

IPV - ESSV |



**Instituto Politécnico de Viseu**  
Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



PENSAMENTO

*“... deixem-nos sonhar sob o olhar vigilante dos adultos.”*

(ALMEIDA, 1987)

## **AGRADECIMENTOS**

- À minha orientadora, Sra. Professora Doutora Manuela Ferreira pelas observações, conselhos, orientações e disponibilidade;
- Ao Professor João Carvalho Duarte pelo seu contributo, orientação e pelo apoio prestado ao nível da estatística;
- Aos conselhos directivos, pela autorização e colaboração na aplicação do instrumento de recolha de dados;
- Às mulheres inquiridas, pela compreensão e disponibilidade no preenchimento dos questionários;
- Uma palavra ainda para algumas pessoas que por uma razão ou por outra, ficarão sempre ligados a este trabalho e a quem desejo igualmente expressar a minha gratidão.
- Especialmente à minha família que sempre me acompanhou e apoiou com a dose certa de paciência e amor.

**A todos o meu Obrigada!**

## RESUMO

**Enquadramento:** Verifica-se que a atitude das mulheres em relação à realização do rastreio é determinante para a incidência do cancro do colo do útero e do cancro da mama, sendo este um evidente problema de saúde pública.

**Objectivos:** Objectivamos com este estudo, identificar os factores associados à adesão das mulheres à vigilância de saúde sexual e reprodutiva; analisar em que medida os conhecimentos das mulheres acerca do autoexame e do cancro do colo do útero e o estilo de vida estão relacionados com a adesão 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 nos ACES DÃO LAFÕES I, II, III.

**Resultados:** Em relação às variáveis sociodemográficas e profissionais verificamos 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 (CCU) mostraram ser preditores da adesão à vigilância de saúde sexual e reprodutiva.

Nas crenças de saúde acerca do autoexame da mama e do cancro da mama (AEM e CM) na escala global, os obstáculos AEM, os benefícios AEM e a eficácia AEM são preditores da adesão à vigilância de saúde sexual e reprodutiva.

As crenças de saúde acerca do CCU no que se refere aos obstáculos e benefícios face à citologia são preditores da adesão à vigilância de saúde sexual e reprodutiva.

**Conclusão:** A tomada de decisão relacionadas com a adoção de comportamentos de saúde implicam uma análise prévia das variáveis a ela associados. Assim, a recomendação médica para realização do auto exame da mama e citologia, as crenças de saúde que cada mulher tem, o seu estilo de vida, bem como outras características sociodemográficas, devem ser consideradas pelos enfermeiros especialistas na promoção da saúde sexual e reprodutiva da mulher.

**Palavras-chave:** Estilos de vida, vigilância da saúde sexual e reprodutiva, crenças de saúde, cancro da mama e cancro do colo do útero.

## **ABSTRACT**

**Background:** It is found that the attitude of women in relation to realization of screening is crucial to the incidence of cancer of the cervix and breast cancer, and this is a clear public health problem.

**Objectives:** Our study aims to identify factors associated with adherence to the surveillance of women of reproductive and sexual health; examine to what extent the knowledge of women about self-examination and cervical cancer and lifestyle are related to adherence the monitoring of sexual and reproductive health.

**Methods:** This study is a quantitative, non-experimental, descriptive, correlational and cross-sectional, with a sample of 522 women aged between 18 and 67 years who attend primary health care in ACES Dão Lafões I, II, III.

**Results:** In relation to socio-demographic variables and professionals find that the age groups, marital status, household, the educational qualifications, occupation and number of children were predictors of adherence to monitoring of sexual and reproductive health. The achievement of self-examination of the breast and knowledge about cervical cancer (CC) proved to be predictors of adherence to the surveillance of sexual and reproductive health.

In health beliefs about breast self-examination and breast cancer (SE and BC) SE in a comprehensive manner, SE barriers, benefits and effectiveness SE and BC are predictors of adherence to monitoring of sexual and reproductive health.

Health beliefs about the CC regarding the obstacles and benefits compared to cytology are predictors of adherence to monitoring of sexual and reproductive health.

**Conclusion:** The decision-making related to the adoption of health behaviors imply a prior analysis of the variables associated with it. Thus, the medical recommendation for performing breast self-examination and cytology, health beliefs that every woman has, your lifestyle, as well as other socio-demographic characteristics, should be considered by specialist nurses in the promotion of sexual and reproductive health of wife.

**Keywords:** Lifestyle, sexual and reproductive health, health beliefs, breast cancer and cervical cancer.

## ÍNDICE DE QUADROS

	<b>Pág.</b>
QUADRO 1 - Caracterização sociodemográfica e profissional em função do grupo etário	86
QUADRO 2 - Cotação atribuída às questões relacionadas com a informação sobre o CCU	89
QUADRO 3 - Conhecimentos acerca do rastreio do CCU	90
QUADRO 4 - Conhecimentos acerca da vacina do CCU	91
QUADRO 5 - Conhecimentos acerca dos factores de risco do CCU	91
QUADRO 6 - Conhecimentos acerca dos sintomas do CCU	92
QUADRO 7 - Conhecimentos acerca do vírus responsável pelo CCU	92
QUADRO 8 - Consistência interna da escala crenças saúde AEM e CM	95
QUADRO 9 - Relações entre itens e subescalas das crenças saúde AEM	97
QUADRO 10 - Comparação dos valores alfa do estudo atual com a escala das crenças de saúde AEM e CM original por subescala	98
QUADRO 11 - Consistência interna dos itens da escala crenças de saúde do CCU	99
QUADRO 12 - Relações entre itens e subescalas das crenças de saúde CCU	101
QUADRO 13 - Comparação dos valores de alfa do estudo atual com a escala original por subescala nas crenças CCU	101
QUADRO 14 - Consistência interna dos itens da escala o meu estilo de vida	103
QUADRO 15 - Relações entre itens e subescalas do meu estilo de vida	104
QUADRO 16 - Comparação dos valores de alfa do estudo atual com a escala original por subescala	104
QUADRO 17 - Adesão e recomendação para a realização do autoexame da mama	112
QUADRO 18 - Relação entre variáveis sociodemográficas e profissionais em função do autoexame da mama	114
QUADRO 19 - Informação sobre o CCU	116
QUADRO 20 - Conhecimentos acerca do rastreio	117
QUADRO 21 - Conhecimentos acerca da vacina e dos factores de risco do CCU	118
QUADRO 22 - Conhecimentos acerca dos sintomas e do vírus responsável pelo CCU	119
QUADRO 23 - Estatísticas sobre os conhecimentos sobre o CCU	120
QUADRO 24 - Caracterização sociodemográfica e profissional em função dos conhecimentos globais do CCU	123

QUADRO 25 - Estatísticas de resumo da escala de crenças de saúde CM e AEM	124
QUADRO 26 - Caracterização sociodemográfica e profissional em função das crenças CM e o AEM	127
QUADRO 27 - Análise de variância entre as dimensões das crenças CM e o AEM como os grupos etários	128
QUADRO 28 - Teste de U-Mann Whitney entre as dimensões das crenças CM e o AEM com o estado civil	128
QUADRO 29 - Teste de U-Mann Whitney entre as dimensões das crenças CM e o AEM com o agregado familiar	129
QUADRO 30 - Análise de variância entre as dimensões das crenças CM e AEM com as habilitações literárias	129
QUADRO 31 - Análise de variância entre as dimensões das crenças CM e AEM com a profissão	130
QUADRO 32 - Teste de U-Mann Whitney entre as dimensões das crenças CM e o AEM com a situação profissional	130
QUADRO 33 - Teste T para diferença de médias entre as dimensões das crenças do CM e AEM com a residência	131
QUADRO 34 - Teste de Kruskal-Wallis entre as dimensões das crenças do CM e AEM com o número de filhos	131
QUADRO 35 - Estatísticas sobre a escala de crenças de saúde acerca do CCU	133
QUADRO 36 - Caracterização sociodemográfica e profissional em função das crenças CCU	135
QUADRO 37 - Análise de variância entre as dimensões das crenças CCU e os grupos etários	136
QUADRO 38 - Teste de U-Mann Whitney entre as dimensões das crenças CCU e o estado civil	136
QUADRO 39 - Teste de U-Mann Whitney entre as dimensões das crenças CCU e o agregado familiar	137
QUADRO 40 - Análise de variância entre as dimensões das crenças CCU e as habilitações literárias	137
QUADRO 41 - Análise de variância entre as dimensões das crenças CCU e a profissão	138
QUADRO 42 - Teste de U-Mann Whitney entre as dimensões das crenças CCU e a situação profissional	138

QUADRO 43 -	Teste T para diferença de médias entre as dimensões das crenças do CCU e a residência	139
QUADRO 44 -	Teste de U-Mann Whitney entre as dimensões das crenças CCU e o número de filhos	139
QUADRO 45 -	Estatísticas sobre a escala estilo de vida	141
QUADRO 46 -	Caracterização sociodemográfica e profissional em função do estilo de vida	143
QUADRO 47 -	Análise de variância entre as dimensões do estilo de vida e os grupos etários	144
QUADRO 48 -	Teste de U-Mann Whitney entre as dimensões do estilo de vida e o estado civil	144
QUADRO 49 -	Teste de U-Mann Whitney entre as dimensões do estilo de vida e o agregado familiar	145
QUADRO 50 -	Análise de variância entre as dimensões do estilo de vida e as habilitações literárias	145
QUADRO 51 -	Análise de variância entre as dimensões do estilo de vida e a profissão	146
QUADRO 52 -	Teste de U-Mann Whitney entre as dimensões do estilo de vida e a situação profissional	146
QUADRO 53 -	Teste t para diferença de médias entre as dimensões do estilo de vida e a residência	146
QUADRO 54 -	Teste de Kruskal-Wallis entre as dimensões do estilo de vida e o nº de filhos	147
QUADRO 55 -	Relação entre variáveis sociodemográficas e profissionais em função da vigilância de saúde sexual e reprodutiva	150
QUADRO 56 -	Caracterização das variáveis realização do autoexame da mama e conhecimentos face ao CCU em função da vigilância de saúde sexual e reprodutiva	151
QUADRO 57 -	Teste de U-Mann Whitney entre as dimensões das crenças do CM e o AEM com o autoexame da mama	152
QUADRO 58 -	Caracterização das variáveis contexto de saúde em função da vigilância de saúde sexual e reprodutiva	153
QUADRO 59 -	Dispersão entre os grupos para os conhecimentos acerca do CCU	153
QUADRO 60 -	Teste de igualdade de médias entre as subescalas e escala global dos conhecimentos acerca do CCU	154

QUADRO 61 - Variáveis dos conhecimentos acerca CCU em análise segundo o método <i>stepwise</i>	154
QUADRO 62 - Classificações corretas feitas ao acaso para os conhecimentos acerca CCU	154
QUADRO 63 - Dispersão entre os grupos para as crenças cm e AEM	155
QUADRO 64 - Teste de igualdade de médias entre as subescalas e a escala global CM e AEM	155
QUADRO 65 - Variáveis das crenças CM e AEM em análise segundo o método <i>stepwise</i>	155
QUADRO 66 - Classificações corretas feitas ao acaso para as crenças autoexame da mama	156
QUADRO 67 - Dispersão entre os grupos para as crenças CCU	156
QUADRO 68 - Teste de igualdade de médias entre as subescalas e a escala global CCU	156
QUADRO 69 - Variáveis das crenças CCU em análise segundo o método <i>stepwise</i>	157
QUADRO 70 - Classificações corretas feitas ao acaso para as crenças CCU	157
QUADRO 71 - Dispersão entre os grupos para a escala o meu estilo de vida	157
QUADRO 72 - Teste de igualdade de médias entre as subescalas e a escala global do meu estilo de vida	158
QUADRO 73 - Classificações corretas feitas ao acaso para o meu estilo de vida	158

## ÍNDICE DE TABELAS

	<b>Pág.</b>
TABELA 1 - Programa de rastreio do cancro do colo do útero (triénio 2009-2011)	63
TABELA 2 - Programa de rastreio do cancro da mama da ARS Centro (2010-2011)	64

## ÍNDICE DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
FIGURA 1 - Factores de risco e de proteção para o cancro da mama	44
FIGURA 2 - Algoritmo do programa de rastreio do cancro da mama	64
FIGURA 3 - As cinco dimensões da adesão	67

## ÍNDICE DE ÁRVORE DE DECISÃO

		<b>Pág.</b>
Árvore de decisão -	Árvore CHAID da vigilância de saúde sexual e reprodutiva da mulher em função dos conhecimentos do CCU, do agregado familiar e da residência	160

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

### SIGLAS

Cit. Citado

Cf. – Conforme

Et al – e outros

Fig. – Figura

Vs – Verso

### ABREVIATURAS

ACES – Agrupamentos de centros de saúde

AEM – Autoexame da mama

CCU – Cancro do Colo do útero

CM – cancro da mama

HPV – Papilomavirus humano

INE - Instituto Nacional de Estatística

OMS - Organização Mundial de Saúde

RCCU – Rastreio do cancro do Colo do Útero

SPSS – Statistical Package for social sciences

# ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>33</b>
<b>PARTE I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	
<b>CAPÍTULO I – DOENÇA ONCOLÓGICA DA MAMA NA MULHER</b>	<b>41</b>
<b>1 - DOENÇA ONCOLÓGICA DA MAMA NA MULHER</b>	
<b>CAPÍTULO II – DOENÇA ONCOLÓGICA DO COLO DO ÚTERO</b>	
<b>2 - DOENÇA ONCOLÓGICA DO COLO DO ÚTERO</b>	<b>53</b>
<b>CAPÍTULO III – PREVENÇÃO E RASTREIO DA PATOLOGIA MALIGNA DA MAMA E DO COLO DO ÚTERO</b>	
<b>3 - PREVENÇÃO E RASTREIO DA PATOLOGIA MALIGNA DA MAMA E DO COLO DO ÚTERO</b>	<b>59</b>
3.1 - COMPORTAMENTOS DE ADESÃO AO RASTREIO	65
3.2 - MODELOS EXPLICATIVOS DOS COMPORTAMENTOS DE ADESÃO AO RASTREIO	68
3.3 – ESTILOS DE VIDA E PREVENÇÃO DE DOENÇA ONCOLÓGICA NA MULHER	70
<b>PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO</b>	
<b>CAPÍTULO IV - METODOLOGIA</b>	
<b>1 - METODOLOGIA</b>	<b>77</b>
1.1 - MÉTODOS	77
1.2 - TIPO DE ESTUDO	80
1.3 - PARTICIPANTES	81
<b>1.3.1 - Características gerais da amostra</b>	<b>81</b>
1.4 - INSTRUMENTOS	87
<b>1.4.1 - Caracterização sociodemográfica e profissional (parte I)</b>	<b>87</b>
<b>1.4.2 - Adesão e recomendação para o autoexame mama (parte II)</b>	<b>88</b>
<b>1.4.3 - Conhecimentos acerca do cancro do colo do útero (parte IV)</b>	<b>88</b>

1.4.4 - Escala das crenças de saúde no autoexame da mama (parte III)	93
1.4.5 - Escala de crenças de saúde (Patrão et al., 2000) - (parte IV)	98
1.4.6 - Escala o meu estilo de vida	102
1.5- ANÁLISE DE DADOS	105
<b>CAPÍTULO V – RESULTADOS</b>	
<b>2 - RESULTADOS</b>	111
2.1 - ANÁLISE DESCRITIVA	111
2.1.1 - Adesão e recomendação para a realização do autoexame da mama	111
2.1.2 - Conhecimentos sobre o CCU	115
2.1.3 - Crenças de saúde relacionadas com o cancro da mama (CM) e o autoexame da mama (CM e AEM)	124
2.1.4 - Crenças de saúde relativas ao cancro do colo do útero (CCU)	132
2.1.5 - Estilo de Vida	
2.2 - ANÁLISE INFERENCIAL	148
<b>CAPÍTULO VI - DISCUSSÃO</b>	
<b>3 - DISCUSSÃO</b>	163
3.1 - DISCUSSÃO METODOLÓGICA	163
3.2 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	164
<b>CONCLUSÕES</b>	
<b>4 - CONCLUSÕES</b>	191
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	199
<b>ANEXOS</b>	
Anexo I - Autorização dos conselhos diretivos	
Anexo II - Questionário	

## **INTRODUÇÃO**



## INTRODUÇÃO

Verifica-se que a atitude das mulheres em relação à realização do rastreio é determinante para a incidência do cancro do colo do útero e do cancro da mama, sendo este um evidente problema de saúde pública.

O cancro do colo do útero é um dos cancros evitáveis mais frequentes nas mulheres (Ferlay, 2004 e Parkin, 2005). O padrão epidemiológico da doença caracteriza-se por um período longo entre a detecção das primeiras lesões e a instalação da doença, favorecendo a sua inclusão em programas de rastreio organizados, por serem custo-eficientes e terem ganhos em saúde associados (Anttila, 2004; Castellsague, 2006; Pereira et al, 2008). Contudo, verifica-se que as taxas de incidência e de mortalidade ainda permanecem, desafiando as medidas adoptadas.

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 e a fases avançadas (Pereira et al, 2008).

Em 2008, Portugal teve 949 novos casos desta neoplasia apresentando uma das maiores taxas de mortalidade na Europa ocidental (346 casos) (Ferlay et al, 2008). Os dois grandes picos de incidência por cancro do colo do útero ocorrem nas mulheres dos 40-45 aos 55-65 anos de idade (Otto, 2000).

O cancro da mama é considerado a principal causa de morte em mulheres com mais de 55 anos (Serrano e Pires, 2004). Segundo a Sociedade Portuguesa de Senologia (SPS), o cancro da mama é o cancro feminino com maior incidência e com maior taxa de mortalidade. Para o presidente desta associação, Vítor Veloso, a chave para a resolução deste problema é o rastreio e o diagnóstico precoce.

A etiologia do cancro tem vindo a ser associada à adopção de determinados estilos de vida. O ser humano tem nas suas mãos, em grande parte, instrumentos de prevenção de várias doenças, os quais poderá utilizar ou não. Hoje sabe-se que alguns dos principais factores para o desenvolvimento de cancros, derivam de hábitos inadequados (Somer, 1989).

Os comportamentos de adesão ao rastreio são influenciados por diversos factores que podem ser intrínsecos, como as crenças relacionadas com a doença, com o tratamento, relação com a equipa de saúde, a motivação, entre outros, ou extrínsecos relacionados com as políticas de saúde e os custos da mesma.

Aumentar a adesão da população ao rastreio é o objectivo principal de uma equipa multidisciplinar, que deve conjugar esforços para passar mensagens que visem o bem-estar psicológico resultante da adesão ao tratamento. Ao delinear estratégias de atuação a equipa multidisciplinar deve ter em consideração os factores emocionais e psicológicos, a influência social, a idade da população a atingir e o acesso ao exame.

Como membro ativo da equipa multidisciplinar, o enfermeiro têm uma relação privilegiada com o utente desta forma deve aproveitar esta relação de proximidade para desenvolver ações que visem aumentar a adesão dos utentes ao rastreio, tendo em atenção tal como afirmam Trindade e Teixeira (2002), que o comportamento de adesão resulta da complexa combinação entre a informação, as variáveis psicológicas, influência social e a forma como o rastreio é disponibilizado em termos de acessibilidade e recomendação.

O cancro da mama em Portugal contabiliza cerca de 4900 novos casos/ano (mais de 12 novos casos por dia, e mais de 3 na Região Centro) (Rastreio Oncológico Nacional 2005). Morrem no nosso país aproximadamente 1400 mulheres por ano devido a esta doença (INE,2007). A incidência aumenta ao longo da vida, com 75% dos casos a aparecerem depois dos 50 anos.

Na Região Centro, os últimos dados publicados no Registo Oncológico Regional apontam para uma incidência de cancro invasivo de 8,9 por 100 mil mulheres (2008).

Neste sentido, o foco de atenção deste estudo é, essencialmente, as mulheres e as suas práticas de saúde tendo em vista a melhoria da sua qualidade de vida, não esquecendo, todavia, os contributos para a promoção da adesão ao rastreio do cancro da mama e do colo do útero, mas também a melhoria dos cuidados prestados.

Para tal achámos pertinente investigar: os comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do colo do útero e ao autoexame da mama no âmbito do II Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia.

Realizamos um estudo de natureza quantitativa, não experimental, descritivo, correlacional, transversal.

Como questões de investigação foram construídas as seguintes:

- Que factores poderão influenciar a adesão à vigilância de saúde sexual e reprodutiva? A idade? O estado civil? O agregado familiar? As habilitações literárias? A profissão? A situação profissional? A residência? O número de filhos?

- O nível de conhecimentos das mulheres sobre o autoexame da mama e o cancro do colo do útero influenciam a adesão à vigilância de saúde sexual e reprodutiva?
- Em que medida as crenças de saúde das mulheres acerca do autoexame e cancro da mama e do cancro do colo do útero influenciam a adesão à vigilância de saúde sexual e reprodutiva?
- Qual a influência do meu estilo de vida na adesão à vigilância de saúde sexual e reprodutiva?

Neste sentido, delineamos um conjunto de objectivos que procuram responder a algumas das inquietações que esta problemática nos suscita, ou seja:

- Identificar os factores associados à adesão das mulheres à vigilância de saúde sexual e reprodutiva.
- Analisar em que medida os conhecimentos das mulheres acerca do autoexame e do cancro do colo do útero estão relacionados com a adesão à vigilância de saúde sexual e reprodutiva.
- Verificar em que medida as crenças de saúde têm efeito significativo na adesão à vigilância de saúde sexual e reprodutiva.
- Analisar a relação entre o meu estilo de vida com a adesão à vigilância de saúde sexual e reprodutiva.

Como instrumentos de colheita de dados utilizamos o questionário pesquisando dados sociodemográficos e profissionais, adesão e recomendação para a realização do autoexame da mama, adesão à vigilância de saúde sexual e reprodutiva, conhecimentos sobre os conhecimentos cancro colo útero, crenças de saúde acerca do autoexame e cancro da mama, crenças de saúde acerca do cancro do colo do útero e o meu estilo de vida. O questionário foi aplicado a 522 mulheres com idades compreendidas entre os 18 e os 67 anos que frequentam os cuidados de saúde primários nos ACES DÃO LAFÕES I, II, III.

Em termos de estrutura, na primeira parte apresentamos a revisão da literatura, distribuída pelos três capítulos temáticos que consideramos enquadrados neste trabalho. Num primeiro capítulo abordamos as doenças oncológicas da mama na mulher, realçando dados sobre a incidência e prevalência da doença em Portugal, descrevendo factores de risco ou protetores do cancro da mama e caracterizando a patologia. No segundo capítulo, achamos por bem, abordar o tema da doença oncológica do colo do útero de forma a definir e caracterizar a doença. Terminámos a revisão da literatura com um terceiro capítulo que aborda o tema da prevenção e do rastreio da patologia maligna da mama e do colo do útero,

onde abordamos as diferentes estratégias de prevenção utilizadas em Portugal, realçando resultados obtidos nos diferentes rastreios na região centro. Continuamos abordando os comportamentos de adesão, modelos explicativos dos mesmos e estilos de vida que influenciam a prevenção da doença. Na segunda parte - componente prática/estudo empírico – são referidos os métodos do estudo, resultados, discussão e, por fim, as conclusões.

**PARTE I**  
**FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**



**CAPÍTULO I**  
**DOENÇA ONCOLÓGICA DA MAMA NA MULHER**



## 1 - DOENÇA ONCOLÓGICA DA MAMA NA MULHER

O aumento das doenças oncológicas vê-se traduzido como uma preocupação para todos aqueles que trabalham na área da saúde, tanto pelo impacto na saúde em geral que se reflete na qualidade de vida dos indivíduos, como nos indicadores de saúde e, nos custos que acarretam para o sector. Desta forma os profissionais de saúde devem claramente comprometerem-se com a procura de conhecimentos relevantes, a promoção de ações que redundem em benefício dos seres humanos, numa visão mais holística da saúde. Contribuindo assim para a qualidade dos cuidados prestados às populações e humanização dos serviços.

O cancro é uma doença complexa e multifactorial. Segundo o relatório mundial de cancro de 2008, da Organização Mundial de Saúde (OMS), este encontra-se entre as 10 principais causas de morte do mundo. Segundo Boyle e Levin (2008) o cancro é uma das doenças com maior taxa de mortalidade nos países desenvolvidos, especialmente nos indivíduos entre os 55 e os 75 anos de idade.

Há quem considere o cancro uma doença moderna embora esta já exista há muitos séculos. Com o aumento da esperança média de vida a partir dos meados do séc. XIX, pelo combate das doenças infecciosas, e com o desenvolvimento de técnicas de diagnóstico e imagem avançadas foi possível diagnosticar cada vez mais casos (Fass, 2008).

O seu forte impacto social levou a consciencialização das populações para a importância da sua detecção precoce, o que aliado à evolução tecnológica levou a que este seja um fenómeno mais comum atualmente. (Boyle e Levin, 2008).

Segundo Patrão (2007) o termo cancro tem origem do grego, da palavra *Karínos* e, do latim, da palavra *câncer*. O seu significado etimológico advém do termo “caranguejo”. Esta designação foi-lhe atribuída nos tempos antigos uma vez que o cancro se estendia em muitas direções, como as pernas de um caranguejo. Atualmente a designação de cancro mais aceite é a de neoplasia que etimologicamente significa “crescimento de novo” e refere-se ao crescimento anormal de tecido, resultante de uma proliferação celular invulgarmente rápida que persiste após a crescimento normal do tecido ter cessado ou abrandado consideravelmente (Seeley, 2005). Segundo o mesmo autor, o cancro resulta então de divisões celulares descontroladas como consequência de um processo multifactorial, a carcinogénese; processo através do qual as células normais são transformadas em células cancerígenas.

O tipo de cancro desenvolvido depende de um conjunto variado de factores que são inerentes às características particulares do indivíduo (sexo, idade, raça, herança genética, estilo de vida, hábitos alimentares, crenças, religiões, etc.) e do meio em que se insere (país, profissão, etc.). Todos estes factores condicionam o tipo de neoplasia formada (Boyle e Levin, 2008).

O aumento da incidência e prevalência do cancro faz com que seja considerado um problema de saúde pública mundial que envolve a utilização de muitos recursos na sua prevenção, tratamento e reabilitação. É fundamental instaurar medidas adequadas para evitá-la. A promoção da saúde, a prevenção da doença, a detecção precoce e o rastreio estão entre as estratégias mais eficazes na luta contra o cancro (Franco e Rohan, 2002).

De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), o cancro é a segunda causa de morte em Portugal, após as doenças cardiovasculares, à semelhança de outros países desenvolvidos.

Segundo Ferlay et al, (2007), o cancro da mama é uma das doenças cuja incidência é superior no género feminino, em todo o mundo com mais de 10% de novos casos diagnosticados anualmente e 410 000 mortes (O'Anderson et al.,2007). A nível europeu, no ano de 2006 ainda segundo Ferlay a estimativa de novos casos diagnosticados correspondia a 28.9% do total de cancros.

Em Portugal, o cancro da mama regista um total de 4300 novos casos/ano ou seja, mais de 11 novos casos/dia (mais de 3 na região Centro), com 75% dos casos a aparecerem depois dos 50 anos de idade, estimando-se que, uma em cada 12 mulheres irá desenvolver cancro da mama ao longo da sua vida. Morrem, aproximadamente 4-5 mulheres diariamente, contudo se a doença for detetada precocemente, a taxa de sobrevivência pode chegar aos 95 % nos primeiros 5 anos (ARS, 2006).

Com efeito, em Portugal segundo Fernandes, Perelman e Mateus (2009) o cancro da mama representa a principal causa de morte das mulheres no grupo etário dos 35-54 anos e corresponde a 2,9% de todas as mortes.

Segundo a direcção geral de saúde, em 2004, no relatório intitulado “o risco de morrer em Portugal”, registaram-se 1443 óbitos por cancro da mama, dos quais o maior número na região de Lisboa e Vale do Tejo com 582 óbitos. Na região centro foram registados 319 óbitos.

Pelo Dossier de saúde da universidade de Harvard (2002, p.22) “o cancro da mama começa quando as células do tecido mamário se tornam anormais e começam a multiplicar-se da maneira descontrolada, formando um tumor.”

Os cancros da mama são todos diferentes: têm características específicas, bem como “comportamento” e evolução diferentes, de pessoa para pessoa.

Dito isto, é importante salientar que, nas últimas décadas, se vêm registando enormes avanços científicos e novas formas de organizar o combate a esta doença que permitiram, de forma significativa, aumentar a esperança de vida, reduzir a mortalidade e minorar o impacto da doença na vida da mulher.

Entre as contribuições mais decisivas encontram-se os avanços no diagnóstico precoce, a descoberta de novas armas terapêuticas e a utilização de diferentes técnicas cirúrgicas, mais conservadoras, que poupam a mama e evitam as complicações das cirurgias mais radicais.

As causas para o desenvolvimento deste tipo de cancro são desconhecidas, mas parecem incluir diversos factores, tais como: ambientais, psicológicos e possivelmente genéticos. Harrison et al (1997), são de opinião que para além destas causas os factores endócrinos também podem estar envolvidos na génese ou na promoção do crescimento deste tipo de cancro. Assim sendo, nenhum factor isolado ou em conjunto pode prever o aparecimento do cancro da mama ou explicar a sua etiologia.

Segundo Vogel (2000, cit in Smeltzer e Bare, 2005) 60 % das mulheres diagnosticadas com cancro da mama não apresentam nenhum dos factores de risco mundialmente conhecidos, logo, todas as mulheres são consideradas em risco para desenvolver o cancro da mama durante a vida.

No entanto, segundo Gomes (2007), é possível estabelecer uma relação entre a doença e alguns factores de risco. Factores estes modificáveis, como o tabagismo ou não modificáveis como os antecedentes familiares e a idade. Estes factores podem ainda ser classificados como genéticos, hormonais, ambientais ou relacionados com hábitos de vida.

Segundo Tomás (2006), há inúmeros factores de risco conhecidos, nos quais se incluem: história familiar da doença, envelhecimento, exposição a agentes cancerígenos, nuliparidade, maternidade tardia (primeiro filho após os 30 anos). Além disso uma vida menstrual longa, menarca precoce ou menopausa tardia aumenta o risco de cancro. Alguns investigadores acreditam que a obesidade, uma alimentação rica em gorduras, abuso de álcool e o uso de medicamentos contendo estrogénios podem aumentar o risco de cancro. No entanto, em cada cinco mulheres com diagnóstico de cancro da mama, quatro não têm factores de risco conhecidos.

Segundo Smeltzer e Bare (2005) existe uma relação entre a exposição ao estrogénio e o desenvolvimento de cancro da mama, sugerindo que as mulheres que apresentam uma exposição mais prolongada ao estrogénio têm um risco mais elevado de desenvolver cancro

da mama. Desta forma, podemos concluir que as hormonas produzidas pelos ovários exercem um papel importante no cancro da mama. Outros autores consideram que o papel das hormonas e as suas relações com o cancro da mama permanecem, contudo, controversos (Otto, 2000).

Embora não haja causas específicas conhecidas para o cancro da mama, os investigadores identificaram um grupo de factores de risco. Estes factores são importantes para ajudar no desenvolvimento de programas de prevenção, que podem fornecer um meio para o tratamento precoce e para aumentar a vigilância.

A figura que se segue ilustra alguns dos factores de risco e de protecção presentes no relatório mundial sobre o cancro da *international agency for research on cancer* (IARC) e que são mundialmente conhecidos no desenvolvimento do cancro da mama feminino.

Figura 1 - Factores de risco e de protecção para o cancro da mama



Fonte: OMS (2003)

Alguns factores de risco são:

- **Sexo e idade** - segundo Phipps et al (2003, p. 1791) “Atualmente, a possibilidade de a mulher vir a ter cancro da mama, durante a vida, é de uma em oito (...) o cancro da mama é uma doença que afecta quase exclusivamente as mulheres”. A ACS (2007) refere, num guia sobre a doença, que o facto de ser mulher é o principal fator para o desenvolvimento do cancro da mama, uma vez que estas apresentam um

maior número de células mamárias sujeitas à exposição aos efeitos do crescimento e das hormonas estrogénicas e progestagénicas, elevando 100 vezes a sua incidência, comparando com o homem. A mesma fonte também revela que o risco de desenvolver cancro da mama aumenta com a idade. Cerca de 17% das mulheres com cancro da mama invasivo são diagnosticadas durante os 40 anos, enquanto cerca de 78% o são, a partir dos 50 anos de idade (ACS, 2007).

- **História pessoal de cancro** - se uma mulher já teve história de cancro da mama, esta tem um maior risco de desenvolver um segundo cancro na mama contra lateral. Da mesma forma, uma história prévia de cancro primário dos ovários ou do endométrio constitui um risco aumentado para cancro da mama. (Otto, 2000) A recorrência de um carcinoma ductal *in situ* é devida a persistência de células neoplásicas da sua lesão original. Usualmente, as mulheres com um tumor anterior *in situ* têm o dobro do risco para cancro da mama invasivo na mesma mama e em relação à população geral (Robinson, Holmberg e Moller, 2008).
- **História familiar de cancro e genética** – As mulheres com história familiar de cancro da mama num parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) têm um risco relativo de 2 para 3. É um risco duas a três vezes maior que na população em geral. O risco é maior quando a ocorrência de cancro da mama foi antes da menopausa e bilateral. (Otto, 2000)
- **Menarca precoce e menopausa tardia** – o aparecimento de menarca precoce (antes dos doze anos) e a menopausa tardia (após os cinquenta anos) estão ambas associadas ao aumento do risco do cancro da mama. Os ciclos ovulatórios regulares com exposição cumulativa ao estrogénio parecem ser o maior determinante desse risco. (Otto, 2000)
- **História reprodutiva** – é factor protetor a maternidade precoce (antes dos vinte anos), isto porque uma gravidez de termo, em idade precoce, fomenta alterações no desenvolvimento das mamas que as protegem do cancro. (Phipps et al. 2003) Com efeito, as mulheres que amamentam reduzem o seu risco para a doença, comparando com aquelas que não o fazem, principalmente, se continuar dos 18 aos 2 anos de idade da criança, podendo ser explicado pela redução dos ciclos menstruais durante a amamentação (ACS, 2007).
- **Obesidade e dieta rica em gorduras** – segundo Cantara, 2002 torna-se importante a adopção de um regime alimentar rico em fruta e vegetais e pobre em gorduras poli-insaturadas e saturadas existentes na carne, a fim de reduzir o risco de cancro da mama. Phipps et al (2003) refere que a obesidade pode ter um efeito estimulante no crescimento do cancro da mama devido ao armazenamento de estrogénios no tecido adiposo. Com efeito, tem havido muita investigação sobre os efeitos dos factores

dietéticos no risco de cancro da mama. A evidência mais forte segundo Boyd et al (2003) é relativa ao consumo total de gordura segundo uma meta-análise de 45 estudos, onde relatam 13% de aumento do risco de cancro da mama. Já um recente estudo de coorte mostrou um ligeiro mas, significativo, risco de aumento para grandes ingestões de gorduras saturadas, monoinsaturadas e polinsaturadas (Thiebaut et al., 2007).

- **Consumos de álcool** - segundo Otto (2000, p.95) vários estudos têm demonstrado um ligeiro aumento do risco de cancro da mama associado ao consumo de álcool. Resultados recentes sugerem que, cada bebida adicional consumida, diariamente, causa cerca de 11 novos cancros da mama antes dos 75 anos por cada 1000 mulheres, e que 11% de todos os cancros da mama antes dos 75 anos por cada 1000 mulheres, e que 11% de todos os cancros da mama no reino unido (5000 casos por ano) são causados pelo álcool (Allen et al, 2009), possivelmente devido a níveis mais elevados de hormonas sexuais na corrente sanguínea dos consumidores, em comparação com os não consumidores (Rinaldi e tal., 2006)
- **Tabaco** – Cantara (2002, p.5) refere que um estudo recente, revelou um ligeiro aumento do risco de contrair cancro da mama em mulheres que começaram a fumar antes dos 17 anos. No entanto não se provou que o fumador passivo seja afectado pela doença (Pirie e tal., 2008). Desde essa avaliação, estudos mais recentes mostraram um aumento do risco de cancro da mama em mulheres que começam a fumar antes dos 20 anos ou antes do nascimento do 1º filho (Luo e tal, 2011; Xue, Willett, Rosner, Hankinson e Michels, 2011). Nestes estudos, comparando as fumadoras e aquelas que nunca fumaram, o aumento do risco foi de cerca de 10 a 20%. No entanto, a evidencia mantém-se inconsistente em saber até que ponto o tabagismo provoca cancro da mama tanto após, com antes da menopausa (Xue, e tal, 2011)
- **Contraceção oral e terapia hormonal de substituição (THS)** – vários autores referem que nos estudos que foram realizados, a maioria não demonstra um risco acrescido na globalidade das mulheres que utilizam contraceptivos orais. Depois da menopausa, o risco aumenta ligeiramente, se houve uma reposição estrogénica durante dez ou vinte anos. Estudos recentes demonstraram que existe uma grande heterogeneidade do risco de cancro da mama entre as utilizadoras de THS, sendo o risco superior entre as mulheres que tomam estrogénio conjugado com progesterona, do que com fórmulas únicas de estrogénio e se a terapêutica iniciar-se próximo da menopausa, do que mais tarde (Beral, Reeves, Bull e Green, 2011).
- **Radiações** – a exposição a radiação ionizante após a puberdade e antes dos trinta anos aumenta o risco de desenvolvimento de cancro da mama (John e tal, 2007).

Estudos demonstraram que o risco de cancro secundário na mama aumenta, 12 a 25 vezes mais, no caso de mulheres tratadas com radioterapia por linfoma de Hodgkin antes dos 30 anos (Alm El-Din e tal, 2009)

- **Turno laboral noturno** existe alguma evidência científica que demonstra que os turnos laborais noturnos aumentam o risco de cancro da mama nas mulheres (Megdal, Kroenke, Laden, Pukkala e Schernhammer, 2005) e que dormir mais tempo reduz o risco (Kakizaki et al. 2008), uma das justificações será a diminuição dos níveis de melatonina cujas propriedades são anti-carcinogénicas (Schernhammer e Hankinson, 2009).

Por outro lado, tal como defendem Smeltzer e Bare (2005), existem também **factores protetores** em relação ao desenvolvimento do cancro da mama, nomeadamente a prática regular de exercício físico, o aleitamento materno e uma gestação de termo antes dos 30 anos de idade. O exercício diminui o tecido adiposo corporal onde se encontram armazenados e produzidos os estrogénios, logo também diminui a exposição continuada aos estrogénios. O aleitamento materno diminui o risco por impedir o retorno da menstruação, diminuindo, conseqüentemente, a exposição ao estrogénio endógeno. Uma gestação de termo antes dos 30 anos de idade é protetora, pois as hormonas que são libertadas após o nascimento do feto com a finalidade de reverter para normal a proliferação das células da mama são protetoras.

O cancro da mama pode estar presente durante anos sem que se manifestem quaisquer sintomas. Na maioria dos casos, o aparecimento de um nódulo na mama ou na axila é o primeiro sinal. Sendo a maioria encontrada no quadrante superior esterno onde se localiza a maior parte do tecido mamário.

Segundo Smeltzer e Bare (2005), nas primeiras fases da doença, não é doloroso e parece estar fixado à pele ou aos músculos subjacentes. Caracterizam-no por ser uma lesão indolor, fixa, com bordos irregulares. Segundo estes autores a dor é associada ao cancro da mama em estádios mais avançados da doença.

Outros sintomas frequentes são o corrimento mamilar, inversão do mamilo, o rubor e a descamação, sendo estes últimos característicos de lesões em fases mais avançadas.

Ogden (2004) alerta para determinados sinais e sintomas que podem sugerir a existência de cancro da mama e que devem ser devidamente investigados com exames complementares de diagnóstico adequados, nomeadamente:

- Tumor ou espessamento da mama;
- Tumor ou edema na axila;
- Alteração do tamanho ou da forma da mama;

- Mudança no aspecto ou toque da pele da mama, do mamilo ou da área circundante do mamilo;
- Sangramento ou corrimento do mamilo;
- Retração ou inversão do mamilo;
- Desconforto ou dor na mama, especialmente se recente e persistente.

É fundamental que perante qualquer suspeita ou anormalidade da mama se efetuem exames complementares de diagnóstico para rastrear possíveis situações de risco (Smeltzer e Bare, 2005). O autoexame da mama é fundamental para detectar o cancro da mama. Uma vez detectado por palpação, o tumor deverá ser confirmado pelo médico, através de exames imagiológicos, histopatológicos e/ou biopsia.

Qualquer espessamento localizado num dado ponto da mama pode ser um nódulo. Geralmente é unilateral e não desaparece com a menstruação. Cerca de 50% das mulheres têm um nódulo ao longo das suas vidas. É uma situação muito frequente, que na maior parte dos casos correspondem a afecções benignas da mama, Silva (s/data) refere-nos que estas podem ser: **alterações fibroquísticas da mama** consequentes das repostas exageradas dos componentes da mama às flutuações das hormonas sexuais. **Mastodinia** (dor mamária) sendo considerada a mais comum, normalmente é cíclica e agrava-se na fase pré-menstrual. Frequentemente é bilateral e atinge o quadrante superior-externo da mama, onde pode apresentar algum espessamento com nodularidade, que alivia após a menstruação. No caso das **displasias**, o tecido fibroso mamário corresponde de forma excessiva a certos estímulos hormonais e substitui o tecido mamário normal, formando uma mama dura e nodular onde podem-se acumular depósitos de fluidos e dar origem a sacos ou quistos. Os **quistos simples** são nódulos de conteúdo líquido, únicos ou múltiplos, cujo tamanho e sensibilidade variam ao longo do ciclo.

**Os fibroadenomas** também são considerados como uma doença benigna da mama, esses nódulos sólidos de tecido fibroso e glandular têm contornos lisos e bem definidos e não variam de sensibilidade e tamanho ao longo do ciclo. Enquanto que os **papilomas** são tumores que crescem dentro dos canais das glândulas e como tal não são palpáveis podendo provocar corrimentos claros ou sanguinolentos que se exteriorizam através do mamilo podendo ser caracterizadas como lesões pré-malignas. As **mastites** são infecções da mama que podem formar abscessos que simulam nódulos moles e que apresentam calor e rubor local. Podemos também considerar, as **afecções traumáticas** que se podem apresentar como tumefacções recobertas de pele enegrecida. Todas estas patologias benignas da mama são inofensivas, mas nem sempre a benignidade prevalece.

Existem dois tipos de cancro da mama: os não invasivos (relativos aos ductos e lóbulos) e os invasivos que invadem o tecido circundante da mama (Kneece, 2005; Ogden, 2004; Passos Coelho, 2006)

O cancro não invasivo pode ser: ductal *in situ* (células anormais nos ductos) ou lobular *in situ* (células anormais nos lóbulos). O cancro lobular *in situ* representa dez por cento de todos os cancros da mama. A sua incidência tem aumentado, nos últimos anos, como efeito de uma melhor detecção precoce, pelo auto-exame, exame clínico ou mamográfico. Por sua vez, o cancro lobular *in situ* representa três por cento dos cancros da mama e é considerado um achado histológico, por não ter manifestação clínica, nem mamográfica. O cancro invasivo pode ser: ductal, lobular, cancro inflamatório da mama e doença de paget.

A maioria dos cancros da mama ocorrem no quadrante superior externo da mama, curiosamente com mais frequência na mama esquerda do que na mama direita (Kneece, 2005).

O tratamento é iniciado depois de avaliar o estado da doença. Ele é complexo devido ao facto dos diferentes tipos de cancro da mama deferirem em grande medida nos seus índices de crescimento, na tendência para se expandirem e na resposta ao tratamento.

O tratamento pode ser local (cirurgia e radioterapia) e sistémico (quimioterapia, hormonoterapia, braquiterapia e imunoterapia)

A cirurgia, geralmente, é o primeiro passo contra o cancro da mama. Segundo Passos Coelho (2006), o tipo de cirurgia a adoptar é eleito em função de diversos factores, que o médico discute com a utente a saber: o tipo de tumor, tamanho do tumor, tamanho da mama, presença de nódulos linfáticos, envolvimento de outras estruturas, reconstrução, aspectos ligados à sua saúde em geral que possam limitar algum tratamento para o cancro da mama e o controlo local da doença (relacionado com aspectos ligados ao resultado estético da cirurgia, funcionalidade do braço e ombro e futuras complicações).

Os tipos de cirurgia que existem são, principalmente: a cirurgia conservadora da mama (parcial) e a mastectomia (total ou radical) (Kneece, 2005; Ogden, 2004; Passos Coelho, 2006).

A cirurgia conservadora da mama tem como objectivo preservar a maior parte do tecido mamário e minimizar os efeitos psicológicos para a mulher. Ela pode ser de dois tipos: tumorectomia e quadrantectomia.

A mastectomia foi introduzida desde 1894, por Halsted. Existem dois tipos: a simples e a radical modificada.

No estágio inicial do cancro da mama a cirurgia conservadora é o tratamento mais indicado, juntamente com a radioterapia, enquanto que num estágio mais avançado a mastectomia é a mais indicada seguida de quimioterapia (Kneece, 2005; Ogden, 2004; Passos Coelho, 2006).

Internacionalmente a classificação adoptada para o diagnóstico de cancro da mama é a TNM, que avalia o tamanho do tumor(T), o número de nódulos envolvidos(N) e a evidência de metástases (M) distantes (Smeltzer e Bare, 1999). Este modelo de classificação permite atribuir um estágio à doença (I, II, III ou IV) (Passos Coelho, 2006). O prognóstico piora a medida que os estádios aumentam. Segundo Pereira e Mestre (2007), o prognóstico de sobrevivência aos cinco anos do estágio I é de 86%, 58% no estágio II, 46% no estágio III e de 12% no estágio IV.

**CAPÍTULO II**  
**DOENÇA ONCOLÓGICA DO COLO DO ÚTERO**



## 2 - DOENÇA ONCOLÓGICA DO COLO DO ÚTERO

O cancro do colo do útero é um importante problema de saúde pública mundial (Boyle e Levin, 2008). É o terceiro tipo de neoplasias mais comum nas mulheres, sendo mais prevalente nos países em vias de desenvolvimento. Em 2008 ocorreram 275000 mortes por cancro do colo do uterino, 88% das quais ocorreram em países subdesenvolvidos (Ferlay et al, 2008).

Em 2008, Portugal teve 949 novos casos desta neoplasia apresentando uma das maiores taxas de mortalidade na Europa ocidental (346 casos) (Ferlay et al, 2008). Os dois grandes picos de incidência por cancro do colo do útero ocorrem nas mulheres dos 40-45 aos 55-65 anos de idade (Otto, 2000)

O colo do útero é a extremidade inferior do útero, que liga o corpo do útero à vagina. O colo do útero sofre alterações ao longo da vida de uma mulher (puberdade, durante o parto, menopausa). A área que une a região externa do colo do útero e a porção interna é muito sensível. É aqui que se inicia a maior parte dos cancros do colo do útero (Otto, 2000)

Ao contrário de muitos outros cancros, a origem do cancro do colo do útero não é hereditária. Estudos epidemiológicos demonstram uma forte associação entre o cancro do colo do útero e os padrões de comportamento sexual (Medeiros, 2005).

Este cancro é, na sua maioria, causado por um vírus, o papilomavírus humano. Certos tipos deste vírus são capazes de transformar as células do colo do útero, provocando lesões, que em alguns casos originam lesões cancerosas. Esta progressão acontece apenas num número reduzido de casos e desenvolve-se ao longo de vários anos (Murria, Rosenthal e Pfaller, 2006).

O HPV é uma das infecções sexualmente transmissíveis mais comuns (Sauvageau et al, 2007) sendo altamente prevalente na população sexualmente ativa, especialmente entre os 16-25 anos de idade (Schiffman e Castle, 2005). A probabilidade de infecção com HPV é desconhecida, embora se saiba que afecta homens e mulheres, apesar dos homens serem normalmente portadores assintomáticos (Pitts et al, 2009).

Vários estudos têm demonstrado que o HPV é um factor etiológico necessário para o desenvolvimento do cancro do colo do útero, embora não seja suficiente (Waller, Mccaffery, Wardle, 2004).

Segundo a sociedade portuguesa de papilomavírus (Medeiros et al 2005), a infecção

por HPV não leva por si só ao desenvolvimento do cancro no entanto 99% das mulheres com cancro do colo do útero estão infectadas por estirpes de HPV de alto risco. O vírus tem um papel como iniciador do tumor e existem co-factores que irão promover a sua evolução para o cancro.

Podemos considerar como co-factores: (Richardson e tal, 2005)

- A história genética da mulher,
- O início precoce da sua primeira relação sexual (antes dos 18 anos),
- O comportamento sexual,
- O uso de contraceptivos orais a longo termo (12 anos ou mais),
- A existência de doenças sexualmente transmissíveis,
- O número de gravidezes,
- As deficiências nutricionais (baixos níveis de vitamina a, c e de ácido fólico),
- A existência de múltiplos parceiros sexuais,
- A história sexual dos parceiros,
- As características demográficas,
- Os hábitos tabágicos.

O cancro do colo do útero desenvolve-se à partir de lesões precursoras denominadas lesões intraepiteliais escamosas, classificadas como de alto ou baixo grau, dependendo do nível de ruptura da diferenciação epitelial. A produção viral ocorre nas lesões de baixo grau, estando restrita às células basais. Nos carcinomas, o ADN viral está integrado ao genoma a célula hospedeira, e nenhuma produção viral é observada. As lesões decorrentes da infecção pelo HPV geralmente provocam alterações morfológicas características, detectáveis pela citologia (Boer et al, 2007).

Vírus pertencente à família papovaviridae, género papiloma e espécie papiloma vírus humano. É um vírus de ADN que infecta o epitélio. Dentro da família do HPV, existem mais de 100 tipos que diferem no seu potencial oncogénico. Certos tipos de HPV geralmente infectam ou o epitélio mucoso ou cutâneo. Os tipos cutâneos causam mais comumente verrugas de pele. Os tipos de HPV mucosos podem causar papiloma benigno da conjuntiva, orais, nasais, mucosa genital e mucosa aerodigestiva, mas estão ligados a malignidades (alto risco) (Moscicki e Widdice, 2008).

O HPV ocorre em proporções epidémicas e é talvez o líder dos microorganismos sexualmente transmitidos. O HPV é transmitido por contacto pessoal. As relações vaginais e anais são possivelmente o meio mais eficiente de transmissão.

A apresentação mais comum de infecção por HPV é o desenvolvimento de

condilomas genitais. Estima-se que 15% da população adulta tem uma infecção por HPV e que 1% apresenta verrugas genitais. Cerca de 90% dos condilomas são provocados pelo HPV 6 e 11. O período de incubação é geralmente longo e muito variável: de 3 semanas a 8 meses. Muitos indivíduos infectados nunca desenvolvem verrugas genitais (SPG, 2007).

As duas maiores preocupações numa mulher com HPV são: o desenvolvimento de cancro e a transmissão ao bebé no caso das grávidas. Certos tipos de HPV estão fortemente ligados com o desenvolvimento de cancro (ex. tipo 16 e 18) ao passo que outros tipos são apenas moderadamente associados (Sanfilippo e Smith, 1998)

A infecção por HPV ocorre predominantemente através do contacto vaginal, embora a transmissão da infecção possa ocorrer em qualquer lugar desde que haja uma porta de entrada e contacto com o vírus. Apesar disso, não pode ocorrer através de transfusão sanguínea, uma vez que o vírus exige a disponibilidade de células epiteliais da mucosa ou da epiderme para poder proliferar (Hausen, 2002).

Alguns estudos exploram a possibilidade do HPV se transmitir através da partilha de roupa interior ou toalhas, da frequência de piscinas ou saunas, mas os dados ainda são insuficientes (Widdice et al, 2010).

A infecção não é curável. Apesar disso, é importante salientar que apenas um pequeno número de mulheres infectadas com HPV irá desenvolver cancro do colo do útero, após um período de latência, uma vez que a maioria o elimina por mecanismos do sistema imunitário (Hausen, 2002). A infecção por HPV é normalmente assintomática, no entanto, pode surgir prurido, ardor durante o ato sexual, algum corrimento anormal, ou aparecimento de condilomas. O uso de preservativos não garante uma proteção total contra o HPV, pois este não protege os genitais externos que também podem apresentar células infectadas por HPV (Medeiros, 2005).

O cancro do colo do útero precoce é na maioria das vezes assintomático. No entanto poderá verificar-se uma hemorragia vaginal anormal, um corrimento vaginal, persistente, pouco espesso, aguado e com odor (Otto, 2000).

Segundo Marek, Phipps e Sands (2003) os sinais e sintomas precoces são: corrimento vaginal, escasso e aquoso, perdas de sangue após o coito ou duche, metrorragia, hemorragia pós-menopáusica, polimenorrea.

Ainda segundo os mesmos autores são considerados sinais e sintomas tardios: corrimento vaginal escuro e de cheiro fétido; dor pélvica, abdominal ou dorsal; dor nos flancos, perda de peso, anorexia, anemia, edema dos membros inferiores, disuria, prurido crónico nos grandes lábios da vagina, hemorragia rectal.

O diagnóstico e estadiamento das neoplasias são fundamentais para o planeamento do seu tratamento. Tal como referido anteriormente, a maioria das mulheres elimina a infecção do HPV naturalmente, através de mecanismos imunológicos (Hausen, 2002). Este facto faz com que esta infecção não implique tratamento imediato, mas antes vigilância e seguimento apertados.

O estadiamento do cancro do colo do útero é clínico. É efectuado com base nos dados obtidos no exame físico, exames radiográficos e histologia. O diagnóstico só é possível após resultado da biopsia. Perante a detecção de alguma anomalia são realizados exames complementares de diagnóstico (Otto, 2000).

A decisão deve ser tomada em conjunto pela mulher e pela equipa médica, revendo os riscos e os benefícios de todas as alternativas existentes. No tratamento desta neoplasia estão indicadas terapias multidisciplinares envolvendo a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia.

Os compostos anti-cancerosos atuam de várias maneiras diferentes. Uns interferem com a capacidade que a célula cancerosa tem de se reproduzir. Outros interferem com processos químicos essenciais, dentro das células. No entanto estes podem também atacar células não cancerígenas (Liga portuguesa contra o cancro, 2009).

**CAPÍTULO III**  
**PREVENÇÃO E RASTREIO DA PATOLOGIA**  
**MALIGNA DA MAMA E DO COLO DO ÚTERO**



### 3 - PREVENÇÃO E RASTREIO DA PATOLOGIA MALIGNA DA MAMA E DO UTERO

Estratégias de prevenção primária, secundária e terciária têm sido utilizadas com o objectivo de prevenir doenças, diagnosticá-las e tratá-las precocemente de forma a minimizar os seus efeitos na população, assegurando a cada mulher, um padrão de vida adequado à manutenção da sua saúde.

A principal distinção entre os três níveis de prevenção assenta na fase de progressão da doença sobre a qual se pretende intervir. A prevenção é, pois, um componente essencial nos planos de controlo de todos os cancros, porque cerca de 40% de todas as mortes podem ser prevenidas reduzindo, assim, o impacto da doença para a população (Who, 2007).

Um rastreio adequado é fundamental. A detecção precoce de alterações celulares ou de HPV podem levar à diminuição da prevalência da doença em estádios avançados. Este facto permite que as mulheres sejam tratadas na fase inicial da doença, altura em que há melhor prognóstico, o que conduz à redução da mortalidade causada por esta neoplasia (Medeiros, 2005).

A prevenção é fundamental para a erradicação do cancro do colo do útero. O planeamento de programas de prevenção e de rastreio adequados são ferramentas fundamentais para a população em risco. Estes programas devem incluir estratégias que previnam e/ou evitem os factores de risco. Deve-se alertar para a realização por rotina da citologia cervico-vaginal e exame pélvico, desde o início da atividade sexual (Otto, 2000). A vacinação contra as infecções de HPV é agora uma medida adicional e importante na prevenção do cancro do colo do útero (Moscicki e Widdice, 2008).

Da mesma forma a prevenção do cancro da mama, especialmente quando integrada com a prevenção de doenças crónicas oferece um óptimo potencial de saúde pública e um método custo-eficácia, a longo prazo, no controlo do cancro em geral (Who 2007), essencialmente devido à transversalidade de algumas medidas corretoras que dizem respeito aos estilos de vida das populações.

- **Prevenção primária**

A prevenção primária do cancro do colo do útero pode ser conseguida através da prevenção e do controlo da infecção de HPV. Para tal, são necessárias estratégias

integradas que consistem na prevenção da infecção por HPV e dos co-factores que aumentam o risco de cancro do colo útero através de programas apropriados para incentivar comportamentos saudáveis e através da vacinação (Portugal, 2008 (a)).

Devem ser implementadas estratégias de promoção de saúde orientadas para a mudança do comportamento sexual (início mais tardio, uso de preservativo, limite no número de parceiros).

Segundo Fonseca, 2008 a abordagem da prevenção do cancro do colo do útero, implica referir aquela que é a mais recente arma preventiva da neoplasia feminina – a vacina, presente no plano nacional de vacinação em Portugal desde 2008 para jovens de treze e dezassete anos. Plano nacional de vacinação alterado em 2011, passando para a vacinação exclusiva de jovens com treze anos. Segundo a DGS a idade proposta teve em conta o facto da vacina necessitar de ser ministrada antes do início da atividade sexual.

No entanto, a vacinação também permite proteção noutras idades, mesmo após a exposição ao vírus, sendo que essa proteção é direcionada a outras estirpes virais. Os estudos mais recentes demonstram eficiência até aos 45 anos de idade.

Para a Sociedade Portuguesa de Senologia o diagnóstico precoce do cancro da mama é também fundamental. Se a doença for detectada em estágio inicial ou precoce e efectuado o tratamento correto, a taxa de sobrevivência pode chegar aos 95%, argumento poderoso a favor do melhoramento dos programas de rastreio e da necessidade de continuar a investigação científica nesta área. Um dos factores que alguns autores referem influenciar a epidemiologia do cancro da mama e, que pode ser evitado no sentido da prevenção primária, é a exposição a níveis elevados de estrogénios em circulação. Neste caso específico de relação hormonal com o cancro da mama é necessário que os profissionais ponderem estas variáveis aquando a introdução precoce de hormonas às mulheres jovens.

Em relação à associação entre regime alimentar rico em gorduras/obesidade e cancro da mama, considera-se boa estratégia aconselhar um regime pobre em gorduras saturadas. É desaconselhado o uso excessivo de álcool, embora não esteja bem compreendido o mecanismo biológico de associação entre o álcool e o risco de cancro da mama. O exercício físico regular deve ser aconselhado pelos benefícios em todos os aspectos de saúde da mulher. E deve-se evitar a exposição desnecessária ou profissional às radiações ionizantes.

Segundo Pollock (2006) a avaliação do risco genético como medida preventiva tem sido utilizada na seleção de populações de risco para posteriores estudos de prevenção primária. De início, é elaborada uma árvore genealógica que inclua familiares maternos e

paternos, com os tipos de neoplasias, órgãos afectados e idade do diagnóstico (IPATIMUP, s/data). Para aferir o risco individual de cancro da mama são usados diversos métodos entre os quais o método de *Gail* ou o método de *Claus*, ambos métodos com algumas limitações (Euhus, Leitch, Huth e Peters, 2002).

- **Prevenção secundária**

Consiste na detecção precoce de lesões pré malignas através de programas de rastreio organizado que preveem a convocação das mulheres dos grupos alvo identificados, de acordo com uma calendarização definida e com ligações efetivas entre todos os níveis de cuidados.

A estratégia da prevenção secundária que faz a detecção precoce da doença, tentando assim minimizar as suas consequências, associada à prevenção primária através da modificação dos hábitos comportamentais de risco, campanhas de incentivo ao rastreio do cancro do colo do útero e à inclusão das vacinas no plano nacional de vacinação. Estas duas formas complementam-se e a sua associação vai melhorar a eficiência de qualquer programa de combate ao cancro do colo do útero (Silva, 2010 cit. Goldie, 2004).

As ações de rastreio atualmente aceites para o diagnóstico precoce do cancro da mama na prevenção secundária incluem a mamografia, o exame clínico e o auto exame da mama. Em Portugal, a Liga Portuguesa contra o cancro, com os seus núcleos regionais, realiza um programa de rastreio de cancro da mama, através da realização de mamografia, a todas as mulheres com idade compreendida entre os 45-69 anos. A frequência na realização das mamografias de rastreio é de 2 em 2 anos. Através destes exames, poderão ser avaliadas lesões mamárias, ainda não palpáveis e, portanto de menores dimensões.

O ensino do autoexame da mama e a sua implementação de forma regular embora cada vez mais contestada a nível internacional, continua a ser defendida como prática de prevenção do cancro da mama. Como tal, é necessário alertar as mulheres para a necessidade de realizar o autoexame da mama após os 20 anos, mensalmente durante os primeiros 5 a 7 dias após o período menstrual. Enquanto que as mulheres na menopausa estabelecem um dia qualquer do mês. As vantagens são a simplicidade, ausência de custos. As desvantagens são a baixa sensibilidade, o receio de encontrar alguma alteração e a incerteza na interpretação dos achados, o que pode levar a “fobia do cancro” (Menke, 2000).

- **Prevenção terciária**

Consiste no diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos para os casos mais avançados da doença – assegurando a continuidade de cuidados, através da acessibilidade a todos os níveis de intervenção dos serviços de saúde (Portugal, 2008 (a)).

- ***Tipos de rastreio***

O rastreio é a procura sistemática de lesões pré cancerosas em indivíduos assintomáticos, utilizando os recursos da oncologia preventiva, com o objectivo do diagnóstico precoce (Bilro, 2004)

Existem dois tipos de rastreio, o organizado (populacional) e o oportunistico, que são utilizados na Europa. Os dois sistemas têm características diferentes.

O rastreio organizado é uma intervenção de medicina preventiva, através da aplicação sistemática de uma técnica de rastreio previamente validada, que tem como objectivo reduzir o carcinoma invasor. Num programa de rastreio organizado torna-se necessário: definir uma população alvo (todas as mulheres sexualmente ativas); administrar o teste de rastreio num intervalo especificado (1- 5 anos); alcançar um alto nível de cobertura para rastreio (>70%), estabelecer um sistema, o uma de chamada de retorno efetivo de investigação; o tratamento das mulheres com positividade sérica.

Uma técnica de rastreio não é por si só uma técnica diagnóstica. O teste de rastreio ideal deve ser fiável, sensível, reproduzível, cómodo e de baixo custo. Para ter um impacto sobre a mortalidade deve conseguir uma cobertura mínima de 60% da população alvo. As recomendações para este tipo de rastreio são: inicio na idade 25-64 anos, intervalo da citologia cada 3 anos após 2 resultados anuais, satisfatórios e negativos, e teste de HPV aos 35 anos. Se tudo for negativo o intervalo de rastreio passa para 5 anos. Foi provado que o programa de rastreio organizado do HPV previne 80% das mortes por cancro do colo do útero.

O rastreio oportunístico é aquele que se realiza quando uma mulher efetua uma citologia numa consulta de ginecologia regular. Uma das grandes desvantagens do rastreio oportunístico é que não envolve um número significativo da população alvo e frequentemente repete excessivamente citologias em mulheres de baixo risco, com aumento dos custos e sem garantia de qualidade.

As recomendações para a realização deste tipo de rastreio são: primeira citologia 3 anos após as primeiras relações sexuais repetindo de 3 em 3 anos, após 3 resultados negativos citologia e colposcopia simultânea (opcional); a partir dos 35 anos, teste de HPV opcional, se negativo repetir após 5 anos. Com resultados negativos, sem factores de risco, nem alterações nas circunstâncias pessoais e/ou do casal, pode ser recomendado repetição a cada 3 anos. Deve-se encurtar o intervalo das colheitas e manter a anuidade quando há comportamentos de risco e nas imunocomprometidas.

No rastreio oportunístico verificam-se reduções totais no cancro do colo do útero

inferiores às observadas nos programas de rastreio organizado; a efetividade do rastreio pode variar de uma região para outra, tem tendência a fazer o rastreio de mulheres pertencentes a grupos sócio-económicos mais elevados, que já acedem regularmente ao sistema nacional de saúde e têm menor risco de cancro do colo do útero, com tendência a fazer o rastreio com maior frequência que a necessária; não faz rastreio necessário a mulheres com níveis sócio-económicos mais baixos e minorias. Por tudo isto, embora o rastreio oportunístico possa reduzir o cancro do colo do útero, é menos eficaz que o rastreio organizado e promove desigualdades na saúde.

Na região centro, o rastreio do cancro do colo do útero iniciou-se de forma estruturada em 1990, com coordenação do instituto Português de oncologia de Coimbra. A partir de 2005, com a coordenação do programa dependente da comissão oncológica Regional da ARS Centro, o programa alargou-se à totalidade dos centros de saúde da região em 2007. Segundo Oliveira, Silva e Villa, 2010, ele é realizado em diversas Unidades de saúde familiar e unidades de cuidados de saúde personalizados.

**TABELA 1** - Programa de rastreio do cancro do colo do útero (triénio 2009-2011)

ACES	Pop. estimada	Citologias 2011	Asc-us	LSIL	HSIL	Carcinoma
Dão Lafões I	25216	6806	1063	317	127	3
Dão Lafões II	19526	3798	519	114	46	2
Dão Lafões III	23225	3491	566	136	46	3

Fonte: relatório de atividades 2011 ARS Centro

O mesmo acontece com o programa de rastreio do cancro da mama, em vigor na região centro desde 1990. Este programa introduziu, desde a sua fase inicial, as metodologias consideradas indispensáveis, tal como a base populacional de participação, a dupla leitura dos exames mamográficos, a aferição multidisciplinar das imagens anormais e a preocupação pela resposta imediata dos cuidados diferenciados às lesões detectadas (LPCC, s/data). Trata-se de um rastreio com base populacional, que atingiu 100% de cobertura geográfica em 2001.

As recomendações no controlo do cancro da mama, quanto ao método e população alvo, mantêm-se as mesmas; as mulheres em idade rastreável (inscristas no centro de saúde com idades compreendidas entre os 45-69 anos) são convocadas por carta para a realização da sua mamografia. O intervalo do exame é bienal, com dupla incidência e posterior dupla leitura oculta. Em caso de dúvida na leitura do exame, a mulher é convocada para uma consulta de aferição a partir da qual será encaminhada para instituições hospitalares onde é realizado o diagnóstico final. Caso a suspeita se confirme a mulher é imediatamente encaminhada para o tratamento (Ministério da saúde, 2007).

O algoritmo do percurso da mulher no âmbito do programa de rastreio do cancro da mama está representado na figura 2.

**Figura 2** - Algoritmo do programa de rastreio do cancro da mama



Fonte: Liga portuguesa contra o cancro, núcleo regional do centro, 2011

No entanto, como já vimos anteriormente, embora os rastreios possam estar implementados em termos programáticos, a sua taxa de execução é variável.

Diversos estudos têm vindo a ser realizados com o objectivo de avaliar a adesão aos programas de rastreio, de forma a tentar perceber o que tem vindo a influenciar a realização ou não dos mesmos.

Segundo o relatório de atividades de 2011 da ARS do centro, entre 2010-2011 de 272239 mulheres convidadas 196355 foram rastreadas, atingindo uma taxa de participação de 72% e uma taxa de cobertura de 66.5%.

**TABELA 2** - Programa de rastreio do cancro da mama da ARS Centro (2010-2011)

ACES	Mulheres residentes 45-69	Convidadas	Mulheres rastreadas	Taxa de participação	Taxa de cobertura	Mamografias positivas	Aferições Positivas
Dão Lafões I	16014	13776	11752	85.3	73.4	383	51
Dão Lafões II	12579	12371	10049	81.2	79.9	303	32
Dão Lafões III	15701	15655	12431	79.4	79.2	337	50

Fonte: relatório de atividades 2011 ARS Centro

### 3.1 - COMPORTAMENTOS DE ADESÃO AO RASTREIO

Os comportamentos de adesão são influenciados por diversos factores que podem ser intrínsecos, como as crenças relacionadas com a doença, com o tratamento, relação com a equipa de saúde, a motivação, entre outros, ou extrínsecos relacionados com as políticas de saúde e os custos da mesma.

Perante a perspectiva atual relativa ao envelhecimento da população e, devido aos constrangimentos que essa condição traz aos indivíduos no que diz respeito à promoção e manutenção da sua saúde, compreende-se que a adesão a um regime terapêutico ou a recomendações preventivas possam constituir oportunidades únicas para potenciar o empowerment das populações e, conseqüentemente, a efetividade do sistema de saúde.

No relatório do plano nacional de saúde 2011-2016 sobre a qualidade dos cuidados e dos serviços, o empowerment pode ser visto segundo duas perspectivas integradoras, a saber: na óptica das instituições de saúde passa a existir uma maior democratização da informação e o reconhecimento de que os utentes não são meros objetos de práticas e prescrições, mas sujeitos envolvidos no seu processo de cuidados de saúde e, para que tal seja profícuo, estes devem ser consciencializados dos seus direitos e interesses; na óptica dos utentes, estes devem assumir-se como uma voz na organização das instituições e adoptarem atitudes mais ativas no seu processo de saúde e doença, pela partilha sistemática de informação com os profissionais de saúde, por forma a serem competentes na tomada de decisão aos três níveis de prevenção (Campos, Saturno e Carneiro, 2010).

Segundo a OMS (2004, p.138), o conceito de adesão tem diversas definições. A definição conceptual mais frequente é a de Haynes em que a adesão é “o grau em que o comportamento de uma pessoa – tomar a medicação, seguir um regime alimentar, alterar hábitos de vida – segue as instruções médicas”. Já (Vitolins, Rand, Rapp, Ribisl e Sevick, 2000, p.1885) consideraram a adesão como “o grau em que o comportamento do paciente corresponde às recomendações do prestador de cuidados de saúde”. Ambos os conceitos parecem incluir, para além das farmacológicas, outras medidas sanitárias, como a prevenção ou adesão a recomendações comportamentais, como a alteração de estilos de vida. No entanto, remetem o utente para a um papel mais passivo, o qual se limita a seguir as indicações de um médico ou outro profissional de saúde sendo considerado incompetente ou culpado quando não as cumpre.

O conceito proposto por DiMatteo e DiNocola (1982) coloca o paciente num papel mais colaborativo e voluntário no decurso do seu comportamento, em que este aceita de comum acordo para produzir o resultado terapêutico desejado. Este acordo com o paciente e o seu grau de participação no plano de cuidados de saúde, aumenta a possibilidade da

sua execução e, neste caso particular dos rastreios do cancro da mama e do útero, ao garantir a sua participação voluntária no mesmo.

Sendo a não adesão considerado um dos principais problemas dos sistemas de saúde pelas repercussões ao nível das taxas de morbilidade e mortalidade, na qualidade de vida e na satisfação dos utentes com os cuidados de saúde, não será fácil a sua abordagem devido às componentes, multidimensional e multifatorial, que caracterizam este fenómeno. No entanto, este fenómeno complexo merece que se analise, os factores que determinam a adesão, de forma sistemática, sejam eles relacionados com o contexto ou com a vida das pessoas e, só perante esta compreensão mais abrangente, direccionarmos as múltiplas intervenções no sentido de a melhorar. Partindo do pressuposto que, muitos dos factores que configuram a adesão, escapam ao controlo do próprio indivíduo, devido a múltiplos factores que determinam este fenómeno, concebe-se pois, que tanto para o seu tratamento, como para a prevenção se encontrem soluções inter e multidisciplinares.

Alfonso e Abalo (2004), referem que a adesão ao tratamento depende, não só da conduta do paciente, mas também do médico. Todavia, não só os médicos prestam cuidados na cadeia de um sistema de saúde, muitos outros desempenham um papel preponderante. Mais particularmente, na vertente da adesão a cuidados preventivos, o papel do enfermeiro pode ser preponderante pela natureza de cuidados que estes profissionais privilegiam, como sejam os inerentes à relação terapêutica, em que a consulta de enfermagem constitui um momento propiciador de identificação de necessidades e dificuldades dos pacientes para que, em parceria ambos os atores no processo, possam traçar um plano de cuidados adaptado ao paciente, de forma a facilitar o processo de adesão e, conseqüentemente, os ganhos em saúde (Sousa, Peixoto e Martins, 2008).

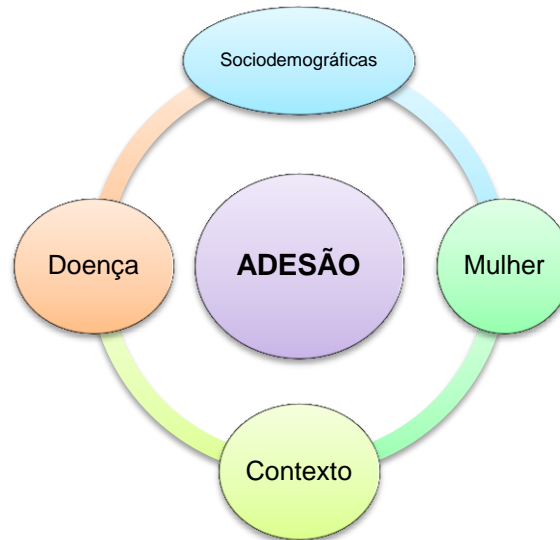
O conselho internacional de enfermeiros (International Council of Nurses, 2009, p.3) apresenta, no catálogo da classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE), uma definição geral de adesão como sendo a “medida em que o comportamento do cliente é concordante com as recomendações do prestador de cuidados” colocando a tónica na relação que se estabelece entre a díade, prestador de cuidados e paciente. Para que estas relações sejam efetivas deve existir um clima de concordância entre ambos os intervenientes.

Neste espaço de decisão, para além dos aspectos relacionados com a dimensão individual de cada mulher, concorrem toda uma série de factores que caracterizam o contexto de saúde, como sejam a interação com os profissionais de saúde, o próprio sistema de saúde, a tecnologia médica e situações mais relacionadas com o rastreio.

Segundo a (OMS, 2004 e WHO, 2003), a adesão, como fenómeno multidimensional,

é determinada por uma ação recíproca de cinco dimensões, algumas relacionadas com a pessoa, enquanto outras dizem respeito ao meio envolvente.

**Figura 3** - As cinco dimensões da adesão (Fonte: Adaptada de OMS 2003)



Podem ser considerados outros factores como determinantes sobre 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, 2004).

Aumentar a adesão da população ao rastreio é o objectivo principal de uma equipa multidisciplinar, que deve conjugar esforços para passar mensagens que visem o bem-estar psicológico resultante da adesão ao tratamento. Ao delinear estratégias de atuação a equipa multidisciplinar deve ter em consideração os factores emocionais e psicológicos, a influência social, a idade da população a atingir e o acesso ao exame.

Como membro ativo da equipa multidisciplinar, o enfermeiro têm uma relação privilegiada com o utente desta forma deve aproveitar esta relação de proximidade para desenvolver ações que visem aumentar a adesão dos utentes ao rastreio, tendo em atenção tal como afirmam Trindade e Teixeira (2002), que o comportamento de adesão resulta da complexa combinação entre a informação, as variáveis psicológicas, influência social e a forma como o rastreio é disponibilizado em termos de acessibilidade e recomendação.

O enfermeiro deverá elucidar os utentes sobre os benefícios do rastreio, desenvolvendo ações de educação para a saúde em conjunto com os restantes membros da equipa multidisciplinar, identificar população em risco, informar sobre a gratuidade do rastreio, proceder as respectivas convocatórias, contribuir para o aumento da acessibilidade

ao rastreio, envolver a família na adesão ao rastreio, aumentar os conhecimentos sobre os benefícios do rastreio e desmistificar falsas crenças.

A equipa de saúde deve procurar ter uma relação de proximidade e de fácil acessibilidade com os utentes, pois diversos estudos confirmam que quando os utentes estão satisfeitos com os cuidados, são mais receptivos e aderem ao que lhes é proposto.

A satisfação do utente é um constructo multidimensional e resulta da avaliação que este faz dos cuidados recebidos, diversos estudos realizados em Portugal confirmam que os utentes valorizam a empatia e a comunicação na relação interpessoal, colocando em segundo plano as competências técnicas (Sousa, 2003).

Para potenciar o efeito de uma boa comunicação entre profissionais e utentes 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, 2002).

### 3.2 - MODELOS EXPLICATIVOS DOS COMPORTAMENTOS DE ADESÃO AO RASTREIO

O principal objectivo dos rastreios é a redução da mortalidade, a qual é o reflexo da promoção da saúde e das atitudes e comportamentos em relação à saúde no geral.

Decorre, assim, a necessidade de encontrar modelos teóricos que ajudem a organizar e compreender, de forma sistemática, os comportamentos de adesão ao rastreio.

Os modelos teóricos partilham a assunção central de que as pessoas são capazes de antecipar, planear e tomar uma decisão racional como parte de um processo social dinâmico de aprendizagem (Brawley e Culos-Reed, 2000). De entre, diversas teorias de nível individual, escolhemos alargar os nossos conhecimentos quanto ao modelo de crenças de saúde (MCS).

Segundo Pasick e Burke (2008), o MCS 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 os seus comportamentos de rastreio. O mesmo 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 percebido, produzem a força em direção ao comportamento; (3) a suscetibilidade como sendo a vulnerabilidade pessoal percebida ou os riscos subjetivos inerentes a uma condição e saúde; (4) as barreiras são os potenciais aspectos 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 mais tarde, assim como outras variáveis que são tomadas em consideração sempre que se justifique pelo efeito que desempenham nas percepções individuais (Janz, Champion e Strecher, 2002).

Este modelo foi desenvolvido por Rosenstock na década de 60 (Houlston et.al 1991) e posteriormente refinado por Becker e colaboradores (Ogden, 2004). Rosenstock 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. Uma vez que a ameaça surge de crenças acerca da gravidade percebida e da susceptibilidade percebida do indivíduo.

Segundo Smith et. al. (1999), uma pessoa aceita ou rejeita uma convocatória para fazer um exame de rastreio consoante as suas crenças em relação à forma como a doença pode ser prevenida e o nível de controlo que sente que têm sobre os factores que podem afectar a sua saúde, estes refletem uma percepção de que medidas preventivas podem reduzir a probabilidade de eventos adversos. Então 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 e Norman, 1994).

Alguns estudos revelaram que, quando as mulheres acreditam que são suscetíveis à doença e consideram a mesma, uma grave condição de saúde, a probabilidade de adesão ao rastreio é maior (Pereira, Pereira e Rodrigues, 2009; Lostao et al, 2001).

Da mesma forma, a percepção de maiores benefícios e poucas barreiras em relação ao exame também se relaciona, positivamente, com a adesão (Pereira et al, 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. Ainda assim, mesmo quando se verifica uma temporária redução do stress, o comportamento de afastamento pode manter-se (Lagerlund, et al. 2000)

Cardoso e Rolim (2005) consideraram que o modelo de crenças de saúde engloba constructos de natureza cognitiva e de índole 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.

No caso do rastreio do cancro do colo do útero, o modelo de crenças de saúde defende que uma pessoa submeter-se-á ao rastreio se se aperceber de que é vulnerável ao

CCU (percepção da vulnerabilidade), se perceberem que as consequências do CCU podem ser graves (percepção da gravidade), se se consciencializam de que o realizar do exame têm benefícios, diminuindo os riscos de ter a doença ou detectá-la precocemente (percepção dos benefícios) e se perceberem que os obstáculos à realização do rastreio são baixos (percepção dos obstáculos). Então quanto maior for a vulnerabilidade, a gravidade e os benefícios percebidos e quanto menores os obstáculos maior é a probabilidade de desenvolver a ação (Conner e Norman, 1994).

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

O modelo de crenças de saúde tem sido aplicado por vários autores e na opinião dos mesmos é o modelo psicossocial e cognitivo-afectivo-motivacional mais utilizado pois tem uma elevada capacidade preditiva no que concerne aos comportamentos de adesão aos exames de rastreio do cancro. (Champion e Miller, 1996; Murray e McMillen, 1993, Coutinho, 2001; Vaillo e tal, 2004).

### 3.3 - ESTILOS DE VIDA E PREVENÇÃO DE DOENÇA ONCOLÓGICA NA MULHER

Segundo Durkheim (1963) os estilos de vida eram associados a maneiras de agir, de pensar e de sentir. Nesta perspectiva, o sociólogo expande, e faz convergir para a definição, várias dimensões da pessoa como a sociocultural, a psicoafectivo e a biológica-comportamental.

O Homem, ao longo da vida, passa por processos de interiorização de elementos socioculturais do meio, integrando-os nas estruturas da sua personalidade sob a influencia de experiencias e de agentes sociais significativos, que o conduzem à definição dos ambientes sociais, aos quais tem de se adaptar e nos quais tem de viver (Pearsons e Shils, 1995).

Toda esta gama de conceitos pode descrever os Estilos de vida, entendendo-se estes como a forma como o indivíduo gere a sua própria vida e se relaciona consigo, com as outras pessoas e com o ambiente (Rapley, 2003).

Segundo Gonçalves e Carvalho (2005), a reflexão sobre os estilos de vida, tendo por base os quotidianos, exprime-se muitas vezes por dicotomias: ocidente-oriente; norte-sul, urbano ou rural. Esta organização sociogeográfica conduz a uma estruturação social, visto traduzir o conjunto de preferências e das características de uma determinada condição, que

se manifesta em domínios e em comportamentos tão variados como a alimentação, o vestuário, a habitação, a decoração da casa, a música e a dança, a ocupação dos tempos livres, o recreio e o lazer, as relações sociais e as amizades, a linguagem, os hábitos de consumo, os gostos de visionamento televisivo, a orientação política, a educação, a religião, a sexualidade, a saúde, (...).

Os Estilos de vida e os quotidianos estão ligados ao sistema produtivo dos países. Portugal tem um desenvolvimento que não é homogéneo, pelo que o país apresenta uma miscelânea de Estilos de Vida e de quotidianos em função dos mundos sociais que o compõem.

Os quotidianos sociais do mundo rural passam predominantemente pelo conhecimento e estabelecimento de relações de trabalho, pelo comunitarismo, pelo convívio, pela entreatajuda, pela amizade, pelo auxílio e defesa comuns e pelo desenvolvimento de ritos (Gonçalves e Carvalho, 2005).

Por outro lado, os quotidianos urbanos enquadram-se mais no estruturalismo construtivista (Bourdieu, 1994), em que o indivíduo, o ator social, faz interpretação da realidade, e, por conseguinte, ganha autonomia para desenvolver estratégias, adaptando-as nos estilos de vida.

Nos últimos anos, têm-se observado mudanças nos estilos de vida de indivíduos de todas as idades, potenciadoras de factores de risco para a saúde, principalmente devido a excessos alimentares que podem levar a obesidade.

O aumento global, epidémico, de doenças está estritamente relacionado com alterações do estilo de vida nomeadamente com o tabagismo, a inatividade física e a alimentação desequilibrada (World Health Report, 2002)

O conceito de estilos de vida é amplo. Engloba a pessoa como um todo e em todos os aspectos da sua atividade, isto é, a forma como se concebe a sua existência, pelo que esses aspectos se combinam para influenciar todas as dimensões que compõem o conceito de saúde física, mental, social, emocional e espiritual e traduzem-se por níveis de satisfação, de bem-estar, de competência, de aceitação social e de qualidade de vida (Rapley, 2003).

Os comportamentos e os estilos de vida são determinantes para a saúde (Wold, 1993). É necessário analisar todos os processos que levam à escolha de estilos de vida mais ou menos saudáveis (Matos, Simões, Carvalhosa e Canha, 1998), uma vez que os comportamentos podem contribuir para o desenvolvimento de doença.

Segundo Ogden (1996), os comportamentos de saúde podem ser classificados como

positivos e negativos. Os positivos envolvem ações como colocar o cinto de segurança, dormir o número de horas adequadas ou ter cuidados de higiene. Os negativos envolvem, comportamentos como fumar, ingerir álcool em excesso ou fazer uma dieta com alto teor em gorduras. Steptoe e Wardle (1996) consideram estes comportamentos como de risco para a saúde.

Brunh (1988) afirma que os principais factores que podem influenciar os comportamentos de saúde agrupam-se em quatro categorias: envolvimento (relacionados na maioria das situações com as políticas públicas e organizacionais), culturais (associados aos valores inerentes à sociedade ou a determinados grupos), grupais (relacionados com a família e os grupos como fonte de influência nas atitudes e nos comportamentos relacionados com a saúde) e pessoais (englobam as crenças relativas ao controlo pessoal e o conceito de *hardiness*). Segundo (Kobasa, Maddi e Kahn (1982), o conceito de *hardiness* envolve três constructos: o empenho, a tendência para avaliar solicitações como desafios e não ameaças e o sentido de controlo sobre a sua própria vida.

Segundo Matarazzo (1982) o modelo de prevenção sugere que as mudanças no comportamento ocorrem quando o indivíduo percebe que o seu comportamento atual pode levar a condições pouco saudáveis e que a eliminação do mesmo ou a adopção de outro reduz a probabilidade da doença ou incapacidade.

Com toda a evolução atual e mudanças que vão surgindo nas ciências médicas e na sociedade, vemo-nos cada vez mais confrontados com a necessidade de transmitir conhecimentos, no sentido de tornar os indivíduos mais capazes de produzir comportamentos adequados e úteis, que contribuam para prevenção de doença e para a promoção da sua saúde e qualidade de vida. Sendo a educação entendida como um processo permanente e comunitário, parece-nos de extrema importância que a população em geral, e os doentes oncológicos em particular, adquiram capacidades que lhe permitam modificar comportamentos ao longo da sua vida (Antunes et al. 1999; Oliveira, 1999).

A educação para a saúde não se pode limitar a adoptar uma abordagem particular das doenças, nem pode privilegiar o cariz informativo ou mesmo visar apenas a expansão de crenças e atitudes. As ações educativas têm de ser integradas num contexto mais vasto de promoção da saúde, não só para que sejam os próprios sujeitos a tomar decisões e a responsabilizarem-se pela sua saúde, como para que estes mesmos indivíduos se sintam competentes para adoptar estilos de vida saudáveis e ainda para que o envolvimento físico e social seja possível, permitindo assim uma posição mais fácil a nível social e que esta seja valorizada e duradoura (Matos, Simões, Carvalhosa e Cunha, 1998).

**PARTE II**  
**ESTUDO EMPÍRICO**



**CAPÍTULO IV**  
**MÉTODOS**



## 1 - MÉTODOS

Tendo por base o quadro teórico elaborado definimos os procedimentos metodológicos que nos ajudarão a dar resposta às questões que inicialmente formulámos. Iremos deste modo, descrever e explicar o tipo de investigação, as variáveis em estudo, a amostragem realizada, os instrumentos de colheita de dados utilizados e os procedimentos estatísticos que se realizaram.

### 1.1 - METODOLOGIA

O saber produzido pela comunidade científica e divulgado, por diversos atores sociais através de múltiplos meios, leva ao aumento de conhecimentos também na comunidade em geral.

Verifica-se que a atitude das mulheres em relação á realização do rastreio é determinante para a incidência do cancro do colo do útero e do cancro da mama, sendo este um evidente problema de saúde pública.

O cancro do colo do útero é um dos cancros evitáveis mais frequentes nas mulheres (Ferlay, 2004 e Parkin, 2005). O padrão epidemiológico da doença caracteriza-se por um período longo entre a detecção das primeiras lesões e a instalação da doença, favorecendo a sua inclusão em programas de rastreio organizados, por serem custo-eficientes e terem ganhos em saúde associados (Anttila, 2004; Castellsague, 2006; Pereira et al, 2009). Contudo, verifica-se que as taxas de incidência e de mortalidade ainda permanecem, desafiando as medidas adoptadas.

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 e a fases avançadas (Pereira e tal, 2009).

O cancro da mama é considerado a principal causa de morte em mulheres com mais de 55 anos (Serrano e Pires, 2004). Segundo a Sociedade Portuguesa de Senologia (SPS), o cancro da mama é o cancro feminino com maior incidência e com maior taxa de mortalidade e a chave para a resolução desde problema é o rastreio e o diagnóstico precoce (Vitor Veloso 2010).

Assim, este projeto surgiu como resposta a necessidade de uma intervenção direcionada, no sentido de procurar melhorar a qualidade de vida das mulheres. Para tal

achámos pertinente investigar: os comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do colo do útero e ao autoexame da mama.

Um comportamento de adesão aos cuidados de saúde implica, por parte do indivíduo, uma atitude de envolvimento ativo, voluntário de aceitação e de colaboração com a manutenção da saúde, prevenção ou tratamento da doença (Turk & Meichenbaum, 1991). Os factores que podem influenciar os comportamentos de adesão dos indivíduos são, geralmente, as características relacionadas com a doença, o tratamento, o indivíduo, a relação médico/utente e a relação deste último com os serviços de saúde (Bishop, 1994; Greca & Shuman, 1995; Turk & Meichenbaum, 1991).

Um problema antes de ser considerado apropriado, deve ser analisado sob o aspecto da sua valorização quanto à sua exequibilidade, clareza e pertinência.

Partindo destes pressupostos elaboramos as seguintes questões de investigação:

- Que factores poderão influenciar a adesão à vigilância de saúde sexual e reprodutiva? A idade? O estado civil? O agregado familiar? As habilitações literárias? A profissão? A situação profissional? A residência? O número de filhos?
- O nível de conhecimentos das mulheres sobre o autoexame da mama e o cancro do colo do útero influenciam a adesão à vigilância de saúde sexual e reprodutiva?
- Em que medida as crenças de saúde das mulheres acerca do autoexame e cancro da mama e do cancro do colo do útero influenciam a adesão à vigilância de saúde sexual e reprodutiva?
- Qual a influência do meu estilo de vida na adesão à vigilância de saúde sexual e reprodutiva?

Neste sentido, delineamos um conjunto de objectivos que procuram responder a algumas das inquietações que esta problemática nos suscita, ou seja:

- Identificar os factores associados à adesão das mulheres à vigilância de saúde sexual e reprodutiva.
- Analisar em que medida os conhecimentos das mulheres acerca do autoexame e do cancro do colo do útero estão relacionados com a adesão à vigilância de saúde sexual e reprodutiva.
- Verificar em que medida as crenças de saúde têm efeito significativo na adesão à vigilância de saúde sexual e reprodutiva.
- Analisar a relação entre o meu estilo de vida com a adesão à vigilância de saúde sexual e reprodutiva.

A pertinência deste estudo consiste em implementar intervenções que envolvem a mudança de conduta, no sentido da melhoria dos cuidados e de um aumento da qualidade e da satisfação das utentes, tendo como principal objectivo diminuir o possível risco de cancro do colo do útero e da mama de uma dada mulher.

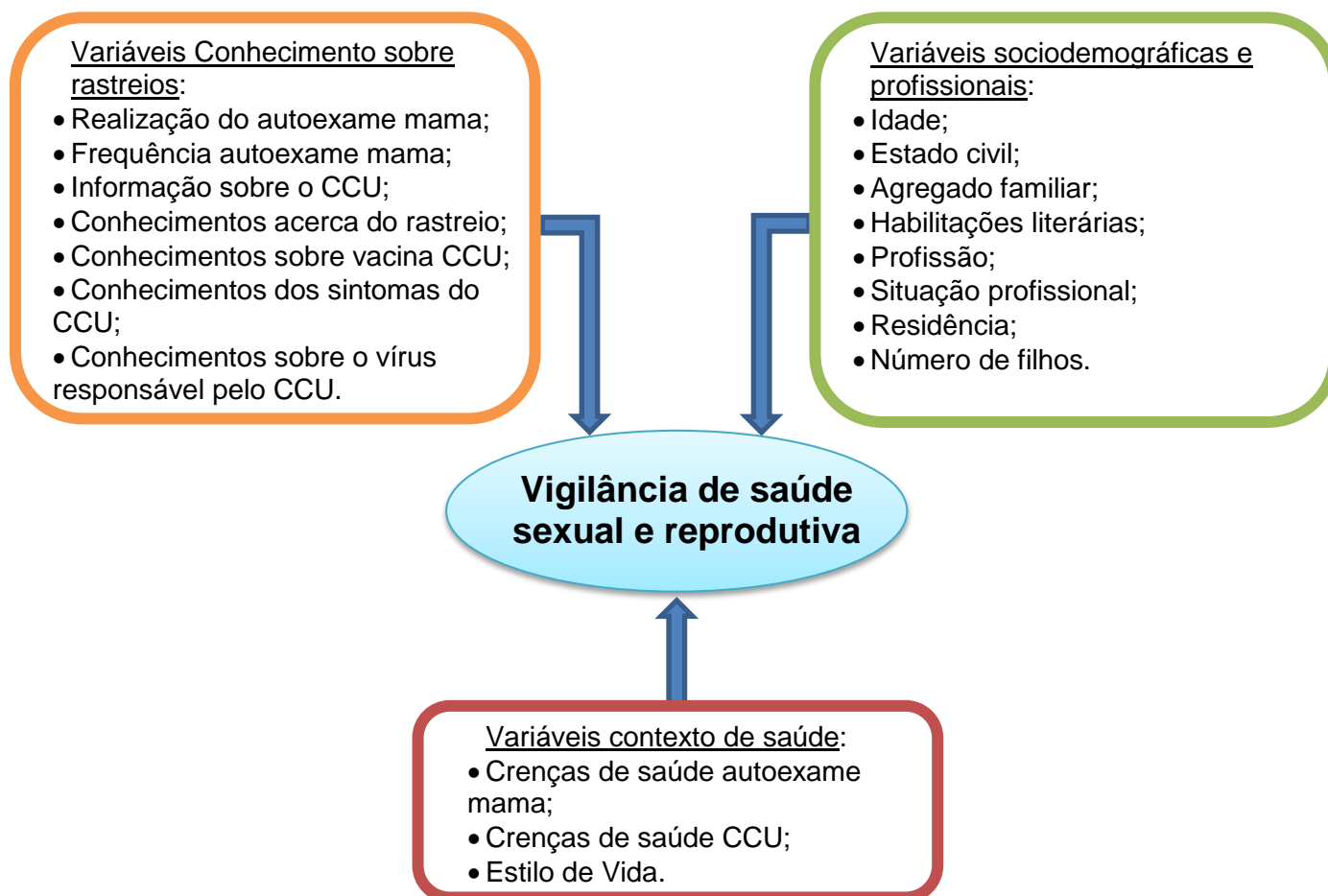
Face aos objectivos descritos, equacionou-se uma hipótese complexa, que será subdividida em várias subhipóteses (hipóteses simples) que pretendemos testar:

- As variáveis sociodemográficas e profissionais (idade, estado civil, agregado familiar, habilitações literárias, profissão, situação profissional, residência e número de filhos), as variáveis conhecimentos sobre rastreios acerca do cancro do colo do útero e autoexame da mama, as variáveis contexto de saúde (crenças em saúde e o estilo de vida) influenciam a adesão à vigilância de saúde sexual e reprodutiva das mulheres.

Como já referenciámos existem muitos estudos sobre a temática do cancro do colo do útero e do autoexame da mama em Portugal, mas são muito escassos aqueles que se conhecem que relacionam os conhecimentos, comportamentos, crenças e estilos de vida a adesão ao rastreio e estão por isso longe de revelarem a verdadeira dimensão do problema. Não é nossa pretensão dar resposta e encontrar soluções para uma problemática tão complexa, mas será mais um contributo a juntar a todos ou outros que pretenderam dar a conhecer e a compreender melhor as múltiplas implicações que factores, entre outros podem ter sobre a adesão ao rastreio.

Nesta perspectiva e tendo em conta a revisão teórica, objectivos e as hipóteses, elaboramos uma representação esquemática, que procura dar a conhecer o tipo de relação que se pretende estabelecer entre as variáveis.

### Esquema de investigação



## 1.2 - TIPO DE ESTUDO

Conceptualizámos um estudo transversal e recorreremos para o efeito a uma pesquisa descritiva do tipo correlacional, já que esta teve como seu primeiro objectivo a descrição das características de determinada população ou fenómeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis.

O seu desenho insere-se no âmbito das investigações empíricas pela sua componente observacional, ao permitir compreender o fenómeno a estudar como nos diz Hill e Hill (2001), citado por Duarte (2008). Pretende-se, deste modo, descrever as características de uma determinada população (mulheres) ou fenómeno (comportamentos de adesão ao rastreio) e estabelecer relação entre as variáveis. Dada a natureza do estudo, utilizámos a metodologia quantitativa, na medida em que se realizou um processo de recolha de dados observáveis e mesuráveis que exploram e determinam a existência de relações entre as variáveis, com vista a descrever essas mesmas relações. Os mesmos representam a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e

interpretação, possibilitando, conseqüentemente, uma margem de segurança quanto às interferências.

Uma das vantagens dos estudos retrospectivos é a aplicação dos questionários autoadministrados, método a que recorremos para a colheita de informação. Alguns autores como Hill e Hill (2001), Lobiondo-Hood & Haber (2001), Sampieri (2003), citados por Duarte (2008), referem que a utilização deste método tem vantagens sobre as entrevistas face a face, ou entrevistas pelo telefone. No questionário autoadministrado, o indivíduo faz apelo à sua memória e com alguma facilidade responde às várias questões, pois não se sente pressionado e inibido pelo entrevistador.

### 1.3 - PARTICIPANTES

Para o nosso estudo, recorremos a uma amostra não probabilística com conveniência constituída por 600 mulheres com idades compreendidas entre os 18 e os 67 anos que frequentam os cuidados de saúde primários nos ACES DÃO LAFÕES I, II, III e que se encontravam nas salas de espera dos serviços, desde Novembro de 2011 até Abril de 2012. Apenas se incluíram 522 mulheres, dado que 78 questionários não se encontravam corretamente preenchidos pois estavam com respostas incompletas.

#### 1.3.1 - Características gerais da amostra

##### Idade

As estatísticas relativas à idade das mulheres oscilam entre os 18 e os 67 anos, valores mínimos e máximos ao que corresponde uma idade média é de 38,89 anos. Em relação ao valor de assimetria e curtose, este indica uma curva de distribuição gaussiana. O teste de Kolmogorov Smirnov não é revelador de uma distribuição normal, já que o valor de (p) é estatisticamente significativo. O coeficiente de variação traduz uma dispersão alta, com 30,46%. Dada a amplitude de variação encontrada, e para uma melhor interpretação dos resultados, constituímos grupos homogêneos relativos às frequências observadas. Através da análise do quadro 1 verificamos que a maioria das mulheres possui idades  $\leq 30$  anos (25,7%), seguidas das mulheres com idades compreendidas entre os 31-37 anos e entre 48-67 anos com igual percentagem de 25,2%. A classe de mulheres com idades entre os 38 e os 47 anos é a que está menor representada na nossa amostra com 23,9%.

### **Estado civil**

No que diz respeito ao estado civil, sentimos necessidade de recodificar e associar o estado civil de solteira com o de divorciada/viúva. Verificamos que a grande maioria das mulheres está casada ou vive em união de facto, com 62,8% da amostra e encontramos 37,2% das mulheres que referem ser solteiras/divorciadas/viúvas. Quando relacionamos o estado civil com os grupos etários verificamos que são as mulheres casadas/união de facto que têm uma maior percentagem em todas as classes, sendo que a sua maior classe está situada no grupo dos 38-47 anos com 82,3%, com exceção das mais novas onde a maior percentagem com 67,9% é encontrada nas mulheres solteiras/divorciadas. As diferenças encontradas são estatisticamente significativas ( $X^2=79,431$ ;  $p=0,000$ ) e os valores residuais mostram que elas se situam para as mulheres solteiras/divorciadas entre o grupo de idade  $\leq 30$  anos e para as casadas/união de facto nos grupos com idades entre os 31 e 37 anos e entre os 38 e 47 anos (cf. quadro 1).

### **Nacionalidade**

Através da análise do quadro 1 verificamos que na nossa amostra existem 12 mulheres com nacionalidade estrangeira, a grande maioria (97,7%) possui a nacionalidade portuguesa e tem idades entre 48-67 anos (98,5%). Entre grupos os números são semelhantes pelo que não traduzem diferenças estatísticas significativas ( $X^2=0,838$ ;  $p=0,840$ ).

### **Agregado familiar**

O quadro 1 dá-nos ainda referências sobre o agregado familiar das constituintes da amostra. Houve necessidade de recodificar esta variável pelo que constituímos 2 grupos. Comprovamos que é notória a elevada percentagem das mulheres que residem com o companheiro e/ou filhos (72,8%), sendo que a maior percentagem com 91,9% é encontrada na classe dos 38-47 anos de idade. Apenas 27,2% das mulheres residem com outros elementos (pais, irmãos, sozinha) e a maioria (62,7%) tem  $\leq 30$  anos de idade. As diferenças encontradas são estatisticamente significativas ( $X^2=118,982$ ;  $p=0,000$ ) e os valores residuais mostram eu estas se situam para as mulheres que residem com o companheiro no grupo das que têm 38-47 anos e para as que residem com outros no grupo  $\leq 30$  anos de idade.

### **Habilitações literárias**

Em relação às habilitações literárias verificamos que a maioria das mulheres da nossa amostra, num total de 38,5% tem o ensino secundário como habilitações literárias, seguidas de 30,8% das mulheres com apenas o 2º ciclo e finalmente com 30,7% que possui um curso superior. Quando relacionamos as habilitações literárias com os grupos etários observamos que a maioria das mulheres mais jovens tem como habilitações o ensino secundário (59%), sendo que as mulheres com mais idade, nas classes 38-47 anos e mais de 48 anos têm a maior percentagem no 2º ciclo com 41,9% e 56,1% respetivamente. É na classe dos 31-37 anos com uma percentagem de 43,9% onde se encontram a maior parte das mulheres com um curso superior. As diferenças encontradas são estatisticamente significativas ( $X^2=98.390$ ;  $p=0,000$ ) e os valores residuais mostram que estas se situam nas mulheres com o 2º ciclo nos grupos 38-47 anos e 48-67 anos, para as mulheres com o ensino secundário no grupo dos  $\leq 30$  anos e para as mulheres com um curso superior as diferenças situam-se entre as classes dos 31 aos 37 anos (cf. quadro 1).

### **Profissão**

O Instituto Nacional de Estatística - Portugal (1994), considera na classificação nacional de profissões 10 grandes grupos homogéneos de profissões que estão de algum modo, ligados entre si pela formação, pelo tipo de trabalho realizado e pelo nível de competências requeridas para a respectiva execução.

Assim, são considerados os seguintes grupos profissionais:

- 0 - Membros das forças armadas;
- 1 - Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa;
- 2 - Especialistas das profissões intelectuais e científicas;
- 3 - Técnicos e profissionais de nível intermédio;
- 4 - Pessoal administrativo e similares;
- 5 - Pessoal dos serviços e vendedores;
- 6 - Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas;
- 7 - Operários, artífices e trabalhadores similares;
- 8 - Operadores de instalações de máquinas e trabalhadores da montagem;
- 9 - Trabalhadores não qualificados.

Para a operacionalização desta variável, pretendemos agrupar as profissões nas seguintes categorias:

- Grupo I - Quadros superiores técnicos e pessoal de serviços, que abrange os grupos O, 1, 2, 3, 4 e 5 da C. N. P.;
- Grupo II - Agricultores e operários não qualificados, que compreende os grupos 6, 7, 8, e 9 da C. N. P.;
- Grupo III - Sem emprego, no qual serão incluídas as inquiridas as domésticas, as desempregadas e as estudantes.

Nesta medida e através da análise do Quadro 1, verificamos que a maioria das mulheres da nossa amostra, num total de 38,9% está inserida no grupo II, correspondente aos agricultores e operários não qualificados, seguidas de 32,2% das mulheres que são domésticas, desempregadas e estudantes, agrupadas no grupo III. É de realçar que 28,9% das mulheres pertencem aos quadros superiores técnicos e pessoal de serviços, agrupadas no grupo I. É entre as mulheres pertencentes ao grupo III que se encontram valores percentuais mais elevados na classe  $\leq 30$  anos com 45,5%, por outro lado nas mulheres pertencentes ao grupo I encontramos na classe dos 31-37 anos a maior percentagem com 39,4%. No grupo II a maioria das mulheres é agrupada nas classes dos 38-47 anos e na dos 48-67 anos com 46% e 40,2% respetivamente. As diferenças encontradas são estatisticamente significativas ( $X^2=33.605$ ;  $p=0,000$ ) e os valores residuais mostram que estas se situam para o grupo I na classe dos 31-37 anos e para o grupo III nas classes  $\leq 30$  anos e também dos 48-67 anos.

### **Situação profissional**

Através da análise do quadro 1 podemos verificar que 65,9% das mulheres possui uma situação profissional ativa, contrastando com os 34,1% que não exerce qualquer atividade. Quando relacionamos a situação profissional com os grupos etários observamos que a maior percentagem é encontrada para as mulheres com uma situação profissional ativa na classe 38-47 anos com 76,6%, sendo também para estas nas classes 31-37 anos e 48-67 anos onde encontramos as maiores percentagens com 74,2% e 68,9% respetivamente. Já a maioria das mulheres mais jovens tem uma situação profissional não ativa com uma percentagem de 55,2%. As diferenças encontradas são estatisticamente significativas ( $X^2=37.572$ ;  $p=0,000$ ) e os valores residuais mostram que elas se situam para as mulheres no ativo entre as classes dos 31 e 37 anos e as dos 38 e 47 anos.

### **Residência**

Em relação à residência verificamos que a maioria das mulheres, num total de 55% da nossa amostra reside em meio urbano. As mulheres com idades mais elevadas residem na sua maioria (59,8%) em zonas urbanas. Nas mulheres que residem em zona urbana a maior percentagem é encontrada na classe dos 48-67 anos (59,8%) embora também seja neste grupo que encontramos os maiores valores percentuais nas classes 31-37 anos e  $\leq 30$  anos com uma percentagem de 58,3% e 55,2% respetivamente. As mulheres que residem em zonas rurais possuem os maiores valores percentuais na classe dos 38-47 anos com 54%. Entre os grupos as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ( $X^2=5,936$ ;  $p=0,115$ ) (cf. Quadro 1).

### **Número de filhos**

No que diz respeito ao número de filhos é de realçar que a maioria das mulheres tem 2 filhos (33,9%), já 28,9% das mulheres não têm filhos e igual percentagem encontramos nas que têm apenas 1 filho. Encontramos ainda 8,2% das mulheres com três ou mais filhos. Da análise bivariada estabelecida com o número de filhos e os grupos etários verificamos que as mulheres mais novas da nossa amostra não têm filhos (73,9%), enquanto que para as que têm 1 filho a maior percentagem é encontrada na classe dos 31-37 anos com 45,5%. Nas classes dos 38-47 anos e dos 48-67 anos os maiores valores percentuais são encontrados nas mulheres com 2 filhos com uma percentagem de 52,4% e 45,5% respetivamente. As diferenças encontradas são estatisticamente significativas ( $X^2=226,358$ ;  $p=0,000$ ) e os valores residuais mostram que elas se situam para as mulheres sem filho entre a classe  $\leq 30$  anos, para as mulheres com 1 filho na classe 31-37 anos, com 2 filhos e  $\geq 3$  filhos nas classes dos 38 e 47 anos e as dos 48 e 67 anos (cf. Quadro 1).

**QUADRO 1 - Caracterização Sociodemográfica e Profissional em função do grupo etário**

Grupo etário Variáveis	≤30		[31-37]		[38-47]		[48-67]		Total		Residuais			
	Nº (134)	% (25.7)	Nº (132)	% (25.2)	Nº (124)	% (23.9)	Nº (132)	% (25.2)	Nº (522)	% (100.0)	1	2	3	4
<b>Estado Civil:</b>														
Solteira/ Divorciada	91	67.9	38	28.8	22	17.7	43	32.6	194	37.2	<b>8.5</b>	-2.3	-5.1	-1.3
Casada/União de F.	43	32.1	94	71.2	102	82.3	89	67.4	328	62.8	-8.5	<b>2.3</b>	<b>5.1</b>	1.3
<b>Nacionalidade:</b>														
Sim	131	97.8	129	97.7	120	96.8	130	98.5	510	97.7	0.1	0.0	-0.8	0.7
Não	3	2.2	3	2.3	4	3.2	2	1.5	12	2.3	-0.1	0.0	0.8	-0.7
<b>Agregado familiar:</b>														
Companh. e/ou filho	50	37.3	108	81.8	114	91.9	108	81.8	380	72.8	-10.7	<b>2.7</b>	<b>5.5</b>	<b>2.7</b>
Outros	84	62.7	24	18.2	10	8.1	24	18.2	142	27.2	<b>10.7</b>	-2.7	-5.5	-2.7
<b>Habilitações literárias:</b>														
Até 2º Ciclo	12	9.0	23	17.4	52	41.9	74	56.1	161	30.8	-6.4	-3.9	<b>3.1</b>	<b>7.3</b>
Secundário	79	59.0	51	38.6	36	29.0	35	26.5	201	38.5	<b>5.6</b>	0.0	-2.5	-3.3
Curso Superior	43	32.1	58	43.9	36	29.0	23	17.4	160	30.7	0.4	<b>3.8</b>	-0.4	-3.8
<b>Profissão:</b>														
Grupo I	35	26.1	52	39.4	37	29.8	27	20.5	151	28.9	-0.8	<b>3.1</b>	0.3	-2.5
Grupo II	38	28.4	55	41.7	57	46.0	53	40.2	203	38.9	-2.9	0.8	1.9	0.3
Grupo III	61	45.5	25	18.9	30	24.2	52	39.4	168	32.2	<b>3.8</b>	-3.8	-2.2	<b>2.1</b>
<b>Situação Profissional:</b>														
Activa	60	44.8	98	74.2	95	76.6	91	68.9	344	65.9	-6.0	<b>2.3</b>	<b>2.9</b>	0.9
Não activa	74	55.2	34	25.8	29	23.4	41	31.1	178	34.1	6.0	-2.3	-2.9	-0.9
<b>Residência:</b>														
Rural	60	44.8	55	41.7	67	54.0	53	40.2	235	45.0	-0.1	-0.9	<b>2.3</b>	-1.3
Urbana	74	55.2	77	58.3	57	46.0	79	59.8	287	55.0	0.1	0.9	-2.3	1.3
<b>Número de filhos:</b>														
Sem filhos	99	73.9	29	22.0	13	10.5	10	7.6	151	28.9	<b>13.3</b>	-2.0	-5.2	-6.3
1 filho	22	16.4	60	45.5	30	24.2	39	29.5	151	28.9	-3.7	<b>4.8</b>	-1.3	0.2
2 filhos	12	9.0	40	30.3	65	52.4	60	45.5	177	33.9	-7.1	-1.0	<b>5.0</b>	<b>3.2</b>
≥3 filhos	1	0.7	3	2.3	16	2.2	23	4.4	43	8.2	-3.7	-2.9	<b>2.2</b>	<b>4.4</b>

### ***Em síntese:***

- A amostra em estudo é constituída por 522 mulheres que apresentam uma idade mínima de 18 anos e uma máxima de 67 anos sendo a idade média de 38,89 anos com um desvio padrão de 11,846. O grupo etário mais prevalente é o de idade inferior a 30 anos (25,7%);
- A grande maioria das mulheres está casada/união de facto (62,8%) sendo que a sua maior classe está situada no grupo dos 38-47 anos. Para as mulheres solteiras a idade que prevalece com maior percentagem é a ≤30 anos;
- Quase a totalidade da nossa amostra tem nacionalidade portuguesa (97,7%) sendo que a maioria pertence à classe dos 48-67 anos;
- Cerca de três quartos das mulheres da amostra 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, sozinha) e a maioria tem ≤30 anos de idade;
- As habilitações literárias das mulheres são semelhantes, no entanto a maioria tem o ensino secundário como habilitações (38,5%). A maioria das mulheres mais jovens tem como habilitações o ensino secundário (59%), sendo que as mulheres com mais idade, nas classes 38-47 anos e mais de 48 anos têm a maior percentagem no 2º ciclo com 41,9% e 56.1% respetivamente. É na classe dos 31-

37 anos com uma percentagem de 43,9% onde se encontram a maior parte das mulheres com um curso superior;

- Quanto à profissão a maioria das mulheres da nossa amostra, num total de 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 novas (45,5%) enquanto que as que pertencem aos quadros superiores técnicos e pessoal de serviços (grupo I) tem em maior percentagem de idades 31-37 anos (39,4%);
- A maioria das mulheres (65,9%) com uma situação profissional ativa possui idades entre os 38-47 anos;
- Quanto à residência, 55% das mulheres que residem em meio urbano tem idades entre os 48-67 anos, as que residem em zonas rurais têm ligeiramente idades mais baixas.
- Cerca de dois quartos das mulheres da nossa amostra com idades 38-47 anos tem dois filhos. A maioria com idades  $\leq 30$  anos não tem filhos (73,9%).

## 1.4 - INSTRUMENTOS

Face à natureza do estudo que pretendemos realizar, usamos os instrumentos de avaliação que achamos mais adequados à consecução do mesmo.

Como instrumentos de colheita de dados utilizamos o questionário que “*é um instrumento de medida que traduz os objetos de um estudo com variáveis mensuráveis*” (FORTIN, 1996, pág. 249).

A ordem pela qual os questionários e escalas se apresentam obedece à seguinte disposição: caracterização sociodemográfica e profissional, adesão e recomendação para o autoexame da mama, conhecimentos acerca do cancro do colo do útero, crenças de saúde no autoexame da mama, crenças cancro colo útero e o meu estilo de vida.

### 1.4.1 - Caracterização sociodemográfica e profissional (parte I)

Esta secção é composta por nove questões que permitem colher informações acerca da idade, estado civil, nacionalidade, agregado familiar, habilitações literárias, profissão, situação profissional, local de residência e número de filhos.

#### 1.4.2 - Adesão e recomendação para o autoexame mama (parte II)

Esta secção é composta por quatro questões sobre a adesão e recomendação para a realização do autoexame da mama tais como: se alguma vez realizou o autoexame da mama; com que frequência o realiza; se faz o autoexame por indicação de um profissional de saúde e de quem partiu a recomendação para a realização do autoexame.

#### 1.4.3 - Conhecimentos acerca do Cancro do colo útero (parte IV)

A operacionalização das variáveis referentes aos conhecimentos acerca do CCU, devem-se a utilização de critérios, tendo por base a fundamentação teórica descrita anteriormente, onde se procura atribuir um menor valor às atitudes e conhecimentos mais corretos, e um valor numérico mais alto às atitudes e conhecimentos menos corretos. As seguintes perguntas visam conhecer aspectos considerados relevantes sobre os conhecimentos acerca do CCU.

Igualmente nesta parte, considerou-se relevante mensurar as diversas variáveis de modo a possibilitar a sua avaliação, como se encontra exposto nos quadro seguintes (cf. quadro 2 ao 7).

Com vista a mensurar a **informação acerca do CCU** das mulheres estudadas foi atribuído um score numérico á soma das questões exposto no quadro 2.

Este score pode oscilar entre 17 e 34, em que quanto menor a pontuação obtida pelas mulheres, melhores serão as informações acerca do CCU.

CCU<sup>1</sup> **QUADRO 2** - Cotação atribuída às questões relacionadas com a informação sobre o

Variáveis		Cotação
<b>Já ouviu falar em CCU?</b>		
Sim		1
Não		2
<b>É fácil obter informação acerca do CCU?</b>		
Sim		1
Não		2
<b>De que forma obteve informação acerca do CCU?</b>		
Meios de comunicação/internet	Sim	1
	Não	2
Centro de Saúde/USF/USCF	Sim	1
	Não	2
Ginecologista	Sim	1
	Não	2
Amigos	Sim	2
	Não	1
<b>O CCU quando detectado tardiamente, pode:</b>		
É inofensivo	Sim	2
	Não	1
Pode causar morte	Sim	1
	Não	2
Pode provocar desconforto passageiro	Sim	2
	Não	1
<b>Sempre que se apercebe de uma infecção vaginal, o que faz?</b>		
Procura resposta na medicina natural	Sim	2
	Não	1
Aguarda que a infecção se resolva espontaneamente	Sim	2
	Não	1
Recorre a um profissional de saúde	Sim	1
	Não	2
Recorre à farmácia	Sim	2
	Não	1
<b>Que dúvidas gostaria de ver esclarecidas acerca do CCU?</b>		
Causas	Sim	1
	Não	2
Sinais e sintomas	Sim	1
	Não	2
Formas de prevenção	Sim	1
	Não	2
Exames de diagnóstico	Sim	1
	Não	2

<sup>1</sup> Se não responde ou não sabe é atribuído valor numérico 2, ao longo das perguntas dicotómicas

Com vista a quantificar os **conhecimentos acerca do rastreio do CCU**, foi realizado um score que engloba 6 questões: “*A partir de que altura deveria iniciar o rastreio do CCU?*”, “*Alguma vez realizou o rastreio do CCU?*”, “*Com que regularidade faz o rastreio do CCU?*” e “*O vírus responsável pelo aparecimento do CCU pode ser diagnosticado através de?*”. O score pode variar entre o mínimo de 17 e o valor máximo de 34, sendo que quanto maior for o valor obtido menor são os conhecimentos acerca do rastreio do CCU (cf. Quadro 3).

**QUADRO 3** - Conhecimentos acerca do rastreio do CCU

Variáveis		Cotação
<b>A partir de que altura deve iniciar o rastreio do CCU?</b>		
Antes de iniciar a actividade sexual	Sim	2
	Não	1
Após o início da actividade sexual	Sim	1
	Não	2
Depois dos 18 anos	Sim	2
	Não	1
Na menopausa	Sim	2
	Não	1
<b>Alguma vez realizou o rastreio do CCU</b>		
Sim		1
Não		2
<b>Com que regularidade faz o rastreio do CCU</b>		
Uma vez por ano	Sim	1
	Não	2
De dois em dois anos	Sim	2
	Não	1
De três em três anos	Sim	1
	Não	2
De cinco a dez anos	Sim	2
	Não	1
<b>O exame de rastreio do CCU é também conhecido como:</b>		
Prova de Mantoux	Sim	2
	Não	1
Citoscopia	Sim	2
	Não	1
Papanicolau	Sim	1
	Não	2
<b>O vírus responsável pelo aparecimento do CCU pode ser diagnosticado através:</b>		
Análises à urina	Sim	2
	Não	1
Análises ao sangue	Sim	2
	Não	1
Citologia	Sim	1
	Não	2
Radiografia	Sim	2
	Não	1
Ecografia pélvica	Sim	2
	Não	1

Os **conhecimentos acerca da vacina do CCU**, são constituídos pelas questões: “*Uma das formas de prevenir o aparecimento do CCU é através da vacinação?*”, “*Em que altura deve ser feita a vacinação?*” com um score que pode variar entre 5 e 10, sendo que quanto menor for o valor obtido maior são os conhecimentos, (cf. quadro 4).

**QUADRO 4** - Conhecimentos acerca da vacina do CCU

Variáveis	Cotação	
<b>Uma das formas de prevenir o aparecimento do CCU é através da vacinação?</b>		
Sim		1
Não		2
<b>Em que altura deve ser feita a vacinação do CCU?</b>		
Em qualquer idade	Sim	2
	Não	1
Antes de iniciar a actividade sexual	Sim	1
	Não	2
Depois de iniciar a actividade sexual	Sim	2
	Não	1
Depois da menopausa	Sim	2
	Não	1

Os **conhecimentos acerca dos factores de risco do CCU**, é constituído apenas pela questão: “*Os factores de risco do aparecimento do CCU são?*”, sendo que, o score pode variar entre 6 e 12, sendo que quanto menor for o valor obtido maior são os conhecimentos das mulheres na identificação dos factores de risco, (cf. quadro 5)

**QUADRO 5** - Conhecimentos acerca dos factores de risco do CCU

Variáveis	Cotação	
<b>Os factores de risco são:</b>		
Múltiplos parceiros sexuais	Sim	1
	Não	2
Idade	Sim	1
	Não	2
Falta de exercício físico	Sim	2
	Não	1
Ausência de actividade sexual	Sim	2
	Não	1
Hábitos tabágicos	Sim	1
	Não	2
História familiar de CCU	Sim	2
	Não	1

De modo a mensurar os **conhecimentos acerca dos sintomas do CCU** foi atribuído um score numérico à soma das seguintes questões: “O CCU pode ter sintomas?”, “Se sim quais?”.

Com base nas pontuações das questões anteriores obtivemos o valor global que, oscila entre 5 e 10, sendo que quanto maior for o score obtido menores serão os conhecimentos acerca dos sintomas do cancro do colo do útero, (cf. quadro 6).

**QUADRO 6** - Conhecimentos acerca dos sintomas do CCU

Variáveis		Cotação
<b>O CCU pode ter sintomas?</b>		
	Sim	1
	Não	2
<b>Se sim quais?</b>		
Perda de sangue anormal	Sim	2
	Não	1
Ardência	Sim	1
	Não	2
Infecção urinária	Sim	2
	Não	1
Ausência de menstruação	Sim	2
	Não	1

Os **conhecimentos acerca do vírus responsável pelo CCU**, são constituídos pelas questões: “O CCU pode ser causado por um vírus?”, “Qual o principal vírus responsável pelo aparecimento do CCU?” com um score que pode variar entre 5 e 10, sendo que quanto menor for o valor obtido maior são os conhecimentos, (cf. quadro 7).

**QUADRO 7** - Conhecimentos acerca do vírus responsável pelo CCU

Variáveis		Cotação
<b>O CCU pode ser causado por um vírus?</b>		
	Sim	1
	Não	2
<b>Qual o principal vírus responsável pelo aparecimento do CCU?</b>		
Síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA)	Sim	2
	Não	1
Vírus do papiloma humano (HPV)	Sim	1
	Não	2
Hepatite	Sim	2
	Não	1
Herpes	Sim	2
	Não	1

Por fim, os **conhecimentos globais sobre o CCU**, englobam a informação acerca do CCU, conhecimento acerca do rastreio, da vacina, dos factores de risco, dos sintomas e do vírus responsável pelo CCU. Apresenta um score total que varia entre um mínimo de 55 e um máximo de 110 sendo que quanto menor for o valor obtido maior são os conhecimentos das mulheres acerca do CCU.

#### 1.4.4 - Escala das crenças de saúde no autoexame da mama (parte III)

Para avaliar as crenças de saúde relacionadas com o cancro da mama e o autoexame da mama, foi utilizada uma escala de crenças de saúde desenvolvida por Champion (1997), cuja tradução para a língua portuguesa foi processada no âmbito da presente investigação. Ela constitui um questionário de auto preenchimento com 26 itens que se agrupam em 4 subescalas:

- Percepção de vulnerabilidade que corresponde ao risco pessoal percebido de desenvolver cancro da mama que contém 5 itens (1,5,9,13,17)
- Percepção de obstáculos que contextualiza as dificuldades ou barreiras associadas ao CM e AEM com 10 itens (3,7,11,15,18,20,22,24,25,26)
- Percepção de benefícios que se refere às vantagens do CM e AEM em relação à sua eficácia com 4 itens (2,6,10,14)
- Expectativa de autoeficácia à realização do CM e AEM que se refere às potenciais habilidades para a realização do CM e AEM com 7 itens (4,8,12,16,19,21,23)

As respostas são avaliadas numa escala de Likert de 1 a 5 e cotadas de forma a que, quanto maior for a pontuação obtida mais adequadas são as crenças de saúde, sendo que o resultado total da escala provém do somatório de todos os itens.

Existem itens cuja cotação das respostas se faz inversamente, como é o caso dos itens 2,4,6,8,10,12,14,16,19,21 e 23. Estes obtêm a cotação mais alta de 5 se o sujeito “concorda totalmente”, enquanto que nos restantes a cotação mais elevada é obtida para a resposta “discordo totalmente”.

#### Resultados psicométricos do questionário crenças de saúde no cancro do colo útero e no autoexame da mama

Realizou-se a avaliação de algumas das suas propriedades psicométricas nomeadamente **os estudos de fiabilidade** e **estudos de validade**. Os estudos de fiabilidade dizem algo sobre o grau de confiança ou de exatidão que podemos ter na informação obtida. Avaliam a estabilidade temporal e a consistência interna ou homogeneidade dos itens.

Duarte (2008, p.223) refere que “*A estabilidade temporal, também conhecida por fiabilidade teste-reteste, não foi efectuada neste nosso estudo na medida em que constituindo este inventário um instrumento para medir um estado que poderá ser modificado, o teste-reteste não é relevante como medida de fiabilidade. A consistência*

*interna refere-se ao grau de uniformidade e de coerência entre as respostas dos inquiridos a cada um dos itens que compõem a prova, isto é, avalia o grau em que a variância geral dos resultados se associa ao somatório da variância item a item.”*

Deste modo, o estudo da homogeneidade dos itens (consistência interna) foi conduzido realizando os seguintes passos conforme apresentou Duarte (2008):

- Determinação do coeficiente de correlação de Pearson das diversas questões com a nota global. Indica-nos “se cada parte se subordina ao todo”, ou seja, se cada item se define como um todo “operante” do “constructo geral” que pretende medir (Vaz Serra, 1994);
- Determinação do coeficiente alfa de Cronbach. - Mede a correlação entre cada escala com os restantes que, supostamente, pertencem a um mesmo universo e o valor obtido corresponde ao limite inferior de consistência interna. Este indicador, permite avaliar a forma como os diversos itens se complementam na avaliação dos diferentes aspectos de um factor pertencentes a uma mesma subescala. Os parâmetros variam entre zero (0) e um (1). A partir de 0.8 a consistência interna é considerada de muito boa;
- Determinação do coeficiente de bipartição ou método da metade (split-half). Este coeficiente divide os itens de uma escala em dois grupos e examina a correlação dentro de cada grupo e entre os dois grupos isto é procura comprovar se uma das metades dos itens da escala é tão consistente a medir o constructo como a outra metade. De algum modo este indicador tenta substituir o teste-reteste que não permite controlar os acontecimentos que ocorrem entre dois momentos de aplicação do instrumento a um mesmo grupo de pessoas, tornando difícil a comparação dos resultados.

Para a determinação dos estudos de validade utiliza-se a análise factorial dos itens e dos resultados, que é o método que tem revelado maior uso e reconhecimento entre os diversos autores. A análise factorial é, segundo Reis & Moreira (1993), “um conjunto de técnicas cujo objectivo é reduzir um número elevado de variáveis a um conjunto menos numeroso de factores que procurem tanto quanto possível reter a natureza das variáveis iniciais”. Para Polit & Hungler (1994), trata-se de um procedimento multivariado que, embora incluindo um elevado grau de subjetividade, não deixa de constituir uma ferramenta muito poderosa e com enorme aplicabilidade, como citou Duarte (2008, p.224).

Reportando-nos aos resultados da fiabilidade, o quadro 9 mostra-nos as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada item e o valor global o que

nos dá uma ideia da forma como o item se combina com o valor global.

Os resultados psicométricos da escala para o presente estudo permitiram verificar que os valores médios oscilaram entre 2,05 no item 17 e os 4,69 no item 2. Quanto aos valores de alfa de Cronbach para cada um dos itens da escala estes oscilam entre os 0,779 no item 15 e 0,808 no item 5 e 17. Os coeficientes de correlação item total corrigido revela que o item 21 é o mais problemático por apresentar valor mínimo de ( $r=0,079$ ) e o máximo de ( $r=0,544$ ) no item 20.

Calculando o índice de fiabilidade pelo método das metades os valores de alfa de Cronbach revelaram-se mais fracos, do que o alfa para a globalidade da escala (0,796) já que para a primeira metade se obteve um valor de 0,591 e para a segunda de 0,721 (cf. quadro 8).

**QUADRO 8** - Consistência Interna da escala crenças de saúde no autoexame da mama

Nº Item	Itens	Média	Dp	Correlação Item/total	$\alpha$ sem item
1	É extremamente provável que eu venha a ter cancro da mama	2,77	1,083	0,224	0,794
2	Quando faço o autoexame da mama, estou a fazer algo para cuidar de mim.	4,69	0,757	0,349	0,790
3	Acho que não consigo fazer o autoexame corretamente.	3,10	1,265	0,389	0,787
4	Sei fazer o autoexame da mama.	3,65	1,088	0,448	0,785
5	As minhas hipóteses de vir a ter cancro da mama nos próximos anos são elevadas.	3,07	2,080	0,140	0,808
6	Fazer o autoexame da mama todos os meses pode ajudar-me a encontrar nódulos precocemente.	4,32	1,113	0,340	0,789
7	Se eu fizer o CM e AEM vou ficar preocupada com o que se passa com as minhas mamas.	3,16	1,653	0,296	0,793
8	Consigo fazer o CM e AEM corretamente.	3,56	1,032	0,441	0,785
9	Acho que vou ter cancro da mama no decurso da minha vida.	3,00	0,941	0,266	0,792
10	Fazer CM e AEM todos os meses pode diminuir as hipóteses de eu morrer com cancro da mama.	3,73	1,275	0,221	0,795
11	Fazer o CM e AEM é embaraçoso.	3,98	1,285	0,514	0,780
12	Sou capaz de encontrar um nódulo se fizer o CM e AEM.	3,63	1,091	0,206	0,795
13	É uma possibilidade que eu venha a ter cancro da mama.	2,65	1,054	0,092	0,799
14	Se eu encontrar um nódulo precocemente ao fazer o CM e AEM, o tratamento para o cancro da mama pode no ser tão mau.	3,84	1,103	0,244	0,793
15	Fazer o CM e AEM demora muito tempo.	3,81	1,240	0,539	0,779
16	Sei quais são os passos a percorrer para fazer o CM e AEM.	3,85	1,076	0,424	0,786
17	Preocupa-me a possibilidade de vir a ter cancro da mama num futuro próximo.	2,05	1,163	-0,102	0,808
18	É difícil lembrar-me de fazer o CM e AEM.	3,00	1,336	0,365	0,788
19	Consigo saber se algo está mal com as minhas mamas quando faço o CM e AEM.	3,63	1,124	0,294	0,791
20	Não tenho privacidade suficiente para fazer o CM e AEM.	4,23	1,185	0,544	0,780
21	Consigo ver se algo está mal com as minhas mamas quando me vejo ao espelho.	3,05	1,329	0,079	0,802
22	Não é necessário fazer o CM e AEM se fizermos um exame mamário por um profissional de saúde.	3,77	1,338	0,514	0,780
23	Sei usar a parte correcta dos dedos quando faço o CM e AEM.	3,53	1,164	0,348	0,789
24	Não é necessário fazer o CM e AEM se fizermos uma mamografia de rotina.	3,86	1,316	0,497	0,781
25	As minhas mamas são demasiado grandes para que eu consiga fazer o CM e AEM.	4,10	1,190	0,496	0,782
26	Tenho problemas mais importantes do que fazer o CM e AEM.	4,28	1,195	0,499	0,782
<b>Coefficiente split-half</b>		Primeira metade = 0,591			
		Segunda metade = 0,721			
<b>Coefficiente alfa Cronbach global</b>		<b>0,796</b>			

Na continuação do estudo da fiabilidade da escala, apresentamos no quadro 9 os parâmetros de validade e de precisão das subescalas das crenças de saúde no autoexame da mama.

No que concerne à **percepção de vulnerabilidade** obtêm-se valores de alfa classificados de bons uma vez que oscilam entre os 0,513 no item 13 e 0,665 no item 5 (cf.

quadro 9) com um valor global para o total da escala de 0,610 (cf. quadro 11). Os valores de split-half desceram na segunda metade (0,469) e subiram na primeira metade (0,509). Salienta-se ainda que o item 9 é o que mais se correlaciona com a percepção da vulnerabilidade ( $r=0,503$ ) e o que melhor representa esta subescala e o menor é o item 17 ( $r=0,269$ ). O item 9 é o que exprime maior variabilidade em relação aos restantes itens com 30%.

Passando à **percepção de obstáculos** em termos médios os resultados mais fracos verificam-se no item 26, sendo o item 18 o que apresenta maior variabilidade de resposta. Quanto à consistência da subescala obtiveram-se valores de alfa a oscilarem entre 0,801 no item 20 e 0,842 no item 7 que podem classificar-se de muito bons (cf. quadro 10). Também o alfa total para esta subescala pode considerar-se muito bom ao obter um valor de 0,831, e os valores de split-half, são fracos para a primeira metade com 0,644 e bastante melhores na segunda metade com 0,841 (cf. quadro 10).

Patente no quadro 10 está o item 20 que é o que mais se correlaciona com os resultados globais da subescala e consegue exprimir cerca de 53,5% da variabilidade através dos restantes itens da subescala. O de menor correlação é o item 7 ( $r=0,325$ ), sendo o que apresenta menor variabilidade (15,3%).

Na subescala **percepção dos benefícios** nota-se homogeneidade nas respostas, pois apresentam valores médios que variam entre os 5,004 e os 7,258. Já no que respeita à variabilidade de resposta esta ocorre em maior grau no item 6, com 31,4%.

Os coeficientes de alfa de Cronbach obtidos nos 44 itens da escala oscilaram entre 0,568 no item 6 e 0,657 no item 2, indicam-nos uma razoável consistência interna (cf. quadro 10). O coeficiente de split-half é razoável para a primeira metade (0,589) e razoável para a segunda metade (0,609) bem como para o coeficiente alfa global (0,675) (cf. quadro 10).

O item que mais se correlaciona com os restantes é o item 6 ( $r=0,515$ ) com variabilidade de 31,4% e o que menos se correlaciona é o item 2 ( $r=0,390$ ).

Finalmente reportando-nos à subescala **expectativa de autoeficácia à realização do CM e AEM** os resultados psicométricos da subescala para o presente estudo permitiram verificar que os valores médios oscilaram entre 21,05 no item 16 e os 21,85 no item 21. Quanto aos valores de alfa de Cronbach para cada um dos itens da subescala estes oscilam entre os 0,733 no item 8 e 0,789 no item 21, sendo o alfa global de 0,782. Os coeficientes de correlação item total corrigido revela que o item 21 é o mais problemático por apresentar valor mínimo de ( $r=0,363$ ) e o máximo de ( $r=0,627$ ) no item 8.

Calculando o índice de fiabilidade pelo método das metades os valores de alfa de Cronbach revelaram-se mais fracos, do que o alfa para a globalidade da subescala (0,782) já que para a primeira metade se obteve um valor de 0,728 e para a segunda de 0,611 (cf. quadro 10).

**QUADRO 9 -** Relações entre itens e subescalas das crenças de saúde no autoexame da mama

Nº Item	Itens	Média	Variância	R/item	R <sup>2</sup>	Alpha
<b>Percepção de Vulnerabilidade</b>						
1	É extremamente provável que eu venha a ter cancro da mama	10,77	12,493	0,472	0,276	0,514
5	As minhas hipóteses de vir a ter cancro da mama nos próximos anos são elevadas.	10,47	9,017	0,315	0,122	0,665
9	Acho que vou ter cancro da mama no decurso da minha vida.	10,53	12,982	0,503	0,300	0,516
13	É uma possibilidade que eu venha a ter cancro da mama.	10,89	12,574	0,481	0,275	0,513
17	Preocupa-me a possibilidade de vir a ter cancro da mama num futuro próximo.	11,49	13,613	0,269	0,115	0,599
<b>Percepção de Obstáculos</b>						
3	Acho que não consigo fazer o autoexame corretamente.	34,20	59,801	0,326	0,163	0,834
7	Se eu fizer o CM e AEM vou ficar preocupada com o que se passa com as minhas mamas.	34,13	56,944	0,325	0,153	0,842
11	Fazer o CM e AEM é embaraçoso.	33,32	54,359	0,621	0,465	0,806
15	Fazer o CM e AEM demora muito tempo.	33,48	55,014	0,610	0,429	0,807
18	É difícil lembrar-me de fazer o CM e AEM.	34,30	58,810	0,350	0,171	0,832
20	Não tenho privacidade suficiente para fazer o CM e AEM.	33,06	54,455	0,681	0,535	0,801
22	Não é necessário fazer o CM e AEM se fizermos um exame mamário por um profissional de saúde.	33,53	54,158	0,600	0,510	0,807
24	Não é necessário fazer o CM e AEM se fizermos uma mamografia de rotina.	33,43	54,227	0,610	0,530	0,807
25	As minhas mamas são demasiado grandes para que eu consiga fazer o CM e AEM.	33,20	55,931	0,586	0,400	0,810
26	Tenho problemas mais importantes do que fazer o CM e AEM.	33,02	55,581	0,604	0,467	0,808
<b>Percepção de Benefícios</b>						
2	Quando faço o autoexame da mama, estou a fazer algo para cuidar de mim.	11,88	7,258	0,390	0,223	0,657
6	Fazer o autoexame da mama todos os meses pode ajudar-me a encontrar nódulos precocemente.	12,25	5,496	0,515	0,314	0,568
10	Fazer CM e AEM todos os meses pode diminuir as hipóteses de eu morrer com cancro da mama.	12,84	5,004	0,489	0,280	0,593
14	Se eu encontrar um nódulo precocemente ao fazer o CM e AEM, o tratamento para o cancro da mama pode no ser tão mau.	12,73	5,737	0,467	0,237	0,601
<b>Expectativa de autoeficácia à realização do CM e AEM</b>						
4	Sei fazer o autoexame da mama.	21,25	20,223	0,595	0,483	0,737
8	Consigo fazer o CM e AEM corretamente.	21,34	20,326	0,627	0,511	0,733
12	Sou capaz de encontrar um nódulo se fizer o CM e AEM.	21,27	22,233	0,370	0,161	0,780
16	Sei quais são os passos a percorrer para fazer o CM e AEM.	21,05	20,773	0,540	0,330	0,748
19	Consigo saber se algo está mal com as minhas mamas quando faço o CM e AEM.	21,28	20,864	0,497	0,275	0,756
21	Consigo ver se algo está mal com as minhas mamas quando me vejo ao espelho.	21,85	21,041	0,363	0,161	0,789
23	Sei usar a parte correta dos dedos quando faço o CM e AEM.	21,37	19,662	0,602	0,398	0,735

**QUADRO 10 -** Comparação dos valores de alfa do estudo atual com a escala original por subescala

Subescalas	Nº itens	Alfa de Cronbach			
		(Split-half)		Total	
		Parte 1	Parte 2	Estudo actual	Estudo original
Vulnerabilidade	5	0,509	0,469	0,610	-
Obstáculos	10	0,644	0,841	0,831	-
Benefícios	4	0,589	0,609	0,675	-
Eficácia	7	0,728	0,611	0,782	-
Crenças de saúde global	26	0,591	0,721	0,796	-

#### 1.4.5 - Escala de crenças de saúde (Patrão et al., 2000) - (parte IV)

Para mensurar as crenças de saúde, utilizamos uma escala de crenças de saúde de Champion, 1993; Champion & Scott, 1997), adaptada e reformulada para a língua portuguesa por Patrão et al., 2000. Esta escala é do tipo Likert, composta por 26 itens, em que todos os itens vão no sentido positivo, sendo a cotação atribuída respectivamente de: discordo totalmente (1), discordo (2), discordo indiferente (3), concordo (4), concordo totalmente (5). Perante cada item, por exemplo no caso do primeiro item que faz parte da subescala de vulnerabilidade - "É bastante provável que eu possa vir a ter cancro do colo do útero" - a mulher tem de expressar a sua opinião, que pode ir desde o extremo do discordo totalmente ao concordo totalmente.

Os itens distribuem-se e agrupam-se em quatro subescalas: vulnerabilidade (itens 1 a 6), gravidade (itens 7 a 13), benefícios (itens 14 a 17) e obstáculos (itens 18 a 26).

Considera-se que quanto mais alta for a pontuação nas subescalas de vulnerabilidade e gravidade, mais elevadas serão as crenças de gravidade e vulnerabilidade em relação ao cancro do colo do útero. Em relação às subescalas de benefícios e obstáculos, também quanto maior for o score obtido, mais elevadas serão as crenças de benefícios e de obstáculos em relação à citologia.

#### Resultados psicométricos da escala de crenças de saúde (Patrão et al., 2000)

Reportando-nos aos resultados da fiabilidade, o quadro 11 mostra-nos as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada item e o valor global o que nos dá uma ideia da forma como o item se combina com o valor global.

Como verificamos os valores de alfa de Cronbach são classificados de muito bons pois variam entre 0,842 e 0,855. Os coeficientes de correlação item total corrigido revelam que o item 14 é o que apresenta o valor mínimo de ( $r=0,203$ ), seguida do item 16 ( $r=0,227$ ), não se revelando por isso homogéneos face a outros itens, e a correlação máxima é obtida no item 8 ( $r=0,561$ ). Os valores médios e respectivos desvios padrões dos diversos itens, permitem-nos dizer que se encontram bem centrados.

Calculando o índice de fiabilidade pelo método das metades os valores de alfa de Cronbach revelaram-se mais fracos, do que o alfa para a globalidade da escala (0,853) na primeira metade (0,836) e mais fracos na segunda metade (0,753).

**QUADRO 11** - Consistência Interna dos itens da escala crenças de saúde CCU

Nº Item	Itens	Média	Dp	Correlação Item/total	$\alpha$ sem item
1	Acha que é provável poder vir a ter cancro do colo do útero?	3,13	1,064	0,436	0,847
2	Acha que a probabilidade de vir a ter cancro do colo do útero nos próximos anos é elevada?	2,96	0,936	0,503	0,846
3	Sente que ao longo da sua vida poderá vir a ter cancro do colo do útero?	3,04	0,947	0,482	0,846
4	Acha que tem maior probabilidade de ter cancro do colo do útero do que a maioria das mulheres?	2,62	1,026	0,424	0,848
5	O desenvolvimento do cancro do colo do útero é algo que lhe pode estar a ocorrer presentemente?	2,75	1,095	0,352	0,850
6	Está preocupada com o facto de poder vir a desenvolver cancro do colo do útero nos próximos tempos?	3,21	1,304	0,475	0,845
7	Pensar no cancro do colo do útero assusta-a?	3,55	1,337	0,476	0,845
8	Quando pensa acerca do cancro do colo do útero, o seu coração fica a bater mais depressa?	3,07	1,318	0,561	0,842
9	Tem medo de pensar acerca do cancro do colo do útero?	3,11	1,333	0,560	0,842
10	Acha que se sofresse de cancro do colo do útero os problemas que teria durariam muito tempo?	3,23	1,060	0,401	0,848
11	Acha que se tivesse cancro do colo do útero toda a sua vida mudaria?	3,70	1,214	0,349	0,850
12	O cancro do colo do útero poderia ameaçar a relação que mantém com o seu namorado, marido ou companheiro?	2,81	1,302	0,335	0,850
13	Se desenvolvesse cancro do colo do útero não iria viver mais de 5 anos?	2,78	1,065	0,406	0,848
14	A realização da citologia ajuda a detectar mais cedo a existência de lesões no útero?	4,06	1,283	0,203	0,855
15	Se for encontrada alguma lesão do útero através da citologia, o tratamento do cancro não será assim tão mau.	3,44	1,121	0,252	0,852
16	A realização da citologia é a melhor maneira de detectar pequenas lesões no útero.	3,89	1,220	0,227	0,854
17	A realização de uma citologia diminuirá as suas hipóteses de morrer de cancro do colo do útero.	3,67	1,230	0,290	0,852
18	Quando faz uma citologia tem receio de descobrir que alguma coisa não está bem?	3,42	1,290	0,481	0,845
19	Tem receio de fazer uma citologia porque não compreende como será feita?	2,07	1,315	0,423	0,847
20	A realização de uma citologia seria embaraçosa?	2,17	1,334	0,449	0,846
21	A realização de uma citologia demoraria muito tempo?	2,10	1,293	0,406	0,848
22	A realização de uma citologia seria dolorosa?	2,21	1,262	0,424	0,847
23	A realização de uma citologia obrigar-me-ia a faltar ao emprego?	2,39	1,369	0,395	0,848
24	Tem outros problemas mais importantes do que pensar em fazer uma	2,03	1,262	0,312	0,851
25	A realização de uma citologia seria dispendiosa.	2,11	1,308	0,368	0,849
26	Não consigo lembrar-me de marcar o exame (citologia).	2,16	1,296	0,334	0,850
<b>Coefficiente split-half</b>		Primeira metade = 0.836			
		Segunda metade = 0.753			
Coefficiente alfa Cronbach global		0,853			

Na continuação do estudo da fiabilidade da escala, apresentamos no quadro 12 os parâmetros de validade das subescalas das crenças de saúde do CCU.

No que concerne à **vulnerabilidade**, obtêm-se valores de alfa classificados de bons uma vez que oscilam entre os 0,733 no item 2 e 0,790 no item 6 (cf. quadro 12) com um valor global para o total da escala de 0,793 (cf. quadro 13) que é ligeiramente inferior ao obtido no estudo da escala global. Os valores de split-half subiram na primeira metade (0,838) mas desceram na segunda metade (0,596), não deixando de se constituírem mesmo assim como bons indicadores da consistência interna da subescala. Salienta-se ainda que o item 5 é o que está menos correlacionado com a vulnerabilidade ( $r=0,461$ ) e o que melhor representa esta subescala é o item 2 ( $r=0,687$ ), exprimindo maior variabilidade em relação aos restantes itens com 56,8%.

Passando à **gravidade**, no quadro 16 verificamos que o item 12 é o que mais se correlaciona com os resultados globais da subescala e para o qual se consegue exprimir

cerca de 77,9% da variabilidade através dos restantes itens da subescala. O de menor correlação é o item 13 ( $r=0,322$ ) e o de maior correlação é o item 9 ( $r=0,655$ ), sendo também este que apresenta menor variabilidade (71%). Quanto à consistência da subescala o alfa total para esta subescala pode considerar-se de bom ao obter um valor de 0,774, que é ligeiramente inferior ao da escala original, e o valor de split-half é fraco na segunda metade com 0,515, mas bom na primeira metade pois situa-se em 0,802 (cf. quadro 13).

Analisando a subescala **benefícios** nos valores médios nota-se homogeneidade nas respostas dadas pois os valores são muito idênticos. Os coeficientes de alfa de Cronbach obtidos nos quatro itens da subescala que oscilam entre 0,778 no item 16 e 0,858 no item 15, indicam-nos uma boa consistência interna. Em relação ao coeficiente de split-half (0,687) para a primeira metade bem como para o coeficiente de split-half para a segunda metade (0,787) consideram-se bastante razoáveis. O coeficiente alfa global (0,861) revela uma consistência interna muito boa sendo ainda este ligeiramente superior ao obtido na escala original (cf. quadro 15). O maior valor de correlação situa-se no item 16 ( $r=0,811$ ) sendo também este que mais consegue exprimir a maior variabilidade (68,4%) em relação aos restantes itens. O item que apresenta menor correlação é o item 15 ( $r=0,131$ ) explicando apenas 3,84% da variabilidade em relação aos restantes itens (cf. quadro 12).

No que diz respeito à subescala **obstáculos** e através da análise do quadro 12, para os valores médios nota-se homogeneidade nas respostas dadas pois os valores também são muito idênticos. O maior valor de correlação situa-se no item 21 ( $r=0,774$ ) sendo também este que mais consegue exprimir a maior variabilidade (69,6%) em relação aos restantes itens. O item que apresenta menor correlação é o item 18 ( $r=0,070$ ) explicando apenas 4,9% da variabilidade em relação aos restantes itens. Os coeficientes de alfa de Cronbach obtidos nos nove itens da subescala que oscilam entre 0,852 no item 21 e 0,909 no item 18, indicam-nos uma muito boa consistência interna. Em relação ao coeficiente de split-half (0,814) para a primeira metade bem como para o coeficiente de split-half para a segunda metade (0,816) e o coeficiente alfa global (0,878) revela uma consistência interna muito boa sendo ainda este ligeiramente superior ao obtido na escala original (cf. quadro 13).

**QUADRO 12 -** Relações entre itens e subescalas das crenças de saúde CCU

Nº Item	Variáveis	Média	Variância	R/item	R <sup>2</sup>	Alpha
<b>Vulnerabilidade</b>						
1	Acha que é provável poder vir a ter cancro do colo do útero?	14,58	14,171	0,615	0,527	0,745
2	Acha que a probabilidade de vir a ter cancro do colo do útero nos próximos anos é elevada?	14,75	14,462	0,687	0,568	0,733
3	Sente que ao longo da sua vida poderá vir a ter cancro do colo do útero?	14,67	14,708	0,637	0,469	0,743
4	Acha que tem maior probabilidade de ter cancro do colo do útero do que a maioria das mulheres?	15,09	15,307	0,482	0,272	0,776
5	O desenvolvimento do cancro do colo do útero é algo que lhe pode estar a ocorrer presentemente?	14,97	15,106	0,461	0,236	0,782
6	Está preocupada com o facto de poder vir a desenvolver cancro do colo do útero nos próximos tempos?	14,51	14,012	0,462	0,215	0,790
<b>Gravidade</b>						
7	Pensar no cancro do colo do útero assusta-a?	18,70	22,646	0,583	0,454	0,726
8	Quando pensa acerca do cancro do colo do útero, o seu coração fica a bater mais depressa?	19,18	22,563	0,603	0,545	0,722
9	Tem medo de pensar acerca do cancro do colo do útero?	19,13	21,900	0,655	0,561	0,710
10	Acha que se sofresse de cancro do colo do útero os problemas que teria durariam muito tempo?	19,02	25,291	0,509	0,296	0,744
11	Acha que se tivesse cancro do colo do útero toda a sua vida mudaria?	18,55	24,663	0,473	0,301	0,750
12	O cancro do colo do útero poderia ameaçar a relação que mantém com o seu namorado, marido ou companheiro?	19,44	25,748	0,333	0,200	0,779
13	Se desenvolvesse cancro do colo do útero não iria viver mais de 5 anos?	19,47	27,140	0,322	0,181	0,776
<b>Benefícios</b>						
14	A realização da citologia ajuda a detectar mais cedo a existência de lesões no útero?	11,01	9,226	0,743	0,618	0,808
15	Se for encontrada alguma lesão do útero através da citologia, o tratamento do cancro não será assim tão mau.	11,62	10,865	0,614	0,384	0,858
16	A realização da citologia é a melhor maneira de detectar pequenas lesões no útero.	11,17	9,178	0,811	0,684	0,778
17	A realização de uma citologia diminuirá as suas hipóteses de morrer de cancro do colo do útero.	11,39	9,954	0,669	0,456	0,838
<b>Obstáculos</b>						
18	Quando faz uma citologia tem receio de descobrir que alguma coisa não está bem?	17,25	66,637	0,070	0,049	0,909
19	Tem receio de fazer uma citologia porque não compreende como será feita?	18,60	53,534	0,754	0,646	0,853
20	A realização de uma citologia seria embaraçosa?	18,51	53,310	0,754	0,690	0,853
21	A realização de uma citologia demoraria muito tempo?	18,57	53,474	0,774	0,696	0,852
22	A realização de uma citologia seria dolorosa?	18,46	54,049	0,762	0,627	0,853
23	A realização de uma citologia obrigar-me-ia a faltar ao emprego?	18,28	56,426	0,558	0,350	0,871
24	Tem outros problemas mais importantes do que pensar em fazer uma	18,64	55,625	0,667	0,527	0,861
25	A realização de uma citologia seria dispendiosa.	18,56	54,515	0,702	0,565	0,858
26	Não consigo lembrar-me de marcar o exame (citologia).	18,51	56,120	0,617	0,458	0,866

**QUADRO 13 -** Comparação dos valores de alfa do estudo atual com a escala original por subescala

Subescalas	Nº itens	Alfa de Cronbach			
		(Split-half)		Total	
		Parte 1	Parte 2	Estudo atual	Estudo original
Vulnerabilidade	6	0,838	0,596	0,793	0,860
Gravidade	7	0,802	0,515	0,774	0,807
Benefícios	4	0,687	0,787	0,861	0,724
Obstáculos	9	0,814	0,816	0,878	0,829
Crenças de saúde do CCU global	26	0,836	0,753	0,853	0,879

#### 1.4.6 - Escala o meu estilo de vida

O meu estilo de vida é um inventário de auto-resposta que tem como objectivo avaliar comportamentos de saúde e de risco. É composto por 27 itens, questionando 15 a frequência com que o indivíduo implementa determinadas ações, e 12 as atitudes para com determinadas ações, ou seja, enquanto o primeiro grupo questiona se o indivíduo costuma, ou não, praticar determinados comportamentos (por exemplo: “*não bebo mais de 2 bebidas alcoólicas por dia*”), o segundo grupo de questões é colocado em termos de “*evito*” (por exemplo: “*evito fumar*”). As respostas são avaliadas numa escala tipo Likert de 1 (quase nunca) a 5 (quase sempre) e cotados de forma a que, quanto maior for a pontuação obtida, menores são os comportamentos de risco e conseqüentemente melhores os comportamentos de saúde adoptados, isto é, melhor será o Estilo de Vida.

#### Resultados psicométricos do questionário o meu estilo de vida

Os resultados psicométricos da escala para o presente estudo permitiram verificar, através da análise do quadro 14, que os valores médios oscilaram entre 2,10 no item 3 e os 4,46 no item 9. Quanto aos valores de alfa de Cronbach para cada um dos itens da escala estes são considerados com muito bons e oscilam entre os 0,891 no item 19 e 0,899 nos itens 1,2,3,8 e 19. Os coeficientes de correlação item total corrigido revela que o item 3 é o mais problemático por apresentar valor mínimo de ( $r=0,264$ ) e o máximo de ( $r=0,656$ ) no item 19. Calculando o índice de fiabilidade pelo método das metades os valores de alfa de Cronbach revelaram-se todos muito bons, tanto para a globalidade da escala (0,899) como para a primeira metade onde se obteve um valor ligeiramente inferior de 0,800 e para a segunda de com um valor ainda superior de 0,911.

**QUADRO 14** - Consistência Interna dos itens da escala o meu estilo de vida

Nº Item	Itens	Média	Dp	Correlação Item/total	$\alpha$ sem item
1	Faço exercício físico intenso durante pelo menos 20 minutos por dia, duas vezes ou mais por semana.	2,60	1,516	0,291	0,899
2	Ando a pé ou de bicicleta diariamente.	2,94	1,397	0,287	0,899
3	Pratico desporto que faz suar, pelo menos duas vezes por semana (ex: ténis, natação, etc.)	2,10	1,385	0,264	0,899
4	Tenho cuidado com o que como de modo a manter o peso recomendado para a altura que tenho.	3,28	1,316	0,403	0,896
5	Tenho cuidado com o que como de modo a reduzir a ingestão de sal.	3,50	1,255	0,433	0,896
6	Planifico a minha dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes.	3,21	1,308	0,509	0,894
7	Não bebo mais de duas bebidas alcoólicas por dia.	3,06	1,782	0,374	0,898
8	Durmo o número de horas suficientes para me sentir repousado.	3,45	1,399	0,276	0,899
9	Mantenho as minhas vacinas em dia.	4,46	1,000	0,468	0,895
10	Verifico anualmente a minha tensão arterial.	4,13	1,189	0,444	0,896
11	Vou ao dentista anualmente verificar o estado dos meus dentes.	3,76	1,348	0,484	0,895
12	Vou anualmente ao médico fazer um <i>checkup</i> .	3,58	1,414	0,404	0,897
13	Não guio (carro, motorizada, etc.) quando bebo demais, ou não viajo com um condutor que bebeu demais.	3,58	1,725	0,447	0,896
14	Quando guio, ou quando viajo nalgum veículo, gosto de me manter dentro dos limites de velocidade.	4,25	1,138	0,417	0,896
15	Quando viajo de carro no banco da frente, fora da cidade, coloco o cinto de segurança.	4,55	0,893	0,510	0,895
16	Evito tomar medicamentos sem serem recomendados pelo médico.	4,14	1,215	0,479	0,895
17	Evito fumar.	4,02	1,451	0,553	0,893
18	Evito ingerir alimentos com gordura.	3,80	1,263	0,599	0,893
19	Evito utilizar estimulantes (anfetaminas ou outros) mesmo em épocas de exames.	4,01	1,418	0,656	0,891
20	Evito tomar tranquilizantes.	3,89	1,440	0,554	0,893
21	Evito ingerir alimentos que são feitos à base de açúcar (tais como bolos, chocolates, rebuçados, etc.)	3,45	1,296	0,498	0,895
22	Evito estar em ambientes saturados de fumo de tabaco.	3,86	1,369	0,630	0,892
23	Evito os ambientes muito ruidosos.	3,97	1,232	0,609	0,893
24	Evito os ambientes que tenham ar poluído.	3,95	1,225	0,602	0,893
25	Evito mudar de parceiro sexual.	4,27	1,292	0,599	0,893
26	Evito ter relações sexuais com pessoas que conheço mal.	4,28	1,295	0,598	0,893
27	Devido às doenças sexuais evito ter relações sem tomar precauções.	4,22	1,305	0,553	0,893
<b>Coefficiente split-half</b>		Primeira metade = 0,800			
		Segunda metade = 0,911			
Coefficiente alfa Cronbach global		0,899			

Analisando a subescala do meu estilo de vida designada **frequência** com que o indivíduo implementa determinadas ações, verificamos através da análise do quadro 15 que o maior valor de correlação se situa no item 6 ( $r=0,598$ ) sendo também este, juntamente com o item 1, que mais conseguem exprimir a maior variabilidade (51,9%) em relação aos restantes itens. O item que apresenta menor correlação é o item 14 ( $r=0,308$ ) e é o item 8 o que apresenta menos variabilidade em relação aos restantes itens explicando apenas 16,2%. Os coeficientes de alfa de Cronbach obtidos nos quinze itens da subescala que oscilam entre 0,791 no item 11 e 0,803 no item 14 indicam-nos uma boa consistência interna. Em relação ao coeficiente de split-half (0,768) para a primeira metade bem como para o coeficiente de split-half para a segunda metade (0,764) e o coeficiente alfa global (0,807) revela uma consistência boa interna (cf. quadro 16).

No que diz respeito à subescala **atitude para com determinadas ações** e através da análise do quadro 15, para os valores médios nota-se homogeneidade nas respostas dadas pois os valores são muito idênticos. O maior valor de correlação situa-se no item 25 ( $r=0,730$ ) e o que mais consegue exprimir a maior variabilidade (69,6%) em relação aos restantes itens é o item 26. O item que apresenta menor correlação é o item 21 ( $r=0,469$ )

explicando 31,3% da variabilidade em relação aos restantes itens. Os coeficientes de alfa de Cronbach obtidos nos nove itens da subescala que oscilam entre 0,898 no item 25 e 0,910 no item 21, indicam-nos uma muito boa consistência interna. O coeficiente de split-half (0,817) para a primeira metade, para a segunda metade (0,902) e o coeficiente alfa global (0,910) revelam uma consistência interna muito boa sendo ainda este ligeiramente superior ao obtido na escala global (cf. quadro 16).

**QUADRO 15 -** Relações entre itens e subescalas do meu estilo de vida

Nº Item	Variáveis	Média	Variância	R/item	R <sup>2</sup>	Alpha
<b>Frequência com que implementa ações</b>						
1	Faço exercício físico intenso durante pelo menos 20 minutos por dia, duas vezes ou mais por semana.	49,85	97,811	0,397	0,519	0,798
2	Ando a pé ou de bicicleta diariamente.	49,51	99,836	0,367	0,341	0,800
3	Pratico desporto que faz suar, pelo menos duas vezes por semana (ex: ténis, natação, etc.)	50,35	99,568	0,381	0,432	0,799
4	Tenho cuidado com o que como de modo a manter o peso recomendado para a altura que tenho.	49,17	96,868	0,518	0,435	0,789
5	Tenho cuidado com o que como de modo a reduzir a ingestão de sal.	48,95	98,591	0,476	0,445	0,792
6	Planifico a minha dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes.	49,24	95,072	0,598	0,519	0,783
7	Não bebo mais de duas bebidas alcoólicas por dia.	49,39	95,532	0,382	0,217	0,801
8	Durmo o número de horas suficientes para me sentir repousado.	48,99	100,240	0,351	0,162	0,801
9	Mantenho as minhas vacinas em dia.	47,99	103,106	0,390	0,375	0,799
10	Verifico anualmente a minha tensão arterial.	48,31	100,373	0,430	0,365	0,796
11	Vou ao dentista anualmente verificar o estado dos meus dentes.	48,69	97,129	0,492	0,379	0,791
12	Vou anualmente ao médico fazer um <i>checkup</i> .	48,87	96,819	0,475	0,345	0,792
13	Não guio (carro, motorizada, etc.) quando bebo demais, ou não viajo com um condutor que bebeu demais.	48,87	95,174	0,412	0,317	0,798
14	Quando guio, ou quando viajo nalgum veículo, gosto de me manter dentro dos limites de velocidade.	48,20	103,597	0,308	0,340	0,803
15	Quando viajo de carro no banco da frente, fora da cidade, coloco o cinto de segurança.	47,90	104,227	0,384	0,477	0,800
<b>Atitude para com determinadas ações</b>						
16	Evito tomar medicamentos sem serem recomendados pelo médico.	43,74	110,850	0,521	0,322	0,907
17	Evito fumar.	43,86	105,521	0,605	0,506	0,904
18	Evito ingerir alimentos com gordura.	44,08	108,827	0,578	0,433	0,905
19	Evito utilizar estimulantes (anfetaminas ou outros) mesmo em épocas de exames.	43,87	103,339	0,704	0,652	0,899
20	Evito tomar tranquilizantes.	43,98	105,309	0,618	0,578	0,904
21	Evito ingerir alimentos que são feitos à base de açúcar (tais como bolos, chocolates, rebuçados, etc.)	44,42	111,154	0,469	0,313	0,910
22	Evito estar em ambientes saturados de fumo de tabaco.	44,02	103,754	0,718	0,703	0,899
23	Evito os ambientes muito ruidosos.	43,91	105,916	0,718	0,747	0,899
24	Evito os ambientes que tenham ar poluído.	43,93	106,373	0,704	0,724	0,900
25	Evito mudar de parceiro sexual.	43,61	104,688	0,730	0,868	0,898
26	Evito ter relações sexuais com pessoas que conheço mal.	43,60	104,836	0,722	0,878	0,899
27	Devido às doenças sexuais evito ter relações sem tomar precauções.	43,65	106,818	0,635	0,615	0,903

**QUADRO 16 -** Comparação dos valores de alfa do estudo atual com a escala original por subescala

Subescalas	Nº itens	Alfa de Cronbach			
		(Split-half)		Total	
		Parte 1	Parte 2	Estudo atual	Estudo original
Frequência	15	0,768	0,764	0,807	-
Atitude	12	0,817	0,902	0,910	-
O meu estilo de vida global	27	0,800	0,911	0,899	-

## 1.5 - ANÁLISE DE DADOS

Após a recolha de dados, efetuamos uma primeira análise a todos os questionários, no intuito de eliminarmos aqueles que porventura se encontrassem incompletos ou mal preenchidos. Na análise dos dados, recorreremos à estatística descritiva e analítica. Em relação à primeira, determinámos frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização como médias e medidas de variabilidade ou dispersão como amplitude de variação, coeficiente de variação e desvio padrão, para além de medidas de assimetria e achatamento, de acordo com as características das variáveis em estudo.

A medida de assimetria Skewness (SK) obtém-se através do cociente entre (SK) com o erro padrão (EP). Se SK/EP oscilar entre  $-2$  e  $2$ , a distribuição é simétrica. Mas se SK/EP for inferior a  $-2$ , a distribuição é assimétrica negativa, com enviesamento à direita e se SK/EP for superior a  $+2$ , a distribuição é assimétrica positiva com enviesamento à esquerda, com diz Pestana e Gajeiro (2003), citado por Duarte (2008).

Para as medidas de achatamento curtose (K) o resultado também se obtém através do cociente com o erro padrão (EP). Deste modo se K/EP oscilar entre  $-2$  e  $2$  a distribuição é mesocúrtica, pelo contrário se K/EP for inferior a  $-2$ , a distribuição é platicúrtica, enquanto que para K/EP superior a  $+2$ , a distribuição é leptocúrtica. Conforme o recomendado, os testes de normalidade de Kolmogorov-Sminorv, Skewness e Kurtosis foram aplicados a todas as variáveis de natureza quantitativa.

Para a análise bivariada aplicámos o *teste da percentagem residual* que nos dará as diferenças percentuais de variável a variável, muitas vezes em detrimento do teste de qui quadrado, dado que em muitas das variáveis em estudo, o tamanho das subamostras não permitia o uso do referido teste.

Como referem Pestana & Gajeiro (2003, p.141) o uso dos valores residuais em variáveis nominais torna-se mais potente que o teste de qui quadrado na medida em que (...)“os resíduos ajustados na forma estandardizada informam sobre as células que mais se afastam da independência entre as variáveis”, ou (...)“os valores elevados dos resíduos indiciam uma relação de dependência entre as duas variáveis”.

Os autores citados consideram para uma probabilidade igual a 0.05, os seguintes valores de referência:

- $\geq 1.96$  diferença estatística significativa;
- $< 1.96$  diferença estatística não significativa.

A interpretação dos resíduos ajustados necessita de um número mínimo de oito elementos tanto no total da linha como na coluna.

O coeficiente de variação permite comparar a variabilidade de duas variáveis devendo os resultados obtidos serem interpretados de acordo com Pestana e Gageiro (2005), citado por Duarte (2008) do seguinte modo:

Coeficiente de variação	Classificação do grau de dispersão
0% - 15%	Dispersão baixa
16% - 30%	Dispersão moderada
> 30%	Dispersão alta

A utilização de testes paramétricos exige a verificação simultânea de duas condições, a primeira é que as variáveis de natureza quantitativa possuam distribuição normal e a segunda que as variâncias populacionais sejam homogéneas caso se esteja a comparar duas ou mais amostras populações (Maroco, 2007). Deste modo, para o estudo da normalidade da distribuição das variáveis foi usado o teste de Kolmogorov-Smirnov enquanto que para testar a homogeneidade das variâncias se recorreu ao teste de Levene por ser um dos mais potentes (Maroco, 2007).

Assim, quanto à estatística paramétrica e não paramétrica destacamos conforme refere Duarte (2008, p. 259-261):

- **Testes t de Student ou teste de U-Mann Whitney (UMW)** - para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respectivas variâncias populacionais;
- **Análise de variância a um factor (ANOVA)** - para comparação de médias de uma variável quantitativa (variável endógena) em três ou mais grupos de sujeitos diferentes (variável exógena - qualitativa), isto é, analisa o efeito de um factor na variável endógena, testando se as médias da variável endógena em cada categoria do factor são ou não iguais entre si. O teste One-Way Anova é uma extensão do teste t de Student que permite comparar mais de dois grupos em estudo. Todavia, quando se testa a igualdade de mais de duas médias e, dependendo da natureza nominal ou ordinal do factor, recorre-se habitualmente aos testes post-hoc, para saber quais as médias que se diferenciam entre si (Pestana e Gageiro, 2005);
- **Regressão** é um modelo estatístico que foi usado para prever o comportamento de uma variável quantitativa (variável dependente ou endógena -

Y) a partir de uma ou mais variáveis relevantes de natureza intervalar ou rácio (variáveis independentes ou exógenas -  $X_S$ ) informando sobre as margens de erro dessas previsões, isto é permite-nos determinar quais as variáveis independentes que são preditoras da variável dependente.

Quando utilizamos apenas uma variável dependente e uma independente, efetuamos uma **regressão linear simples**. Por outro lado quando comparamos uma variável dependente e mais que uma variável independente efetuamos a **regressão múltipla**. Na regressão a correlação que mede o grau de associação entre duas variáveis é usada para prever a variável dependente (Y). Quanto maior for a correlação entre X e Y melhor a previsão. Quanto menor for essa correlação maior a percentagem de erro na previsão.

Em relação às correlações de *Pearson* que este tipo de teste gera, utilizamos os valores de r que, por convenção, Pestana e Gageiro (2005,) sugerem que:

$r < 0.2$  – associação muito baixa

$0.2 \leq r \leq 0.39$  – associação baixa

$0.4 \leq r \leq 0.69$  – associação moderada

$0.7 \leq r \leq 0.89$  – associação alta

$0.9 \leq r \leq 1$  – associação muito alta

➤ O **coeficiente de correlação de Pearson** – é uma medida de associação linear que foi usada para o estudo de variáveis quantitativas. A correlação indica que os fenómenos não estão indissolúvelmente ligados, mas sim, que a intensidade de um (em média) é acompanhada tendencialmente com a intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso. Por isso os valores oscilam entre -1 e +1. Se a associação for negativa a variação entre as variáveis ocorre em sentido contrário, isto é, os aumentos numa variável estão associados em média à diminuição da outra; se for positiva a variação das variáveis ocorre no mesmo sentido.

Na análise estatística utilizamos os seguintes valores de significância:

$p < 0.05$  \* - diferença estatística significativa

$p < 0.01$  \*\* - diferença estatística bastante significativa

$p < 0.001$  \*\*\* - diferença estatística altamente significativa

$p \geq 0.05$  n.s. – diferença estatística não significativa

Para o tratamento e análise dos resultados recorreremos ao programa IBM SPSS statistic 20.0 para Windows. Estes foram apresentados em tabelas e quadros, obedecendo à sequência do questionário, de modo a haver uma melhor compreensão e interpretação.

Apesar de o questionário ser constituído por algumas variáveis categoriais (nominais), nomeadamente as que categorizam a amostra, e por variáveis ordinais, as referentes às diversas escalas, os somatórios e as médias destas podem ser tratadas estatisticamente como se fossem medidas intervalares e por isso susceptíveis de análise por teste paramétricos (Kiess e Bloomquist, 1985).

Ainda a este propósito, D'Hainaut (1990) afirma que, por exemplo, a determinação do valor dum teste t para diferença de médias “*pode efetuar-se seja qual for o tamanho da amostra...*” e Neale e Liebert (1986) referem que “*(...) para um dado nível de significância estatística tanto se pode confiar nos resultados obtidos com uma amostra pequena como nos obtidos por uma amostra grande...*” acrescentando ainda que “*...a investigação comportamental depende fundamentalmente da significância estatística e não do tratamento da amostra*”.

**CAPÍTULO V**  
**RESULTADOS**



## **2 - RESULTADOS**

Neste capítulo consideramos a existência de duas grandes rubricas. Na primeira iremos procurar descrever alguns aspectos gerais relacionados com as características específicas dos grupos amostrais que entraram no nosso estudo e reservamos para a segunda a análise das relações que poderão existir entre as diferentes variáveis em questão.

### **2.1 - ANÁLISE DESCRITIVA**

Tendo em conta alguns aspectos mais específicos relacionados com o desempenho profissional dos grupos amostrais, incluímos no protocolo um conjunto de questões que procuram fazer a sua descrição e caracterização. São os resultados das referidas questões que apresentamos de seguida.

#### **2.1.1 - Adesão e recomendação para a realização do autoexame da mama**

O cancro da mama é um dos flagelos dos nossos dias. Dado que grande parte dos cancros da mama é detectada pelas próprias mulheres, a realização do autoexame da mama assume particular importância. As estimativas revelam que a prática regular do autoexame da mama poderia reduzir a mortalidade pelo cancro da mama em aproximadamente 19% (Otto, 2000). Neste sentido quisemos saber se as mulheres realizam o autoexame da mama. O quadro 17 mostra-nos que a grande maioria das 522 mulheres que responderam ao nosso questionário (80,7%) realiza o autoexame da mama pelo menos uma vez por mês (50,6%) por indicação de um profissional de saúde (75,3%). Para 75,4% das mulheres a realização do exame deve-se a recomendação médica enquanto que para 24,6% por recomendação do enfermeiro.

**QUADRO 17** - Adesão e recomendação para a realização do autoexame da mama

Alguma vez realizou o autoexame da mama?	Total	
	N (522)	% (100%)
Sim	421	80.7
Não	101	19.3
Com que frequência o realiza?	Total	
	N (421)	% (100%)
Uma vez por mês	213	50.6
Duas vezes por ano	93	22.1
Uma vez por ano	115	27.3
Fez CM e AEM por indicação de um profissional de saúde?	Total	
	N (421)	% (100%)
Sim	317	75.3
Não	104	24.7
Se sim, de quem partiu a recomendação?	Total	
	N (317)	% (100%)
Médico	239	75.4
Enfermeiro	78	24.6

Através do quadro 18 verificamos que da análise bivariada estabelecida com os *grupos etários*, ressalta que é nas mulheres mais velhas, acima dos 48 anos de idade que se encontram valores percentuais mais elevados no que se refere às que realizam o autoexame da mama com 30,2%. É nas mulheres mais novas com idades inferiores ou iguais a 30 anos que encontramos valores percentuais mais elevados nas que não realizam o autoexame da mama com 41,6%. As diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas ( $X^2=33,470$ ;  $p=0.000$ ) situando-se estas entre o grupo dos  $\leq 30$  anos para as mulheres que não realizam o autoexame e no grupo com idade superior a 48 anos para as que realizam o autoexame da mama.

Quanto ao *estado civil* observamos que a maior percentagem das que realizam o autoexame da mama é encontrada nas mulheres casadas/união de facto com 66%. Entre as mulheres solteiras/divorciadas o maior valor percentual é observado nas que não realizam o autoexame da mama (50,5%). As diferenças entre grupos são estatisticamente significativas ( $X^2=9,529$ ;  $p=0.002$ ) e os valores residuais mostram que elas se situam entre o grupo das mulheres solteiras/divorciadas que não realizam o autoexame da mama e no grupo das casadas/união de facto que realizam o autoexame da mama.

No que respeita à *nacionalidade* verificamos que das mulheres com nacionalidade portuguesa 98,1% realiza o autoexame da mama e nas que não realizam o autoexame e são de nacionalidade portuguesa temos uma percentagem de 96%. As diferenças entre grupos não são estatisticamente significativas ( $X^2=1,539$ ;  $p=0.215$ ).

Analisando o *agregado familiar* constatamos que as mulheres que residem com o companheiro e/ou filhos são as que mais realizam o autoexame da mama com 75,3%,

embora também sejam as que possuem maior percentagem das que não realizam o autoexame da mama com 62,4%. As diferenças entre grupos são estatisticamente significativas ( $X^2=6,867$ ;  $p=0.009$ ) e os valores residuais mostram que elas se situam entre o grupo das que residem com o companheiro e/ou filhos que realizam o autoexame da mama e no grupo das que residem com outros (pais, irmãos, tios) que não realizam o autoexame da mama.

Em relação às habilitações literárias denota-se que são as mulheres que têm como habilitações o ensino secundário que mais realizam o autoexame da mama, seguidas das que têm o ensino superior, com 35,9% e 34,2% respectivamente. São também as mulheres com o ensino secundário que têm uma maior percentagem das que não realizam o autoexame da mama (49,5%) e são as com o ensino superior que menor percentagem têm das que não realizam o autoexame com apenas 15,8%. O teste de qui-quadrado ( $X^2=13,485$ ;  $p=0.001$ ) e os valores residuais apontam para significância estatística que se situa entre as mulheres com habilitações até ao secundário que não realizam o autoexame da mama e nas mulheres com um curso superior classificadas que realizam o autoexame da mama.

Reportando-nos agora à profissão ressalta que é entre as mulheres pertencentes ao grupo dos agricultores e operários não qualificados (grupo II) onde as mulheres mais realizam o autoexame da mama (37,3%), sendo também neste grupo onde encontramos valores percentuais mais elevados nas que não realizam o autoexame com 45,5%. São as pertencentes aos quadros superiores técnicos e pessoal de serviços (grupo I) que menor percentagem têm das que não realizam o autoexame com apenas 11,9%. As diferenças são estatisticamente significativas ( $X^2=18,206$ ;  $p=0.000$ ) situando-se estas entre os grupos I para as mulheres que realizam o autoexame da mama e no grupo III para as que não realizam o autoexame da mama.

Já para a situação profissional verificamos que das mulheres ativas, 65,8% realiza o autoexame da mama, sendo também estas que possuem valores percentuais maiores entre as que referem nunca ter realizado o autoexame da mama com 66,3%. Em relação às mulheres que no presente não estão no ativo, a maioria realiza o autoexame da mama (34,2%). Não encontramos no entanto diferenças estatísticas significativas ( $X^2=0,11$ ;  $p=0,918$ ).

No que se refere à residência são as mulheres que residem em zona urbana que mais realizam o autoexame da mama (57,7%) e são as mulheres que residem em zonas rurais as que possuem os maiores valores percentuais nas que não realizam o autoexame da mama (56,4%). Entre os grupos as diferenças são significativas ( $X^2=6,594$ ;  $p=0.010$ )

revelando os valores residuais que estas se situam no grupo residência em meio urbano para as que realizam o autoexame da mama e no grupo residência rural para as que não realizam o autoexame da mama.

Por fim da análise bivariada estabelecida com o *número de filhos* e a realização do autoexame da mama encontramos resultados que nos indicam que são as mulheres que têm 2 filhos com 33% e as que têm 1 filho (30,6%) as que mais realizam o autoexame da mama. Das mulheres que não realizam o autoexame da mama aparecem em maior percentagem as que têm 2 filhos seguidas da que não têm filhos com 37,6% e 34,7% respectivamente. Embora não tenhamos encontrado diferenças estatísticas significativas ( $X^2=4,942$ ;  $p=0,176$ ).

**QUADRO 18** - Relação entre variáveis sociodemográficas e profissionais em função do autoexame da mama

Variáveis	Sim		Não		Total		Residuais	
	Nº (421)	% (80.7)	Nº (101)	% (19.3)	Nº (522)	% (100)	Sim	Não
<b>Grupos Etários:</b>								
≤ 30 anos	92	21.9	42	41.6	134	25.7	-4.1	<b>4.1</b>
31-37 anos	103	24.5	29	28.7	132	25.3	-0.9	0.9
38-47 anos	99	23.5	25	24.8	124	23.8	-0.3	0.3
48-67 anos	127	30.2	5	5.0	132	25.3	<b>5.2</b>	-5.2
<b>Estado Civil:</b>								
Solteira/ Divorciada	143	34	51	50.5	194	37.2	-3.1	<b>3.1</b>
Casada/União de F.	278	66.0	50	49.5	328	62.8	<b>3.1</b>	-3.1
<b>Nacionalidade:</b>								
Sim	413	98.1	97	96	510	97.7	1.2	-1.2
Não	8	1.9	4	4.0	12	2.3	-1.2	1.2
<b>Agregado familiar:</b>								
Companh. e/ou filho	317	75.3	63	62.4	380	72.8	<b>2.6</b>	-2.6
Outros	104	24.7	38	37.6	142	27.2	-2.6	<b>2.6</b>
<b>Habilitações literárias:</b>								
Até 2º Ciclo	126	29.9	35	34.7	161	30.8	-0.9	0.9
Secundário	151	35.9	50	49.5	201	38.5	-2.5	<b>2.5</b>
Curso Superior	144	34.2	16	15.8	160	30.7	<b>3.6</b>	-3.6
<b>Profissão:</b>								
Grupo I	139	33	12	11.9	151	28.9	<b>4.2</b>	-4.2
Grupo II	157	37.3	46	45.5	203	38.9	-1.5	1.5
Grupo III	125	29.7	43	42.6	168	32.2	-2.5	<b>2.5</b>
<b>Situação Profissional:</b>								
Ativa	277	65.8	67	66.3	344	65.9	-0.1	0.1
Não ativa	144	34.2	34	33.7	178	34.1	0.1	-0.1
<b>Residência:</b>								
Rural	178	42.3	57	56.4	235	45	-2.6	<b>2.6</b>
Urbana	243	57.7	44	43.6	287	55	<b>2.6</b>	-2.6
<b>Número de filhos:</b>								
Sem filhos	116	27.6	35	34.7	151	28.9	-1.4	1.4
1 filho	129	30.6	22	21.8	151	28.9	1.8	-1.8
2 filhos	139	33.0	38	37.6	177	33.9	-0.9	0.9
≥3 filhos	37	8.8	6	5.9	43	8.2	0.9	-0.9

**Em síntese:**

- A maioria das inquiridas realiza o autoexame da mama (80,7%) pelo menos uma vez por mês (50,6%) por indicação de um profissional de saúde (75,3%);
- As que mais realizam o autoexame da mama são as mulheres mais velhas, com idades acima dos 48 anos (30,2%), casadas/união de facto (66,0%), de nacionalidade portuguesa (96,0%), residem com o companheiro e/ou filhos (75,3%), tendo como habilitações o ensino secundário (35,9%), como profissão pertencem ao grupo dos agricultores e operários não qualificados (37,3%), têm uma situação profissional ativa (65,8%), residem maioritariamente em zona urbana (57,7%) e têm pelo menos dois filhos (33%);

**2.1.2 - Conhecimentos sobre o CCU**

Em todo o mundo a cada dois minutos morre uma mulher com CCU, o risco de desenvolver CCU começa quando ocorre a primeira relação sexual. Atualmente considera-se o HPV como o principal agente responsável pelo desenvolvimento da doença oncológica, sendo este transmitido por via sexual (Roldão, 2007).

O conhecimento e a atitude das mulheres em relação à realização da citologia são determinantes para a redução da incidência do CCU. Quando detetado numa fase precoce da doença terá um melhor prognóstico (Pereira, 2008).

Quando questionadas acerca da **informação sobre o CCU** a grande maioria das mulheres já ouviu falar sobre o CCU (98,9%), sendo que para 79,9% é fácil obter informação acerca do CCU. A forma como obtêm a informação acerca do CCU para a maioria das mulheres (56,5%) é através dos meios de comunicação/internet, seguido de perto pelos 50,2% das mulheres que obtêm a informação no centro de saúde/USF/USCF e das 44,3% das mulheres que a obtêm no ginecologista (cf. quadro 22).

Através de nova análise do quadro 22, podemos verificar que o CCU quando detetado tardiamente pode causar a morte, assim o refere 491 das mulheres da nossa amostra, num total de 94,1%. Para a maioria das mulheres (87,9%) sempre que se apercebem de uma infecção vaginal recorrem a um profissional de saúde, sendo que as outras 15,5% procura resposta na medicina natural, aguarda que a infecção se resolva espontaneamente e/ou recorre à farmácia.

Face às dúvidas que as mulheres manifestam acerca do CCU, a maioria gostaria de ver esclarecidas acerca dos sinais e sintomas (60,3%), as formas de prevenção (47,3%), das causas do CCU (42,5%) e por último 26,2% sobre os exames de diagnóstico (cf. quadro 19).

**QUADRO 19** - Informação sobre o CCU

Variáveis	Total	
	N	%
<b>Já ouviu falar em CCU?</b>		
Sim	516	98,9
Não	6	1,1
<b>É fácil obter informação acerca do CCU?</b>		
Sim	417	79,9
Não	105	20,1
<b>De que forma obteve informação acerca do CCU?</b>		
Meios de comunicação/internet	295	56,5
Centro de Saúde/USF/USCF	262	50,2
Ginecologista	231	44,3
Amigas	103	19,7
<b>O CCU quando detectado tardiamente, pode:</b>		
É inofensivo	8	1,5
Pode causar morte	491	94,1
Pode provocar desconforto passageiro	5	1,0
<b>Sempre que se apercebe de uma infecção vaginal, o que faz?</b>		
Procura resposta na medicina natural	18	3,4
Aguarda que a infecção se resolva espontaneamente	16	3,1
Recorre a um profissional de saúde	459	87,9
Recorre à farmácia	47	9,0
<b>Que dúvidas gostaria de ver esclarecidas acerca do CCU?</b>		
Causas	222	42,5
Sinais e sintomas	315	60,3
Formas de prevenção	247	47,3
Exames de diagnóstico	137	26,2

Relativamente aos **conhecimentos acerca do rastreio do CCU**, 69,5% das mulheres já realizaram o rastreio e para a maioria (43,9%) ocorre uma vez por ano e após o início da atividade sexual (46,6%). É importante salientar que 30,8% das mulheres realizou o rastreio demasiado precoce, antes de iniciar a atividade sexual e as 26 mulheres (5%) realizam-no tardiamente, na menopausa. A maioria das mulheres conhece o exame de rastreio do CCU como Papanicolau (83,3%) e que o vírus responsável pelo aparecimento do CCU pode ser diagnosticado através da citologia (79,9%) (cf. quadro 20).

**QUADRO 20** - Conhecimentos acerca do rastreio

Variáveis	Total	
	N	%
<b>A partir de que altura deve iniciar o rastreio do CCU?</b>		
Antes de iniciar a atividade sexual	161	30,8
Após o início da atividade sexual	243	46,6
Depois dos 18 anos	92	17,6
Na menopausa	26	5,0
<b>Alguma vez realizou o rastreio do CCU?</b>		
Sim	363	69,5
Não	159	30,5
<b>Com que regularidade faz o rastreio do CCU?</b>		
Uma vez por ano	229	43,9
De dois em dois anos	72	13,8
De três em três anos	69	13,2
De cinco a dez anos	13	2,5
<b>O exame de rastreio do CCU é também conhecido como:</b>		
Prova de Mantoux	7	1,3
Citoscopia	42	8,0
Papanicolau	435	83,3
<b>O vírus responsável pelo aparecimento do CCU pode ser diagnosticado através:</b>		
Análises à urina	43	8,2
Análises ao sangue	75	14,4
Citologia	417	79,9
Radiografia	9	1,7
Ecografia pélvica	68	13,0

Verificamos que nos **conhecimentos acerca da vacina** para o CCU, 91% indicam que uma das formas de prevenir o aparecimento do CCU é através da vacinação, sendo que para 64% das mulheres a vacinação deve ser realizada antes de se iniciar a atividade sexual. Relativamente aos **factores de risco** os que mais contribuem para o aparecimento do CCU, são a existência de história familiar de CCU (71,3%), múltiplos parceiros sexuais (55,6%), a idade com 27,6% e hábitos tabágicos com 20,1% (cf. quadro 21).

**QUADRO 21** - Conhecimentos acerca da vacina e dos factores de risco do CCU

Conhecimentos acerca da vacina	Total	
	N	%
<b>Uma das formas de prevenir o aparecimento do CCU é através da vacinação?</b>		
Sim	475	91,0
Não	47	9,0
<b>Em que altura deve ser feita a vacinação do CCU?</b>		
Em qualquer idade	120	23,0
Antes de iniciar a atividade sexual	334	64,0
Depois de iniciar a atividade sexual	23	4,4
Depois da menopausa	11	2,1
Conhecimentos sobre os factores de risco	Total	
	N	%
<b>Múltiplos parceiros sexuais</b>		
Sim	290	55,6
Não	232	44,4
<b>Idade</b>		
Sim	144	27,6
Não	378	72,4
<b>Falta de exercício físico</b>		
Sim	17	3,3
Não	505	96,7
<b>Ausência de actividade sexual</b>		
Sim	12	2,3
Não	510	97,7
<b>Hábitos tabágicos</b>		
Sim	105	20,1
Não	417	79,9
<b>História familiar de cancro do colo útero</b>		
Sim	372	71,3
Não	150	28,7

Quanto aos **conhecimentos acerca dos sintomas** do CCU, 77,4% das mulheres entende que o CCU tem sintomas e para 22,6% é assintomático. Para a maioria (67,2%) o principal sintoma é a perda de sangue anormal, seguido da infecção urinária (14,9%), da ausência de menstruação (13,8%) e da ardência (12,8%). No que se refere aos **conhecimentos acerca do vírus** responsável pelo CCU, 74,7% das mulheres da nossa amostra entende que o CCU é originado por um vírus, sendo que 64,8% identifica-o como sendo o vírus do papiloma humano (VPH), mesmo assim ainda existem 4,6% das mulheres que considera o vírus da SIDA, 2,9% o da hepatite e 2,7% o do herpes como sendo o vírus responsável pelo aparecimento do CCU (cf. quadro 22).

**QUADRO 22** - Conhecimentos acerca dos sintomas e do vírus responsável pelo CCU

Conhecimentos acerca dos sintomas	Total	
	N	%
<b>O CCU pode ter sintomas?</b>		
Sim	404	77,4
Não	118	22,6
<b>Se sim quais?</b>		
Perda de sangue anormal	351	67,2
Ardência	67	12,8
Infecção urinária	78	14,9
Ausência de menstruação	72	13,8
Conhecimentos acerca do vírus do CCU	Total	
	N	%
<b>O CCU pode ser causado por um vírus?</b>		
Sim	390	74,7
Não	132	25,3
<b>Qual o principal vírus responsável pelo aparecimento do CCU?</b>		
Síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA)	24	4,6
Vírus do papiloma humano (HPV)	338	64,8
Hepatite	15	2,9
Herpes	14	2,7

Depois da análise ao tipo de resposta dado pelas inquiridas procedemos agora à análise das estatísticas relativas aos factores que constituem os conhecimentos sobre o CCU apresentam um valor mínimo de 5 e um máximo de 8 no factor 3 (conhecimentos acerca da vacina), no factor 5 (conhecimentos acerca dos sintomas) e no factor 6 (conhecimentos acerca do vírus), oscilando para a totalidade da escala entre 55 e 87 respectivamente valores mínimos e máximos. Os valores médios por sua vez apresentam índices situados entre os 5,71 nos conhecimentos acerca do vírus do CCU e os 21,50 na informação acerca do CCU, sendo de 68,45 para a escala global. Os valores de assimetria indicam curvas assimétricas positivas com enviesamento à esquerda para quase todos os factores e escala global, exceptuando os conhecimentos acerca dos factores de risco, que apresentam uma curva assimétrica negativa com enviesamento à direita. Para as medidas de achatamento curtose a distribuição é leptocúrtica para a informação acerca do CCU,

platicúrtica para os conhecimentos acerca da vacina, dos sintomas e do vírus CCU e mesocúrticas para os conhecimentos acerca do rastreio, dos factores de risco e dos conhecimentos globais sobre o CCU. O teste de Kolmogorov Smirnov não é revelador de uma distribuição normal, já que o valor de (p) é em todos os factores estatisticamente significativo (cf. quadro 23). Os coeficientes de variação traduzem uma dispersão baixa em todos os factores com exceção dos conhecimentos acerca da vacina, dos sintomas e do vírus que apresentam uma dispersão moderada.

**QUADRO 23** - Estatísticas sobre os conhecimentos CCU

Factores	Min	Máx	X	s	SK/erro	K/erro	KS(p)	CV
Informação acerca do CCU	17	29	21,50	1,960	2,860	3,859	0,000	9,116
Conhecimentos acerca do rastreio	17	28	20,80	2,215	4,963	-1,380	0,000	10,649
Conhecimentos acerca da vacina	5	8	5,75	0,953	5,682	-6,746	0,000	16,574
Conhecimentos acerca dos factores de risco	6	11	8,74	0,939	-2,430	-1,624	0,000	10,744
Conhecimentos acerca dos sintomas CCU	5	8	5,97	0,965	3,579	-5,714	0,000	16,164
Conhecimentos acerca do vírus do CCU	5	8	5,71	0,917	6,430	-5,967	0,000	16,060
<b>Conhecimentos globais sobre o CCU</b>	<b>55</b>	<b>87</b>	<b>68,45</b>	<b>4,684</b>	<b>4,393</b>	<b>1,615</b>	<b>0,000</b>	<b>6,843</b>

Considerando que o autor da escala não apresenta grupos de corte, estes foram tidos em consideração para os **conhecimentos globais sobre o CCU** tendo por base a fórmula preconizada por Pestana & Gageiro (2005).

**(Mediana  $\pm$  0.25 intervalo interquartilico)**

Do resultado da aplicação da fórmula apresentada é adoptada a seguinte classificação:

Bons conhecimentos = $\leq$ Md - 0.25I.I.Q.
Razoáveis conhecimentos = $\geq$ Md - 0.25dp $\geq$ M $\leq$ M + 0.25I.I.Q
Fracos = $\geq$ Md + 0.25I.I.Q.

Da análise dos resultados obtidos e face à mediana e ao intervalo inter-quartilico, constituíram-se três grupos de Coorte, para os conhecimentos globais sobre o CCU: bons conhecimentos (55-67), razoáveis conhecimentos (68-69) e fracos conhecimentos (70-87).

No quadro 24 evidencia-se a caracterização sociodemográfica e profissional em função dos conhecimentos globais nos três grupos de corte constituídos e através da sua análise constatamos que a maioria das mulheres (45,6%) da amostra possui bons conhecimentos acerca do CCU, enquanto que 37,9% e 16,5% possuem conhecimentos fracos e razoáveis, respectivamente. Da análise bivariada estabelecida com os grupos etários verificamos que quem apresenta os melhores conhecimentos acerca do CCU são as mulheres com idades compreendidas entre os 31 e os 37 anos, com 28,6%. Por outro lado, quem apresenta um nível de conhecimentos fracos é o grupo etário com idade  $\leq$ 30 anos e entre os 48 e 67 anos, com 29,3% da amostra, sendo também este grupo das mulheres

mais idade onde encontramos a maior percentagem nos conhecimentos razoáveis acerca do CCU. As diferenças não são estatisticamente significativas ( $X^2=10,861$ ;  $p=0,093$ ).

Quando estudamos o estado civil, observamos que são as mulheres casadas/união de facto que melhores conhecimentos apresenta acerca do CCU (66,4%) embora também seja neste grupo que encontramos os maiores valores percentuais dos que foram classificados com níveis de conhecimentos bons e fracos. Entre os grupos as diferenças são estatisticamente significativas ( $X^2=11,843$ ;  $p=0,003$ ) e os valores residuais apontam para as mulheres casadas/união de facto classificadas com conhecimentos razoáveis e para as solteiras/divorciadas/viúvas classificadas com conhecimentos fracos.

No que respeita à nacionalidade verificamos que das mulheres com nacionalidade portuguesa 98,3% tem bons conhecimentos acerca do CCU, embora também sejam estas que apresentam maior percentagem nos conhecimentos razoáveis e fracos, com 97,7% e 97,0% respectivamente, no entanto as diferenças entre grupos não são estatisticamente significativas ( $X^2=0,877$ ;  $p=0,645$ ).

Analisando o agregado familiar constatamos que as mulheres que residem com o companheiro e/ou filhos são as que possuem maior percentagem de conhecimentos razoáveis acerca CCU com 81,4%, embora também seja nestas onde encontramos maior percentagem de conhecimentos bons e fracos acerca do CCU, com 75,2% e 66,2% respetivamente. Entre os grupos as diferenças são estatisticamente significativas ( $X^2=8,313$ ;  $p=0,016$ ) e os valores residuais apontam para as mulheres que residem com o companheiro e/ou filho classificadas com conhecimentos razoáveis e para as que residem com outros (pais, irmãos, avós) classificadas com conhecimentos fracos.

Em relação às habilitações literárias denota-se que 40,4% das mulheres com habilitações até ao 2º ciclo têm conhecimentos fracos acerca CCU. Entre as mulheres com o ensino secundário o maior valor percentual recai nas que têm bons conhecimentos do CCU com uma percentagem de 39,5%, seguida dos 37,8% de mulheres que têm um curso superior. É também no grupo de mulheres com o ensino secundário que encontramos a maior percentagem das que têm conhecimentos razoáveis com 34,9%. O teste de qui-quadrado ( $X^2=22,006$ ;  $p=0,000$ ) e os valores residuais apontam para significância estatística que se situa entre as mulheres com habilitações até ao 2º ciclo com conhecimentos fracos CCU e nas mulheres com um curso superior classificadas com conhecimentos bons acerca do CCU.

Reportando-nos agora à profissão ressalta que é entre as mulheres pertencentes ao grupo sem emprego, domésticas e estudantes (grupo III) onde se encontra a maior percentagem de fracos conhecimentos acerca do CCU com 43,9%. No grupo dos

agricultores e operários não qualificados (grupo II) encontramos valores percentuais mais elevados nos conhecimentos razoáveis e bons acerca do CCU com 43 % e 39,5% respectivamente. As mulheres pertencentes aos quadros superiores técnicos e pessoal de serviços (grupo I) têm bons conhecimentos acerca do CCU com uma percentagem de 35,3%. As diferenças são estatisticamente significativas ( $X^2=23,994$ ;  $p=0.000$ ) situando-se estas entre os grupos I para as mulheres com bons conhecimentos CCU e no grupo III para as que têm fracos conhecimentos CCU.

Já para a situação profissional verificamos que são as mulheres ativas com uma percentagem de 71% que têm os melhores conhecimentos acerca do CCU, sendo também nestas onde encontramos maiores valores percentuais entre as classificadas como tendo conhecimentos razoáveis e fracos acerca do CCU com 66,3% e 59,6% respetivamente. Em relação às mulheres que no presente não estão no ativo, a maioria tem fracos conhecimentos acerca do CCU com 40,4%. As diferenças são estatisticamente significativas ( $X^2=6,271$ ;  $p=0.043$ ) e os valores residuais mostram que elas se situam nas mulheres com uma situação profissional ativa classificadas com conhecimentos bons e para as que têm uma situação profissional não ativa classificadas com conhecimentos fracos.

No que se refere à residência são nas mulheres que residem em zona urbana onde encontramos os melhores conhecimentos acerca do CCU (55,5%) embora também seja neste grupo que encontramos os maiores valores percentuais das que foram classificadas com conhecimentos razoáveis e fracos com uma percentagem de 54,7% e 54,5% respetivamente. Entre os grupos as diferenças não são significativas ( $X^2=0,041$ ;  $p=0.980$ ).

Da análise estabelecida com o número de filhos e os conhecimentos acerca do CCU os resultados indicam-nos que a maior percentagem é encontrada para os conhecimentos razoáveis acerca do CCU nas mulheres que têm 2 filhos com 39,5%, no entanto também são as que têm 2 filhos as que possuem a maior percentagem de conhecimentos fracos e bons acerca do CCU com 33,8% e 31,9% respetivamente. Embora não tenhamos encontrado diferenças estatísticas significativas ( $X^2=3,162$ ;  $p=0.788$ ).

**QUADRO 24** - Caracterização Sociodemográfica e Profissional em função dos conhecimentos globais do CCU

Variáveis	Bons		Razoáveis		Fracos		Total		Residuais		
	Nº (238)	% (45.6)	Nº (86)	% (16.5)	Nº (198)	% (37.9)	Nº (522)	% (100.0)	1	2	3
<b>Grupos Etários:</b>											
≤ 30 anos	57	23.9	19	22.1	58	29.3	134	25.7	-0.8	-0.8	1.5
31-37 anos	68	28.6	19	22.1	45	22.7	132	25.3	1.6	-0.7	-1.1
38-47 anos	64	26.9	23	26.7	37	18.7	124	23.8	1.5	0.7	-2.1
48-67 anos	49	20.6	25	29.1	58	29.3	132	25.3	-2.3	0.9	1.6
<b>Estado Civil:</b>											
Solteira/ Divorciada	80	33.6	23	26.7	91	46.0	194	37.2	-1.5	-2.2	3.3
Casada/União de F.	158	66.4	63	73.3	107	54.0	328	62.8	1.5	2.2	-3.3
<b>Nacionalidade:</b>											
Sim	234	98.3	84	97.7	192	97.0	510	97.7	0.9	0.0	-0.9
Não	4	1.7	2	2.3	6	3.0	12	2.3	-0.9	0.0	0.9
<b>Agregado familiar:</b>											
Companh. e/ou filho	179	75.2	70	81.4	131	66.2	380	72.8	1.1	2.0	-2.7
Outros	59	24.8	16	18.6	67	33.8	142	27.2	-1.1	-2.0	2.7
<b>Habilitações literárias:</b>											
Até 2º Ciclo	54	22.7	27	31.4	80	40.4	161	30.8	-3.7	0.1	3.7
Secundário	94	39.5	30	34.9	77	38.9	201	38.5	0.4	-0.8	0.1
Curso Superior	90	37.8	29	33.7	41	20.7	160	30.7	3.2	0.7	-3.9
<b>Profissão:</b>											
Grupo I	84	35.3	28	32.6	39	19.7	151	28.9	2.9	0.8	-3.6
Grupo II	94	39.5	37	43.0	72	36.4	203	38.9	0.3	0.9	-0.9
Grupo III	60	25.2	21	24.4	87	43.9	168	32.2	-3.1	-1.7	4.5
<b>Situação Profissional:</b>											
Activa	169	71.0	57	66.3	118	59.6	344	65.9	2.3	0.1	-2.4
Não activa	69	29.0	29	33.7	80	40.4	178	34.1	-2.3	-0.1	2.4
<b>Residência:</b>											
Rural	106	44.5	39	45.3	90	45.5	235	45.0	-0.2	0.1	0.2
Urbana	132	55.5	47	54.7	108	54.5	287	55.0	0.2	-0.1	-0.2
<b>Número de filhos:</b>											
Sem filhos	72	30.3	22	25.6	57	28.8	151	28.9	0.6	-0.7	-0.1
1 filho	70	29.4	21	24.4	60	30.3	151	28.9	0.2	-1.0	0.5
2 filhos	76	31.9	34	39.5	67	33.8	177	33.9	-0.9	1.2	0.0
≥3 filhos	20	8.4	9	10.5	14	7.1	43	8.2	0.1	0.8	-0.8

**Em síntese:**

- A maioria das mulheres já ouviu falar do CCU (98,9%), já realizou o rastreio (69,5%) pelo menos uma vez por ano e após o início da atividade sexual (46,6%), 91% indica que uma das formas de prevenir o aparecimento do CCU é através da vacinação e 64,8% das inquiridas reconhece o vírus do papiloma humano (VPH) como responsável pelo CCU;
- A maioria das inquiridas possui bons conhecimentos acerca do CCU (45,6%), as que apresentam melhores conhecimentos têm idades entre os 31 e os 37 anos (28,6%), casadas/união de facto (66,4%), de nacionalidade portuguesa (98,3%), residem com o companheiro e/ou filhos (75,2%), tendo como habilitações o ensino secundário (39,5%), como profissão pertencem ao grupo dos agricultores e operários não qualificados (39,5%), têm uma situação profissional ativa (71%), residem maioritariamente em zona urbana (55,5%) e têm pelo menos dois filhos (31,9%).

### 2.1.3 - Crenças de saúde relacionadas com o cancro da mama (CM) e o autoexame da mama (CM e AEM)

As estatísticas relativas aos factores que constituem as crenças CM e AEM apresentam um valor mínimo de 5 na vulnerabilidade (risco pessoal percebido de desenvolver CM) e nos benefícios (vantagens do AEM em relação à sua eficácia) e um máximo de 59 nos obstáculos (dificuldades ou barreiras associadas ao AEM), oscilando para a totalidade da escala entre 53 e 137 respectivamente valores mínimos e máximos. Os valores médios por sua vez apresentam índices situados entre os 13,536 na vulnerabilidade e os 37,297 nos obstáculos, sendo de 92,301 para a escala global. Os valores de assimetria e curtose indicam curvas assimétricas negativas com enviesamento à direita e mesocúrticas para os obstáculos, benefícios e eficácia (potenciais habilidades para a realização do AEM). Já a vulnerabilidade apresenta uma curva leptocúrtica, assimétrica positiva com enviesamento à esquerda e a escala global apresenta uma curva de distribuição simétrica, platicúrtica. O teste de Kolmogorov Smirnov não é revelador de uma distribuição normal, uma vez que o valor de (p) é em todos os factores estatisticamente significativo. Os coeficientes de variação traduzem uma dispersão moderada em todos os factores com exceção da escala global que apresenta uma dispersão baixa (cf. quadro 25).

**QUADRO 25** - Estatísticas de resumo da escala de crenças de saúde CM e AEM

Factores	Min	Máx	X	s	SK/erro	K/erro	KS(p)	CV
Vulnerabilidade	5	57	13,536	4,157	22,009	105,498	0,000	30,711
Obstáculos	10	59	37,297	8,234	-6,804	1,977	0,000	22,077
Benefícios	5	20	16,565	3,069	-7,533	0,254	0,000	18,527
Eficácia	7	35	24,902	5,218	-2,636	0,103	0,000	20,954
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>137</b>	<b>92,301</b>	<b>12,995</b>	<b>0,879</b>	<b>-2,277</b>	<b>0,000</b>	<b>14,079</b>

Considerando que o autor da escala não apresenta grupos de corte, estes foram tidos em consideração para as crenças de saúde CM e AEM tendo por base a fórmula preconizada por Pestana & Gageiro (2005).

**(Média ± 0.25 dp)**

Do resultado da aplicação da fórmula apresentada é adoptada a seguinte classificação:

Pouco adequadas =  $\leq M - 0.25dp$

Razoáveis =  $\geq M - 0.25dp \geq M \leq M + 0.25dp$

Muito adequadas =  $\geq M + 0.25dp$

Da análise dos resultados obtidos e face aos valores médios e ao desvio padrão, constituíram-se três grupos de Corte, para a escala de crenças de saúde CM e AEM: crenças pouco adequadas (7-89), razoáveis (90-96) e muito adequadas (96-137).

Tal como o descrito anteriormente, o quadro 26 apresenta a classificação das crenças CM e AEM. Como se pode observar 45,6% da amostra foi classificada como tendo crenças CM e AEM muito adequadas, enquanto que 37,9% das mulheres tem crenças CM e AEM pouco adequadas e 16,5% razoáveis. Da análise bivariada estabelecida com os grupos etários, ressalta que é nas mulheres no grupo etário dos 31-37 anos que se encontram valores percentuais mais elevados no que se refere às crenças CM e AEM muito adequadas e razoáveis com 31,4% e 32,5% respetivamente. É nas mulheres mais velhas com idades superiores a 48 anos que encontramos valores percentuais mais elevados no que se refere a crenças CM e AEM pouco adequadas com 32,9%. As diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas ( $X^2=24.430$ ;  $p=0.000$ ) situando-se estas entre o grupo dos 31 aos 37 anos para as que têm crenças CM e AEM muito adequadas e no grupo com idade superior a 48 anos para as que têm crenças CM e AEM pouco adequadas.

Quanto ao estado civil observamos que das 62,8% das mulheres casadas/união de facto, 65,1% têm crenças razoáveis CM e AEM, sendo também estas que possuem valores percentuais maiores entre as classificadas como muito adequadas e pouco adequadas com 64,5% e 60,3% respetivamente. Entre as mulheres solteiras/divorciadas o maior valor percentual é observado nas que têm crenças pouco adequadas CM e AEM (39,7%). As diferenças entre grupos não são estatisticamente significativas ( $X^2=1,067$ ;  $p=0.587$ ).

No que respeita à nacionalidade verificamos que das 97,7% das mulheres com nacionalidade portuguesa 100% possui crenças CM e AEM razoáveis. Das que não têm nacionalidade portuguesa 2,7% apresenta crenças CM e AEM muito adequadas e com a mesma percentagem crenças CM e AEM pouco adequadas, no entanto as diferenças entre grupos não são estatisticamente significativas ( $X^2=2,322$ ;  $p=0.313$ ).

Analisando o agregado familiar constatamos que as mulheres que residem com o companheiro e/ou filhos são as que possuem crenças mais adequadas com 75%, embora também sejam as que possuem maior percentagem de crenças pouco adequadas e razoáveis, com 71,2% e 71,1% respetivamente. Contudo não encontramos diferenças estatísticas significativas ( $X^2=0,933$ ;  $p=0.627$ ).

Para as habilitações literárias denota-se que das 30,7% das mulheres com um curso superior, 45,5% têm crenças muito adequadas CM e AEM. Entre as mulheres com o ensino secundário o maior valor percentual recai nas que têm crenças razoáveis acerca do CM e AEM (41%) e são sobretudo as mulheres com habilitações até ao 2º ciclo que se revelam com crenças CM e AEM pouco adequadas (44,3%). O teste de qui-quadrado ( $X^2=55.697$ ;  $p=0.000$ ) e os valores residuais apontam para significância estatística que se situa entre as

mulheres com habilitações até ao 2º ciclo com crenças CM e AEM pouco adequadas e nas mulheres com um curso superior classificadas com crenças muito adequadas.

Reportando-nos agora à profissão ressalta que é entre as mulheres pertencentes aos quadros superiores técnicos e pessoal de serviços (grupo I) onde encontramos as crenças CM e AEM mais adequadas (44,1%). É no grupo dos agricultores e operários não qualificados (grupo II) que se encontram valores percentuais mais elevados nas crenças CM e AEM pouco adequadas e razoáveis com 43,8% e 41% respectivamente. A maior percentagem para o grupo das mulheres sem emprego, domésticas e estudantes (grupo III) aparece nas crenças pouco adequadas com 41,6%. As diferenças são estatisticamente significativas ( $X^2=49,366$ ;  $p=0.000$ ) situando-se estas entre os grupos I para as mulheres com crenças CM e AEM muito adequadas e no grupo III para as que têm crenças pouco adequadas.

Já para a situação profissional verificamos que dos 65,9% das mulheres ativas, 69,1% têm crenças muito adequadas CM e AEM, sendo também estas que possuem valores percentuais maiores entre as classificadas com pouco adequadas e razoáveis com 64,8% e 60,2% respectivamente. Em relação às mulheres que no presente não estão no ativo, a maioria tem crenças CM e AEM razoáveis (39,8%) seguindo-se as que têm crenças pouco adequadas com 35,2%. Não encontramos no entanto diferenças estatísticas significativas ( $X^2=2,289$ ;  $p=0.318$ ).

No que se refere à residência são as mulheres que residem em zona urbana que apresentam as crenças CM e AEM mais adequadas (61,4%) embora também seja neste grupo que encontramos os maiores valores percentuais das que foram classificadas com crenças razoáveis e pouco adequadas com uma percentagem de 50,6% e 50,2% respectivamente. As mulheres que residem em zonas rurais possuem os maiores valores percentuais nas crenças classificadas como pouco adequadas (49,8%). Entre os grupos as diferenças são significativas ( $X^2=6.262$ ;  $p=0.044$ ) revelando os valores residuais que estas se situam no grupo residência em meio urbano para as crenças acerca CM e AEM classificadas de muito adequadas.

Da análise estabelecida com o número de filhos e as crenças CM e AEM encontramos resultados que nos indicam que são as mulheres que têm 1 filho com 31,4% e as que têm 2 filhos (31,8%) as que possuem as crenças CM e AEM mais adequadas, no entanto também são as que têm 2 filhos as que possuem a maior percentagem de crenças pouco adequadas (37,9%). Verificamos que as mulheres nos extremos, ou seja, as que não têm filhos e as que têm 3 ou mais possuem crenças CM e AEM razoáveis com 31,3% e

10,8% respectivamente. Embora não tenhamos encontrado diferenças estatísticas significativas ( $X^2=6,544$ ;  $p=0.365$ ).

**QUADRO 26** - Caracterização Sociodemográfica e Profissional em função das crenças CM e o AEM

Variáveis	Muito adequadas		Razoáveis		Pouco adequadas		Total		Residuais		
	Nº (238)	% (45.6)	Nº (86)	% (16.5)	Nº (198)	% (37.9)	Nº (522)	% (100.0)	1	2	3
<b>Grupos Etários:</b>											
≤ 30 anos	60	27.3	21	25.3	53	24.2	134	25.7	0.7	-0.1	-0.7
31-37 anos	69	31.4	27	32.5	36	16.4	132	25.3	<b>2.7</b>	1.7	-4.0
38-47 anos	52	23.6	14	16.9	58	26.5	124	23.8	-0.1	-1.6	1.2
48-67 anos	39	17.7	21	25.3	72	32.9	132	25.3	-3.4	0.0	<b>3.4</b>
<b>Estado Civil:</b>											
Solteira/ Divorciada	78	35.5	29	34.9	87	39.7	194	37.2	-0.7	-0.5	1.0
Casada/União de F.	142	64.5	54	65.1	132	60.3	328	62.8	0.7	0.5	-1.0
<b>Nacionalidade:</b>											
Sim	214	97.3	83	100.0	213	97.3	510	97.7	-0.6	1.5	-0.6
Não	6	2.7	0	-	6	2.7	12	2.3	0.6	-1.5	0.6
<b>Agregado familiar:</b>											
Companh. e/ou filho	165	75.0	59	71.1	156	71.2	380	72.8	1.0	-0.4	-0.7
Outros	55	25.0	24	28.9	63	28.8	142	27.2	-1.0	0.4	0.7
<b>Habilitações literárias:</b>											
Até 2º Ciclo	39	17.7	25	30.1	97	44.3	161	30.8	-5.5	-0.2	<b>5.7</b>
Secundário	81	36.8	34	41.0	86	39.3	201	38.5	-0.7	0.5	0.3
Curso Superior	100	45.5	24	28.9	36	16.4	160	30.7	<b>6.3</b>	-0.4	-6.0
<b>Profissão:</b>											
Grupo I	97	44.1	22	26.5	32	14.6	151	28.9	<b>6.5</b>	-0.5	-6.1
Grupo II	75	34.1	32	38.6	96	43.8	203	38.9	-1.9	-0.1	2.0
Grupo III	48	21.8	29	34.9	91	41.6	168	32.2	-4.3	0.6	<b>3.9</b>
<b>Situação Profissional:</b>											
Ativa	152	69.1	50	60.2	142	64.8	344	65.9	1.3	-1.2	-0.4
Não ativa	68	30.9	33	39.8	77	35.2	178	34.1	-1.3	1.2	0.4
<b>Residência:</b>											
Rural	85	38.6	41	49.4	109	49.8	235	45.0	-2.5	0.9	1.9
Urbana	135	61.4	42	50.6	110	50.2	287	55.0	<b>2.5</b>	-0.9	-1.9
<b>Número de filhos:</b>											
Sem filhos	68	30.9	26	31.3	57	26.0	151	28.9	0.9	0.5	-1.2
1 filho	69	31.4	24	28.9	58	26.5	151	28.9	1.0	0.0	-1.0
2 filhos	70	31.8	24	28.9	83	37.9	177	33.9	-0.9	-1.0	1.6
≥3 filhos	13	5.9	9	10.8	21	9.6	43	8.2	-1.7	0.9	1.0

Para saber o comportamento da variável crenças de saúde acerca CM e o AEM e respetivas subescalas quando comparados com os *grupos etários* efetuamos uma análise de variância a um factor e a mesma veio a revelar que o grupo com idades compreendidas entre os 31 e 37 anos tem melhores crenças CM e AEM na escala global e em quase todas as subescalas, apresentando por isso menor dificuldades ou barreiras associadas AEM (obstáculos), têm mais potenciais habilidades para a realização do AEM (eficácia), e reconhecem melhor as vantagens do AEM em relação à sua eficácia (benefícios), com exceção da vulnerabilidade onde as mulheres mais jovens têm um menor risco percebido de desenvolver CM (vulnerabilidade). Os valores de F são explicativos para os benefícios, os obstáculos e para a escala global embora a variância explicada seja fraca, oscilando entre 0,163% na escala global e 5,546% nos obstáculos. O teste de Tukey indica-nos que as diferenças se situam para os obstáculos e para a escala global entre as classes

≤30 anos e os 48-67 anos e entre esta e os 31-37 anos e também entre esta última e os 38-47 anos. Para os benefícios encontramos diferenças entre a classe dos 31 aos 37 anos e a classe dos 48 aos 67 anos (cf. quadro 27).

**QUADRO 27** - Análise de variância entre as dimensões das crenças CM e o AEM com os grupos etário

Idade	≤30(1)		31-37 (2)		38-47 (3)		48-67 (4)		F	p	% V.E.	Teste Tukey (p)		
	X	s	X	s	X	s	X	s				1Vs4	2Vs4	2Vs3
Vulnerabilidade	14.21	3.300	13.68	3.389	13.02	3.968	13.19	5.526	2.172	0.090	1.242			
Obstáculos	38.64	7.097	39.43	7.037	36.57	8.689	34.48	9.114	10.139	<b>0.000</b>	5.546	0.000	0.000	0.024
Benefícios	16.46	2.909	17.33	2.555	16.66	3.172	15.81	3.422	5.653	<b>0.001</b>	3.170			
Eficácia	24.19	5.566	25.65	4.808	24.83	5.297	24.95	5.126	1.766	0.153	1.013			
Crenças global	93.50	13.027	96.10	11.966	91.09	12.673	88.42	13.145	8.791	<b>0.000</b>	0.163	0.007	0.000	0.009

Para relacionar o estado civil das mulheres com as crenças CM e o AEM realizamos o teste de UMW. Pela análise do quadro 28 verificamos que as ordenações médias eram maiores nas mulheres casadas/união de facto nos obstáculos, apresentando menor dificuldades ou barreiras associadas AEM, nos benefícios, reconhecendo por isso melhor as vantagens do AEM em relação à sua eficácia e na eficácia, tendo mais potenciais habilidades para a realização do AEM. São as mulheres solteiras/divorciadas/viúvas que têm maiores ordenações médias nas crenças global e na vulnerabilidade tendo por isso um menor risco percebido de desenvolver CM. Encontramos apenas significância estatística na vulnerabilidade.

**QUADRO 28** - Teste de U-Mann Whitney entre as dimensões das crenças CM e o AEM com o estado civil

Estado Civil	Solteira	Casada/união de	UMW	p
	Divorciada/viúva	facto		
Crenças CM e AEM	Ordenação média	Ordenação média		
Vulnerabilidade	283.24	248.64	27598.500	<b>0.011</b>
Obstáculos	258.39	263.34	31212.000	0.717
Benefícios	259.14	262.90	31358.000	0.781
Eficácia	251.93	267.16	29959.000	0.264
Crenças global	261.73	261.36	31771.000	0.978

Procuramos entretanto saber em que medida o agregado familiar discriminava as crenças do CM e o AEM. Realizado o teste de UMW verificou-se que as ordenações médias eram maiores nas mulheres que residiam com companheiro e/ou filho apresentando menor dificuldades ou barreiras associadas AEM (obstáculos), têm mais potenciais habilidades para a realização do AEM (eficácia), e reconhecem melhor as vantagens do AEM em relação à sua eficácia (benefícios), por outro lado são as mulheres que residem com outros (pais, irmãos, sozinhas) que têm um menor risco percebido de desenvolver CM (vulnerabilidade). Encontramos significância estatística na eficácia (cf. quadro 29).

**QUADRO 29** - Teste de U-Mann Whitney entre as dimensões das crenças do CM e o AEM com o agregado familiar

Agregado familiar Crenças CM e AEM	Companheiro e/ou filho	Outros (pais, irmãos, sozinha)	UMW	p
	Ordenação média	Ordenação média		
Vulnerabilidade	253.69	282.40	24012.500	0.052
Obstáculos	261.95	260.30	26809.500	0.911
Benefícios	263.09	257.24	26374.500	0.690
Eficácia	270.32	237.89	23628.000	<b>0.028</b>
Crenças global	262.13	259.81	26740.500	0.876

Já para saber se as habilitações literárias influenciam as crenças do CM e o AEM, efetuámos uma análise de variância onde ressalta que são as mulheres com um curso superior que apresentam um menor risco percebido de desenvolver CM (vulnerabilidade), menor dificuldades ou barreiras associadas AEM (obstáculos), têm mais potenciais habilidades para a realização do AEM (eficácia) e reconhecem melhor as vantagens do AEM em relação à sua eficácia (benefícios). Os coeficientes de determinação são fracos em todos os factores, oscilando entre 0,37% na expectativa e 13,97% nos obstáculos. Os valores de F são explicativos em todas as subescalas e na escala global, com exceção na eficácia, revelando o teste de Tukey que as diferenças se situam para os obstáculos e crenças global entre todos os grupos das habilitações literárias, para a vulnerabilidade situam-se entre as que realizaram o 2º ciclo e as que têm curso superior e entre este último grupo e o ensino secundário. Para os benefícios encontramos diferenças entre as que fizeram o ensino secundário e as que estudaram até ao 2º ciclo e entre estas mulheres e as que possuem um curso superior (cf. quadro 30).

**QUADRO 30** - Análise de variância entre as dimensões das crenças CM e o AEM com as habilitações literárias

H. Literárias Crenças CM e AEM	até 2º ciclo (1)		secundário (2)		curso superior(3)		F	p	% V.E.	Teste Tukey (p)		
	X	s	X	s	X	s				1Vs2	1Vs3	2Vs3
Vulnerabilidade	13.25	5.128	13.05	3.512	14.43	3.668	5.538	<b>0.004</b>	2.090	0.028	0.005	
Obstáculos	33.22	8.860	37.58	7.676	41.04	6.161	42.142	<b>0.000</b>	13.971	0.000	0.000	
Benefícios	15.69	3.254	16.66	3.063	17.33	2.653	12.045	<b>0.000</b>	4.436	0.007	0.000	
Eficácia	24.47	5.251	24.97	5.111	25.26	5.318	0.959	0.384	0.368			
Crenças global	86.63	12.698	92.26	12.262	98.06	11.659	35.146	<b>0.000</b>	11.928	0.000	0.000	

Pretendemos identificar se a profissão influenciava as crenças CM e o AEM e nesta medida realizamos uma análise de variância. Dos resultados obtidos e apresentados no quadro 31, são as mulheres do grupo I, quadros superiores técnicos e pessoal de serviços que têm médias mais elevadas nas quatro subescalas e na escala global, apresentando por isso menor risco percebido de desenvolver CM (vulnerabilidade), menor dificuldades ou barreiras associadas AEM (obstáculos), têm mais potenciais habilidades para a realização do AEM (eficácia) e reconhecem melhor as vantagens do AEM em relação à sua eficácia

(benefícios). Os coeficientes de determinação são fracos em todos os factores, oscilando entre 1,0% na expectativa e 10,0% na escala global. Os valores de F são explicativos nas subescalas e na escala global, com exceção da eficácia. O teste de Tukey mostra-nos que as diferenças se situam para os obstáculos, benefícios e escala global entre o grupo II (agricultores e operários não qualificados) e o grupo I e entre este e o grupo III (sem emprego, domésticas, estudantes). Já para a vulnerabilidade encontramos diferenças entre o grupo I e o grupo II e entre este e o grupo III.

**QUADRO 31** - Análise de variância entre as dimensões das crenças CM e AEM com a profissão

Profissão Crenças CM e AEM	Grupo I (1)		Grupo II (2)		Grupo III (3)		F	p	% V.E.	Teste Tukey (p)		
	X	s	X	s	X	s				1Vs2	1Vs3	2Vs3
Vulnerabilidade	14.40	3.908	12.61	3.443	13.88	4.899	9.235	<b>0.000</b>	3.437	0.000		0.008
Obstáculos	41.24	6.022	36.36	7.857	34.89	9.124	28.551	<b>0.000</b>	9.912	0.000	0.000	
Benefícios	17.38	2.635	16.48	3.257	15.93	3.053	9.187	<b>0.000</b>	3.419	0.017	0.000	
Eficácia	25.68	5.322	24.76	5.202	24.38	5.090	2.637	0.073	1.006			
Crenças global	98.70	11.700	90.21	11.917	89.08	13.388	28.925	<b>0.000</b>	10.029	0.000	0.000	

Para saber em que a situação profissional influenciava as crenças CM e o AEM realizamos novamente o teste de UMW. Pela análise do quadro 32 verificou-se que as ordenações médias eram maiores nas mulheres que estão no ativo em todas as dimensões da escala e escala global, com exceção da vulnerabilidade onde também encontramos diferença estatística significativa, o que traduz um menor risco pessoal percebido de desenvolver CM nas mulheres que não estão no ativo.

**QUADRO 32** - Teste de U-Mann Whitney entre as dimensões das crenças do CM e o AEM com a situação profissional

Situação Profissional Crenças CM e AEM	Ativa	Não ativa	UMW	p
	Ordenação média	Ordenação média		
Vulnerabilidade	247.80	287.97	25904.500	<b>0.004</b>
Obstáculos	265.66	253.45	29183.500	0.380
Benefícios	263.72	257.21	29852.000	0.637
Eficácia	262.99	258.62	30103.000	0.753
Crenças global	262.49	259.59	30276.500	0.835

No intuito de verificarmos a existência de relação entre as crenças relacionadas com CM e o AEM e a zona de residência das mulheres, efetuamos um teste t para diferença de médias. As diferenças estatísticas no teste de Levene indicam variâncias homogêneas e as encontradas no teste t não são significativas o que confirma a independência entre as variáveis em estudo (cf. quadro 33). As crenças são maiores em todos os factores da escala e na escala global para as mulheres residentes na zona urbana, o que significa que são as mulheres que residem em zona urbana que apresentam menor risco percebido de desenvolver CM (vulnerabilidade), menor dificuldades ou barreiras associadas AEM

(obstáculos), têm mais potenciais habilidades para a realização do AEM (eficácia) e reconhecem melhor as vantagens do AEM em relação à sua eficácia (benefícios). As diferenças encontradas são significativas para as subescalas obstáculos, benefícios e para a escala global.

**QUADRO 33** - Teste t para diferença de médias entre as dimensões das crenças do CM e AEM com a residência

Residência Crenças CM e AEM	Rural		Urbana		P Levene's	t	p
	X	s	X	s			
Vulnerabilidade	13.23	3.396	13.78	4.680	0.018	-1.506	0.133
Obstáculos	36.08	8.194	38.29	8.144	0.721	-3.079	<b>0.002</b>
Benefícios	16.20	3.070	16.86	3.041	0.592	-2.471	<b>0.014</b>
Eficácia	24.83	5.184	24.96	5.254	0.571	-0.287	0.774
Crenças global	93.34	12.301	93.90	13.345	0.110	-3.138	<b>0.002</b>

Quando estudamos a relação entre o número de filhos que as mulheres tinham e as suas crenças aplicamos o teste de Kruskal-Wallis. Os resultados obtidos e expressos no quadro 34 mostram que as mulheres que não têm filhos apresentam menor risco percebido de desenvolver CM (vulnerabilidade), menor dificuldades ou barreiras associadas AEM (obstáculos) e na escala crenças CM e AEM global. As mulheres que têm um filho têm ordenações médias maiores nos benefícios, o que significa que reconhecem melhor as vantagens do AEM em relação à sua eficácia, enquanto que as mulheres que têm dois filhos apresentam ordenações médias maiores na eficácia, tendo por isso mais potenciais habilidades para a realização do AEM. As diferenças entre os grupos são significativas para as subescalas vulnerabilidade e obstáculos.

**QUADRO 34** - Teste de Kruskal-Wallis entre as dimensões das crenças do CM e o AEM com o nº de filhos

Nº filhos Crenças CM e AEM	0	1	2	3	X <sup>2</sup>	p
	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média		
Vulnerabilidade	291.50	256.62	240.45	259.92	9.705	<b>0.021</b>
Obstáculos	286.73	271.82	240.26	224.09	11.110	<b>0.011</b>
Benefícios	264.78	277.68	252.23	231.33	4.276	0.233
Eficácia	249.72	258.43	279.15	241.00	4.220	0.239
Crenças global	283.99	270.27	244.27	222.66	9.037	0.029

**Em síntese:**

- A maioria das mulheres inquiridas (45,6%) apresenta crenças de saúde muito adequadas relacionadas com o CM e o AEM;
- Nas mulheres do grupo etário dos 31-37 anos (32,5%), casadas/união de facto (65,1%) e com nacionalidade portuguesa (100%) encontramos os valores

percentuais mais elevados nas crenças CM e do AEM classificadas como razoáveis;

- Relativamente às mulheres que residem com o companheiro e/ou filho (75,0%), têm um curso superior (45,5%), como profissão o grupo I a que corresponde aos quadros superiores técnicos e pessoal de serviços (44,1%), possuem uma situação profissional ativa (69,1%), residem em zonas urbanas (61,4%) e têm dois filhos (31,8%) encontramos a maior percentagem nas crenças CM e do AEM classificadas como muito adequadas;
- As mulheres com idades compreendidas entre os 31 e 37 anos, casadas/união de facto, que têm como agregado familiar o companheiro e/ou filhos e que possuem uma situação profissional ativa revelam menos obstáculos AEM, encontram maior eficácia AEM, reconhecem mais benefícios AEM, por outro lado, são as mulheres mais jovens, solteiras/divorciadas/viúvas, que têm como agregado familiar outros elementos (pais, irmãos, sozinhas) e que têm uma situação profissional não ativa as que estão menos vulneráveis ao aparecimento CM;
- São as mulheres com um curso superior, que têm como profissão o grupo I e que residem em zona urbana as que possuem melhores crenças na escala global, apresentam menos obstáculos AEM, encontram maior eficácia AEM, reconhecem mais benefícios AEM e estão menos vulneráveis ao aparecimento CM;
- As mulheres que não têm filhos apresentam crenças mais adequadas na escala global, estão menos vulneráveis ao aparecimento CM e têm menos obstáculos AEM, por outro lado as mulheres que têm um filho reconhecem mais benefícios AEM e são as mulheres que têm dois filhos que encontram maior eficácia AEM.

#### **2.1.4 - Crenças de saúde relativas ao cancro do colo do útero (CCU)**

As estatísticas relativas aos factores que constituem as crenças CCU apresentam um valor mínimo de 4 nos benefícios da citologia e um máximo de 45 nos obstáculos face à citologia, oscilando para a totalidade da escala entre 26 e 130 respectivamente valores mínimos e máximos. Os valores médios por sua vez apresentam índices situados entre os 15,065 nos benefícios e os 22,247 na gravidade, sendo de 75,699 para a escala global. Os valores de assimetria e curtose indicam curvas assimétricas negativas com enviesamento à direita e também leptocúrticas para a vulnerabilidade face CCU, benefícios da citologia e escala global. Já os obstáculos face à citologia apresentam uma curva mesocúrtica, assimétrica positiva com enviesamento à esquerda e a crenças de gravidade face ao CCU apresenta uma curva gaussiana. O teste de Kolmogorov Smirnov não é revelador de uma distribuição normal, já que o valor de (p) é em todos os factores estatisticamente

significativo. Os coeficientes de variação traduzem uma dispersão moderada em todos os factores com exceção dos obstáculos que apresenta uma dispersão alta (cf. quadro 35).

**QUADRO 35** - Estatísticas sobre a escala de crenças de saúde acerca do CCU

Factores	Min	Máx	X	s	SK/erro	K/erro	KS(p)	CV
Vulnerabilidade	6	30	17,715	4,497	-4,243	4,315	0,000	25,385
Gravidade	7	35	22,247	5,643	-1,664	0,934	0,000	25,365
Benefícios	4	20	15,065	4,082	-8,944	2,540	0,000	27,096
Obstáculos	9	45	20,672	8,353	5,813	-0,235	0,000	40,407
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>130</b>	<b>75,699</b>	<b>14,695</b>	<b>-3,813</b>	<b>11,600</b>	<b>0,000</b>	<b>19,412</b>

Considerando que o autor da escala não apresenta grupos de corte, estes foram tidos em consideração para os conhecimentos acerca do CCU tendo por base a fórmula preconizada por Pestana & Gageiro (2005).

**(Mediana  $\pm$  0.25 intervalo interquartilico)**

Do resultado da aplicação da fórmula apresentada é adoptada a seguinte classificação:

Bons conhecimentos = $\leq$ Md - 0.25I.I.Q.
Razoáveis conhecimentos = $\geq$ Md - 0.25dp $\geq$ M $\leq$ M + 0.25I.I.Q.
Fracos = $\geq$ Md + 0.25I.I.Q.

Da análise dos resultados obtidos e face aos valores da mediana e ao intervalo interquartilico, constituíram-se três grupos de Coorte: crenças pouco adequadas (26-74), razoáveis (75-81) e muito adequadas (82-130).

Através do quadro 36 apresentamos a classificação das crenças CCU. Como se pode observar 41,8% da amostra foi classificada como tendo crenças CCU muito adequadas, enquanto que 29,7% das mulheres tem crenças CCU pouco adequadas e 28,5% razoáveis. Da análise bivariada estabelecida com os *grupos etários*, ressalta que é nas mulheres no grupo etário dos 31-37 anos que se encontram valores percentuais mais elevados no que se refere às crenças CCU pouco adequadas com 29,4%, sendo também este grupo que possui maiores valores percentuais para as crenças muito adequadas e razoáveis com 28,9% e 26,2% respectivamente. As diferenças entre os grupos não são estatisticamente significativas ( $X^2=7,443$ ;  $p=0.282$ ).

Quanto ao *estado civil* observamos que das 62,8% das mulheres casadas/união de facto, 65,8% têm crenças razoáveis CCU, sendo também estas que possuem valores percentuais maiores entre as classificadas como pouco adequadas e muito adequadas com 63,2% e 60,6% respectivamente. Entre as mulheres solteiras/divorciadas o maior valor percentual é observado nas que têm crenças muito adequadas acerca do CCU (39,4%). As diferenças entre grupos não são estatisticamente significativas ( $X^2=1,048$ ;  $p=0.592$ ).

No que respeita à nacionalidade verificamos que das mulheres com nacionalidade portuguesa 98,1% possui crenças CCU pouco adequadas. Das que não têm nacionalidade portuguesa 2,7% apresenta crenças CCU razoáveis, no entanto as diferenças entre grupos não são estatisticamente significativas ( $X^2=0,190$ ;  $p=0.909$ ).

Analisando o agregado familiar constatamos que das mulheres que residem com o companheiro e/ou filhos a maioria possui crenças razoáveis com 75,2%, embora também sejam as que possuem maior percentagem de crenças pouco adequadas e muito adequadas, com 74,8% e 69,7% respectivamente. Contudo não encontramos diferenças estatísticas significativas ( $X^2=1,788$ ;  $p=0.409$ ).

Em relação às habilitações literárias denota-se que das 30,7% das mulheres com um curso superior, 45% têm crenças muito adequadas CCU. Entre as mulheres com o ensino secundário o maior valor percentual recai nas que têm crenças razoáveis acerca do CCU (42,3%) e são sobretudo as mulheres com habilitações até ao 2º ciclo que se revelam com crenças CCU pouco adequadas (39,4%). O teste de qui-quadrado ( $X^2=40,250$ ;  $p=0,000$ ) e os valores residuais apontam para significância estatística que se situa entre as mulheres com habilitações até ao 2º ciclo com crenças CCU razoavelmente e pouco adequadas e nas mulheres com um curso superior classificadas com crenças muito adequadas.

Reportando-nos agora à profissão ressalta que é entre as mulheres pertencentes ao grupo dos agricultores e operários não qualificados (grupo II) que se encontram valores percentuais mais elevados nas crenças CCU razoáveis e pouco adequadas com 48,3% e 43,2% respectivamente, por outro lado é nas mulheres pertencentes aos quadros superiores técnicos e pessoal de serviços (grupo I) onde encontramos as crenças CCU mais adequadas (42,2%). No grupo das sem emprego, domésticas e estudantes (grupo III) a maioria das mulheres tem crenças CCU pouco adequadas com 37,4%. As diferenças são estatisticamente significativas ( $X^2=34,324$ ;  $p=0.000$ ) situando-se estas entre os grupos I para as mulheres com crenças muito adequadas CCU e no grupo II para as que têm crenças razoáveis.

Já para a situação profissional verificamos que dos 65,9% das mulheres ativas, 67% têm crenças muito adequadas CCU, sendo também estas que possuem valores percentuais maiores entre as classificadas como razoavelmente e pouco adequadas com 65,8% e 64,5% respetivamente. Em relação às mulheres que no presente não estão no ativo, a maioria tem crenças CCU pouco adequadas (35,5%). Não encontramos no entanto diferenças estatísticas significativas ( $X^2=0,245$ ;  $p=0,885$ ).

No que se refere à *residência* são as mulheres que residem em zona urbana que apresentam as crenças CCU mais adequadas (59,6%) embora também seja neste grupo que encontramos os maiores valores percentuais das que foram classificadas com crenças razoáveis com uma percentagem de 53,7%. As mulheres que residem em zonas rurais possuem os maiores valores percentuais nas crenças classificadas como pouco adequadas (50,3%). Entre os grupos as diferenças não são significativas ( $X^2=3,768$ ;  $p=0.152$ ).

Por fim da análise bivariada estabelecida com o *número de filhos* e as crenças CCU encontramos resultados que nos indicam que são as mulheres que têm 2 filhos com 41,9% que possuem a maior percentagem de crenças CCU pouco adequadas e é nas que não têm filhos onde encontramos maior percentagem nas crenças muito adequadas com 35,8%. Verificamos também que são as mulheres com 1 filho e as que têm 3 ou mais que têm maior percentagem de crenças CCU razoáveis com 31,5% e 8,7% respectivamente.

**QUADRO 36** - Caracterização Sociodemográfica e Profissional em função das crenças CCU

Variáveis	Muito adequadas		Razoáveis		Pouco adequadas		Total		Residuais		
	Nº (218)	% (41.8)	Nº (149)	% (28.5)	Nº (155)	% (29.7)	Nº (522)	% (100.0)	1	2	3
<b>Grupos Etários:</b>											
≤ 30 anos	61	28.0	33	22.1	40	25.8	134	25.7	1.0	-1.2	0.0
31-37 anos	63	28.9	39	26.2	30	29.4	132	25.3	1.6	0.3	-2.0
38-47 anos	46	21.1	38	25.5	40	25.8	124	23.8	-1.2	0.6	0.7
48-67 anos	48	22.0	39	26.2	45	29.0	132	25.3	-1.5	0.3	1.3
<b>Estado Civil:</b>											
Solteira/ Divorciada	86	39.4	51	34.2	57	36.8	194	37.2	0.9	-0.9	-0.1
Casada/União de F.	132	60.6	98	65.8	98	63.2	328	62.8	-0.9	0.9	0.1
<b>Nacionalidade:</b>											
Sim	213	97.7	145	97.3	152	98.1	510	97.7	0.0	-0.4	0.4
Não	5	2.3	4	2.7	3	1.9	12	2.3	0.0	0.4	-0.4
<b>Agregado familiar:</b>											
Companh. e/ou filho	152	69.7	112	75.2	116	74.8	380	72.8	-1.3	0.8	0.7
Outros	66	30.3	37	24.8	39	25.2	142	27.2	1.3	-0.8	-0.7
<b>Habilitações literárias:</b>											
Até 2º Ciclo	44	20.2	56	37.6	61	39.4	161	30.8	-4.5	<b>2.1</b>	<b>2.7</b>
Secundário	76	34.9	63	42.3	62	40	201	38.5	-1.4	1.1	0.5
Curso Superior	98	45	30	20.1	32	20.6	160	30.7	<b>6.0</b>	-3.3	-3.2
<b>Profissão:</b>											
Grupo I	92	42.2	29	19.5	30	19.4	151	28.9	<b>5.7</b>	-3.0	-3.1
Grupo II	64	29.4	72	48.3	67	43.2	203	38.9	-3.8	<b>2.8</b>	1.3
Grupo III	62	28.4	48	32.2	58	37.4	168	32.2	-1.6	0.0	1.7
<b>Situação Profissional:</b>											
Activa	146	67	98	65.8	100	64.5	344	65.9	0.4	0.0	-0.4
Não activa	72	33	51	34.2	55	35.5	178	34.1	-0.4	0.0	0.4
<b>Residência:</b>											
Rural	88	40.4	69	46.3	78	50.3	235	45	-1.8	0.4	1.6
Urbana	130	59.6	80	53.7	77	49.7	287	55	1.8	-0.4	-1.6
<b>Número de filhos:</b>											
Sem filhos	78	35.8	36	24.2	37	23.9	151	28.9	<b>2.9</b>	-1.5	-1.7
1 filho	64	29.4	47	31.5	40	25.8	151	28.9	0.2	0.8	-1.0
2 filhos	59	27.1	53	35.6	65	41.9	177	33.9	-2.8	0.5	<b>2.5</b>
≥3 filhos	17	7.8	13	8.7	13	8.4	43	8.2	-0.3	0.3	0.1

Quisemos saber o comportamento das variáveis crenças de saúde acerca do CCU quando comparados os grupos etários. Efectuada uma análise de variância, a um factor, a mesma veio a revelar que o grupo com idades compreendidas entre os 31 e 37 anos tem mais crenças na vulnerabilidade face ao CCU e nos benefícios da citologia que as outras mulheres. É no grupo mais jovem onde as mulheres possuem mais crenças nos obstáculos face à citologia. Nas crenças de gravidade face ao CCU e nas crenças do CCU global é no grupo das mulheres com idades compreendidas entre os 38 e os 47 anos onde apresentam mais crenças. Os valores de F são explicativos para os benefícios da citologia e para os obstáculos face à citologia, embora a variância explicada seja fraca, oscilando entre 0,49% nos benefícios e 5,3% nos obstáculos. O teste de Tukey indica-nos onde as diferenças se situam. Da análise do quadro 37 verificamos que nos benefícios as diferenças situam-se nos 31-37 anos e nos 48-67 anos, já para os obstáculos encontramos diferenças no grupo dos  $\leq 30$  anos e nas mulheres com idades entre os 31 e os 37 anos e entre estas e as com idades compreendidas entre os 48 e 67 anos.

**QUADRO 37** - Análise de variância entre as dimensões das crenças CCU e os grupos etário

Factores	Idade $\leq 30$ (1)		31-37 (2)		38-47 (3)		48-67 (4)		F	p	% V.E.	T. Tukey (p)	
	X	s	X	s	X	s	X	s				1Vs2	2Vs4
Vulnerabilidade	17.54	3.664	17.68	4.348	18.16	4.359	17.51	5.460	0.571	0.634	0.340		
Gravidade	22.02	4.657	21.90	5.230	22.64	5.812	22.45	6.723	0.491	0.688	0.284		
Benefícios	14.55	3.818	15.78	3.482	15.52	3.964	14.45	4.818	3.624	0.013	2.056		0.039
Obstáculos	22.37	7.817	18.48	7.614	20.44	8.657	21.36	8.878	5.308	0.001	2.982	0.001	0.025
Crenças global	76.48	11.662	73.85	13.177	76.76	13.889	75.77	18.997	1.039	0.375	0.598		

Para relacionar o estado civil das mulheres e as crenças CCU realizamos o teste de UMW. Pela análise do quadro 44 verificamos que as ordenações médias eram maiores nas mulheres casadas/união de facto em todas as dimensões da escala e na escala global, o que traduz melhores crenças CCU, com exceção dos obstáculos que é onde as mulheres solteiras/divorciadas/viúvas apresentam melhores crenças. Encontramos significância estatística nos benefícios em relação à citologia e nos obstáculos face à citologia (cf. quadro 38).

**QUADRO 38** - Teste de U-Mann Whitney entre as dimensões das crenças do CCU e o estado civil

Estado Civil	Solteira	Casada/união de	UMW	p
	Divorciada/viúva	facto		
Crenças CCU	Ordenação média	Ordenação média		
Vulnerabilidade	253.45	266.26	30255.000	0.344
Gravidade	248.47	269.21	29288.500	0.128
Benefícios	235.77	276.72	26824.500	<b>0.003</b>
Obstáculos	281.26	249.81	27983.000	<b>0.021</b>
Crenças global	258.58	263.23	31249.000	0.733

Procuramos entretanto saber em que medida o *agregado familiar* descriminava as crenças do CCU. Realizado o teste de UMW verificou-se que as ordenações médias eram menores nas mulheres que residiam com outros (pais, irmãos, sozinha) em todas as dimensões da escala com exceção dos obstáculos, o que traduz menores crenças do CCU, com significância estatística nos benefícios e nos obstáculos (cf. quadro 39).

**QUADRO 39** - Teste de U-Mann Whitney entre as dimensões das crenças do CCU e o agregado familiar

Agregado familiar	Companheiro e/ou filho	Outros (pais, irmãos, sozinha)	UMW	p
	Ordenação média	Ordenação média		
<b>Crenças CCU</b>				
Vulnerabilidade	268.11	243.82	24469.000	0.098
Gravidade	268.93	241.61	24155.000	0.065
Benefícios	272.70	231.53	22724.000	<b>0.005</b>
Obstáculos	251.46	288.38	23163.500	<b>0.013</b>
Crenças global	263.45	256.28	26239.000	0.628

No intuito de verificarmos se as *habilitações literárias* influenciam as crenças do CCU, efetuou-se uma análise de variância. Dos resultados obtidos e apresentados no quadro 40, ressalta que na vulnerabilidade e na gravidade são as mulheres com o ensino secundário que apresentam crenças do CCU mais elevadas, com médias de 18,40 e 22,91, respectivamente. É nas mulheres com um curso superior, com uma média de 15,43, onde estas apresentam crenças mais elevadas nos benefícios, por outro lado as mulheres até ao 2º ciclo possuem crenças do CCU mais elevadas nos obstáculos (média=22,37) e nas crenças CCU global (média=77,57). A variância explicada é fraca em todos os factores, oscilando entre 0,51% nos benefícios e 3,14% nas crenças global. Os valores de F são explicativos em todos os factores e no global com exceção dos benefícios e o teste de Tukey situa as diferenças na vulnerabilidade entre o ensino secundário e o ensino superior, por fim na gravidade, nos obstáculos e nas crenças CCU global as diferenças situam-se entre até ao 2º ciclo e o curso superior e entre este último e o ensino secundário.

**QUADRO 40** - Análise de variância entre as dimensões das crenças CCU e as habilitações literárias

H. Literárias Factores	até 2º ciclo (1)		secundário (2)		curso superior(3)		F	p	% V.E.	Teste Tukey (p)	
	X	s	X	s	X	s				1Vs3	2Vs3
Vulnerabilidade	17.84	5.014	18.40	4.093	16.73	4.282	6.333	0.002	2.382		0.001
Gravidade	22.68	6.420	22.91	5.473	20.99	4.781	5.931	0.003	2.234	0.019	0.004
Benefícios	14.69	4.190	15.07	3.938	15.43	4.140	1.328	0.266	0.509		
Obstáculos	22.37	7.674	20.94	8.516	18.64	8.425	8.390	0.000	3.132	0.000	0.024
Crenças global	77.57	16.980	77.32	14.108	71.79	12.035	8.421	0.000	3.143	0.001	0.001

Para identificar se a *profissão* influencia as crenças CCU e para tal realizamos uma análise de variância. Dos resultados obtidos e apresentados no quadro 47, observamos que são as mulheres do grupo II, agricultores e operários não qualificados que têm médias mais

elevadas nas quatro subescalas e na escala global, apresentando por isso melhores crenças acerca do CCU. A variância explicada é fraca em todos os factores, oscilando entre 1,60% nos benefícios e 3,96% na escala crenças global. Os valores de F são explicativos nas subescalas e na escala global, revelando o teste de Tukey que as diferenças se situam para a vulnerabilidade, obstáculos e escala global entre o grupo I (quadros superiores técnicos e pessoal de serviços) e o grupo II e entre este último grupo III (sem emprego, domésticas, estudantes). Para a gravidade encontramos diferenças entre o grupo I e o grupo II e para os benefícios encontramos diferenças entre o grupo II e o grupo III.

**QUADRO 41** - Análise de variância entre as dimensões das crenças CCU e a profissão

Profissão Factores	Grupo I (1)		Grupo II (2)		Grupo III (3)		F	p	% V.E.	Teste Tukey (p)		
	X	s	X	s	X	s				1Vs2	1Vs3	2Vs3
Vulnerabilidade	16.54	4.430	18.51	4.085	17.81	4.825	8.556	0.000	3.192	0.000	0.030	0.011
Gravidade	21.03	5.231	23.32	5.445	22.05	6.011	7.448	0.001	2.790	0.000		
Benefícios	15.17	4.438	15.58	3.611	14.36	4.205	4.217	0.015	1.599			
Obstáculos	18.49	8.513	20.79	7.930	22.49	8.298	9.466	0.000	3.519	0.026	0.000	
Crenças global	71.225	12.167	78.187	13.167	76.714	16.665	10.692	0.000	3.957	0.000	0.002	

Quando quisemos saber em que a situação profissional influenciava as crenças CCU realizamos novamente o teste de UMW. Pela análise do quadro 42 verificamos que as mulheres estão no ativo revelam melhores crenças CCU na vulnerabilidade, na gravidade e nos benefícios, uma vez que apresentam ordenações médias superiores. As que têm uma situação profissional não ativa têm melhores crenças CCU nos obstáculos e na escala global. Encontramos diferença estatística significativa nos obstáculos face à citologia.

**QUADRO 42** - Teste de U-Mann Whitney entre as dimensões das crenças do CCU e situação profissional

Situação Profissional Crenças CCU	Ativa	Não ativa	UMW	p
	Ordenação média	Ordenação média		
Vulnerabilidade	263.78	257.09	29831.000	0.628
Gravidade	267.23	250.43	28645.500	0.226
Benefícios	267.39	250.11	28589.000	0.212
Obstáculos	249.78	284.14	26586.000	<b>0.013</b>
Crenças global	257.98	268.31	29404.000	0.457

Para verificarmos se existia relação entre as crenças CCU e a zona de residência das mulheres, efetuamos um teste t para diferença de médias. As diferenças estatísticas no teste de Levene indicam variâncias homogêneas e as encontradas no teste t não são significativas o que confirma a independência entre as variáveis em estudo (cf. quadro 43). As crenças CCU em todos os factores da escala e na escala global são maiores nas residentes da zona rural, com exceção no fator benefícios onde as mulheres da zona urbana apresentam maiores crenças. As diferenças encontradas são significativas para as subescalas obstáculos face à citologia e benefícios em relação à citologia.

**QUADRO 43** - Teste t para diferença de médias entre as dimensões das crenças do CCU e a residência

Residência Crenças CCU	Rural		Urbana		P Levene's	t	p
	X	s	X	s			
Vulnerabilidade	17.77	4.604	17.67	4.416	0.985	0.236	0.813
Gravidade	22.58	5.989	21.98	5.338	0.149	1.215	0.225
Benefícios	14.57	4.216	15.47	3.929	0.142	-2.520	<b>0.012</b>
Obstáculos	21.63	8.321	19.89	8.312	0.390	2.369	<b>0.018</b>
Crenças global	76.54	15.402	75.01	14.080	0.328	1.184	0.237

Para estudarmos a relação entre o número de filhos que as mulheres tinham e as suas crenças acerca CCU aplicamos o teste de Kruskal-Wallis. Os resultados obtidos e expressos no quadro 44 mostram que as mulheres que têm dois filhos teriam crenças mais adequadas acerca do CCU em todas as subescalas e na escala global, com exceção da subescala obstáculo onde são as mulheres que não têm filhos as que apresentam melhores crenças CCU. As diferenças entre os grupos são significativas para as subescalas vulnerabilidade e gravidade.

**QUADRO 44** - Teste de Kruskal-Wallis entre as dimensões das crenças do CCU e o nº de filhos

Nº filhos Crenças CCU	0	1	2	3	X <sup>2</sup>	p
	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média		
Vulnerabilidade	241.21	257.48	289.15	233.05	10.507	<b>0.015</b>
Gravidade	228.07	268.74	281.69	270.37	11.164	<b>0.011</b>
Benefícios	248.53	262.61	270.41	266.50	1.811	0.612
Obstáculos	265.45	263.78	257.43	256.36	0.319	0.957
Crenças global	240.29	256.82	284.77	256.60	7.413	0.060

**Em síntese:**

- A maioria das mulheres inquiridas apresenta crenças de saúde CCU muito adequadas (41,8%);
- Nas mulheres do grupo etário dos 31-37 anos (29,4%) e com nacionalidade portuguesa (98,1%) os valores percentuais mais elevados são encontrados nas crenças CCU classificadas como pouco adequadas;
- As mulheres casadas/união de facto (65,8%), que residem com o companheiro e/ou filho (75,2%) e que pertencem ao grupo das agricultoras e operárias não qualificadas (48,3%) apresentam os valores percentuais mais elevados nas crenças CCU classificadas como razoáveis;
- Quanto às mulheres que têm um curso superior (45,0%), com situação profissional ativa (67,0%) e residem em meio urbano (59,6%) é onde encontramos as crenças CCU mais adequadas;

- As mulheres no grupo etário dos 38-47 anos têm maior crença de vulnerabilidade e de gravidade CCU e na escala global, enquanto que as mulheres mais novas possuem maior crença nos obstáculos em relação à citologia e as mulheres com idades entre os 31 e os 37 anos têm maior crenças nos benefícios da citologia;
- As mulheres casadas/união de facto, que têm como agregado familiar o companheiro e/ou filhos, que pertencem ao grupo das agricultoras e operárias não qualificadas e que têm dois filhos têm maior crença de vulnerabilidade CCU, maior crença de gravidade CCU e encontram mais benefícios na citologia, por outro lado são as mulheres solteiras/divorciadas/viúvas, que residem com outros (pais, irmãos, sozinhas), que pertencem ao grupo das sem emprego, domésticas, estudantes e que não têm filhos as que possuem maior crença de obstáculos face à citologia;
- São as mulheres com o ensino secundário como habilitações que possuem crenças mais elevadas de vulnerabilidade e gravidade face ao CCU, enquanto que são as mulheres com o 2º ciclo que têm melhores valores na escala global e mais obstáculos face à citologia, sendo que são as mulheres com um curso superior as que possuem maior crenças de benefícios da citologia;
- As mulheres com situação profissional ativa têm mais crenças vulnerabilidade CCU, mais crenças gravidade CCU, mais crenças benefícios citologia, mas menor crenças de obstáculos face à citologia e menor valor nas crenças CCU global;
- As crenças CCU em todos os factores da escala e na escala global são maiores nas residentes da zona rural, com exceção no fator benefícios da citologia onde as mulheres da zona urbana apresentam maiores crenças.

### 2.1.5 - Estilo de Vida

As estatísticas relativas aos factores que constituem a escala o meu estilo de vida apresentam um valor mínimo de 12 na atitude para com determinadas ações e um máximo de 75 para a frequência com que o indivíduo implementa determinadas ações, oscilando para a totalidade da escala entre 33 e 135 respectivamente valores mínimos e máximos. Os valores médios por sua vez apresentam índices situados entre os 10,584 na frequência e os 11,209 na atitude, sendo de 18,976 para a escala global. Os valores de assimetria e curtose indicam curvas assimétricas negativas com enviesamento à direita e também mesocúrticas para a atitude e escala global. Já a frequência apresenta uma curva gaussiana. O teste de Kolmogorov Smirnov não é revelador de uma distribuição normal, já que o valor de (p) é em todos os factores estatisticamente significativo. Os coeficientes de variação traduzem uma

dispersão moderada em todos os factores com exceção da escala global que apresenta uma dispersão alta (cf. quadro 45).

**QUADRO 45** - Estatísticas sobre a escala estilo de vida

Factores	Min	Máx	X	s	SK/erro	K/erro	KS(p)	CV
Frequência	17	75	52,45	10,584	0,523	-1,080	0,000	20,179
Atitudes	12	60	47,88	11,209	-9,888	-0,329	0,000	23,411
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>135</b>	<b>100,33</b>	<b>18,976</b>	<b>-3,599</b>	<b>-0,329</b>	<b>0,010</b>	<b>39,632</b>

Considerando que o autor da escala não apresenta grupos de corte, estes foram tidos em consideração para o estilo de vida tendo por base a fórmula preconizada por Pestana & Gageiro (2005).

**(Média ± 0.25 dp)**

Do resultado da aplicação da fórmula apresentada é adoptada a seguinte classificação:

$$\begin{aligned} \text{Fraco} &= \leq M - 0.25dp \\ \text{Razoável} &= \geq M - 0.25dp \geq M \leq M + 0.25dp \\ \text{Bom} &= \geq M + 0.25dp \end{aligned}$$

Da análise dos resultados obtidos e face aos valores médios e ao desvio padrão, constituíram-se três grupos de Corte, para a escala o meu estilo de vida: Fraco (33-96), Razoável (97-104) e Bom (105-135).

Através do quadro 46 apresentamos a classificação dos resultados da escala o meu estilo de vida. Como se pode observar 44,3% da amostra foi classificada como tendo um bom estilo de vida, enquanto que 40,2% das mulheres tem um estilo de vida fraco e 15,5% apresentam um estilo de vida razoável. Da análise bivariada estabelecida com os grupos etários, ressalta que é nas mulheres com idades entre os 31-37 anos onde encontramos valores percentuais mais elevados no que se refere ao nível bom do meu estilo de vida, por outro lado é nas mulheres mais jovens, com idades inferiores ou iguais a 30 anos que se encontram valores percentuais mais elevados no que se refere ao estilo de vida razoável e fraco com 28,4% e 27,6% respectivamente. As diferenças entre os grupos não são estatisticamente significativas ( $X^2=3,182$ ;  $p=0,786$ ).

Quanto ao estado civil observamos que 67,9% das mulheres casadas/união de facto têm um estilo de vida razoável, sendo também estas que possuem valores percentuais maiores entre as classificadas como bom e fraco estilo de vida com 64,9% e 58,6% respectivamente. Entre as mulheres solteiras/divorciadas o maior valor percentual é observado nas que têm um fraco estilo de vida (41,4%). As diferenças entre grupos não são estatisticamente significativas ( $X^2=2,961$ ;  $p=0,228$ ).

No que respeita à nacionalidade verificamos das mulheres com nacionalidade portuguesa 99,1% possui um bom estilo de vida. Das que não têm nacionalidade portuguesa 6,2% apresenta um estilo de vida razoável, no entanto as diferenças entre grupos não são estatisticamente significativas ( $X^2=7,531$ ;  $p=0,023$ ).

Analisando o agregado familiar constatamos que as mulheres que residem com o companheiro e/ou filhos são as que possuem um bom estilo de vida com 74%, embora também sejam as que possuem maior percentagem de estilo de vida fraco e razoável, com 72,4% e 70,4% respectivamente. As mulheres que residem com outros (irmãos, pais, avós) apresentam uma maior percentagem no estilo de vida razoável (29,6%). Contudo não encontramos diferenças estatísticas significativas ( $X^2=0,435$ ;  $p=0,804$ ).

Em relação às habilitações literárias denota-se que a maior percentagem no bom estilo de vida é encontrada nas mulheres com um curso superior (43,7%). Entre as mulheres com o ensino secundário o maior valor percentual recai nas que têm razoável e fraco estilo de vida, com 46,9% e 43,8% respectivamente. Já para as mulheres com habilitações até ao 2º ciclo a maioria tem um fraco estilo de vida (37,6%). O teste de qui-quadrado ( $X^2=35,845$ ;  $p=0,000$ ) e os valores residuais apontam para significância estatística que se situa entre as mulheres com habilitações até ao 2º ciclo e com o ensino secundário com fraco estilo de vida e nas mulheres com um curso superior classificadas com bom estilo de vida.

Reportando-nos agora à profissão ressalta que é entre as mulheres pertencentes aos quadros superiores técnicos e pessoal de serviços (grupo I) onde encontramos o melhor estilo de vida (39%). É no grupo dos agricultores e operários não qualificados (grupo II) que se encontram valores percentuais mais elevados no estilo de vida fraco e razoável com 46,7% e 43,2% respectivamente. A maior percentagem para o grupo das mulheres sem emprego, domésticas e estudantes (grupo III) aparece no estilo de vida razoável e fraco, ambos com 33,3%. As diferenças são estatisticamente significativas ( $X^2=22,967$ ;  $p=0,000$ ) situando-se estas entre os grupos I para as mulheres com bom estilo de vida e no grupo II para as que têm fraco estilo de vida.

Já para a situação profissional verificamos que 67,5% das mulheres ativas tem um bom estilo de vida, sendo também estas que possuem valores percentuais maiores entre as classificadas como razoável e fraco estilo de vida com 65,4% e 64,3% respetivamente. Em relação às mulheres que no presente não estão no ativo, a maioria tem fraco estilo de vida (35,7%). Não encontramos no entanto diferenças estatísticas significativas ( $X^2=0,525$ ;  $p=0,769$ ).

No que se refere à residência são as mulheres que residem em zona urbana que apresentam um bom estilo de vida (55,8%) embora também seja neste grupo que encontramos os maiores valores percentuais das que foram classificadas com razoável e fraco estilo de vida com uma percentagem de 55,6% e 53,8% respetivamente. As mulheres que residem em zonas rurais possuem os maiores valores percentuais no estilo de vida classificado como fraco (46,2%). Entre os grupos as diferenças não são significativas ( $X^2=0,197$ ;  $p=0,906$ ).

Por fim da análise bivariada estabelecida com o número de filhos e o meu estilo de vida encontramos resultados que nos indicam que a maior percentagem é encontrada nas mulheres que têm 2 filhos com 35,8% com um estilo de vida razoável, no entanto também são as que têm 2 filhos as que possuem a maior percentagem no estilo de vida fraco e bom, com 35,2% e 32% respetivamente. Embora não tenhamos encontrado diferenças estatísticas significativas ( $X^2=3,986$ ;  $p=0,679$ ).

**QUADRO 46** - Caracterização Sociodemográfica e Profissional em função do estilo de vida

Variáveis	Bom		Razoável		Fraco		Total		Residuais		
	Nº (231)	% (44.3)	Nº (81)	% (15.5)	Nº (210)	% (40.2)	Nº (522)	% (100.0)	1	2	3
<b>Grupos Etários:</b>											
≤ 30 anos	53	22.9	23	28.4	58	27.6	134	25.7	-1.3	0.6	0.8
31-37 anos	66	28.6	19	23.5	47	22.4	132	25.3	1.5	-0.4	-1.3
38-47 anos	53	22.9	19	23.5	52	24.8	124	23.8	-0.4	-0.1	0.4
48-67 anos	59	25.5	20	24.7	53	25.2	132	25.3	0.1	-0.1	0.0
<b>Estado Civil:</b>											
Solteira/ Divorciada	81	35.1	26	32.1	87	41.4	194	37.2	-0.9	-1.0	1.7
Casada/União de F.	150	64.9	55	67.9	123	58.6	328	62.8	0.9	1.0	-1.7
<b>Nacionalidade:</b>											
Sim	229	99.1	76	93.8	205	97.6	510	97.7	1.9	-2.5	-0.1
Não	2	0.9	5	6.2	5	2.4	12	2.3	-1.9	2.5	0.1
<b>Agregado familiar:</b>											
Companh. e/ou filho	171	74.0	57	70.4	152	72.4	380	72.8	0.6	-0.5	-0.2
Outros	60	26.0	24	29.6	58	27.6	142	27.2	-0.6	0.5	0.2
<b>Habilitações literárias:</b>											
Até 2º Ciclo	59	25.5	23	28.4	79	37.6	161	30.8	-2.3	-0.5	<b>2.8</b>
Secundário	71	30.7	38	46.9	92	43.8	201	38.5	-3.3	1.7	<b>2.0</b>
Curso Superior	101	43.7	20	24.7	39	18.6	160	30.7	<b>5.8</b>	-1.3	-4.9
<b>Profissão:</b>											
Grupo I	90	39.0	19	23.5	42	20.0	151	28.9	<b>4.5</b>	-1.2	-3.7
Grupo II	70	30.3	35	43.2	98	46.7	203	38.9	-3.6	0.9	<b>3.0</b>
Grupo III	71	30.7	27	33.3	70	33.3	168	32.2	-0.6	0.2	0.5
<b>Situação Profissional:</b>											
Ativa	156	67.5	53	65.4	135	64.3	344	65.9	0.7	-0.1	-0.6
Não ativa	75	32.5	28	34.6	75	35.7	178	34.1	-0.7	0.1	0.6
<b>Residência:</b>											
Rural	102	44.2	36	44.4	97	46.2	235	45.0	-0.4	-0.1	0.4
Urbana	129	55.8	45	55.6	113	53.8	287	55.0	0.4	0.1	-0.4
<b>Número de filhos:</b>											
Sem filhos	68	29.4	23	28.4	60	28.6	151	28.9	0.2	-0.1	-0.1
1 filho	73	31.6	24	29.6	54	25.7	151	28.9	1.2	0.2	-1.3
2 filhos	74	32.0	29	35.8	74	35.2	177	33.9	-0.8	0.4	0.5
≥3 filhos	16	6.9	5	6.2	22	10.5	43	8.2	-1.0	-0.7	1.5

Para saber o comportamento da variável estilo de vida quando comparada com os *grupos etários* efetuamos uma análise de variância, a um factor, a mesma veio a revelar que é o grupo das mulheres com idades compreendidas entre os 31 e 37 anos que tem melhor estilo de vida, tanto nas subescalas como na escala global. Por outro lado é no grupo das mais jovens que elas possuem pior estilo de vida na subescala atitude para com determinadas ações e no estilo de vida global, sendo para a subescala frequência com que o indivíduo implementa determinadas ações o grupo etário dos 38 aos 47 anos onde as mulheres têm pior estilo de vida. Os valores de F não são explicativos e a variância explicada é fraca, oscilando entre 0,276% na atitude e 1,083% na frequência (cf. quadro 47).

**QUADRO 47** - Análise de variância entre as dimensões do estilo de vida e os grupos etários

Factores	Idade ≤30(1)		31-37 (2)		38-47 (3)		48-67 (4)		F	p	% V.E.
	X	s	X	s	X	s	X	s			
Frequência	51.84	9.610	54.30	9.490	51.49	11.197	52.11	11.797	1.890	0.130	1.083
Atitude	46.97	10.406	48.58	10.926	48.07	11.910	47.91	11.655	0.479	0.697	0.276
Estilo Vida global	98.81	17.007	102.89	17.800	99.56	20.253	100.02	20.662	1.164	0.323	0.670

Para novamente relacionar o *estado civil* das mulheres, desta vez com o estilo de vida realizamos o teste de UMW. Pela análise do quadro 48 verificamos que as ordenações médias eram maiores nas mulheres casadas/união de facto na atitude e no estilo de vida global, o que traduz melhores estilos de vida. Por outro lado são as mulheres solteiras/divorciadas/viúvas que apresentam melhor estilo de vida na frequência. Encontramos diferenças estatísticas significativas na atitude.

**QUADRO 48** - Teste de U-Mann Whitney entre as dimensões do estilo de vida e o estado civil

Factores	Estado Civil	UMW	p
	Solteira Divorciada/viúva Ordenação média		
Frequência	261.93	261.25	31733.000
Atitude	242.51	272.73	28131.000
Estilo Vida global	251.48	267.42	29873.000

Procuramos entretanto saber em que medida o *agregado familiar* discriminava o estilo de vida. Realizado o teste de UMW verificou-se que as ordenações médias eram maiores nas mulheres que residiam com o companheiro e/ou filho na subescala atitude e no estilo de vida global, o que traduz um melhor estilo de vida. Por outro lado quem apresentava melhor estilo de vida na subescala frequência eram as mulheres que residiam com outros (pais, irmãos, sozinha), sem significância estatística (cf. quadro 49).

**QUADRO 49** - Teste de U-Mann Whitney entre as dimensões do estilo de vida e o agregado familiar

Agregado familiar Factores	Companheiro e/ou filho	Outros (pais, irmãos, sozinha)	UMW	p
	Ordenação média	Ordenação média		
Frequência	258.75	268.85	25936.000	0.496
Atitude	266.92	246.99	24920.000	0.178
Estilo Vida global	262.28	259.43	26685.500	0.848

No intuito de verificarmos se as habilitações literárias influenciam o estilo de vida efetuamos uma análise de variância. Dos resultados obtidos e apresentados no quadro 50, ressalta que são as mulheres com um curso superior que têm médias mais elevadas nas duas subescalas e na escala global, apresentando por isso um melhor estilo de vida. A variância explicada é fraca em todos os factores, oscilando entre 10,75% na frequência e 15,17% na escala global. Os valores de F são explicativos nas subescalas e na escala global, revelando o teste de Tukey que as diferenças se situam para a frequência com que o indivíduo implementa determinadas ações, para a atitude para com determinadas ações e para o meu estilo de vida global entre as que realizaram o 2º ciclo e as que têm curso superior e entre este último grupo e o ensino secundário.

**QUADRO 50** - Análise de variância entre as dimensões do estilo de vida e as habilitações literárias

H. literárias Factores	até 2º ciclo (1)		secundário (2)		curso superior(3)		F	p	% V.E.	Teste Tukey (p)	
	X	s	X	s	X	s				1Vs3	2Vs3
Frequência	50.95	11.281	51.12	10.097	55.62	9.808	10.751	0.000	3.978	0.000	0.000
Atitude	45.84	12.649	46.73	11.339	51.38	8.414	11.998	0.000	4.419	0.000	0.000
Estilo Vida global	96.79	21.252	97.85	17.791	106.99	16.193	15.166	0.000	5.522	0.000	0.000

Pretendíamos identificar se a profissão influencia o estilo de vida e para tal realizamos novamente uma análise de variância. Dos resultados obtidos e apresentados no quadro 51, observamos que são as mulheres do grupo I, quadros superiores técnicos e pessoal de serviços que têm médias mais elevadas nas duas subescalas e na escala global, apresentando por isso um melhor estilo de vida. A variância explicada é fraca em todos os factores, oscilando entre 0,24% na frequência e 3,21% na escala global. Os valores de F são explicativos nas subescalas e na escala global, revelando o teste de Tukey que as diferenças se situam para a frequência com que o indivíduo implementa determinadas ações entre o grupo I e o grupo II. Para a atitude para com determinadas ações e o meu estilo de vida global as diferenças situam-se entre o grupo II e o grupo I e entre este último grupo III.

**QUADRO 51** - Análise de variância entre as dimensões do estilo de vida e a profissão

Profissão Factores	Grupo I (1)		Grupo II (2)		Grupo III (3)		F	p	% V.E.	Teste Tukey (p)	
	X	s	X	s	X	s				1Vs2	1Vs3
Frequência	54.88	10.794	50.73	9.750	52.33	10.996	6.809	0.001	0.244	0.001	
Atitude	50.58	9.594	46.53	11.754	47.07	11.521	6.425	0.002	2.416	0.002	0.014
Estilo Vida global	105.46	18.277	97.27	18.198	99.40	19.665	8.616	0.000	3.213	0.000	0.011

Para saber em que a situação profissional influenciava o estilo de vida realizamos o teste de UMW. Pela análise do quadro 52 verificamos que as mulheres estão no ativo revelam ter melhor estilo de vida nas duas subescalas e na escala global, uma vez que apresentam ordenações médias superiores. Não encontramos diferença estatística significativa.

**QUADRO 52** - Teste de U-Mann Whitney entre as dimensões do estilo de vida e situação profissional

Situação Profissional Estilo de Vida	Ativa	Não ativa	UMW	p
	Ordenação média	Ordenação média		
Frequência	263.50	257.64	29928.500	0.674
Atitude	264.54	255.63	29570.500	0.521
Estilo Vida global	265.69	253.40	29175.000	0.378

Quando verificamos se existia relação entre a escala o meu estilo de vida e a zona de residência, efetuamos um teste t para diferença de médias. As diferenças estatísticas no teste de Levene indicam variâncias homogêneas e as encontradas no teste t não são significativas o que confirma a independência entre as variáveis em estudo. O meu estilo de vida global e a subescala atitude para com determinadas ações é melhor nas mulheres que residem em zona rural. Em relação à subescala frequência com que o indivíduo implementa determinadas ações são as mulheres que residem em zonas urbanas apresentam melhores médias. Contudo não encontramos diferenças estatísticas significativas (cf. quadro 53).

**QUADRO 53** - Teste t para diferença de médias entre as dimensões do estilo de vida e a residência

Residência Estilo de Vida	Rural		Urbana		P Levene's	t	p
	X	s	X	s			
Frequência	52.42	10.391	52.47	10.758	0.566	-0.053	0.958
Atitude	47.96	11.305	47.81	11.150	0.481	0.155	0.877
Estilo Vida global	100.38	18.248	100.28	19.584	0.472	0.062	0.950

Para estudarmos a relação entre o número de filhos que as mulheres tinham e o seu estilo de vida aplicamos o teste de Kruskal-Wallis. Os resultados obtidos e expressos no quadro 54 mostram que as mulheres que têm um filho teriam um melhor estilo de vida na subescala atitude e na escala global, com exceção da subescala frequência onde são as

mulheres que não têm filhos as que apresentam melhor estilo de vida. Não encontramos diferenças significativas entre os grupos.

**QUADRO 54** - Teste de Kruskal-Wallis entre as dimensões do estilo de vida e o nº de filhos

Nº filhos	0	1	2	3	$\chi^2$	p
	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média		
Frequência	277.82	263.42	254.82	224.92	4.675	0.197
Atitude	245.48	280.68	263.58	241.83	4.931	0.177
Estilo Vida global	266.37	271.29	258.18	223.65	3.590	0.309

**Em síntese:**

- A maioria das mulheres inquiridas apresenta um bom estilo de vida (44,3%);
- As mulheres do grupo etário dos 31-37 anos (28,6%), com nacionalidade portuguesa (99,1%), que residem com o companheiro e/ou filho (74,0%), que têm uma situação profissional ativa (67,5%) e residem em meio urbano (55,8%) são as que têm o melhor estilo de vida pois é nestas que encontramos os valores percentuais mais elevados;
- As mulheres casadas/união de facto (67,9%), que têm como habilitações o ensino secundário (46,9%) e têm dois filhos (35,8%) são as que apresentam na sua maioria um estilo de vida razoável;
- Quanto às mulheres que pertencem ao grupo das sem emprego, domésticas, estudantes (46,7%) é onde encontramos uma maior percentagem no estilo de vida fraco;
- As mulheres com idades compreendidas entre os 31-37 anos, com um curso superior, que pertencem ao grupo dos quadros superiores técnicos e pessoal de serviços, com uma situação profissional ativa e residem em zonas urbanas apresentam um melhor estilo de vida nas subescalas frequência, atitude e na escala global;
- As mulheres casadas/união de facto, que residem com o companheiro e/ou filho e que têm um filho apresentam um melhor estilo de vida na subescala atitude e na escala global e pior estilo de vida na subescala frequência.

## 2.2 - ANÁLISE INFERENCIAL

A primeira etapa deste estudo, teve por finalidade a caracterização da amostra. Procuraremos nesta segunda parte, avaliar as relações existentes entre algumas das variáveis independentes, com a vigilância de saúde sexual e reprodutiva.

Para a análise inferencial, que no dizer de POLIT e HUNGLER (1995), “é uma explicação da relação entre duas ou mais variáveis” ou que, por outras palavras, procura traduzir o enunciado do problema para uma previsão precisa e clara dos resultados esperados. Elaborámos uma hipótese complexa que depois será através de várias subhipóteses.

- As variáveis sociodemográficas e profissionais (idade, estado civil, agregado familiar, habilitações literárias, profissão, situação profissional, residência e número de filhos), as variáveis conhecimentos sobre rastreios acerca do cancro do colo do útero e autoexame da mama, as variáveis contexto de saúde (crenças em saúde e o estilo de vida) influenciam a adesão à vigilância de saúde sexual e reprodutiva das mulheres.

### **Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais com a adesão à vigilância de saúde sexual e reprodutiva das mulheres?**

Tal como o descrito anteriormente apresentamos no quadro 55 a percentagem de mulheres que realiza a vigilância de saúde sexual e reprodutiva frequentando para isso as consultas de saúde no centro de saúde e/ou no ginecologista, que corresponde a 86,6% da amostra contra os 13,4% das mulheres que não faz qualquer vigilância regular. Da análise bivariada estabelecida com os grupos etários, ressalta que é nas mulheres com idades entre os 31 e os 37 anos que se encontram valores percentuais mais elevados no que se refere às que aderem à vigilância nas consultas com 26,8%. É nas mulheres mais velhas com idades superiores a 48 anos que encontramos valores percentuais mais elevados nas que não frequentam consultas com 34,3%. As diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas ( $X^2=8,633$ ;  $p=0.035$ ) situando-se estas entre o grupo dos 31 aos 37 anos para as mulheres que aderem à vigilância de saúde sexual e reprodutiva.

Quanto ao estado civil observamos que a maior percentagem das que aderem à vigilância nas consultas é encontrada nas mulheres casadas/união de facto com 66,6%. Entre as que não frequentam as consultas e portanto não aderem à vigilância encontramos as mulheres solteiras/divorciadas com um maior valor percentual com 61,4%. As diferenças entre grupos são estatisticamente significativas ( $X^2=20,380$ ;  $p=0.000$ ) e os valores residuais mostram que elas se situam entre o grupo das mulheres solteiras/divorciadas que não realizam frequenta as consultas e no grupo das casadas/união de facto que as frequentam.

No que respeita à nacionalidade verificamos que das mulheres com nacionalidade portuguesa 97,6% realiza faz vigilância de saúde sexual e reprodutiva no centro de saúde e/ou no ginecologista e nas que não fazem essa vigilância e são de nacionalidade portuguesa temos uma percentagem de 98,6%. As diferenças entre grupos não são estatisticamente significativas ( $X^2=0,273$ ;  $p=0.000$ ).

Analisando o agregado familiar constatamos que as mulheres que residem com o companheiro e/ou filhos são as que mais frequentam as consultas no centro de saúde/ginecologista com 76,5% e pelo contrário, as que não frequentam as consultas são as mulheres que residem com outras pessoas com uma percentagem de 51,4%. As diferenças entre grupos são estatisticamente significativas ( $X^2=23,958$ ;  $p=0.000$ ) e os valores residuais mostram que elas se situam entre o grupo das que residem com o companheiro e/ou filhos e que frequentam as consultas de vigilância sexual e reprodutiva e no grupo das que residem com outros (pais, irmãos, tios) que não frequentam as consultas.

Em relação às habilitações literárias denota-se que são as mulheres que têm como habilitações o ensino secundário que mais fazem a vigilância de saúde sexual e reprodutiva, seguidas das que têm o ensino superior, com 36,5% e 33% respectivamente. São também as mulheres com o ensino secundário que têm uma maior percentagem das que não fazem a vigilância no centro de saúde/ginecologista (51,4%) e são as que possuem o ensino superior como habilitações que menor percentagem têm das que não fazem a vigilância com apenas 15,7%. O teste de qui-quadrado ( $X^2=9,497$ ;  $p=0.009$ ) e os valores residuais apontam para significância estatística que se situa entre as mulheres com habilitações até ao secundário que não realizam qualquer vigilância de saúde sexual e reprodutiva e nas mulheres com um curso superior que realizam a vigilância.

Reportando-nos agora à profissão ressalta que é entre as mulheres pertencentes ao grupo dos agricultores e operários não qualificados (grupo II) onde as mulheres mais frequentam as consultas no centro de saúde/ginecologista (39,6%), sendo no grupo das mulheres desempregadas, estudantes, domésticas (grupo III) onde encontramos valores percentuais mais elevados nas que não frequenta as consultas com 47,1%. São as pertencentes aos quadros superiores técnicos e pessoal de serviços (grupo I) que menor percentagem têm das que não frequentam as consultas com apenas 18,6%. As diferenças são estatisticamente significativas ( $X^2=9,058$ ;  $p=0.011$ ) situando-se estas entre os grupos I para as mulheres que frequentam as consultas e no grupo III para as que não frequentam as consultas.

Já para a situação profissional verificamos que das mulheres ativas, 67,5% realiza a vigilância sexual e reprodutiva no centro de saúde/ginecologista, sendo também estas que

possuem valores percentuais maiores entre as que referem não realizar essa vigilância com 55,7%. Não encontramos no entanto diferenças estatísticas significativas ( $X^2=3,733$ ;  $p=0,053$ ).

No que se refere à residência são as mulheres que residem em zona urbana que mais frequentam as consultas no centro de saúde/ginecologista com uma percentagem de 56,4% e são as mulheres que residem em zonas rurais as que possuem os maiores valores percentuais nas que não frequentam as consultas de vigilância de saúde sexual e reprodutiva com 55,7%. Entre os grupos as diferenças não são significativas ( $X^2=2,805$ ;  $p=0,094$ ).

Por fim na análise bivariada estabelecida com o número de filhos e a adesão às consultas encontramos resultados que nos indicam que são as mulheres que têm 2 filhos com 34,7% as que mais aderem às consultas. Das mulheres que não aderem às consultas de vigilância sexual e reprodutiva aparecem em maior percentagem as que ainda não têm filhos com 40%. Embora não tenhamos encontrado diferenças estatísticas significativas ( $X^2=5,146$ ;  $p=0,161$ ).

**QUADRO 55** - Relação entre variáveis sociodemográficas e profissionais em função da vigilância de saúde sexual e reprodutiva

Variáveis	Sim		Não		Total		Residuais	
	Nº (452)	% (86.6)	Nº (70)	% (13.4)	Nº (522)	% (100)	Sim	Não
<b>Grupos Etários:</b>								
≤ 30 anos	111	24.6	23	32.9	134	25.7	-1.5	1.5
31-37 anos	121	26.8	11	15.7	132	25.3	<b>2.0</b>	-2.0
38-47 anos	112	24.8	12	17.1	124	23.8	1.4	-1.4
48-67 anos	108	23.9	24	34.3	132	25.3	-1.9	1.9
<b>Estado Civil:</b>								
Solteira/ Divorciada	151	33.4	43	61.4	194	37.2	-4.5	<b>4.5</b>
Casada/União de F.	301	66.6	27	38.6	328	62.8	<b>4.5</b>	-4.5
<b>Nacionalidade:</b>								
Sim	441	97.6	69	98.6	510	97.7	-0.5	0.5
Não	11	2.4	1	1.4	12	2.3	0.5	-0.5
<b>Agregado familiar:</b>								
Companh. e/ou filho	346	76.5	34	48.6	380	72.8	<b>4.9</b>	-4.9
Outros	106	23.5	36	51.4	142	27.2	-4.9	<b>4.9</b>
<b>Habilitações literárias:</b>								
Até 2º Ciclo	138	30.5	23	32.9	161	30.8	-0.4	0.4
Secundário	165	36.5	36	51.4	201	38.5	-2.4	<b>2.4</b>
Curso Superior	149	33.0	11	15.7	160	30.7	<b>2.9</b>	-2.9
<b>Profissão:</b>								
Grupo I	138	30.5	13	18.6	151	28.9	<b>2.1</b>	-2.1
Grupo II	179	39.6	24	34.3	203	38.9	0.8	-0.8
Grupo III	135	29.9	33	47.1	168	32.2	-2.9	<b>2.9</b>
<b>Situação Profissional:</b>								
Activa	305	67.5	39	55.7	344	65.9	1.9	-1.9
Não activa	147	32.5	31	44.3	178	34.1	-1.9	1.9
<b>Residência:</b>								
Rural	197	43.6	38	54.3	235	45.0	-1.7	1.7
Urbana	255	56.4	32	45.7	287	55.0	1.7	-1.7
<b>Número de filhos:</b>								
Sem filhos	123	27.2	28	40.0	151	28.9	-2.2	<b>2.2</b>
1 filho	135	29.9	16	22.9	151	28.9	1.2	-1.2
2 filhos	157	34.7	20	28.6	177	33.9	1.0	-1.0
≥3 filhos	37	8.2	6	8.6	43	8.2	-0.1	0.1

**Qual a relação entre as variáveis conhecimento sobre rastreios com a adesão à vigilância de saúde sexual e reprodutiva das mulheres?**

Da análise bivariada estabelecida com a adesão às consultas de saúde e vigilância sexual e reprodutiva no centro de saúde/ginecologista e a realização do autoexame da mama, ressalta que é no 80,7% das mulheres que realizam o autoexame da mama onde encontramos valores percentuais mais elevados no que se refere às que aderem à vigilância nas consultas com 83%, sendo também nas que realizam o autoexame da mama onde encontramos valores percentuais mais elevados nas que não frequentam consultas com 65,7%. As diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas ( $X^2=11,558$ ;  $p=0.001$ ) situando-se estas entre o grupo das mulheres que realizam o autoexame da mama para as aderem à vigilância de saúde sexual e reprodutiva e entre o grupo das mulheres que não realizam o autoexame da mama para as mulheres que não aderem à vigilância de saúde (cf. quadro 56).

Quanto aos conhecimentos globais do CCU observamos que a maior percentagem das que aderem à vigilância nas consultas é encontrada nas mulheres com bons conhecimentos acerca do CCU com 49,8%. Entre as que não frequentam as consultas e portanto não aderem à vigilância encontramos as mulheres com fracos conhecimentos acerca do CCU com uma percentagem de 65,7%. As diferenças entre grupos são estatisticamente significativas ( $X^2=29,427$ ;  $p=0.000$ ) e os valores residuais mostram que elas se situam entre o grupo das mulheres com bons conhecimentos CCU que aderem à vigilância e no grupo das mulheres com fracos conhecimentos CCU que não aderem às consultas.

**QUADRO 56** - Caracterização das variáveis realização do autoexame da mama e conhecimentos face ao CCU em função da vigilância de saúde sexual e reprodutiva

Variáveis	Sim		Não		Total		Residuais	
	Nº (452)	% (86.6)	Nº (70)	% (13.4)	Nº (522)	% (100)	Sim	Não
<b>Realização autoexame mama:</b>								
Sim	375	83.0	46	65.7	421	80.7	3.4	-3.4
Não	77	17.0	24	34.3	101	19.3	-3.4	3.4
<b>Conhecimentos globais CCU:</b>								
Bons	225	49.8	13	18.6	238	45.6	4.9	-4.9
Razoáveis	75	16.6	11	15.7	86	16.5	0.2	-0.2
Fracos	152	33.6	46	65.7	198	37.9	-5.1	5.1

Procuramos entretanto saber em que medida a realização do autoexame da mama discriminava as crenças do CM e o AEM. Realizado o teste de UMW verificou-se que as ordenações médias eram maiores nas mulheres que realizam o autoexame da mama em todas as dimensões e na escala global. O que significa que as mulheres que realizam o autoexame da mama têm menor risco percebido de desenvolver CM (vulnerabilidade),

menor dificuldades ou barreiras associadas AEM (obstáculos), têm mais potenciais habilidades para a realização do AEM (eficácia) e reconhecem melhor as vantagens do AEM em relação à sua eficácia (benefícios). Encontramos significância estatística na escala global, nos obstáculos, nos benefícios e na eficácia (cf. quadro 57).

**QUADRO 57** - Teste de U-Mann Whitney entre as dimensões das crenças do CM e o AEM com o autoexame da mama

Autoexame da mama Crenças CM e AEM	Sim (N=421)	Não (N=101)	UMW	p
	Ordenação média	Ordenação média		
Vulnerabilidade	262.46	257.50	20857.000	0.766
Obstáculos	277.38	195.31	14575.500	<b>0.000</b>
Benefícios	270.66	223.32	17404.000	<b>0.004</b>
Eficácia	278.17	192.01	14242.500	<b>0.000</b>
Crenças global	280.54	182.13	13244.500	<b>0.000</b>

### **Qual a relação entre as variáveis contexto de saúde com a adesão à vigilância de saúde sexual e reprodutiva das mulheres?**

De seguida apresentamos no quadro 58 a caracterização das variáveis contexto de saúde em função da adesão ou não adesão às consultas de saúde e vigilância sexual e reprodutiva no centro de saúde/ginecologista. Da análise bivariada estabelecida com as crenças acerca do CM e AEM observamos que é nas mulheres que possuem crenças muito adequadas onde encontramos valores percentuais mais elevados no que se refere às que aderem à vigilância nas consultas com 45,6%, sendo que a maior percentagem das mulheres que não aderem à vigilância, com 58,6% é encontrada nas que possuem crenças pouco adequadas acerca do CM e AEM. As diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas ( $X^2=16,282$ ;  $p=0.000$ ) situando-se estas entre o grupo das mulheres que realizam têm crenças CM e AEM muito adequadas para as aderem à vigilância de saúde sexual e reprodutiva e entre o grupo das mulheres que têm crenças CM e AEM pouco adequadas que não aderem à vigilância de saúde.

Quanto às crenças acerca do CCU observamos que a maior percentagem das que aderem à vigilância nas consultas é encontrada nas mulheres com crenças pouco adequadas acerca do CCU com 43,1%. Entre as que não frequentam as consultas e portanto não aderem à vigilância encontramos as mulheres com crenças muito adequadas acerca do CCU com uma percentagem de 38,6%. As diferenças entre grupos não são estatisticamente significativas ( $X^2=3,681$ ;  $p=0.159$ ).

Em relação à escala o meu estilo de vida verificamos que são as mulheres com um fraco estilo de vida e um bom estilo de vida as que mais aderem às consultas de vigilância de saúde sexual e reprodutiva no centro de saúde/ginecologista com 45,1% e 42%

respectivamente sendo também nestes grupos das mulheres com fraco e bom estilo de vida onde encontramos maior percentagem nas que não aderiram às consultas, com 45,7% e 40% respectivamente. As diferenças entre grupos não são estatisticamente significativas ( $X^2=0,163$ ;  $p=0,922$ ).

**QUADRO 58** - Caracterização das variáveis contexto de saúde em função da vigilância de saúde sexual e reprodutiva

Variáveis	Sim		Não		Total		Residuais	
	Nº (452)	% (86.6)	Nº (70)	% (13.4)	Nº (522)	% (100)	Sim	Não
<b>Crenças CM e AEM:</b>								
Muito adequadas	206	45.6	14	20.0	220	42.1	4.0	-4.0
Razoáveis	68	15.0	15	21.4	83	15.9	-1.4	1.4
Pouco adequadas	178	39.4	41	58.6	219	42.0	-3.0	3.0
<b>Crenças CCU:</b>								
Muito adequadas	128	28.3	27	38.6	155	29.7	-1.7	1.7
Razoáveis	129	28.5	20	28.6	149	28.5	0.0	0.0
Pouco adequadas	195	43.1	23	32.9	218	41.8	1.6	-1.6
<b>Estilo de vida:</b>								
Bom	190	42.0	28	40.0	218	41.8	0.3	-0.3
Razoável	58	12.8	10	14.3	68	13.0	-0.3	0.3
Fraco	204	45.1	32	45.7	236	45.2	-0.1	0.1

**Em que medida os conhecimentos acerca CCU nas suas dimensões influenciam a adesão à vigilância de saúde sexual e reprodutiva das mulheres?**

Efetuámos uma análise discriminante de função, técnica multivariada com o objectivo de escolher as variáveis que distinguem os grupos utilizando o método stepwise. As variáveis independentes que entraram neste modelo foram os conhecimentos sobre o CCU global, os factores que os constituem (informação sobre o CCU, conhecimentos acerca do rastreio, conhecimentos acerca da vacina, conhecimentos dos factores de risco e os conhecimentos dos sintomas) e a variável dependente vigilância de saúde sexual e reprodutiva da mulher no centro de saúde e/ou no ginecologista. No grupo que frequenta consultas observa-se maior dispersão, enquanto que o grupo que não frequenta consultas apresenta as menores dispersões. O teste Box's M indica-nos que as dispersões observadas entre os grupos não são estatisticamente significativas (cf. quadro 59).

**QUADRO 59** - Dispersão entre os grupos para os conhecimentos acerca do CCU

Grupos	Determinantes	Box's M	F	p
Frequente consultas de saúde da mulher	1.514	0.083	0.083	0.774
Não frequenta consultas de saúde da mulher	1.566			
Entre grupos	1.521			

Apesar de não termos encontrados diferenças entre os grupos, continuámos com a análise discriminante de função e reparámos pelo quadro 60, que o lambda de Wilk mostra

existirem diferenças de médias entre algumas das variáveis que entram na análise, nomeadamente na informação acerca do CCU, nos conhecimentos acerca do rastreio e acerca do vírus e nos conhecimentos globais sobre o CCU.

**QUADRO 60** - Teste de igualdade de médias entre as subescalas e escala global dos conhecimentos acerca do CCU

	Wilks' Lambda	F	Sig.
Informação acerca do CCU	0.983	8.930	<b>0.003</b>
Conhecimentos acerca do rastreio	0.930	38.963	<b>0.000</b>
Conhecimentos acerca da vacina	0.994	3.005	0.084
Conhecimentos acerca dos factores de risco	0.995	2.483	0.116
Conhecimentos acerca dos sintomas CCU	0.998	1.175	0.279
Conhecimentos acerca do vírus do CCU	0.986	7.567	<b>0.006</b>
Conhecimentos globais sobre o CCU	0.942	32.278	<b>0.000</b>

O quadro 61 mostra que apenas a subescala conhecimentos acerca do rastreio entra no modelo de stepwise, verificando-se que é responsável por 100% da variância da adesão à vigilância de saúde sexual e reprodutiva por parte das mulheres.

**QUADRO 61** - Variáveis dos conhecimentos acerca CCU em análise segundo o método *stepwise*

Passo		Tolerance	Sig. Of F to remove
1	Conhecimentos acerca do rastreio	1.000	38.963

Terminamos a análise discriminante apresentando no quadro 61 os valores percentuais a partir dos quais os casos corretamente classificados são aceitáveis. Os valores obtidos, evidenciam que a percentagem de classificações corretas dadas pela máxima probabilidade, *à priori* é de 86,6% (critério de acaso máximo) e a percentagem de classificações corretas obtidas ao acaso com 86,6% (critério de acaso proporcional) é igual às classificações corretas, o que pode viabilizar os resultados obtidos.

**QUADRO 62** - Classificações corretas feitas ao acaso para os conhecimentos acerca CCU

	Adesão	Não Adesão	Total
Número	452	70	522
Probabilidades <i>à priori</i>	0.866	0.134	1.000
% de classificação correta			86.6

**Em que medida as crenças CM e AEM nas suas dimensões influenciam a adesão à vigilância de saúde sexual e reprodutiva das mulheres?**

Efetuámos novamente uma análise discriminante de função utilizando o método stepwise. As variáveis independentes que entraram neste modelo foram os subgrupos vulnerabilidade, obstáculos, benefícios, eficácia do CM e AEM e a escala de crenças global.

No grupo que frequenta consultas observa-se maior dispersão, enquanto que o grupo que não frequenta consultas apresenta as menores dispersões. O teste Box's M verifica se as diferentes dispersões observadas são ou não significativas. Este teste é muito sensível a afastamentos de normalidade, uma vez que tem associado um nível de significância de 0,098, pode concluir-se pela insignificância das diferenças observadas, ou seja, pela igualdade das dispersões entre os grupos, qualquer que seja o erro tipo I do analista.

**QUADRO 63** - Dispersão entre os grupos para as crenças CM e AEM

Grupos	Determinantes	Box's M	F	p
Frequenta consultas de saúde da mulher	5.140	2.751	2.737	0.098
Não frequenta consultas de saúde da mulher	4.824			
Entre grupos	5.103			

Apesar de não termos encontrados diferenças entre os grupos, continuámos com a análise discriminante de função e reparámos pelo quadro 64, que o lambda de Wilk mostra existirem diferenças de médias entre algumas das variáveis que entram na análise, nomeadamente nos obstáculos, na expectativa e para a escala global.

**QUADRO 64** - Teste de igualdade de médias entre as subescalas e a escala global CM e AEM

	Wilks' Lambda	F	Sig.
Vulnerabilidade	0.997	1.814	0.179
Obstáculos	0.977	12.459	<b>0.000</b>
Benefícios	0.996	2.096	0.148
Eficácia	0.992	4.014	<b>0.046</b>
Crenças CM e AEM global	0.972	14.713	<b>0.000</b>

Através do quadro 65 observamos que apenas as crenças CM e AEM global entra no modelo de stepwise, verificando-se que é responsável por 100% da variância da adesão à vigilância de saúde sexual e reprodutiva por parte das mulheres.

**QUADRO 65** - Variáveis das crenças CM e AEM em análise segundo o método *stepwise*

Passo		Tolerance	Sig. Of F to remove
1	Crenças autoexame mama global	1.000	14.713

Terminamos a análise discriminante entre as crenças acerca do autoexame da mama e a nossa variável dependente apresentando no quadro 66 os valores percentuais a partir dos quais os casos corretamente classificados são aceitáveis. Os valores obtidos, evidenciam que a percentagem de classificações corretas dadas pela máxima probabilidade, *à priori* é de 86,6% (critério de acaso máximo) e a percentagem de classificações corretas obtidas ao acaso com 86,6% (critério de acaso proporcional) é igual às classificações

corretas, o que pode viabilizar os resultados obtidos.

**QUADRO 66** - Classificações corretas feitas ao acaso para as crenças autoexame da mama

	Frequenta	Não Frequenta	Total
Número	452	70	522
Probabilidades à priori	0.866	0.134	1.000
% de classificação correta			86.6

**Em que medida as crenças acerca CCU nas suas dimensões influenciam a adesão à vigilância de saúde sexual e reprodutiva das mulheres?**

Quando efetuamos uma análise discriminante de função verificamos através da análise do quadro 67 que as variáveis independentes que entraram neste modelo foram a vulnerabilidade, a gravidade, os benefícios, os obstáculos, as crenças CCU global e a variável dependente vigilância de saúde sexual e reprodutiva da mulher no centro de saúde e/ou no ginecologista. No grupo que frequenta consultas observa-se maior dispersão, enquanto que o grupo que não frequenta consultas apresenta as menores dispersões. O teste Box's M indica-nos que as dispersões observadas entre os grupos não são estatisticamente significativas.

**QUADRO 67** - Dispersão entre os grupos para as crenças CCU

Grupos	Determinantes	Box's M	F	p
Frequenta consultas de saúde da mulher	4.266	1.825	1.816	0.178
Não frequenta consultas de saúde da mulher	4.011			
Entre grupos	4.235			

Embora também não tenhamos encontrado diferenças entre os grupos, continuámos com a análise discriminante de função e observamos no quadro 68, que o lambda de Wilk mostra existirem diferenças de médias entre algumas das variáveis que entram na análise, nomeadamente nos benefícios e nos obstáculos.

**QUADRO 68** - Teste de igualdade de médias entre as subescalas e a escala global CCU

	Wilks' Lambda	F	Sig.
Vulnerabilidade	0.996	1.960	0.162
Gravidade	1.000	0.257	0.612
Benefícios	0.989	6.014	<b>0.015</b>
Obstáculos	0.988	6.107	<b>0.014</b>
Crenças CCU global	0.998	0.908	0.341

O quadro 69 mostra que é apenas a subescala obstáculos que entra no modelo de stepwise, verificando-se que é responsável por 100% da variância da adesão à vigilância de saúde sexual e reprodutiva por parte das mulheres.

**QUADRO 69** - Variáveis das crenças CCU em análise segundo o método *stepwise*

Passo		Tolerance	Sig. Of F to remove
1	Obstáculos	1.000	6.107

Terminamos a análise discriminante entre as crenças acerca do CCU e a nossa variável dependente apresentando no quadro 70 os valores percentuais a partir dos quais os casos corretamente classificados são aceitáveis. Os valores obtidos, evidenciam que a percentagem de classificações corretas dadas pela máxima probabilidade, *à priori* é de 86,6% (critério de acaso máximo) e a percentagem de classificações corretas obtidas ao acaso com 86,6% (critério de acaso proporcional) é igual às classificações corretas, o que pode viabilizar os resultados obtidos.

**QUADRO 70** - Classificações corretas feitas ao acaso para as crenças CCU

	Frequenta	Não Frequenta	Total
Número	452	70	522
Probabilidades à priori	0.866	0.134	1.000
% de classificação correta			86.6

**Em que medida o meu estilo de vida nas suas dimensões influenciam a adesão à vigilância de saúde sexual e reprodutiva das mulheres?**

Para saber se existia relação entre o meu estilo de vida e a nossa variável dependente efetuámos uma análise discriminante de função, não encontrando variáveis predictoras pelo que na análise não podemos usar o método *stepwise* e tivemos de recorrer ao método entrada. As variáveis independentes que entraram neste modelo foram os a frequência com que o indivíduo implementa determinadas ações, a atitude para com determinadas ações e a variável dependente vigilância de saúde sexual e reprodutiva da mulher no centro de saúde e/ou no ginecologista. No grupo que frequenta consultas observa-se maior dispersão, enquanto que o grupo que não frequenta consultas apresenta as menores dispersões. O teste Box's M indica-nos que as dispersões observadas entre os grupos não são estatisticamente significativas (cf. quadro 71).

**QUADRO 71**- Dispersão entre os grupos para a escala o meu estilo de vida

Grupos	Determinantes	Box's M	F	p
Frequenta consultas de saúde da mulher	9.268	6.668	2.199	0.086
Não frequenta consultas de saúde da mulher	8.982			
Entre grupos	9.243			

Através do quadro 72 verificamos que o lambda de Wilk também mostra não existirem diferenças de médias entre as variáveis do meu estilo de vida.

**QUADRO 72** - Teste de igualdade de médias entre as subescalas e a escala global do meu estilo de vida

	Wilks' Lambda	F	Sig.
Frequência	0.999	0.591	0.442
Atitudes	0.999	0.261	0.610
Estilo de vida global	1.000	0.016	0.899

Terminamos a análise discriminante entre o meu estilo de vida e a nossa variável dependente apresentando no quadro 73 os valores percentuais a partir dos quais os casos corretamente classificados são aceitáveis. Os valores obtidos, evidenciam que a percentagem de classificações corretas dadas pela máxima probabilidade, *à priori* é de 86,6% (critério de acaso máximo) e a percentagem de classificações corretas obtidas ao acaso com 86,6% (critério de acaso proporcional) é igual às classificações corretas, o que pode viabilizar os resultados obtidos.

**QUADRO 73** - Classificações corretas feitas ao acaso para o meu estilo de vida

	Frequenta	Não Frequenta	Total
Número	452	70	522
Probabilidades <i>à priori</i>	0.866	0.134	1.000
% de classificação correcta			86.6

Terminamos a análise inferencial procedendo ao estudo da relação entre variáveis utilizando de seguida a análise multivariada através das **árvores de decisão**, do algoritmo CHAID. Este consiste na representação gráfica das alternativas disponíveis, com origem a partir de uma decisão inicial, cuja grande vantagem é a possibilidade de decomposição de um problema complexo em diversos sub-problemas mais simples. Estes vão sendo identificados, de forma recursiva, e voltam a ser decompostos noutros ainda mais simples. No caso particular do nosso estudo pretendemos decompor a variável inicial a vigilância ou não vigilância de saúde sexual e reprodutiva da mulher para, através de uma sequência de decisões tomadas, obtermos as respostas mais prováveis acerca das variáveis determinantes, com base na classificação dos dados.

As variáveis independentes utilizadas para a construção da árvore de decisão, a seguir representada foram: idade, estado civil, agregado familiar, residência, situação profissional, número de filhos, conhecimentos acerca do CCU, escala o meu estilo de vida, escala crenças CM e AEM, escala crenças CCU. Como variável dependente consideramos, adesão e não adesão às consultas de vigilância de saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Os resultados presentes na Árvore 1 mostram que existem dois níveis de

profundidade, cujas variáveis são estatisticamente significativas na adesão e não adesão às consultas de vigilância de saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Como variáveis explicativas permaneceram, os conhecimentos acerca do CCU grupos de coorte (fracos, razoáveis e bons), o agregado familiar (outros e companheiro e/ou familiar) e a residência (urbana e rural) encontrando-se distribuídas por oito nós, dos quais cinco são terminais.

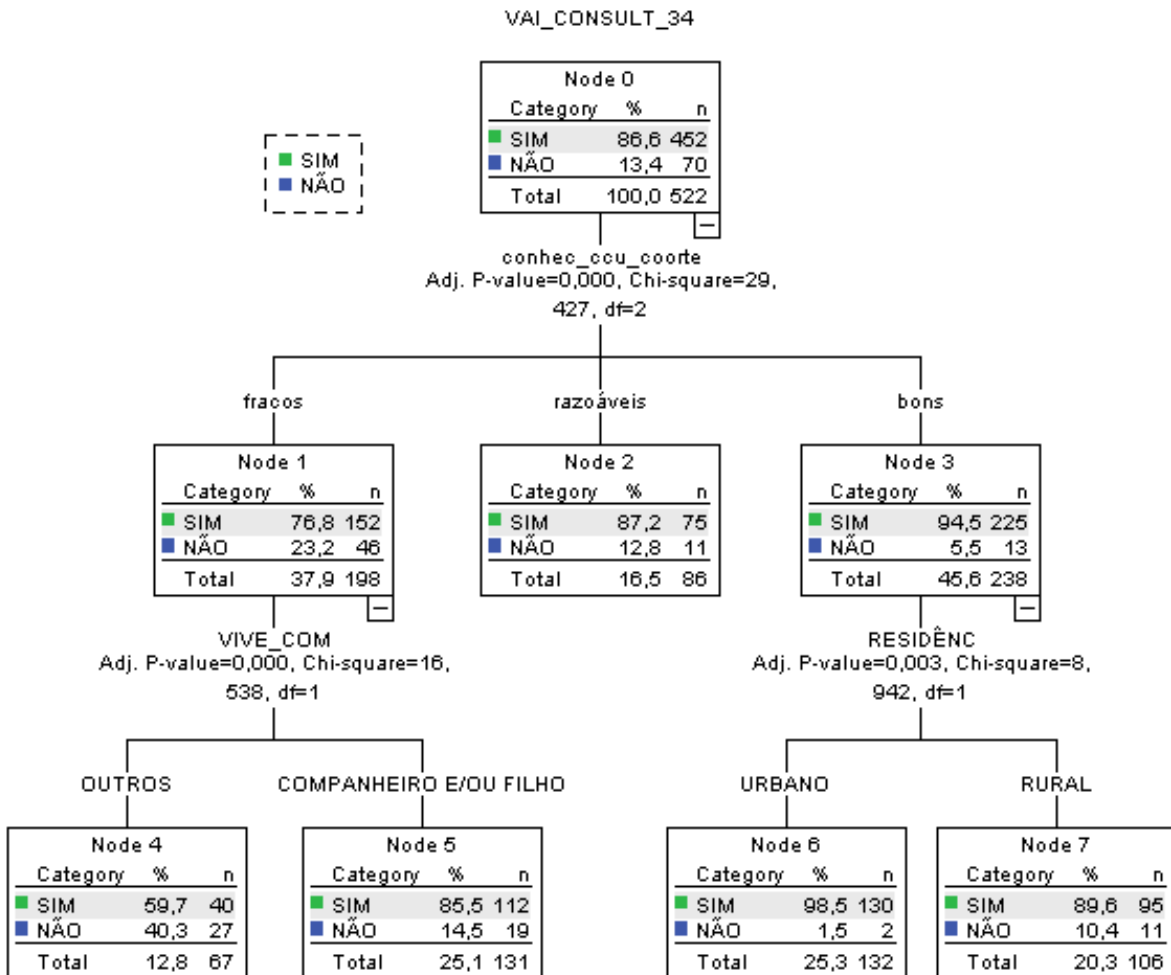
A primeira caixa que corresponde ao nó 0, ou de raiz, assinala a sombreado a categoria de adesão, apresentando uma probabilidade de 86,6% de adesão á vigilância de saúde sexual e reprodutiva das mulheres, pelo que as não aderentes são 13,4%.

O primeiro nível de profundidade da árvore obtém-se através dos grupos de coorte dos conhecimentos acerca do CCU indicando ser esta variável a que melhor prediz a adesão, segmentando-se a amostra nos seus três grupos (fracos, razoáveis e bons). Neste nível, o método CHAID atribui 76,8% de probabilidade em pertencer à categoria alvo das mulheres que aderem às consultas de vigilância de saúde sexual e reprodutiva.

Verifica-se, neste nó, que 33,6% ( $152/452 \times 100$ ) da totalidade das mulheres da amostra que aderem às consultas de vigilância de saúde sexual e reprodutiva se deve aos fracos conhecimentos sobre o CCU. As mulheres que têm bons conhecimentos CCU representam 94,5% das aderentes às consultas, enquanto que as mulheres com conhecimentos razoáveis acerca do CCU representam 56,2% das que aderem às consultas.

O segundo nível de profundidade mostra que é o agregado familiar a variável que melhor prevê os conhecimentos CCU, originando os nós terminais 4 e 5. O nó 4 indica que se prevê que 59,7% das mulheres que residam com outros tenham uma maior adesão às consultas. Para o nó 5, referente às que residem com o companheiro e/ou filho temos conhecimentos com 85,5%. Continuando no nível 2 de profundidade a partir do nó 3 que, através dos bons conhecimentos acerca do CCU, origina os nós terminais 6 e 7. O nó 6 indica, para as mulheres que residem em zonas urbanas, que 98,5% é previsto aderirem às consultas de vigilância de saúde sexual e reprodutiva. O nó 7 mostra-nos que 89,6% do grupo residência rural também se prevê que seja aderente às consultas.

**ÁRVORE DE DECISÃO** - Árvore CHAID da Vigilância de saúde sexual e reprodutiva da mulher em função dos conhecimentos do CCU, do agregado familiar e da residência



**CAPÍTULO VI**  
**DISCUSSÃO**



### 3 - DISCUSSÃO

A discussão dos resultados é uma fase pertinente dum estudo científico permitindo-nos refletir sobre a investigação realizada, enfatizar os dados mais significativos e confrontá-los com a literatura científica.

Neste capítulo vamos comentar os resultados, de forma resumida e simples, realçando o que acharmos de mais significativo, sempre que possível, comparando-os com as hipóteses por nós enunciadas e com os resultados de outros estudos.

#### 3.1 - DISCUSSÃO METODOLÓGICA

Os cuidados metodológicos, no decurso do nosso trabalho, mereceram da nossa parte uma atenção especial, nesta medida, uma das preocupações fundamentais desde o seu início foi o de controlar as variáveis “concorrentes ou parasitas” que poderão causar “vieses” nos resultados encontrados.

Uma limitação deste nosso estudo, prende-se com o facto de ele apresentar uma tipologia com características transversal e descritivo / analítico, carecendo por esse motivo de controlo experimental das variáveis independentes (Polit e Hungler, 1994).

Uma outra limitação no nosso estudo relaciona-se com a sua validação externa. Não desconhecemos que para esta se tornar possível teríamos de recorrer à escolha de uma amostra que fosse representativa e proporcional das mulheres de todo o distrito de Viseu, mas tal como afirma D’Hainaut (1990), a validação externa não poderá estar comprometida, não tanto pelo N da amostra, mas porque o teste último para essa validação é a replicação (Kiess e Bloomquist, 1985), ou por outras palavras, “nenhuma investigação isolada pode ser perfeitamente válida”.

Para o nosso estudo, recorreremos a uma amostra não probabilística com conveniência constituída por 600 mulheres com idades compreendidas entre os 18 e os 67 anos que frequentam os cuidados de saúde primários nos ACES DÃO LAFÕES I, II, III e que se encontravam nas salas de espera dos serviços, desde Fevereiro de 2012 até Agosto de 2012. Apenas se incluíram 522 mulheres, dado que 78 questionários não se encontravam corretamente preenchidos pois estavam com respostas incompletas.

Na seleção do instrumento de colheita de dados, tivemos em consideração os objectivos do estudo e características da população. Decidimos utilizar como instrumento o questionário já que é considerado por autores como sendo um óptimo meio para colher informação e mensuração das variáveis em estudo.

Utilizámos o questionário e solicitámos a autorização aos respectivos Conselhos de Administração do ACES DÃO LAFÕES I, II, III, através de ofício juntamente com um exemplar dos questionários que pretendíamos aplicar, garantindo todos os procedimentos éticos.

Os questionários foram entregues pessoalmente nos diferentes serviços, com indicação para após o preenchimento serem devolvidos sem qualquer identificação, e posteriormente procedeu-se à sua recolha. Recolhidos os dados efetuámos o tratamento estatístico que nos pareceu mais adequado ao estudo em questão.

Somos da opinião que as opções metodológicas foram adequadas ao tipo de estudo.

### 3.2 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Sendo a adesão à vigilância de saúde sexual e reprodutiva a principal variável em estudo optámos, por previamente proceder ao seu enquadramento, a fim de melhor compreender e discutir a sua variação relativamente às variáveis independentes do questionário.

O aumento das doenças oncológicas vê-se traduzido como uma preocupação para todos aqueles que trabalham na área da saúde, tanto pelo impacto na saúde em geral que se reflete na qualidade de vida dos indivíduos, como nos indicadores de saúde e, nos custos que acarretam para o sector assumindo por isso vital importância a adesão das mulheres às consultas de saúde sexual e reprodutiva.

O cancro é uma doença complexa e multifactorial. Segundo o relatório mundial de cancro de 2008, da Organização Mundial de Saúde (OMS), este encontra-se entre as 10 principais causas de morte do mundo. Segundo Boyle e Levin (2008) o cancro é uma das doenças com maior taxa de mortalidade nos países desenvolvidos, especialmente nos indivíduos entre os 55 e os 75 anos de idade. O seu forte impacto social levou a consciencialização das populações para a importância da sua detecção precoce, o que aliado à evolução tecnológica levou a que este seja um fenómeno mais comum atualmente.

O aumento da incidência e prevalência do cancro faz com que seja considerado um problema de saúde pública mundial que envolve a utilização de muitos recursos na sua prevenção, tratamento e reabilitação. É fundamental instaurar medidas adequadas para

evitá-la. A promoção da saúde, a prevenção da doença, a detecção precoce e o rastreio estão entre as estratégias mais eficazes na luta contra o cancro (Franco e Rohan, 2002).

Os comportamentos de adesão ao rastreio são influenciados por diversos factores que podem ser intrínsecos, como as crenças relacionadas com a doença, com o tratamento, relação com a equipa de saúde, a motivação, entre outros, ou extrínsecos relacionados com as políticas de saúde e os custos da mesma.

Aumentar a adesão da população ao rastreio é o objectivo principal de uma equipa multidisciplinar, que deve conjugar esforços para passar mensagens que visem o bem-estar psicológico resultante da adesão ao tratamento. Ao delinear estratégias de atuação a equipa multidisciplinar deve ter em consideração os factores emocionais e psicológicos, a influência social, a idade da população a atingir e o acesso ao exame.

Como membro ativo da equipa multidisciplinar, o enfermeiro têm uma relação privilegiada com o utente desta forma deve aproveitar esta relação de proximidade para desenvolver ações que visem aumentar a adesão dos utentes ao rastreio, tendo em atenção tal como afirmam Trindade e Teixeira (2002), que o comportamento de adesão resulta da complexa combinação entre a informação, as variáveis psicológicas, influência social e a forma como o rastreio é disponibilizado em termos de acessibilidade e recomendação.

O cancro da mama em Portugal contabiliza cerca de 4 900 novos casos/ano (mais de 12 novos casos por dia, e mais de 3 na Região Centro) (Rastreio Oncológico Nacional 2005). Morrem no nosso país aproximadamente 1 400 mulheres por ano devido a esta doença (INE, 2007). A incidência aumenta ao longo da vida, com 75% dos casos a aparecerem depois dos 50 anos.

Na Região Centro, os últimos dados publicados no Registo Oncológico Regional apontam para uma incidência de cancro invasivo de 8,9 por 100 mil mulheres (2008).

No nosso estudo constatou-se que a maioria das mulheres realiza o autoexame da mama (80,7%), sendo que 50,6% das mulheres o realiza uma vez por mês, por indicação de um profissional de saúde (75,3%).

O estudo realizado por Reis e Teixeira (2000) demonstrou que 44,0% das mulheres realizavam o autoexame da mama todos os meses ou mais do que uma vez por mês e o estudo de Silva, Paiva e Vasconcelos (2005) referia que 46,0% das mulheres praticam o autoexame da mama uma vez por mês. Resultados muito semelhantes aos do nosso estudo. Já para as mulheres que nunca realizaram o AEM verificamos que no nosso estudo apresentam uma percentagem ligeiramente mais elevada (19,3%) comparativamente com o estudo de Reis e Teixeira (2000) que apresentou um valor de 12,0% e superior se compararmos com o estudo de Silva, Paiva e Vasconcelos (2005) onde referem que 31,5%

das mulheres não realiza o autoexame da mama.

Portugal continua a ser dos países europeus com uma das mortalidades mais elevadas por cancro do colo (3,2 por 100 mil, contra 2,6 por 100 mil na U.E.). A Região Centro apresenta mortalidade mais baixa que o país: em 2008 era de 2,4 por 100 mil.

Relativamente à incidência de cancro do colo, Portugal manteve na última década valores mais elevados que a média europeia (aproximadamente 15 por 100 mil contra 12 por 100 mil na Europa).

Quando analisamos a adesão às consultas, observamos que a maioria das mulheres (86,6%) frequenta as consultas ao centro de saúde/unidade de saúde familiar/ginecologista e que 13,4% das mulheres não as frequenta.

Portugal (2008a), cit. Pereira et al., 2007, afirma que um grupo de peritos considerou que a população abrangida pelo rastreio em Portugal seria de 40% de mulheres que efetuaram o rastreio de forma oportunista, 8% de forma sistemática e 52% não efetuaram rastreio, dados semelhantes aos resultados obtidos por Patrão (2002), no qual 55,2% das mulheres nunca realizou o exame, os dados por nós obtidos são discordantes destes estudos, como já referimos 69,5% efetuaram uma citologia, dados semelhantes a Areias (2011) que no seu estudo apresentou 78,5% e a Malheiro (2009) que referiu que 73% das mulheres tinham realizado o exame.

Segundo dados recolhidos em Portugal (2009), os Indicadores e metas do plano nacional de saúde, revelam que na região centro se realizam 325.109 citologias (2006 a 2008), o que corresponde a 56% da população elegível estimada. A meta traçada para o ano de 2012 era garantir uma taxa de participação superior a 57,0%. Contrastando com os 69,5% dos dados obtidos no nosso estudo, ligeiramente abaixo dos obtidos por Areias (2011) com um resultado de 78,4%, podendo este valor dever-se às limitações da amostra, ao empenho e trabalho realizado por parte dos profissionais de saúde do ACES DÃO LAFÕES I, II, III ou ao facto de na região Centro existir há cerca de 15 anos um programa de rastreio organizado a funcionar nos centros de saúde e onde tem havido consistência na redução do nº de casos, que permitem à Região resultados melhores que os da média europeia (8,9 por 100 mil em 2008).

Podemos dizer que a saúde é um estado, uma qualidade de vida e que é influenciada por múltiplos factores (físicos, mentais, sociais, ambientais, etc.). O estudo da saúde é um desafio: a saúde é um conceito dinâmico, difícil de definir e medir e diversas profissões e disciplinas académicas participam neste campo de investigação e pretendem conseguir a promoção da saúde dos indivíduos e populações (Bennett e Murphy, 1999; Bowling, 1997; Furer, König-Zahn e Tax, 2001). O estilo de vida tem sido

consensualmente percebido como relevante para a saúde e tem-se salientado a importância de fomentar padrões de comportamento individual mais favoráveis para prevenir doenças e promover a saúde (Pais e Cabral, 2003; Ribeiro, 2005). Os factores de estilo de vida (como dieta alimentar, exercício físico, fumar, consumir álcool e drogas, acidentes, comportamento sexual, etc.) são um todo integrado e afectam a probabilidade de se sofrer duma doença e também de sobreviver uma vez doente (Bennett e Murphy, 1999; Matos, Simões, Carvalhosa, Reis e Cunha, 2000; McIntyre, Soares e Silva, 1997; Snel e Twisk, 2001). Contudo, todos nós, enquanto pessoas individuais e “profissionais de saúde”, temos a percepção de que é difícil iniciar e manter bons hábitos de saúde.

Após a apresentação e análise dos resultados obtidos e o tratamento estatístico efectuado, procederemos à análise dos resultados obtidos e confronto com os dados da investigação realizada por outros investigadores.

Começamos por apresentar alguns resultados relativos à caracterização da amostra de modo a conhecê-la melhor, e em seguida confrontamos alguns dados obtidos.

A amostra foi constituída por 522 mulheres que frequentaram as consultas de vigilância nos cuidados de saúde primários nos ACES DÃO LAFÕES I, II, III e que se encontravam nas salas de espera dos serviços.

No que se refere à **idade**, as mulheres apresentam um mínimo de 18 anos e um máximo de 67 anos sendo a idade média de 38,89 anos com um desvio padrão de 11,846. Segundo a bibliografia consultada, nas mulheres a prevalência máxima de infecções transitórias por VHP, tem lugar na adolescência e entre os 20 e 30 anos de idade, após o início da atividade sexual. Segundo dados recolhidos em Portugal (2008a), a prevalência máxima de lesões pré-cancerosas tem lugar aproximadamente dez anos mais tarde e a doença invasiva, por volta dos 45 a 50 anos de idade, pelo que a população da nossa amostra se encontra dentro da média de idades de risco. Dada a amplitude de variação encontrada, e para uma melhor interpretação dos resultados, constituímos grupos homogéneos relativos às frequências observadas onde verificamos que a maioria das mulheres possui idades  $\leq 30$  anos (25,7%), seguidas das mulheres com idades compreendidas entre os 31-37 anos e entre 48-67 anos com igual percentagem de 25,2%. A classe de mulheres com idades entre os 38 e os 47 anos é a que está menor representada na nossa amostra com 23,9%.

No que diz respeito ao **estado civil**, verificamos que a grande maioria das mulheres está casada ou vive em união de facto, com 62,8% da amostra e encontramos 37,2% das

mulheres que referem ser solteiras/divorciadas/viúvas. Quando relacionamos o estado civil com os grupos etários verificamos que são as mulheres casadas/união de facto que têm uma maior percentagem em todas as classes, sendo que a sua maior classe está situada no grupo dos 38-47 anos com 82,3%, com exceção das mais novas onde a maior percentagem com 67,9% é encontrada nas mulheres solteiras/divorciadas. As diferenças encontradas são estatisticamente significativas e os valores residuais mostram que elas se situam para as mulheres solteiras/divorciadas entre o grupo de idade  $\leq 30$  anos e para as casadas/união de facto nos grupos com idades entre os 31 e 37 anos e entre os 38 e 47 anos.

Na nossa amostra existem 12 mulheres com nacionalidade estrangeira, a grande maioria (97,7%) possui a nacionalidade portuguesa e tem idades entre 48-67 anos (98,5%). Entre grupos os números são semelhantes pelo que não traduzem diferenças estatísticas significativas.

Quanto ao agregado familiar das constituintes da amostra comprovamos que é notória a elevada percentagem das mulheres que residem com o companheiro e/ou filhos (72,8%), sendo que a maior percentagem com 91,9% é encontrada na classe dos 38-47 anos de idade. Apenas 27,2% das mulheres residem com outros elementos (pais, irmãos, sozinha) e a maioria (62,7%) tem  $\leq 30$  anos de idade. As diferenças encontradas são estatisticamente significativas e os valores residuais mostram eu estas se situam para as mulheres que residem com o companheiro no grupo das que têm 38-47 anos e para as que residem com outros no grupo  $\leq 30$  anos de idade.

Em relação às habilitações literárias verificamos que a maioria das mulheres da nossa amostra, num total de 38,5% tem o ensino secundário como habilitações literárias, seguidas de 30,8% das mulheres com apenas o 2º ciclo e finalmente com 30,7% que possui um curso superior. Quando relacionamos as habilitações literárias com os grupos etários observamos que a maioria das mulheres mais jovens tem como habilitações o ensino secundário (59%), sendo que as mulheres com mais idade, nas classes 38-47 anos e mais de 48 anos têm a maior percentagem no 2º ciclo com 41,9% e 56,1% respetivamente. É na classe dos 31-37 anos com uma percentagem de 43,9% onde se encontram a maior parte das mulheres com um curso superior. As diferenças encontradas são estatisticamente significativas e os valores residuais mostram que estas se situam nas mulheres com o 2º ciclo nos grupos 38-47 anos e 48-67 anos, para as mulheres com o ensino secundário no grupo dos  $\leq 30$  anos e para as mulheres com um curso superior as diferenças situam-se entre as classes dos 31 aos 37 anos.

Já para a **profissão** das mulheres inquiridas observamos que a maioria num total de 38,9% está inserida no grupo II, correspondente aos agricultores e operários não qualificados, seguidas de 32,2% das mulheres que são domésticas, desempregadas e estudantes, agrupadas no grupo III. É de realçar que 28,9% das mulheres pertencem aos quadros superiores técnicos e pessoal de serviços, agrupadas no grupo I. É entre as mulheres pertencentes ao grupo III que se encontram valores percentuais mais elevados na classe  $\leq 30$  anos com 45,5%, por outro lado nas mulheres pertencentes ao grupo I encontramos na classe dos 31-37 anos a maior percentagem com 39,4%. No grupo II a maioria das mulheres é agrupada nas classes dos 38-47 anos e na dos 48-67 anos com 46% e 40,2% respetivamente. As diferenças encontradas são estatisticamente significativas e os valores residuais mostram que estas se situam para o grupo I na classe dos 31-37 anos e para o grupo III nas classes  $\leq 30$  anos e também dos 48-67 anos.

Para a **situação profissional** podemos verificar que 65,9% das mulheres possui uma situação profissional ativa, contrastando com os 34,1% que não exerce qualquer atividade. Quando relacionamos a situação profissional com os grupos etários observamos que a maior percentagem é encontrada para as mulheres com uma situação profissional ativa na classe 38-47 anos com 76,6%, sendo também para estas nas classes 31-37 anos e 48-67 anos onde encontramos as maiores percentagens com 74,2% e 68,9% respetivamente. Já a maioria das mulheres mais jovens tem uma situação profissional não ativa com uma percentagem de 55,2%. As diferenças encontradas são estatisticamente significativas e os valores residuais mostram que elas se situam para as mulheres no ativo entre as classes dos 31 e 37 anos e as dos 38 e 47 anos.

Em relação à **residência** verificamos que a maioria das mulheres, num total de 55% da nossa amostra reside em meio urbano. As mulheres com idades mais elevadas residem na sua maioria (59,8%) em zonas urbanas. Nas mulheres que residem em zona urbana a maior percentagem é encontrada na classe dos 48-67 anos (59,8%) embora também seja neste grupo que encontramos os maiores valores percentuais nas classes 31-37 anos e  $\leq 30$  anos com uma percentagem de 58,3% e 55,2% respetivamente. As mulheres que residem em zonas rurais possuem os maiores valores percentuais na classe dos 38-47 anos com 54%. Entre os grupos as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas.

No que diz respeito ao número de filhos é de realçar que a maioria das mulheres tem 2 filhos (33,9%), já 28,9% das mulheres não têm filhos e igual percentagem encontramos nas que têm apenas 1 filho. Encontramos ainda 8,2% das mulheres com três ou mais filhos. Da análise bivariada estabelecida com o número de filhos e os grupos etários verificamos que as mulheres mais novas da nossa amostra não têm filhos (73,9%), enquanto que para as que têm 1 filho a maior percentagem é encontrada na classe dos 31-37 anos com 45,5%.

Nas classes dos 38-47 anos e dos 48-67 anos os maiores valores percentuais são encontrados nas mulheres com 2 filhos com uma percentagem de 52,4% e 45,5% respetivamente. As diferenças encontradas são estatisticamente significativas e os valores residuais mostram que elas se situam para as mulheres sem filho entre a classe  $\leq 30$  anos, para as mulheres com 1 filho na classe 31-37 anos, com 2 filhos e  $\geq 3$  filhos nas classes dos 38 e 47 anos e as dos 48 e 67 anos.

Um Comportamento de Adesão aos cuidados de saúde implica, por parte do indivíduo, uma atitude de envolvimento ativo, voluntário de aceitação e de colaboração com a manutenção da saúde, prevenção ou tratamento da doença (Turk & Meichenbaum, 1991).

Os factores que podem influenciar os comportamentos de adesão dos indivíduos são, geralmente, as características relacionadas com a doença, o tratamento, o indivíduo, a relação médico/utente e a relação deste último com os Serviços de Saúde (Bishop, 1994; Brannon, 1992; Dunbar-Jacob et al., 1995; Greca & Shuman, 1995; Sarafino, 1990; Turk & Meichenbaum, 1991).

As características inerentes às mulheres incluem variáveis sociodemográficas, nível de conhecimento, psicológicas (crenças de saúde e nível de preocupação sobre o cancro do colo do útero e seu rastreio, o locus de controle de saúde), entre outras (Patrão e Leal, 2002).

Para analisar que factores poderão influenciar a adesão à vigilância de saúde sexual e reprodutiva, colocamos quatro questões de investigação, iremos seguidamente proceder à sua análise.

### ***Adesão à vigilância de saúde sexual e reprodutiva e as variáveis sociodemográficas e profissionais***

Como já foi referido a percentagem de mulheres que realiza a vigilância de saúde sexual e reprodutiva frequentando para isso as consultas de saúde no centro de saúde e/ou no ginecologista, que corresponde a 86,6% da amostra contra os 13,4% das mulheres que não faz qualquer vigilância regular. Da análise bivariada estabelecida com os **grupos etários**, ressalta que é nas mulheres com idades entre os 31 e os 37 anos que se encontram valores percentuais mais elevados no que se refere às que aderem à vigilância nas consultas com 26,8%. É nas mulheres mais velhas com idades superiores a 48 anos que encontramos valores percentuais mais elevados nas que não frequentam consultas com 34,3%. As diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas situando-se estas entre o grupo dos 31 aos 37 anos para as mulheres que aderem à vigilância de saúde sexual e reprodutiva. Dados semelhantes foram obtidos num estudo a nível nacional

efectuado por Branco (2005), onde a idade onde se observou adesão ao rastreio foi a das mulheres dos 25 aos 44 anos.

Quanto ao **estado civil** observamos que a maior percentagem das que aderem à vigilância nas consultas é encontrada nas mulheres casadas/união de facto com 66,6%. Entre as que não frequentam as consultas e portanto não aderem à vigilância encontramos as mulheres solteiras/divorciadas com um maior valor percentual com 61,4%. *As diferenças entre grupos são estatisticamente significativas* e os valores residuais mostram que elas se situam entre o grupo das mulheres solteiras/divorciadas que não frequentam as consultas e no grupo das casadas/união de facto que as frequentam. Segundo Malheiro (2009), isto poderá dever-se ao facto destas mulheres frequentarem mais as consultas de planeamento familiar, obtendo desta forma uma maior informação acerca da problemática. No entanto, as mulheres solteiras se sexualmente ativas deverão também ser acompanhadas, pois segundo Roldão (2007), este aspecto parece ter influência na incidência do CCU, visto que o risco de aparecimento aumenta com o número de parceiros e com a promiscuidade sexual.

No que respeita à **nacionalidade** verificamos que das mulheres com nacionalidade portuguesa 97,6% realiza faz vigilância de saúde sexual e reprodutiva no centro de saúde e/ou no ginecologista e nas que não fazem essa vigilância e são de nacionalidade portuguesa temos uma percentagem de 98,6%. As diferenças entre grupos não são estatisticamente significativas.

Analisando o **agregado familiar** constatamos que as mulheres que residem com o companheiro e/ou filhos são as que mais frequentam as consultas no centro de saúde/ginecologista com 76,5% e pelo contrário, as que não frequentam as consultas são as mulheres que residem com outras pessoas com uma percentagem de 51,4%. *As diferenças entre grupos são estatisticamente significativas* e os valores residuais mostram que elas se situam entre o grupo das que residem com o companheiro e/ou filhos e que frequentam as consultas de vigilância sexual e reprodutiva e no grupo das que residem com outros (pais, irmãos, tios) que não frequentam as consultas.

Em relação às **habilitações literárias** denota-se que são as mulheres que têm como habilitações o ensino secundário que mais fazem a vigilância de saúde sexual e reprodutiva, seguidas das que têm o ensino superior, com 36,5% e 33% respectivamente. São também as mulheres com o ensino secundário que têm uma maior percentagem das que não fazem a vigilância no centro de saúde/ginecologista (51,4%) e são as que possuem o ensino superior como habilitações que menor percentagem têm das que não fazem a vigilância com apenas 15,7%. O teste de qui-quadrado e os valores residuais

apontam para significância estatística que se situa entre as mulheres com habilitações até ao secundário que não realizam qualquer vigilância de saúde sexual e reprodutiva e nas mulheres com um curso superior que realizam a vigilância.

Reportando-nos agora à profissão ressalta que é entre as mulheres pertencentes ao grupo dos agricultores e operários não qualificados (grupo II) onde as mulheres mais frequentam as consultas no centro de saúde/ginecologista (39,6%), sendo no grupo das mulheres desempregadas, estudantes, domésticas (grupo III) onde encontramos valores percentuais mais elevados nas que não frequenta as consultas com 47,1%. São as pertencentes aos quadros superiores técnicos e pessoal de serviços (grupo I) que menor percentagem têm das que não frequentam as consultas com apenas 18,6%. As diferenças são estatisticamente significativas situando-se estas entre os grupos I para as mulheres que frequentam as consultas e no grupo III para as que não frequentam as consultas.

Já para a situação profissional verificamos que das mulheres ativas, 67,5% realiza a vigilância sexual e reprodutiva no centro de saúde/ginecologista, sendo também estas que possuem valores percentuais maiores entre as que referem não realizar essa vigilância com 55,7%. Não encontramos no entanto diferenças estatísticas significativas.

No que se refere à residência são as mulheres que residem em zona urbana que mais frequentam as consultas no centro de saúde/ginecologista com uma percentagem de 56,4% e são as mulheres que residem em zonas rurais as que possuem os maiores valores percentuais nas que não frequentam as consultas de vigilância de saúde sexual e reprodutiva com 55,7%. Entre os grupos as diferenças não são significativas.

Por fim na análise bivariada estabelecida com o número de filhos e a adesão às consultas encontramos resultados que nos indicam que são as mulheres que têm 2 filhos com 34,7% as que mais aderem às consultas. Das mulheres que não aderem às consultas de vigilância sexual e reprodutiva aparecem em maior percentagem as que ainda não têm filhos com 40%. Embora não tenhamos encontrado diferenças estatísticas significativas.

Para terminar, quando traçamos o perfil das mulheres que maioritariamente aderem às consultas de vigilância de saúde sexual e reprodutiva, temos mulheres com idades entre os 31 e os 37 anos (26,8%), casadas/união de facto (66,6%), com nacionalidade portuguesa (97,6%), têm como agregado familiar o companheiro e/ou filho (76,5%), possuem o ensino secundário (36,5%) como habilitações literárias, estão incluídas na profissão que corresponde ao grupo dos agricultores e operários não qualificados (39,6%), com uma situação profissional ativa (67,5%), residem em zonas urbanas (56,4%) e têm dois filhos (34,7%). Estes resultados vão em certa medida de encontro com bibliografia, já que Ogden (2004) refere que a realização do rastreio está positivamente relacionada com o estado civil.

No estudo realizado por Patrão (2002) as mulheres aderentes ao rastreio são casadas, têm filhos e têm entre 41 e 50 anos, idade ligeiramente superior à das mulheres aderentes no nosso estudo, já Areias (2011) encontrou no seu estudo mulheres com idade entre 31 e os 36 anos, muito idêntica à da nossa amostra, com curso superior, ativa profissionalmente, casadas ou a viver em união de facto e com um filho.

Quanto às mulheres que maioritariamente não aderem às consultas de vigilância de saúde sexual e reprodutiva, têm idades acima dos 48 anos (34,3%), são solteiras/divorciadas (61,4%), com nacionalidade portuguesa (98,6%), têm como agregado familiar outras pessoas como pais/irmãos/avós (51,4%), possuem o ensino secundário (51,4%) como habilitações literárias, estão incluídas na profissão que corresponde ao grupo das mulheres desempregadas, estudantes, domésticas (47,1%), com uma situação profissional ativa (55,7%), residem em zona rural (54,3%) e não têm dois filhos (40,0%), o que está de acordo com o estudo efectuado por Patrão (2002).

#### ***Adesão à vigilância de saúde sexual e reprodutiva e o nível de conhecimentos sobre o autoexame da mama e o cancro colo útero***

A grande maioria das mulheres que responderam ao nosso questionário (80,7%) realiza o **autoexame da mama** pelo menos uma vez por mês (50,6%). O estudo realizado por Reis e Teixeira (2000) demonstra que 44,0% das mulheres realizam o AEM todos os meses ou mais do que uma vez por mês e 12,0% nunca o realizaram. Num outro estudo constatou-se que a maioria das mulheres faz o autoexame da mama (68,5%), sendo que 46,0% destas o praticam uma vez por mês e 31,5% não o realizam (Silva, Paiva e Vasconcelos, 2005). Comparando estes resultados com os do nosso estudo, verificamos que tanto para a percentagem de realização do autoexame da mama como para a sua frequência encontramos valores mais elevados.

Estas diferenças relativamente às mulheres que realizam o autoexame da mama podem revelar-se devido ao fato de que as idades das inquiridas no estudo de Silva, Paiva e Vasconcelos (2005) serem dos 19 aos 35 anos e no estudo de Reis e Teixeira (2000) estarem compreendidas entre os 35 e os 70 anos, sendo considerada uma faixa etária de maior risco relativamente ao cancro da mama, como nos referem Phipps et al. (1995), em que a incidência máxima do cancro da mama ocorre entre os 45 e os 49 anos e nos 65 anos de idade.

Com referido anteriormente, 75,3% das mulheres realiza o autoexame da mama por indicação de um profissional de saúde. Para 75,4% das mulheres a realização do exame deve-se a recomendação médica enquanto que para 24,6% por recomendação do

enfermeiro. Tendo em conta Stanton (1987) referido por Odgen (1999, p.94), “O modelo de adesão sugere que a comunicação do técnico de saúde resulta num aumento conhecido do doente e da sua satisfação e, também, uma adesão ao regime médico recomendado.”. Ainda Ley *cit. in* Odgen (1999, p.89), diz-nos que a adesão do utente à recomendação médica é tanto maior quanto a capacidade de compreensão do utente e memória para reter a informação.

As mulheres que mais realizam o autoexame da mama são as que têm idades acima dos 48 anos (30,2%), casadas/união de facto (66,0%), de nacionalidade portuguesa (96,0%), residem com o companheiro e/ou filhos (75,3%), tendo como habilitações o ensino secundário (35,9%), como profissão pertencem ao grupo dos agricultores e operários não qualificados (37,3%), têm uma situação profissional ativa (65,8%), residem maioritariamente em zona urbana (57,7%) e têm pelo menos dois filhos (33%).

Da revisão literária por nós efectuada, verifica-se que a idade de incidência de cancro da mama tem vindo a diminuir ao longo dos anos e as referências dos autores também variam, pois segundo Harrison et al. (1997), o maior risco de desenvolver cancro da mama é expresso após a idade dos 50 anos, 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, sendo responsável por uma considerável percentagem de mortes entre este sexo (Serrano e Pires, 2004).

Da análise estabelecida com a adesão às consultas de saúde e vigilância sexual e reprodutiva no centro de saúde/ginecologista e a **realização do autoexame da mama**, ressalta que é nos 80,7% das mulheres que realizam o autoexame da mama onde encontramos valores percentuais mais elevados no que se refere às que aderem à vigilância nas consultas com 83%, sendo também nas que realizam o autoexame da mama onde encontramos valores percentuais mais elevados nas que não frequentam consultas com 65,7%. **As diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas** situando-se estas entre o grupo das mulheres que realizam o autoexame da mama para as aderem à vigilância de saúde sexual e reprodutiva e entre o grupo das mulheres que não realizam o autoexame da mama para as mulheres que não aderem à vigilância de saúde, ou seja, encontramos relação entre o autoexame da mama e a adesão à vigilância de saúde sexual e reprodutiva.

Procuramos entretanto saber em que medida a realização do autoexame da mama

discriminava as crenças do CM e o AEM. Realizado o teste de UMW verificou-se que as ordenações médias eram maiores nas mulheres que realizam o autoexame da mama em todas as dimensões e na escala global. O que significa que as mulheres que realizam o autoexame da mama têm menor risco percebido de desenvolver CM (vulnerabilidade), menor dificuldades ou barreiras associadas AEM (obstáculos), têm mais potenciais habilidades para a realização do AEM (eficácia) e reconhecem melhor as vantagens do AEM em relação à sua eficácia (benefícios). *Encontramos significância estatística na escala global, nos obstáculos, nos benefícios e na eficácia.*

Contrariamente aos resultados do nosso estudo, Reis e Teixeira (2000) no seu estudo de adesão ao AEM constataram que, tanto a crença de vulnerabilidade como a 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 idênticos ao estudo de Silva, Paiva e Vasconcelos (2005).

Comparando os grupos das mulheres que realizam o AEM e o das que não o realizam, no estudo de Reis e Teixeira (2000), constatou-se existirem apenas diferenças significativas entre os obstáculos e a eficácia. Já para o nosso estudo verificamos diferenças significativas para as crenças de obstáculos, benefícios, eficácia e crenças de saúde global, mais uma vez dados semelhantes Silva, Paiva e Vasconcelos (2005).

Bennet (2002), refere-se ao modelo de crenças de saúde, considerando que as decisões relacionadas com a adopção de comportamentos de saúde envolvem uma análise dos custos/benefícios. Considera ainda que os elementos chave para o processo de tomada de decisão são os benefícios para a saúde resultantes de determinados comportamentos e custos (sociais, psicológicos e outros) inerentes à sua adopção. Daí que, quanto maior forem os benefícios percebidos pela mulher, maior será a probabilidade desta efetuar o AEM com regularidade. Também no nosso estudo, assim como no de Reis e Teixeira (2000) e o de Silva, Paiva e Vasconcelos (2005), o facto de as mulheres sentirem confiança na execução do AEM (crença de eficácia), parece preditivo para a realização deste exame. Os estudos realizados por Champion (1997) cit in Reis e Teixeira (2000), verificaram que à medida que aumentava a confiança das mulheres na sua capacidade de efetuarem corretamente o AEM, aumentava a probabilidade de o efetuarem com regularidade.

Relativamente à crença de vulnerabilidade, esta não apresentava diferenças estatisticamente significativas, o que significa que não tem influência na adesão ao autoexame da mama. Este resultado vai de encontro a Silva, Paiva e Vasconcelos (2005) e ao que nos refere Becker e col. (1975) e Langlie (1977) cit. in Ogden (1999) um individuo com uma baixa percepção de susceptibilidade está mais propenso a adquirir comportamentos de

saúde do que se tiver percepção de alta susceptibilidade. No mesmo sentido, Barron et al. Cit. in Graham e Liggons (2002) referem que a susceptibilidade não parece preditiva na adesão ao auto exame da mama.

De forma a compreender a relação entre os comportamentos adoptados pelas mulheres integradas no nosso estudo e os **conhecimentos que possuem acerca do CCU**, foram abordados vários aspectos relacionados com os mesmos, de modo a melhor conhecer a amostra. Acerca dos conhecimentos CCU, verificamos que 98,9% das mulheres já ouviram falar sobre CCU, este resultado vem de encontro com as orientações estratégicas e intervenções necessárias do plano nacional de prevenção e controlo da Doenças oncológicas 2007/2010, que refere que a sensibilização para esta temática é prioritária devendo incidir na prevenção com base em ações de educação sobre factores de risco.

Quando questionadas acerca da **informação sobre o CCU** a grande maioria das mulheres já ouviu falar sobre o CCU (98,9%), sendo que para 79,9% é fácil obter informação acerca do CCU. A forma como obtêm a informação acerca do CCU para a maioria das mulheres (56,5%) é através dos meios de comunicação/internet, seguido de perto pelos 50,2% das mulheres que obtêm a informação no centro de saúde/USF/USCF e das 44,3% das mulheres que a obtêm no ginecologista. Este resultado vem alertar para a necessidade dos enfermeiros investirem na informação e na educação das utentes que acompanham, não permitindo que a divulgação da informação caiba apenas aos meios de comunicação social. Em relação às acerca das complicações do CCU quando detectadas tardiamente, 94,1% das mulheres refere que estas podem levar à morte, as restantes responderam de forma incorreta. De acordo com a literatura, isto pode dever-se ao fato desta doença se desenvolver de forma lenta e progressiva, podendo levar vinte anos ou mais desde a infecção persistente até ao desenvolvimento de lesões de alto grau e de cancro invasivo (Tavares, 2009; Portugal, 2008a).

A maioria das mulheres (87,9%) recorre a um profissional de saúde quando se apercebe de uma infecção vaginal. Face às dúvidas que as mulheres manifestam acerca do CCU, a maioria gostaria de ver esclarecidas acerca dos sinais e sintomas (60,3%), as formas de prevenção (47,3%), das causas do CCU (42,5%) e por último 26,2% sobre os exames de diagnóstico. O ministério da saúde 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 factores de risco.

Relativamente aos conhecimentos acerca do rastreio do CCU, 69,5% das mulheres já realizaram o rastreio e para a maioria (43,9%) ocorre uma vez por ano e após o início da atividade sexual (46,6%). É importante salientar que 30,8% das mulheres realizou a rastreio demasiado precoce, antes de iniciar a atividade sexual e as 26 mulheres (5%) realizam-no tardiamente, na menopausa. A maioria das mulheres conhece o exame de rastreio do CCU como Papanicolau (83,3%) e que o vírus responsável pelo aparecimento do CCU pode ser diagnosticado através da citologia.

Verificamos que nos conhecimentos acerca da vacina para o CCU, 91% indicam que uma das formas de prevenir o aparecimento do CCU é através da vacinação, sendo que 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 à sua inclusão no plano nacional de vacinação.

Quanto aos factores de risco os que mais contribuem para o aparecimento do CCU, são a existência de história familiar de CCU (71,3%), o que demonstra falta de informação, múltiplos parceiros sexuais (55,6%), a idade com 27,6% e hábitos tabágicos com 20,1%, resultados também idênticos aos encontrados por Areias (2011).

Quanto aos conhecimentos acerca dos sintomas do CCU, 77,4% das mulheres entende que o CCU tem sintomas e para 22,6% é assintomático, isto pode dever-se ao facto de os sinais e sintomas poderem confundir-se com os de uma infecção ou outro problema de saúde e também pelo facto de o CCU 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 infecção urinária (14,9%), da ausência de menstruação (13,8%) e da ardência (12,8%).

No que se refere aos conhecimentos acerca do vírus responsável pelo CCU, 74,7% das mulheres da nossa amostra entende que o CCU é originado por um vírus, sendo que 64,8% identifica-o como sendo o vírus do papiloma humano (VPH), mesmo assim ainda existem 4,6% das mulheres que considera o vírus da SIDA, 2,9% o da hepatite e 2,7% o do herpes como sendo o vírus responsável pelo aparecimento do CCU

De acordo com as referências, para Albuquerque et al. (2009) e Silva (2010), a causa deste cancro é um vírus, a infecção prévia pelo VHP é apontada como principal factor de risco. Sendo o VHP um vírus do DNA, os seus genes podem manipular o controle do ciclo celular do hospedeiro e levar à sua persistência e replicação, conseguindo transformar as células do colo uterino, provocando lesões, que em alguns casos progridem para lesões cancerosas.

Quanto aos **conhecimentos globais do CCU** observamos que a maior percentagem das que aderem à vigilância nas consultas é encontrada nas mulheres com bons conhecimentos acerca do CCU com 49,8%. Entre as que não frequentam as consultas e portanto não aderem à vigilância encontramos as mulheres com fracos conhecimentos acerca do CCU com uma percentagem de 65,7%. **As diferenças entre grupos são estatisticamente significativas** e situam-se entre o grupo das mulheres com bons conhecimentos CCU que aderem à vigilância e no grupo das mulheres com fracos conhecimentos CCU que não aderem às consultas, nesta medida encontramos relação entre os conhecimentos globais do CCU e a adesão à vigilância de saúde sexual e reprodutiva. Podemos assim inferir que o tipo de conhecimentos sobre o CCU influencia a adesão à vigilância de saúde sexual e reprodutiva pelas mulheres. Resultados mais promissores que os encontrados por Areias (2011).

#### ***Adesão à vigilância de saúde sexual e as crenças de saúde cancro da mama e do autoexame da mama e crenças saúde cancro colo útero***

A baixa adesão a um exame preventivo pode ter consequências graves e favorecer o aparecimento progressivo da doença e de complicações secundárias. O autoexame da mama e a citologia ao colo do útero, realizada segundo as diretivas da Direção Geral de Saúde, é uma forma de prevenção secundária de cancro desse órgão. Possibilita a prevenção e diagnóstico precoce num estado assintomático de duas doenças silenciosas, com sintomas inespecíficos, uma importante causa de morte oncológica na população feminina portuguesa (Marques, 1993).

Através da análise dos **grupos de corte** observamos que 45,6% da amostra foi classificada como tendo **crenças CM e AEM** muito adequadas, enquanto que 37,9% das mulheres tem crenças CM e AEM pouco adequadas e 16,5% razoáveis.

Da análise bivariada estabelecida com as **variáveis sociodemográficas e profissionais** verificamos que nas mulheres do grupo etário dos 31-37 anos (32,5%), casadas/união de facto (65,1%) e com nacionalidade portuguesa (100%) encontramos os valores percentuais mais elevados nas crenças CM e do AEM classificadas como razoáveis. Relativamente às mulheres que residem com o companheiro e/ou filho (75,0%), têm um curso superior (45,5%), como profissão o grupo I a que corresponde aos quadros superiores técnicos e pessoal de serviços (44,1%), possuem uma situação profissional ativa (69,1%), residem em zonas urbanas (61,4%) e têm dois filhos (31,8%) encontramos a maior percentagem nas crenças CM e do AEM classificadas como muito adequadas;

Para saber o comportamento da variável crenças de saúde acerca CM e o AEM e

respetivas subescalas quando comparados com os **grupos etários** efetuamos uma análise de variância a um factor e a mesma veio a revelar que o grupo com idades compreendidas entre os 31 e 37 anos tem melhores crenças CM e AEM na escala global e em quase todas as subescalas, apresentando por isso menores dificuldades ou barreiras associadas AEM (obstáculos), têm mais potenciais habilidades para a realização do AEM (eficácia), e reconhecem melhor as vantagens do AEM em relação à sua eficácia (benefícios), com exceção da vulnerabilidade onde as mulheres mais jovens têm um menor risco percebido de desenvolver CM (vulnerabilidade). Os valores de F são explicativos para os benefícios, os obstáculos e para a escala global embora a variância explicada seja fraca, oscilando entre 0,163% na escala global e 5,546% nos obstáculos. O teste de Tukey indicamos que as diferenças se situam para os obstáculos e para a escala global entre as classes ≤30 anos e os 48-67 anos e entre esta e os 31-37 anos e também entre esta última e os 38-47 anos. Para os benefícios encontramos diferenças entre a classe dos 31 aos 37 anos e a classe dos 48 aos 67 anos.

Para relacionar o **estado civil** das mulheres com as crenças CM e o AEM realizamos o teste de UMW onde verificamos que as ordenações médias eram maiores nas mulheres casadas/união de facto nos obstáculos, apresentando menor dificuldades ou barreiras associadas AEM, nos benefícios, reconhecendo por isso melhor as vantagens do AEM em relação à sua eficácia e na eficácia, tendo mais potenciais habilidades para a realização do AEM. São as mulheres solteiras/divorciadas/viúvas que têm maiores ordenações médias nas crenças global e na vulnerabilidade tendo por isso um menor risco percebido de desenvolver CM. Encontramos significância estatística na vulnerabilidade.

Procuramos entretanto saber em que medida o **agregado familiar** discriminava as crenças do CM e o AEM. Realizado o teste de UMW verificou-se que as ordenações médias eram maiores nas mulheres que residiam com companheiro e/ou filho apresentando menor dificuldades ou barreiras associadas AEM (obstáculos), têm mais potenciais habilidades para a realização do AEM (eficácia), e reconhecem melhor as vantagens do AEM em relação à sua eficácia (benefícios), por outro lado são as mulheres que residem com outros (pais, irmãos, sozinhas) que têm um menor risco percebido de desenvolver CM (vulnerabilidade). Encontramos significância estatística na eficácia.

Já para saber se as **habilitações literárias** influenciam as crenças do CM e o AEM, efetuamos uma análise de variância onde ressalta que são as mulheres com um curso superior que apresentam um menor risco percebido de desenvolver CM (vulnerabilidade), menor dificuldades ou barreiras associadas AEM (obstáculos), têm mais potenciais habilidades para a realização do AEM (eficácia) e reconhecem melhor as vantagens do AEM em relação à sua eficácia (benefícios). Os coeficientes de determinação

são fracos em todos os factores, oscilando entre 0,37% na expectativa e 13,97% nos obstáculos. Os valores de F são explicativos na vulnerabilidade, obstáculos, benefícios e na escala global, revelando o teste de Tukey que as diferenças se situam para os obstáculos e crenças global entre todos os grupos das habilitações literárias, para a vulnerabilidade situam-se entre as que realizaram o 2º ciclo e as que têm curso superior e entre este último grupo e o ensino secundário. Para os benefícios encontramos diferenças entre as que fizeram o ensino secundário e as que estudaram até ao 2º ciclo e entre estas mulheres e as que possuem um curso superior.

Pretendemos identificar se a **profissão** influenciava as crenças CM e o AEM e nesta medida realizamos uma análise de variância. Dos resultados obtidos identificamos que são as mulheres do grupo I, quadros superiores técnicos e pessoal de serviços que têm médias mais elevadas nas quatro subescalas e na escala global, apresentando por isso menor risco percebido de desenvolver CM (vulnerabilidade), menor dificuldades ou barreiras associadas AEM (obstáculos), têm mais potenciais habilidades para a realização do AEM (eficácia) e reconhecem melhor as vantagens do AEM em relação à sua eficácia (benefícios). Os coeficientes de determinação são fracos em todos os factores, oscilando entre 1,0% na expectativa e 10,0% na escala global. Os valores de F são explicativos nas subescalas vulnerabilidade, obstáculos, benefícios e na escala global. O teste de Tukey mostra-nos que as diferenças se situam para os obstáculos, benefícios e escala global entre o grupo II (agricultores e operários não qualificados) e o grupo I e entre este e o grupo III (sem emprego, domésticas, estudantes). Já para a vulnerabilidade encontramos diferenças entre o grupo I e o grupo II e entre este e o grupo III.

Para saber em que a **situação profissional** influenciava as crenças CM e o AEM realizamos um teste de UMW e verificou-se que as ordenações médias eram maiores nas mulheres que estão no ativo em todas as dimensões da escala e escala global, com exceção da vulnerabilidade onde encontramos ainda diferença estatística significativa, o que traduz um menor risco pessoal percebido de desenvolver CM nas mulheres que não estão no ativo.

No intuito de verificarmos a existência de relação entre as crenças relacionadas com CM e o AEM e a **zona de residência** das mulheres, efetuamos um teste t para diferença de médias. As diferenças estatísticas no teste de Levene indicam variâncias homogêneas e as encontradas no teste t não são significativas o que confirma a independência entre as variáveis em estudo. As crenças são maiores em todos os factores da escala e na escala global para as mulheres residentes na zona urbana, o que significa que são as mulheres que residem em zona urbana que apresentam menor risco percebido de desenvolver CM (vulnerabilidade), menor dificuldades ou barreiras associadas AEM (obstáculos), têm

mais potenciais habilidades para a realização do AEM (eficácia) e reconhecem melhor as vantagens do AEM em relação à sua eficácia (benefícios). As diferenças encontradas são significativas para as subescalas obstáculos, benefícios e para a escala global.

Quando estudamos a relação entre o **número de filhos** que as mulheres tinham e as suas crenças aplicamos o teste de Kruskal-Wallis. Os resultados mostram que as mulheres que não têm filhos apresentam menor risco percebido de desenvolver CM (vulnerabilidade), menor dificuldades ou barreiras associadas AEM (obstáculos) e na escala crenças CM e AEM global. As mulheres que têm um filho têm ordenações médias maiores nos benefícios, o que significa que reconhecem melhor as vantagens do AEM em relação à sua eficácia, enquanto que as mulheres que têm dois filhos apresentam ordenações médias maiores na eficácia, tendo por isso mais potenciais habilidades para a realização do AEM. As diferenças entre os grupos são significativas para as subescalas vulnerabilidade e obstáculos.

Da relação entre a adesão ou não adesão às consultas de saúde e vigilância sexual e reprodutiva no centro de saúde/ginecologista com as **crenças acerca do CM e AEM** observamos que é nas mulheres que possuem crenças muito adequadas onde encontramos valores percentuais mais elevados no que se refere às que aderem à vigilância nas consultas com 45,6%, sendo que a maior percentagem das mulheres que não aderem à vigilância, com 58,6% é encontrada nas que possuem crenças pouco adequadas acerca do CM e AEM. As diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas situando-se estas entre o grupo das mulheres que realizam têm crenças CM e AEM muito adequadas para as aderem à vigilância de saúde sexual e reprodutiva e entre o grupo das mulheres que têm crenças CM e AEM pouco adequadas que não aderem à vigilância de saúde.

Da análise dos **grupos de corte** observamos que 41,8% das inquiridas foi classificada como tendo **crenças CCU** muito adequadas, enquanto que 29,7% das mulheres tem crenças CCU pouco adequadas e 28,5% razoáveis.

Através da análise bivariada estabelecida com as **variáveis sociodemográficas e profissionais** observamos que nas mulheres do grupo etário dos 31-37 anos (29,4%) e com nacionalidade portuguesa (98,1%) os valores percentuais mais elevados são encontrados nas crenças CCU classificadas como pouco adequadas, por outro lado são as mulheres casadas/união de facto (65,8%), que residem com o companheiro e/ou filho (75,2%) e que pertencem ao grupo das agricultoras e operárias não qualificadas (48,3%) que apresentam os valores percentuais mais elevados nas crenças CCU classificadas como razoáveis. Quanto às mulheres que têm um curso superior (45,0%), com situação profissional ativa

(67,0%) e residem em meio urbano (59,6%) é onde encontramos as crenças CCU mais adequadas.

Quisemos saber o comportamento das variáveis crenças de saúde acerca do CCU quando comparados os **grupos etários**. Efectuada uma análise de variância, a um factor, a mesma veio a revelar que o grupo com idades compreendidas entre os 31 e 37 anos tem mais crenças na vulnerabilidade face ao CCU e nos benefícios da citologia que as outras mulheres. É no grupo mais jovem onde as mulheres possuem mais crenças nos obstáculos face à citologia. Nas crenças de gravidade face ao CCU e nas crenças do CCU global é no grupo das mulheres com idades compreendidas entre os 38 e os 47 anos onde apresentam mais crenças. Os valores de F são explicativos para os benefícios da citologia e para os obstáculos face à citologia, embora a variância explicada seja fraca, oscilando entre 0,49% nos benefícios e 5,3% nos obstáculos. O teste de Tukey indica-nos onde as diferenças se situam. Verificamos ainda que nos benefícios as diferenças situam-se nos 31-37 anos e nos 48-67 anos, já para os obstáculos encontramos diferenças no grupo dos  $\leq 30$  anos e nas mulheres com idades entre os 31 e os 37 anos e entre estas e as com idades compreendidas entre os 48 e 67 anos.

Para relacionar o **estado civil** das mulheres e as crenças CCU realizamos o teste de UMW onde verificamos que as ordenações médias eram maiores nas mulheres casadas/união de facto em todas as dimensões da escala e na escala global, o que traduz melhores crenças CCU, com exceção dos obstáculos face à citologia que é onde as mulheres solteiras/divorciadas/viúvas apresentam melhores crenças. Encontramos significância estatística nos benefícios da citologia e nos obstáculos citologia.

Procuramos entretanto saber em que medida o **agregado familiar** discriminava as crenças do CCU. Realizado o teste de UMW verificou-se que as ordenações médias eram menores nas mulheres que residiam com outros (pais, irmãos, sozinha) em todas as dimensões da escala com exceção dos obstáculos, o que traduz menores crenças do CCU, com significância estatística nos benefícios e nos obstáculos.

No intuito de verificarmos se as **habilitações literárias** influenciam as crenças do CCU, efectuou-se uma análise de variância. Dos resultados obtidos ressalta que na vulnerabilidade e na gravidade são as mulheres com o ensino secundário que apresentam crenças do CCU mais elevadas, com médias de 18,40 e 22,91, respectivamente. É nas mulheres com um curso superior, com uma média de 15,43, onde estas apresentam crenças mais elevadas nos benefícios, por outro lado as mulheres até ao 2º ciclo possuem crenças do CCU mais elevadas nos obstáculos (média=22,37) e nas crenças CCU global (média=77,57). A variância explicada é fraca em todos os factores, oscilando entre 0,51%

nos benefícios e 3,14% nas crenças global. Os valores de F são explicativos nos factores vulnerabilidade face CCU, gravidade CCU, obstáculos face à citologia e na escala global e o teste de Tukey situa as diferenças na vulnerabilidade entre o ensino secundário e o ensino superior, por fim na gravidade, nos obstáculos e nas crenças CCU global as diferenças situam-se entre até ao 2º ciclo e o curso superior e entre este último e o ensino secundário.

Para identificar se a **profissão** influencia as crenças CCU e para tal realizamos uma análise de variância. Dos resultados obtidos observamos que são as mulheres do grupo II, agricultores e operários não qualificados que têm médias mais elevadas nas quatro subescalas e na escala global, apresentando por isso melhores crenças acerca do CCU. A variância explicada é fraca em todos os factores, oscilando entre 1,60% nos benefícios e 3,96% na escala crenças global. Os valores de F são explicativos em todos os factores vulnerabilidade face CCU, gravidade CCU, obstáculos face à citologia, benefícios em relação à citologia e na escala global, revelando o teste de Tukey que as diferenças se situam para a vulnerabilidade, obstáculos e escala global entre o grupo I (quadros superiores técnicos e pessoal de serviços) e o grupo II e entre este último grupo III (sem emprego, domésticas, estudantes). Para a gravidade encontramos diferenças entre o grupo I e o grupo II e para os benefícios encontramos diferenças entre o grupo II e o grupo III.

Quando quisemos saber em que a **situação profissional** influenciava as crenças CCU realizamos um teste de UMW e verificamos que as mulheres estão no ativo revelam melhores crenças CCU na vulnerabilidade, na gravidade e nos benefícios, uma vez que apresentam ordenações médias superiores. As que têm uma situação profissional não ativa têm melhores crenças CCU nos obstáculos e na escala global. Encontramos diferença estatística significativa nos obstáculos face à citologia.

Para verificarmos se existia relação entre as crenças CCU e a **zona de residência** das mulheres, efetuamos um teste t para diferença de médias. As diferenças estatísticas no teste de Levene indicam variâncias homogéneas e as encontradas no teste t não são significativas o que confirma a independência entre as variáveis em estudo. As crenças CCU em todos os factores da escala e na escala global são maiores nas residentes da zona rural, com exceção no fator benefícios onde as mulheres da zona urbana apresentam maiores crenças. As diferenças encontradas são significativas para as subescalas obstáculos face à citologia e benefícios em relação à citologia.

Para estudarmos a relação entre o **número de filhos** que as mulheres tinham e as suas crenças acerca CCU aplicamos o teste de Kruskal-Wallis. Os resultados obtidos mostram que as mulheres que têm dois filhos teriam crenças mais adequadas acerca do CCU em todas as subescalas e na escala global, com exceção da subescala obstáculo onde

são as mulheres que não têm filhos as que apresentam melhores crenças CCU. As diferenças entre os grupos são significativas para as subescalas vulnerabilidade face ao CCU e gravidade em relação CCU.

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

Os técnicos de saúde, nomeadamente médicos, influenciam os comportamentos de adesão das mulheres ao rastreio de forma positiva, se o recomendarem, se tiverem uma crença de eficácia no rastreio, se perspectivarem a implementação de programas de rastreio (Bastani et al, 1991; Cameron, 1997; Champion et al, 1997; Fajardo et al, 1992; Hennig & Knowles, 1990; Lerman et al, 1990; Ogden, 1999; Paskette & Michielutte, 1997; Phillips et al, 1998; Pitts, 1996; Rimer et al, 1989).

No entanto, por vezes, o médico pode inibir a adesão à citologia, por ser o próprio médico de família da mulher, e sobretudo se for do sexo masculino (Bentham et al, 1995; Eardley, 1985), pois algumas mulheres preferem um médico do sexo feminino na realização dos rastreios, tanto da mama, como do colo do útero (Cassard et al, 1998; Hennig & knowles, 1990).

A forma como os Serviços de Saúde estão estruturados pode também ter algumas implicações no grau de adesão das mulheres ao rastreio do cancro do colo do útero, pois se existir uma fácil acessibilidade e alguma qualidade, a adesão à citologia está facilitada (Ogden, 1999). Um exemplo disso são as campanhas locais de encorajamento, o sistema de convocação por carta (Hennig & Knowles, 1990), o facto de todos os médicos capacitados para o efeito realizarem o rastreio (Phillips et al, 1998), não existir um elevado custo do teste, a diminuição do tempo de espera por uma consulta, para realizar o teste e até para obter o resultado.

### ***Adesão à vigilância de saúde sexual e reprodutiva e o meu estilo de vida***

O aumento global, epidémico, de doenças está estritamente relacionado com alterações do estilo de vida nomeadamente com o tabagismo, a inatividade física e a alimentação desequilibrada (World Health Report, 2002).

As mulheres do grupo etário dos 31-37 anos (28,6%), com nacionalidade portuguesa (99,1%), que residem com o companheiro e/ou filho (74,0%), que têm uma situação profissional ativa (67,5%) e residem em meio urbano (55,8%) são as que têm o melhor estilo de vida pois é nestas que encontramos os valores percentuais mais elevados, por outro lado, as mulheres casadas/união de facto (67,9%), que têm como habilitações o ensino secundário (46,9%) e têm dois filhos (35,8%) são as que apresentam na sua maioria um estilo de vida razoável. Quanto às mulheres que pertencem ao grupo das sem emprego, domésticas, estudantes (46,7%) é onde encontramos uma maior percentagem no estilo de vida fraco.

Para saber o comportamento da variável estilo de vida quando comparada com os **grupos etários** efetuamos uma análise de variância, a um factor, a mesma veio a revelar que é o grupo das mulheres com idades compreendidas entre os 31 e 37 anos que tem melhor estilo de vida, tanto nas subescalas como na escala global. Por outro lado é no grupo das mais jovens que elas possuem pior estilo de vida na subescala atitude para com determinadas ações e no estilo de vida global, sendo para a subescala frequência com que o indivíduo implementa determinadas ações o grupo etário dos 38 aos 47 anos onde as mulheres têm pior estilo de vida. Os valores de F não são explicativos e a variância explicada é fraca, oscilando entre 0,276% na atitude e 1,083% na frequência pelo que não encontramos relação entre os grupos etários e o meu estilo de vida.

Para relacionar o **estado civil** das mulheres com o estilo de vida realizamos o teste de UMW onde verificamos que as ordenações médias eram maiores nas mulheres casadas/união de facto na atitude e no estilo de vida global, o que traduz melhores estilos de vida. Por outro lado são as mulheres solteiras/divorciadas/viúvas que apresentam melhor estilo de vida na frequência. *Encontramos diferenças estatísticas significativas na atitude.*

Procuramos entretanto saber em que medida o **agregado familiar** discriminava o estilo de vida. Realizado o teste de UMW verificou-se que as ordenações médias eram maiores nas mulheres que residiam com o companheiro e/ou filho na subescala atitude e no estilo de vida global, o que traduz um melhor estilo de vida. Por outro lado quem apresentava melhor estilo de vida na subescala frequência eram as mulheres que residiam com outros (pais, irmãos, sozinha), sem significância estatística, pelo que não encontramos relação entre o agregado familiar e o meu estilo de vida.

No intuito de verificarmos se as **habilitações literárias** influenciam o estilo de vida efetuamos uma análise de variância. Dos resultados obtidos e apresentados no quadro 50, ressalta que são as mulheres com um curso superior que têm médias mais elevadas nas duas subescalas e na escala global, apresentando por isso um melhor estilo de vida. A

variância explicada é fraca em todos os factores, oscilando entre 10,75% na frequência e 15,17% na escala global. Os valores de F são explicativos nas subescalas e na escala global, revelando o teste de Tukey que as diferenças se situam para a frequência com que o indivíduo implementa determinadas ações, para a atitude para com determinadas ações e para o meu estilo de vida global entre as que realizaram o 2º ciclo e as que têm curso superior e entre este último grupo e o ensino secundário.

Pretendíamos identificar se a profissão influencia o estilo de vida e para tal realizamos novamente uma análise de variância. Dos resultados obtidos observamos que são as mulheres do grupo I, quadros superiores técnicos e pessoal de serviços que têm médias mais elevadas nas duas subescalas e na escala global, apresentando por isso um melhor estilo de vida. A variância explicada é fraca em todos os factores, oscilando entre 0,24% na frequência e 3,21% na escala global. Os valores de F são explicativos nas subescalas e na escala global, revelando o teste de Tukey que as diferenças se situam para a frequência com que o indivíduo implementa determinadas ações entre o grupo I e o grupo II. Para a atitude para com determinadas ações e o meu estilo de vida global as diferenças situam-se entre o grupo II e o grupo I e entre este último grupo III.

Para saber em que a situação profissional influenciava o estilo de vida realizamos o teste de UMW e verificamos que as mulheres estão no ativo revelam ter melhor estilo de vida nas duas subescalas e na escala global, uma vez que apresentam ordenações médias superiores. Não encontramos diferença estatística significativa, pelo que não encontramos relação entre a situação profissional e o meu estilo de vida.

Quando verificamos se existia relação entre a escala o meu estilo de vida e a zona de residência, efetuamos um teste t para diferença de médias. As diferenças estatísticas no teste de Levene indicam variâncias homogêneas e as encontradas no teste t não são significativas o que confirma a independência entre as variáveis em estudo. O meu estilo de vida global e a subescala atitude para com determinadas ações é melhor nas mulheres que residem em zona rural. Em relação à subescala frequência com que o indivíduo implementa determinadas ações são as mulheres que residem em zonas urbanas apresentam melhores médias. Contudo não encontramos diferenças estatísticas significativas.

Os quotidianos urbanos enquadram-se mais no estruturalismo construtivista (Bourdieu, 1994), em que o indivíduo, o ator social, faz interpretação da realidade, e, por conseguinte, ganha autonomia para desenvolver estratégias, adaptando-as nos estilos de vida.

Para estudarmos a relação entre o número de filhos que as mulheres tinham e o seu estilo de vida aplicamos o teste de Kruskal-Wallis. Os resultados obtidos mostram que

as mulheres que têm um filho teriam um melhor estilo de vida na subescala atitude e na escala global, com exceção da subescala frequência onde são as mulheres que não têm filhos as que apresentam melhor estilo de vida. Não encontramos diferenças significativas, pelo que não encontramos relação entre o número de filhos e o meu estilo de vida.

O estilo de vida tem sido consensualmente percebido como relevante para a saúde e tem-se salientado a importância de fomentar padrões de comportamento individual mais favoráveis para prevenir doenças e promover a saúde (Pais e Cabral, 2003; Ribeiro, 2005).

Em relação ao meu estilo de vida 44,3% das inquiridas na amostra foi classificada como tendo um bom estilo de vida, 40,2% das mulheres tem um estilo de vida fraco e 15,5% apresentam um estilo de vida razoável.

Quanto à relação entre a adesão às consultas de saúde e vigilância sexual e reprodutiva e a escala o **meu estilo de vida** verificamos que são as mulheres com um fraco estilo de vida e um bom estilo de vida as que mais aderem às consultas de vigilância de saúde sexual e reprodutiva no centro de saúde/ginecologista com 45,1% e 42% respectivamente sendo também nestes grupos das mulheres com fraco e bom estilo de vida onde encontramos maior percentagem nas que não aderiram às consultas, com 45,7% e 40% respectivamente. As diferenças entre grupos não são estatisticamente significativas.

Os comportamentos e os estilos de vida são determinantes para a saúde (Wold, 1993). É necessário analisar todos os processos que levam à escolha de estilos de vida mais ou menos saudáveis (Matos, Simões, Carvalhosa e Cunha, 1998), uma vez que os comportamentos podem contribuir para o desenvolvimento de doença.

Terminamos procedendo ao estudo da relação entre variáveis utilizando de seguida a análise multivariada através das **árvores de decisão**, do algoritmo CHAID. No caso particular do nosso estudo pretendemos decompor a variável inicial a vigilância ou não vigilância de saúde sexual e reprodutiva da mulher para, através de uma sequência de decisões tomadas, obtermos as respostas mais prováveis acerca das variáveis determinantes, com base na classificação dos dados.

As variáveis independentes utilizadas para a construção da árvore de decisão, a seguir representada foram: idade, estado civil, agregado familiar, residência, situação profissional, número de filhos, conhecimentos acerca do CCU, escala o meu estilo de vida, escala crenças CM e AEM, escala crenças CCU. Como variável dependente consideramos, adesão e não adesão às consultas de vigilância de saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Os resultados presentes na Árvore mostram que existem dois níveis de

profundidade, cujas variáveis são estatisticamente significativas na adesão e não adesão às consultas de vigilância de saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Como variáveis explicativas permaneceram, os conhecimentos acerca do CCU grupos de coorte (fracos, razoáveis e bons), o agregado familiar (outros e companheiro e/ou familiar) e a residência (urbana e rural) encontrando-se distribuídas por oito nós, dos quais cinco são terminais.

A primeira caixa que corresponde ao nó 0, ou de raiz, assinala a sombreado a categoria de adesão, apresentando uma probabilidade de 86,6% de adesão à vigilância de saúde sexual e reprodutiva das mulheres, pelo que as não aderentes são 13,4%.

O primeiro nível de profundidade da árvore obtém-se através dos grupos de coorte dos conhecimentos acerca do CCU indicando ser esta variável a que melhor prediz a adesão, segmentando-se a amostra nos seus três grupos (fracos, razoáveis e bons). Neste nível, o método CHAID atribui 76,8% de probabilidade em pertencer à categoria alvo das mulheres que aderem às consultas de vigilância de saúde sexual e reprodutiva.

Verifica-se, neste nó, que 33,6% ( $152/452 \times 100$ ) da totalidade das mulheres da amostra que aderem às consultas de vigilância de saúde sexual e reprodutiva se deve aos fracos conhecimentos sobre o CCU. As mulheres que têm bons conhecimentos CCU representam 94,5% das aderentes às consultas, enquanto que as mulheres com conhecimentos razoáveis acerca do CCU representam 56,2% das que aderem às consultas.

O segundo nível de profundidade mostra que é o agregado familiar a variável que melhor prevê os conhecimentos CCU, originando os nós terminais 4 e 5. O nó 4 indica que se prevê que 59,7% das mulheres que residam com outros tenham uma maior adesão às consultas. Para o nó 5, referente às que residem com o companheiro e/ou filho temos conhecimentos com 85,5%. Continuando no nível 2 de profundidade a partir do nó 3 que, através dos bons conhecimentos acerca do CCU, origina os nós terminais 6 e 7. O nó 6 indica, para as mulheres que residem em zonas urbanas, que 98,5% é previsto aderirem às consultas de vigilância de saúde sexual e reprodutiva. O nó 7 mostra-nos que 89,6% do grupo residência rural também se prevê que seja aderente às consultas.

Por último, pensamos que os resultados obtidos constituem um contributo para a compreensão dos factores que influenciam a vigilância da saúde sexual e reprodutiva. Importa reconhecer que dada a escassez de estudos relacionados diretamente com a relação das variáveis supracitadas, estes resultados poderão contribuir para produzir conhecimento sobre a temática: “Estilos de Vida e Vigilância de Saúde Sexual e Reprodutiva das Mulheres”.

**CONCLUSÕES**



## 4 - CONCLUSÕES

A ciência constrói-se a partir de conhecimentos que vão surgindo e se vão enquadrando nos já existentes, numa ânsia insaciável de ir sempre mais além. Este capítulo procura ser um ponto de reflexão sobre o estudo realizado e com o qual se pretende dar conta de algumas conclusões a que nos foi possível chegar, embora reconheçamos que continuam em aberto muitas questões a suscitar novos avanços e novas conclusões.

Se o chegar ao final de uma tarefa pode ser gratificante, uma vez que nos liberta para outras tarefas, fica-nos a sensação de que este trabalho e uma realidade inacabada para o qual ainda não conseguimos alcançar estádios de conhecimento que o possa considerar como definitivo.

Recorremos a uma revisão crítica da literatura que procurou ser o mais atual possível, de forma a aprofundar e consolidar conhecimentos interligados com o tema. Deparamo-nos porém com uma escassez de publicações sobre esta temática virada para a relação com as crenças e o estilo de vida das mulheres relativos à vigilância da sua saúde sexual e reprodutiva.

O presente estudo procurou avaliar a adesão à vigilância de saúde sexual e reprodutiva por parte das mulheres e identificar a presença de algumas variáveis que a pudessem influenciar.

Com o objectivo de melhor compreender os factores que influenciam a vigilância de saúde sexual e reprodutiva, investigámos os conhecimentos das mulheres sobre o autoexame da mama e o cancro colo útero, as crenças de saúde autoexame e cancro da mama, as crenças saúde do cancro colo útero, os estilos de vida, bem como algumas variáveis sociodemográficas e profissionais, pois acredita-se que interagem com os mesmos.

Procurou-se, assim, responder às perguntas de partida:

- Que factores poderão influenciar a adesão à vigilância de saúde sexual e reprodutiva? A idade? O estado civil? O agregado familiar? As habilitações literárias? A profissão? A situação profissional? A residência? O número de filhos?
- O nível de conhecimentos das mulheres sobre o autoexame da mama e o cancro do colo do útero influenciam a adesão à vigilância de saúde sexual e reprodutiva?

- Em que medida as crenças de saúde das mulheres acerca do autoexame e cancro da mama e do cancro do colo do útero influenciam a adesão à vigilância de saúde sexual e reprodutiva?
- Qual a influência do meu estilo de vida na adesão à vigilância de saúde sexual e reprodutiva?

A pertinência deste estudo consiste em implementar intervenções que envolvem a mudança de conduta, no sentido da melhoria dos cuidados e de um aumento da qualidade e da satisfação das utentes, tendo como principal objectivo diminuir o possível risco de cancro do colo do útero e da mama de uma dada mulher.

Para responder a estas questões, propôs-se um modelo explicativo e formularam-se as subhipóteses (hipóteses simples) em que se previa que:

- As variáveis sociodemográficas e profissionais (idade, estado civil, agregado familiar, habilitações literárias, profissão, situação profissional, residência e número de filhos), as variáveis conhecimentos sobre rastreios acerca do cancro do colo do útero e autoexame da mama, as variáveis contexto de saúde (crenças em saúde e o estilo de vida) influenciam a adesão à vigilância de saúde sexual e reprodutiva das mulheres.

As mesmas viriam a ser parcialmente aceites, como oportunamente descrevemos na segunda parte, do ponto 3 do capítulo 5.

Como reflexões sobre os resultados encontrados, ressaltamos que neste estudo, no que diz respeito à primeira questão relacionada com as variáveis sociodemográficas e profissionais:

- 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;

No que diz respeito à segunda questão relacionada com o nível de conhecimentos sobre o autoexame da mama e o cancro colo útero, observou-se que:

- A realização do autoexame da mama e os conhecimentos acerca do CCU mostraram ser preditores da adesão à vigilância de saúde sexual e reprodutiva;

No que concerne à terceira questão acerca das crenças de saúde cancro da mama constatou-se que:

- Os grupos etários e a zona de residência influenciam as crenças de saúde acerca do CM e do AEM na escala global e nas subescalas benefícios AEM e

obstáculos AEM;

- O estado civil e a situação profissional estão relacionados com as crenças de saúde acerca do CM e do AEM na vulnerabilidade ao cancro da mama;
- O agregado familiar associou-se às crenças de saúde acerca do CM e do AEM na eficácia AEM;
- As habilitações literárias e a profissão influenciam as crenças de saúde acerca do CM e do AEM na escala global e nas subescalas benefícios AEM, obstáculos AEM e na vulnerabilidade ao cancro da mama;
- O número de filhos está relacionado com as crenças de saúde acerca do CM e do AEM na escala global e nas subescalas obstáculos AEM e na vulnerabilidade ao cancro da mama;
- Os grupos de corte nas crenças de saúde acerca do CM e do AEM (muito adequadas, adequadas e pouco adequadas) são preditores da adesão à vigilância de saúde sexual e reprodutiva;
- Nas crenças de saúde acerca do AEM a escala global, os obstáculos AEM, os benefícios AEM e a eficácia AEM são preditores da adesão à vigilância de saúde sexual e reprodutiva;

Ainda no diz respeito à terceira questão mas agora acerca das crenças de saúde CCU constatou-se que:

- Os grupos etários, o estado civil, o agregado familiar e a zona de residência estão relacionados com as crenças de saúde CCU nos benefícios da citologia e para os obstáculos face à citologia;
- As habilitações literárias influenciam as crenças de saúde CCU na escala global e nas subescalas vulnerabilidade e na gravidade face CCU, nos obstáculos face à citologia;
- A profissão associou-se às crenças de saúde CCU na escala global e nas subescalas vulnerabilidade e na gravidade face CCU, nos obstáculos e nos benefícios face à citologia;
- A situação profissional influencia as crenças de saúde CCU na subescala obstáculos face à citologia;
- O número de filhos associou-se às crenças de saúde nas subescalas vulnerabilidade e na gravidade face CCU.
- As crenças de saúde acerca do CCU nas subescalas obstáculos e benefícios face à citologia são preditores da adesão à vigilância de saúde sexual e reprodutiva;

No que diz respeito à última questão relacionada com o meu estilo de vida:

- Os grupos etários estão relacionados com a subescala atitude do meu estilo de vida;
- As habilitações literárias e a profissão estão relacionadas com as subescalas e escala global do meu estilo de vida;

Para estudarmos esta problemática, recorreu-se a uma amostra constituída por 522 mulheres que frequentaram as consultas de vigilância nos cuidados de saúde primário, que permitiu definir o perfil das mesmas da seguinte forma:

- Se quiséssemos traçar o perfil sociodemográfico e profissional médio das mulheres que aderem às consultas de vigilância e que têm bons conhecimentos acerca do CCU teríamos mulheres com idades entre os 31 e os 37 anos, casadas/união de facto, com nacionalidade portuguesa, têm como agregado familiar o companheiro e/ou filho, possuem o ensino secundário como habilitações literárias, estão incluídas na profissão que corresponde ao grupo dos agricultores e operários não qualificados, com uma situação profissional ativa, residem em zonas urbanas e têm dois filhos;
- As mulheres que mais realizam o autoexame da mama são as que têm idades acima dos 48 anos, casadas/união de facto, de nacionalidade portuguesa, residem com o companheiro e/ou filhos, tendo como habilitações o ensino secundário, como profissão pertencem ao grupo dos agricultores e operários não qualificados, têm uma situação profissional ativa, residem maioritariamente em zona urbana e têm pelo menos dois filhos;
- A maioria das mulheres (45,6%) da amostra possui bons conhecimentos acerca do CCU, enquanto que 37,9% e 16,5% possuem conhecimentos fracos e razoáveis, respectivamente;
- Em relação às crenças CM e AEM observamos que 45,6% da amostra foi classificada como tendo crenças muito adequadas, enquanto que 37,9% das mulheres tem crenças CM e AEM pouco adequadas e 16,5% razoáveis.
- Quanto às crenças CCU, 41,8% das inquiridas foi classificada como tendo crenças CCU muito adequadas, 29,7% das mulheres tem crenças CCU pouco adequadas e 28,5% razoáveis.
- As mulheres que apresentam crenças CM e AEM, crenças CCU mais adequadas e melhor estilo de vida têm idades entre os 31 e os 37 anos, casadas/união de facto, de nacionalidade portuguesa, residem com o companheiro e/ou filhos, tendo como habilitações o ensino superior, como profissão pertencem ao grupo dos quadros superiores técnicos e pessoal de serviços, têm uma situação profissional ativa, residem em zona urbana e têm pelo menos dois filhos.

Será de salientar que nas duas últimas décadas se adquiriu uma vasta gama de conhecimentos sobre promoção da saúde e estratégias preventivas que é importante que continuem a ser aprofundados (DiClemente, Hansen e Ponton, 1996). A implementação de programas de promoção da saúde tem de ser informada por dados resultantes de investigações atuais e sensíveis não só às variações nas práticas de saúde ao longo do ciclo vital, mas também a factores socioeconómicos, regionais, culturais e de contexto formativo (Matos *et al.*, 2000; McIntyre *et al.*, 1997; Ribeiro, 2005; Steptoe e Wardle, 2001; Sussman, Unger e Dent, 2004). Assim, no sentido de se poderem desenvolver esforços concertados e cientificamente validados de promoção de saúde, a investigação de factores relacionados com comportamentos de saúde e estilos de vida, efectuada em diversos países, torna-se essencial.

Esta estrutura multidimensional tem implicações várias exigindo dos profissionais de saúde uma abordagem formativa mais complexa. Contudo, particularmente no que diz respeito ao papel do enfermeiro há que realçar o trabalho dos mesmos, pois são excelentes educadores em saúde. Os enfermeiros, assim como outros profissionais de saúde devem, não só, defender as práticas de rastreio, como também, debater, junto das utentes, os riscos e os benefícios para que estas possam tomar decisões informadas e seguras para a sua saúde.

Ao concluirmos este trabalho, entendemos ser pertinente referir algumas sugestões que sentimos terem importância para a atuação na área preventiva de saúde. Dada a importância capital da recomendação médica na adesão ao autoexame da mama e à citologia, esta deve-se ter sempre com uma das prioridades nas consultas de planeamento familiar, tendo sempre bem presente as crenças de saúde que cada mulher tem. As decisões relacionadas com a adoção de comportamentos de saúde envolvem uma análise dos custos/benefícios e os elementos chave para o processo de tomada de decisão são os benefícios para a saúde resultantes de determinados comportamentos e custos (sociais, psicológicos e outros) inerentes à sua adopção. Daí que, quanto maior forem os benefícios percebidos pela mulher, maior será a probabilidade desta efetuar o AEM e citologias com regularidade.

Acreditamos que, a concepção do «enfermeiro de família», possa contribuir para uma maior efetividade nas suas intervenções. Cabe-nos a nós, profissionais de saúde na área dos cuidados primários de saúde, estarmos atentos a todos os factores (sociais, psicológicos, cognitivos, físicos, etc.), no sentido de sermos agentes de mudança de comportamentos relacionados com a saúde.

Recomendamos a realização de mais estudos sobre esta temática em Portugal.

Paralelamente com a necessidade de desenvolver programas comunitários que visem o esclarecimento da população acerca do cancro da mama e do cancro do colo do útero e da importância da vigilância da saúde sexual e reprodutiva, sendo a implicação e envolvimento das equipas de saúde e dos governantes fundamental, de forma a alterar atitudes e futuros comportamentos face à realização de exames de rastreio.

Como tal, torna-se urgente estabelecer medidas que promovam a realização de rastreios periódicos. Da mesma forma, também não podemos desprezar a monitorização desta atividade programática para avaliar se os indicadores contratualizados anualmente são atingidos com sucesso.

Parece poder concluir-se que embora reconhecendo algumas limitações, os objectivos do nosso estudo foram atingidos.

Em suma nenhuma investigação isolada pode ser perfeitamente válida.

## **BIBLIOGRAFIA**



## BIBLIOGRAFIA

- ✚ ACS. (2007). Detailed Guide: **Breast Cancer.Do We Know What Causes Breast Cancer?** Retrieved 20/7/08, 2008, from [http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI\\_2\\_4\\_2X\\_What\\_are\\_the\\_risk\\_factors\\_for\\_breast\\_cancer\\_5.asp?nav=cri](http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_4_2X_What_are_the_risk_factors_for_breast_cancer_5.asp?nav=cri).
- ✚ ALBUQUERQUE, K.M. et al; **Cobertura do teste de Papanicolau e factores associados à não-realização: um olhar sobre o programa de prevenção do câncer do colo do útero em Pernambuco, Brasil.** Cad. Saúde Pública. [em linha]. 25: sup.2 (2009), S301-S309. Disponível em [www:URL:http://www.scielo.br/pdf/csp/v25s2/12.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v25s2/12.pdf).
- ✚ ALFONSO, L.M, e ABALO, J.A. (2004); **la investigación de la adherencia terapêutica como um problema de la psicologia de la salud.** Psicologia y salud, 14 p.89-99.
- ✚ ALLEN, N. E., Beral, V., Casabonne, D., Kan, S. W., Reeves, G. K., Brown, A., & Green, J. (2009). **Moderate alcohol intake and cancer incidence in women.** *J Natl Cancer Inst*, 101(5), 296-305. doi: 10.1093/jnci/djn514
- ✚ ALM EL-DIN, M. A., HUGHES, K. S., FINKELSTEIN, D. M., Betts, K. A., Yock, T. I., Tarbell, N. J., Taghian, A. G. (2009). **Breast cancer after treatment of Hodgkin's lymphoma: risk factors that really matter.** *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 73(1), 69-74. doi: 10.1016/j.ijrobp.2008.03.066
- ✚ ANTILLA, A. et al; **Cancero f the cérvix screning programes and policies in 18 european countries.** Br J cancer. 91, p.935-941, (2004).
- ✚ ANTUNES, M., OLIVEIRA, C. e PAULO, J. (1999), **educação de adultos e intervenção comunitária.** Braga: universidade do Minho.
- ✚ 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.
- ✚ ARS, d. C. (2006). **Plano de Ação 2006-2008;** Retrieved 09/03/08, 2008, from <http://www.arsc.online.pt/>.
- ✚ BENNET, J. C.; **Tratado de medicina interna.** Vol.2, rio de janeiro: guanabara koogan, 1997.

- # BASTANI, R. et al; **Screening mammography rates and barriers to use: a los Angeles county survey**. Preventive medicine, 20, pag. 350-363, 1991.
- # BENNET, P.; **Introdução clínica a psicologia da saúde**. Lisboa: Climepsi, 2002.
- # BENNET, P., MURPHY, S.; **Psicologia e promoção da saúde**. Lisboa: Climepsi, 1999.
- # BENTHAM, G. et al; **Factors affecting non-response to cervical citology screening in Norfolk, England**. Social science medicine, 40, pag. 131-135, 1995.
- # BERAL, V., REEVES, G., BULL, D., & GREEN, J. (2011). **Breast cancer risk in relation to the interval between menopause and starting hormone therapy**. *J Natl Cancer Inst*, 103(4), 296-305. doi: 10.1093/jnci/djq527
- # BILRO, Marie Ercilia; **medidas preventivas em oncologia**. In enfermagem oncológica. Coimbra, 2004. ISBN 972-8485-41-7, p.41-48.
- # BISHOP, G. (1994); **Human behavior and health**. In bishop, Health psychology: interacting mind and body, p.69-91.
- # BISHOP, G. (1994), **Interacting with the health care system**. In bishop, health psychology: integrating mind and body, p.220-227.
- # BOURDIEU, P., (1994), **raisons pratiques: sur la theorie de l'action**. Paris.
- # BOYD, N. F., STONE, J., Vogt, K. N., Connelly, B. S., Martin, L. J., & Minkin, S. (2003). **Dietary fat and breast cancer risk revisited: a meta-analysis of the published literature**. *Br J Cancer*, 89(9), 1672-1685. doi: 10.1038/sj.bjc.6601314
- # BOYLE, P. e LEVIN B. eds. **World Cancer Report 2008**. Lyon France: World Health Organization, International Agency for Research on Cancer; 2008.
- # BOER, C., CONSOLARO, M. SUSUKI, . e WOLSCHICK, N. (2007). **Câncer do colo do útero: tecnologias emergentes no diagnóstico, tratamento e prevenção da doença**, revista brasileira de análises clínicas, volume39 (2), 23 de Fevereiro, p.123-129.
- # BOWLING, A (1997). **Measuring Health. A review of quality of life measurement scales**. Buckingham: Open University Press.
- # BRANCO, M.J., NUNES, B., CONTREIRAS, T.; **um estudo sobre a prática de cuidados preventivos nos cancros da mama e do colo do útero, em Portugal continental**. Lisboa: observatório nacional de saúde (2005).
- # BRANNON, L. FREIST, J.; **Adhering to medical advice**. Health psychology. Pacific grove: brooks cole publishing company, pag.255-374, (1992).
- # BRAWLEY, L. R., & CULOS-REED, S. N. (2000). **Studying adherence to therapeutic regimens: overview, theories, recommendations**. *Control Clin Trials*, 21(5 Suppl), 156S-163S.

- ✚ BRUHN, J. G. (1988), **life –style and health behavior**. In. D.S. Gochman ed. , Health behavior: emerging research perspectives, p.71-86. New-yorck.
- ✚ CANTARA, S.; **O cancro da mama**. Janeiro de 2002. Parlamento Europeu. Nota informativa Nº STOA 515 EN. PE nº 311.198. (Consultado em 30 de Dezembro de 2004). Disponível em: <http://europarl.eu.int/stoa /publi/pdf/ briefings/515.pt.pdf>.
- ✚ CAMERON, L.; Screening câncer: **illness perceptions and illness worry**. In petrir, K. & Weinman, J. ed.; perceptions of health and illness: current research applications. Harwood academic publishers, pag. 291-322, 1997.
- ✚ CAMPOS, L. SATURNO, P. e CARNEIRO, A.V. (2010). **Plano nacional de saúde 2011-2016: a qualidade dos cuidados e dos serviços**: centro de estudos baseados na evidência.
- ✚ CASSARD, S. et al; **o sexo do médicos e os serviços preventivos femininos**. Revista de obstetrícia e ginecologia, 21 p.125-126, 1998.
- ✚ CASTELLSAGUE, X.D. et al.; **Worldwide human papilloma virus etiology of cervical adenocarcinoma and its co-factors: implications for screening and prevention**. J Nalt cancer inst. Vol. 98, p.303-315, (2006)
- ✚ CERNADAS, B. et al - «**A investigação em educação: modelos sócio-epistemológicos e inserção institucional**». *Revista de Psicologia e de Ciências da Educação*, s/l.: s/e.; 3/4, p. 23-36, 2003.
- ✚ CHAMPION, V. (1993); **Instrument refinement for breast câncer screening behaviors**. Nursing research, 42 (3), p.139-143.
- ✚ CHAMPION, Victorial L.; SCOTT, Catherine R. – **Reliability and validity of breast cancer screening belief scales in African American women**. Nursing research, vol.46, nº6 (nov/dec 1997)
- ✚ CONNER, M. e NORMAN, P. (1996), **Predicting health behavior**. Open university press.
- ✚ DICLEMENTE, R., HANSEN, W. e PONTON, L. **Adolescents at risk: A generation in jeopardy**. En R. DiClemente, W. Hansen e L. Ponton (Eds.), *Handbook of adolescent health risk behaviour* (pp. 1-5). Nova York: Plenum Press, (1996).
- ✚ DIMATTEO, M. R., e DINOCOLA, D:D: (1982). **Achieving patient compliance: the psychology of the medical practitioners role**. New York. Pergamon Press.
- ✚ D’HAINAUT, L. – **Conceitos e métodos de estatística – uma variável a uma dimensão** – vol. 1, Lisboa, Fundação Caloust Gulbenkian, 1990.
- ✚ DUARTE, João Carvalho – **Privação do sono, rendimento escolar e equilíbrio psico-afectivo na adolescência**. Porto: Universidade do Porto, 2008. 462 p.

- Dissertação de Doutoramento em Saúde Mental, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar do Porto.
- # DURKHEIM, E. (1963), *L'éducation morale*. Paris.
  - # EARDLEY, A. et al; **Attendance for cervical screening – whose problem?** *Social science medicine*, 20, pag. 955-962, 1985.
  - # EAGLY, A. e CHAIKEN, S. – **Psychology of Attitudes**. Forth Worth: Harcourt Brace Javanovich, 2002.
  - # EUHUS, D. M., LEITCH, A. M., HUTH, J. F., & PETERS, G. N. (2002). **Limitations of the Gail model in the specialized breast cancer risk assessment clinic**. *Breast J*, 8(1), 23-27.
  - # FAJARDO, L. et al.; **Factors influencing women to undergo screening mammography**. *Radiology*, 184, pag. 59-63, (1992)
  - # FASS, L. **Imaging and cancer: a review**. *Mol. Oncol.* 2008 Aug; 2 (2): p.115-52.
  - # FERLAY, J.; SHIN, HR.; BRAY, F.; FORMAN, D. Mathers C and Parkin DM. **GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer base No.10**. Lyon, France: international Agency for research on cancer; 2010. Available from:<http://globocan.iarc.fr>.
  - # FORTIN, Marie-Fabienne – **O processo de investigação – da concepção a realização** – Loures; Lusociência, 1996. p. 202-249.
  - # FRANCO, E.; ROHAN, T. **Cancer precursors: Epidemiology, Detection, and prevention**. Springer Verlag New York, 2002
  - # FURER, J.P., KONIG-ZAHN, C. e TAX, B. (2001). **Health status measurement**. En A. Vingerhoets (Ed.), *Assessment in behavioral medicine* (pp. 329-352). Nova York: Brunner-Routledge.
  - # GONÇALVES, A., e CARVALHO, G:S. (2005), **os tempos livres e os quotidianos na definição de estilos de vida de jovens rurais e urbanos: influência da escolarização e dos recursos comunitários**. Braga: universidade do Minho.
  - # GOMES, V.; **Bem estar psicológico da mulher com cancro da mama**, ESSV, Viseu (2007)
  - # GRAHAM, M. E.; LIGGONS, Y.; Health beliefs and breast self-examination in black women [em linha]. *Journal of cultural diversity*, vol.9, nº2.2002. Disponível em: <http://www.findarticles.com/p/articles/mi-momju/is-2-9/ai-93610993>.
  - # GRECA, A. e SCHUMAN, W. (1995); **adherence to prescribed medical regimens**. In roberts, M. (ed.), *Handbook of Pediatric Psychology*, p.55-70.
  - # HARRISON, et al; **Medicine interna**. 12ª ed. Vol.2. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

- ✚ HAUSEN, H. **Papillomaviruses and câncer: from Basic studies to clinical applicaton.** Nat. Rev. Cancer 2002; 2 (5), p.342-350.
- ✚ HENNIG, P., KNOWLES, A.; **Factors influencing women over 40 years to take precautions against cervical câncer.** Journal of applied social psychology, 20, 1612-1621, 1990.
- ✚ HOPKINS TG, WOOD NJ, WEST RM, DARLING JC. **UK health professionals' attitudes and knowledge regarding Human Papillomavirus (HPV) vaccination: a West Yorkshire Study.** J Pediatric Child Health. 2009 Nov;45(11):652-5.
- ✚ INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, (2009); **estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias e promover a adesão ao tratamento – catálogo da classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE).** In O.D. enfermeiros (ed.): ordem dos enfermeiros.
- ✚ IPATIMUP. (2007 (no artigo s/data)). **Cancro da Mama: Agregação Familiar e Cancro da Mama Hereditário,** Retrieved 2/9/07, 2007, from <http://www.ipatimup.pt/medprev/Mama2.pdf>
- ✚ IPATIMUP. (s/data). **Cancro da Mama: Agregação Familiar e Cancro da Mama Hereditário** Retrieved 02/09/07, 2007, from <http://www.ipatimup.pt/medprev/Mama2.pdf>
- ✚ 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** (3<sup>a</sup> ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- ✚ JOHN, E. M., PHIPPS, A. I., KNIGHT, J. A., MILNE, R. L., DITE, G. S., HOPPER, J. L. WHITTEMORE, A. S. (2007). **Medical radiation exposure and breast cancer risk: findings from the Breast Cancer Family Registry.** *Int J Cancer*, 121(2), 386-394. doi: 10.1002/ijc.22668
- ✚ KAKIZAKI, M., KURIYAMA, S., SONE, T., OHMORI-MATSUDA, K., HOZAWA, A., NAKAYA, N., TSUJI, I. (2008). **Sleep duration and the risk of breast cancer: the Ohsaki Cohort Study.** *Br J Cancer*, 99(9), 1502-1505. doi: 10.1038/sj.bjc.6604684
- ✚ KIESS, H.; BLOOMQUIST, D. – **Psychological Research Methods. A conceptual approach** – Boston, Allyn and Bacon, 1985.
- ✚ KNEECE, J.; **Your breast cancer treatment handbook: your guide to understanding the disease, treatments, emotions and recovery from breast cancer.** 6<sup>th</sup> edition. Charleston: educare.
- ✚ KOBASA, S.C., MADDI, S:R: e KAHN, S. (1982), **Hardiness and health: A prospective study.** Journal of personality and social psychology, 42, p.168-177.

- # LAGERLUND, M., SPAREN, P., THURFJELL, E., EKBOM, A., & LAMBE, M. (2000). **Predictors of non- attendance in a population-based mammography screening programme; socio- demographic factors and aspects of health behaviour.** *Eur J Cancer Prev*, 9(1), 25-33.
- # LERMAN, C., et al.; **Factors associated with repeat adherence to breast cancer screening.** *Preventive medicine*, 19, pag. 279-290, (1990).
- # LIGA PORTUGUESA CONTRA O CANCRO (2009). Disponível em <http://www.ligacontracancro.pt/contents.aspx?sid=f64f98e9-8clf-4068-aa0a>.
- # LOSTAO, L., JOINER, T. E., PETTIT, J. W., CHOROT, P., & SANDIN, B. (2001). **Health beliefs and illness attitudes as predictors of breast cancer screening attendance.** *Eur J Public Health*, 11(3), 274-279.
- # LUO, J., MARGOLIS, K. L., WACTAWSKI-WENDE, J., Horn, K., Messina, C., Stefanick, M. L., Rohan, T. E. (2011). Association of active and passive smoking with risk of breast cancer among postmenopausal women: a prospective cohort study. *BMJ*, 342, d1016.
- # LPCC (s/data). Programa nacional de rastreio do cancro da mama; resenha histórica e metodológica (p.1-6):LPCC.
- # MALHEIRO, S.M.A.M.G; **Cancro do colo do útero: conhecimentos e comportamentos.** Ponte de Lima: Universidade Fernando Pessoa, unidade de ponte de lima, 2009 p.83
- # MAROCO, J. - **Análise Estatística: com utilização do SPSS.** Lisboa: Edição Silab; 2007.
- # MARQUES, F.; **Rastreios dos cancros da mama e do colo do útero – opinião e prática de médicos de clinica geral.** *Revista portuguesa de saúde publica*, 11, pag. 5-14, 1993.
- # MATARAZZO, J.D., 1982, **Behavioral health’s challenge to academic scientific and Professional psychology.** *American psychologist*, 37 (1), p.1-14.
- # MATOS, G., SIMOES, C., CARVALHOSA, S. e CUNHA, L. (1998). **A saúde dos adolescentes de Lisboa.** Lisboa: Relatório Regional da Rede Europeia HBSC/OMS.
- # McINTYRE, T.M., SOARES, V. e SILVA, S. (1997). **Hábitos de saúde e comportamentos de risco na adolescência: Implicações para a prevenção.** *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 219-232.
- # MEDEIROS, R. **Novas vacinas contra o cancro: o vírus HPV e a vacina contra o cancro do colo do útero.** *Mundus* 2005; 2: p.24-25.
- # MEGDAL, S. P., Kroenke, C. H., Laden, F., Pukkala, E., & Schernhammer, E. S. (2005). **Night work and breast cancer risk: a systematic review and meta-analysis.** *Eur J Cancer*, 41(13), 2023-2032. doi: 10.1016/j.ejca.2005.05.010

- ✚ MENKE, C.H. et al, Rotinas em Mastologia. Porto Alegre: arte médica, 2000.
- ✚ MINISTÉRIO DA SAÚDE/ Alto comissariado da saúde. (2007); Plano nacional de prevenção e controlo de doenças oncológicas 2007/2010 (PNPCDO: orientações programáticas. Coordenação Nacional para as doenças oncológicas retrieved 1/07/08, 2008 from [http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/F1EE7092-2F30-4987-9A46-D7F105854521/0/PNPCDO\\_2007.pdf](http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/F1EE7092-2F30-4987-9A46-D7F105854521/0/PNPCDO_2007.pdf).
- ✚ MOSCICKI, A. E WIDDICE, L. (2008), **Updated Guidelins for papanicolaou tests, colposcopy, and human papillomavirus testing in adolescents**, journal of adolescent health, nº 43 S41-S51 Abril, p.41-51.
- ✚ MURRIA, P., ROSENTHAL, K., PFALLER M. (2006), **Microbiologia médica**. Tradução da 5ª edição. Rio de Janeiro. Mosby ed.
- ✚ NEALE, J.; LIBERT, R. – **Science anda Behavior; en introduction to methods of research** – 3ª ed., Prentice-Hal international, New Jersey, 1986.
- ✚ O'ANDERSON, B. (2006). **Breast Healthcare and Cancer Control in Limited-resource Countries: a framework for change Retrieved** 4 de Abril, 2008, from [www.nature.com/clinicalpractice/onc](http://www.nature.com/clinicalpractice/onc).
- ✚ O'ANDERSON, B., Shyyan, R., Eniu, A. E., Smith, R. A., Yip, C.-H., Bese, N. S., Carlson, R. W. (2007). **El Cancer de mama en los países con recursos limitados: Sinopsis de las Normativas del 2005 de la Iniciativa Mundial de Salud de Mama**. *The Breast Journal*, 13(1), S1 - S15.
- ✚ OGDEN, J. (1996). **Health psychology: a textbook**. Buckingham: open university press.
- ✚ OGDEN, J.; **Psicologia da saúde**. Lisboa: Climepsi editores, (1999).
- ✚ OGDEN, J. (2003). **Some problems with social cognition models: a pragmatic and conceptual analysis**. *Health Psychol*, 22(4), 424-428.
- ✚ OGDEN, J.; **Compreender o cancro da mama**. 1ªed. Lisboa: Climepsi, 2004(b).
- ✚ OGDEN, J.; **Psicologia da saúde**. 2ªed. Lisboa. Climepsi, 2004ª.
- ✚ OLIVEIRA, Carlos Frei; SILVA, Daniel Pereira; Villa, Luisa Lima – infecção por HPV [em linha] (2010). [consult. Em 12/07/2010]. Disponível em [www: URL. http://saude.sapo.pt/saude-medicina/saude-no-feminino/artigos-gerais/infeccao\\_por\\_tpv.html](http://saude.sapo.pt/saude-medicina/saude-no-feminino/artigos-gerais/infeccao_por_tpv.html).
- ✚ OMS, (2004a); **Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción** retrieved from <http://www.paho.org/spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.pdf>.
- ✚ OMS (2004b); **Programas nacionales de control del câncer: politicas y pautas para la gestión**. Ginebra: Washington D.C: organización Panamericana de la salud.
- ✚ OTTO, SE. **Enfermagem em oncologia**. Loures: Lusociencia, 2000; 3: p 47-50.
- ✚ PAIS, M. e CABRAL, V. **Estudo sobre comportamentos de risco**. Lisboa:

- Instituto Português da Juventude, (2003).
- ✚ PASICK, R. J., & BURKE, N. J. (2008). **A critical review of theory in breast cancer screening promotion across cultures.** *AnnuRevPublicHealth*,29,351368.doi:10.1146/annurev. Pubhealth .29.020907.143420.
  - ✚ PASKETT, E. MICHIELUTTE, R.; **Psychological factors associated with gynecological cancers.** In gallant, S., Keita, G. & Royak-schaller, R., Health care for women- psychological, social and behavior influences, p.315-331, (1997).
  - ✚ PASSOS COELHO, J.L.; **Carcinoma da mama.** In Ponce P. coord., manual de terapêutica médica, Lisboa: lidel, edições técnicas, pag. 24-38, (2006)
  - ✚ PATRÃO, I., **O ciclo psico-oncológico no cancro da mama: estudo do impacto psicossocial do diagnóstico e dos tratamentos.** Dissertação de doutoramento, Lisboa, 2007.
  - ✚ 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.** Disponível em: <http://www.sp-ps.com>, p.105.
  - ✚ PATRÃO, I., LEAL, I. (2004). **Abordagem do impacto psicossocial no adoecer da mama.** *Psicologia, Saúde e Doenças*, vol. 5(1), 53-73.
  - ✚ PITTS, M.; Cancer. The psychology of health. In marian pitts e Keith phillips, London and New York: Routledge, p.263-286, (1998)
  - ✚ PEREIRA, A. C. (2008). **Promoção de comportamentos de saúde: Intervenção diagnóstica no cancro da mama.** Mestre, Universidade de Aveiro, Aveiro.
  - ✚ 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, SA.
  - ✚ PEREIRA, J. (2002). **Prestação de cuidados de acordo com as necessidades? Um estudo empírico aplicado ao sistema português.** In S. F. Piola & S. M. Vianna (Eds.), *Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde.* (3ª ed., pp. 141-166.). Brasília: IPEA.
  - ✚ PEREIRA, J., & Lopes, S. (2006). **Income-related inequality in health care in relation to inequalities in need.** *European Journal of Health Economics*, 7((Suppl. 1)), S77.
  - ✚ PERREIRA, Andreia; ROCHA, Ana Maria A.C; TAVARES, Fernando – **Cancro do colo do útero: que rastreio?** In actas XVI Congresso anual da SPE (2008). Disponível em [www:URL: http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9687/1/AMR - SPE - 2009.pdf](http://www.URL: http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9687/1/AMR - SPE - 2009.pdf)

- ✚ PERREIRA, V., MESTRE, L.; **Senologia prática**. Lisboa: Glaxowellcomem, (1997).
- ✚ PEARSONS, T. e Shils, E. (1995), **Toward a general theorie of action**. Cambridge: Harvard.
- ✚ PESTANA, Maria H.; GAGEIRO, João N. (2005) – **Análise de dados para ciências sociais**. 4ª edição. Lisboa: Edições Sílabo.
- ✚ PHILLIPS, K. et al; **Factors associated with women´s adherence to mammography screening guidelines**. Health service research, 33, pag. 29-53, 1998.
- ✚ PHIPPS, Wilma, J.; SANDS, J.K.; MAREK, J.F.; **Enfermagem médico–cirúrgica**; 2ªed. Porto Lusociência, 1995.
- ✚ PHIPPS, Wilma, J.; SANDS, J.K.; MAREK, J.F.; **Enfermagem médico–cirurgica: conceitos e prática clínica: guia de estudo**. 6ª ed. Loures: Lusociencia, cop.2003.
- ✚ PIRIE, K., BERAL, V., PETO, R., RODDAM, A., REEVES, G., & GREEN, J. (2008). **Passive smoking and breast cancer in never smokers: prospective study and meta-analysis**. Int J Epidemiol, 37(5), 1069-1079.
- ✚ PITTS M, CLARKE T. **Human papilomavirus infections and risks of cervical cancer: What do Women Know?** Health education Research, Theory & Practice: Oxford University Press 2002; 17(6):706-714.
- ✚ PITTS M, SMITH A, CROY S, LYONS A, RYALL R, GARLAND S, WONG ML, HSEON TE. **Singaporean men's knowledge of cervical cancer and human papillomavirus (HPV) and their attitudes towards HPV vaccination**. Vaccine, 2009 May 14; 27(22):2989-93.
- ✚ POLIT, Denise F; HUNGLER, Bernadette P. – **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**. 3ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. ISBN 85-7307- 101- X.
- ✚ POLLOCK, R. (2006). **Manual de Oncologia Clínica da UICC (8ª Edição ed.)**. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo.
- ✚ PORTUGAL, Ministério da Saúde. Alto-comissariado da saúde. Coordenação nacional para as doenças oncológicas – **plano nacional de prevenção e controlo de doenças oncológicas 2007/2010**. Lisboa: Alto-comissariado da saúde, julho de 2009.
- ✚ PORTUGAL, Ministério da Saúde. Comissão técnica de vacinação – **Programa nacional de vacinação (HPV): introdução de vacina contra infeções por vírus do papiloma humano**. Texto de apoio á circular Normativa nº22/DSCS/DPCD de 17 de outubro de 2008. Lisboa: DGS, Outubro de 2008.
- ✚ PORTUGAL, Ministério da Saúde. **Comissão técnica de vacinação – vacinação contra infeções por vírus do papiloma humano (HPV)**. Lisboa: DGS, Maio 2008.

- ✚ PORTUGAL.DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE. **Direção de Serviços de Planeamento**. (2002). Rede de Referenciação Hospitalar de Oncologia. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- ✚ RAPLEY, M., (2003), **Quality of life research: a critical introduction**. London: sage.
- ✚ REIS, E., MOREIRA, R. – **Pesquisa de mercado**. Edições Silabo, Lisboa,1993.
- ✚ REIS, M<sup>a</sup> Antonieta; TEIXEIRA, José A.C.; **rastreio oncológico: adesão das mulheres ao autoexame da mama**. In RIBEIRO, J. ; LEAL, I.; DIAS, M. Actas do 3<sup>o</sup> Congresso Nacional de Psicologia da saúde. Lisboa: ISPA, 2000, pag. 505-519.
- ✚ RIBEIRO, J.L.; **Introdução à psicologia da saúde**. Coimbra: Quarteto Editora, (2005).
- ✚ RIMER, B. et al.; **Why women resist screening mamography: patient-related barriers**. Radiology, 172, pag. 243-246, (1989).
- ✚ RINALDI, S., PEETERS, P. H., BEZEMER, I. D., DOSSUS, L., BIESSY, C., SACERDOTE, C., KAAKS, R. (2006). **Relationship of alcohol intake and sex steroid concentrations in blood in pre- and post-menopausal women: the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition**. Cancer Causes Control, 17(8), 1033-1043. doi: 10.1007/s10552-006-0041-7.
- ✚ ROBINSON, D., HOLMBERG, L., & MOLLER, H. (2008). **The occurrence of invasive cancers following a diagnosis of breast carcinoma in situ**. *Br J Cancer*, 99(4), 611-615. doi: 10.1038/sj.bjc.6604524.
- ✚ ROBINSON, M., & GILMARTIN, J. (2002). **Barriers to communication between health practitioners and service users who are not fluent in English**. *Nurse Educ Today*, 22(6), 457-465.
- ✚ ROLDÃO, M. (2007), **Cancro do colo do útero – radioterapia externa e braquiterapia**. Lousã, Monitor – Projectos e edições Lda.
- ✚ SAMPIERI, R. H.; Collado, C.F.; Lucio, P.B. – 2003, **Metodologia dela investigacion 3<sup>a</sup> diction**, Mc. Graw- Hill , Interamericana, México.
- ✚ SANFILIPPO, J. e SMITH, R. (1998). **Primary Care in Obstetrics e gynecology**, Nova Yorque, Springer editions.
- ✚ SARAFINO, E.; Using Health Services. In Health Services. **In Health Psychology: Biopsychosocial interactions**. Eds, John Wiley e sons, inc. Canada, p-308-318, (1990).
- ✚ SAUVAGEAU C, DUVAL B, GILCA V, LAVOIE F, OUAKKI M. **Human papilloma virus vaccine and cervical cancer screening acceptability among adults in Quebec**, Canada. BMC Public Health. 2007; pag. 7:304.
- ✚ SCHERNHAMMER, E. S., & Hankinson, S. E. (2009). **Urinary melatonin levels**

- and postmenopausal breast cancer risk in the Nurses' Health Study cohort. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 18(1), 74-79. doi: 10.1158/1055-9965.epi-08-0637
- ✚ SCHIFFMAN Mark; CASTLE PHILIP E. **The Promise of Global Cervical-Cancer Prevention.** ENGL. MED; 353(20): pag. 2101-2104, 2005.
- ✚ SECGINLI, S., & NAHCIVAN, N. O. (2006a). **Breast Self Examination remains an important component of breast health: A response to Tarrant (2006).** *International Journal of Nursing Studies*, 43(4), 521-523. doi: DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2006.02.002.
- ✚ SECGINLI, S., & NAHCIVAN, N. O. (2006b). **Factors associated with breast cancer screening behaviours in a sample of Turkish women: A questionnaire survey.** *International Journal of Nursing Studies*, 43(2), 161-171. doi: DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2005.02.004
- ✚ SECGINLI, S., & NAHCIVAN, N. O. (2011). **The effectiveness of a nurse-delivered breast health promotion program on breast cancer screening behaviours in non-adherent Turkish women: A randomized controlled trial.** *International Journal of Nursing Studies*, 48(1), 24-36. doi: DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2010.05.016
- ✚ SEELEY, RR, Stephens TD, Tate P. **Anatomia & Fisiologia.** 6ª ed. Lisboa: Lusociência, 2005.
- ✚ SERRANO, C.M.P.; PIRES, P.M.D.F. – **O enfermeiro e a doente submetida a cirurgia da mama.** *Nursing*, 189 (2004), p.33-37.
- ✚ SILVA, Daniel Pereira – **o cancro do colo do útero não escolhe ideias: a prevenção também não.** In Passapalavra [em linha]. 2010. [consultado em 12/11/2010]. Disponível em WWW:URL:<http://www.passapalavra.com/>>.
- ✚ SILVA, L. F. (1999). Saúde das **Mulheres. O Género, Determinante Cultural de Saúde.** *Revista de Epidemiologia. Arquivos de Medicina*, 13, p. 33.
- ✚ SILVA, C., PAIVA, H. e VASCONCELOS, R.; **adesão das mulheres ao auto-exame da mama;** ESSV, Viseu, 2005.
- ✚ SMELTZER, S.C.; BARE, B:G – Brunner & Suddarth, **Tratado de enfermagem Médico-cirúrgica.** 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, p.1528-1571. Vol.2.
- ✚ SNEL, J. e TWISK, J. **Assessment of life style.** En Vingerhoets (Ed.), *Assessment in Behavioral Medicine* (pp. 245-275). Nova York: Brunner-Routledge, (2001).
- ✚ SOMER, E.; **Cancer and nutrition by health media of america,** inc. Tradução Carla Geada. Lisboa: Marujo Editora, (1989).
- ✚ SOUSA, M.R., PEIXOTO, M.J., e MARTINS, T. (2008). **Satisfação do doente**

- diabético com os cuidados de enfermagem: influencia na adesão ao regime terapêutico.** Revista referencia 8, p.59-67.
- ✚ STEPTOE, A. E WARDLE, J. (1996), **the European health and behavior survey: the development of an international study in health psychology.** Psychology of health, 11, p.49-73.
  - ✚ STEPTOE, A. e WARDLE, J. (2001). **Locus of control and health behaviour revisited: A multivariate analysis of young adults from 18 countries.** British Journal of Psychology, 92, 659-672.
  - ✚ SUSSMAN, S., UNGER, J.B. e DENT, C.W. **Peer group self-identification among alternative high school youth: A predictor of their psychosocial functioning five years later.** International Journal of Clinical and Health Psychology, 4, pag. 9-25, 2004.
  - ✚ TAVARES, F. et al; **Programa de rastreio do cancro do colo do útero na região norte** [em linha]. Porto: administração regional de saúde do norte, IP, Março, 2009.
  - ✚ TEIXEIRA J.A.C., TRINDADE, I.: **Abordagem psicológica do cancro nos cuidados de saúde primários**”. In Durá Estrela, Dias M. do rosário (coord.), Territórios de psicologia oncológica, Climepsi editores, p.36 (2002).
  - ✚ TEIXEIRA, J.C.: **Comunicação em saúde: relação técnicos de saúde – utentes.** Aná Psicológica, vol. 22 nº3, p.615-620, (2004).
  - ✚ THIEBAUT, A. C., Kipnis, V., Chang, S. C., Subar, A. F., Thompson, F. E., Rosenberg, P. S., Schatzkin, A. (2007). **Dietary fat and postmenopausal invasive breast cancer in the National Institutes of Health-AARP Diet and Health Study cohort.** *J Natl Cancer Inst*, 99(6), 451-462. doi: 10.1093/jnci/djk094.
  - ✚ TOMAS, A. **Uma em cada dez mulheres vai desenvolver cancro da mama.** Medicina & Saúde (2006), consultado em 14 de Dezembro de 2006.
  - ✚ TUCKMAN, B. W. (2000) – **Manual de investigação em educação: como conceber e realizar o processo de investigação em educação.** Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, p.95.
  - ✚ TURK, D. e MEICHENBAUM, D. (1991); **Adherence to self – care regimens: the patient’s perspective.** In Sweet, J. e al, Handbook of clinical psychology in medical settings. New York press, p.249-267.
  - ✚ VITOLINS, M.Z., PAND, C.S., RAPP, S.R., RIBISL, P.M., e SEVICK, M:A: (2000). **Measuring adherence to behavioral and medical interventions.** Controlled clinical trials, 21 (5, supplement 1), S188-S194. Doi:10.1016/s0197-2456(00)00077-5.
  - ✚ WALLER J, MCCAFFERY K, WARDLE J: **Beliefs about the risk factors for cervical cancer in a British population sample:** The Institute for Cancer Prevention and Elsevier Inc.; 38:745-753, 2004.

- ✚ WIDDICE, LE.; BRELAND, DJ.; JONTE, J.; FARHAT, S.; MA Y,.; LEONARD, AC.; MOSCICKI **Human papillomavirus concordance in heterosexual couples**. *ABJ Adolesc Health*. 2010, Aug; 47 (2), p.151-9.
- ✚ WHO. (2003a). **Adherence to long-term therapies: Evidence for action E. Sabate**(Ed.)Retrievedfrom[http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf).
- ✚ WHO. (2003b). **World Cancer Report**. In B. W. Stewart & P. Kleihues (Eds.). Lyon: International Agency for Research on Cancer (IARC).
- ✚ WHO. (2007a). **Cancer Control: Knowledge into Action**. Who guide for effective programmes. Prevention Retrieved 3/01/08, 2008, from <http://www.who.int/cancer/modules/Prevention%20Module.pdf>
- ✚ WHO. (2007b). **Cancer Control: Knowledge into Action**. Who guide for effective Programmes. Early Detection Retrieved 14/7/08, 2008, from <http://www.who.int/cancer/modules/Prevention%20Module.pdf>.
- ✚ WHO Europe. (2003). **EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys** Vol. 57. A. Nosikov & C. Gudex (Eds.), Retrieved from <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/eurohis-developing-common-instruments-for-health-surveys>.
- ✚ WHO/European Observatory on Health Systems and Policies. (2010). **Implementing health financing reform: Lessons from countries in transition**Retrieved24/06/2011,from[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0014/120164/E94240.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/120164/E94240.pdf).
- ✚ WHOLD, B., (1993). **Health behavior in school-aged children**. Cross-national survey. California: WHO.
- ✚ WORLD HEALTH REPORT (2002). **Reducing risks, promoting healthy life**.
- ✚ XUE, F., Willett, W. C., Rosner, B. A., Hankinson, S. E., & Michels, K. B. (2011). **Cigarette smoking and the incidence of breast cancer**. *Arch Intern Med*, 171(2), 125-133. doi: 10.1001/archinternmed.2010.503.



## **ANEXO I**

(Autorização dos diferentes ACES)

## **ANEXO II**

(Questionário)