



**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

**ANA CATARINA BENTO GONÇALVES**

***PREVENÇÃO DO CANCRO DA MAMA***

***- CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA***

**ARTIGO CIENTÍFICO**

**ÁREA CIENTÍFICA DE CLÍNICA GERAL**

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:  
PROFESSOR DOUTOR HERNÂNI POMBAS CANIÇO  
PROFESSOR DOUTOR JOSÉ MANUEL M. CARVALHO SILVA**

**MARÇO/2015**

# Prevenção do cancro da mama

## - Conhecimento, atitude e prática

Ana Catarina Bento Gonçalves <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

### **Correspondência:**

Ana Catarina Bento Gonçalves

Mestrado Integrado em Medicina – 6º ano

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal

Morada: Rua Alfredo Santos Oliveira, nº 73, 4430-140 Vila Nova de Gaia

E-mail: [ana.catarinabg@gmail.com](mailto:ana.catarinabg@gmail.com)

*“Every woman needs to know the facts. And the fact is, when it comes to breast cancer, every woman is at risk.”*

*Debbie Wasserman Schultz*

*“When someone has cancer, the whole family and everyone who loves them does too.”*

*Torri Clark*

## ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| <b>1. Abreviaturas</b> .....                                    | 5  |
| <b>2. Resumo/Abstract</b> .....                                 | 6  |
| <b>3. Introdução</b> .....                                      | 10 |
| <b>4. Material e Métodos</b> .....                              | 14 |
| - População alvo e amostra.....                                 | 14 |
| - Colheita de dados.....  | 14 |
| - Métodos estatísticos.....                                     | 16 |
| <b>5. Resultados</b> .....                                      | 19 |
| - Caracterização geral da amostra: Análise descritiva.....      | 19 |
| o Características sociodemográficas e informação relevante..... | 19 |
| o Conhecimento acerca do CM.....                                | 22 |
| o Atitude e prática do CM.....                                  | 29 |
| - Regressão logística.....                                      | 36 |
| o Modelo 1.....   | 36 |
| o Modelo 2.....   | 38 |
| o Modelo 3.....   | 40 |
| o Modelo 4.....   | 42 |
| <b>6. Discussão</b> .....                                       | 43 |
| <b>7. Conclusão</b> .....                                       | 51 |
| <b>8. Agradecimentos</b> .....                                  | 53 |
| <b>9. Referências Bibliográficas</b> .....                      | 54 |
| <b>10. Anexos</b> .....   | 56 |
| - Anexo I.....  | 56 |
| - Anexo II.....   | 62 |

## **ABREVIATURAS - SIGLAS**

**BC** – *Breast cancer*

**CM** – Cancro da mama

**CS** – Centro de Saúde

**IMC** – Índice de massa corporal

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**RMN** – Ressonância magnética nuclear

**SPSS** – *Statistical Package for Social Sciences*

**THS** – Terapêutica hormonal de substituição

**USF** – Unidade de Saúde Familiar

### Nota de esclarecimento:

Este trabalho não foi redigido de acordo com as normas estabelecidas no Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, vigente a partir de Janeiro de 2009.

## RESUMO

O cancro da mama tem vindo a revelar-se um grave problema na saúde pública devido à sua acentuada prevalência e mortalidade. Esta patologia acarreta também problemas como custos financeiros e sociais, desestruturação pessoal e familiar, impacto psicológico, entre outros. O objectivo deste trabalho consiste em, a partir de um questionário, avaliar o grau de conhecimento das mulheres em relação à patologia em causa e às técnicas de rastreio; tentar elucidar as mulheres para a importância do despiste precoce das lesões malignas; determinar a incidência de factores de risco que permitam identificar as mulheres mais propensas ao cancro da mama, tais como: idade, história pessoal de cancro da mama, história familiar, terapêuticas hormonais de substituição, tabagismo, consumo de álcool, sedentarismo, dieta, entre outros. Tudo isto, tendo como pano de fundo a realidade portuguesa.

Neste estudo observacional e transversal, foi aplicado um questionário sobre “Prevenção do Cancro da Mama – conhecimento, atitude e práxis” a uma amostra de 96 mulheres, com idades compreendidas entre os 18 e os 76 anos, a frequentar Centros de Saúde da zona urbana de Coimbra, com o intuito de avaliar o conhecimento e a prática de medidas de prevenção e rastreio do cancro da mama, tendo em conta diversos factores, como a idade, a zona de residência, o grau de instrução e factores de risco.

Os dados obtidos foram tratados informaticamente, recorrendo ao programa de tratamento estatístico “*Statistical Package for the Social Science*” (SPSS), tendo sido efectuada uma análise descritiva e análise de regressão logística bivariada e multivariada.

Os factores de risco foram identificados correctamente entre 7,3 e 82,3% dos casos, sendo que o principal factor de risco para o CM, a idade, foi apontado em 29,2% dos casos. Quanto aos sinais de alerta, estes foram assinalados correctamente entre 38,5 e 99%. Relativamente à prática do auto-exame da mama, 87% das inquiridas responderam afirmativamente. Dos 13% das mulheres que responderam não praticar o auto-exame da mama,

36,8% apresenta como motivo não saber como se faz e 21,1% ter receio do que possa vir a encontrar. Das mulheres com idades compreendidas entre os 45 e 69 anos, 98% respondeu que costuma realizar o rastreio do CM (através da mamografia).

As principais fontes de informação citadas foram o computador/internet (58,3% dos casos), livros (37,5%) e outras pessoas com a doença (31,3%). Verificou-se maior conhecimento dos sinais de alerta para o CM em mulheres que praticam o auto-exame da mama e quando a primeira gestação de termo foi após os 30 anos de idade das inquiridas.

Estes resultados representam, indubitavelmente, uma fonte de informação importante para médicos e entidades responsáveis pela formulação de políticas, pois sugerem os potenciais factores de risco presentes na população em estudo, assim como as principais lacunas relativamente ao seu conhecimento sobre esta temática, podendo, deste modo, estes aspectos serem tidos em conta e abordados em futuras campanhas de prevenção.

**PALAVRAS-CHAVE:**

Cancro da Mama; Prevenção; Rastreio; Factores de risco; Conhecimentos; Prática; Mamografia; Ecografia mamária; Auto-exame da mama; Centro de Saúde.

## ABSTRACT

Breast cancer has been proving to be a major problem in public health due to its sharp prevalence and mortality. This condition also causes problems such as: financial and social costs, family breakdown, and psychological impact, among others. The aim of this study is to determine, from a survey, the women's knowledge of breast cancer and the respective screening tests; try to elucidate women about the importance of early diagnosis of malignant lesions; determine incidence of risk factors to identify women more prone to breast cancer, such as age, personal history of breast cancer, family history, hormone replacement therapy, smoking, alcohol consumption, physical inactivity, and high fat diet.

This observational cross-sectional study, a survey about "Breast Cancer Prevention - knowledge, attitude and praxis" was applied to 96 women, aged between 18 and 76 years old, attending health centers in the city of Coimbra, in order to assess the knowledge and practice in regards to prevention and screening for breast cancer, taking into account various factors such as age, residence, education level and risk factors.

The data was processed by computer, using the statistical treatment program "Statistical Package for Social Science" (SPSS), performing descriptive analysis and bivariate and multivariate logistic regression.

Risk factors were identified from 7,3 to 82,3%, the main risk factor for BC, age, was identified in 29.2% of cases. Signs and symptoms were identified correctly from 38.5 to 99%. Regarding the practice of breast self-exam, 87% of the inquired answered affirmatively. Of the 13% of women who reported not practice breast self-exam, 36.8% said the reason was "not knowing how to do it" and 21.1% "to fear of what they may encounter". 98% of women aged between 45 and 69 years usually participate in the screening program (mammography).

The main sources of information cited were the computer/internet (58.3% of cases), books (37.5%) and other people with the disease (31.3%). The population has a greater



knowledge of warning signs for BC when women do breast self-exam and when the first term pregnancy was after 30 years of age.

The results of this study constitute an important source of information for doctors and for all those responsible for health policy development, since it suggests potential risk factors in the population under study, as well as the main gaps regarding its knowledge on this subject, and can be addressed under future prevention campaigns.

**KEYWORDS:**

Breast Cancer; Prevention; Screening; Risk Factors; Knowledge; Practice; Mammography; Breast ultrasound; Breast Self-exam,; Health Center.

## INTRODUÇÃO

Actualmente, o cancro da mama é a segunda neoplasia mais comum a nível mundial e é, sem dúvida, o tumor maligno mais frequentemente diagnosticado nas mulheres (atinge 1 em cada 8 mulheres no mundo ocidental<sup>1</sup>), seguido do cancro do pulmão e do cancro colo-rectal. Este é a primeira causa de morte por cancro no sexo feminino.<sup>2,3</sup>

É hoje uma patologia de extrema importância para a saúde pública, motivando a discussão em torno de medidas que promovam um diagnóstico precoce, na tentativa de redução da sua incidência e, conseqüentemente, das suas morbidade e mortalidade.<sup>4,5</sup>

Em Portugal, segundo a *Liga Portuguesa Contra o Cancro*, surgem actualmente cerca de 4.500 novos casos de CM por ano, ou seja, 11 novos casos por dia, morrendo diariamente 4 mulheres com esta patologia.<sup>6</sup>

Sabe-se que a incidência total de CM tem vindo a aumentar devido a mudanças no estilo de vida que predis põem a um risco acrescido, ao aumento da esperança média de vida e à melhoria da sobrevida a outras doenças. No entanto, a mortalidade por CM tem vindo a diminuir nos países desenvolvidos nas últimas duas décadas, acreditando-se ser resultado da detecção precoce por mamografia de rastreio e do desenvolvimento do tratamento.<sup>3,7</sup>

Na mulher, o risco ao longo da vida de desenvolver CM é de 12,5%. Com excepção do sexo feminino, a idade é o factor de risco mais importante, com 50% dos casos a ocorrer depois dos 60 anos de idade.<sup>1</sup> Outros factores, tais como a presença dos genes BRCA1 e BRCA2, história familiar ou pessoal de CM, maior densidade do tecido mamário, hiperplasia mamária atípica, a exposição prolongada aos estrogénios, que inclui longos períodos de história menstrual (menarca antes dos 12 anos e menopausa após os 55 anos), nuliparidade, primeira gestação de termo após os 30 anos de idade, ausência ou curtos períodos de amamentação, terapêutica hormonal de substituição e uso de contraceptivos orais, constituem também factores

de risco.<sup>4,8</sup> No entanto, existem ainda outros relacionados com o estilo de vida adoptado, nomeadamente a obesidade, uma dieta rica em gorduras, o consumo excessivo de álcool e tabaco e a falta de exercício físico, possivelmente, porque interferem no metabolismo dos estrogénios.<sup>1</sup>

A educação para a saúde não é uma tarefa fácil, principalmente, se considerarmos que as mulheres assintomáticas, muitas vezes, ignoram os riscos aos quais estão expostas.<sup>4</sup> O seu conhecimento e compreensão ganham importância, na medida em que alguns deles são passíveis de modificação.<sup>9</sup>

O sinal mais precoce de CM é, frequentemente, uma alteração detectada na mamografia, antes de esta ser descoberta à palpação, quer pela própria mulher, quer por profissionais de saúde. Tumores de maiores dimensões podem manifestar-se por nódulos indolores. Outros sinais tradutores de neoplasia maligna são as mudanças persistentes da mama, como o espessamento, retracção, dismorfia, irritação, prurido, descamação da pele e anormalidades do mamilo, como retracção, eczema, ulceração ou corrimento espontâneo.<sup>10</sup>

A batalha contra a mortalidade por CM começa com a prevenção e o diagnóstico precoce. No que diz respeito à prevenção primária, recai especial interesse sobre os factores de risco potencialmente modificáveis, como a obesidade, utilização de terapêuticas hormonais, o sedentarismo, o tabagismo e o consumo diário de bebidas alcoólicas.<sup>9,10</sup>

A mamografia é o melhor exame de rastreio do CM e permite diagnosticar lesões não palpáveis e clinicamente não detectáveis, melhorando assim o prognóstico, sobretudo a partir dos 45 anos, para um controlo rigoroso e periódico (de dois em dois anos), recorrendo ao aconselhamento pelo médico de família.<sup>1,6</sup> Este trata-se de um exame gratuito, sendo parte integrante do “Programa de Rastreio de Cancro da Mama”. Em situações de maior risco de CM, as mulheres devem realizar mamografia anual a partir dos 40 anos. A ecografia mamária não é

utilizada nos procedimentos de rastreio, no entanto, pode contribuir também na detecção de algumas neoplasias em mulheres jovens, sendo o exame de 1ª linha. Esta é sobretudo útil como complemento da mamografia, na detecção de tumores de mamas densas sem tradução mamográfica, melhorando a sensibilidade e a especificidade ao permitir melhor caracterização das lesões detectadas na mamografia.<sup>11</sup> A prevenção secundária poderá assim reflectir-se, a posteriori, num tratamento mais precoce e efectivo, menos agressivo, com melhores resultados estéticos e menos sequelas.<sup>12</sup>

Para a obtenção de um diagnóstico definitivo de CM é necessário a realização de três passos: exame físico, mamografia e biópsia. Apenas é possível estabelecer uma decisão terapêutica através de um diagnóstico histológico de certeza.<sup>1</sup>

Muitas mulheres desconhecem os sintomas iniciais ou factores de risco para o CM, e este facto traduz-se numa fraca adesão às práticas de rastreio. Deve-se, portanto, valorizar esta relação, entre o nível de conhecimento e a adesão, pois influencia directamente o momento do diagnóstico da doença e o seu prognóstico.<sup>13</sup>

Em relação aos profissionais de saúde, é fundamental que estes estejam capacitados para informar e sensibilizar as mulheres, de modo a promover o desenvolvimento de uma atitude responsável para com a sua saúde, através da adopção de medidas de prevenção e da adesão a práticas de rastreio do CM.<sup>4</sup>

Este trabalho de investigação apresenta elevada importância, na medida em que actualmente, em Portugal, os estudos acerca desta temática são escassos. Os objectivos principais consistem em, a partir de um questionário, avaliar o grau de conhecimento das mulheres em relação à patologia em causa e às técnicas de rastreio, consoante as características sociodemográficas; determinar a incidência de factores de risco que permitam identificar as mulheres mais propensas ao CM; assim como avaliar a importância e necessidade de criação

de novos programas de educação e sensibilização para a saúde da população em estudo, tendo como referência os aspectos abordados e as conclusões finais deste trabalho.

Este estudo tem como principais expectativas que seja útil para a formação médica e para o esclarecimento das pessoas, no que toca a esta patologia, e alertar para a relevância do conhecimento e participação da mulher na prevenção do cancro da mama.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

### **População alvo e amostra**

Promoveu-se um estudo observacional e transversal, tendo como população alvo mulheres com idades compreendidas entre os 18 e os 76 anos (inclusive), que frequentam Unidades de Saúde da zona urbana de Coimbra. Importa salientar que os critérios de inclusão consistiram em mulheres, com idade igual ou superior a 18 anos, e os critérios de exclusão consistiram em mulheres com antecedentes pessoais de CM e na incapacidade de compreensão de conceitos e expressão de opinião. A amostra foi constituída por 96 participantes, inquiridos segundo amostra não probabilística de conveniência, a frequentar a USF Mondego, o CS São Martinho do Bispo / Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Dr. Manuel Cunha e o CS Norton de Matos.

### **Colheita de dados**

A colheita de dados baseou-se fundamentalmente na distribuição de inquéritos (ANEXO 1) às mulheres que se encontravam na sala de espera das Unidades de Saúde.

Estes foram entregues pela investigadora, tendo sido sempre feita uma apresentação prévia da mesma e do próprio trabalho, com uma breve explicação dos objectivos e condições de participação no estudo. As inquiridas foram informadas que a participação seria voluntária, esclarecidas de que poderiam optar pela não-participação, sem prejuízo no seu atendimento na Unidade de Saúde. O anonimato e a confidencialidade dos dados solicitados foram garantidos, sendo que nenhum dos registos continha identificação das participantes. Todas as inquiridas aceitaram espontaneamente a sua participação, tendo sido solicitada uma assinatura no consentimento informado e esclarecido, em cumprimento dos princípios éticos do estudo.

Durante o preenchimento dos inquéritos, a investigadora permaneceu junto dos participantes para esclarecer qualquer dúvida que pudesse surgir.

Em situações especiais, como por exemplo incapacidade de leitura por baixo grau de escolaridade ou diminuição da acuidade visual, impossibilidade por razões motoras ou outros motivos, sejam eles a existência de dados por preencher ou perguntas por responder, a investigadora procedeu à leitura das questões e registo das respostas, com o objectivo de otimizar a população a abranger pelo estudo, e, por vezes, diminuir o tempo de resposta da inquirida, abstendo-se de comentários que pudessem exercer influência nas respostas.

O questionário foi elaborado pela investigadora. Este é constituído por 27 questões de resposta curta e resposta fechada: escolha múltipla e resposta simples, e encontra-se dividido em cinco partes.

A primeira parte é relativa aos dados sociodemográficos, tendo sido feita uma caracterização da idade, estado civil, grau de escolaridade e local de residência.

A segunda parte do questionário focou-se no conhecimento sobre a neoplasia em causa, como por exemplo o conhecimento dos factores de risco para o CM, dos sinais de alerta, perguntas acerca dos respectivos métodos de rastreio, assim como o tratamento e probabilidade de remissão, tendo sido ainda questionados assuntos que dizem respeito à prática dos exames de rastreio e sua frequência.

Finalmente, a terceira parte baseou-se em dados relativos à aquisição de informação pelas inquiridas, tendo sido questionados os meios de informação usados, a qualidade/quantidade de informação fornecida pelo médico, o entendimento sobre este assunto, e a atitude ao receber informação.

É importante salientar que, previamente à distribuição dos inquéritos para o estudo, foi realizado um pré-teste, aplicando exemplares a 10 mulheres, escolhidas de forma aleatória. Este passo permitiu uma análise cuidadosa do conteúdo, com uma avaliação da clareza e possível ambiguidade das questões, identificação de perguntas às quais os inquiridos respondem de forma incompleta ou recusam responder, encontrar omissões, imprevistos, verificar o nível de compreensão e adequabilidade da sequência, assim como solicitar comentários adicionais e sugestões aos inquiridos, com o objectivo de obter, posteriormente, toda a informação desejada. Após o pré-teste, tendo sido feitas alterações escassas e insignificantes, foi aplicado o questionário definitivo.

O tempo médio de preenchimento do questionário foi de, aproximadamente, 7 minutos, sendo que, para os indivíduos com grau de escolaridade elevado, este foi menor, de cerca de 5 minutos.

### **Métodos estatísticos**

A análise estatística dos resultados foi efectuada através do recurso ao *Statistic Package for the Social Sciences* (SPSS®), versão 20.0, para Microsoft Windows®.

Uma vez que as variáveis em estudo foram do tipo nominal ou ordinal, foram obtidas tabelas de frequência, gráficos de barras e gráficos circulares, para melhor análise dos dados.

Assim, realizou-se uma análise descritiva das variáveis em estudo, através das respectivas frequências e percentagens. Foram consideradas variáveis relativas às características sociodemográficas e informação relevante: idade, estado civil, grau de escolaridade, local de residência, história familiar de CM, tabagismo, álcool, dieta variada e equilibrada, exercício físico, menarca, primeira gestação de termo após os 30 anos de idade,



nuliparidade, contraceptivo oral, menopausa tardia e THS. Por outro lado, consideraram-se variáveis relativas ao conhecimento acerca do CM, como: “Se notar alguma alteração na mama, deve?”, “Se não tem alterações, só é preciso ir ao médico?”, “Quais as idades para fazer a mamografia?”, “De quanto em quanto tempo deve ser realizada a mamografia?”, “Tratamento sempre o mesmo?” e probabilidade de “cura” do CM. Foram ainda consideradas variáveis respeitantes à atitude e práxis do CM, sendo elas: “O que entende sobre o assunto?”, “Costuma fazer o auto-exame da mama?”, “Costuma fazer a mamografia?” e atitude ao ser informada.

O passo seguinte consistiu na criação de quatro variáveis que constituíram modelos de regressão logística.

- Modelo 1: Conhecimento de pelo menos dois factores de risco para o CM;
- Modelo 2: Conhecimento de pelo menos quatro sinais de alerta para o CM;
- Modelo 3: Realização do auto-exame da mama;
- Modelo 4: Realização de exame de rastreio para o CM (mamografia).

Para avaliar uma possível associação entre as variáveis dependentes criadas e as variáveis independentes (como: idade, estado civil, grau de escolaridade, local de residência, história familiar de CM, tabagismo, álcool, dieta variada e equilibrada, entre outras), realizaram-se análises bivariadas e multivariadas, através do teste de independência do qui-quadrado e, quando os dados não satisfaziam as condições de aplicabilidade deste teste, foi usado o teste de Fisher.

O nível de significância adoptado para a aceitação de diferenças estatisticamente significativas foi de 0,05.

Posteriormente, foram efectuadas análises de regressão logística multivariadas de forma a identificar, das variáveis com valor estatístico significativo, as que contribuíram de forma

independente e significativa para os resultados do estudo, com o objectivo de obter um modelo preditivo.

Depois do preenchimento do questionário, seguiu-se a entrega de um folheto informativo a cada uma das participantes, também este criado pela investigadora, com o intuito de informar, sensibilizar, ensinar e, de certo modo, responder às perguntas que, no questionário, foram colocadas. Este pode ser consultado em anexo (ANEXO 2).

## RESULTADOS

### 1. Caracterização geral da amostra: Análise descritiva

#### 1.1 Características sociodemográficas e informação relevante

A amostra analisada é constituída por 96 inquiridos do sexo feminino.

O intervalo de idades está compreendido entre os 18 e os 76 anos, sendo que a média é de 44,88 anos, com um desvio-padrão de 13,73.

No que diz respeito ao estado civil, 55,2% das inquiridas são casadas, 24% são solteiras, 13,5% são divorciadas e 7,3% são viúvas.

Do total de inquiridas, 33,3% apresentam o ensino superior como nível de escolaridade, 30,2% o ensino básico, 25% o ensino secundário, e 11,5% o ensino pós-graduado.

Em relação à zona habitacional, 81,3% das inquiridas reside na zona urbana, e 18,8% reside na zona rural.

| Variáveis            |                                 | Frequência (n)   | Percentagem (%) |
|----------------------|---------------------------------|------------------|-----------------|
| Idade                | 10-24                           | 8                | 8,3             |
|                      | 25-39                           | 26               | 27,1            |
|                      | 40-54                           | 40               | 41,7            |
|                      | 55-69                           | 18               | 18,8            |
|                      | 70-84                           | 4                | 4,2             |
|                      | Média ± desvio padrão           | 44,875 ± 13,7330 |                 |
| Estado civil         | Solteira                        | 23               | 24,0            |
|                      | Casada                          | 53               | 55,2            |
|                      | Divorciada                      | 13               | 13,5            |
|                      | Viúva                           | 7                | 7,3             |
| Grau de escolaridade | Nenhum                          | 0                | 0               |
|                      | Ensino Básico 1º ciclo (4º ano) | 14               | 14,6            |

|            |  |    |      |
|------------|--|----|------|
|            | Ensino Básico 2º ciclo (6º ano)                | 2  | 2,1  |
|            | Ensino Básico 3º ciclo (9º ano)                | 13 | 13,5 |
|            | Ensino Secundário                              | 24 | 25,0 |
|            | Ensino Superior (Licenciatura)                 | 32 | 33,3 |
|            | Ensino pós-graduado (Mestrado ou Doutoramento) | 11 | 11,5 |
| Residência | Rural  | 18 | 18,8 |
|            | Urbano   | 78 | 81,3 |

**Tabela 1** – Características sociodemográficas e informação relevante

Da amostra em estudo, 35,4% das inquiridas apresenta história familiar de CM, das quais 35,3% o familiar é de 1º grau, e 64,7% trata-se de um familiar de 2º grau ou afastado. Das inquiridas, 15,6% é fumadora, 20,8% refere consumir álcool, 13,5% não mantém uma dieta variada e equilibrada, 61,5% não pratica exercício físico.

Relativamente aos factores reprodutivos, 29,2% apresentou uma menarca precoce (antes dos 12 anos), 19,2% apresentou primeira gestação de termo após os 30 anos de idade, 18,8% nunca teve filhos, 80,2% usa/usou contraceptivo oral, 17,1% entrou na menopausa após os 55 anos de idade. Das 35 mulheres que já se encontram na menopausa, 8,3%, fazem terapia hormonal de substituição.

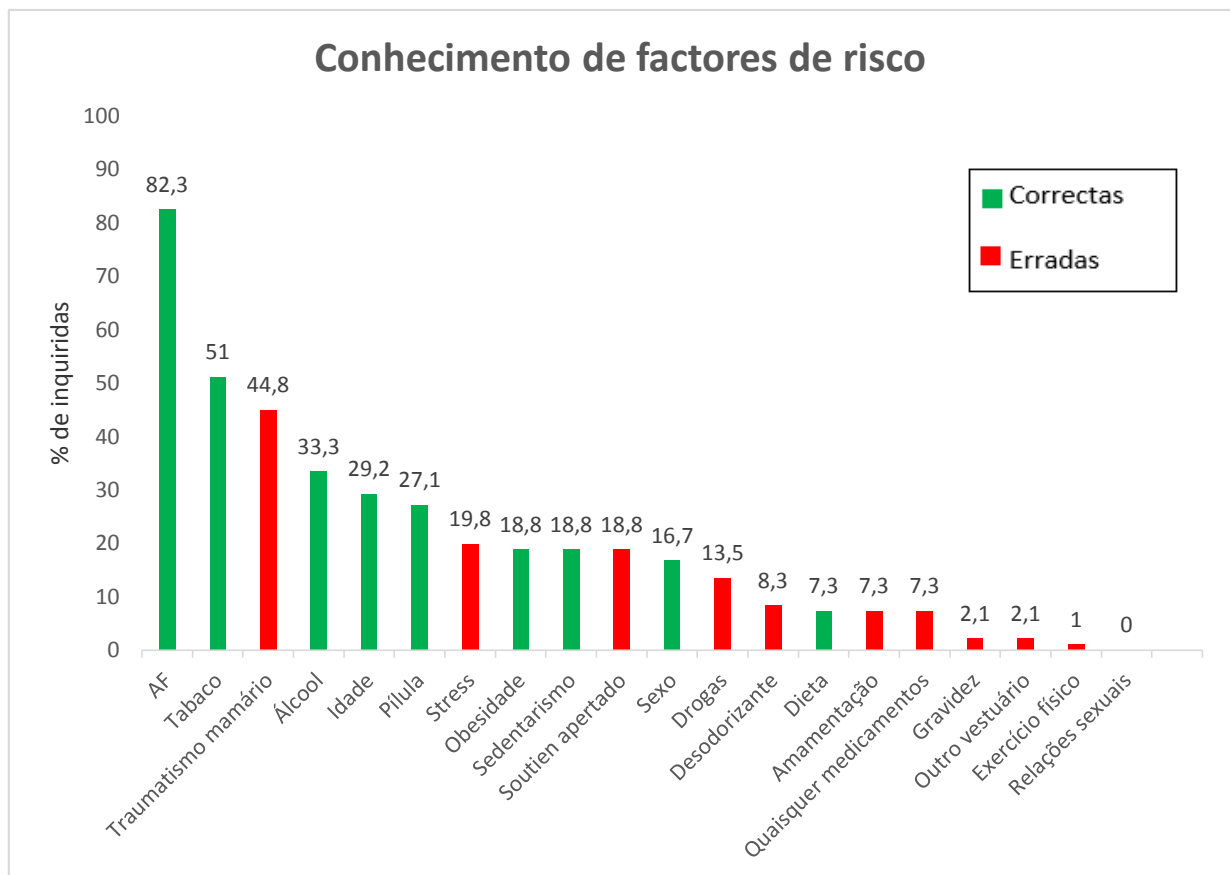
| Variáveis                             |  | Frequência (n) | Percentagem (%) |
|---------------------------------------|--|----------------|-----------------|
| História familiar de CM               | Sim  | 34             | 35,4            |
|                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Familiar 1º grau</li> <li>• Familiar 2º grau /afastado</li> </ul> | 12<br>22       | 35,3<br>64,7    |
|                                       | Não  | 6              | 64,6            |
| Tabagismo                             | Sim  | 15             | 15,6            |
|                                       | Não  | 81             | 84,4            |
| Álcool                                | Sim  | 20             | 20,8            |
|                                       | Não  | 76             | 79,2            |
| Dieta variada e equilibrada           | Sim  | 83             | 86,5            |
|                                       | Não  | 13             | 13,5            |
| Exercício físico                      | Sim  | 37             | 38,5            |
|                                       | Não  | 59             | 61,5            |
| Menarca                               | Até aos 12 anos  | 28             | 29,2            |
|                                       | A partir dos 12 anos (inclusive)   | 68             | 70,8            |
| Nuliparidade                          | Sim  | 18             | 18,8            |
|                                       | Não  | 78             | 81,3            |
| 1ª Gestação de termo após os 30 anos) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antes dos 30 anos</li> <li>• Após os 30 anos</li> </ul>           | 81,3<br>63     | 15<br>19,2      |
|                                       |  |                |                 |
| Contraceptivo oral                    | Sim  | 77             | 80,2            |
|                                       | Não  | 19             | 19,8            |
| Menopausa                             | Até aos 55 anos (inclusive)  | 29             | 82,9            |
|                                       | Após os 55 anos  | 6              | 17,1            |
| THS (das 35 mulheres já em menopausa) | Sim  | 8              | 8,3             |
|                                       | Não  | 27             | 28,1            |

**Tabela 2** – Factores de risco e factores protectores

## 1.2. Conhecimento acerca do CM

No que concerne ao nível de conhecimento sobre esta neoplasia, verificou-se que quando questionadas acerca dos factores de risco para o CM, 82,3% das inquiridas identificaram correctamente os antecedentes familiares, 51% o tabaco, 33,3% o álcool, 29,2% a idade, 27,1% os contraceptivos orais, 18,8% a obesidade, 18,8% o sedentarismo, 16,7% o sexo e 7,3% a dieta.

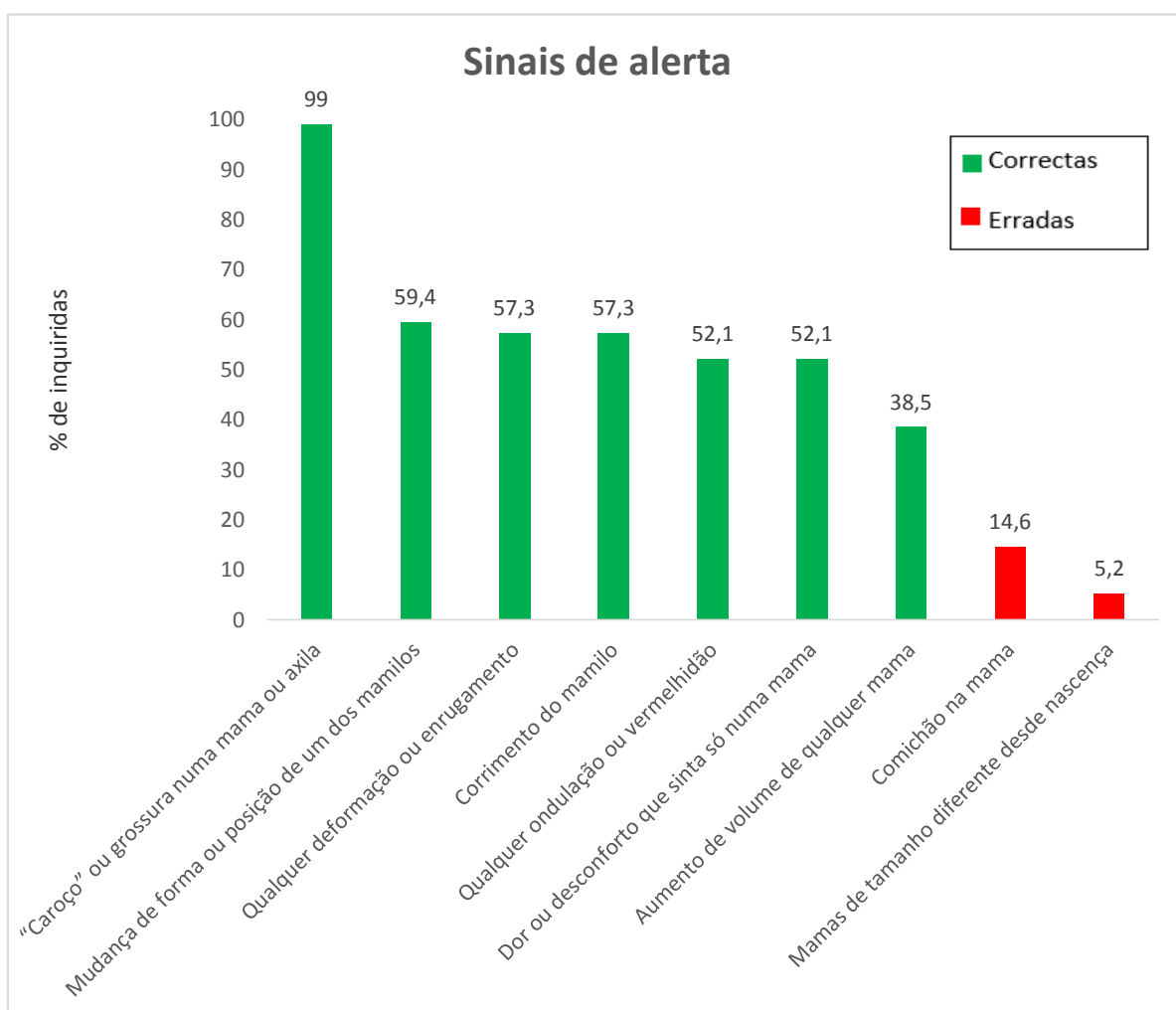
De forma incorrecta, apontaram como factores de risco do CM o traumatismo mamário em 44,8% dos casos, o stress em 19,8%, o soutien apertado em 18,8%, drogas em 13,5%, desodorizante em 8,3%, amamentação em 7,3%, quaisquer medicamentos em 7,3%, gravidez em 2,1%, outro vestuário em 2,1% e exercício físico em 1% dos casos.



**Gráfico 1** – Respostas à pergunta “Quais para si constituem factores de risco para o cancro da mama?”

Quanto ao conhecimento dos sinais de alerta para o CM, as inquiridas identificaram correctamente: o aparecimento de um “caroço” ou espessura numa mama ou axila (99%); a mudança de forma ou posição de um dos mamilos (59,4%); qualquer deformação ou enrugamento (57,3%); o corrimento do mamilo (57,3%); qualquer ondulação ou vermelhidão (52,1%); a dor ou desconforto que sinta só numa mama (52,1%); e, por fim, o aumento de volume de qualquer mama (38,5%).

Erradamente, identificaram como sinais de alerta: comichão na mama (14,6%); e mamas de tamanho diferente desde nascença (5,2%).



**Gráfico 2** – Respostas à pergunta “Assinale os sinais de alerta que pensa que podem sugerir cancro da mama.”

Quando questionadas acerca da atitude a adoptar caso surja alguma alteração na mama, 99% das inquiridas respondeu “ir ao médico”, sendo que apenas 1% respondeu “perguntar à vizinha ou amiga”.

| Variáveis                    | Frequência (n) | Percentagem (%) |
|------------------------------|----------------|-----------------|
| Esperar                      | 0              | 0               |
| Ir ao médico                 | 95             | 99,0            |
| Perguntar à vizinha ou amiga | 1              | 1,0             |

**Tabela 3** – Resposta à pergunta: “Se notar alguma alteração na mama, deve:”

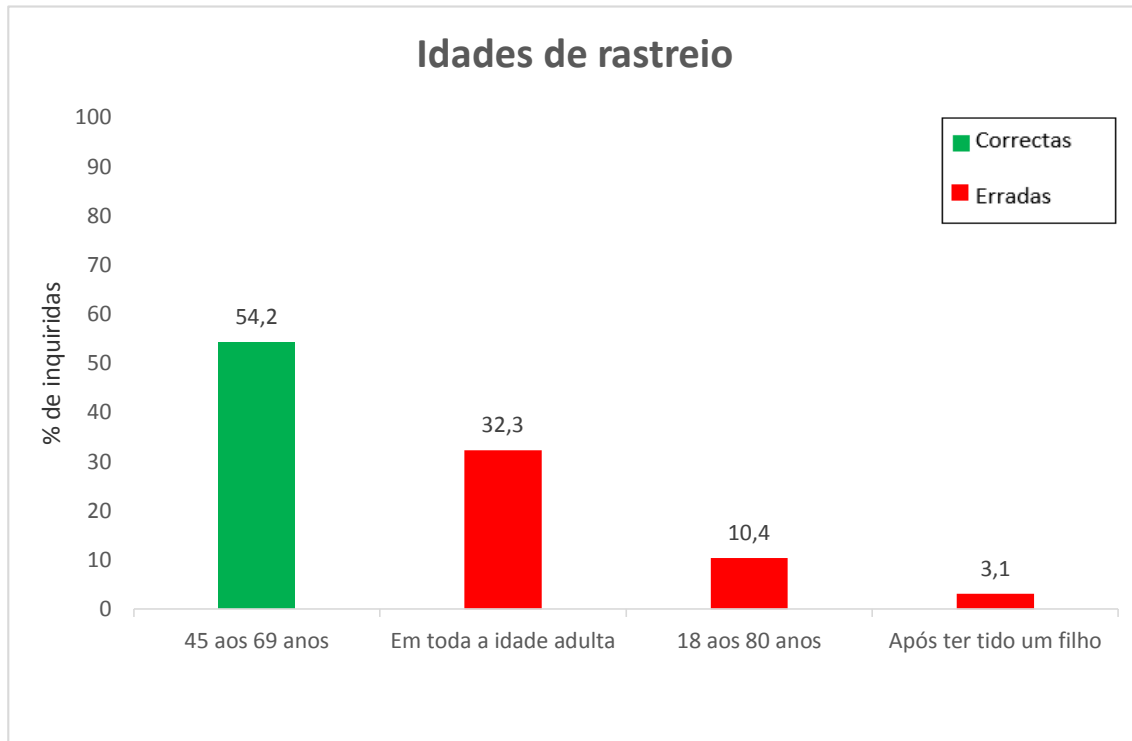
No caso da ausência de alterações na mama, 94,8% das inquiridas respondeu que é necessário recorrer ao médico anualmente, 4,2% apenas de 5 em 5 anos, e 1% respondeu não ser preciso.

| Variáveis       | Frequência (n) | Percentagem (%) |
|-----------------|----------------|-----------------|
| De 5 em 5 anos  | 4              | 4,2             |
| Nunca           | 1              | 1,0             |
| Uma vez por ano | 91             | 94,8            |

**Tabela 3** – Resposta à pergunta: “Se não tem alterações, só é preciso ir ao médico:”

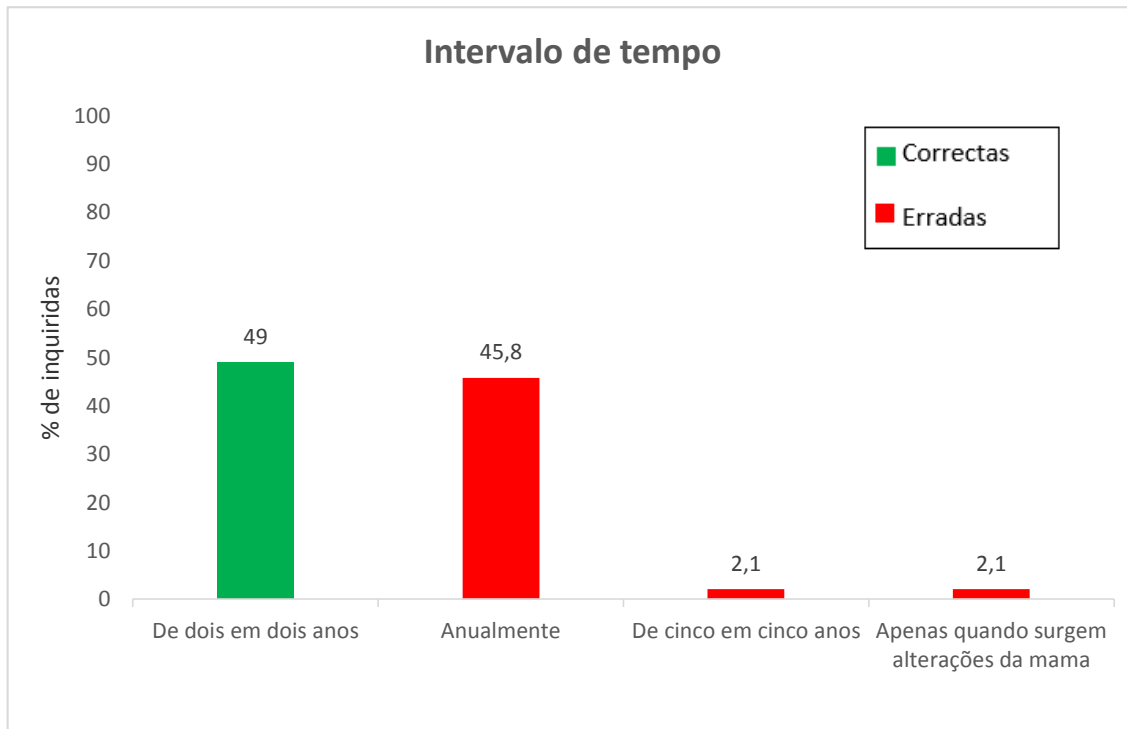


No que diz respeito à idade para a realização do rastreio do CM (mamografia), mais de metade da amostra (54,2%) apontou correctamente o intervalo “45 aos 69 anos”, sendo que erradamente 32,3% das inquiridas respondeu “em toda a idade adulta”, 10,4% “18 aos 80 anos” e 3,1% “após ter tido um filho”.



**Gráfico 3** – Respostas à pergunta “Quais as idades para fazer a mamografia?”

Quando questionadas acerca do intervalo de tempo entre a realização das mamografias, as inquiridas responderam correctamente em 49% dos casos “de dois em dois anos”. Erradamente, responderam “anualmente” em 45,8% dos casos, “de cinco em cinco anos” em 2,1%, e “apenas quando surgem alterações na mama” em 2,1% dos casos.



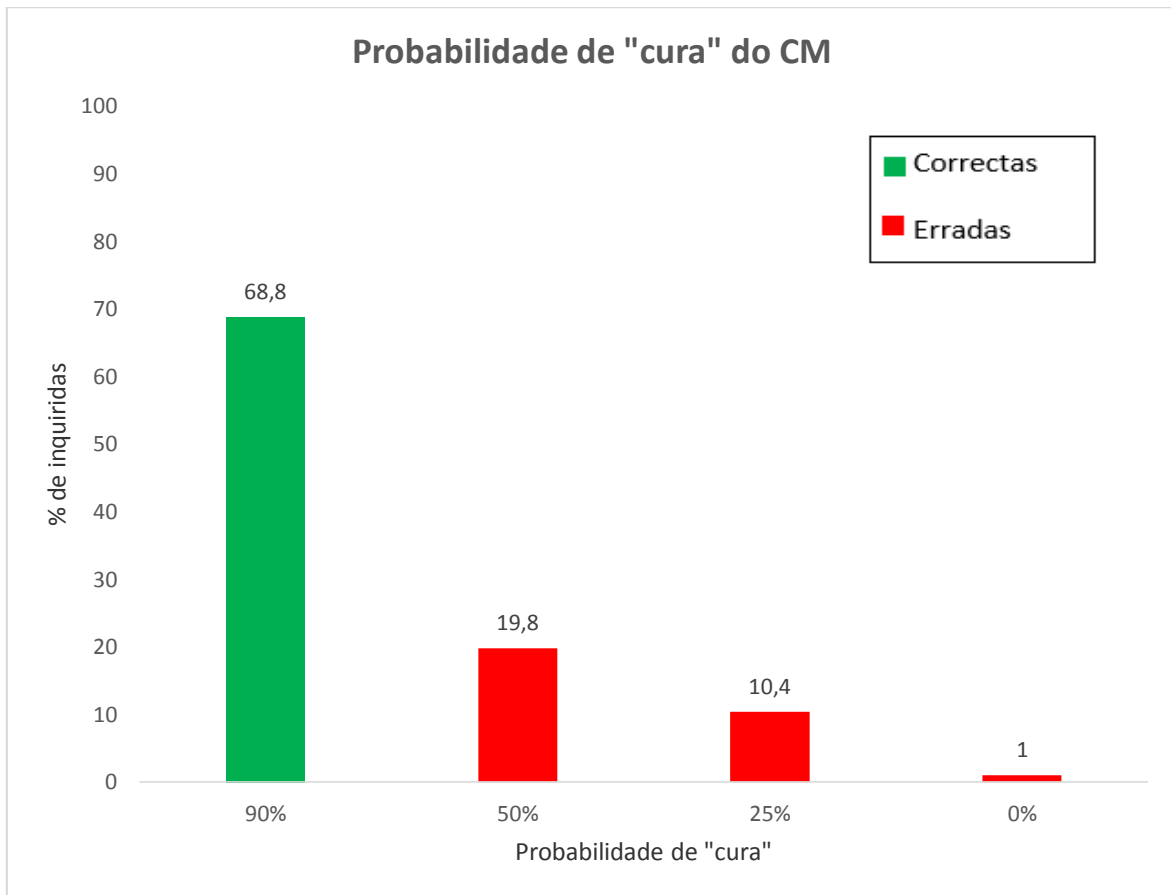
**Gráfico 4** – Resposta à pergunta “De quanto em quanto tempo deve ser realizada a mamografia?”

Quando confrontadas com a afirmação “O tratamento do cancro da mama é sempre o mesmo para todas as mulheres”, 89,6% das inquiridas respondeu, correctamente, que era falso, e 10,4% respondeu, erradamente, verdadeiro.

| Variáveis  | Frequência (n) | Percentagem (%) |
|------------|----------------|-----------------|
| Verdadeiro | 10             | 10,4            |
| Falso      | 86             | 89,6            |

**Tabela 4** – Resposta à pergunta: “O tratamento do cancro da mama é sempre o mesmo para todas as mulheres.”

Relativamente à questão “Se tiver um cancro da mama descoberto cedo e bem tratado, a probabilidade de desaparecer, é:”, 68,8% das inquiridas respondeu, correctamente, 90%, enquanto, erradamente, 19,8% respondeu 50%, 10,4% das inquiridas assinalou 25%, e 1% respondeu 0%.



**Gráfico 4** – Resposta à pergunta “Se tiver um cancro da mama descoberto cedo e bem tratado, a probabilidade de desaparecer, é:”

Verificou-se que, quando inquiridas em relação à informação recebida pelo médico relativamente ao CM, 80,2% das mulheres afirmou ser clara e suficiente; 14,6% clara, mas insuficiente; e 5,2% respondeu que a informação recebida é confusa.

| Variáveis               | Frequência (n) | Percentagem (%) |
|-------------------------|----------------|-----------------|
| Clara e suficiente      | 77             | 80,2            |
| Clara, mas insuficiente | 14             | 14,6            |
| Confusa                 | 5              | 5,2             |

**Tabela 5** – Resposta à pergunta: “A informação dada pelo médico é:”

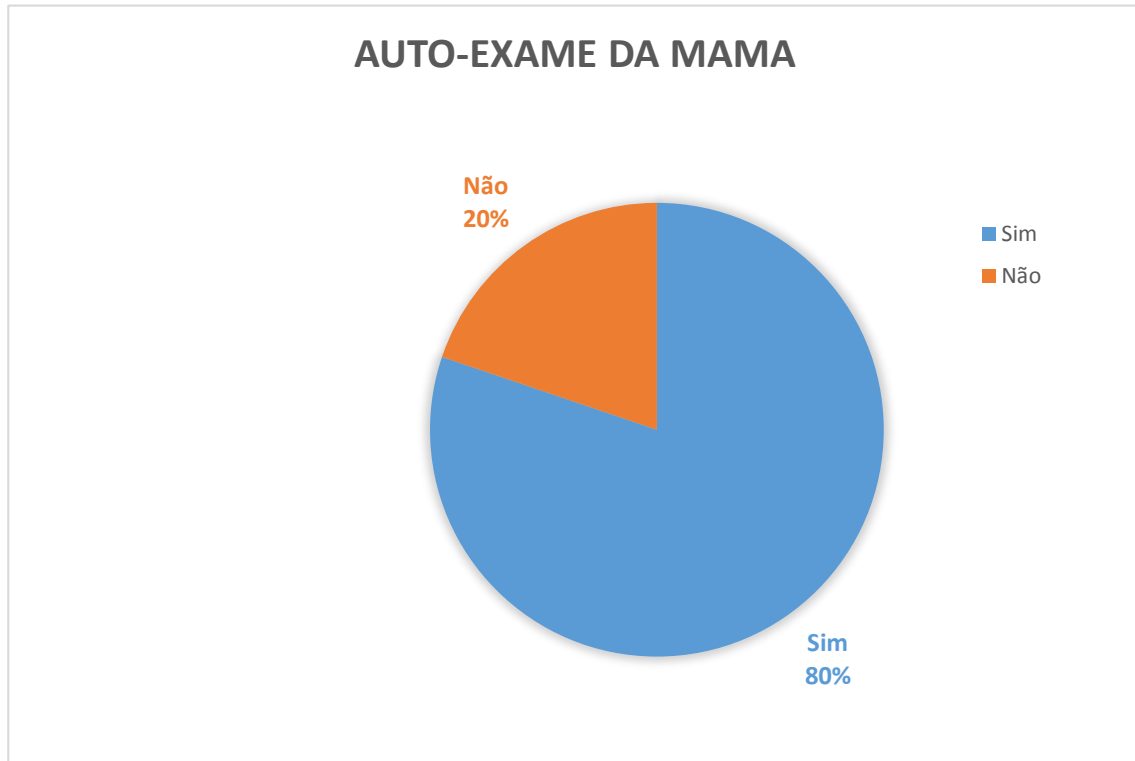
Quando questionadas acerca do conhecimento que possuem acerca do assunto em questão, 53,1% das inquiridas respondeu que entende grande parte; 41,7% que entende pouco; 4,2% que entende tudo e, por fim, apenas 1,0% referiu que nada entende.

| Variáveis            | Frequência (n) | Percentagem (%) |
|----------------------|----------------|-----------------|
| Não entendo nada     | 1              | 1,0             |
| Entendo pouco        | 40             | 41,7            |
| Entendo grande parte | 51             | 53,1            |
| Entendo tudo         | 4              | 4,2             |

**Tabela 6** – Resposta à pergunta: “O que entende sobre o assunto”

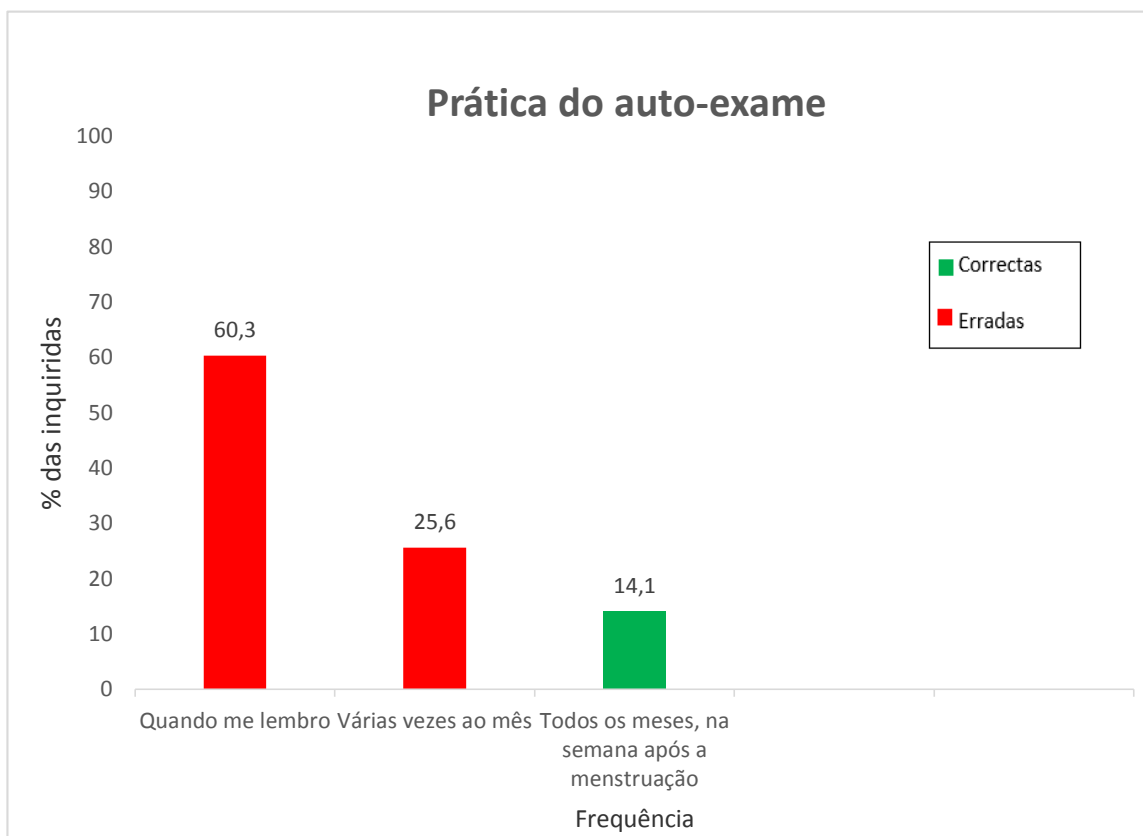
## **1.2. Atitude e práxis do CM**

Relativamente à realização do auto-exame da mama, 80,2% das inquiridas respondeu que sim, enquanto 19,8% respondeu que não praticava.



**Gráfico 5** – Resposta à pergunta “Costuma fazer o auto-exame da mama?”

Verifica-se que apenas 14,1% das mulheres que responderam afirmativamente à pergunta anterior realizam o auto-exame com a frequência certa, “todos os meses, na semana após a menstruação”. Das restantes, 60,3% indicou praticar apenas quando se lembra e 25,6% várias vezes ao mês.



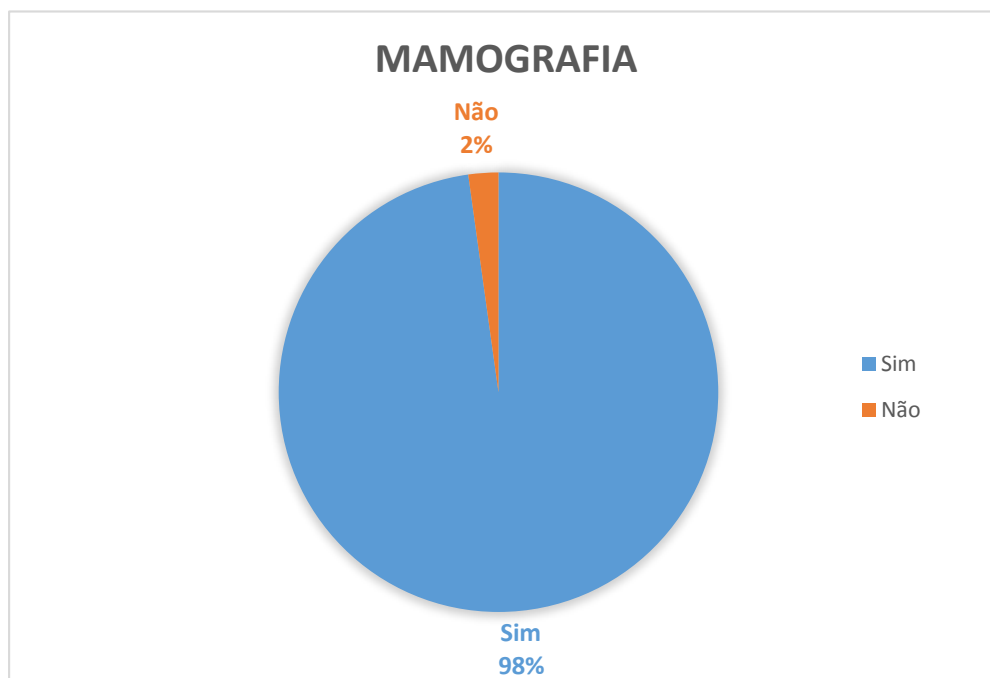
**Gráfico 6** – Resposta à pergunta “Se sim, com que frequência costuma fazer?”

Do conjunto de mulheres que responderam negativamente, quando questionadas acerca do motivo, 42,1% respondeu “por outros motivos”, 36,8% “não sei fazer”, 21,1% “tenho receio do que posso vir a encontrar”, e 0% “nunca ouvi falar”.



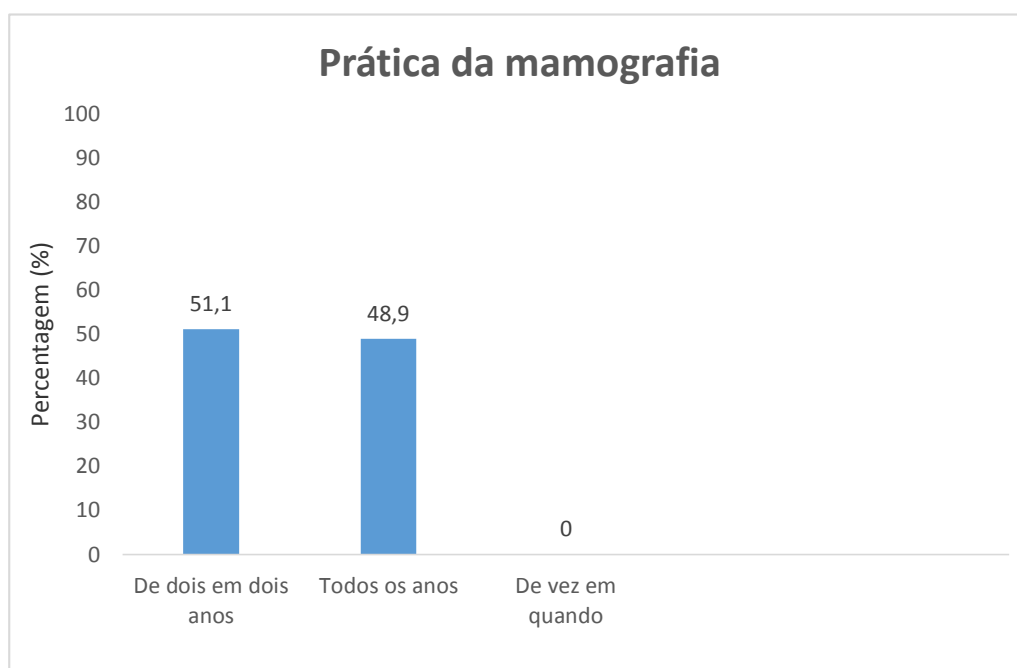
**Gráfico 7** – Resposta à pergunta “Motivos da não realização do auto-exame da mama”

Da amostra em estudo, foram seleccionadas as mulheres cujas idades estavam compreendidas dentro do intervalo de idades para o rastreio do CM, dos 45 aos 69 anos de idade. A este grupo foi questionado se era hábito a realização da mamografia, ao que 45 mulheres (98%) responderam afirmativamente e apenas uma pessoa respondeu que não (2%).



**Gráfico 8** – Resposta à pergunta “Costuma fazer a mamografia?”

Às inquiridas que responderam que realizavam a mamografia, questionou-se com que frequência o faziam, tendo 51,1% das mulheres respondido “de dois em dois anos” e 48,9% “todos os anos”.



**Gráfico 9** – Resposta à pergunta “Se sim, com que frequência?”

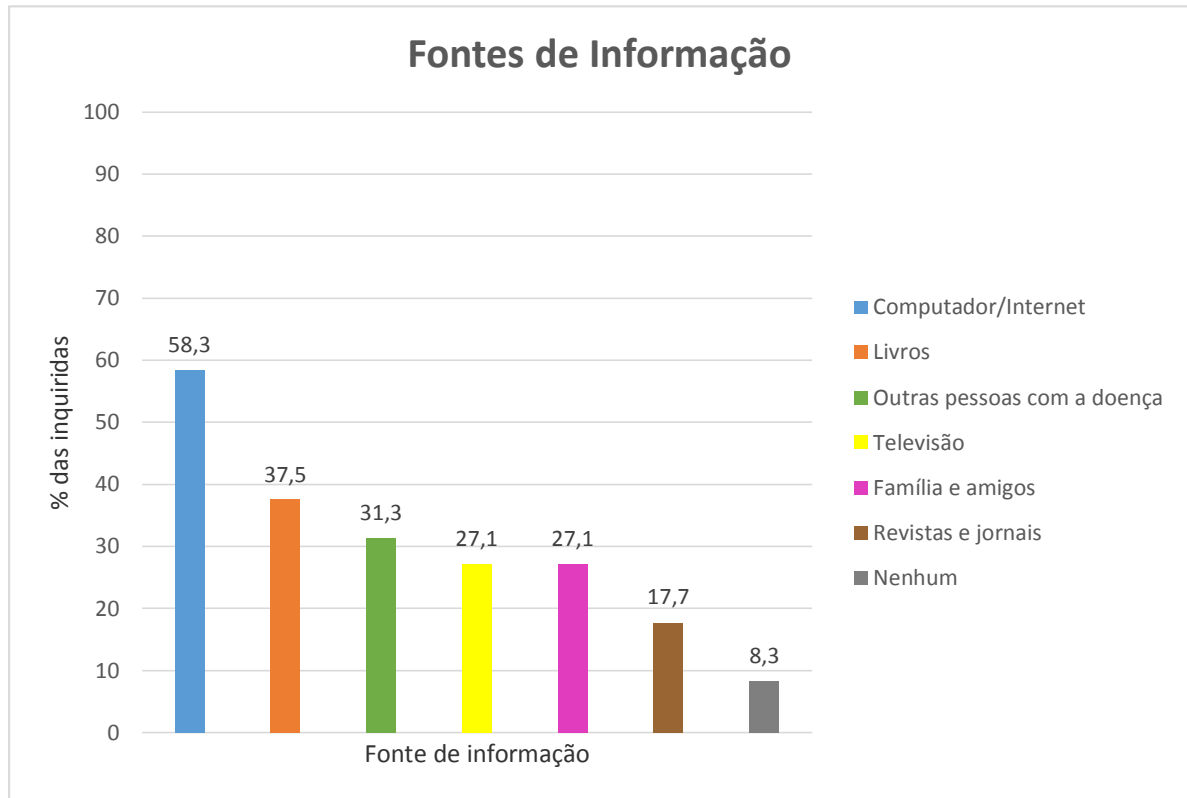


A inquirida que à pergunta “Costuma fazer **a mamografia?**” respondeu negativamente, quando questionada quanto ao motivo, apontou a opção “Tenho medo de descobrir que tenho CM”.

| Variáveis  | Frequência (n) | Percentagem (%) |
|--|----------------|-----------------|
| “Tenho medo de descobrir que tenho CM”             | 1              | 100             |
| “Acho que o exame deve ser desconfortável”         | 0              | 0               |
| “O exame tem pouca importância”                    | 0              | 0               |
| “Por falta de tempo”                               | 0              | 0               |
| “O médico não aconselha a realização do exame”     | 0              | 0               |
| “Tenho medo de descobrir que tenho cancro de mama” | 0              | 0               |
| “Outra justificação”                               | 0              | 0               |

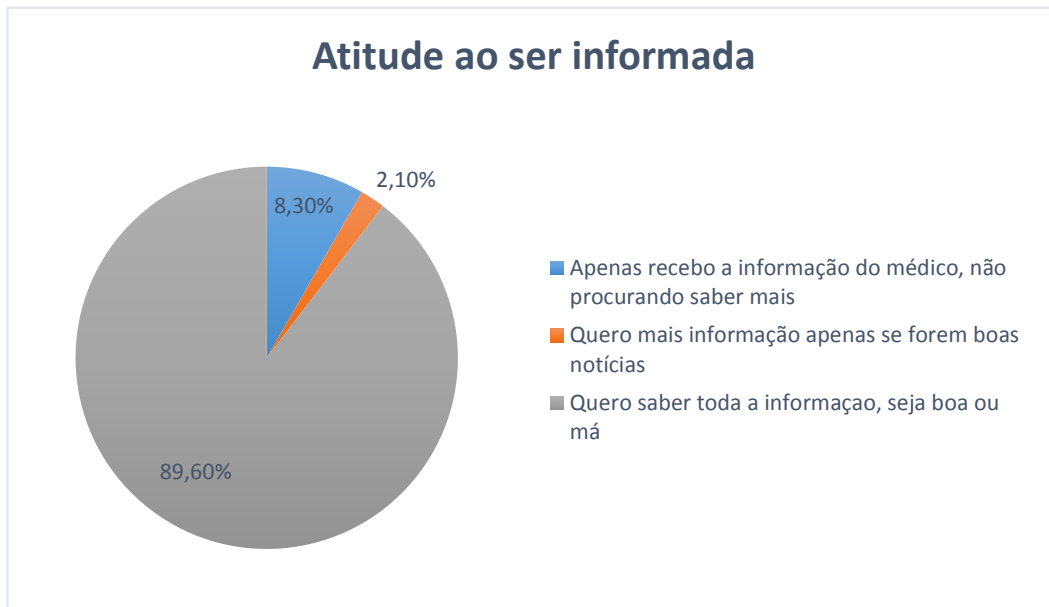
**Tabela 7** – Motivos para a não realização da mamografia

Relativamente à principal fonte de informação assinalada pelas inquiridas, 58,3% referiu ser o computador/internet, 37,5% recorre a livros, 31,2% a outras pessoas com a doença, 27,1% cita a televisão, sendo que igualmente 27,1% refere que recorre a familiares e amigos, 17,7% a revistas e jornais, e, por fim, 8,3% afirma não recorrer a nenhum meio de informação.



**Gráfico 10** – Resposta à pergunta “Dos seguintes meios de informação, indique quais já utilizou para procurar esclarecimentos:”

Quando questionadas sobre a atitude ao receber informação, 89,6% das inquiridas referiu querer saber toda a informação, seja boa ou má, 8,3% prefere saber mais informação apenas se foram boas notícias, e 2,1% apenas deseja receber a informação, não procurando saber mais.



**Gráfico 11** – Resposta à pergunta “Qual a sua atitude ao ser informada?”

## 2. Regressão Logística

### 2.1 Modelo 1: Conhecimento de pelo menos dois factores de risco para o CM.

#### Análise Bivariada

| Variáveis independentes                    |  | Frequência (n) | p-value |
|--|--|----------------|---------|
| Idade                                      | 10-24  | 8              | 0,806   |
|  | 25-39  | 26             |         |
|  | 40-54  | 40             |         |
|  | 55-69  | 18             |         |
|  | 70-84  | 4              |         |
|  | 50-99  | 32             |         |
| Estado civil                               | Casada   | 53             | 0,407   |
|  | Outros (solteira, divorciada, viúva)   | 43             |         |
| Grau de escolaridade                       | Nenhum + Ensino Básico   | 29             | 0,703   |
|  | Ensino Secundário  | 24             |         |
|  | Ensino Superior + Ensino pós-graduado  | 43             |         |
| Residência                                 | Rural  | 18             | 0,768   |
|  | Urbano   | 78             |         |
| História familiar de CM                    | Sim  | 34             | 0,805   |
|  | Não  | 62             |         |
| Tabagismo                                  | Sim  | 15             | 0,193   |
|  | Não  | 81             |         |
| Álcool                                     | Sim  | 20             | 0,020   |
|  | Não  | 76             |         |
| Dieta variada e equilibrada                | Sim  | 83             | 0,731   |
|  | Não  | 13             |         |
| Exercício físico                           | Sim  | 37             | 0,545   |
|  | Não  | 59             |         |
| Menarca                                    | Até aos 12 anos  | 28             | 0,604   |
|  | A partir dos 12 anos (inclusive)   | 68             |         |
| Nuliparidade                               | Sim  | 18             | 1,000   |
|  | Não  | 78             |         |
| Primeira gestação de termo após os 30 anos | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antes dos 30 anos</li> <li>• Após os 30 anos</li> </ul> | 15<br>63       | 0,51    |
| Contraceptivo oral                         | Sim  | 77             | 0,882   |
|  | Não  | 19             |         |
| Menopausa                                  | Até aos 55 anos (inclusive)  | 29             | 0,602   |
|  | Após os 55 anos  | 6              |         |
| THS<br>(das 35 mulheres já em menopausa)   | Sim  | 8              | 0,159   |
|  | Não  | 27             |         |

|  |  |    |       |
|--|--|----|-------|
| “Se notar alguma alteração na mama, deve:”                   | Ir ao médico   | 95 | ...   |
|  | Outro  | 1  |       |
| “Se não tem alterações, só é preciso ir ao médico:”          | Uma vez por ano  | 91 | ...   |
|  | Outro  | 5  |       |
| “Quais as idades para fazer a mamografia?”                   | 45 aos 69 anos   | 52 | 0,723 |
|  | Outro  | 44 |       |
| “De quanto em quanto tempo deve ser realizada a mamografia?” | De dois em dois anos   | 47 | 0,376 |
|  | Outro  | 49 |       |
| “Tratamento sempre o mesmo?”                                 | Verdadeiro   | 10 | 0,700 |
|  | Falso  | 86 |       |
| Probabilidade de cura  | 90%  | 66 | 0,898 |
|  | Outra (25%+50%+Nunca)  | 30 |       |
| Informação dada pelo médico                                  | Clara e suficiente   | 77 | 0,555 |
|  | Clara, mas insuficiente ou confusa   | 19 |       |
| O que entende sobre o assunto                                | Entendo pouco ou nada  | 41 | 0,905 |
|  | Entendo grande parte ou tudo   | 55 |       |
| “Costuma fazer o auto-exame da mama?”                        | Sim  | 84 | 0,385 |
|  | Não  | 12 |       |
| “Costuma fazer a mamografia?”                                | Sim  | 45 | ...   |
|  | Não  | 1  |       |
| Atitude ao ser informada                                     | Apenas recebo a informação do médico, não procurando saber mais ou quero mais informação apenas se forem boas notícias | 10 | 0,707 |
|  | Quero saber toda a informação, seja boa ou má  | 86 |       |

**Tabela 8** – Modelo 1: Conhecimento de pelo menos dois factores de risco para o CM.

Visto que apenas uma das variáveis usadas neste modelo (“consumo de álcool”) apresentou significado estatístico, não foi possível realizar o teste de regressão logística, para avaliar o impacto das variáveis independentes no conhecimento das mulheres inquiridas de pelo menos dois factores de risco.

**2.2 Modelo 2: Conhecimento de pelo menos quatro sinais de alerta para o CM.****Análise Bivariada**

| Variáveis independentes                             |                                       | Frequência (n) | p-value |
|---|---------------------------------------|----------------|---------|
| Idade   | 10-24                                 | 8              | 0,035   |
|   | 25-39                                 | 26             |         |
|   | 40-54                                 | 40             |         |
|   | 55-69                                 | 18             |         |
|   | 70-84                                 | 4              |         |
|   | 50-99                                 | 32             |         |
| Estado civil  | Casada                                | 53             | 0,633   |
|   | Outros (solteira, divorciada, viúva)  | 43             |         |
| Grau de escolaridade                                | Nenhum + Ensino Básico                | 29             | 0,404   |
|   | Ensino Secundário                     | 24             |         |
|   | Ensino Superior + Ensino pós-graduado | 43             |         |
| Residência  | Rural                                 | 18             | 0,685   |
|   | Urbano                                | 78             |         |
| História familiar de CM                             | Sim                                   | 34             | 0,741   |
|   | Não                                   | 62             |         |
| Tabagismo   | Sim                                   | 15             | 0,168   |
|   | Não                                   | 81             |         |
| Álcool  | Sim                                   | 20             | 0,069   |
|   | Não                                   | 76             |         |
| Dieta variada e equilibrada                         | Sim                                   | 83             | 0,545   |
|   | Não                                   | 13             |         |
| Exercício físico                                    | Sim                                   | 37             | 0,213   |
|   | Não                                   | 59             |         |
| Menarca   | Até aos 12 anos                       | 28             | 0,246   |
|   | A partir dos 12 anos (inclusive)      | 68             |         |
| Nuliparidade  | Sim                                   | 18             | 0,893   |
|   | Não                                   | 78             |         |
| Primeira gestação de termo após os 30 anos          | • Antes dos 30 anos                   | 15             | 0,012   |
|   | • Após os 30 anos                     | 63             |         |
| Contraceptivo oral                                  | Sim                                   | 77             | 0,128   |
|   | Não                                   | 19             |         |
| Menopausa   | Até aos 55 anos (inclusive)           | 29             | 0,640   |
|   | Após os 55 anos                       | 6              |         |
| THS<br>(das 35 mulheres já em menopausa)            | Sim                                   | 8              | 0,661   |
|   | Não                                   | 27             |         |
| “Se notar alguma alteração na mama, deve:”          | Ir ao médico                          | 95             | ...     |
|   | Outro                                 | 1              |         |
| “Se não tem alterações, só é preciso ir ao médico:” | Uma vez por ano                       | 91             | ...     |
|   | Outro                                 | 5              |         |
| “Quais as idades para fazer a mamografia?”          | 45 aos 69 anos                        | 52             | 0,712   |
|   | Outro                                 | 44             |         |

|  |  |    |       |
|--|--|----|-------|
| “De quanto em quanto tempo deve ser realizada a mamografia?” | De dois em dois anos   | 47 | 0,732 |
|  | Outro  | 49 |       |
| “Tratamento sempre o mesmo?”                                 | Verdadeiro   | 10 | 0,494 |
|  | Falso  | 86 |       |
| Probabilidade de cura  | 90%  | 66 | 0,605 |
|  | Outra (25%+50%+Nunca)  | 30 |       |
| Informação dada pelo médico                                  | Clara e suficiente   | 77 | 0,947 |
|  | Clara, mas insuficiente ou confusa   | 19 |       |
| O que entende sobre o assunto                                | Entendo pouco ou nada  | 41 | 0,122 |
|  | Entendo grande parte ou tudo   | 55 |       |
| “Costuma fazer o auto-exame da mama?”                        | Sim  | 84 | 0,040 |
|  | Não  | 12 |       |
| “Costuma fazer a mamografia?”                                | Sim  | 45 | ...   |
|  | Não  | 1  |       |
| Atitude ao ser informada                                     | Apenas recebo a informação do médico, não procurando saber mais ou quero mais informação apenas se forem boas notícias | 10 | 1,000 |
|  | Quero saber toda a informação, seja boa ou má  | 86 |       |

**Tabela 9** – Modelo 2: Conhecimento de pelo menos quatro sinais de alerta para o CM.

As variáveis para as quais se observou, na análise bivariada, significado estatístico ( $p < 0,05$ ) foram: a “prática do auto-exame da mama” e a “primeira gestação de termo após os 30 anos”. As restantes variáveis em estudo não obtiveram significado estatístico e, como tal, não foram incluídas na análise logística deste mesmo modelo.

Assim sendo, as variáveis “prática do auto-exame da mama” e a “primeira gestação de termo após os 30 anos” foram incluídas numa regressão logística com o conhecimento de pelo menos quatro sinais de alarme para o CM como variável dependente.

Este modelo foi estatisticamente significativo  $X^2(3, n=78)=13.597, p=0.004, R^2=0.217$ , permitindo distinguir as mulheres que possuem conhecimento das que não possuem de pelo menos quatro sinais de alarme.

Para as duas variáveis verificou-se haver significância estatística da sua participação no modelo (“prática do auto-exame da mama”  $p=0.025$  e “primeira gestação de termo após os 30

anos”  $p=0.017$ ), não se verificando o mesmo para a variável idade ( $p=0.200$ ). A acuidade global da previsão foi 74.4% (sensibilidade 85.4%, especificidade 56.7%).

### 2.3. Modelo 3: Realização do auto-exame da mama.

#### Análise Bivariada

| Variáveis independentes     |                                       | Frequência (n) | p-value |
|-----------------------------|---------------------------------------|----------------|---------|
| Idade                       | 10-24                                 | 8              | 0,112   |
|                             | 25-39                                 | 26             |         |
|                             | 40-54                                 | 40             |         |
|                             | 55-69                                 | 18             |         |
|                             | 70-84                                 | 4              |         |
|                             | 50-99                                 | 32             |         |
| Estado civil                | Casada                                | 53             | 0,793   |
|                             | Outros (solteira, divorciada, viúva)  | 43             |         |
| Grau de escolaridade        | Nenhum + Ensino Básico                | 29             | 0,607   |
|                             | Ensino Secundário                     | 24             |         |
|                             | Ensino Superior + Ensino pós-graduado | 43             |         |
| Residência                  | Rural                                 | 18             | 0,750   |
|                             | Urbano                                | 78             |         |
| História familiar de CM     | Sim                                   | 34             | 0,696   |
|                             | Não                                   | 6              |         |
| Tabagismo                   | Sim                                   | 15             | 0,488   |
|                             | Não                                   | 81             |         |
| Álcool                      | Sim                                   | 20             | 1,000   |
|                             | Não                                   | 76             |         |
| Dieta variada e equilibrada | Sim                                   | 83             | 0,717   |
|                             | Não                                   | 13             |         |
| Exercício físico            | Sim                                   | 37             | 0,221   |
|                             | Não                                   | 59             |         |
| Menarca                     | Até aos 12 anos                       | 28             | 0,166   |
|                             | A partir dos 12 anos (inclusive)      | 68             |         |
| Nuliparidade                | Sim                                   | 18             | 0,185   |
|                             | Não                                   | 78             |         |



|  |  |          |       |
|--|--|----------|-------|
| Primeira gestação de termo após os 30 anos                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antes dos 30 anos</li> <li>• Após os 30 anos</li> </ul>                       | 15<br>63 | 1,000 |
| Contraceptivo oral   | Sim  | 77       | 0,347 |
|  | Não  | 19       |       |
| Menopausa  | Até aos 55 anos (inclusive)  | 29       | 1,000 |
|  | Após os 55 anos  | 6        |       |
| THS (das 35 mulheres já em menopausa)                        | Sim  | 8        | 1,000 |
|  | Não  | 27       |       |
| “Se notar alguma alteração na mama, deve:”                   | Ir ao médico<br>Outro  | 95<br>1  | ...   |
| “Se não tem alterações, só é preciso ir ao médico:”          | Uma vez por ano<br>Outro   | 91<br>5  | ...   |
| “Quais as idades para fazer a mamografia?”                   | 45 aos 69 anos<br>Outro  | 52<br>44 | 0,282 |
| “De quanto em quanto tempo deve ser realizada a mamografia?” | De dois em dois anos<br>Outro  | 47<br>49 | 0,273 |
| “Tratamento sempre o mesmo?”                                 | Verdadeiro   | 10       | 0,024 |
|  | Falso  | 86       |       |
| Probabilidade de cura  | 90%  | 66       | 0,482 |
|  | Outra (25%+50%+Nunca)  | 30       |       |
| Informação dada pelo médico                                  | Clara e suficiente   | 77       | 0,521 |
|  | Clara, mas insuficiente ou Confusa   | 19       |       |
| O que entende sobre o assunto                                | Não entendo nada ou Entendo pouco  | 41       | 0,135 |
|  | Entendo grande parte ou Entendo tudo   | 55       |       |
| “Costuma fazer a mamografia?”                                | Sim  | 45       | ...   |
|  | Não  | 1        |       |
| Atitude ao ser informada                                     | Apenas recebo a informação do médico, não procurando saber mais ou Quero mais informação apenas se forem boas notícias | 10       | 0,203 |
|  | Quero saber toda a informação, seja boa ou má  | 86       |       |

Tabela 10 – Modelo 3: Realização do auto-exame da mama.

Visto que, também neste modelo, apenas uma das variáveis independentes usadas (“Tratamento sempre o mesmo?”) apresentou um valor estatisticamente significativo, não foi possível realizar o teste de regressão logística, para apurar a influência das variáveis independentes na prática do auto-exame da mama por parte das mulheres inquiridas.

#### **2.4. Modelo 4: Realização de exame de rastreio para o CM (mamografia) – mulheres com idades compreendidas entre os 45 e os 69 anos.**

O último modelo foi abandonado uma vez que, do grupo de inquiridas que se encontram dentro do intervalo de idades para o rastreio do CM, apenas uma delas respondeu negativamente quando questionada acerca da prática do mesmo. Deste modo, este modelo não era viável e não apresentava critérios para uma análise de regressão logística.

## DISCUSSÃO

O presente trabalho de investigação incidiu sobre uma análise do conhecimento e a prática de mulheres, a frequentar Unidades de Saúde da zona urbana de Coimbra, relativamente ao CM e o seu rastreio.

Apesar de muitas vezes abordado, o tema “Prevenção do cancro da mama” tem sido, na verdade, pouco explorado e existem escassos dados concretos, a nível nacional, no que toca a aplicação de questionários e estudos que avaliem realmente até que ponto é que as mulheres se encontram, verdadeiramente, informadas e alertadas para esta grande problemática: o cancro da mama. É urgente assegurar uma abrangência mais globalizada de toda a informação, de modo a que esta seja acessível a todas as mulheres.

Este estudo, como o próprio título prenuncia, foi elaborado tendo em conta três pontos fundamentais: o conhecimento, a atitude e a práxis, tendo sido os dois últimos englobados pela sua inevitável correlação. O conhecimento significa o recordar de factos específicos, dentro da educação que o indivíduo recebeu, acerca de um determinado assunto, neste caso específico, acerca do CM. Por outro lado, a atitude e a práxis abrangem, juntas, uma dimensão tanto emocional e pessoal como social. A atitude corresponde a disposições favoráveis ou desfavoráveis do indivíduo relativamente a um objecto, pessoa, situação, assunto, conceito, que pode exercer controlo no comportamento ou tomada de decisão. A práxis diz respeito à conduta ou acção do indivíduo; à unidade dialéctica do pensar e do ser, sendo, ao mesmo tempo, saber e prática, conhecimento e acção.<sup>14</sup>

Neste estudo participaram 96 inquiridos do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 76 anos, cuja caracterização geral revelou a maioria ser casada (55,2%), com o ensino superior como nível de escolaridade (33,3%) e residentes em zona urbana (81,3%). Relativamente a factores de risco para o CM, 35,4% das inquiridas possui história familiar de CM, 15,6% é fumadora, 20,8% mantém hábitos alcoólicos, 13,5% não faz uma dieta variada e

equilibrada e 61,5% não pratica exercício físico. Para além disso, e relativamente aos factores reprodutivos, 29,2% apresentou uma menarca precoce (antes dos 12 anos), 19,2% apresentou primeira gestação de termo após os 30 anos de idade, 81,3% nunca teve filhos, 80,2% usa/usou contraceptivo oral, 17,1% entrou na menopausa após os 55 anos de idade e 8,3%, das 35 mulheres já em menopausa, fazem terapia hormonal de substituição.

No que diz respeito ao conhecimento dos factores de risco para o CM, 82,3% das inquiridas identificaram correctamente os antecedentes familiares, 51% o tabaco, 33,3% o álcool, 29,2% a idade, 27,1% os contraceptivos orais, 18,8% a obesidade, 18,8% o sedentarismo, 16,7% o sexo e 7,3% a dieta. Segundo o Dr. Silva Mendes, sabe-se actualmente que apenas 5 a 10% dos cancros da mama são hereditários,<sup>1</sup> o que não está de acordo com as respostas dadas pelas inquiridas, uma vez que a história familiar ficou em primeiro lugar como factor de risco. Para além disso, o sexo e a idade, embora sendo, indubitavelmente, os dois principais factores de risco, ficaram em quarto e quinto lugares, respectivamente. A idade é de longe o factor de risco mais importante, com 50% dos casos de CM a ocorrer depois dos 60 anos de idade.<sup>1</sup>

É ainda importante salientar os que, erradamente, foram indicados pelas inquiridas como factores de risco. O traumatismo mamário foi colocado em terceiro lugar (44,8%), o stress em sétimo lugar (19,8%), em décimo o soutien apertado (18,8%), décimo segundo o consumo de drogas (13,5%), seguido do uso de desodorizante (8,3%). A amamentação, o uso de quaisquer medicamentos, a gravidez, o vestuário e a prática de exercício físico foram apontados em último. As relações sexuais não foram mencionadas pelas inquiridas.

Um estudo realizado em 2002, no Reino Unido, para apurar a relação entre o traumatismo mamário e o aparecimento de CM concluiu que pode realmente haver uma ligação. No entanto, este incidiu apenas num pequeno grupo de mulheres, de uma área muito restrita, sendo que diversos estudos descartaram essa hipótese. Em 1999, um estudo, realizado também

no Reino Unido, avaliou a influência do stress no aparecimento de nódulos mamários<sup>15</sup>, tendo concluído que não existe relação. Em 2004, um outro estudo, em larga escala, denominado “*Nurses’ Health Study*”<sup>16</sup> chegou também a esta conclusão. Relativamente ao uso de soutien apertado, um estudo recente, publicado no jornal “*Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*”, em 2014, confirmou que não existe risco aumentado de CM.<sup>17</sup> Actualmente, não existem evidências científicas que comprovem que o uso de estupefacientes seja um factor de risco. Um estudo epidemiológico, publicado em 2002, realizado em Washington, não encontrou qualquer ligação entre o risco de CM e uso de desodorizantes ou antitranspirantes.<sup>18</sup>

Relativamente ao conhecimento dos sinais de alerta para o CM, foram apontados correctamente: o aparecimento de um “caroço” ou grossura numa mama ou axila (99%); a mudança de forma ou posição de um dos mamilos (59,4%); qualquer deformação ou enrugamento (57,3%); o corrimento do mamilo (57,3%); qualquer ondulação ou vermelhidão (52,1%); a dor ou desconforto que sinta só numa mama (52,1%); e, por fim, o aumento de volume de qualquer mama (38,5%). Uma grande percentagem de inquiridas mencionou correctamente os sinais de alerta, o que leva a concluir que estas apresentam algum conhecimento sobre este assunto.

Quando questionadas acerca da atitude a adoptar caso surja alguma alteração na mama, 99% das inquiridas respondeu correctamente “ir ao médico”. Na ausência de alterações na mama, 94,8% respondeu que é necessário recorrer ao médico anualmente. Relativamente à idade para a realização do rastreio do CM (mamografia), mais de metade da amostra (54,2%) apontou correctamente o intervalo “45 aos 69 anos”, sendo que, para o intervalo de tempo entre a realização das mamografias, em 49% dos casos responderam correctamente “de dois em dois anos”. Estas respostas estão de acordo com o que está estabelecido no Programa de rastreio do CM, que é dirigido a mulheres com idades compreendidas entre os 45 e os 69 anos de idade, inscritas nas Unidades de Cuidados de Saúde Primários (CSP).<sup>19</sup> O rastreio do CM decorre

dentro dos padrões estipulados nas *guidelines* europeias para o CM.<sup>20</sup> No entanto, existem estudos que desvalorizam a mamografia, afirmando que, apesar dos benefícios, esta possui também algumas desvantagens e limitações, nomeadamente falsos negativos, falsos positivos, aumento da mortalidade e exposição à radiação.<sup>21</sup>

Por outro lado, 68,8% das inquiridas respondeu que um CM de diagnóstico precoce e tratado correctamente tem mais de 90% de probabilidade de “cura”. Sabe-se actualmente que um diagnóstico precoce possibilita a detecção de lesões com menor tamanho e em estádios ainda iniciais, antes da fase metastática da doença, possibilitando taxas superiores de remissão.<sup>22</sup>

Verificou-se que, quando inquiridas em relação à informação recebida pelo médico relativamente ao CM, 80,2% das mulheres afirmou ser clara e suficiente; sendo que as restantes (19,8%) referiram ser clara, mas insuficiente ou confusa. Este ponto é importante, na medida em que o médico deveria ser o principal veículo de informação sobre o CM e promotor do rastreio. Este pode ser um aspecto a ser explorado em estudos futuros, de modo a apurar a origem destes resultados, sendo importante também alertar os médicos de família para esta realidade. O médico deve ter especial preocupação no modo como transmite a informação aos utentes, comunicando conhecimentos científicos complexos em linguagem perceptível, clara e objectiva, tendo sempre em mente o grau de escolaridade de cada doente em concreto.<sup>23</sup>

Quando questionadas acerca do conhecimento que possuem sobre o assunto em questão, 53,1% das inquiridas respondeu que entende grande parte, enquanto 41,7% afirmou que entende pouco. Isto significa que as mulheres estão cientes das lacunas de conhecimento que possuem, podendo este constituir um incentivo para a busca de informação.

No presente estudo, 80,2% das inquiridas afirmou praticar o auto-exame da mama, independentemente da frequência com que o realiza. Apenas 14,1% realiza o auto-exame com a frequência e no período recomendados. Estes seriam todos os meses, na semana após a

menstruação, quando as mamas se encontram mais flácidas e indolores. Para as mulheres que não menstruam, deve ser escolhido um dia do mês para a sua realização, obedecendo ao intervalo de trinta dias.<sup>22</sup> Por outro lado, uma percentagem considerável de mulheres (60,3%) afirmou praticar apenas quando se lembra, facto este devendo ser explorado em estudos futuros, pois pode estar relacionado com algum desinteresse, esquecimento ou falta de tempo para a sua realização.

Dos 13% de casos que referem não praticar o auto-exame da mama, 36,8% aponta como motivo “não sei fazer”, 21,1% “tenho receio do que posso vir a encontrar”, sendo que 42,1% respondeu “por outros motivos”. Também num estudo realizado em 2009,<sup>22</sup> verificou-se que 15,3% das mulheres apresentou como motivos para a não realização do auto-exame “medo de encontrar um tumor” e 6,8% “desconhecer o método”. Estas mulheres devem ser identificadas para que possam ser sensibilizadas para a prática do auto-exame, sendo importante não só que haja uma preocupação na sua capacitação, mas também em tentar abolir os medos, através da garantia de que este procedimento é vantajoso por permitir uma detecção precoce de uma possível lesão.

Quanto à principal fonte de informação assinalada, 58,3% referiu ser o computador/internet, 37,5% os livros, 31,2% outras pessoas com a doença, 27,1% a televisão, 27,1% familiares e amigos, 17,7% revistas e jornais, e, por fim, 8,3% afirma não recorrer a nenhum meio de informação. Perante estes resultados, podemos constatar que a maioria das mulheres usa o computador/internet para a procura de informação sobre o CM, o que pode constituir um aspecto tanto positivo, como negativo.<sup>23</sup> Embora este seja um meio de fácil e crescente acesso, os dados disponíveis são algo discrepantes, não se baseando, muitas vezes, em evidências científicas e podendo, deste modo, trazer consequências nefastas para a saúde dos seus utilizadores.<sup>24</sup> Quanto à informação fornecida por pessoas que já tiveram a doença, este é um ponto fundamental, na medida em que estas são fonte de partilha dos seus

conhecimentos e experiências, podendo fornecer, ao mesmo tempo, informação e conselhos úteis para a prevenção do CM.<sup>25</sup> Os livros e as revistas/jornais constituem fontes mais seguras, pois baseiam-se em estudos e factos científicos. Relativamente à televisão, é compreensível que tenha sido colocada em quarto lugar, pois têm vindo a ser desenvolvidas medidas e campanhas de sensibilização da população para a problemática do CM. Importante será salientar ainda que 8,3% das inquiridas refere não usar nenhum meio de informação, podendo revelar falta de interesse pelo assunto, que se pode reflectir numa carência de conhecimento acerca de aspectos relativos ao CM. Mais uma vez, é importante aqui salientar o papel que o médico deveria desempenhar, acima de qualquer outra fonte de informação, como transmissor de conhecimento e promotor de saúde.

Quando questionadas sobre a atitude ao receber informação, 89,6% referiu querer saber toda a informação, seja boa ou má, 8,3% prefere saber mais informação apenas se foram boas notícias, e 2,1% apenas deseja receber a informação, não procurando saber mais. Esta questão é fundamental para se entender a posição das mulheres relativamente à recepção de informação. Uma percentagem elevada (89,6%) apresentou-se receptiva e interessada na aquisição de conhecimentos, o que pode representar uma mais-valia para a adesão às práticas de rastreio e controlo do CM.

Para melhor análise dos dados, foram criadas quatro variáveis que constituíram modelos de regressão logística.

- Modelo 1: Conhecimento de pelo menos dois factores de risco para o CM;
- Modelo 2: Conhecimento de pelo menos quatro sinais de alerta para o CM;
- Modelo 3: Realização do auto-exame da mama;
- Modelo 4: Realização de exame de rastreio para o CM (mamografia).

O conhecimento de pelo menos dois factores de risco para o CM verificou-se em 75% das inquiridas. No entanto, apenas foi verificada associação estatística significativa entre as



mulheres conhecedoras de pelo menos dois factores de risco e uma das variáveis independentes usadas (“consumo de álcool”), o que não permitiu a realização do teste de regressão logística. Este facto poderá dever-se à dimensão limitada da amostra.

Das inquiridas, 62,5% conhecia pelo menos quatro sinais de alerta para o CM. Através de uma análise bivariada, verificou-se que as variáveis “prática do auto-exame da mama” e “primeira gestação de termo após os 30 anos” apresentavam significado estatístico, tendo sido incluídas numa análise de regressão logística. Foi contruído um modelo que se revelou estatisticamente significativo, permitindo distinguir as mulheres que possuem conhecimento das que não possuem de pelo menos quatro sinais de alerta. Esta associação é compreensível, uma vez que mulheres que realizam o auto-exame com maior frequência e de forma correcta são capazes de reconhecer mais facilmente pequenas modificações nas mamas, de um mês para o outro. Alguns estudos defendem que a realização do auto-exame permite que a mulher participe activamente no controlo da sua saúde, na medida em que, perante uma alteração, esta procura o médico, o que se reflecte numa maior consciência, conhecimento e adesão às técnicas de rastreio.<sup>22</sup> Relativamente à associação com a variável “primeira gestação de termo após os 30 anos”, esta pode estar relacionada com o facto de a mulher estar ciente de que apresenta este factor de risco e, por isso, estar mais preocupada e atenta ao aparecimento de alguma alteração.

Relativamente à prática do auto-exame da mama, 80,2% das inquiridas respondeu positivamente. Também neste modelo, visto que apenas uma das variáveis usadas (“Tratamento sempre o mesmo?”) apresentou um valor estatisticamente significativo, não foi possível realizar o teste de regressão logística, para apurar a sua influência na prática do auto-exame da mama. Seria de esperar que algumas variáveis, nomeadamente o grau de escolaridade, a história familiar, os factores de risco e o grau de conhecimento sobre o CM, pudessem estar associadas a uma maior prática do auto-exame. No entanto, mais estudos chegaram a resultados

semelhantes, negando qualquer relação<sup>26</sup>, ao contrário de outros que referem, por exemplo, que a existência de história familiar está claramente associada a uma maior prática.<sup>22</sup>

O último modelo não foi concretizado pois, do grupo de inquiridas inseridas no intervalo de idades para o rastreio do CM, apenas uma respondeu negativamente quando questionada acerca da prática da mamografia. Deste modo, este modelo não era viável e não apresentava critérios para uma análise de regressão logística.

No decorrer deste trabalho de investigação, foram-se verificando algumas limitações com possível influência nos resultados, nomeadamente:

- O facto de este ter sido aplicado a uma amostra populacional de conveniência, ao invés de aleatória, tendo sido praticado apenas em três Unidades de Saúde;
- Tratar-se de um estudo transversal, não permitindo assim o estabelecimento de uma relação causa-efeito entre as diversas variáveis e o CM;
- Não terem sido avaliadas potenciais variáveis importantes relacionadas com a altura e peso das inquiridas, para posterior cálculo do IMC, assim como não foi questionado o período de amamentação.
- As inquiridas serem maioritariamente oriundas da região urbana de Coimbra e, sendo assim, os resultados poderão não reflectir os conhecimentos, aptidões e prática das pessoas que vivem em zonas rurais.

Existem ainda vieses de percepção, de memória e de intenção no preenchimento do questionário. Por outro lado, a leitura e preenchimento dos questionários pela investigadora, em alguns casos, é um possível elemento causador de viés.

No entanto, apesar das limitações, os objectivos propostos foram cumpridos.

## CONCLUSÃO

Em jeito de conclusão, segundo os resultados obtidos, existe uma carência global marcada no que diz respeito ao conhecimento acerca do CM, nomeadamente o conhecimento dos factores de risco, dos sinais de alerta e exames de rastreio. No entanto, mais de metade das inquiridas reconhece que perante um tumor da mama descoberto cedo e sujeito a tratamento adequado, a probabilidade de remissão atinge os 90%.

Segundo os resultados obtidos neste estudo, embora tenha sido verificada uma elevada taxa de adesão a programas de rastreio do CM da amostra em estudo, tal não se verificou relativamente à prática do auto-exame da mama. Este procedimento é crucial como método de auxílio para a detecção, pela própria mulher, de tumores mamários, tendo como benefícios: a ausência de custos, a fácil execução, o estímulo ao autocuidado, o maior conhecimento do próprio corpo, tornando mais fácil a percepção de qualquer alteração que surja, e o maior conhecimento de aspectos relativos ao CM. A prática do auto-exame da mama passa, primariamente, pela consciencialização e educação das mulheres, por parte dos profissionais de saúde, acerca da importância deste procedimento como meio auxiliar no diagnóstico precoce do CM. No entanto, é importante deixar claro que este não deve ser realizado isoladamente, devendo as mulheres ser alertadas para o facto de a sua prática não substituir a necessidade de realização de um exame clínico da mama e da mamografia.

O médico de família tem um papel fundamental na prevenção e no diagnóstico precoce. Este não se foca exclusivamente na doença, mas também no indivíduo e no seu contexto biopsicossocial, tendo em consideração o meio familiar e comunitário, podendo, deste modo, fazer uma avaliação mais detalhada dos riscos e dos recursos disponíveis, para um melhor planeamento da sua intervenção. O mesmo deve reforçar estratégias de promoção de saúde, instituindo hábitos de vida saudáveis, promovendo a prática de exercício físico, alimentação

cuidada, cessação tabágica e alcoólica, contribuindo para a redução do risco. Podem ainda ser realizadas campanhas de rastreio do CM e cursos temáticos com difusão nos meios de comunicação social.

Estes resultados representam, indubitavelmente, uma fonte de informação importante para médicos e entidades responsáveis pela formulação de políticas, pois sugerem os potenciais factores de risco presentes na população em estudo, assim como as principais lacunas relativamente ao seu conhecimento sobre esta temática, podendo, deste modo, estes aspectos serem tidos em conta e abordados em futuras campanhas de prevenção.

Por outro lado, torna-se pertinente referir que, embora haja cada vez mais informação, e o acesso a esta seja actualmente mais fácil, nem sempre os meios recorridos, como por exemplo a internet, são os mais fiáveis, pois a informação poderá ser demasiado vasta, confusa e, por vezes, menos correcta.

O CM, quando diagnosticado precocemente, apresenta uma elevada probabilidade de remissão, o que pode evitar muitas mortes desnecessárias, o sofrimento causado pelo tratamento e sequelas provenientes da própria patologia.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao meu orientador, Professor Doutor Hernâni Pombas Caniço, pela sua incansável ajuda, generosidade e orientação exímia na realização deste trabalho, tendo sempre mostrado disponibilidade e prontidão.

Ao Professor Doutor José Manuel Monteiro Carvalho Silva, pela co-orientação.

A todas as mulheres que aceitaram participar neste estudo, confiando plenamente nos seus propósitos.

Ao Professor Miguel Patrício, pela preciosa ajuda no tratamento estatístico dos dados.

Às minhas amigas Estela Caetano, Catarina Pires, Catarina Domingues e Daniela Neto pelo carinho, apoio e incentivo.

Às minhas primas, pela ajuda, críticas construtivas e apoio na realização deste trabalho.

Aos meus avós, pela presença constante, carinho e coragem, prestadas em todos os momentos.

Aos meus pais e irmão por toda a ajuda, preocupação e apoio incondicional que sempre me deram.

Em especial, à minha mãe, porque é uma lutadora, um exemplo, e porque foi o principal motivo pelo qual escolhi este tema.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mendes S. Diagnóstico precoce e cancro da mama. *J Notícias*. 2015. [www.trofasaude.com](http://www.trofasaude.com).
2. GLOBOCAN Cancer Fact Sheets: Breast cancer. <http://globocan.iarc.fr/old/FactSheets/cancers/breast-new.asp>. Accessed March 19, 2015.
3. Boyle P, Lewin B. World Cancer Report 2008. 2008.
4. Batiston AP, Tamaki EM, Souza LA De, Santos MLDM Dos. Conhecimento e prática sobre os fatores de risco para o câncer de mama entre mulheres de 40 a 69 anos Knowledge of and practices regarding risk factors for breast cancer in women aged between 40 and 69 years. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2011;11(2):163-171.
5. 16-year mortality from breast cancer in the UK Trial of Early Detection of Breast Cancer. 1999:1909-1914. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10371568>.
6. Liga Portuguesa Contra o cancro. <http://www.ligacontracancro.pt/gca/?id=42>. Accessed March 19, 2015.
7. Townsend, C.M., Beauchamp, R.D., Evers E al. *Sabiston: Tratado de Cirurgia – A Base Biológica Da Prática Cirúrgica Moderna*. 18ª edição. (Elsevier, ed.); 2010.
8. McPherson K, Steel CM, Dixon JM. ABC of breast diseases. Breast cancer--epidemiology, risk factors and genetics. *BMJ Br Med J*. 1994;309(October):1003-1006. doi:10.1136/bmj.321.7261.624.
9. I R, M L. The role of obesity, physical activity and dietary factors on the risk for breast cancer: mexican experience. *Salud Pública*. 2009;51.
10. Acs. Cancer Facts & Figures 2010. *Health Policy (New York)*. 2010:1-68.
11. Alto Comissariado da Saúde. Recomendações nacionais para diagnóstico e tratamento do cancro da mama 09. *Epidemiology*. 2009:1-118.
12. Leal Scowitz M, Baptista Menezes AM, Petrucci Gigante D, Tessaro S. Condutas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados. *Rev Saude Publica*. 2005;39(3):340-349. doi:10.1590/S0034-89102005000300003.
13. Seah M, Tan SM. Am I breast cancer smart? Assessing breast cancer knowledge among healthcare professionals. *Singapore Med J*. 2007;48(2):158-162.
14. Editora P, ed. *Dicionário Da Língua Portuguesa*.; 2014.
15. Protheroe D, Turvey K, Horgan K, Benson E, Bowers D, House A. Stressful life events and difficulties and onset of breast cancer: case-control study. *BMJ*. 1999:1027-1030. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC28252/>.

16. Schernhammer ES, SE H, B R, et al. Job stress and breast cancer risk: the nurses' health study. *AM J Epidemiol.* 2004:1079-1086.
17. Perry N, Broeders M, Wolf C de, Törnberg S, Holland R, Karsa L von. *European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis.* Forth Edit.; 2006.
18. Marinho L, Costa-Gurgel M, Cecatti J, Osis M. Conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas em centros de saúde. *Rev Saúde Pública.* 2003:576-582.
19. Nunes JMM. *Comunicação Em Contexto Clínico.*; 2010.
20. Carrapiço E, Ramos V. A comunicação na consulta: uma proposta prática para o seu aperfeiçoamento contínuo. *Rev Port Med Geral Fam.* 2012:212-222.  
<http://www.apmgf.pt/ficheiros/rpmgf/v28n3a01/v28n3a10.pdf>.
21. Hefti R. *The Mammogram Myth: The Independent Investigation Of Mammography The Medical Profession Doesn't Want You To Know About.* (Ebook, ed.); 2013.
22. Batiston AP. *Detecção Precoce Do Câncer de Mama: Conhecimento E Prática de Mulheres E Profissionais Da Estratégia de Saude Da Família Em Dourados/MS.*; 2009.
23. FREITAS AC. Doentes com cancro devem ser guiados em pesquisas na Internet. *Público.* 2012. <http://www.publico.pt/portugal/jornal/doentes-com-cancro-devem-ser-guiados-em-pesquisas-na-internet-24720922>.
24. Cubas MR, Felchner PCZ. Análise das fontes de informação sobre os autoexames da mama disponíveis na Internet. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a18.pdf>.
25. Martins DIS. Uma etnografia sobre mulheres com cancro da mama: um estudo de caso no Instituto Português de Oncologia de Coimbra. *Antropol Port J.* 2011.  
[http://www.uc.pt/en/cia/publica/AP\\_artigos/AP28.03\\_dianaisabel](http://www.uc.pt/en/cia/publica/AP_artigos/AP28.03_dianaisabel).
26. L F, B K-B, R P, H N. Prospective analysis of the long-term effect of teaching breast self-examination and breast awareness. *Eur J Cancer Care.* 2008;17(5):477-482.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18616506>.

## ANEXO 1

### QUESTIONÁRIO

(assinale a sua opinião com uma cruz X)

#### Dados Sociodemográficos

1) Idade: \_\_\_\_\_

2) Estado civil:

( ) Solteira

( ) Divorciada

( ) Casada

( ) Viúva

3) Grau de escolaridade:

|  |  |
|--|--|
|  | Não sabe ler nem escrever                      |
|  | Ensino Básico 1º ciclo (4º ano)                |
|  | Ensino Básico 2º ciclo (6º ano)                |
|  | Ensino Básico 3º ciclo (9º ano)                |
|  | Ensino Secundário                              |
|  | Ensino Superior (Licenciatura)                 |
|  | Ensino pós-graduado (Mestrado ou Doutoramento) |

4) Local de Residência:

( ) Rural

( ) Urbano

#### Situação Actual

1) Tem/teve pessoas na família com cancro da mama?

( ) Sim

( ) Não

Se sim, quem?

|  |        |  |                      |
|--|--------|--|----------------------|
|  | Avós   |  | Filhos               |
|  | Pais   |  | Primos em 1º grau    |
|  | Irmãos |  | Familiares afastados |



2) Fuma?

( ) Sim

( ) Não

3) Bebe álcool?

( ) Sim

( ) Não

4) Mantém uma dieta variada e equilibrada, rica em frutos e vegetais?

( ) Sim

( ) Não

5) Costuma praticar exercício físico regularmente?

( ) Sim

( ) Não

6) Idade da 1ª menstruação: \_\_\_\_\_

7) Tem filhos?

( ) Sim

( ) Não

Datas de nascimento dos filhos:

1º \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3º \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2º \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

4º \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

8) Toma ou tomou a pílula?

( ) Sim

( ) Não

Se sim, durante quantos anos? \_\_\_\_\_

9) Já entrou na menopausa?

( ) Sim.

( ) Não

Que idade tinha? \_\_\_\_\_

Se sim, faz terapêutica hormonal de substituição?

( ) Sim

( ) Não

### Sobre a Doença

1) Quais para si constituem factores de risco para o cancro da mama?

|  |                         |  |                        |
|--|-------------------------|--|------------------------|
|  | Idade                   |  | Exercício físico       |
|  | Sexo                    |  | Tabaco                 |
|  | Antecedentes familiares |  | Sedentarismo           |
|  | Obesidade               |  | Álcool                 |
|  | Drogas                  |  | Quaisquer medicamentos |
|  | Soutien apertado        |  | Pílula                 |
|  | Outro vestuário         |  | Traumatismo mamário    |
|  | Dieta                   |  | Stress                 |
|  | Amamentação             |  | Gravidez               |
|  | Relações sexuais        |  | Desodorizante          |

2) Costuma fazer o auto-exame da mama?

- Sim
- Sim, mas não sei bem como se faz
- Não

Se sim, com que frequência costuma fazer?

- Todos os dias
- Várias vezes ao mês
- Todos os meses, na semana após a menstruação
- Quando me lembro

Se não, porquê?

- Nunca ouvi falar
- Não sei fazer
- Tenho receio do que posso vir a encontrar
- Por outros motivos

3) Assinale os sinais de alerta que pensa que podem sugerir cancro da mama.

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Aparecimento de um “caroço” ou grossura numa mama ou axila. |
| <input type="checkbox"/> | Qualquer deformação ou enrugamento.                         |
| <input type="checkbox"/> | Qualquer ondulação ou vermelhidão.                          |
| <input type="checkbox"/> | Dor ou desconforto que sinta só numa mama.                  |
| <input type="checkbox"/> | Comichão na mama.   |
| <input type="checkbox"/> | Corrimento do mamilo.                                       |
| <input type="checkbox"/> | Mudança de forma ou posição de um dos mamilos.              |
| <input type="checkbox"/> | Mamas de tamanho diferente desde nascença.                  |
| <input type="checkbox"/> | Aumento de volume de qualquer mama.                         |

4) Se notar alguma alteração, deve:

- Esperar
- Ir ao médico
- Perguntar à vizinha ou amiga

5) Se não tem alterações, só é preciso ir ao médico:

- De 5 em 5 anos
- Nunca
- Uma vez por ano

6) Costuma fazer a mamografia?

- Sim
- Não

Se sim, com que frequência?

- Todos os anos
- De dois em dois anos
- De cinco em cinco anos
- De vez em quando

Se não, porquê?

- Acho que o exame deve ser desconfortável
- O exame tem pouca importância
- Por falta de tempo
- O médico não aconselha a realização do exame
- Tenho medo de descobrir que tenho cancro de mama
- Outra justificação

7) Quais as idades para fazer a mamografia?

- 45 aos 69 anos
- 18 aos 80 anos
- Depois de ter tido um filho
- Em toda a idade adulta

8) De quanto em quanto tempo deve ser realizada?

- Todos os anos
- De dois em dois anos
- De cinco em cinco anos
- Apenas quando surgem alterações da mama

9) O tratamento do cancro da mama é sempre o mesmo para todas as mulheres

- Verdadeiro
- Falso

10) Se tiver um cancro da mama descoberto cedo e bem tratado, a probabilidade de desaparecer, é:

- 25%
- 50%
- 90%
- Nunca

### Informação

1) A informação dada pelo meu médico acerca desta doença é:

- Clara e suficiente
- Clara, mas insuficiente
- Confusa

2) Dos seguintes meios de informação, indique quais já utilizou para procurar esclarecimentos:

- Livros
- Revistas e jornais
- Computador/internet
- Televisão
- Família e amigos
- Outras pessoas com a doença
- Nenhum

3) De uma maneira geral, o que entende sobre o assunto?

- Não entendo nada
- Entendo pouco
- Entendo grande parte
- Entendo tudo

4) Qual a sua atitude ao ser informada?

- Apenas recebo a informação do médico, não procurando saber mais
- Quero mais informação apenas se forem boas notícias
- Quero saber toda a informação, seja boa ou má

Muito obrigado pela sua colaboração.

## ANEXO 2

### Rastreio do Cancro da Mama

O Programa de Rastreio do Cancro da Mama é um serviço de mamografias gratuitas organizado regionalmente em parceria com as ARSs.

As mulheres entre os **45 e os 69 anos** de idade são convocadas **de dois em dois anos** para fazer mamografia.

### Mamografia

Uma mamografia é uma radiografia simples da mama que permite detectar nódulos muito antes de serem palpáveis. Este exame não é doloroso na grande maioria dos casos.



Mulheres mais novas podem fazer **ecografia mamária** em caso de dúvida.

### Mitos e crenças (não provocam o cancro)

- desodorizante/anti-transpirante

- “pancada”
- soutien
- gravidez
- ingredientes de champôs
- colorir cabelo
- depilação

### Factos

#### Em Portugal...

- 1 em cada 11 mulheres em Portugal vai ter cancro da mama.
- Surgem 4500 novos casos por ano.

Com a detecção precoce e tratamento de qualidade, as probabilidades de cura são **mais de 90%**.

#### Bibliografia:

- [http://diariodigital.sapo.pt/images/content/2014/2/014212753\\_CancrodaMama2013.jpg](http://diariodigital.sapo.pt/images/content/2014/2/014212753_CancrodaMama2013.jpg)
- <http://perbal.hi-pi.com/blog-images/713861/mn/13217223814.gif>
- <http://soumulher.pt/wp-content/uploads/2012/11/auto-exame.jpg>
- [www.laco.pt](http://www.laco.pt)

#### Elaborado por:

Ana Catarina Bento Gonçalves  
(aluna do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra)

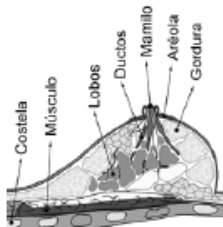
# PREVENÇÃO DO CANCRO DA MAMA



Coimbra, Outubro de 2014

## O que é?

O Cancro da Mama é dos tumores malignos que mais afecta a mulher. Apesar de ser mais comum no sexo feminino, também existe no sexo masculino.



## Factores de Risco

### Não Modificáveis

- Ser mulher
- Idade
- Factor genético
- Não ter filhos ou ter filhos mais tarde
- Mais anos de menstruação
- História de doença mamária prévia
- Exposição anterior à radiação

### Modificáveis

- Peso a mais e exercício a menos
- Pílula
- Terapia de Substituição Hormonal
- Tabaco
- Álcool
- Dieta (não equilibrada)

## Auto-exame da mama

O auto-exame da mama consiste na observação e palpação das suas mamas, por si própria.

A realização regular do auto-exame da mama vai permitir conhecer as características das suas mamas e assim como detectar precocemente qualquer alteração que possa ser indicadora de cancro da mama.

## - Quando fazer?

### MENSALMENTE:

- Após o Período Menstrual (Entre o 3º e o 5º dia)
- Na Menopausa, escolha um dia (por exemplo: o 1º dia de cada mês).

## - Como fazer?

### Passo 1

*Observação (de pé, em frente ao espelho)*

Observe a simetria (igualdade) das duas mamas, primeiro de frente com os braços levantados, depois com os braços ao longo do corpo, e de seguida de perfil.

Pressione também o mamilo suavemente e veja se há saída de qualquer líquido. Preste também atenção a qualquer alteração da forma/posição do mamilo.

### Passo 2

*Palpação (de pé no banho)*

Levante o braço esquerdo e ponha a mão atrás da cabeça e com mão direita palpe cuidadosamente a mama esquerda, e vice-versa;

A palpação deve ser feita com os dedos indicador, médio e anelar com pequenos movimentos circulares.



### Palpação (deitada)

Colocar o braço do lado que vai palpar debaixo da cabeça e uma almofada ou toalha debaixo do ombro do mesmo lado e manter os mesmos métodos utilizados na palpação de pé.

Na axila, verifique a existência de gânglios (caroços), em ambos os lados.



### ALTERAÇÕES MAIS FREQUENTES:

- DA MAMA (nódulo, inchaço, depressão, rugosidade, espessamento, volume e forma, dor)
- DO MAMILO (tamanho, forma, cor, corrimento)
- DA PELE (retracção, depressão, cor anormal, textura "casca de laranja")
- DA AXILA (caroço)

# Questionário “Prevenção do Cancro da Mama”

## Consentimento informado

O cancro da mama tem vindo a revelar-se um grave problema em saúde pública devido à sua acentuada incidência e à sua mortalidade. Esta doença acarreta também problemas como perturbações pessoais e familiares, impacto psicológico e custos financeiros e sociais, entre outros.

Segundo a Liga Portuguesa Contra o Cancro, actualmente em Portugal surgem cerca de 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.

O presente questionário está a ser realizado no âmbito da minha Tese de Mestrado do curso de Medicina, cujo tema é “PREVENÇÃO DO CANCRO DA MAMA”. Assim sendo, é abordado um conjunto de assuntos relativos à informação que as mulheres têm actualmente acerca da doença em questão e dos meios de rastreio.

Agradecemos a sua resposta, sendo de toda a conveniência que responda com máximo rigor e honestidade, para posteriormente ser feita correcta avaliação dos resultados.

Este questionário é de natureza confidencial e é efectuado de forma global, não sendo sujeito a análise individualizada, o que significa que o seu anonimato será sempre respeitado.

Coimbra, 2 de Outubro de 2014

Ana Catarina Bento Gonçalves

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do investigador: \_\_\_\_\_