

Carver, C., Pozo, C., Harris, S., Noriega, V., Scheier, M., Robinson, D., Ketcham, A., Moffat, F., & Clark, K. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390.

Classen, C., Koopman, C., Angell, K., & Spiegel, D. (1996). Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health Psychology*, 15, 434, 437.

Fawzy, F., Fawzy, N., Hyun, C., & Wheeler, J. (1997). Brief coping-oriented therapy for patients with malignant melanoma. In J. Spira (Ed.), *Group psychotherapy for medically ill patients* (pp. 133-164). New York: Guilford Press.

Fogel, J., Albert, S., Schnabel, F., Ditkoff, B., & Neugut, A. (2002). Internet use and social support in women with breast cancer. *Health Psychology*, 21, 398-404.

Justo, J. (2001). Uma perspectiva psicológica sobre as doenças oncológicas: Etiologia, intervenção e articulações. In M. Dias & E. Durá (Eds.), *Territórios da psicologia oncológica* (pp. 51-73). Lisboa: Climepsi Editores

Moorey, S. & Greer, S. (2002). *Cognitive behaviour therapy for people with cancer*. Oxford: University Press.

Sheard, T., & Maguire (1999). The effects of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: Results of two meta-analyses. *British Journal of Cancer*, 80, 1770-1780.

Spiegel, D., & Diamond, S. (2001). Psychosocial interventions in cancer: Group therapy techniques. In A. Baum & B. Andersen (Eds.), *Psychosocial interventions for cancer* (pp. 215-233). Washington DC: American Psychological Association.

Spira, J., & Reed, G. (2003). *Group therapy for women with breast cancer*. Washington: American Psychological Association.

Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde

Organizado por Isabel Leal, José Pais Ribeiro, e Saul Neves de Jesus

2006, Faro: Universidade do Algarve

## A adesão das mulheres ao Auto-Exame da Mama (AEM). Estudo de uma população feminina

M. ARAÚJO (\*)

M. PARDAL (\*)

S. SÂNCIO (\*)

C. M. SANTOS (\*)

A. FERRO (\*)

O cancro da Mama (CM) é uma das maiores causas de mortalidade na mulher, sendo diagnosticados cerca de 3500 novos casos anualmente (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2004). A detecção precoce do CM permite o aumento da probabilidade de o tratamento e o prognóstico serem favoráveis, diminuindo significativamente a mortalidade por CM (mais de 30%), e aumentando o número de casos em que é possível a cirurgia conservadora (Silva, 2004). Uma das formas de detecção precoce do CM é o AEM. No entanto, embora cerca de 80% dos cancros da mama sejam descobertos pela

(\*) Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa.

própria mulher ao realizar a sua palpação, apenas 25% das portuguesas faz o AEM regular e correctamente (Merk, 2005).

No presente estudo recorre-se a conceitos da Psicologia da Saúde para compreender os determinantes pessoais de adesão ao AEM. As teorias utilizadas são o Modelo de Crenças de Saúde (MCS) desenvolvido por Rosenstock, a Teoria da Motivação para a Protecção (Rogers, 1983), que inclui o conceito de Expectativa de Auto-Eficácia (EAE) e a Teoria da Atribuição (Kelley, 1972), que inclui o conceito de Locus de Controlo para a Saúde (LCS). Todas estas teorias sugerem que as atitudes devem ser utilizadas para prever a probabilidade de um determinado comportamento vir a ocorrer.

Hallal (1982) estudou a relação entre a prática do AEM e as variáveis do MCS e as crenças de LCS, concluindo que existia uma correlação positiva entre a adesão ao AEM e as percepções de benefícios e vulnerabilidade. Contudo, não verificou qualquer relação entre a adesão ao AEM e o LCS Interno, embora existisse correlação negativa entre o LCS Externo/poder dos outros e adesão ao AEM. Por seu lado, Murray e McMillan, em 1993, verificaram uma correlação positiva entre adesão ao AEM e LCS Externo/poder dos outros. Em 1983, Wehrwein e Eddy concluíram que a EAE se relacionava significativamente e positivamente com o estilo de vida saudável, ao contrário do LCS. Quanto à adesão ao AEM, a EAE era um fraco preditor, enquanto outros comportamentos de saúde e o LCS foram bons preditores da realização desse exame.

Santos(1999) concluiu que havia uma tendência das mulheres que realizavam com mais frequência o AEM possuírem uma EAE mais elevada e que o LCS não se relacionava com a adesão ao AEM. A este respeito, Reis e Teixeira (2000) concluíram que níveis de adesão ao AEM mais elevados correspondem a uma menor percepção de obstáculos à sua realização e uma maior confiança na capacidade para efectuá-lo correctamente. Verificaram ainda existir uma correlação negativa significativa entre a idade e o grau de conhecimento e uma correlação positiva entre a adesão ao AEM e um nível de conhecimento satisfatório acerca do AEM e do CM. Recentemente foi verificado que as mulheres com história familiar de CM não tinham uma

elevada adesão ao AEM. Estes autores concluíram, ainda, que a percepção dos benefícios e barreiras, a EAE e a intenção de comportamento eram preditores do comportamento de adesão ao AEM.

Partindo destes estudos tentou-se caracterizar os comportamentos de adesão ao AEM numa amostra da população feminina de uma instituição do Ensino Superior na área de Saúde e relacioná-los com: conhecimentos sobre o CM e AEM, EAE e LCS.

## MÉTODOS

### *Participantes/Caracterização da amostra*

A amostra é constituída por 199 mulheres, das quais 73,4% são estudantes; 14,6% docentes e 12,1% funcionárias não docentes (o que corresponde à distribuição normal da população da Instituição). As idades das participantes variam entre os 21 e os 59 anos, apresentando uma média de 29 anos e desvio padrão de 8,9. A maioria das mulheres da amostra é solteira (64.3%), estudante (73.4%) e sem história familiar de cancro da mama (76.4%) nem história pessoal de patologia mamária (85.9%).

### *Material*

O instrumento utilizado foi um questionário constituído por quatro partes. Na primeira parte eram indagados os factores sócio-demográficos e outros dados para avaliar a existência de factores de risco para o CM. Na segunda parte, o objectivo era recolher dados sobre o conhecimento acerca do CM e AEM, assim como o grau de adesão ao AEM. A terceira parte do questionário consistiu na sub-escala "EAE", que faz parte da escala de Champion (1995) centrada no MCS. Esta escala procura estudar as crenças relacionadas com a prática do AEM. Por último, a quarta parte era constituída pela escala multidimensional do LCS, apresentada na sua forma A reduzida de Norman e Bennett (1996, citado em Santos, 1999).

### Procedimento

Os questionários foram aplicados nas instalações da instituição onde se realizou o estudo, entre os dias 29 de Abril e 12 de Junho de 2005. O tratamento estatístico dos dados foi efectuado com o auxílio dos programas *SPSS 12.0 for Windows* e *Excel 2003* do *Microsoft Office*. Em primeiro lugar fez-se a análise descritiva de todas as partes do questionário. Posteriormente, procurou-se inferir relações entre a variável adesão ao AEM e as variáveis idade, conhecimento, EAE, LCS, história pessoal de patologia mamária, história familiar de CM e fonte de sugestão para a realização do AEM. Para tal utilizaram-se os testes de Kruskal-Wallis e Qui-Quadrado e as correlações de Spearman e Pearson.

### RESULTADOS

Em relação ao conhecimento sobre o CM e o AEM, verificou-se que a maioria das mulheres (69.4%) apresenta um grau de conhecimento elevado. Quanto à realização do AEM, 71.2% afirma realizar este exame, sendo que 23.2% o realiza todos os meses ou mais de uma vez por mês. A maioria das mulheres que já tinham efectuado pelo menos uma vez o AEM identifica o médico (39.9%) e a comunicação social (44.2%) como principal fonte de sugestão para a realização do exame. No que concerne à EAE, observou-se que 24% apresenta uma baixa EAE e 66.5% mostra uma alta EAE. Relativamente ao LCS, verificou-se que a maioria apresenta um moderado (39.5%) ou forte (58.5%) LCS. O teste de Spearman revelou não existir correlação entre o conhecimento e a adesão ao AEM ( $p=.140$ ). Através do teste de Pearson verificou-se que existiu uma correlação negativa fraca ( $r=-.191$ ,  $p<0.05$ ) entre a idade e o conhecimento.

Utilizando o teste de Spearman, observou-se que existe uma relação positiva moderada entre a EAE e a adesão ( $r=-.341$ ,  $p<0.05$ ). Para analisar se a fonte de sugestão tinha influência na EAE, utilizou-se o teste de Kuskal-Wallis e o Post Hoc do teste One Way Anova e verificou-se que a fonte de sugestão médica estava relacionada com uma maior EAE.

Para averiguar se o conhecimento tinha influência na EAE aplicou-se o teste de Pearson e constatou-se que estas variáveis não estão correlacionadas ( $p>0.05$ ). No que diz respeito ao LCS interno, através do teste de Spearman verificou-se que este não está correlacionado com a adesão ao AEM ( $p>0.05$ ). Afim de pesquisar se a idade estava relacionada com a adesão, aplicou-se o teste de Spearman que demonstrou existir uma correlação positiva fraca entre estas variáveis ( $r=.192$ ,  $p=0.07$ ). Quanto à história pessoal de patologia mamária e à história familiar de CM, verificou-se que em ambas não existe relação com a adesão ao AEM.

### DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

O objectivo geral desta investigação consistiu no estudo dos comportamentos de adesão ao AEM numa amostra de mulheres de uma instituição do ensino superior na área da saúde com idade superior a 21 anos, relacionando-os com: o conhecimento sobre o CM e o AEM, a EAE e o LCS. Foi também averiguada a relação entre a realização do AEM e: a idade, história pessoal de patologia mamária, história familiar de CM e fonte de sugestão para a realização do AEM. Quanto à relação entre o nível de conhecimento e o grau de adesão ao AEM a análise dos dados permite concluir que, para esta amostra, não existe relação linear entre as duas variáveis o que sugere que a partir de nível de conhecimentos moderado os níveis mais elevados de conhecimento não são preditores de graus mais elevados de adesão. Os dados revelaram, no entanto valores mais baixos de adesão em indivíduos com menor nível de conhecimento (i.e abaixo de conhecimentos moderados). No que diz respeito à relação entre EAE e adesão ao AEM, os resultados revelam que as mulheres que aderem mais ao AEM são as que têm resultados mais elevados na escala de expectativa de auto-eficácia. Estes resultados reforçam os pressupostos da Teoria da Motivação para a Protecção medida em que a EAE mostra tendência para predizer o comportamento. No que concerne à fonte de sugestão, uma vez que a fonte de sugestão médica, está relacionada com uma elevada EAE,

pode dizer-se que, pelo menos para esta amostra, os profissionais de saúde são a fonte mais indicada na recomendação deste exame, provavelmente por transmitirem confiança, serem credíveis e especialistas no assunto.

O facto de não se ter verificado relação entre história pessoal de patologia mamária e história familiar de CM com a adesão ao AEM, pode ser indicador de que a presença destes factores não constitui uma pista suficientemente forte para a acção, talvez resultado de um optimismo irrealista. Em relação ao LCS os resultados do presente estudo vão de encontro aos de Santos (1999), uma vez que o LCS parece ser um fraco preditor dos comportamentos saudáveis.

No que concerne à idade, observou-se que as mulheres mais velhas aderem mais ao AEM, possivelmente por possuírem uma maior percepção de risco e vulnerabilidade para o CM o que poderá funcionar como uma pista para a acção. Pelo contrário, as mulheres mais novas poderão ter menor percepção de risco e vulnerabilidade devido à crença de que esta patologia só afecta mulheres mais velhas. Além disso, as campanhas de promoção da saúde neste âmbito são normalmente direccionadas para mulheres mais velhas.

Existem algumas limitações neste estudo, nomeadamente o método de amostragem aplicado (amostragem accidental) que não garante a representatividade da população alvo e, por sua vez, a generalização dos resultados. Além disso, devido ao carácter transversal do estudo, que não aborda a dimensão tempo, não se pode inferir possíveis mudanças no conhecimento, adesão ao AEM, EAE ou LCS nos indivíduos.

#### REFERÊNCIAS

- Champion, V. (1995). Results of a nurse-delivered intervention on proficiency and module detection with breast self-examination. *Oncology Nursing Forum*, 22, 819-824.
- Hallal, J. C. (1982). The relationship of health beliefs, health locus of control, and self concept of the practice of breast self-examination in adult women. *Nursing Research*, 31(3), 137-142.

- Kelley, H. H. (1972). Attribution in social interaction. In E. E. Jones e col. (Eds.), *Attribution: Perceiving the causes of behaviour*. Morristown, NJ: General Learning Press.
- Liga Portuguesa Contra o Cancro (2004). *Auto-Exame da Mama*. Recuperado em 2 de Dezembro 2004, de <http://www.ligacontracancro.pt>.
- Merck (2005). *Breast Cancer*. Recuperado em 13 de Janeiro 2005, de [http://www.mercksource.com/pp/us/cns/cns\\_hladam](http://www.mercksource.com/pp/us/cns/cns_hladam).
- Murray, M., & McMillan, C. (1993). Health beliefs, locus of control, emotional control and women's cancer screening behaviour. *British Journal of Clinical Psychology*, 32(1), 87-100.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Reis, M. & Teixeira, J. (2000). Rastreio oncológico – Adesão das mulheres ao Auto-Exame da mama. In J. L. Ribeiro (Ed.), *Psicologia da saúde nas doenças crónicas – Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Rogers, R. W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In J.R. Cacioppo & R. E. Petty (Eds.), *Social Psychology: A source Book*. Nova Iorque: Guilford Press.
- Santos, M. (1999). *Adesão ao auto-exame da mama, Locus de controlo para a saúde e expectativa de auto-eficácia (Estudo exploratório com mulheres de idade igual ou superior a 30 anos)*. Monografia de licenciatura em Psicologia. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Silva, J. C. (2004). *É possível a prevenção do cancro da mama?* Recuperado em 2 de Dezembro 2004, de <http://www.ipatimup.pt/medprev/Mama3.pdf>.
- Wehrwein, T. C., & Eddy, M. E. (1993). Breast health promotion. Behavior of midlife. women. *Journal of Holistic Nursing*, 11(3), 223-236.