



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

HELENA ISABEL DE AZEVEDO RIBEIRO

Adesão ao Rastreio do Cancro da Mama e Colo do Útero

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:
PROFESSOR DOUTOR HERNÂNI POMBAS CANIÇO
DOUTORA SUSANA ROSA LOPES

MARÇO/2017

HELENA ISABEL DE AZEVEDO RIBEIRO

***ADESÃO AO RASTREIO DO CANCRO DA MAMA E CANCRO DO COLO DO
ÚTERO***

Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

Endereço de correio eletrónico: leninha_iar@hotmail.com

Tese de Mestrado Integrado em Medicina apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, realizada por Helena Isabel de Azevedo Ribeiro, sob orientação do Senhor Professor Doutor Hernâni Pombas Caniço e coorientação da Doutora Susana Rosa Lopes.

“Conhecer o Homem, esta é a base de todo o sucesso”

Charlie Chaplin

ÍNDICE

RESUMO	7
ABSTRACT	8
OBJETIVOS.....	9
INTRODUÇÃO	9
MATERIAL E MÉTODOS	12
Caracterização do Estudo	12
Caracterização da População e Amostra	12
Descrição do Instrumento de Recolha de Dados.....	13
Aplicação do Instrumento de Recolha de Dados e Procedimentos Éticos	14
Procedimento de Análise Estatística	14
RESULTADOS.....	15
Caracterização Sociodemográfica da Amostra	15
Cancro do Colo do Útero	16
Adesão ao Rastreio do CCU	16
Conhecimentos sobre o CCU.....	16
Informação sobre o CCU	18
Variáveis Sociodemográficas e Adesão ao Rastreio do CCU	18
Conhecimentos sobre o CCU e Adesão ao Rastreio.....	19
Modelo de Crenças de Saúde e Adesão ao Rastreio do CCU.....	20
Cancro da Mama	22
Adesão ao Rastreio do Cancro da Mama.....	22
Conhecimentos sobre o Cancro da Mama	23
Informação sobre o Cancro da Mama.....	24
Variáveis Sociodemográficas e Adesão ao Rastreio do Cancro da Mama	24
Conhecimentos sobre o Cancro da Mama e Adesão ao Rastreio	25
Modelo de Crenças de Saúde e Adesão ao Rastreio do Cancro da Mama	26

Frequência às Consultas do Centro de Saúde e Planeamento Familiar.....	27
DISCUSSÃO.....	28
CONCLUSÃO	35
AGRADECIMENTOS.....	36
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
ANEXOS.....	40
Anexo I	40
Anexo II.....	47
Anexo III.....	48
Anexo IV.....	49
Anexo V.....	49
Anexo VI.....	50
Anexo VII	50
Anexo VIII.....	51
Anexo IX.....	51
Anexo X.....	52
Anexo XI.....	52

RESUMO

Os cancros da mama e colo do útero correspondem à segunda e quarta principais causas de morte na mulher em todo o mundo, sendo o fator tempo determinante no seu prognóstico; assim os rastreios organizados assumem um papel importantíssimo, possibilitando a deteção da doença ainda em fase subclínica.

Realizou-se um estudo descritivo correlacional de uma amostra por conveniência constituída por mulheres entre os 27 e 65 anos, inscritas nos Centros de Saúde Norton de Matos e São Martinho do Bispo, em Coimbra, com o objetivo de avaliar a adesão aos programas de rastreio e em que medida as características sociodemográficas, os conhecimentos sobre o cancro do colo do útero e cancro da mama e as crenças de saúde individuais se relacionavam com essa mesma adesão.

As taxas de adesão aos rastreios organizados do cancro do colo do útero e cancro da mama foram de 79,7% e 72,9% respetivamente, no entanto todas as mulheres com idades entre os 45 e 65 anos realizam mamografia de rastreio, sendo considerados resultados ideais.

Os conhecimentos sobre o cancro do colo do útero mostraram-se de elevada importância na influência da realização do rastreio. O modelo de crenças de saúde evidenciou que as mulheres apresentam crenças de saúde adequadas no que respeita ao cancro da mama e colo do útero.

Apesar dos resultados obtidos serem superiores aos nacionais, a adesão ao rastreio do cancro do colo do útero ainda se situa muito abaixo da ideal, sendo necessária maior intervenção a este nível, investindo na promoção e divulgação da doença e métodos de prevenção primária e secundária.

Palavras-chave: Adesão; Cancro da mama; Cancro do colo do útero; Rastreio.

ABSTRACT

Breast and cervical cancers are the second and the fourth leading causes of death in women worldwide. The time factor is determinant for their prognosis, so the organized screening plays a very important role, enabling the detection of the disease in subclinical phase.

A descriptive and correlational study of a convenience sample of women aged between 27 and 65 years, enrolled in Norton de Matos e São Martinho do Bispo Health Centers, in Coimbra, was made with the aim of assessing adhesion to screening programs and the role of the sociodemographic characteristics, knowledge about cervical cancer and breast cancer, and individuals health beliefs in adhesion.

Adhesion rates to organized cervical cancer and breast cancer screenings were 79,7% and 72,9% respectively, however, all women aged 45 to 65 years do screening mammograms, these results are considered ideals.

Knowledge about cervical cancer has proven to be of great importance in the influence of screening. The health belief model has shown that women have adequate health beliefs regarding breast and cervical cancer.

Although the results obtained are superior to the national ones, adherence to cervical cancer screening is still far below the ideal, and a greater intervention is necessary at this level, investing in the promotion and divulgation of the disease and primary and secondary prevention methods.

Key-words: Adhesion; Breast Cancer; Cervical Cancer; Screening.

OBJETIVOS

Objetivo Principal

- Avaliar a adesão da população feminina ao rastreio do cancro da mama.
- Avaliar a adesão da população feminina ao rastreio do cancro do colo do útero (CCU).

Objetivos Secundários

- Avaliar se as características sociodemográficas influenciam a adesão ao rastreio do CCU e cancro da mama.
- Verificar em que medida o conhecimento sobre as doenças se relaciona com a adesão.
- Analisar se as crenças da saúde afetam a adesão ao rastreio do CCU e do cancro da mama.

INTRODUÇÃO

O cancro é uma patologia multifatorial que afeta milhões de pessoas em todo o mundo. Trata-se de uma doença aterrorizadora, muitas vezes com desfecho sombrio, constituindo um grave problema de saúde pública a nível nacional e mundial.

O cancro da mama é a neoplasia mais comum e a principal causa de morte na mulher em todo o mundo.(1) Ocorre sobretudo em idade superior aos 50 anos, embora possa ocorrer em idades jovens.

Nos países da União Europeia, anualmente registam-se cerca de 365.000 novos casos e cerca de 91.000 mortes. Uma em cada dez mulheres são afetadas pela doença, provocando a morte de 1 em cada 4.(2) Embora de forma mais incomum, o cancro da mama também afeta o sexo masculino, representando cerca de 1% de todos os cancros de mama, sendo responsável por menos de 0,1% das mortes em homens; estudos demonstram um aumento gradual da incidência, que varia conforme a área geográfica e a raça, sendo mais frequente na América

do Norte, na Europa e África, e menos frequente na Ásia. A incidência aumenta com a idade, tal como na mulher, com um pico aos 60 anos.(3)

O CCU é a quarta neoplasia mais frequente nas mulheres em todo o mundo, e a segunda neoplasia mais frequente em mulheres entre os 15 e os 44 anos, com maior incidência nos países menos desenvolvidos.(4)

Em 2012 foram registados mais de 34.000 novos casos e mais de 13.000 mortes por CCU nos países da União Europeia.(2)

Segundo dados da Direção Geral da Saúde (DGS) de 2015, as taxas de mortalidade por cancro da mama e CCU em Portugal, pertencem ao grupo das taxas mais baixas da União Europeia. A mortalidade por cancro da mama tem-se mantido estável, apesar de um aumento da incidência, registando-se 1.659 óbitos em 2010 e 1.660 em 2014. Relativamente ao CCU a mortalidade decresceu, assim como a incidência, com registo de 224 óbitos em 2010 e de 210 óbitos em 2014.(5) Ainda assim, os números continuam elevados, havendo necessidade de maior intervenção na promoção da prevenção primária e secundária. O fator tempo é determinante, sendo que quanto mais precocemente a doença for identificada maior a probabilidade de ter um prognóstico de sucesso. É aqui que os rastreios organizados assumem um papel importantíssimo, possibilitando a deteção da doença ainda em fase subclínica.

A evidência clínica atual é consensual sobre a vantagem em rastrear três patologias oncológicas, entre elas o cancro da mama e o CCU, revelando uma diminuição da mortalidade em 30% e 80% respetivamente.(6)

Segundo dados da DGS de 2015, o rastreio do cancro da mama está implementado em todas as regiões do país, embora com diferentes coberturas geográficas, apresentando o valor mais baixo na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), de apenas 27%. Consiste na realização de uma mamografia com duas incidências, com periodicidade de 2 anos, em mulheres com idades entre os 45 e 69 anos, sendo da

responsabilidade da Liga Portuguesa Contra o Cancro, à exceção da Administração Regional de Saúde (ARS) do Algarve, onde a população alvo é dos 50 aos 69 anos e a entidade responsável é a Associação Oncológica do Algarve.(5)

Relativamente ao rastreio do CCU está implementado em todas as regiões de saúde com 100% de cobertura geográfica, à exceção da ARSLVT onde ainda não se encontra implementado rastreio de base populacional.(5) Consiste na realização de uma citologia em meio líquido associado a teste Papiloma Vírus Humano (HPV), à exceção da ARS Centro onde é realizada a citologia convencional. A idade de início do rastreio aos 25 anos é consensual em todas as áreas, sendo que o limite superior é variável, 60 anos na ARS Norte, 64 nas regiões do Centro e Algarve e 65 no Alentejo. Também a periodicidade é diferente, realizando-se de 5 em 5 anos no Norte e 3 em 3 no Centro, Algarve e Alentejo. A responsabilidade compete a cada uma das Administrações.(5)

Em 2015 a taxa de mulheres rastreadas para o cancro da mama relativamente à população elegível foi apenas de 55%, sendo que o rastreio do CCU apresentou valores ainda mais baixos, 32%.(5)

Torna-se determinante compreender as razões pelas quais as taxas de adesão se encontram aquém das expectativas, apesar de todos os esforços realizados, e definir áreas de atuação de forma a incentivar a população feminina a participar nos programas de rastreio populacionais.

Nos anos 50, já com o intuito de explicar e compreender a razão pela qual a população não aderiu a determinados serviços de saúde preventivos, nomeadamente vacinas e rastreios, foi desenvolvido um modelo, o “**Modelo de crenças de saúde**”, por um grupo de Psicólogos Sociais (Rosenstock e colaboradores) da área de saúde pública.(7) Ao longo do tempo foi sendo testado e alterado de forma a poder ser utilizado para explorar diversos comportamentos ligados à saúde.(8)

Segundo Rosenstock, as crenças pessoais acerca da vulnerabilidade e gravidade percebida e a relação entre os benefícios e as barreiras percebidas de praticar a ação recomendada, estão relacionadas com a probabilidade de alguém adotar um determinado comportamento saudável.(9) Assim, o modelo pressupõe que quanto maior a vulnerabilidade, a gravidade e os benefícios percebidos, maior a probabilidade de executar a ação, tendo esta mesma probabilidade uma relação inversa com as barreiras ou obstáculos percebidos.(10) Mais tarde, um novo conceito foi adicionado ao modelo por Becker, o conceito de motivação para saúde, que mostrou relacionar-se de forma significativa com a realização de uma determinada ação.(11)

O Modelo de Crenças de Saúde tem sido aplicado por vários autores, visto que é considerado pelos próprios como o modelo psicossocial e cognitivo – afetivo – motivacional mais utilizado, pois tem uma elevada capacidade de prever os comportamentos de adesão aos exames de rastreio do cancro (Aiken *et al.*, 1994; Champion & Miller, 1996; Murray e McMillen, 1993; Coutinho, 2001; Patrão & Leal 2002; Vaillo *et al.*, 2004).(12)

MATERIAL E MÉTODOS

Caracterização do Estudo

A fim de atingir os objetivos propostos realizou-se um estudo do tipo transversal, retrospectivo, observacional, descritivo e analítico.(13)

Caracterização da População e Amostra

A população-alvo deste estudo compreende mulheres com idade elegível para a realização dos programas de rastreios populacionais do cancro da mama e do CCU.

A amostra do presente estudo trata-se de uma amostra não probabilística e por conveniência, constituída por 59 utentes de dois Centros de Saúde da região centro, o Centro de saúde Norton de Matos e o Centro de Saúde de São Martinho do Bispo.

Foram definidos como critérios de inclusão mulheres com idades compreendidas entre os 25 e os 65 anos, utentes dos Centros de Saúde acima mencionados.

Não se encontram incluídas no estudo mulheres com antecedentes pessoais de cancro da mama ou CCU.

Descrição do Instrumento de Recolha de Dados

A recolha de dados foi efetuada através da aplicação de um questionário adaptado(14,15) constituído por 66 questões, com subquestões (Anexo I).

O questionário em anexo encontra-se dividido em 4 secções: a primeira referente às características sociodemográficas, a segunda referente ao CCU e conhecimentos acerca do mesmo, a terceira referente ao cancro da mama e conhecimentos acerca da doença e por fim a quarta constituída pelo “Modelo de Crenças de Saúde” (Anexo II) de Champion, 1999(16) e Patrão & Leal 2002(17) para o cancro da mama e CCU adaptado.

Para o “Modelo de Crenças de Saúde” foi verificada a determinação da fidelidade utilizando o método de consistência interna. Segundo Pestana & Gagueiro, 2008, o alfa de Cronbach deve ser superior a 0,70, indicando fidelidade, correlação e homogeneidade dos itens, permitindo um grau de confiança e exatidão dos mesmos valores ao longo do tempo.(18) Os valores de alfa apresentados na tabela I indicam valores inferiores a 0,70 nas sub-escalas da *Gravidade* e da *Motivação* para o CCU, embora muito próximos, e na *Vulnerabilidade* e *Motivação* para o cancro da mama, sendo que os restantes valores de alfa indicam uma boa consistência interna.

Tabela I. Coeficiente do Alfa de Cronbach (α).

	CANCRO UTERO (n=59)		CANCRO MAMA (n=59)	
	Total itens	Alfa Cronbach	Total itens	Alfa Cronbach
Vulnerabilidade	3	0,725	3	0,549
Gravidade	3	0,647	4	0,811
Benefícios	3	0,804	3	0,808
Barreiras	7	0,754	5	0,807
Motivação	5	0,618	5	0,618
Total escala	21	0,713	20	0,762

Aplicação do instrumento de recolha de dados e procedimentos éticos

O trabalho foi aprovado pela Comissão Coordenadora do Conselho Científico da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. A recolha de dados decorreu ao longo do mês de janeiro de 2017. O questionário foi aplicado na sala de espera das instituições já mencionadas, após uma breve explicação do estudo e dos objetivos do mesmo, e da assinatura de um documento de consentimento informado (Anexo III) pelas participantes. A participação foi realizada de forma voluntária, tendo sido assegurada a total confidencialidade dos dados e respeitados todos os procedimentos éticos e deontológicos.

Procedimento de Análise Estatística

A análise dos dados foi obtida por estatística descritiva e inferencial, através da utilização do software SPSS-24.0 (Statistical Package for the Social Sciences). Considerou-se existir significância estatística quando $p < 0.05$.

Tendo em consideração o cumprimento dos critérios necessários para a realização de testes de hipóteses paramétricos, conclui-se que a amostra não segue uma distribuição normal

nas variáveis em estudo, pelo que foram utilizados testes não-paramétricos de Qui-Quadrado, Coeficiente de Correlação de Spearman e teste de Mann-Withney(19).

RESULTADOS

- **Caracterização Sociodemográfica da Amostra**

A amostra total em estudo é constituída por 59 participantes, com idades compreendidas entre os 27 e os 65 anos de idade, média 45,24 anos e desvio-parão 10,699.

A caracterização geral da amostra encontra-se descrita na tabela II.

Tabela II. Caracterização Sociodemográfica.

Amostra (n=59)		
	n	%
Faixa Etária		
27-44 Anos	29	49,15
45-65 Anos	30	50,85
Estado Civil		
Solteira	6	10,2
Casada/União de facto	45	76,3
Divorciada	7	11,9
Viúva	1	1,7
Habilitações Académicas		
1º Ciclo	5	8,5
2º Ciclo	9	15,3
3º Ciclo	3	5,1
Secundário	15	25,4
Licenciatura	18	30,5
Mestrado	8	13,6
Doutoramento	1	1,7
Situação Profissional		
Empregada	46	78,0
Desempregada	6	10,2
Reformada	7	11,9

Através da análise da tabela II verifica-se que a maioria das mulheres em estudo se encontram casadas ou em união de facto (76,3%), concluíram o ensino secundário (25,4%) ou licenciatura (30,5%), e desempenham uma atividade profissional (78,0%).

No gráfico 1 está apresentada a distribuição do número de filhos, que nos indica um mínimo de 0 filhos, máximo de 4, média 1,19 e desvio-padrão 0,900. Podemos ainda observar que a maioria das participantes tem entre 1 a 2 filhos, sendo que 25,42% das participantes não têm filhos.

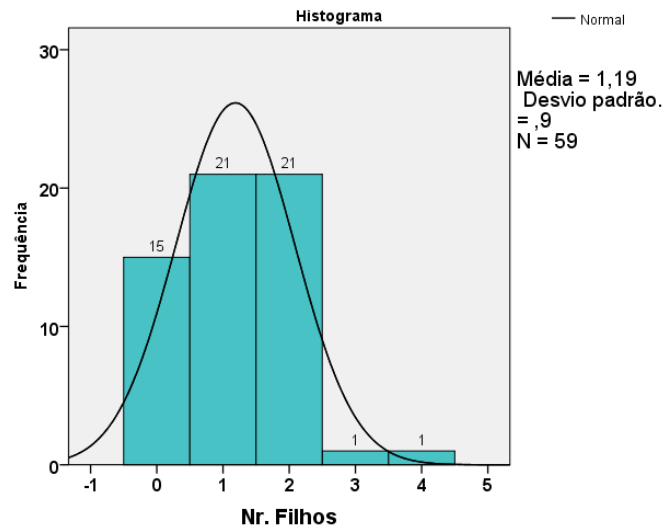


Gráfico 1. Distribuição do número de filhos.

- CANCRO DO COLO DO ÚTERO

- Adesão ao Rastreio do CCU

Observa-se que a maioria das mulheres adere ao rastreio, 79,7%, ainda que exista uma percentagem considerável, 20,3%, que não o realiza. (Anexo IV)

- Conhecimentos sobre o CCU

Na tabela III apresentam-se os resultados relativamente aos conhecimentos, destacando-se a resposta correta.

Tabela III. Conhecimentos sobre o CCU.

	n	%
Qual o principal fator de risco para esta doença?		
Idade	18	30,5
Falta de exercício físico	3	5,1
Ausência de atividade sexual	1	1,7
Múltiplos parceiros sexuais	11	18,6
Familiares c/cancro colo útero	26	44,1
O Cancro do colo útero costuma dar sintomas quando surge?		
Sim	12	20,3
Não	28	47,5
Não sabe	19	32,2
Qual o vírus responsável pelo cancro do colo do útero?		
Vírus do Papiloma Humano (HPV)	42	71,2
Vírus da Hepatite	1	1,7
Vírus Herpes	1	1,7
Não sabe	15	25,4
Existe alguma vacina que previna o cancro do colo do útero?		
Sim	50	84,7
Não	9	15,3
Se sim, qual a melhor altura para a fazer?		
Qualquer idade	6	12,0
Antes de iniciar a atividade sexual	36	72,0
Após o início da atividade sexual	8	16,0
Os homens podem beneficiar c/ a vacina do cancro colo útero?		
Sim	13	22,0
Não	46	78,0
Em que altura se deve iniciar o rastreio do cancro colo útero?		
Antes de iniciar a atividade sexual	16	27,1
Após o início da atividade sexual	28	47,5
Após os 18 anos	14	23,7
Na menopausa	1	1,7
Após 1ª relação sexual, o exame de rastreio deve ser realizado:		
1 vez/ano	29	49,2
2 em 2 anos	18	30,5
3 em 3 anos	10	16,9
Não necessita de ser repetido	2	3,4

Através da análise da tabela III verifica-se que 44,1% das mulheres refere os antecedentes familiares de CCU como o principal fator de risco, sendo que apenas 18,6% relaciona a doença com múltiplos parceiros sexuais, embora a maioria conheça que a doença é

transmitida pelo HPV (71,2%). Grande parte das mulheres, 47,5%, reconhece a doença como silenciosa nos estádios iniciais e afirma que existe uma vacina como meio de prevenção (84,7%) sabendo que a melhor altura para a realizar será antes de iniciar a atividade sexual (72%), embora pensem que os homens não beneficiem com a administração da vacina (78%).

Podemos ainda verificar que 47,5% da população em estudo conhece a altura em que o rastreio deve ser iniciado, no entanto, apenas 16,9% conhece a periodicidade do mesmo.

➤ **Informação sobre o CCU**

Quando questionadas acerca da informação do CCU, a maioria refere ser de obtenção fácil (93,2%), sendo que a maioria (57,6%) diz obter essa informação através do médico de família ou centro de saúde. Relativamente às dúvidas, a maioria reconhece ter dúvidas acerca da doença (89,8%), sendo as mais citadas os sinais e sintomas (55,9%) e os meios de prevenção (37,3%). (Anexo V)

➤ **Variáveis Sociodemográficas e Adesão ao Rastreio do CCU**

Para avaliar se as variáveis sociodemográficas influenciam a adesão ao rastreio do CCU recorreu-se ao teste do qui-quadrado, conforme apresentado na tabela que se segue (Tabela IV). Através da análise da mesma, podemos concluir que apesar dos resultados apresentarem diferenças, estas não são estatisticamente significativas.

Relativamente à idade, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas. O mesmo não acontece com a situação profissional, cuja relação revela diferenças estatisticamente significativas, havendo maior adesão ao rastreio na população Ativa (85,1%).

Tabela IV. Relação entre as Variáveis Sociodemográficas e o Rastreamento do CCU.

Alguma vez realizou o rastreio do cancro do colo do útero?							
Faixa Etária	Sim		Não		Total	<i>p</i>	
27-44 Anos	25	53,2%	4	33,3%	29	49,2%	
45-65 Anos	22	46,8%	8	66,7%	30	50,8%	
Total	47	100%	12	100%	59	100%	
Alguma vez realizou o rastreio do cancro do colo do útero?							
Situação Profissional	Sim		Não		Total	<i>p</i>	
Ativa	40	85,1%	6	50,0%	46	78,0%	
Não Ativa	7	14,9%	6	50,0%	13	22,0%	
Total	47	100%	12	100%	59	100%	
Alguma vez realizou o rastreio do cancro do colo do útero?							
Habilitações Académicas	Sim		Não		Total	<i>p</i>	
Até Ensino Secundário	10	21,3%	7	58%	17	28,8%	
Ensino Secundário	12	25,5%	3	25%	15	25,4%	
Ensino Universitário	25	53,2%	2	17%	27	45,8%	
Total	47	100%	12	100%	59	100%	
Alguma vez realizou o rastreio do cancro do colo do útero?							
Estado Civil	Sim		Não		Total	<i>p</i>	
Solteira	5	10,6%	1	8,3%	6	10,2%	
Casada/União facta	36	76,6%	9	75%	45	76,3%	
Divorciada	6	12,8%	1	8,3%	7	11,9%	
Viúva	0	0,0%	1	8,3%	1	1,7%	
Total	47	100%	12	100%	59	100%	

➤ **Conhecimentos sobre o CCU e Adesão ao Rastreamento**

Para avaliar os conhecimentos gerais da população em estudo contabilizou-se o número de mulheres que responderam de forma correta a cada uma das questões relativas ao CCU. Verificou-se que a questão “Existe alguma vacina que previna o cancro do colo do útero?” foi a que obteve um maior número de respostas certas, 50, e a questão “Após a primeira relação sexual, o exame de rastreio deve ser realizado?” foi a que obteve um maior número de respostas erradas, 49. Pode ainda verificar-se que em 5 das 8 questões a maioria das mulheres respondeu de forma errada. (Anexo VI)

Para averiguar a existência de diferenças no número de respostas certas em função da adesão das participantes ao rastreio do cancro do colo do útero, recorreremos à significância do teste de Mann-Whitney, cujos resultados estão apresentados na tabela V, e que nos indicam diferenças estatisticamente significativas no número total de respostas certas relativamente ao

conhecimento do rastreio do cancro do colo do útero ($p=0,000$), cuja média de respostas certas é superior no grupo de participantes que já realizou o rastreio do cancro do colo do útero.

Tabela V. Conhecimentos sobre o CCU e Adesão ao Rastreio.

	Alguma vez realizou o rastreio do cancro do colo do útero?				<i>p</i>
	Sim (n=47)		Não (n=12)		
	média	dp	média	dp	
Conhecimento acerca do rastreio do cancro do colo do útero					
Total_Respostas Certas	4,21	1,55	1,67	2,10	0,000

➤ **Modelo de Crenças de Saúde e Adesão ao Rastreio do CCU**

Tabela VI. Distribuição das sub-escalas das Crenças de Saúde.

Cancro Colo Útero_Fatores CRENÇAS DE SAÚDE				
	média	dp	min	máx
Vulnerabilidade	2,79	0,884	1,00	4,00
Gravidade	3,46	0,869	1,00	5,00
Benefícios	4,25	0,896	1,00	5,00
Barreiras	2,00	0,687	1,00	4,71
Motivação	3,43	0,701	1,00	4,80
Total_Escala Crenças	3,19	0,476	1,54	4,44

(1=Baixo grau | 5=Alto grau)

Recorreu-se ao teste de Mann-Whitney para verificar a existência de diferenças nos fatores das crenças de saúde, entre as participantes que já realizaram, ou não, rastreio do CCU. Os resultados apresentados na tabela VII indicam diferenças estatisticamente significativas na *Vulnerabilidade* ($p=0,015$); na *Gravidade* ($p=0,038$); e no *Total da escala das crenças de saúde* ($p=0,006$), cujas médias são superiores no grupo de participantes que já realizou o rastreio do CCU.

Tabela VII. Crenças de Saúde e Adesão ao Rastreamento do CCU.

	Alguma vez realizou o rastreio do cancro do colo do útero?				
	Sim (n=47)		Não (n=12)		<i>p</i>
	média	dp	média	dp	
Vulnerabilidade	2,94	0,80	2,19	0,97	0,015
Gravidade	3,63	0,71	2,81	1,13	0,038
Benefícios	4,41	0,60	3,64	1,49	0,218
Barreiras	1,95	0,63	2,18	0,87	0,513
Motivação	3,50	0,69	3,15	0,71	0,104
Total_Escala Crenças	3,23	0,36	2,70	0,81	0,008

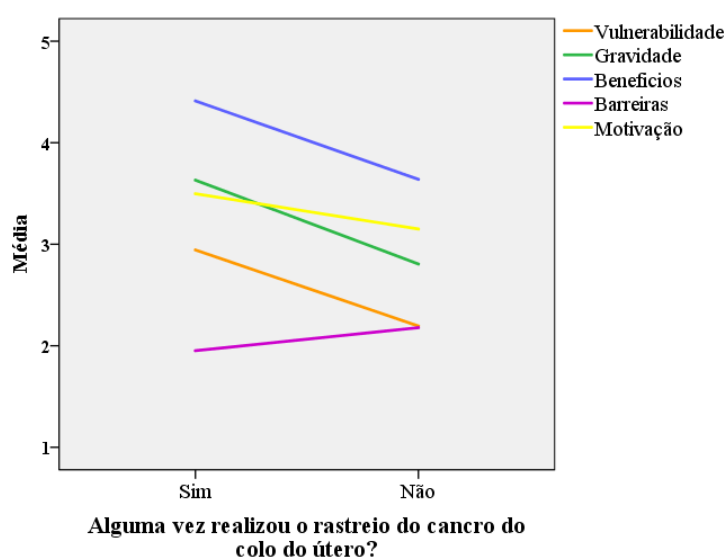


Gráfico 2. Crenças de Saúde e Adesão ao Rastreamento do CCU.

A significância do teste de Mann-Whitney indica diferenças estatisticamente significativas nas questões da escala das crenças de saúde, nomeadamente na **Vulnerabilidade** na questão “*Sente que ao longo da sua vida poderá vir a ter cancro do colo do útero?*” ($p=0,002$); na **Gravidade** na questão “*O cancro do colo do útero poderia ameaçar a relação que tem com o seu namorado, companheiro ou marido?*” ($p=0,024$); e nos **Benefícios** nas questões “*A realização de citologia ajuda a detetar mais cedo a existência de lesões no útero?*” ($p=0,009$) e “*A realização de citologia é a melhor forma de detetar pequenas lesões*”

no útero” (p=0,014); cujas médias são superiores no grupo de participantes que já realizou o rastreio do cancro do colo do útero. (Anexo VII)

- CANCRO DA MAMA

- Adesão ao Rastreio do Cancro da Mama

Observou-se que a maioria, 72,9%, adere ao rastreio do cancro da mama, referindo já ter realizado a mamografia de rastreio e que 27,1% dizem nunca ter realizado uma mamografia.

Tabela VIII. Recomendação e frequência do Rastreio do Cancro da Mama.

	n	%
Algum médico lhe recomendou:		
Auto exame da mama		
Sim	41	69,5
Não	18	30,5
Ecografia mamária		
Sim	36	61,0
Não	23	39,0
Mamografia		
Sim	41	69,5
Não	18	30,5
Com que frequência realiza a mamografia de rastreio?		
Todos os anos	16	27,1
2 em 2 anos	18	30,5
em 3 anos	9	15,3
Não fez nenhuma mamografia	16	27,1
Com que frequência realiza a ecografia mamária?		
Todos os anos	17	28,8
2 em 2 anos	10	16,9
em 3 anos	11	18,6
Não fez nenhuma ecografia mamária	21	35,6
A realização de mamografia:		
Foi por minha iniciativa	7	15,6
Foi recomendada pelo Médico Família	38	84,4

Através da análise da tabela VIII observa-se que a maioria das mulheres recebeu recomendação médica para realização do auto-exame da mama (69,5%), ecografia mamária (61%) e mamografia (69,5%), sendo que da percentagem de mulheres que aderem ao rastreio, a maioria realiza a mamografia de 2 em 2 anos (30,5%) e 84,4% referem ter recomendação médica. Das mulheres que realizam a ecografia mamária, a maioria faz o exame anualmente (28,8%), sendo que grande parte da população em estudo nunca realizou uma ecografia mamária (35,6%).

Quando questionadas acerca de possuírem antecedentes familiares de cancro da mama, nomeadamente mãe ou pai, a maioria refere não ter (89,8%). (Anexo VIII)

➤ Conhecimentos sobre o Cancro da Mama

Na tabela IX apresentam-se os resultados relativamente aos conhecimentos, destacando-se a resposta correta.

Tabela IX. Conhecimentos sobre o Cancro da Mama.

	n	%
Os homens podem ter cancro da mama?		
Sim	52	88,1
Não	7	11,9
Qual o principal fator de risco para esta doença?		
Ter amamentado	1	1,7
História familiar de cancro de mama e idade	53	89,8
Alimentação desequilibrada e excesso de peso	5	8,5
O cancro da mama costuma dar sinais ou sintomas?		
Sim	37	62,7
Não	13	22,0
Não sabe	9	15,3
A partir de que altura deve ser realizado o rastreio de cancro da mama?		
< 35 anos	10	16,9
35-45 anos	34	57,6
Aos 45 anos	15	25,4

Em relação aos conhecimentos sobre o cancro da mama, a maioria conhece que os homens também podem ser atingidos pela doença (88,1%), que o principal fator de risco para esta doença é a idade e a história familiar (89,8%) e que frequentemente apresenta sinais e sintomas (62,7%), contudo a maioria desconhece a altura em que o rastreio deve ser iniciado, sendo que a maioria diz ser entre os 35-45 anos (57,6%).

➤ **Informação sobre o Cancro da Mama**

Observa-se que a maioria das mulheres afirma ser fácil obter informação acerca do cancro da mama (94,9%), sendo a principal fonte de informação o médico de família/centro de saúde (61%). Quando questionadas sobre dúvidas em relação à doença, a maioria reconhece ter dúvidas (72,9%), sendo as dúvidas mais citadas os meios de prevenção (40,7%) e sinais e sintomas (35,6%). (Anexo IX)

➤ **Variáveis Sociodemográficas e Adesão ao Rastreio do Cancro da Mama**

Utilizou-se o teste do qui-quadrado para verificar a existência de associação entre as variáveis em estudo, conforme apresentado na tabela X. Contudo, apesar dos resultados apresentarem diferenças, estas não são estatisticamente significativas.

Tabela X. Relação entre as Variáveis Sociodemográficas e Adesão ao Rastreio do Cancro da Mama.

Faixa Etária	Alguma vez realizou mamografia de rastreio?						<i>p</i>
	Sim		Não		Total		
27-44 Anos	13	30,2%	16	100%	29	49,2%	
45-65 Anos	30	69,8%	0	0%	30	50,8%	
Total	43	100%	16	100%	59	100%	0,000
Situação Profissional	Alguma vez realizou mamografia de rastreio?						<i>p</i>
	Sim		Não		Total		
Ativa	31	72,1%	15	93,8%	46	78,0%	
Não Ativa	12	27,9%	1	6,3%	13	22,0%	
Total	43	100%	16	100%	59	100%	0,152
Habilitações Académicas	Alguma vez realizou a mamografia de rastreio?						<i>p</i>
	Sim		Não		Total		
Até ensino Secundário	17	39,5%	0	0%	17	28,8%	
Ensino Secundário	12	27,9%	3	18,8%	15	25,4%	
Ensino Universitário	14	32,6%	13	81%	27	45,8%	
Total	43	100%	16	100%	59	100%	0,002
Estado Civil	Alguma vez realizou a mamografia de rastreio?						<i>p</i>
	Sim		Não		Total		
Solteira	3	7,0%	3	19%	6	10,2%	
Casada/União de facto	34	79,1%	11	68,8%	45	76,3%	
Divorciada	5	11,6%	2	13%	7	11,9%	
Viúva	1	2,3%	0	0%	1	1,7%	
Total	43	100%	16	100%	59	100%	0,546

➤ **Conhecimentos sobre o Cancro da Mama e Adesão ao Rastreio**

Para avaliar os conhecimentos gerais da população em estudo contabilizou-se o número de mulheres que responderam de forma correta a cada uma das questões relativas ao cancro da mama. Verificou-se que a questão “Qual o principal fator de risco para esta doença?” foi a que obteve um maior número de respostas certas,53, e a questão “A partir de que altura deve ser realizado o rastreio do cancro da mama?” foi a que obteve um maior número de respostas erradas,44, sendo a única questão, do total de 4, em que o número de respostas erradas foi superior às corretas. (Anexo X)

Para averiguar a existência de diferenças no número de respostas certas em função da adesão das participantes ao rastreio do cancro da mama, recorreu-se à significância do teste de Mann-Whitney, cujos resultados estão apresentados na tabela XI, e que nos indicam

diferenças estatisticamente significativas no número total de respostas certas relativamente ao conhecimento do rastreio do cancro da mama ($p=0,023$), cuja média de respostas certas é superior no grupo de participantes que não realizou o rastreio do cancro da mama.

Tabela XI. Conhecimentos sobre o Cancro da Mama e Adesão ao Rastreio.

	Já realizou a mamografia de rastreio?				<i>p</i>
	Sim (n=43)		Não (n=16)		
	média	dp	média	dp	
Conhecimento acerca do rastreio do cancro do colo do utero					
Total_Respostas Certas	2,51	0,88	3,06	0,57	0,023

➤ **Modelo de Crenças de Saúde e Adesão ao Rastreio do Cancro da Mama**

Tabela XII. Distribuição dos fatores e do total da escala das Crenças do Cancro da Mama.

Cancro da Mama_Fatores CRENÇAS DE SAÚDE				
	média	dp	min	máx
Vulnerabilidade	3,29	0,813	1,33	5,00
Gravidade	3,55	0,979	1,00	5,00
Benefícios	4,25	0,850	2,00	5,00
Barreiras	1,74	0,823	1,00	4,80
Motivação	3,43	0,701	1,00	4,80
Total_Escala Crenças	3,25	0,490	1,41	4,45

(1=Baixo grau | 5=Alto grau)

Recorreu-se ao teste de Mann-Whitney para verificar a existência de diferenças nos fatores das crenças de saúde, entre as participantes que já realizaram, ou não, rastreio do cancro da mama. Os resultados apresentados na tabela XIII não indicam diferenças estatisticamente significativas. Todas as mulheres, independentemente de já terem realizado o rastreio ou não, apresentam uma alta vulnerabilidade e gravidade percebidas em relação ao cancro da mama e uma relação benefícios/barreiras percebidos elevada relativamente ao rastreio e prevenção. Observa-se ainda que todas elas têm uma boa motivação para a saúde.

Tabela XIII. Crenças de Saúde e Adesão ao Rastreio do Cancro da Mama.

	Já realizou a mamografia de rastreio?				
	Sim (n=43)		Não (n=16)		<i>p</i>
	média	dp	média	dp	
Vulnerabilidade	3,38	0,87	3,04	0,58	0,112
Gravidade	3,55	1,10	3,55	0,59	0,884
Benefícios	4,28	0,91	4,17	0,69	0,276
Barreiras	1,79	0,89	1,61	0,62	0,787
Motivação	3,43	0,73	3,41	0,63	0,816
Total_Escala Crenças	3,29	0,55	3,16	0,23	0,340

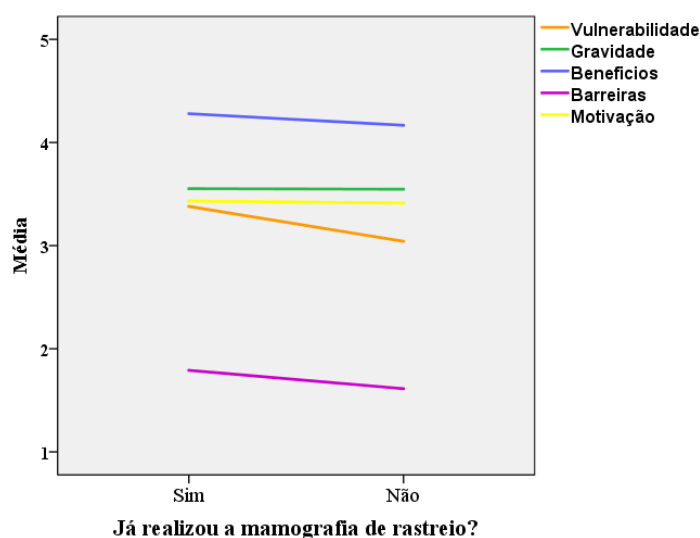


Gráfico 3. Crenças de Saúde e Adesão ao Rastreio do Cancro da Mama.

➤ **Frequência às consultas do Centro de Saúde e Planeamento Familiar**

A maioria das participantes do estudo frequentam as consultas do centro de saúde (96,6%) e de planeamento familiar (81,4%), principalmente por rotina/vigilância (91,2% e 98% respetivamente). Da percentagem de mulheres que não frequentam as consultas de planeamento familiar (18,6%), a maioria refere como principal motivo não se sentir à vontade (55,6%). (Anexo XI)

DISCUSSÃO

A realização do presente estudo teve como objetivo principal avaliar a adesão da população feminina aos rastreios do CCU e cancro da mama.

Relativamente ao rastreio do CCU, verificou-se que a maioria adere ao programa de rastreio (79,7%). Resultado semelhante ao evidenciado por Areias (2011)(20) e Malheiro (2009)(21) com valores na ordem dos 70%. Valores superiores foram encontrados por Sousa (2012)(22), apresentando taxa de adesão acima dos 80%, já segundo Patrão *et al.* (2002)(17) a taxa de adesão corresponde apenas a 25,2%. Segundo dados da DGS, em 2014, a taxa de adesão ao rastreio do CCU relativamente ao número de mulheres convocadas e rastreadas no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Baixo Mondego foi de apenas 44,1%, valor muito abaixo ao encontrado, sendo que uma das explicações possíveis poderá ser o facto de as moradas não se encontrarem atualizadas.

Traçando o perfil sociodemográfico da população feminina que apresenta maior taxa de adesão ao rastreio do CCU encontramos uma mulher mais jovem, com idade entre os 27 e 44 anos (53,2%), casada ou em união de facto (76,6%), com curso superior (53,2%) e profissionalmente ativa (85,1%). Perfil correspondente ao encontrado anteriormente por Areias (2011)(20) e Ferreira (2014)(23), com exclusão do fator académico, em que se verificou que as mulheres com um nível académico superior aderiram menos.

No entanto, apenas um destes fatores, nomeadamente a situação profissional, mostrou relacionar-se de forma estatisticamente significativa com a adesão ao rastreio do CCU, evidenciando algum grau de dependência, verificando-se que as mulheres com um papel ativo profissionalmente apresentam maiores taxas de adesão (85,1%) ao rastreio ($p=0,026$).

No estudo realizado por Areias (2011)(20) os resultados foram ligeiramente distintos. Tal como no presente estudo, não foram encontradas diferenças com significância estatística

entre a idade e habilitações académicas, no entanto Areias (2011)(20) encontrou diferenças relativas ao estado civil, e no presente estudo demonstrou-se existir influência entre a situação profissional e a adesão. Já Ferreira (2014)(23), verificou existir diferenças com significância estatística entre a idade e os comportamentos de adesão, em que as mulheres mais jovens apresentam uma taxa superior. Por outro lado, verificou que um grau académico superior se relaciona com maior adesão e, tal como Areias (2011)(20), também verificou existir diferenças estatísticas relativamente ao estado civil. Ao contrário do presente estudo, não foram encontradas diferenças com significância estatística relativamente à situação profissional.

No questionário respetivo aos conhecimentos da amostra sobre o CCU verifica-se que 44,1% das mulheres referem como principal fator de risco, os antecedentes familiares de CCU, sendo que apenas 18,6% relaciona a doença com múltiplos parceiros sexuais. Também no estudo realizado por Areias (2011)(20) e Ferreira (2014)(23) as participantes referiram os antecedentes familiares de CCU como principal fator de risco.

Sendo a infeção pelo HPV condição necessária para o desenvolvimento e progressão da doença, e dado que este vírus se transmite sexualmente, o fato de possuir múltiplos parceiros sexuais aumentam a probabilidade de infeção, sendo por isso um dos principais fatores de risco, juntamente com a prática de relações desprotegidas e iniciar precocemente a atividade sexual.(24)

Curiosamente, apesar de grande parte mencionar os antecedentes familiares como principal fator de risco para a doença, a maioria (71,2%) reconhece que a doença é transmitida pelo HPV (71,2%), provavelmente por desconhecerem que este vírus se transmite sexualmente. Também no estudo realizado por Malheiro (2009)(21), Areias (2011)(20), Sousa (2012)(22) e Ferreira (2014)(23) a maioria das mulheres relaciona o CCU com o HPV.

Relativamente à forma de apresentação mais comum da doença, grande parte afirma uma apresentação inicialmente silenciosa (47,5%), manifestando sintomas já tardiamente(25). Ainda assim, a maioria respondeu que sim ou que desconhece (52,5%). Resultados coerentes com os de Malheiro (2009)(26).

Quanto aos meios de prevenção, a maioria afirma que existe uma vacina (84,7%), reconhecendo que a melhor altura para a sua administração será antes do início da atividade sexual (72%)(24), resultados consistentes com os de Malheiro (2009)(26), Areias (2011)(20), Sousa (2012)(22) e Ferreira (2014)(23). No entanto, desconhecem os benefícios da vacina no homem (78%).

Segundo a Sociedade de Infeciologia Pediátrica, o HPV é responsável por lesões benignas e neoplasias malignas em ambos os sexos, homens encontram-se em risco de desenvolver condilomas genitais, cancro do ânus, do pénis, da cabeça e pescoço e neoplasias intraepiteliais do pénis e ânus.(27)

Podemos ainda verificar que menos de metade (47,5%) da população em estudo conhece a altura em que o rastreio deve ser iniciado e apenas uma minoria (16,9%) conhece a periodicidade do mesmo. Resultados semelhantes aos de Areias (2011)(20) e Ferreira (2014)(23).

Embora, de uma forma global, os conhecimentos acerca do CCU sejam razoáveis, existem determinados pontos importantes que precisam ser clarificados, nomeadamente o principal fator de risco, a evolução e progressão da doença, o facto de os homens apresentarem benefício com a vacina, a altura de início e a periodicidade do rastreio, dado que apresentam taxas de resposta assertiva inferior a 50%. Além disso, a maioria das mulheres em estudo (89,8%) diz ter dúvidas acerca do CCU, citando maioritariamente sinais e sintomas (55,9%) e meios de prevenção (37,3%), sendo também estas as mais citadas em Malheiro

(2009)(21), Areias (2011)(20), Sousa (2012)(22) e Ferreira (2014)(23). Referem como principal meio de informação médico de família/centro de saúde (57,6%), seguido de ginecologista (42,4%) e meios de comunicação/internet (37,3), resultados idênticos a Areias (2011)(20) e Sousa (2012)(22). Já Malheiro (2009)(26) e Ferreira (2014)(23) referem como principal meio de informação meios de comunicação/internet.

A relação entre o conhecimento global sobre o CCU e a adesão ao rastreio mostrou que as mulheres com uma média superior de respostas certas (4,21) aderem mais ao rastreio do que as que revelam uma média inferior, apresentando estes resultados diferenças estatisticamente significativas. ($p=0,000$), demonstrando que o esclarecimento acerca da doença é um fator relevante e de extrema importância. Também Ferreira (2014)(23) mostrou esta relação, Areias (2011)(20) mostrou haver diferenças embora não tenham sido de significância estatística.

O Modelo de Crenças de Saúde do CCU mostrou que a amostra em estudo apresenta, de uma forma global, uma boa motivação para a saúde (3,43), uma alta vulnerabilidade (2,79), gravidade (3,46) e benefícios (4,25) percebidos e, em contrapartida, demonstram ter um valor menor nas barreiras percebidas (2,00) em relação à doença, resultados que vão de encontro aos esperados.

Quando relacionado com a adesão ao rastreio do CCU, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas na *Vulnerabilidade* ($p=0,015$), na *Gravidade* ($p=0,038$), e no *Total da escala das crenças de saúde* ($p=0,006$), cujas médias são superiores no grupo de participantes que já realizou o rastreio do cancro do colo do útero. Verificamos ainda que a população que adere ao rastreio possui médias superiores nos *Benefícios* e na *Motivação Para a Saúde* e inferiores para as *Barreiras* relativamente à não aderente, embora estas diferenças não sejam estatisticamente significativas. Resultados vão de encontro aos de

Patrão *et al.* (2002)(17) e Areias (2011)(20), ainda que neste último existam diferenças estatísticas também nos *Benefícios*, no entanto, apesar de existirem diferenças na *Vulnerabilidade* estas não tiveram significância estatística ao contrário do presente estudo.

Relativamente ao Cancro da Mama, verificou-se que a maioria (72,9%) adere ao programa de rastreio, tendo sido indicada a realização de mamografia pelo seu médico de família (84,4%), submetendo-se ao exame de 2 em 2 anos (30,5%) ou todos os anos (27,1%). Importante realçar que todas as mulheres acima dos 45 anos participam do rastreio, sendo considerado um resultado ideal. A maioria das mulheres recebeu ainda indicação para realização do autoexame da mama (69,5%) e ecografia mamária (61,0%). O estudo de Ferreira (2014)(23), que avalia a realização de auto exame da mama e a sua indicação, demonstrou resultados semelhantes. Paulo (2010)(14) obteve taxas de adesão inferiores (58,9%), quanto à recomendação médica para realização de mamografia e ecografia os resultados são semelhantes, também Freitas (2012)(28) obteve resultados inferiores (44,2%), no entanto cerca de 94,7% já haviam realizado mamografia, embora fora do âmbito do programa de rastreio. Segundo dados da DGS(5), em 2014, a taxa de adesão ao rastreio do Cancro da Mama relativamente ao número de mulheres convocadas e rastreadas no ACES Baixo Mondego foi de apenas 55,0%, valor abaixo do encontrado, podendo ter a mesma explicação referida anteriormente para o CCU.

Traçando o perfil sociodemográfico da população feminina que apresenta maior taxa de adesão ao rastreio do Cancro da Mama encontramos uma mulher mais velha, com idade entre os 45-65 anos (69,8%), casada ou em união de facto (79,1%), com escolaridade até ao ensino secundário (39,5%) e profissionalmente ativa (72,1%). Perfil correspondente ao encontrado anteriormente por Freitas (2012)(28) e Ferreira (2014)(23).

No entanto, apesar das diferenças existentes, nenhum destes fatores apresentou significância estatística. Contrariamente a Ferreira (2014)(23) em que a idade, mulheres casadas ou em união de facto e as habilitações literárias mostraram relacionar-se positivamente com a adesão. Também Freitas (2012)(28) evidenciou uma relação entre a idade e a adesão, não havendo significância estatística nos restantes fatores.

No questionário respetivo aos conhecimentos da amostra sobre o Cancro da Mama verifica-se que 88,1% das mulheres conhece que os homens podem vir a ter Cancro da Mama, sabem que o principal fator de risco para esta doença é a história familiar e idade (89,8%), e que a doença costuma cursar com sinais e sintomas (62,7%), para os quais devem estar alerta. Apresentam, no entanto, algum desconhecimento relativo à idade de início do rastreio na mulher, sendo que a maioria pensa que deve ser iniciado entre os 35 e 45 anos (57,6%), apenas 25,4% conhece que deve iniciar-se aos 45 anos. Também em Freitas (2012) a maioria desconhece a idade de início do rastreio.

De uma forma global a maioria das mulheres respondeu de forma assertiva às questões que lhes foram propostas, apresentando conhecimentos elevados acerca da doença, referindo que o principal veículo de informação é o médico de família/centro de saúde (61,0%), seguido do ginecologista (49,2%) e meios de comunicação/internet (45,8%), tal como para o CCU. Quanto a dúvidas que gostariam ver esclarecidas as mais citadas são também idênticas às do CCU, sinais e sintomas (35,6%) e meios de prevenção (40,7%).

No entanto, e contrariamente ao que seria esperado, as mulheres que apresentam uma média de respostas certas superior (3,06) pertencem ao grupo de não adesão ao rastreio, apresentando diferenças estatisticamente significativas. Uma explicação possível poderá ser o facto de as mulheres que apresentam uma média de conhecimentos superior ainda não estarem abrangidas pelo rastreio, dado que a amostra inclui mulheres dos 27 aos 65 anos.

O Modelo de Crenças de Saúde do Cancro da Mama mostrou que a amostra em estudo apresenta, de uma forma global, uma boa motivação para a saúde (3,43), uma alta vulnerabilidade (3,29), gravidade (3,55) e benefícios (4,25) percebidos e, em contrapartida, demonstram ter um valor menor nas barreiras percebidas (1,74) em relação à doença, resultados que vão de encontro aos esperados. Resultados semelhantes a Ferreira (2014)(23).

Não foram encontradas diferenças entre as mulheres que aderem ou não ao rastreio, sendo que todas elas apresentam crenças consideradas adequadas relativamente ao Cancro da Mama. Considerando que as mulheres que não aderem pertencem à classe dos 27-44 anos, não atingindo ainda a idade abrangida pelo rastreio, poderemos prever que assim que estas atinjam os 45 anos possivelmente irão adotar um comportamento de adesão.

Ainda em relação ao Modelo de Crenças de Saúde, tal como qualquer outro modelo, não é perfeito, tendo sido apontadas algumas limitações, nomeadamente o facto de a recolha da informação acerca das crenças e dos comportamentos ser realizada na mesma entrevista, geralmente ser aplicado a amostras pequenas, à variabilidade na operacionalização das variáveis e à quantificação, estabilidade e credibilidade das crenças, dado que se trata de algo subjetivo, podendo variar ao longo do tempo.(29)

Sobre o presente estudo, apesar de terem sido atingidos os objetivos aos quais nos propusemos, podemos evidenciar alguns aspetos que poderiam ser alterados, trabalhados e melhorados num estudo futuro. São eles: o tamanho da amostra, talvez uma amostra maior nos permitisse obter uma maior significância estatística, uma vez que muitas das relações evidenciaram diferenças que não foram consideradas estatisticamente significativas, podendo o número das participantes ter sido uma das limitações; o facto de o questionário ter sido aplicado em instituições de saúde também poderá levar a algum viés, uma vez que por si só já demonstra algum cuidado com o estado de saúde por parte das participantes e o número de

questões do instrumento de recolha, talvez um questionário mais curto e menos exaustivo nos permitisse obter uma amostra de maiores dimensões e uma maior facilidade no tratamento de dados.

CONCLUSÃO

A taxa de adesão aos rastreios do CCU e Cancro da Mama nos centros de saúde Norton de Matos e São Martinho do Bispo é superior à taxa nacional, o que reflete um papel ativo dos profissionais de saúde na educação e prevenção, unindo esforços para obter bons resultados. É essencial a adoção de atitudes preventivas de forma a minimizar danos físicos, emocionais e monetários. Ainda assim, e sobretudo a nível do rastreio do CCU será necessário aplicar algumas medidas nomeadamente a nível de divulgação e esclarecimento de informação, sendo que se provou ser uma mais-valia na adesão ao rastreio.

Todas as mulheres com 45 anos ou mais aderem ao rastreio do cancro da mama correspondendo ao que seria ideal a nível nacional, o facto de ser uma doença em voga e muito publicitada poderá contribuir para estes resultados. Ao contrário do CCU, que além de não ter o mesmo destaque, a introdução da vacina poderá conduzir a mulher vacinada de forma errada e afasta-la do rastreio, pressupondo que se encontra imunizada e não corre riscos, o que não corresponde à realidade. Deverá assim ser esclarecido que a vacina é extremamente importante, mas o rastreio continua a ser fulcral.

A prevenção primária e secundária constitui assim a base para uma vida saudável e com qualidade, sendo extremamente importante o trabalho de equipa e sobretudo a relação médico-doente, para que a intervenção a este nível alcance o sucesso alterando comportamentos nefastos.

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho recebeu o contributo essencial de algumas pessoas, sem as quais não teria sido possível e a quem deixo agora os meus mais sinceros agradecimentos.

Desde já agradeço ao Professor Doutor Hernâni Pombas Caniço por ter aceitado ser meu orientador e por tê-lo feito de uma forma exemplar, mostrando-se sempre disponível e esclarecendo todas as minhas dúvidas e dificuldades. Obrigada por toda a dedicação e tempo despendido.

Agradeço, de igual forma, à Doutora Susana Rosa Lopes, coorientadora deste estudo, que se mostrou incansável e me alertou para muitos aspetos essenciais. Obrigada por todo o apoio e disponibilidade.

Agradeço ainda a todas as participantes deste estudo, sem as quais não teria sido possível a sua realização, desempenhando um papel essencial.

Por fim agradeço a toda a minha família, especialmente aos meus pais, por todo o apoio e por estarem sempre do meu lado ao longo de todos estes anos, sobretudo nesta etapa final.

A todos, o meu muito Obrigada!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martins BMC. Os Rastreios e o Cancro. 2014;79.
2. Armaroli P, Villain P, Suonio E, Almonte M, Anttila A, Atkin WS, et al. European Code against Cancer, 4th Edition: Cancer screening. *Cancer Epidemiol.* 2015;39:S139–52.
3. Salomon MFB, Mendonça JV de, Pasqualette HAP, Pereira PMS, Sondermman VRM. Câncer de mama no homem. *Rev Bras Mastol.* 2015;25(4):141–5.
4. Institut Català d'Oncologia (ICO). Human Papillomavirus and Related Diseases Report. *HPV Inf Cent.* 2016;(October).
5. Miranda N, Portugal C. Doenças Oncológicas em Números 2015 - Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. 2016;5–65.
6. Direção Geral de Saúde (Abril 2016). Programa Nacional para as Doenças Oncológicas - Relatório de 2015, Avaliação e Monitorização dos Rastreios Oncológicos Organizados de Base Populacional em Portugal.
7. Janz NK, Becker MH. The Health Belief Model: a decade later. *Health Educ Q.* 1984;11(1):1–47.
8. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. The health belief model and HIV risk behavior change. In: *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions AIDS prevention and mental health.* 1994. p. 5–24.
9. Rosenstock I. M. Why people use health services. *Mibank Meml Fund Q.* 1966;44(4):94–127.
10. Horne R, Weinman J. Predicting treatment adherence: An overview of theoretical

- models. In: Adherence to treatment in medical conditions. 1998. p. 25–50.
11. Becker MH. The Health Belief Model and Personal Health Behavior. Health Educ Monogr. 1974;(2):324–473.
 12. Grou F. Comportamento de adesão ao rastreio do cancro do cólon e recto. Univ do Algarve Fac Ciências Sociais e Humanas. 2007;1–248.
 13. Hochman B, Nahas FX, Oliveira Filho RS, Ferreira LM. Desenhos de pesquisa. Acta Cirúrgica Bras. 2005;20(2):2–9.
 14. Sofia A, Paulo R. Comportamentos de Adesão das mulheres aos Meios de Rastreio e Diagnóstico do Cancro da Mama. 2010.
 15. AREIAS, P.; Questionário Definitivo RCCU
 16. Champion VL. Revised susceptibility, benefits, and barriers scale for mammography screening. Res Nurs Heal. 1999;22(4):341–8.
 17. Patrão I, Leal I. Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do colo do útero: estudo exploratório numa amostra de utentes do Centro de Saúde de Peniche. Psicol Saúde e Doenças. 2002;3(1):103–12.
 18. Pestana MH, Gageiro JN. Análise de Dados para Ciências Sociais - A Complementariedade do SPSS. 2014. 1237 p.
 19. Maroco, J. (2014). Análise Estatística: Com o SPSS Statistics (6^a ed.). Lisboa: ReportNumber. ISBN 978-989-96763-4-3
 20. AREIAS, P.; Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do colo do útero; Tese de Mestrado no instituto politécnico de Viseu, escola superior de saúde, Viseu, 2011.
 21. Malheiro SMAG. Cancro do Colo do Útero: Conhecimentos e Comportamentos. Univ Fernando Pessoa. 2009.

22. Sousa ARL de. Prevenção do Cancro do Colo do Útero: Informação e Comportamentos das Mulheres. Univ Fernando Pessoa. 2012;
23. Ferreira S, Maria M, Conceição DA, Andrade J, Duarte JC. 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. 2014;47(83):83–96.
24. Pereira D, Moutinho JM. Prevenção do cancro do colo do útero e de outras doenças genitais associadas ao vírus do papiloma humano. Acta Obs Ginecol Port. 2009;88–97.
25. Monk BJ, Tewari KS. The spectrum and clinical sequelae of human papillomavirus infection. Gynecol Oncol. 2007;107
26. Malheiro SMAG. Cancro do Colo do Útero: Conhecimentos e Comportamentos. Universidade Fernando Pessoa. 2009.
27. Sip-spp CV. Recomendações Sobre Vacinas. 2015.
28. Freitas, C.; Rastreio do Cancro da Mama no Concelho de Aveiro: do estudo dos fatores determinantes da adesão às propostas educativas emergentes. Universidade de Aveiro Departamento de Química. 2012;1–42.
29. Feio A, Oliveira CC. O Modelo Das Crenças na Saúde e a Teoria do Comportamento Planeado na Educação para a Saúde. 2010;215–43.

ANEXOS

- **ANEXO I – Instrumento de Recolha de Dados**

Questionário Adaptado (Areias, Paula, 2011; Paulo, Alexandra, 2010)

- **I. Características sociodemográficas:**

1. Idade _____

2. Habilitações literárias

1º Ciclo Secundário

2º Ciclo Licenciatura Doutoramento

3º Ciclo Mestrado

3. Situação profissional

Empregada Desempregada Reformada

4. Estado civil

Solteira Divorciada

Casada/União de facto Viúva

5. Número de filhos _____

• **II. Conhecimentos acerca do cancro do colo do útero**

6. Qual o principal fator de risco para esta doença?

- Idade Múltiplos parceiros sexuais
Falta de exercício físico Familiares com cancro de colo do útero
Ausência de atividade sexual

7. O Cancro do colo do útero costuma dar sintomas quando surge?

- Sim Não Não sabe

8. Qual o vírus responsável pelo cancro do colo do útero?

- Vírus da Síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA - VIH)
Vírus do Papiloma Humano (HPV)
Vírus da Hepatite
Vírus Herpes
Não sabe

9. Existe alguma vacina que previna o cancro do colo do útero?

- Sim Não

9.1. Se sim, qual a melhor altura para a fazer?

- Qualquer idade Após o início da atividade sexual
Antes de iniciar a atividade sexual Depois da menopausa

10. Os homens podem beneficiar com a vacina do cancro do colo do útero?

- Sim Não

11. Em que altura se deve iniciar o rastreio do cancro do colo do útero?

- Antes de iniciar a atividade sexual Após os 18 anos
Após o início da atividade sexual Na menopausa

12. Alguma vez realizou o rastreio do cancro do colo do útero?

Sim Não

13. Após a primeira relação sexual, o exame de rastreio deve ser realizado:

Uma vez por ano De 3 em 3 anos
De 2 em 2 anos Não necessita de ser repetido

14. Na sua opinião, é fácil obter informação acerca desta doença?

Sim Não

15. De que forma obteve informação acerca desta doença?

Meios de comunicação/internet Médico de família/ Centro de saúde
Ginecologista Amigas

16. Quais as principais dúvidas que gostaria de ver esclarecidas acerca do cancro do colo do útero?

Causas Exames de diagnóstico
Sinais e sintomas Não tenho dúvidas
Meios de prevenção

• III. Conhecimentos acerca do cancro da mama

17. Teve ou tem mãe/pai com cancro de mama?

Sim Não

18. Os homens podem ter cancro da mama?

Sim Não

19. Qual o principal fator de risco para esta doença?

Ter amamentado História familiar de cancro de mama e idade
Ter muitos filhos Alimentação desequilibrada e excesso de peso

20. O cancro da mama costuma dar sinais ou sintomas?

Sim Não Não sabe

21. A partir de que altura deve ser realizado o rastreio de cancro da mama?

Antes dos 35 anos 35-45 anos Aos 45 anos

22. Algum médico lhe recomendou:

Autoexame da mama? Ecografia mamária? Mamografia

23. Com que frequência realiza a mamografia de rastreio?

Todos os anos De 3 em 3 anos

De 2 em 2 anos Não fiz nenhuma mamografia

24. Com que frequência realiza a ecografia mamária?

Todos os anos De 3 em 3 anos

De 2 em 2 anos Não fiz nenhuma ecografia mamária

25. A realização de mamografia:

Foi por minha iniciativa

Foi recomendada pelo Médico de Família

Foi sugerida por um familiar/amigo

26. Na sua opinião é fácil obter informação acerca desta doença?

Sim Não

27. De que forma obteve informações acerca do cancro da mama?

Meios de comunicação/internet Médico de família/Centro de saúde

Ginecologista Amigas

28. Quais as principais dúvidas que gostaria de ver esclarecidas acerca do cancro da mama?

Causas Meios de prevenção Não tenho dúvidas

Sinais e sintomas Exames de diagnóstico

29. Frequenta as consultas do centro de saúde?

Sim Não

29.1. Se sim, qual o motivo?

Consulta de rotina/vigilância Consulta por doença

30. Frequenta as consultas de planeamento familiar/ saúde sexual e reprodutiva no centro de saúde/ginecologista?

Sim Não

30.1. Se sim, qual o motivo?

Consulta de rotina/vigilância Consulta por doença

30.2. Se não, qual o motivo?

Por não sentir necessidade Porque o médico é do sexo masculino

Por não se sentir à vontade

• **IV. Crenças de saúde**

Escala:

1 – Discordo totalmente

2 – Discordo

3 – Indiferente

4 – Concordo

5 – Concordo totalmente

Questões	1	2	3	4	5
31. Sente que ao longo da sua vida poderá vir a ter cancro do colo do útero?					
32. Acha que tem maior probabilidade de vir a ter cancro do colo do útero do que a maioria das mulheres?					
33. Está preocupada com o facto de poder vir a desenvolver cancro do colo do útero nos próximos tempos?					
34. Acha que se sofresse de cancro do colo do útero a doença lhe causaria problemas por muito tempo?					
35. Acha que se tivesse cancro do colo do útero toda a sua vida mudaria?					
36. O cancro do colo do útero poderia ameaçar a relação que tem com o seu namorado, companheiro ou marido?					
37. A realização de citologia ajuda a detetar mais cedo a existência de lesões no útero?					
38. A realização de citologia é a melhor forma de detetar pequenas lesões no útero					
39. A realização de citologia diminuirá as suas hipóteses de morrer de cancro de colo do útero.					
40. Quando faz uma citologia tem receio de descobrir que alguma coisa não está bem?					
41. Tem receio de fazer uma citologia porque não compreende como será feita?					
42. A realização de uma citologia seria embaraçosa?					
43. A realização de uma citologia demoraria muito tempo?					
44. A realização de uma citologia seria dolorosa?					
45. A realização de uma citologia obrigar-me-ia a faltar ao emprego.					
46. A realização de uma citologia seria dispendioso.					

Questões	1	2	3	4	5
47.Sente que ao longo da sua vida poderá vir a ter cancro da mama?					
48.A minha saúde física torna mais provável que venha a ter cancro da mama.					
49.Eu preocupo-me muito com o cancro da mama.					
50.Se eu tivesse cancro da mama a minha carreira estaria ameaçada.					
51.A minha segurança financeira estaria em perigo se eu tivesse cancro da mama.					
52.Se tivesse cancro da mama, a doença causar-me-ia problemas por muito tempo.					
53.Se eu tivesse cancro da mama toda a minha vida mudaria.					
54.Fazer mamografia evita problemas futuros para mim.					
55.A realização de mamografia pode ajudar-me a detetar a existência de lesões na mama.					
56.Se eu fizer o autoexame da mama mensalmente posso encontrar um nódulo antes que seja descoberto através do exames médicos periódicos.					
57.A realização de mamografia seria embaraçosa.					
58.A realização de mamografia seria demorada.					
59.A prática do autoexame da mama interfere com as minhas atividades.					
60.Fazer o autoexame da mama exigiria iniciar um novo hábito, o que é difícil.					
61.Eu tenho medo de não ser capaz de fazer o autoexame da mama.					
62.Eu como uma dieta equilibrada.					
63.Eu sigo sempre as ordens médicas porque acredito que irá beneficiar o meu estado de saúde.					
64.Eu procuro novas informações relacionadas com a minha saúde.					
65.Eu tenho a recomendação para fazer exames físicos anualmente, além das visitas relacionadas à doença.					
66.Eu faço exercício físico regularmente (pelo menos 3 vezes por semana).					

- **ANEXO II – Modelo de Crenças de Saúde**

Modelo de Crenças de Saúde
Vulnerabilidade percebida – cancro do colo do útero <ul style="list-style-type: none"> • Sente que ao longo da sua vida poderá vir a ter cancro do colo do útero? • Acha que tem maior probabilidade de vir a ter cancro do colo do útero do que a maioria das mulheres? • Está preocupada com o facto de poder vir a desenvolver cancro do colo do útero nos próximos tempos?
Gravidade percebida – cancro do colo do útero <ul style="list-style-type: none"> • Acha que se sofresse de cancro do colo do útero a doença lhe causaria problemas por muito tempo? • Acha que se tivesse cancro do colo do útero toda a sua vida mudaria? • O cancro do colo do útero poderia ameaçar a relação que tem com o seu namorado, companheiro ou marido?
Benefícios percebidos – cancro do colo do útero <ul style="list-style-type: none"> • A realização de citologia ajuda a detetar mais cedo a existência de lesões no útero? • A realização de citologia é a melhor forma de detetar pequenas lesões no útero? • A realização de citologia diminuirá as suas hipóteses de morrer de cancro de colo do útero?
Barreiras percebidas – cancro do colo do útero <ul style="list-style-type: none"> • Quando faz uma citologia tem receio de descobrir que alguma coisa não está bem? • Tem receio de fazer uma citologia porque não compreende como será feita? • A realização de uma citologia seria embaraçosa? • A realização de uma citologia demoraria muito tempo? • A realização de uma citologia seria dolorosa? • A realização de uma citologia obrigar-me-ia a faltar ao emprego. • A realização de uma citologia seria dispendioso.
Vulnerabilidade percebida – cancro da mama <ul style="list-style-type: none"> • Sente que ao longo da sua vida poderá vir a ter cancro da mama? • A minha saúde física torna mais provável que venha a ter cancro da mama. • Eu preocupo-me muito com o cancro da mama.
Gravidade percebida – cancro da mama <ul style="list-style-type: none"> • Se eu tivesse cancro da mama a minha carreira estaria ameaçada. • A minha segurança financeira estaria em perigo se eu tivesse cancro da mama. • Se tivesse cancro da mama, a doença causar-me-ia problemas por muito tempo. • Se eu tivesse cancro da mama toda a minha vida mudaria.
Benefícios percebidos – cancro da mama <ul style="list-style-type: none"> • Fazer mamografia evita problemas futuros para mim. • A realização de mamografia pode ajudar-me a detetar a existência de lesões na mama. • .Se eu fizer o autoexame da mama mensalmente posso encontrar um nódulo antes que seja descoberto através dos exames médicos periódicos.
Barreiras percebidas – cancro da mama <ul style="list-style-type: none"> • A realização de mamografia seria embaraçosa. • A realização de mamografia seria demorada. • A prática do autoexame da mama interfere com as minhas atividades. • Fazer o autoexame da mama exigiria iniciar um novo hábito, o que é difícil. • Eu tenho medo de não ser capaz de fazer o autoexame da mama.
Motivação Para a Saúde <ul style="list-style-type: none"> • Eu como uma dieta equilibrada. • Eu sigo sempre as ordens médicas porque acredito que irá beneficiar o meu estado de saúde. • Eu procuro novas informações relacionadas com a minha saúde. • Eu tenho a recomendação para fazer exames físicos anualmente, além das visitas relacionadas à doença. • Eu faço exercício físico regularmente (pelo menos 3 vezes por semana).

- **ANEXO III – Consentimento Informado**

Protocolo de Consentimento Informado

Prezada participante

No âmbito do Projeto Final de Mestrado Integrado em Medicina, encontramos-nos a desenvolver um estudo sobre a Adesão aos rastreios de cancro da mama e cancro do colo do útero.

Neste estudo, por meio de questionários, pretendemos identificar os fatores que influenciam a adesão da população feminina aos respetivos programas de rastreio.

Assim, solicitamos a sua colaboração neste estudo, ficando garantido o sigilo de todas as informações e dados recolhidos, e não lhe podendo o estudo trazer qualquer prejuízo.

Os dados serão apenas utilizados na elaboração e divulgação científica, respeitando sempre a confidencialidade da sua identidade, comprometendo-nos a não usar ou divulgar nenhuma informação que possa identificá-lo (a).

Com as mais cordiais saudações

Coimbra, Portugal, ---- / ---- / ----

(Helena Isabel de Azevedo Ribeiro, autor do estudo)

Eu, _____, residente em _____, tendo recebido as informações supracitadas, e ciente dos meus direitos, autorizo a aluna Helena Isabel de Azevedo Ribeiro a aplicar o estudo “ Adesão aos rastreios do cancro da mama e cancro do colo do útero”, não me opondo à utilização das informações e dados recolhidos durante o estudo, garantindo o meu anonimato.

....., ---- / ---- / ----

(Assinatura da pessoa a quem se aplica o estudo)

- **ANEXO IV – Adesão ao Rastreio do CCU**

	n	%
Alguma vez realizou o rastreio do cancro do colo do útero?		
Sim	47	79,7
Não	12	20,3

- **ANEXO V – Informação sobre CCU**

	n	%
É fácil obter informação acerca desta doença?		
Sim	55	93,2
Não	4	6,8
De que forma obteve informação acerca desta doença?		
Médico de família/centro de saúde		
Sim	34	57,6
Não	25	42,4
Meios de comunicação/internet		
Sim	22	37,3
Não	37	62,7
Ginecologista		
Sim	25	42,4
Não	34	57,6
Amigas		
Sim	5	8,5
Não	54	91,5
Quais as principais dúvidas que gostaria de ver esclarecidas acerca do cancro do colo do útero?		
Sinais e sintomas		
Sim	33	55,9
Não	26	44,1
Meios de prevenção		
Sim	22	37,3
Não	37	62,7
Causas		
Sim	17	28,8
Não	42	71,2
Exames de diagnóstico		
Sim	13	22,0
Não	46	78,0
Não tenho dúvidas		
Sim	6	10,2
Não	53	89,8

• **ANEXO VI – Respostas certas e erradas sobre os Conhecimentos do CCU**

	Respostas certas		Respostas erradas	
	n	%	n	%
Qual o principal fator de risco para esta doença?	11	18,6	48	81,4
O Cancro do colo do útero costuma dar sintomas quando surge?	28	47,5	31	52,5
Qual o vírus responsável pelo cancro do colo do útero?	42	71,2	17	28,8
Existe alguma vacina que previna o cancro do colo do útero?	50	84,7	9	15,3
Se sim, qual a melhor altura para a fazer?	36	61,0	23	39,0
Os homens podem beneficiar com a vacina do cancro do colo do útero?	13	22,0	46	78,0
Em que altura se deve iniciar o rastreio do cancro do colo do útero?	28	47,5	31	52,5
Após a primeira relação sexual, o exame de rastreio deve ser realizado:	10	16,9	49	83,1

• **ANEXO VII – Distribuição das questões da escala das Crenças do CCU**

Cancro Colo Útero_Questões CRENÇAS DE SAÚDE	média	dp
Vulnerabilidade		
Sente que ao longo da sua vida poderá vir a ter cancro do colo do útero?	3,20	1,111
Acha q tem maior probabilidade de vir a ter cancro colo útero que a maioria das mulheres?	2,27	0,906
Está preocupada em poder desenvolver cancro do colo do útero nos próximos tempos?	2,90	1,255
Gravidade		
Acha que se sofresse de cancro colo útero a doença lhe causaria problemas por muito	3,90	1,155
Acha que se tivesse cancro do colo do útero toda a sua vida mudaria?	4,03	1,017
O cancro do colo do útero poderia ameaçar a relação com o seu namorado/marido?	2,46	1,222
Benefícios		
A realização de citologia ajuda a detetar mais cedo a existência de lesões no útero?	4,49	0,898
A realização de citologia é a melhor forma de detetar pequenas lesões no útero	4,46	0,916
A realização de citologia diminuirá as suas hipóteses de morrer de cancro colo útero.	3,81	1,306
Barreiras		
Quando faz uma citologia tem receio de descobrir que alguma coisa não está bem?	3,59	1,161
Tem receio de fazer uma citologia porque não compreende como será feita?	1,54	0,934
A realização de uma citologia seria embaraçosa?	1,80	1,141
A realização de uma citologia demoraria muito tempo?	1,64	0,978
A realização de uma citologia seria dolorosa?	1,83	1,069
A realização de uma citologia obrigar-me-ia a faltar ao emprego.	2,00	1,300
A realização de uma citologia seria dispendioso.	1,58	0,932
Motivação		
Eu como uma dieta equilibrada.	3,41	1,052
Sigo sempre as ordens médicas porque acredito que irá beneficiar o meu estado de saúde.	3,90	0,959
Eu procuro novas informações relacionadas com a minha saúde.	3,90	1,029
Tenho recomendação p/ fazer exames anualmente, além das visitas relacionadas à doença.	3,51	1,135
Eu faço exercício físico regularmente (pelo menos 3 vezes por semana).	2,42	1,354

(1=Discordo totalmente | 2=Discordo | 3=Nem concordo,nem discordo | 4=Concordo | 5=Concordo totalmente)

- **ANEXO VIII – Percentagem de mulheres com pai/mãe com Cancro da Mama**

	n	%
Teve ou tem mãe/pai com cancro de mama?		
Sim	6	10,2
Não	53	89,8

- **ANEXO IX – Informação sobre o Cancro da Mama**

	n	%
É fácil obter informação acerca desta doença?		
Sim	56	94,9
Não	3	5,1
De que forma obteve informações do cancro da mama?		
Meios de comunicação/internet		
Sim	27	45,8
Não	32	54,2
Ginecologista		
Sim	29	49,2
Não	30	50,8
Médico de família/Centro de saúde		
Sim	36	61,0
Não	23	39,0
Amigas		
Sim	7	11,9
Não	52	88,1
Quais as principais dúvidas que gostaria de ver esclarecidas acerca do cancro da mama?		
Causas		
Sim	13	22,0
Não	46	78,0
Sinais e Sintomas		
Sim	21	35,6
Não	38	64,4
Meios de prevenção		
Sim	24	40,7
Não	35	59,3
Exames de diagnóstico		
Sim	9	15,3
Não	50	84,7
Não tenho dúvidas		
Sim	16	27,1
Não	43	72,9

- **ANEXO X – Frequência e percentagem do total de respostas certas e erradas em relação ao Cancro da Mama**

	Respostas certas		Respostas erradas	
	n	%	n	%
Os homens podem ter cancro da mama?	52	88,1	7	11,9
Qual o principal fator de risco para esta doença?	53	89,8	6	10,2
O cancro da mama costuma dar sintomas?	37	62,7	22	37,3
A partir de que altura deve ser realizado o rastreio de cancro da mama?	15	25,4	44	74,6

- **ANEXO XI – Frequência às consultas do Centro de Saúde e Planeamento Familiar**

	n	%
Frequenta as consultas do centro de saúde?		
Sim	57	96,6
Não	2	3,4
Se sim, qual o motivo?		
Consulta de rotina/vigilância	52	91,2
Consulta por doença	5	8,8
Frequenta as consultas de planeamento familiar/ saúde sexual e reprodutiva no centro de saúde/ginecologista?		
Sim	48	81,4
Não	11	18,6
Se sim, qual o motivo?		
Consulta de rotina/vigilância	49	98,0
Consulta por doença	1	2,0
Se não, qual o motivo?		
Por não sentir necessidade	4	44,4
Por não se sentir à vontade	5	55,6