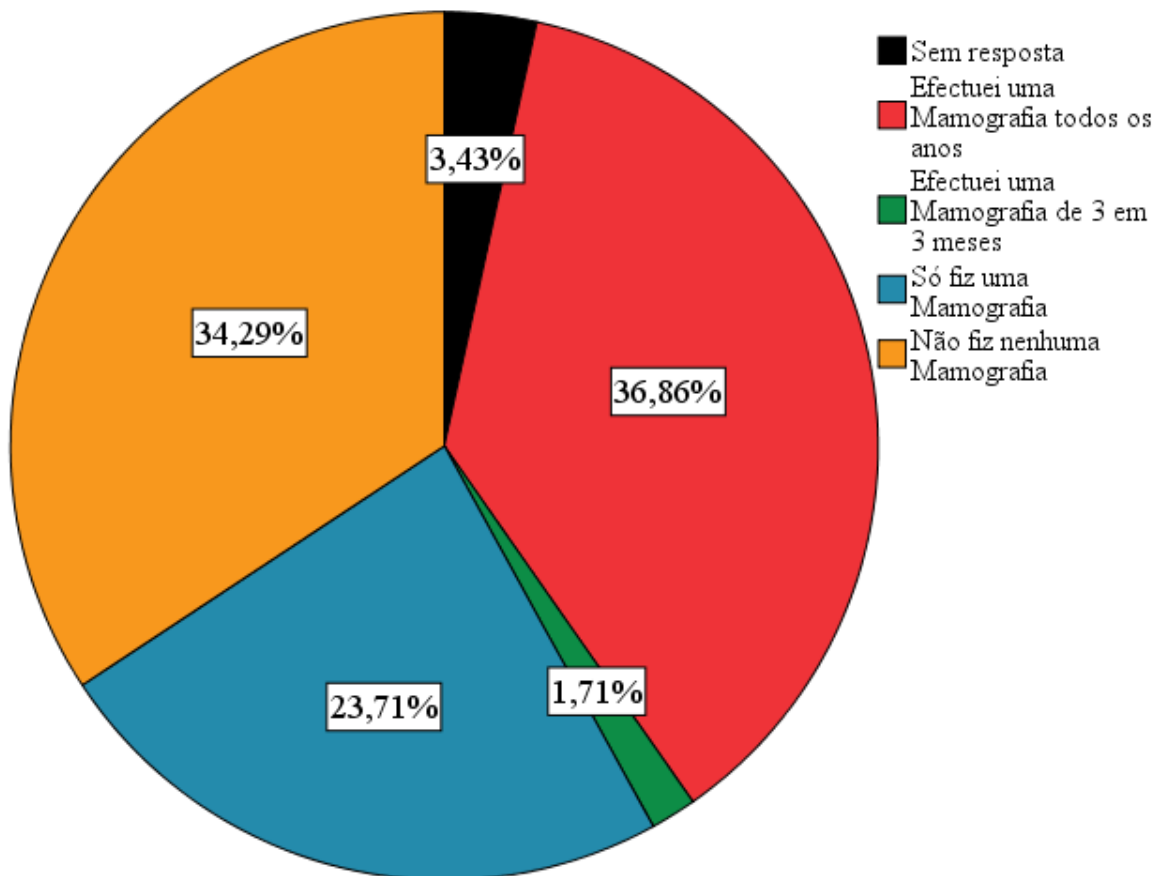
Q8.3		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	212	60,6	66,7	66,7
	2	106	30,3	33,3	100,0
	Total	318	90,9	100,0	
Missing System		32	9,1		
Total		350	100,0		



Statistics Q9

N	Valid	338
	Missing	12
Mean		2,57
Median		3,00
Mode		1
Variance		1,723
Skewness		-,198
Std. Error of Skewness		,133
Kurtosis		-1,713
Std. Error of Kurtosis		,265
Minimum		1
Maximum		4
Percentiles	25	1,00
	50	3,00
	75	4,00

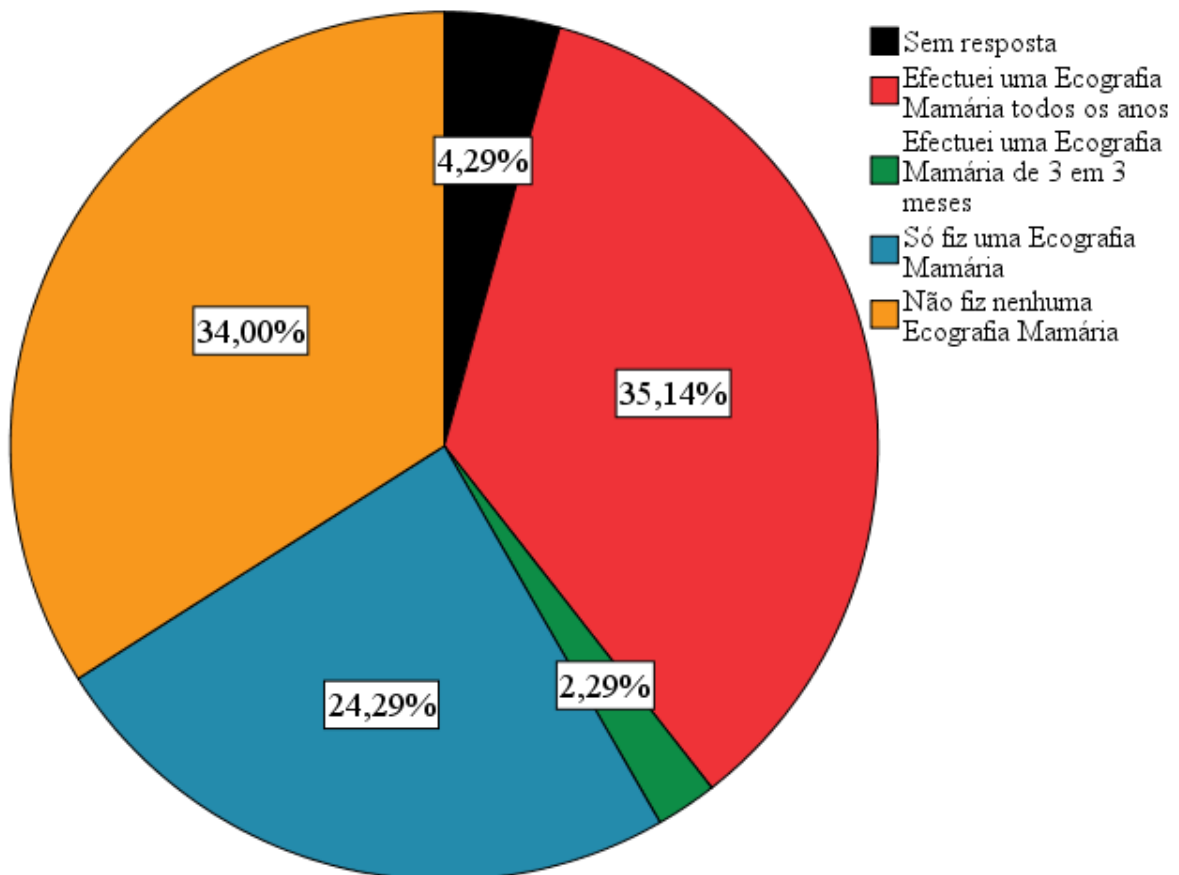
Q9		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	129	36,9	38,2	38,2
	2	6	1,7	1,8	39,9
	3	83	23,7	24,6	64,5
	4	120	34,3	35,5	100,0
Total		338	96,6	100,0	
Missing System		12	3,4		
Total		350	100,0		



Statistics Q10

N	Valid	335
	Missing	15
Mean		2,60
Median		3,00
Mode		1
Variance		1,690
Skewness		-,231
Std. Error of Skewness		,133
Kurtosis		-1,678
Std. Error of Kurtosis		,266
Minimum		1
Maximum		4
Percentiles	25	1,00
	50	3,00
	75	4,00

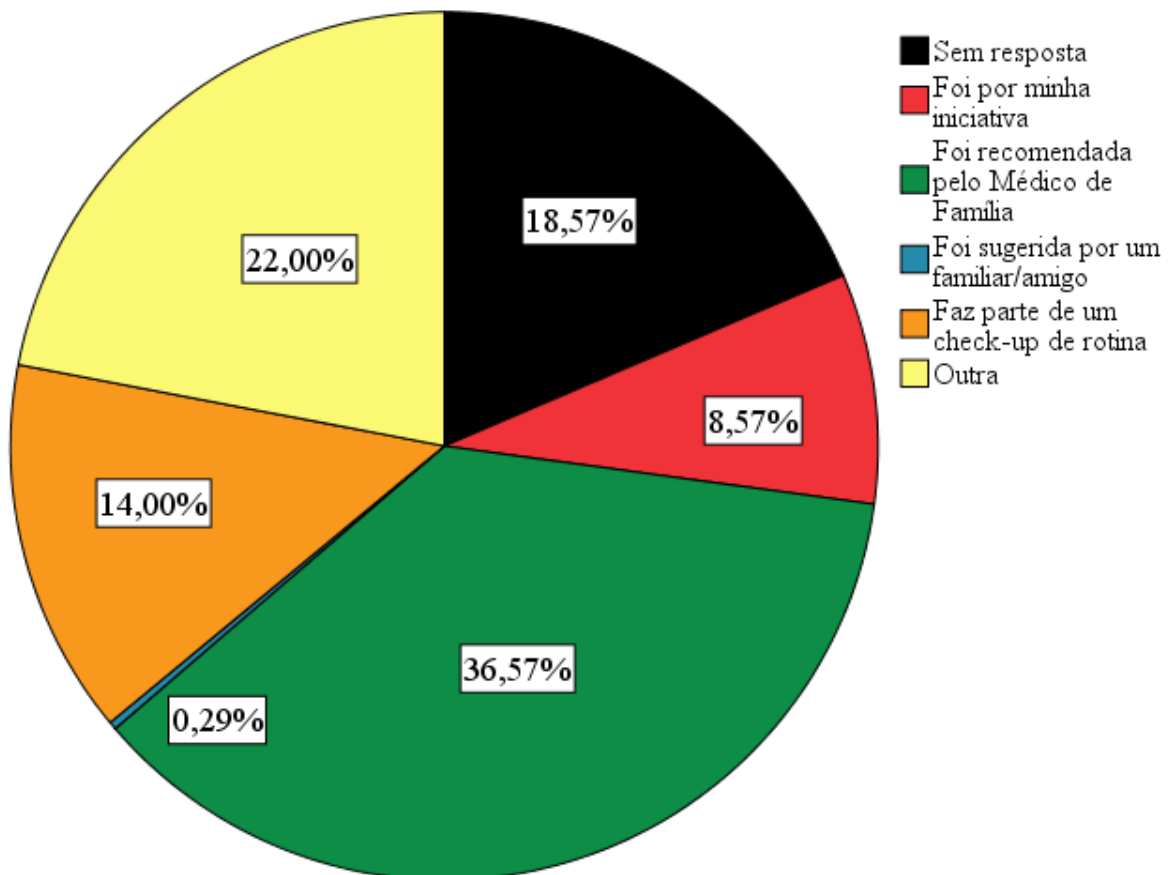
Q10		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	123	35,1	36,7	36,7
	2	8	2,3	2,4	39,1
	3	85	24,3	25,4	64,5
	4	119	34,0	35,5	100,0
	Total	335	95,7	100,0	
Missing	System	15	4,3		
Total		350	100,0		



Statistics Q11

N	Valid	285
	Missing	65
Mean		3,05
Median		2,00
Mode		2
Variance		2,128
Skewness		,230
Std. Error of Skewness		,144
Kurtosis		-1,573
Std. Error of Kurtosis		,288
Minimum		1
Maximum		5
Percentiles	25	2,00
	50	2,00
	75	5,00

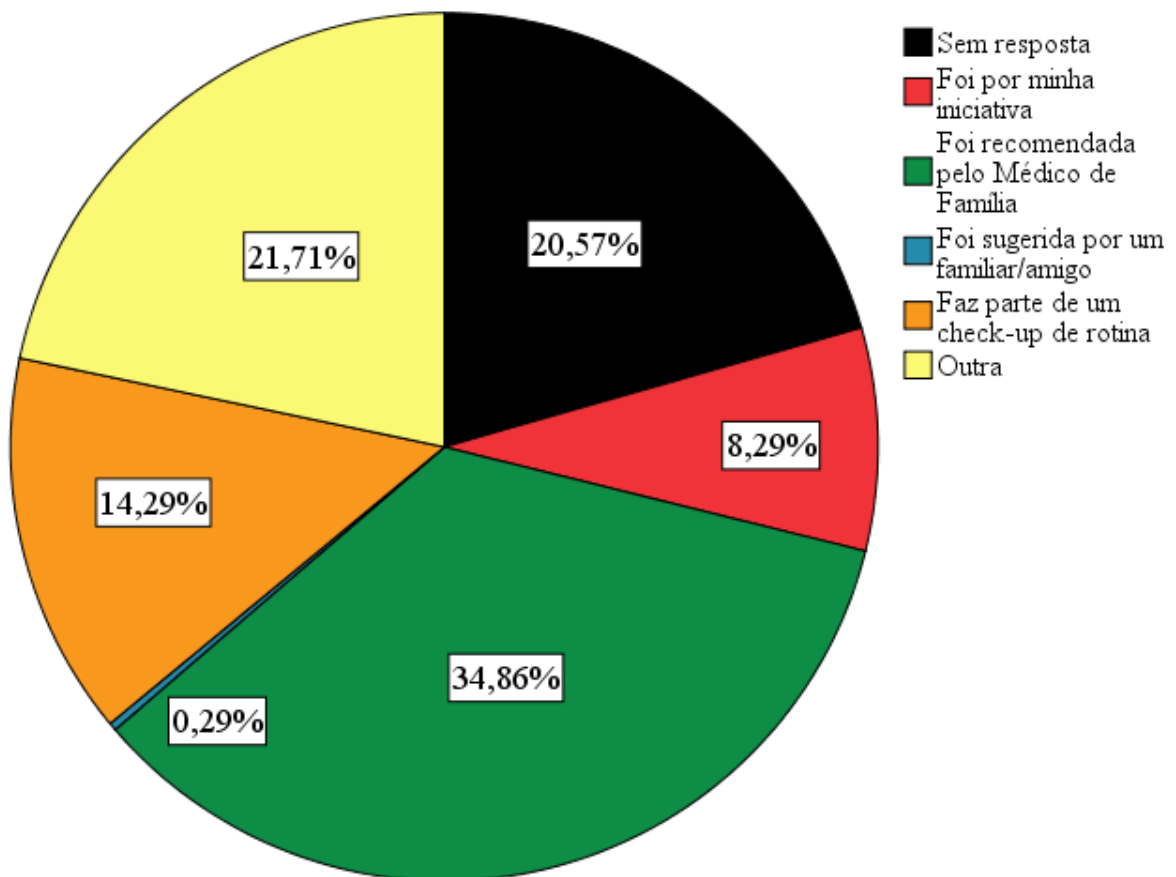
Q11		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	30	8,6	10,5	10,5
	2	128	36,6	44,9	55,4
	3	1	,3	,4	55,8
	4	49	14,0	17,2	73,0
	5	77	22,0	27,0	100,0
	Total	285	81,4	100,0	
Missing	System	65	18,6		
Total		350	100,0		



Statistics Q12

N	Valid	278
	Missing	72
Mean		3,08
Median		2,00
Mode		2
Variance		2,131
Skewness		,191
Std. Error of Skewness		,146
Kurtosis		-1,588
Std. Error of Kurtosis		,291
Minimum		1
Maximum		5
Percentiles	25	2,00
	50	2,00
	75	5,00

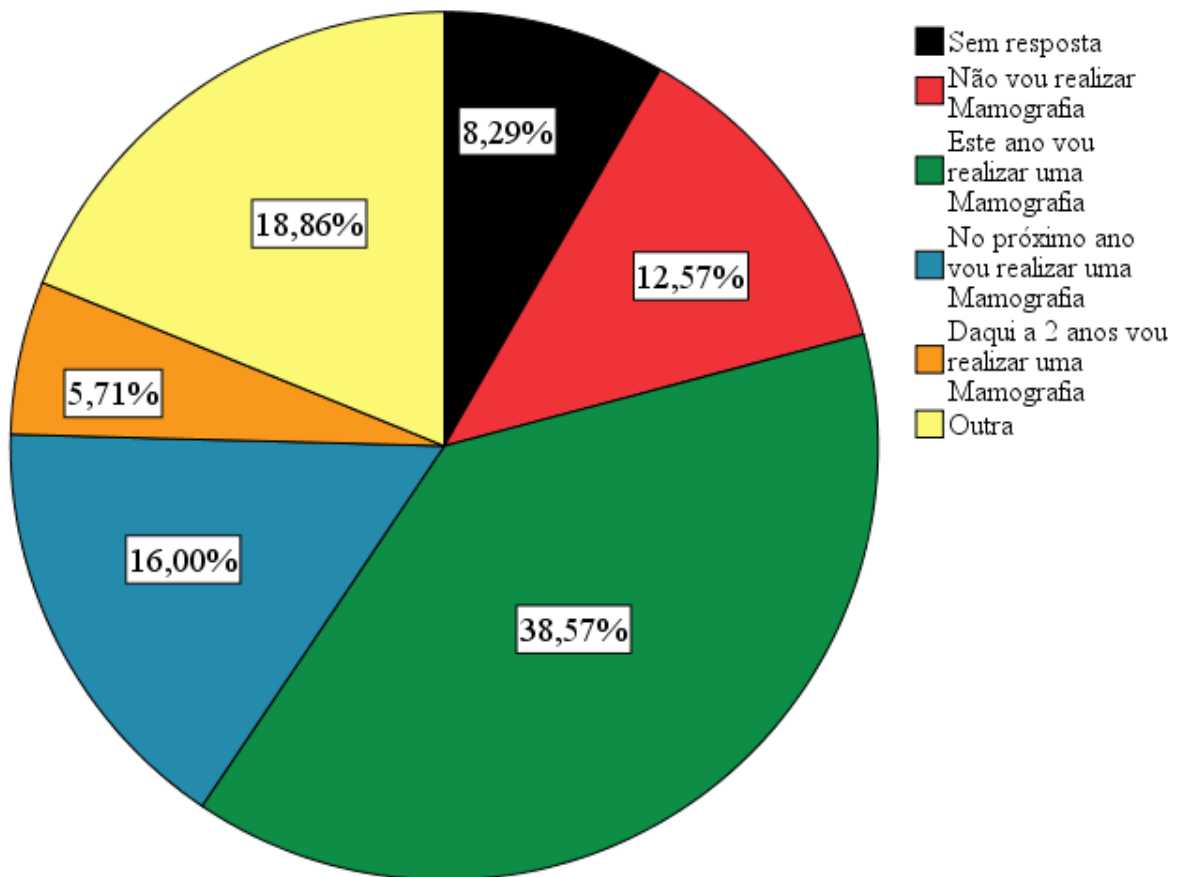
Q12		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	29	8,3	10,4	10,4
	2	122	34,9	43,9	54,3
	3	1	,3	,4	54,7
	4	50	14,3	18,0	72,7
	5	76	21,7	27,3	100,0
	Total	278	79,4	100,0	
Missing	System	72	20,6		
Total		350	100,0		



Statistics Q13

N	Valid	321
	Missing	29
Mean		2,78
Median		2,00
Mode		2
Variance		1,810
Skewness		,580
Std. Error of Skewness		,136
Kurtosis		-,948
Std. Error of Kurtosis		,271
Minimum		1
Maximum		5
Percentiles	25	2,00
	50	2,00
	75	4,00

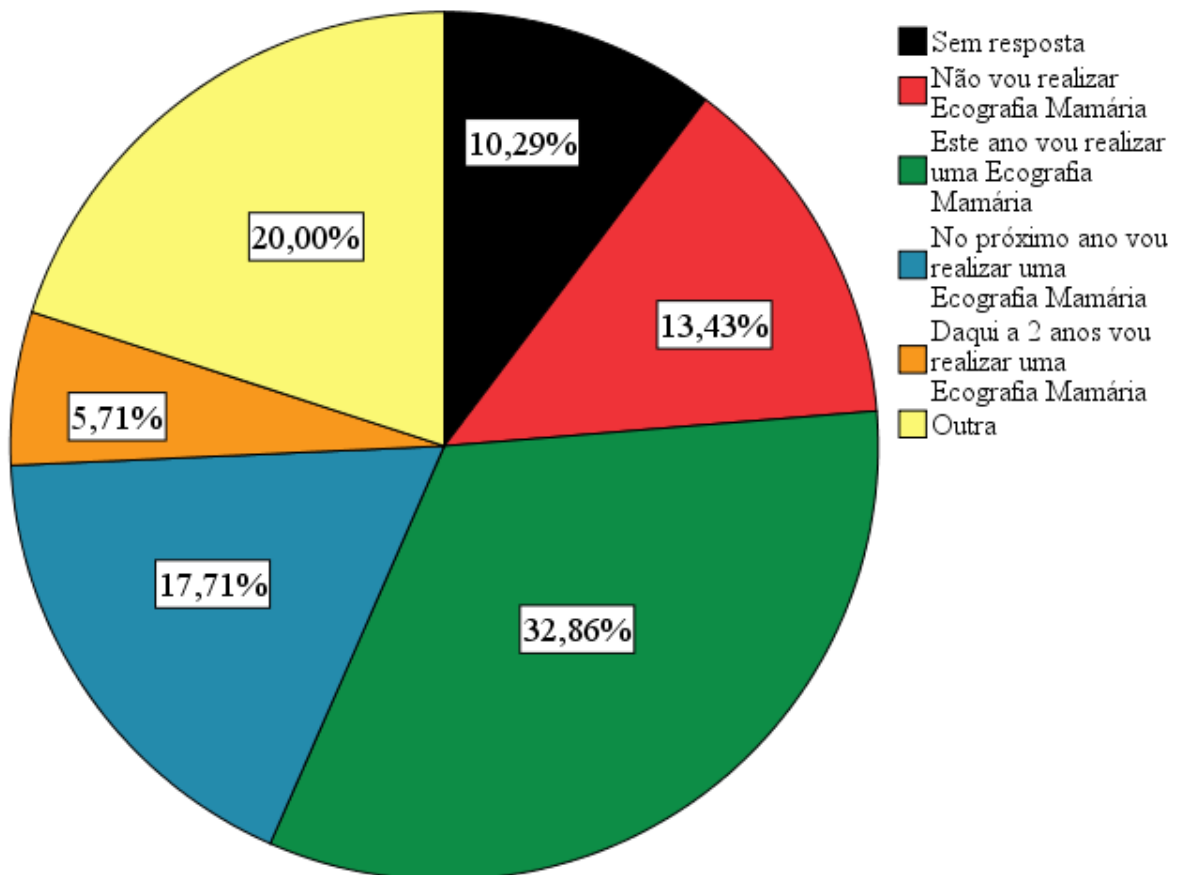
Q13		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	44	12,6	13,7	13,7
	2	135	38,6	42,1	55,8
	3	56	16,0	17,4	73,2
	4	20	5,7	6,2	79,4
	5	66	18,9	20,6	100,0
	Total	321	91,7	100,0	
Missing	System	29	8,3		
Total		350	100,0		



Statistics Q14

N	Valid	314
	Missing	36
Mean		2,84
Median		2,00
Mode		2
Variance		1,902
Skewness		,452
Std. Error of Skewness		,138
Kurtosis		-1,094
Std. Error of Kurtosis		,274
Minimum		1
Maximum		5
Percentiles	25	2,00
	50	2,00
	75	4,00

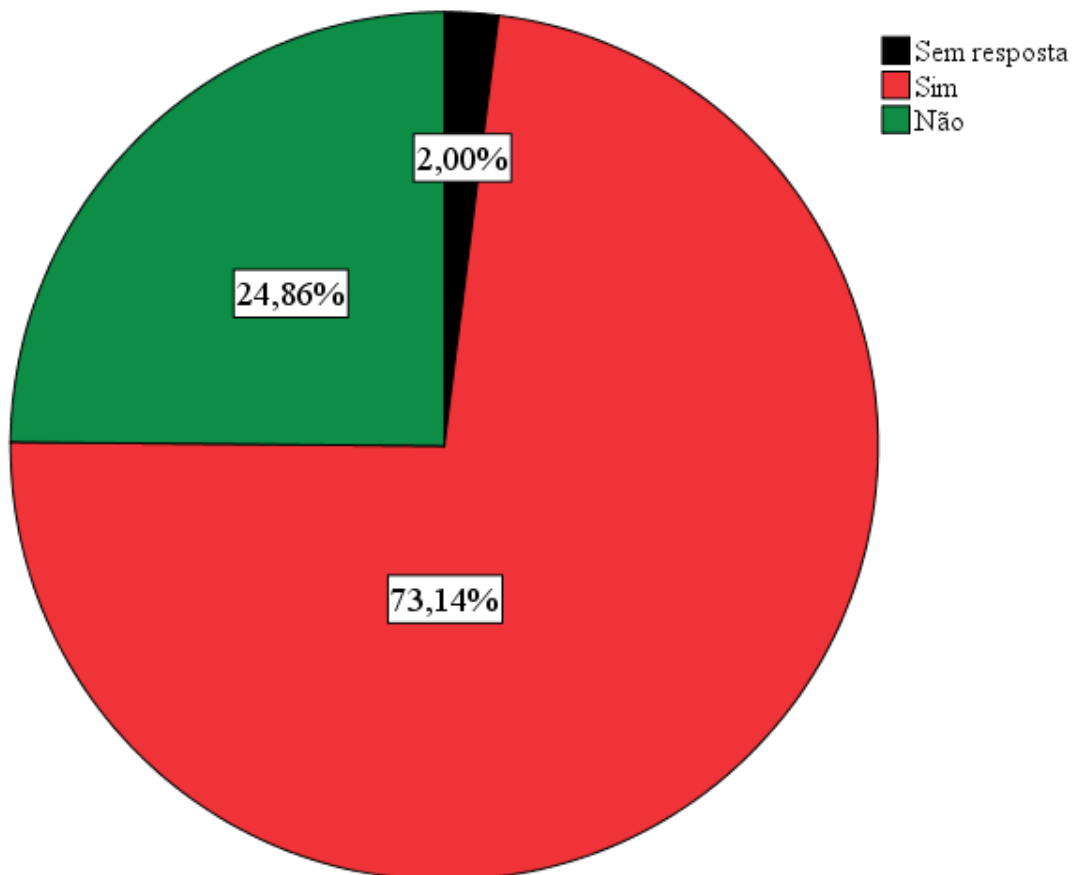
Q14		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	47	13,4	15,0	15,0
	2	115	32,9	36,6	51,6
	3	62	17,7	19,7	71,3
	4	20	5,7	6,4	77,7
	5	70	20,0	22,3	100,0
Total		314	89,7	100,0	
Missing System		36	10,3		
Total		350	100,0		



Statistics Q15

N	Valid	343
	Missing	7
Mean		1,25
Median		1,00
Mode		1
Variance		,190
Skewness		1,137
Std. Error of Skewness		,132
Kurtosis		-,711
Std. Error of Kurtosis		,263
Minimum		1
Maximum		2
Percentiles	25	1,00
	50	1,00
	75	2,00

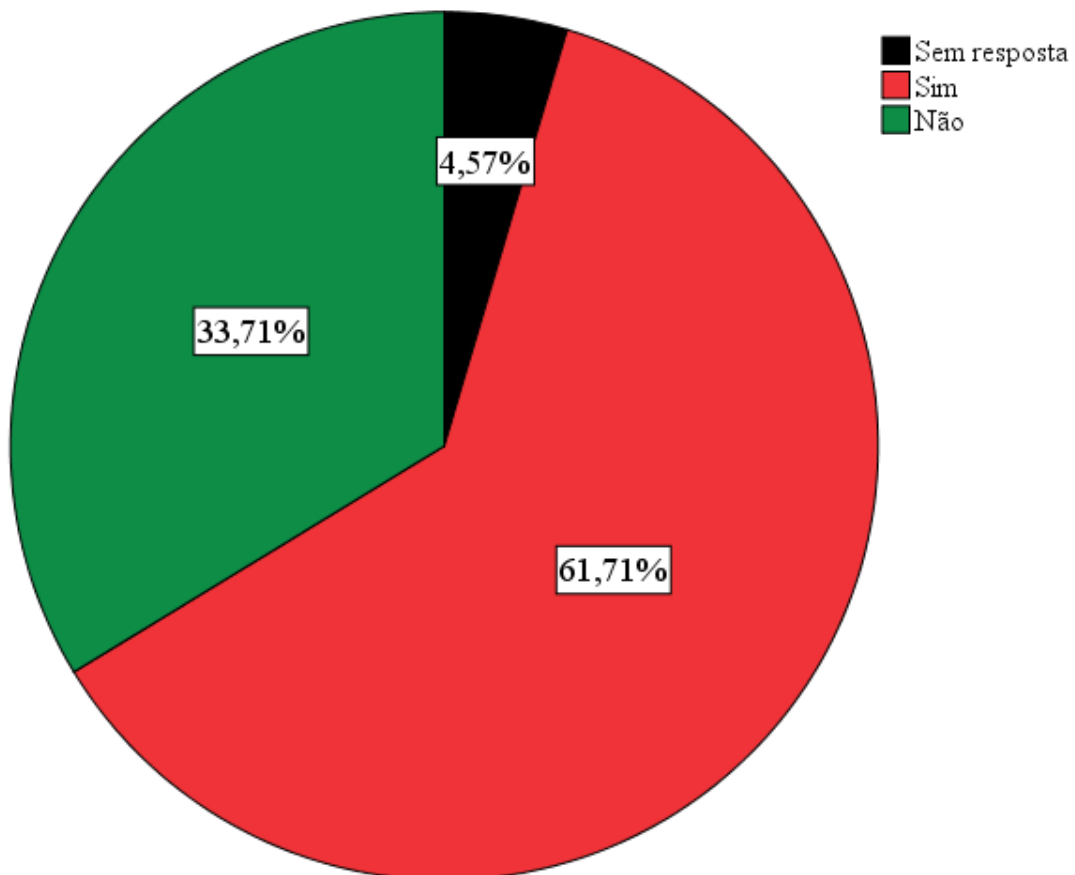
Q15		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	256	73,1	74,6	74,6
	2	87	24,9	25,4	100,0
Total		343	98,0	100,0	
Missing	System	7	2,0		
Total		350	100,0		



Statistics Q16

N	Valid	334
	Missing	16
Mean		1,35
Median		1,00
Mode		1
Variance		,229
Skewness		,617
Std. Error of Skewness		,133
Kurtosis		-1,630
Std. Error of Kurtosis		,266
Minimum		1
Maximum		2
Percentiles	25	1,00
	50	1,00
	75	2,00

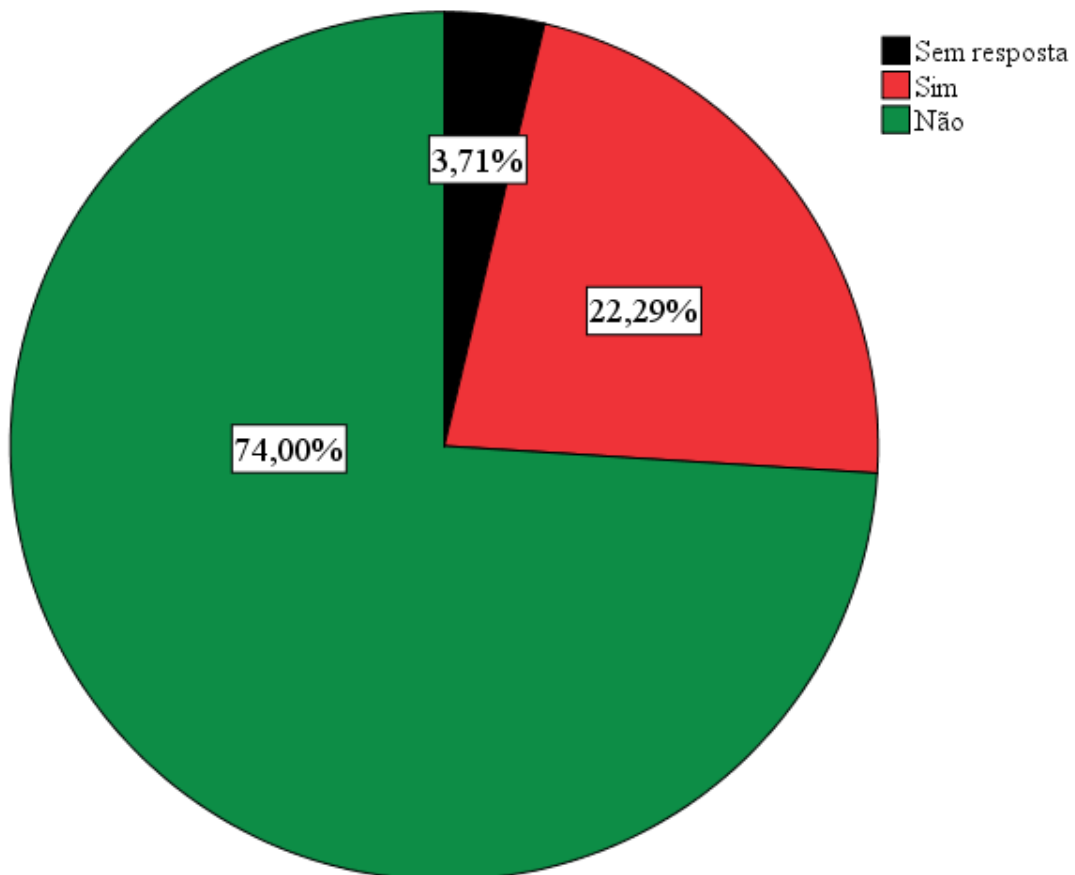
Q16		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	216	61,7	64,7	64,7
	2	118	33,7	35,3	100,0
	Total	334	95,4	100,0	
Missing System		16	4,6		
Total		350	100,0		



Statistics Q17

N	Valid	337
	Missing	13
Mean		1,77
Median		2,00
Mode		2
Variance		,178
Skewness		-1,279
Std. Error of Skewness		,133
Kurtosis		-,366
Std. Error of Kurtosis		,265
Minimum		1
Maximum		2
Percentiles	25	2,00
	50	2,00
	75	2,00

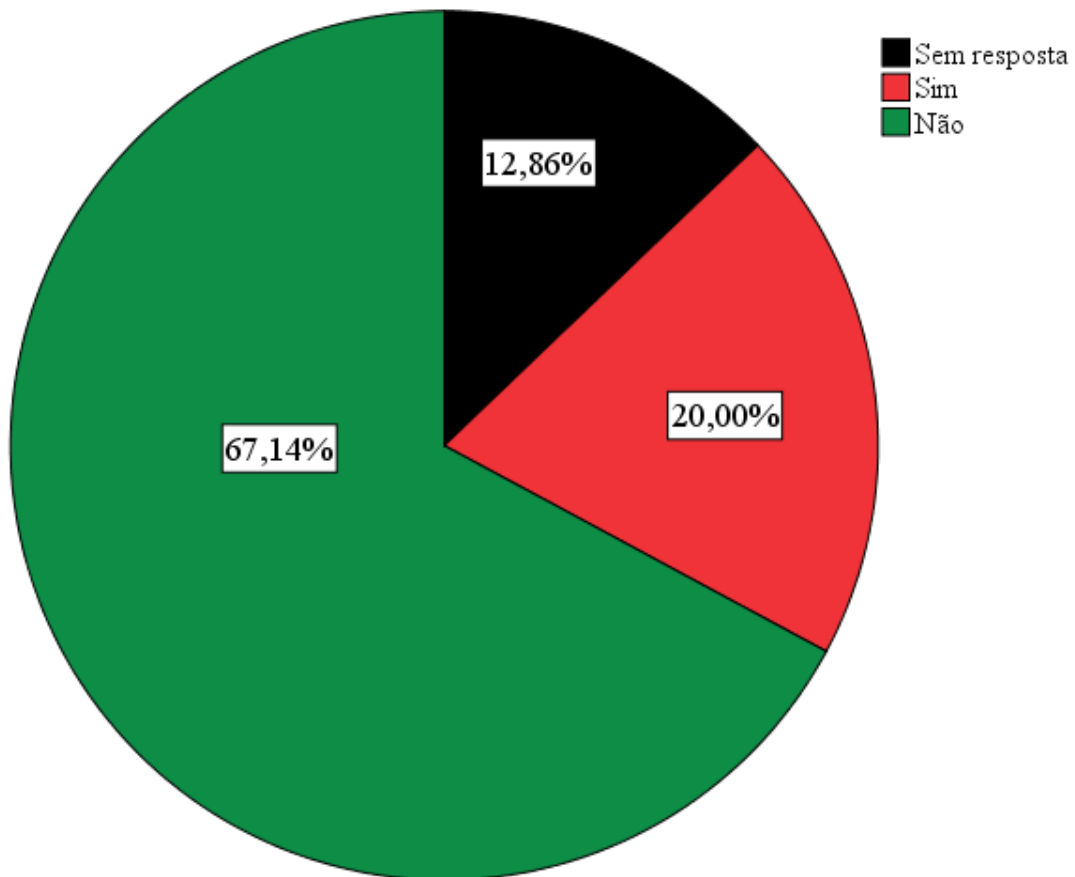
Q17		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	78	22,3	23,1	23,1
	2	259	74,0	76,9	100,0
	Total	337	96,3	100,0	
Missing System		13	3,7		
Total		350	100,0		



Statistics Q19

N	Valid	305
	Missing	45
Mean		1,77
Median		2,00
Mode		2
Std. Deviation		,421
Variance		,177
Skewness		-1,293
Std. Error of Skewness		,140
Kurtosis		-,331
Std. Error of Kurtosis		,278
Minimum		1
Maximum		2

Q19		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	70	20,0	23,0	23,0
	2	235	67,1	77,0	100,0
	Total	305	87,1	100,0	
Missing	System	45	12,9		
Total		350	100,0		



Statistics EADS\_TOTAL

N	Valid	268
	Missing	82
Mean		,4858
Median		,3333
Std. Deviation		,52267
Variance		,273
Skewness		2,096
Std. Error of Skewness		,149
Kurtosis		5,494
Std. Error of Kurtosis		,297

Total Variance Explained

	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	10,245	48,788	48,788	10,245	48,788	48,788	4,456	21,219	21,219
2	1,243	5,918	54,706	1,243	5,918	54,706	4,078	19,419	40,638
3	1,099	5,234	59,940	1,099	5,234	59,940	4,054	19,302	59,940

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Statistics CS\_TOTAL

N	Valid	215
	Missing	135
Mean		1,6596
Median		1,6923
Std. Deviation		,54005
Variance		,292
Skewness		-,269
Std. Error of Skewness		,166
Kurtosis		,740
Std. Error of Kurtosis		,330

Cronbach's Alpha	N of Items
,885	39

Cronbach's Alpha	N of Items
,868	30

Total Variance Explained

	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	7,805	20,013	20,013	7,805	20,013	20,013	3,680	9,437	9,437
2	3,480	8,924	28,937	3,480	8,924	28,937	3,326	8,529	17,966
3	2,541	6,516	35,453	2,541	6,516	35,453	3,073	7,880	25,845
4	2,205	5,653	41,106	2,205	5,653	41,106	2,583	6,624	32,469
5	2,002	5,132	46,239	2,002	5,132	46,239	2,250	5,769	38,238
6	1,551	3,978	50,217	1,551	3,978	50,217	2,058	5,277	43,514
7	1,397	3,583	53,800	1,397	3,583	53,800	2,041	5,233	48,748
8	1,284	3,292	57,092	1,284	3,292	57,092	1,882	4,827	53,574
9	1,206	3,093	60,186	1,206	3,093	60,186	1,790	4,589	58,164
10	1,065	2,729	62,915	1,065	2,729	62,915	1,628	4,175	62,339
11	1,017	2,608	65,524	1,017	2,608	65,524	1,242	3,185	65,524

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	6,637	22,122	22,122	6,637	22,122	22,122	4,215	14,050	14,050
2	3,055	10,185	32,307	3,055	10,185	32,307	3,331	11,103	25,153
3	2,337	7,790	40,097	2,337	7,790	40,097	2,928	9,761	34,914
4	1,960	6,532	46,629	1,960	6,532	46,629	2,790	9,299	44,212
5	1,890	6,301	52,930	1,890	6,301	52,930	2,615	8,718	52,930

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Statistics LCS\_TOTAL

N	Valid	282
	Missing	68
Mean		2,1825
Median		2,1818
Std. Deviation		,72346
Variance		,523
Skewness		-,043
Std. Error of Skewness		,145
Kurtosis		,123
Std. Error of Kurtosis		,289

Cronbach's Alpha	N of Items
,779	11

Cronbach's Alpha	N of Items
,801	10

Total Variance Explained

	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	3,474	31,584	31,584	3,474	31,584	31,584	2,288	20,804	20,804
2	1,312	11,931	43,515	1,312	11,931	43,515	2,082	18,927	39,731
3	1,060	9,634	53,149	1,060	9,634	53,149	1,476	13,418	53,149

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	4,033	40,329	40,329	4,033	40,329	40,329	3,131	31,308	31,308
2	1,288	12,883	53,212	1,288	12,883	53,212	2,190	21,904	53,212

Extraction Method: Principal Component Analysis.