

ADESÃO AO RASTREIO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO E DA MAMA DA MULHER PORTUGUESA

ADHESION TO SCREENING FOR CERVICAL CANCER AND BREAST OF THE PORTUGUESE WOMAN

MANUELA MARIA DA CONCEIÇÃO FERREIRA ¹

SOFIA FERREIRA ²

NUNO FERREIRA ³

JOANA ANDRADE ⁴

JOÃO CARVALHO DUARTE ⁵

¹ Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde
e investigadora do Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde (CI&DETS)
do Instituto Politécnico de Viseu – Portugal. (e-mail: mmferreira@gmail.com)

² Enfermeira Especialista no ACES Viseu – Portugal. (e-mail: sofiamgf@gmail.com)

³ Enfermeiro Especialista no Centro Hospitalar Tondela-Viseu. Viseu – Portugal. (e-mail: nmferreira@gmail.com)

⁴ Médica, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra – Portugal. (e-mail: joana.andrade99@gmail.com)

⁵ Professor Coordenador da Escola Superior de Saúde
e investigador do Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde (CI&DETS)
do Instituto Politécnico de Viseu – Portugal. (e-mail: duarte.johnny@gmail.com)

Resumo

Enquadramento: O aumento das doenças oncológicas na mulher é uma preocupação, tanto pelo impacto na sua qualidade de vida, como nos indicadores de saúde e nos custos, assumindo por isso vital importância a adesão das mulheres ao rastreio precoce.

Objetivos: Identificar os fatores associados à adesão das mulheres à vigilância de saúde sexual e reprodutiva.

Método: Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, não experimental, descritivo, correlacional e transversal, com uma amostra constituída por 522 mulheres, com idades compreendidas entre os 18 e os 67 anos, que frequentam os cuidados de saúde primários portugueses, no ACES Dão Lafões.

Resultados: As mulheres que participaram no

estudo tem uma média de idade ≤ 30 anos (25,7%), possuem maioritariamente o ensino secundário (38,5%), são casadas ou em união de facto (62,8%), têm nacionalidade portuguesa 97.7%, residem com o companheiro (72,8%), e a maioria tem 2 filhos (33.9%).

Verificámos que os grupos etários, o estado civil, o agregado familiar, as habilitações literárias, a profissão e o número de filhos foram preditores da adesão à vigilância de saúde sexual e reprodutiva. A realização do autoexame da mama e os conhecimentos acerca do cancro do colo do útero mostraram ser preditores da adesão à vigilância de saúde sexual e reprodutiva.

Conclusão: Os profissionais de saúde devem adotar práticas de rastreio e promover decisões informadas e seguras para a saúde das mulheres. As recomendações médicas para realização do autoexame da mama e citologia, bem como as características sociodemográficas, devem ser consideradas pelos profissionais de saúde na promoção da saúde sexual e reprodutiva da mulher.

Palavras-chave: vigilância da saúde sexual e reprodutiva, cancro da mama, cancro do colo do útero.

Abstrat

Background: The increase of malignancies in women is a concern, both for the impact on their quality of life, as for health indicators and costs, assuming vital importance on the adherence of women to early screening.

Objectives: Identify the factors associated with adherence of women to the surveillance of sexual and reproductive health.

Methods: This is a quantitative, non-experimental, descriptive, correlational and cross-sectional study with a sample of 522 women, aged between 18 and 67 years old, who attended primary health care in Portugal in the ACES Dão Lafões.

Results: Women who participated in the study have an average age of ≤ 30 years (25.7%), mostly have high education (38.5%), are married or living together (62.8%), are of Portuguese nationality (97.7%), are living with the partner (72.8%), and the majority has 2 children (33.9%).

We verified that age groups, marital status,

household, educational qualifications, occupation and number of children were predictors of adherence to surveillance of sexual and reproductive health. Performing breast self-examination and the knowledge about cervical cancer were shown to be predictors of adherence to surveillance of sexual and reproductive health.

Conclusion: Healthcare professionals should adopt screening practices and promote informed and safe decisions for the health of women. Medical recommendations for realization of self breast examination and cytology, as well as sociodemographic characteristics, should be considered by health professionals in promoting sexual and reproductive health of women.

Keywords: surveillance of sexual and reproductive health, breast cancer, cervical cancer.

Introdução

A atitude das mulheres em relação à realização do rastreio é determinante para diminuir a incidência do cancro do colo do útero e do cancro da mama. O rastreio e a consulta a ele associada são fundamentais quer para motivar comportamentos preventivos, quer para a identificação de fatores de risco e controle e deteção precoce, melhorando o prognóstico.

O cancro do colo do útero é um dos cancros evitáveis e o segundo mais frequente nas mulheres a nível mundial (DGS, 2008a), sendo a patologia mais relevante associada a infeção por HPV, podendo facilmente evoluir para formas evasivas de cancro. O padrão epidemiológico da doença caracteriza-se por um período longo entre a deteção das primeiras lesões e a instalação da doença, favorecendo a sua inclusão em programas de rastreio organizados (Anttila *et al.*, 2004; Castellsagué *et al.*, 2006; Pereira *et al.*, 2008). Contudo, verifica-se que as taxas de incidência e de mortalidade são consideráveis e justificam reflexão e avaliação dos programas preventivos implementados.

O prognóstico do cancro do colo do útero depende muito da extensão da doença no momento do diagnóstico, estando a sua mortalidade fortemente associada ao diagnóstico tardio (Pereira *et al.*, 2008). A persistência de taxas elevadas de incidência e de mortalidade por cancro do colo do útero ao longo do ciclo de vida das mulheres sugere uma insuficiência de rastreio que permitiria conter a doença em fases mais precoces e em idades progressivamente mais jovens (DGS, 2008a). Segundo o INE

(2012), a taxa de mortalidade feminina por cancro da mama apresenta uma tendência de crescimento, tendo passado de 26,6% óbitos, em 2006, para 30,3%, em 2010, por cada cem mil mulheres. A incidência aumenta ao longo da vida, com 75% dos casos a aparecerem depois dos 50 anos. O mesmo aconteceu para as taxas de mortalidade por tumores do colo do útero, para as quais se verificaram aumentos entre 2006 e 2009 (de 3,4% para 4,9% por cada cem mil mulheres). Quanto aos tumores da mama e ginecológicos, segundo a DGS (2013), tem-se assistido a um aumento significativo dos tumores localizados, dados que apontam para um aumento da atividade de rastreio. Os comportamentos de adesão ao rastreio são influenciados por diversos fatores que podem ser intrínsecos, como as crenças relacionadas com a doença, com o tratamento, a relação com a equipa de saúde, a motivação, entre outros, ou extrínsecos, relacionados com as políticas de saúde e o contexto social das mulheres que recorrem aos cuidados de saúde no âmbito da saúde sexual e reprodutiva. Podem ainda ser também considerados outros fatores como determinantes para a adesão, como o rendimento, o grau de escolaridade, a precariedade no emprego, as redes de apoio social, as condições de vida, a distância da unidade de rastreio, a acessibilidade de transportes, as situações de mudança ambiental, a cultura e as crenças sobre a saúde e a doença (OMS, 2004a).



Figura 1 - As cinco dimensões da adesão

Fonte: Adaptada de Comissão das Comunidades Europeias. (2008).

A equipa de saúde deve procurar ter uma relação positiva e de proximidade com os utentes que cuida, pois quando os utentes estão satisfeitos com os cuidados são mais motivados e recetivos, aderindo com mais facilidade ao que lhes é proposto.

Os utentes valorizam a empatia e a comunicação na relação interpessoal, colocando em segundo plano as competências técnicas (Sousa *et al.*, 2008). É necessário que os prestadores de cuidados desenvolvam competências comunicacionais e que os utentes se tornem mais ativos na procura de informação sobre saúde (Teixeira & Trindade, 2002).

Os modelos explicativos dos comportamentos de adesão ao rastreio partilham o pressuposto de que as pessoas são capazes de antecipar, planear e tomar uma decisão racional como parte de um processo social dinâmico de aprendizagem (Brawley & Culos-Reed, 2000). Segundo Pasick & Burke (2008), o Modelo de Crenças de Saúde é um modelo psicossocial que procura explicar os comportamentos de saúde e tem sido utilizado para identificar os fatores que estão associados com as crenças das mulheres acerca do cancro e com os seus comportamentos de rastreio. O mesmo autor refere que as mudanças de comportamento de prevenção são sustentadas em quatro fatores: (1) a gravidade decorrente do prejuízo pessoal percebido, devido a uma ação; (2) os benefícios, como sendo os atributos positivos percebidos e que produzem a força em direção ao comportamento; (3) a suscetibilidade, como sendo a vulnerabilidade pessoal percebida ou os riscos subjetivos inerentes a uma condição de saúde; (4) as barreiras são os potenciais aspetos negativos relacionados com a ação; (5) os indicadores de ação são os fatores que instigam ao comportamento, podendo ser externos ou internos; (6) a autoeficácia, como sendo a convicção pessoal de que o comportamento poderá levar a um resultado desejado. Os seus dois últimos constructos foram adicionados ao modelo posteriormente, assim como outras variáveis que são tomadas em consideração sempre que se justifique pelo efeito que desempenham nas perceções individuais (Janz, Champion & Strecher, 2002).

Rosenstock (1974) afirmava que a probabilidade de um indivíduo ter um comportamento saudável dependia das suas crenças pessoais acerca da ameaça percebida da doença e do risco/benefício de praticar a ação. A ameaça é sentida pela crença acerca da gravidade e pela suscetibilidade percebida pelo indivíduo (Zagalo-Cardoso & Rolim, 2005). O modelo de crenças de saúde engloba constructos de natureza cognitiva motivacional, ou seja, as ações desenvolvidas em prol da saúde ou a motivação para recorrer a cuidados médicos estão dependentes das significações atribuídas à doença, da percepção da eficácia e dos custos dos procedimentos médicos. Quanto maior for a vulnerabilidade, a gravidade e os benefícios percebidos e quanto menores os obstáculos maior é a probabilidade de decidir desenvolver a ação. (Conner & Norman, 1996). Quando as mulheres acreditam que são suscetíveis à doença e a

valorizam, a probabilidade de adesão ao rastreio é maior (Pereira & Rodrigues, 2009; Lostao *et al.*, 2001). Quando percecionam benefícios e poucas barreiras em relação aos exames também aderem melhor (Pereira & Rodrigues, 2009).

Ao contrário do que era esperado, a extrema preocupação com a doença ou a existência de crenças desagradáveis podem afastar as pessoas dos comportamentos preventivos, resultado do aumento dos receios e da ansiedade (Lagerlund *et al.* 2000).

No caso do rastreio do cancro do colo do útero e da mama, o modelo de crenças de saúde defende que uma pessoa submeter-se-á ao rastreio se se aperceber de que é vulnerável (perceção da vulnerabilidade), se percecionar que as consequências do cancro do colo do útero e da mama podem ser graves (perceção da gravidade), se se consciencializar de que realizar do exame têm benefícios, diminuindo os riscos de ter a doença ou detetá-la precocemente (perceção dos benefícios), e se percecionar que os obstáculos à realização dos rastreios são baixos (perceção dos obstáculos). Então, quanto maior for a vulnerabilidade, a gravidade e os benefícios percecionados e quanto menores os obstáculos maior é a probabilidade de adesão ao rastreio do cancro do colo do útero e da mama (Conner & Norman, 1996).

A informação sobre a relação entre as crenças na saúde e o rastreio pode ser utilizada para desenvolver programas e planos de educação para a saúde sobre os benefícios do rastreio, minimizando as barreiras, e capacitando eficazmente as mulheres a aderirem ao mesmo (Secginili & Nahcivan, 2006).

Neste sentido, o foco de atenção deste estudo são as mulheres e as suas práticas de saúde, nomeadamente a adesão ao rastreio do cancro da mama e do colo do útero, e a identificação e análise de alguns fatores que lhes estão associados.

Metodologia

Conceptualizámos um estudo não experimental de natureza quantitativa, em corte transversal descritivo e correlacional. Considerámos a adesão ao rastreio do cancro da mama e do colo do útero como a nossa variável dependente, e as seguintes variáveis de contexto sociodemográfico: adesão e recomendação para o autoexame da mama, conhecimentos acerca do cancro do colo útero (CCU), crenças de saúde no autoexame da mama e no cancro do colo do útero, como variáveis independentes, conforme expresso na representação esquemática da figura 1, que subentende o desenho conceptual da investigação.

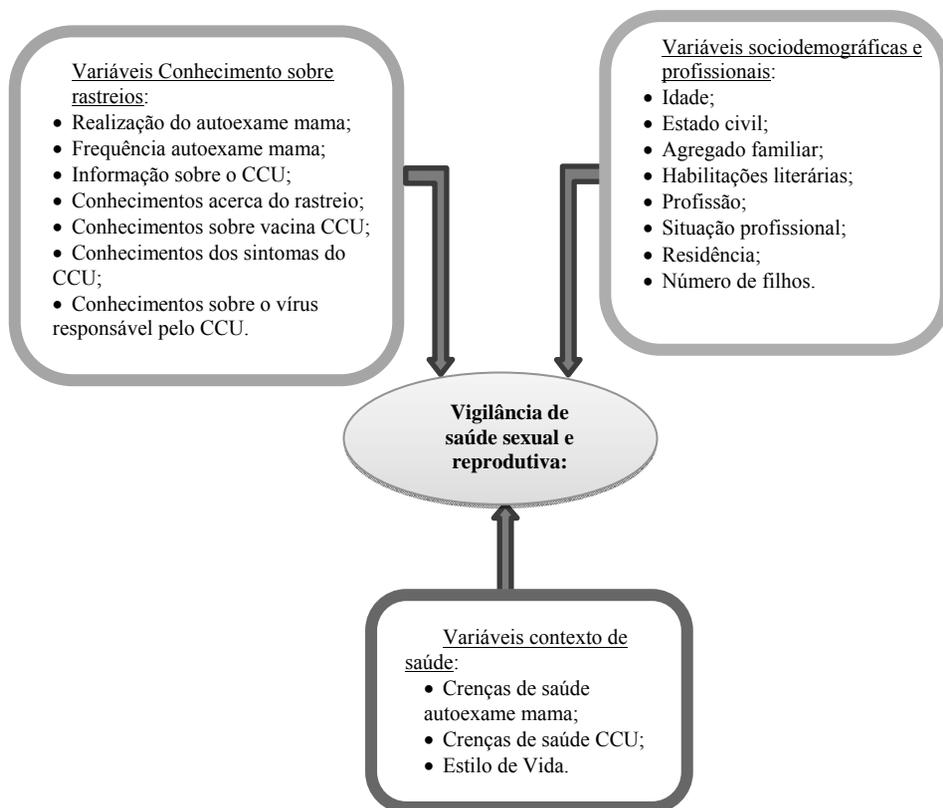


Fig. 2 - Esquema de investigação

Recorremos a uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por 522 mulheres, que apresentam uma idade mínima de 18 anos e uma máxima de 67 anos, a frequentar as consultas de planeamento familiar e saúde da mulher do Sistema Nacional de Saúde (SNS).

A colheita de dados foi processada com recurso a um instrumento de medida autoaplicado, o qual incorpora escalas de avaliação aferidas e validadas para a população portuguesa com razoável consistência interna, além de uma ficha sociodemográfica especificamente construída para o âmbito do presente estudo. Em concreto, o instrumento de colheita de dados está estruturado em 4 secções: Adesão e recomendação para a realização do autoexame da mama, Escala de crenças de saúde sobre o cancro da mama e o autoexame da mama (Champion & Scott, 1997), Conhecimentos acerca do cancro do colo útero e sobre o rastreio e uma Escala de

crenças de saúde sobre o cancro do colo do útero (Patrão & Leal, 2002).

O período de colheita de dados decorreu entre março e agosto de 2012, tendo-se, numa primeira fase, submetido o protocolo do instrumento de medida à aprovação dos órgãos diretivos do ACES Dão Lafões e posteriormente obtido o consentimento informado de todas as participantes. O tratamento estatístico foi efetuado com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS – versão 20.0), que possibilitou a elaboração das estatísticas descritivas e inferenciais.

Resultados

As mulheres apresentavam uma idade média de 38,89 anos \pm 11,84 dp. O grupo etário mais prevalente é o de idade inferior a 30 anos (25,7%), correspondente às mulheres solteiras cuja idade com maior percentagem é igual ou inferior a 30 anos. Contudo, a grande maioria das mulheres está casada ou coabita em união de facto (62,8%) e situa-se no grupo etário dos 38-47 anos.

A quase totalidade da amostra tem nacionalidade portuguesa (97,7%), sendo que a maioria pertence à classe dos 48-67 anos. Cerca de três quartos das mulheres coabita com o companheiro e/ou filho, sendo que a maior percentagem é encontrada na classe dos 38-47 anos. Apenas 27,2% das mulheres residem com outros elementos (pais, irmãos). A maioria possui o ensino secundário como habilitação (38,5%), sendo que cerca de 6 em cada 10 jovens tem como habilitação o ensino secundário, e a maior prevalência recai nas mais velhas. Com o 2º ciclo encontramos 56.1%. É na classe dos 31-37 anos (43,9%) que se encontram a maior parte das mulheres com um curso superior. Quanto à profissão, a maioria das mulheres (38,9%) está inserida no grupo II, correspondente aos agricultores e operários não qualificados e neste grupo a maioria possui idades entre os 38-47 anos (46%). As mulheres domésticas, desempregadas e estudantes são, na sua maioria, mais jovens (45,5%) e as que pertencem aos quadros superiores técnicos e pessoal de serviços (grupo I) são 39,4% e situam-se entre os 31 e os 37 anos. Apurámos que 65,9% da amostra se encontra numa situação profissional ativa e possui idades entre os 38-47 anos. Quanto à residência, 55% das mulheres que residem em meio urbano possuem idades entre os 48-67 anos,

Verificámos que cerca de um quarto de metade das mulheres, com idades entre 38-47 anos, tem dois filhos, enquanto a maioria, com idade inferior ou igual a 30 anos, não possui filhos (73,9%).

Quando traçámos o perfil das mulheres que maioritariamente frequentam consultas de vigilância de saúde sexual e reprodutiva, encontrámos mulheres com idades entre os 31 e os 37 anos (26,8%), casadas/união de facto (66,6%), com nacionalidade portuguesa (97,6%), a coabitarem com o companheiro e/ou filho (76,5%), com o ensino secundário (36,5%), incluídas na profissão que corresponde ao grupo dos

agricultores e operários não qualificados (39,6%), com uma situação profissional ativa (67,5%), residentes em zonas urbanas (56,4%) e com dois filhos (34,7%). Estes resultados consubstanciam os encontrados por Ogden (2004a), Patrão *et al.* (2002) e Areias (2011).

Cerca de metade das mulheres que responderam ao questionário realiza o autoexame da mama pelo menos uma vez por mês. As mulheres que mais realizam o autoexame da mama são as que têm idades acima dos 48 anos (30,2%), as casadas/união de facto (66,0%), de nacionalidade portuguesa (96,0%), as residentes com o companheiro e/ou filhos (75,3%), as que têm como habilitação o ensino secundário (35,9%), as que, como profissão, pertencem ao grupo dos agricultores e operários não qualificados (37,3%), as que têm uma situação profissional ativa (65,8%), as que residem maioritariamente em zona urbana (57,7%) e as que têm pelo menos dois filhos (33%). Segundo Harrison *et al.* (1997), o maior risco de desenvolver cancro da mama situa-se após os 50 anos de idade, sendo mais elevado após o 75 anos. Por outro lado Otto (2000) diz-nos que o cancro da mama é a principal causa de morte nas mulheres entre os 35 e 54 anos e Cantara (2002) refere que, apesar da incidência do cancro da mama aumentar com a idade, a maior parte das mulheres com cancro da mama têm idades compreendidas entre os 40 e os 50 anos. O cancro da mama é considerado a principal causa de morte em mulheres com mais de 55 anos-(Serrano & Pires, 2004).

Prevalecem, com diferenças estatísticas significativa, as mulheres que frequentam as consultas de vigilância de saúde sexual e reprodutiva no centro de saúde/ginecologista e que realizam o autoexame da mama (80,7%).

Procurámos, entretanto, saber em que medida a realização do autoexame da mama discriminava as crenças sobre cancro da mama e o autoexame da mama. Verificámos que as mulheres que realizam o autoexame da mama têm menor risco percebido de desenvolver cancro da mama (vulnerabilidade), menor dificuldades ou barreiras associadas ao autoexame da mama (obstáculos), têm mais potenciais habilidades para a realização do autoexame da mama (eficácia) e reconhecem melhor as vantagens do autoexame da mama em relação à sua eficácia (benefícios), sendo encontrada *significância estatística para o valor global da escala, nos obstáculos, nos benefícios e na eficácia*. Estes dados são semelhantes aos encontrados por Silva, Paiva & Vasconcelos (2005).

Contrariamente aos resultados do nosso estudo, Reis & Teixeira (2000) constataram que as crenças de vulnerabilidade e de benefícios foram as crenças mais valorizadas pela totalidade da amostra, enquanto que, no nosso estudo, as crenças mais valorizadas foram as de obstáculos e eficácia, dados estes que são idênticos ao estudo de Silva, Paiva & Vasconcelos (2005).

De forma a compreender a relação entre os comportamentos adotados pelas

mulheres integradas no nosso estudo e os *conhecimentos que possuem acerca do cancro do colo do útero*, foram feitas várias questões que nos permitissem relacionar estes dois aspetos. Acerca dos conhecimentos sobre *cancro do colo do útero*, verificámos que 98,9% das mulheres já ouviram falar sobre esta temática. A maioria das mulheres (56,5%) obtém informação sobre o cancro do colo do útero através dos meios de comunicação/internet, seguido de 50,2% das mulheres que obtém a informação na USF/UCSP e das 44,3% das mulheres que a obtém no ginecologista. Em relação às complicações do cancro do colo do útero, quando detetadas tardiamente, 94,1% das mulheres refere saber que estas podem levar à morte.

Face às dúvidas que as mulheres manifestam acerca do cancro do colo do útero, a maioria gostaria de ser esclarecida acerca dos sinais e sintomas (60,3%), acerca das formas de prevenção (47,3%) e ainda sobre as causas do cancro do colo do útero (42,5%), e, por último, 26,2% sobre os exames de diagnóstico. O Ministério da Saúde (MS, 2007), no plano nacional de prevenção e controlo das doenças oncológicas 2007/2010, refere que a sensibilização para esta temática é prioritária devendo incidir na prevenção com base em ações de educação sobre os fatores de risco.

Relativamente aos *conhecimentos acerca do rastreio do cancro do colo do útero*, 69,5% das mulheres já realizaram o rastreio, que, para a maioria (46,6%), ocorre após o início da atividade sexual, ou uma vez por ano (43,9%). É importante salientar que 30,8% das mulheres realizou o rastreio antes de iniciar a atividade sexual e (5%) realizaram-no tardiamente, na menopausa. A maioria das mulheres conhece o exame de rastreio do cancro do colo do útero como Papanicolau (83,3%) e refere que o vírus responsável pelo aparecimento do cancro do colo do útero pode ser diagnosticado através da citologia.

Verificámos que 91% indicam que uma das formas de prevenir o aparecimento do cancro do colo do útero é através da vacinação, mas para 64% das mulheres a vacinação deve ser realizada antes de se iniciar a atividade sexual. Obtivemos resultados idênticos a Areias (2011) e melhores que Malheiro (2009). Este resultado pode ter sido devido ao aumento da difusão da informação acerca da vacina e á sua inclusão no plano nacional de vacinação.

Quanto aos *fatores de risco*, os que foram mais mencionados reportam-se à história familiar de cancro do colo do útero (71,3%), aos múltiplos parceiros sexuais (55,6%), à idade (27,6%) e aos hábitos tabágicos com 20,1%, resultados estes também idênticos aos encontrados por Areias (2011).

Quanto aos *conhecimentos acerca dos sintomas do cancro do colo do útero*, 77,4% das mulheres entende que o cancro do colo do útero manifesta sintomas e, para 22,6%, esta patologia é assintomática, isto pode dever-se ao facto de os sinais e sintomas poderem confundir-se com os de uma infeção ou outro problema de saúde e

também pelo facto de o cancro do colo do útero poder não apresentar quaisquer sinais ou sintomas até atingir uma fase avançada (Silva, 2010). Para a maioria (67,2%), o principal sintoma é a perda de sangue anormal, seguido da infeção urinária (14,9%), da ausência de menstruação (13,8%) e do ardor (12,8%).

No que se refere aos *conhecimentos acerca do vírus* responsável pelo cancro do colo do útero, 74,7% das mulheres entende que é originado por um vírus, sendo que 64,8% identifica-o como sendo o vírus do papiloma humano (HPV). Mesmo assim ainda existem 4,6% das mulheres que consideram o vírus da SIDA, 2,9% o da hepatite e 2,7% o do herpes, como sendo os vírus responsáveis pelo aparecimento do cancro do colo do útero.

Quanto aos *conhecimentos globais sobre o cancro do colo do útero*, a maior percentagem das que frequentam as consultas revela bons conhecimentos acerca do cancro do colo do útero com 49,8%. Entre as que não frequentam as consultas e portanto não aderem à vigilância encontramos 65,7% das mulheres com fracos conhecimentos. As diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas, isto é, entre o grupo das mulheres com bons conhecimentos acerca do cancro do colo do útero e que aderem à vigilância e o grupo das mulheres com fracos conhecimentos sobre o cancro do colo do útero e que não aderem às consultas.

Podemos assim inferir que o tipo de conhecimentos sobre o *cancro do colo do útero* influencia a adesão à vigilância de saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Estes resultados são mais promissores que os encontrados por Areias (2011).

A baixa adesão a um exame preventivo pode ter consequências graves e favorecer o diagnóstico tardio e complicações secundárias. O autoexame da mama e a citologia ao colo do útero, realizados segundo as diretivas da Direção Geral de Saúde, possibilitam a prevenção e o diagnóstico precoce, numa fase muitas vezes ainda assintomática destas doenças.

O nosso estudo revelou ainda que 45,6% da amostra foi classificada como tendo *crenças sobre cancro da mama e autoexame da mama* muito adequadas, enquanto que 37,9% das mulheres têm *crenças sobre cancro da mama e autoexame da mama* pouco adequadas, e 16,5% razoáveis.

Da análise bivariada estabelecida com as variáveis sociodemográficas e profissionais, verificámos que as mulheres do grupo etário dos 31-37 anos (32,5%), casadas/união de facto (65,1%) e com nacionalidade portuguesa (100%), obtiveram valores percentuais mais elevados nas *crenças sobre cancro da mama e autoexame da mama*, classificadas como razoáveis. Relativamente às mulheres que residem com o companheiro e/ou filho (75,0%), as que têm um curso superior (45,5%), as que têm como profissão o grupo I, correspondente aos quadros superiores técnicos e pessoal de serviços (44,1%), as que possuem uma situação profissional ativa (69,1%), as que

residem em zonas urbanas (61,4%) e as que têm dois filhos (31,8%), encontrámos a maior percentagem de *crenças sobre cancro da mama e autoexame da mama* classificadas como muito adequadas.

Quanto à relação entre a adesão às consultas de saúde e vigilância sexual e reprodutiva e as crenças acerca do cancro do colo do útero, observámos que a maior percentagem das que aderem à vigilância nas consultas é encontrada nas mulheres com crenças pouco adequadas acerca do cancro do colo do útero, com 43,1%. Entre as que não frequentam as consultas e portanto não aderem à vigilância, encontrámos as mulheres com crenças muito adequadas acerca do cancro do colo do útero, com uma percentagem de 38,6%. As diferenças entre grupos não são estatisticamente significativas.

Conclusão

Dada a importância capital da recomendação médica para a adesão ao autoexame da mama e à citologia, estas devem-se ter sempre como uma das prioridades nas consultas de planeamento familiar, tendo-se também sempre bem presentes as crenças de saúde de cada mulher. As decisões relacionadas com a adoção de comportamentos de saúde envolvem uma análise dos custos/benefícios sociais, psicológicos e outros inerentes à sua adoção. Quanto maiores forem os benefícios percebidos pela mulher, maior será a probabilidade desta efetuar o autoexame da mama e citologias com regularidade, promovendo a sua saúde sexual e reprodutiva, desenvolvendo mais conhecimentos sobre o cancro da mama e do colo do útero, mostrando-se mais capaz de lutar contra este flagelo, muitas vezes silencioso, mas importante causa de morte na população feminina portuguesa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anttila, A., Ronco, G., Clifford, G., Bray, F., Hakama, M., Arbyn M. & Weiderpass, E. (2004). Cancer of the cervix screening programmes and policies in 18 european countries. *British Journal of Cancer*, 91, 935-941. doi:10.1038/sj.bjc.6602069
- Areias, P. (2011). *Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do colo do útero*. Dissertação de mestrado não publicada. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu.
- ARS Norte - Administração Regional de Saúde do Norte, Departamento de Estudos e Planeamento, Coordenação Regional dos Rastreios Oncológicos. (2009). *Programa de rastreio do cancro do colo do útero na região norte*. Porto: ARSN. Acedido em: <<http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAAdos/Planeamento%20Estrategico/Rastreios/RCCU%20-%20Programa.pdf>>.
- Brawley, L. R. & Culos-Reed, S. N. (2000). Studying adherence to therapeutic regimens: Overview, theories, recommendations. *Controlled Clinical Trials*, 21(5Suppl), 156S-163S.
- Cantara, S. (2002). *O cancro da mama*. Parlamento Europeu. Nota informativa N° STOA 515 EN. PE n° 311.198. Acedido em <http://europarl.eu.int/stoa/publi/pdf/briefings/515.pt.pdf>.

- Castellsagué, X., Díaz, M., Sanjosé, S., Muñoz, N., Herrero, R., Franceschi, S. *et al.* (2006). Worldwide human papilloma virus etiology of cervical adenocarcinoma and its co-factors: Implications for screening and prevention. *Journal of the National Cancer Institute*, 98(5), 303-315. Acedido em: <<http://jnci.oxfordjournals.org/content/98/5/303.full.pdf>>.
- Comissão das Comunidades Europeias. (2008). Implementação da recomendação do Conselho, de 2 de Dezembro de 2003, sobre o rastreio do cancro (2003/878/CE): Relatório da Comissão ao Conselho, ao Parlamento Europeu, ao Comité Económico e Social e ao Comité das Regiões. Bruxelas. Acedido em: <http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/genetics/documents/com_2008_882.pt.pdf>.
- Champion, V. L. & Scott, C. R. (1997). Reliability and validity of breast cancer screening belief scales in African American women. *Nursing Research*, 46(6), 331-337.
- Conner, M. & Norman, P. (1996). *Predicting health behavior*. England: Open university press.
- DGS - Direção Geral da Saúde, Direção de Serviços de Planeamento (2002). *Rede de Referência Hospitalar de Oncologia*. Lisboa: DGS. Disponível em <<http://www.dgs.pt/planeamento-de-saude/hospitais/redes-referenciacao-hospitalar/rede-de-referenciacao-hospitalar-de-oncologia-pdf.aspx>>.
- DGS - Direção Geral da Saúde, Comissão técnica de vacinação (2008a). Programa nacional de vacinação (HPV): Introdução de vacina contra infeções por vírus do papiloma humano. Texto de apoio à circular Normativa n.º22/DSCS/DPCD, de 17 de outubro de 2008. Lisboa: DGS. Disponível em: <<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i010242.pdf>>.
- DGS - Direção Geral da Saúde. Comissão técnica de vacinação (2008b). *Vacinação contra infeções por vírus do papiloma humano (HPV)*. Lisboa: DGS. Disponível em: <<http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/vacinacao-contra-infeccoes-por-virus-do-papiloma-humano-hpv-pdf.aspx>>.
- Harrison *et al.* (1997). *Medicina interna*. (12ª ed.). Vol.2. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- INE (2012) - Instituto Nacional de Estatística, IP. Portal de internet para acesso à informação produzida pelo INE. Disponível em: <<http://www.ine.pt>>. Consultado em Outubro de 2012.
- Janz, N., Champion, V. & Strecher, V. (2002). The health belief model. In K. Glanz, B. K. Rimer & F. M. Lewis (Eds.). *Health behavior and health education: Theory, research and practice*. (3ªed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Lagerlund, M., Sparen, P., Thurffjell, E., Ekblom, A. & Lambe, M. (2000). Predictor of non-attendance in a population-based mammography screening programme; sociodemographic factors and aspects of health behaviour. *European Journal of Cancer Prevention*, 9(1), 25-33.
- Longo, D. L., Kasper, D. L., Jameson, J. L., Fauci, A. S., Hauser, S. L., Loscalzo, J. & Machado, P. H. (Orgs.). (1997). *Medicina interna de Harrison*. (12ª ed.). Vol. 2.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Lostao, L., Joiner, T. E., Pettit, J. W., Chorot, P. & Sandin, B. (2001). Health belief and illness attitudes as predictors of breast cancer screening attendance. *European Journal of Public Health*, 11(3), 274-279.
- Malheiro, S. M. A. M. G. (2009). *Cancro do colo do útero: Conhecimentos e comportamentos*. Ponte de Lima: Universidade Fernando Pessoa.
- MS (2007) - Ministério da Saúde, Alto-comissariado da saúde, Coordenação nacional para as doenças oncológicas. *Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010 (PNPCDO). Orientações Programáticas*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/F1EE7092-2F30-4987-9A46-D7F105854521/0/PNPCDO_2007.pdf>.
- Ogden, J. (2004a). *Compreender o cancro da mama*. Lisboa: Climepsi.
- Ogden, J. (2004b). *Psicologia da saúde*. (2ªed.). Lisboa: Climepsi.
- OMS - Organización Mundial de la Salud. (2004a). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción*. Acedido em <<http://www.paho.org/spanish/AD/DPC/NC/adherencia.pdf>>.
- OMS - Organización Mundial de la Salud. (2004b). *Programas nacionales de control del cáncer: Políticas y pautas para la gestión*. (2ª ed.). Ginebra: Organización Panamericana de la salud.
- Otto, S. E. (2000). *Enfermagem em oncologia*. Loures: Lusociência.
- Pais, M. & Cabral, V. (2003). *Estudo sobre comportamentos de risco*. Lisboa: Instituto Português da Juventude.
- Pasick, R. J. & Burke, N. J. (2008). A critical review of theory in breast cancer screening promotion across cultures. *Annual Review of Public Health*, 29, 351-368. doi:10.1146/annurev.PublHealth.29.020907.143420
- Patrão, I. & Leal I. (2002). Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do colo do útero: Estudo exploratório numa amostra do centro de saúde de Peniche. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3(1), 103-112. Acedido em <<http://www.sp-ps.com>>.

- Pereira, A. C. M. (2008). *Promoção de comportamentos de saúde: Intervenção diagnóstica no cancro da mama*. Dissertação de mestrado não publicada. Aveiro: Universidade de Aveiro. Acedido em <<http://ria.ua.pt/bitstream/10773/1044/1/2009001352.pdf>>.
- Pereira, A. C., Pereira, A. & Rodrigues, V. (2009). Comportamentos de saúde: O rastreio do cancro da mama. In J. Bonito (Ed.). *Educação para a saúde no século XXI: Teorias, modelos e práticas*, (Vol. 2), pp. 459-464). Évora: Fergráfica - Artes Gráficas.
- Reis, M. A. & Teixeira, J. A. C. (2000). Rastreio oncológico: Adesão das mulheres ao autoexame da mama. In J. L. Pais-Ribeiro, I. Leal & M. R. Dias (Eds.). *Psicologia da saúde nas doenças crónicas. Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da saúde*. Lisboa: ISPA. Pp. 505-519.
- Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Educ Monogr*, 2(4), 354-386.
- Secginli, S. & Nahcivan, N. O. (2006). Breast self examination remains an important component of breast health: A response to Tarrant. *International Journal of Nursing Studies*, 43(4), 521-523. doi: DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2006.02.002
- Serrano, C. M. P. & Pires, P. M. D. F. (2004). O enfermeiro e a doente submetida a cirurgia da mama. *Nursing*, 189, 33-37.
- Silva, C. M. C, Paiva, H. M. C. C & Vasconcelos, R. F. P. L. (2005). *Adesão das mulheres ao auto-exame da mama*. Monografia do ano complementar de formação em enfermagem, não publicada. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu.
- Silva, D. P. (2010). O cancro do colo do útero não escolhe ideias: A prevenção também não. In *Passapalavra*. Acedido em <<http://www.passapalavra.com/>>.
- Sousa, M. R., Peixoto, M. J. & Martins, T. (2008). Satisfação do doente diabético com os cuidados de enfermagem: Influencia na adesão ao regime terapêutico. *Revista Referencia*, 8, 59-67.
- Trindade, I. & Teixeira, J. A. C. (2002). Abordagem psicológica do cancro nos cuidados de saúde primários. In M. R. D. E. Durá (Coord.). *Territórios da psicologia oncológica*. Lisboa: Climepsi editores. Pp. 29-49.
- Zagalo-Cardoso, J. A. & Rolim, L. (2005). Aspectos psicossociais da medicina preditiva: Revisão da literatura sobre testes de riscos genéticos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(1), 3-34. Acedido em: <<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v6n1/v6n1a01.pdf>>.

Recebido: 4 de novembro de 2014.

Data da Aprovação pelo Conselho-Técnico Científico da ESSV: 30 de outubro de 2014.