



**Alexandra Cristina
Martins Pereira**

**Promoção e Comportamentos de Saúde:
Intervenção diagnóstica no cancro da mama**



**Alexandra Cristina
Martins Pereira**

**Promoção e Comportamentos de Saúde: -
Intervenção diagnóstica no cancro da mama**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Activação do Desenvolvimento Psicológico, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Anabela Pereira, Professor Auxiliar com Agregação da Universidade de Aveiro do Departamento de Ciências de Educação da Universidade de Aveiro e do Professor Doutor Vítor Rodrigues Professor Associado da Faculdade de Medicina de Coimbra.

dedicatória

Às MULHERES...

o júri

presidente

Prof. Doutor Carlos Fernandes da Silva
Professor Catedrático da Universidade de Aveiro

Prof. Dr.^a Anabela Maria de Sousa Pereira
Professor Auxiliar com Agregação da Universidade de Aveiro

Prof. Dr. Vítor Rodrigues
Professor Associado da Faculdade de Medicina de Coimbra

Prof. Dr.^a Maria Cristina Canavarro
Professor Associado da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

agradecimentos

À Professora Doutora Anabela Pereira, orientadora desta investigação, pelo desafio lançado, que culminou no tema tratado nesta dissertação. Pela disponibilidade revelada, e pelas críticas e sugestões relevantes feitas durante a orientação da dissertação.

Ao Professor Doutor Vítor Rodrigues, pela sua generosidade, desde o primeiro contacto em Coimbra, pela orientação dada, bem como a disponibilidade demonstrada.

À Professora Doutora Sara Monteiro pela autorização concedida quanto à utilização de instrumentos de avaliação.

Ao Professor Doutor Carlos Fernandes que me ajudou num momento mais difícil desta etapa.

Ao Presidente do Conselho Executivo, o Professor Doutor Jorge Adelino Costa, pelos momentos de preocupação e encorajamento.

À Doutora Caryn Lerman, e à Doutora Victoria Champion que desde o primeiro contacto demonstraram interesse e uma autorização para a utilização dos instrumentos de avaliação em contexto português.

À Nancy e à Joana da Liga Portuguesa Contra o Cancro (Núcleo de Coimbra) que muito me apoiaram e ajudaram na recolha dos dados.

À Vera pela disponibilidade imediata nas questões relacionadas com os arranjos, formatações da tese e opiniões sempre muito pertinentes.

Aos meus amigos de longo data, sem nenhuma ordem em particular, que me foram perguntando pelo trabalho e suportaram as minhas ausências, bem como as minhas presenças (!).

Ao meu marido, Litó, pelas inúmeras trocas de impressão e comentários ao trabalho. Acima de tudo, pelo inestimável apoio familiar que preencheu diversas falhas que fui tendo, e pela paciência e compreensão reveladas ao longo destes meses.

Finalmente ao meu filho, Nuno, pelo tempo em que não podemos brincar tanto, nem trocar tantos mimosinhos

palavras-chave

Promoção, comportamentos de saúde; rastreio, cancro da mama, auto-exame da mama

resumo

O presente trabalho pretende caracterizar comportamentos de saúde e analisar emoções e sentimentos de dois grupos de mulheres, tendo sido efectuados dois estudos.

O primeiro estudo foi realizado com uma amostra de 350 mulheres que realizaram o rastreio do cancro da mama numa unidade móvel da Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC), no qual procuramos caracterizar os comportamentos de saúde das mesmas tendo em consideração as crenças de saúde, os níveis de optimismo disposicional, e a preocupação em ter cancro da mama.

As crenças de saúde foram avaliadas através Susceptibility, bebefits and barriers scale of mamogram (Champion, 1994), o optimismo disposicional foi avaliado através Teste de orientação para a vida, Monteiro, Pereira & Tavares, 2006) e a preocupação em ter cancro da mama através da Breast câncer worry scale (Lerman, 1991). As mulheres forneceram ainda dados sociodemográficos, dados clínicos e de história familiar de cancro da mama.

O segundo estudo foi efectuado numa amostra de 4 mulheres com diagnóstico de cancro da mama sendo duas destas voluntárias do Movimento Vencer e Viver.

Neste estudo procuramos identificar as estratégias de *coping*, a importância atribuída ao suporte social e as expectativas de vida face a um diagnóstico de cancro da mama.

Como instrumento de avaliação utilizamos uma entrevista semi-estruturada que foi realizada individualmente com cada uma das mulheres.

Deste trabalho de investigação podemos apresentar os seguintes resultados: as mulheres com apoio social apresentam níveis mais elevados de susceptibilidade e benefícios do rastreio mamográfico; os comportamentos de adesão parecem ser influenciados pela história familiar de cancro da mama, pelo estado civil e pelos níveis etários.

Os resultados em geral levam-nos a concluir que os comportamentos de saúde deverão ser instrumentos de investigação mais aprofundados, nomeadamente no que respeita aos comportamentos de saúde a adoptar de forma a promover estilos de vida saudáveis.

O rastreio do cancro da mama foi considerado como muito importante, principalmente para uma amostra com poucas qualificações profissionais, e muito homogénea em termos culturais.

Os resultados obtidos sugerem a implementação de programas de promoção e educação da saúde em todas as camadas populacionais.

keywords

Health promotion, health behavior; screening, breast cancer, breast self-examination

abstract

The present investigation intends to characterize behaviors of health of two distinct groups of women:

The first study it shows a sample of 350 women who had carried through the breast cancer screening in a mobile unit of Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC), in which we look for to identify and to analyse some beliefs of health of the same ones having in consideration the health beliefs, the levels of dispositional optimism, and the concern in having cancer of the breast.

The health beliefs had been evaluated through Susceptibility, benefits and barriers scale of mamogram (Champion, 1994), the dispositional optimism was evaluated through Life Orientation Test, Monteiro, Pereira & Tavares, 2006) and concern in having cancer of the breast through the Breast cancer worry scale (Lerman, 1991). The women had still supplied given sociodemographics, clinical data and of familiar history of cancer of the breast.

As the study two was carried in a sample of 4 women with diagnosis of breast cancer being two of these volunteers of the Movimento Vencer e Viver.

In this study we look for to identify the strategies of coping, the importance attributed to the social support and the life expectancies face to a diagnosis of breast cancer.

We use a half-structuralized interview that was carried through individually with each one of the women.

Of this work of inquiry we can present the following ones results: the women with social support present lower of susceptibility and benefits of the mammogram screening; the adhesion behaviors seem to be influenced by the familiar history of breast cancer.

The results in general take to conclude them it nominated that the health behaviours will have more to be deepened instruments of inquiry, in what it respects to the health behaviors of form to promote life styles healthful.

The tracing of the cancer of the breast as it was considered as very important, mainly for a sample with few resources and little qualified, having been related some practical implications for the education for the health.

INTRODUÇÃO	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
CAPÍTULO 1 – DESENVOLVIMENTO HUMANO E PROMOÇÃO DA SAÚDE	17
1.1 Desenvolvimento na perspectiva do <i>life span</i>	21
1.2 Promoção da saúde	42
1.3 Definição e evolução do conceito de saúde e doença	47
1.4 Saúde e Doença: Modelos teóricos	52
1.4.1 Modelo biomédico	53
1.4.2 Modelo biopsicossocial	53
1.4.3 Modelo holístico	54
CAPÍTULO 2 – COMPORTAMENTOS DE SAÚDE	57
2.1 Crenças e seus modelos explicativos	58
2.1.1 Modelo de auto-regulação	59
2.1.2 Modelo de crenças de saúde	60
2.1.3 Teoria do comportamento planeado (TCP)	65
2.2 Optimismo	67
2.3 Suporte social	71
2.4 Coping	74
2.4.1 Definição e modelos de <i>coping</i>	75
2.4.2 Estratégias de <i>coping</i> e cancro	79
CAPÍTULO 3 - A DOENÇA ONCOLÓGICA: - O CASO DO CANCRO DA MAMA	83
3.1 Doença oncológica	85
3.2 Cancro da mama	89
3.3 Prevenção do cancro da mama	99
3.3.1 Auto-exame da mama (AEM)	100
3.3.2 Rastreio do cancro da mama	103
CAPÍTULO 4 - O MODELO DA LIGA PORTUGUESA CONTRA O CANCRO	115
4.1 Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC)	117
4.2 Movimento Vencer e Viver	120
PARTE II – CONTRIBUIÇÃO EMPÍRICA	123
CAPÍTULO 5 - METODOLOGIA	125
5.1 Tipo de estudo	127
5.2 Objectivos e Hipóteses	127
5.3 Amostra	128
5.4 Instrumentos	129
5.4.1 Questionário sociodemográfico	129
5.4.2 Revised susceptibility, benefits and barriers scale for mammography screening	129
5.4.3 Teste de Orientação de Vida (TOV-R, versão portuguesa Monteiro <i>et al.</i> , 2006)	131
5.4.4 Breast Cancer Worry Scale (Lerman, 1991)	133
5.5 Procedimentos	134
5.6 Análise dos dados	135
CAPÍTULO 6 - RESULTADOS	137
6.1 Características sócio-demográficas	139
6.2 Características médico-familiares	140
6.3 Comportamentos preventivos	141

6.4	Percepções individuais	143
6.5	Susceptibilidade e Benefícios da mamografia	145
6.6	Optimismo disposicional	148
6.7	Avaliação da preocupação	149
6.8	Associação de variáveis	150
6.9	Comparação de variáveis stresse e medo antes de depois do rastreio	152
6.10	Características sociodemográficas	154
6.11	Diagnóstico do cancro da mama	155
6.12	Vivência com a mastectomia	157
6.13	Tratamento do cancro da mama	157
6.14	O cancro da mama e o dia-a-dia	159
CAPÍTULO 7 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS		160
7.1	Estudo 1	161
7.2	Estudo 2	167
CAPÍTULO 8 - CONCLUSÃO		173
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS		181
ANEXOS		I

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2.1 Estrutura do Modelo de Crenças de Saúde	63
Figura 2.2 Tipos de estratégias de <i>coping</i> e suas consequências (adaptado, Vaz Serra, 2006)	77
Figura 2.3 Fases da Teoria da Crise e Factores inibidores de Estratégias de <i>coping</i>	81
Figura 4.1 Núcleos da LPCC	118
Figura 4.2 Actividades da LPCC	119

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1.1 Evolução da Promoção da Saúde ao longo de 30 Anos _____	43
Quadro 5.1 Escala de susceptibilidade, benefícios e barreiras da mamografia _____	130
Quadro 5.2 Análise factorial dos itens por factor e variância de cada factor. _____	131
Quadro 6.4 Caracterização da amostra por frequência aos serviços de saúde _____	140
Quadro 6.5 Caracterização da amostra por história familiar de cancro da mama _____	142
Quadro 6.6 Realização do rastreio _____	142
Quadro 6.7 Percepção da necessidade do rastreio _____	143
Quadro 6.8 Percepção de saúde _____	144
Quadro 6.9 Lidar com adversidades _____	144
Quadro 6.10 Médias e Desvios padrão quanto á variável estado civil _____	145
Quadro 6.11 Anova <i>one way das subescalas d susceptibilidade e benefícios em função do estado civil</i> _____	145
Quadro 6.12 Médias e Desvios padrão quanto á variável frequência aos serviços de saúde _____	146
Quadro 6.13 Anova <i>one way</i> das subescalas de susceptibilidade e benefícios e barreiras em função da frequência aos serviços de saúde _____	146
Quadro 6.14 Médias e desvios padrão quanto à variável frequência ao rastreio _____	147
Quadro 6.15 Anova <i>one way</i> da subescala de benefícios e barreiras em função da frequência ao rastreio _____	147
Quadro 6.16 Média e desvio padrão em função da situação profissional _____	148
Quadro 6.17 <i>t</i> de <i>student</i> para comparar a situação profissional com o optimismo disposicional _____	148

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 6.1 Caracterização da amostra por profissão _____	140
Gráfico 6.2 Caracterização da amostra por doenças _____	141
Gráfico 6.3 Caracterização da amostra por frequência do auto-exame da mama (AEM) _____	141
Gráfico 6.4 Frequência ao rastreio do cancro da mama _____	142
Gráfico 6.5 Caracterização da amostra por acontecimentos stressantes. _____	143

LISTA DE ABREVIATURAS

ACP – Análise dos Componentes Principais
ADN – Ácido desoxirribonucleico
AEM – Auto-Exame da Mama
APA – American Psychology Association
HFCM – História Familiar de Cancro da Mama
INE – Instituto Nacional de Estatística
LPCC – Liga Portuguesa Contra o Cancro
MCS – Modelo de Crenças da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
PNS – Plano Nacional de Saúde
PON – Plano Oncológico Nacional
SBN – Subescala de Benefícios
SBR – Subescala de Barreiras
SS – Subescala de Susceptibilidade
TCP – Teoria do Comportamento Planeado
TOV – Teste de Orientação de Vida
WHO – World Health Organization

INTRODUÇÃO

Quando iniciamos um trabalho de investigação a primeira questão que se nos coloca é se o tema escolhido é pertinente, útil, importante e se somos capazes de o desenvolver e investigar de forma clara e rigorosa.

Abordar a temática da promoção da saúde é sem dúvida uma questão que é de todo importante e cada vez mais actual face ao elevado número de doenças e a sua incidência nos mais variados grupos populacionais. Abordar a doença oncológica não é menos importante, mas antes um desafio, face aos números de casos de cancro que nos são apresentados quase todos os dias pela comunicação social. Contudo o conceito de cancro é assustador e que se tende evitar pronunciar. Será pela gravidade da doença em si? Será pela simbologia atribuída ao cancro? – *um caranguejo*?! – É de facto uma figura que nos amedronta um pouco talvez. Ou será pelas suas consequências e inevitável associação do cancro à morte?

De facto não há respostas certas para estas questões, daí o desafio que nós colocamos ao iniciar esta investigação, com o propósito de dar mais algumas respostas enriquecedoras neste âmbito da promoção da saúde e da doença oncológica da mama.

Nas últimas décadas vários estudos epidemiológicos têm demonstrado a existência de alterações significativas no quadro da saúde, pelo que assistimos através da análise de determinantes de saúde, à emergência das doenças crónicas, muitas das vezes associadas aos estilos de vida (Sanmartín, 1985).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), a principal causa de incapacidade no mundo até 2020 serão as doenças crónicas, pela sua longa e persistente duração, das quais se salientam actualmente as oncológicas, neste sentido é de todo importante investir em Políticas de Promoção de Saúde.

A doença oncológica teve nos últimos anos e de acordo com a mesma entidade um aumento substancial e continuado, constituindo uma das principais causas de morte a nível mundial (Dias *et al.*, 2002).

Em Portugal o cancro é a segunda causa de morte e uma importante causa de incapacidade, apesar de ter uma das mais baixas taxas de mortalidade na Europa (Tyczynnski *et al.*, 2002).

Neste sentido o Plano Nacional de Saúde (PNS) ao ser confrontado com esta doença, que ninguém quer falar pela palavra que ainda é *tabu*, pela associação à morte, pelos tratamentos às vezes violentos e intrusivos e pela ligação contínua aos serviços hospitalares, criou um instrumento enquadrador da luta contra o cancro, denominado por Plano Oncológico Nacional (PON), que visa uma política de coordenação, intersecção e complementaridade dos serviços de saúde. Abarca todas as fases da doença, desde o rastreio ao diagnóstico e tratamento, e culmina na reabilitação e cuidados paliativos (PNS, 2004).

O cancro da mama é a principal neoplasia maligna que mais afecta o sexo feminino no mundo e provavelmente o mais temido, representando um enorme problema para a população feminina, comprometendo-a física, mental e socialmente.

De acordo com um relatório recente da OMS, prevê-se que a incidência mundial do cancro da mama seja de 1,45 milhões de novos casos em 2010, o que significa um aumento de 82% em relação aos dados de 1990 (Dershaw, 2002). Países como os EUA, o Reino Unido, Suécia e Uruguai, apresentam taxas de incidência de cancro da mama superiores a 100 casos por 100 mil mulheres/ano (WHO, 2001).

Face a esta estimativa o cancro da mama é hoje uma doença de extrema importância a nível mundial, gerando uma ampla discussão em torno de medidas que promovam o seu diagnóstico precoce e, conseqüentemente redução da morbidade e mortalidade.

Apesar dos novos métodos terapêuticos que se foram aperfeiçoando, é absolutamente consensual a eficácia dos mesmos, quer no que respeita à “cura”, quer no que respeita à minimização das sequelas, dependendo da precocidade na detecção da doença.

Neste sentido é importante que o diagnóstico do cancro da mama, que se faz através do rastreio do cancro da mama que vamos direccionar a nossa investigação, se faça precocemente.

Apesar dos avanços na investigação nas áreas da prevenção e promoção da saúde, nomeadamente a nível dos rastreios resta ainda, muito por fazer. A inexistência ou a pobre explicação da fraca adesão aos rastreios leva-nos focar a nossa atenção nestes aspectos.

Por um lado, sabemos que é dada ao rastreio uma particular importância, uma vez que a ele está associada a detecção precoce do cancro. Mas, como refere a literatura e os dados existentes a adesão aos mesmos não é muito significativa. Interessa-nos por isso saber quais os motivos para essa fraca adesão.

O seu diagnóstico e prognóstico associado à perda da mama, símbolo da sua feminilidade, representa um profundo impacto na mulher, com fortes implicações a nível psicossocial, afectando a percepção de sexualidade e a própria imagem corporal, com conseqüente diminuição da qualidade de vida e uma vez que o seu tratamento envolve uma abordagem múltipla, desde a cirurgia, a quimioterapia, a radioterapia e a hormonoterapia, acarretando graves conseqüências físicas e psicológicas.

A literatura tem demonstrado a importância das variáveis psicossociais, dos factores emocionais e das representações da doença no processo de adaptação psicossocial à mesma (Schwartz *et al.*, 2000).

Tendo como base a psicologia cognitiva, as pessoas sem conhecimentos no âmbito da saúde, possuem determinadas crenças e representações, que estão bem organizadas e enraizadas, que posteriormente poderão ter implicações na interpretação que os indivíduos fazem da doença, quer nas estratégias de *coping* que utilizam para atenuar os efeitos da mesma, quer na avaliação que fazem a respeito da eficácia do confronto com a doença (Grilo *et al.*, 2005).

Será que estes motivos se prendem com as crenças que cada um tem acerca do cancro, nomeadamente na percepção de susceptibilidade em desenvolver a doença?

Será que o rastreio do cancro da mama não é visto como um benefício, mas antes como uma barreira?

Perante estas questões e outras ainda relacionadas com a importância do acesso à informação, ou mesmo do apoio social disponível, pretendemos desenvolver a nossa investigação.

Por outro lado, pouco é conhecido sobre as necessidades e recursos psicossociais em doentes com cancro da mama, aquando de um diagnóstico e conseqüente tratamento da doença, e ao longo do tempo de sobrevivência. A escassez de estudos neste âmbito e a existência de limitações metodológicas no que concerne ao estudo dos aspectos

psicossociais, como o stress, as estratégias de *coping*, o suporte social e as crenças da saúde são áreas na nossa investigação que daremos particular importância.

Neste sentido efectuaremos dois estudos na nossa investigação: Um visa analisar e caracterizar os comportamentos de saúde das mulheres que efectuam o rastreio do cancro da mama. E o outro visa essencialmente entender em que sentido um diagnóstico de cancro da mama afecta a mulher, quer a nível de sentimentos e emoções, quer na importância que cada uma atribui à detecção precoce do cancro da mama, apresentando alguns dados que permitam conhecer melhor a realidade e que sirvam de “rampa de lançamento” para outras investigações, quer no que concerne à construção e avaliação de instrumentos na área, quer a nível de programar de promoção e educação para a saúde.

A nossa investigação tem como objectivo geral caracterizar os comportamentos de saúde das mulheres e o bem-estar geral e perceber quais os motivos que est

Associação adesão vs oã desão ao rastreio do cancro da mama\$ Por outro dado, podemos identificar emoções e sentimentos quando o diagnóstico de cancro da mama e a forma como lidamos com os resultados e emções.

Este trabalho visa contribuir para um enriquecimento pessoal sobre a matemática em causa, funcionando esta investigação como um processo de desenvolvimento e aprendizagem para lidar com a temática, e eliminar determinadas barreiras à toda a população que envolve o cancro da mama.

Em nível, este trabalho encontra-se dividido em duas partes: a primeira

é a introdução e o estado da arte da investigação actual desta temática, a segunda é a discussão dos resultados e as conclusões.

O primeiro capítulo aborda a importância da participação da mulher na prevenção e no diagnóstico precoce de alguns tipos de cancro da mama. No segundo capítulo são apresentados alguns dos comportamentos de risco, tais como a falta de conhecimento sobre a importância da mamografia, a falta de acesso aos serviços de saúde, a falta de conhecimento sobre os sintomas e a falta de conhecimento sobre a importância da adesão ao rastreio oncológico. Este trabalho tem como objetivo principal a identificação das barreiras à adesão ao rastreio oncológico. A metodologia utilizada foi a análise de conteúdo. Os resultados mostram que a maioria dos participantes não sabe quem a

organização responsável pelo rastreio oncológico da mama.

n` preve~iio e 0ziioiã% d □`ogn÷` □`conó□□Ba

A rún a p`rpa c`raspon`e ` losaa bñit ibufiçg p`pí0ic! à c`st(tuída por
qua\$ro cauí

|{>B+ }i~uo a ívul, á a`b!

šnua`a □□oetodo□□oia do□□o{so□e□uqdm ooouadadgot e d□□e e e÷ôe`o,
a□□}o□<2a□□ue o cīnwu tui\$ □w `□s42u}ānuoa ut(li{a`□w(os p□□ `□h□□□□oó
a□□ aoó a□□ doó ` `□

□□ □ p□huo ` p□□ulb sç□□aprdså□□ados nq pdww tados dos eswedos e, e ooés. !□
qéuy}#□ aùyu}□□ p□□ d□□gm□

discussões" os grupos uop no grupo no grupo
do grupo} no grupo Fina`mo grupo a` grupo eíwa`o{ aq p`o~ ap`ms grupo inc` } s= uq lo
estu`om a grupo lhmidaĩõww grupo Dd iãs grupo Ñ (grupo, `ba grupo grupo `ba grupo grupo ` grupo ` grupo grupo %óy w grupo da iivesdi" aç÷es d grupo ÷ó grupo,

□

II@DEIIEEDATAIRAEDHTOIEARIAO

AA@CEELO-DDCEN

VAMENDF@QMAND P@8 D





Ne denvilmenv, t`no, oo d vk`a d%á acwo iada um awva`u|a
`ar` #a`a `aq h`d`anw

d'agw□□% `ewenv□□□"ment, □ue no, wue □□\$`~em oo
□□s, oo-0yr\$ om□□□^ a ap`ab0a ap`a em a``a um ``a "asor d asor\$d wo

os da ms da {o"h dad ` d aia s d `as rada mw
iovD2mw0ai" As de baAs d`eenvienvd{envoD`o{o
Drmwd -n~ep, P`eep, E`so. E go
, mw)do -`is do qw`d

~baper\$ cab r ! □□b □□□□da□□ip eda baa`ada`` a`e`a` a ft□ □□`u

□ja(

in

□h`□□ion!l`ja

A pe``eadifa `e *lifa`al* fa: `ada `e□ iaac se□ a`c sep a`□□\$`! q ! p÷p
q□□ pe`□□dd pe` ,edio` ! e`i□ `□□mwpada pmsualar`iãm □□s □□□™□□a` e q□□`
m`ir p`o□`it p`o□ □,eb□□□☉ f...□yos t□□ios, p□□□□□□ □`ais 2□

Arta `d`qpec `ta `ab poti o □ooti\$~o□□e{envo□□mmento□()}mado □□n□ade2
bfo `}m c□` yo`aví` □□pas÷a p□p \$i□□r□a a ``a a bada a bada uo` `dh`□
pa`p□□enta t□□ e□□`t□□`d!`d □□r` a□□□□s a□□" ög□□□□ pa□□□□

□□□□□d da□2 qd'ei□□ a hpta ww□□÷ec uw□Aóiba□□□Ñ

□ a□<□d/ vo□□m{envo□□mmento□□}mabk om`diba nebdwwa
□□□~ua □□□□a"o□` □□a o□r aa4o~ms a□□iams, psico~

ico a`oo!` t oe ip eŠssin e0 l. 002(ooĝu so
dos!d s w a `a
aaa aq`ab`cp`ias io lic de vmda de onda~ydaol a~}dan| } sab `nweradd nue
`dd zm ade dpi e `` , O o0 haM o p`a t rm 3 ástímw s
ms`s d we ěnfhueřcha dh a`aa a`ada A0 a`m c
o me\$

r□□ ma`2 □`ciífoode `oo0rde da`o{ a fope) □□v□`a □□□`dc`a m□hdo c\$e□(□□□,,□□h la"a□□i `a k□h□□ýw (es `a□Š□□s □,, e□□ýw ` eûâ□□□,, naq `□d



A ada0aa `a □□`a `□□ed`m di eponddq cooke`□□g□□□e koowd □

oo□□d □□~u□□d □□{enw□n□□□□oud wu□□owd wu 02d□~ov m□ ho~wo da
()wt□,,a , □+` □□

□□ `` \$□□□□ d □□@ t□,,l'□@□~ ver□@□`arar iyst w}□□ÿwq woaa``c □□aa`dg
wm□□□' tiz□□□□ p□□as teo□□as de{mn□□mwio□□ ais□□ q q□ i□ a`p□□m~0a`
m raow e `e□env□□□"□env□□□d□□(a dor
□ a pueîc□□`\$ l□□□□`d □□e vmwva a wm! a □□p w□a`e0focia d daww`hd de
(Al□□hd *at !h.*, 003(.

O m□envoÿvi□ento□□□□□`un□□ tem-se focado na perspectiva teórica do desenvolvimento proposta por Baltes, Reese e Lipsitt (1980). Esta perspectiva difere da psicologia clássica do desenvolvimento, que supõe o término do desenvolvimento com adolescência. Sendo o desenvolvimento um processo multidirecional e multifuncional, influenciado pelo contexto histórico, abrangendo todo o curso de vida. Havendo um equilíbrio constante entre ganhos e perdas, que resulta numa variabilidade intra-individual (Baltes, 1987).

A doença é vista como uma situação de crise de acordo com a perspectiva de Erikson. Perante uma situação de doença o indivíduo, em particular a sua vida entra em ruptura, com consequências quer a nível de adaptação, auto-conceito e percepção do futuro. O autor refere ainda que é necessário um acompanhamento adequado nestas situações, uma vez que a falta dele poderá ter repercussões sérias no futuro, tais como problemas graves de ajustamento familiar, sentimentos de perda de controlo, fantasias relacionadas com a morte e sentimento de desânimo, abrangendo a perda de funcionalidade nos papéis familiares e profissionais.

As proposições centrais associadas às crises têm origem nos trabalhos de Erikson (1959), uma vez que a teoria da crise se refere ao impacto das alterações dos padrões de funcionamento pessoal e social estabelecidos e com o desenvolvimento da identidade social (Moos *et al.* 1987). Da mesma forma que existe uma homeostasia fisiológica, o indivíduo tem necessidade de sentir o mesmo equilíbrio a nível social, emocional e psicológico.

Perante um acontecimento inesperado, o indivíduo utiliza estratégias para tentar resolver e restaurar o equilíbrio perdido. Decorrendo daqui uma situação geradora de stresse em que as respostas habituais não são suficientes. Um acontecimento que ameace a vida é tão crítico que os indivíduos não têm recursos para lhe dar resposta (Filipp, 1992).

Face a uma doença crónica, que ultrapassa as dimensões físicas e psicológicas, e sendo também um fenómeno mais global, que envolve esferas psicossociais mais alargadas, como as dimensões familiar, social e laboral, daí este trabalho partir de uma conceptualização biopsicossocial da doença crónica, com natureza multidimensional e subjectiva.

Assim e neste sentido, é importante abordarmos a promoção da saúde, enquanto complemento do desenvolvimento. Esta tem em cada uma das etapas da vida um papel preponderante, com vista à adopção e manutenção de comportamentos saudáveis.

1.2 Promoção da Saúde

Definir promoção da saúde requer uma abrangência total, uma vez que é um conceito multidisciplinar que inclui aspectos organizacionais, económicos, ambientais, e comportamentais que visam a adopção de estilos de vida saudáveis.

Desde há muito tempo que se discute a problemática da promoção da saúde. Os estados – membro da Organização Mundial de Saúde (OMS), através da Declaração de Alma-Ata, assumiram um compromisso ambicioso para o ano de 2000, nomeadamente com os princípios de atendimento primário da saúde, a educação dos problemas de saúde; a prevenção e o controlo; a promoção do suprimento de alimentos e nutrição adequada; o abastecimento de água e saneamento básico; uma atenção particular à saúde materno-infantil; a imunização contra as principais doenças infecciosas; o tratamento adequado das doenças comuns e dos acidentes e a distribuição de medicamentos básicos.

Volvidos dez anos a Carta de Ottawa (1986) elabora cinco estratégias de promoção de saúde:

- A implementação de políticas públicas saudáveis;
- A criação de ambientes saudáveis;
- O reforço da acção comunitária;
- O desenvolvimento de habilidades pessoais;
- E a reorientação do sistema de saúde.

Segundo a Carta de Ottawa a promoção da saúde é vista como um processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades a fim de controlarem a sua

saúde, no sentido de a melhorar. Contudo, é importante analisar e discutir os valores patentes nesta definição e torna-los explícitos, uma vez que os valores defendidos, em alguns casos deveriam ser revistos a fim de serem consistentes com o comportamento e interesses económicos, institucionais e políticos. A saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida.

Posteriormente a Declaração de Jacarta (1997) oferece uma visão e um enfoque para a promoção da saúde no século XXI, e tem como prioridades a promoção da responsabilidade social para com a saúde; o aumento dos investimentos para fomentar a saúde; a consolidação e expansão de parcerias em prol da saúde; o aumento da capacidade comunitária e o dar direito de voz ao indivíduo e conseguir uma infra-estrutura para a promoção da saúde (Quadro 1.1).

Quadro 1.1 Evolução da Promoção da Saúde ao longo de 30 Anos

1986	Carta de Ottawa sobre Promoção de Saúde I Conferência Internacional sobre a Promoção de Saúde (Canadá)
1988	Declaração de Adelaide sobre políticas públicas saudáveis II Conferência Internacional sobre a Promoção de Saúde (Austrália)
1991	Declaração de Sundsval sobre ambientes favoráveis à saúde (Suécia)
1993	Carta do Caribe para a Promoção de Saúde (Trinidad e Tobago)
1997	Declaração de Jacarta sobre Promoção de Saúde no sec. XXI (Jacarta)
2000	V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (México)
2005	VI Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Tailândia)

A promoção de saúde aplica-se a todos os casos em que se pretende melhorar a saúde, quer em indivíduos que estão doentes, quer em indivíduos que não o estão (Pais-Ribeiro, 2007).

Tratar de promoção de saúde requer abordar todo um conjunto de factores que lhe estão subjacentes e que a podem influenciar, uma vez que os comportamentos de saúde são influenciados por atitudes, sentimentos, hábitos e crenças que caracterizam e definem o estilo de vida de cada pessoa (Pais-Ribeiro, 2002).

A promoção da saúde implica o desenvolvimento de políticas de saúde pública, a criação de ambientes de suporte, a participação da comunidade, o desenvolvimento de capacidades pessoais e uma orientação dos serviços de saúde, para além da mera prestação

de cuidados clínicos e curativos (*European Working Group on Concepts and Principals of Health Promotion*, 1984, citado por. Dias *et al.*, 2004).

Se percorrermos a história das políticas de saúde, verificamos que o objectivo primordial era a doença e a sua prevenção: com a prevenção primária, procurava-se prevenir a morbilidade, através da diminuição dos factores de risco ou do aumento dos factores de protecção; a prevenção secundária visava essencialmente a detecção precoce da doença, de modo a maximizar as probabilidades de um tratamento eficaz ou de cura de doença; a prevenção terciária, pretendia o controlo da doença e/ou da cura por meio da aplicação de um tratamento eficaz logo após o diagnóstico.

A promoção da saúde pressupõe o desenvolvimento e a manutenção de comportamentos saudáveis, potenciadores das capacidades funcionais, físicas, psicológicas e sociais dos indivíduos (Marin, 1995).

Costa e Lopéz (1996) definem promoção de saúde como uma combinação de estratégias de educação para a saúde a apoios de tipo organizativo, legislativo e normativo, económico e ambiental que facilitem as práticas de comportamentos saudáveis. Por outras palavras, a educação para a saúde é um instrumento para alcançar os objectivos da promoção da saúde (Tones, 1988). Downie, Tannahill e Tannahill (2000) referem que o *objectivo global da promoção da saúde pode resumir-se como desenvolvimento equilibrado das facetas física, mental e social da saúde positiva, associado à prevenção da má-saúde (illhealth), física, mental e social* (p. 26).

Um componente básico na promoção da saúde é a educação para a saúde, definida pela OMS (1969), como um conjunto de procedimentos que visam modificar os comportamentos dos indivíduos para que estes adquiram e conservem hábitos de saúde saudáveis. Os indivíduos devem saber usar da melhor forma os serviços de saúde, a fim de ficarem capacitados para tomar decisões individual ou colectivamente que promovam a melhoria das condições de saúde.

A educação para a saúde tem como objectivo central a mudança de comportamentos individuais, ou de factores intrapessoais, nomeadamente as atitudes e as crenças, com o intuito de melhorar o estado de saúde (Bennet *et. al*, 1999).

A educação para a saúde é ainda vista como um conjunto de experiências de aprendizagem que se destinam a facilitar a adopção de comportamentos saudáveis e

benéficos (Tonnes, 1994), o que implica uma tomada de decisão por parte dos indivíduos. Desta forma, os factores psicossociais e ambientais são determinantes para o *empowerment*.

O conceito de *empowerment* nasceu com a Carta de Ottawa (Jardim *et al.*, 2006), e torna-se difícil traduzi-lo para português. Carvalho (2002, p.124) refere que *tem a ver com a relação recíproca que se estabelece entre os indivíduos e o seu meio físico e social (...), quer isto dizer que não só o meio ambiente pode exercer uma poderosa influência sobre os indivíduos, como estes também podem exercer a sua influência sobre o meio que os rodeia*.

O mesmo autor refere que é importante termos em linha de conta a literacia dos indivíduos, uma vez que qualquer acção de educação para a saúde deverá ter em conta o nível educacional da população alvo. Apesar das várias campanhas sobre o cancro, algumas das estratégias não atingiram ainda todos os níveis da população (Loehrer, 1993).

As estratégias de educação para a saúde podem desenvolver-se de acordo com os seguintes níveis de actuação: individual, grupal e comunitária, através de campanhas, e intervenções directas e pessoais (Spacapan & Oskamp, 1987).

De acordo com a literatura, a elaboração de uma campanha deve atentar os seguintes princípios presentes na figura 1.1.

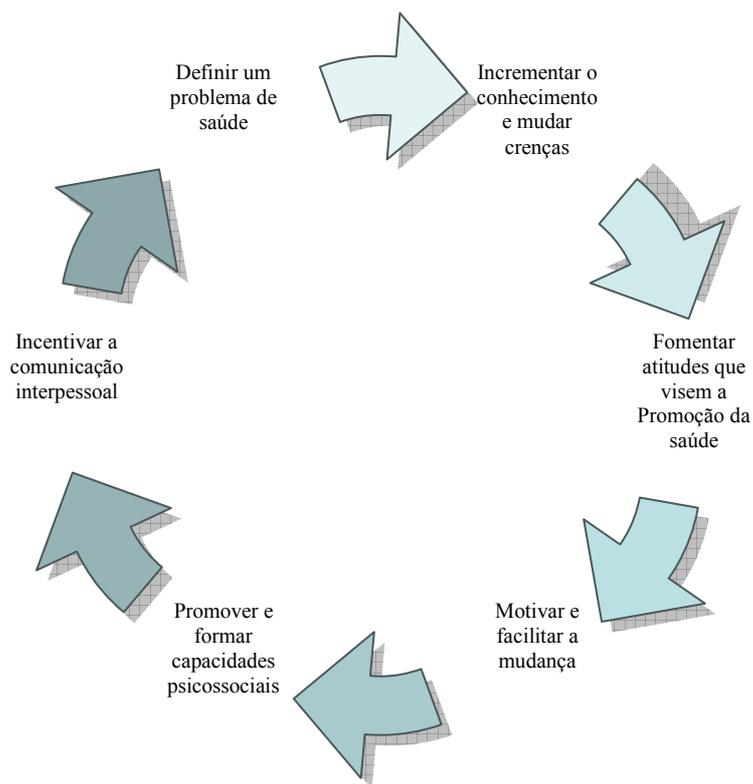


Figura 1.1 Etapas de uma campanha de promoção de saúde (adaptado DeJong & Winsten, *citado por* Lupton, 1995).

A eficácia dos programas de promoção de saúde deve dirigir-se a populações de risco elevado, a minorias e desenhar intervenções que tenham em conta as especificidades culturais destas populações.

As práticas de educação para a saúde devem dedicar cada vez menos tempo ao carácter preventivo de doenças específicas, e apostar numa promoção global, isto é, fazer com que os indivíduos adoptem estilos de vida saudáveis, que sejam capazes de desempenhar um papel crucial na diminuição do risco de contrair doenças, proporcionando a adesão a sentimentos de bem-estar (Dias *et al.*, 2004).

Mas há uma questão que se coloca: - Como é que um indivíduo consegue adoptar estilos de vida saudáveis, numa sociedade tão competitiva e indutora de comportamentos patogénicos?

Carvalho Teixeira (2000) salienta que o que está em falta quanto à redução dos riscos são mais programas de prevenção e menos campanhas de informação, com recurso

às ciências sociais e comportamentais, por meio do desenvolvimento de estratégias de intervenção comunitária, individual e grupal. Para tal, será necessário repensar as actuais políticas de saúde, valorizando verdadeiramente a promoção da saúde, contextualizada nas necessidades e exigências da realidade social (Dias *et al.*, 2004).

Apesar de a psicologia visar o comportamento individual, as suas teorias são de grande aplicabilidade às mudanças comportamentais da população (Bennet *et al.*, 1999).

A promoção da saúde está revestida de todo um conjunto de conceitos filosóficos, culturais, sociais e outros. Com a evolução dos modelos científicos, a saúde passou a ter outra importância.

1.3 Definição e evolução do conceito de saúde e doença

O que se entende hoje por saúde e doença foi surgindo do nada inicial, da incompreensão do homem primitivo, dos fenómenos que o envolviam, as suas causas e os seus efeitos. (Nursing, 2008).

A preocupação com a saúde e sua conceptualização é já muito antiga. Os povos primitivos começaram por criar um sistema de lendas e crenças, de ritos e mitos mágicos que explicavam o aparecimento da doença e da morte. Esta influência foi tão profunda que ainda hoje está vincada na formação cultural de certos grupos sociais. Toda a evolução que vem da magia à prática médica e às medidas sanitárias faz-se num processo descontinuado, caracterizado por avanços e recuos dependentes da necessidade e da capacidade de iniciativa, condicionadas pelas contingências da vida (guerras, fome, epidemias, crises políticas e sociais) (Ferreira, 1990).

Até ao século XIX quando se desconheciam as causas de muitas patologias, a saúde e a doença eram aceites em função da boa ou má sorte. Os serviços de saúde estavam estruturados de forma a responder às necessidades dos indivíduos em termos de doença. Numa primeira fase a saúde era entendida como a ausência de doença, dando-se particular atenção à doença, ao seu controlo e evolução e o retorno ao estado de não doença. A doença era definida como a ausência e perturbação da saúde (Goldim, 2002).

Depois da segunda guerra mundial, com o avanço no conhecimento científico, nas técnicas e tecnologias, foi possível identificar novos agentes causais da doença, fazer diagnósticos, utilizar novos medicamentos e usar técnicas cirúrgicas mais eficazes e mais seguras resultado de uma importância maior atribuída aos factores físicos, biológicos, psicológicos e sociais. Passando a doença a ser estudada numa perspectiva global, considerando-se quer o ambiente familiar, quer o meio social (Mendes, 2008).

Em 1946 com a criação da OMS, foi também criada uma definição de saúde excêntrica para a época: *a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença e enfermidade*. Esta definição marcou o abandono do conceito de saúde pela negativa, era um abandonar do modelo biomédico de causalidade da doença (Reis, 2002). Esta definição baseia-se num critério subjectivo de bem-estar, sobrepondo este estado de carácter positivo e especificamente considerado em todos os aspectos (físicos, mentais e sociais) que fazem a interligação do Homem com o meio.

Em 1978 com a criação da Associação Americana de Psicologia (APA) a psicologia da saúde foi definida como um domínio da Psicologia, com vista à promoção e manutenção da saúde, à prevenção e tratamento de doenças e à análise dos sistemas de saúde (Matarazzo, 1984). Neste sentido foi necessário desenvolver intervenções que ajudassem os indivíduos a adquirir e a manter comportamentos saudáveis, bem como a mudança de comportamentos prejudiciais (Taylor, 1999).

A saúde é vista como um recurso para a vida de todos os dias, uma dimensão da nossa qualidade de vida e não o objectivo de vida.

Segundo Goldim (2002) esta noção de saúde é um processo continuado e interdependente de preservação da vida, criando uma nova dimensão social. A saúde passa a ser um critério de cidadania.

A definição de saúde ajudou a clarificar e organizar o conceito de doença. A língua inglesa utiliza três termos para a especificar: Disease; Illness; Sickness (Figura 1.2). O estar doente – *disease* – refere-se a entidades nosológicas associadas a um conjunto de sintomas físicos susceptíveis de serem diagnosticados. O sentir-se doente – *illness* – está associado com a experiência subjectiva e com os sentimentos associados a essa alteração. O comportar-se como doente – *sickness* – refere-se a um conjunto de comportamentos associados a pessoas rotuladas como não saudáveis. Estas definições e distinções não são

lineares, uma vez que pode ser possível a existência de doença sem que o indivíduo se aperceba disso, como é o caso do cancro (Pais-Ribeiro, 1998).

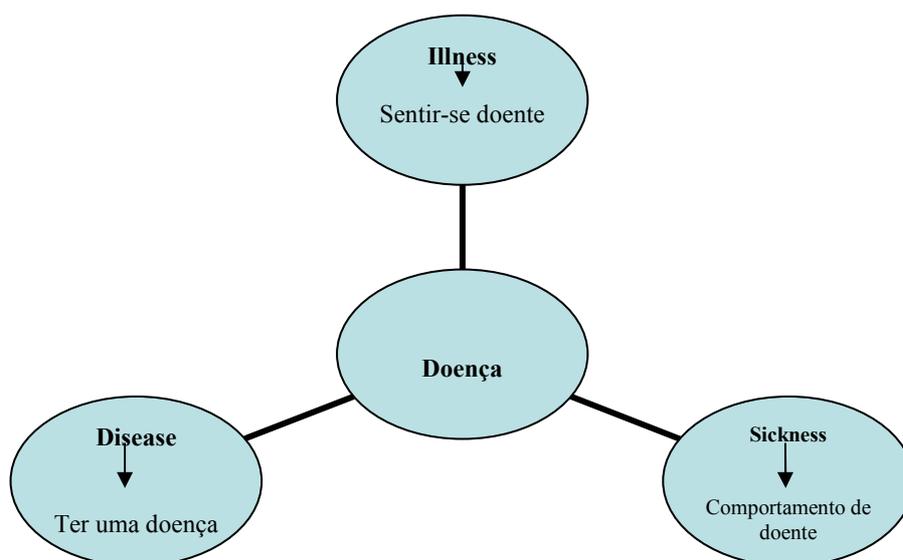


Figura 1.2 Conceptualizações de Saúde

Reis (2002) define saúde como sendo o mais alto nível de bem-estar, de capacidade funcional e de capacidade de intervenção conseguido por cada um de nós, e pela comunidade, valorizando as nossas potencialidades, enfrentando as nossas limitações e condicionamentos pessoais e sociais.

Em Portugal os serviços de saúde são reorganizados em 1971, pelo Decreto-Lei nº 413/71, considerando prioritárias as actividades de promoção e prevenção de saúde. Na Constituição de Portugal de 1976, revista em 1982, 1989, 1992 e 1997 – 4ª revisão, no artigo 64º podemos ler que *todos têm direito à protecção da sua saúde e o dever de a defender e promover*.

A saúde é vista como um bem a atingir e a preservar, através de um serviço nacional de saúde prestador de assistência com equidade e gratuito; através da criação de

condições económicas, sociais e culturais que garantam a protecção da infância, juventude e velhice; e através da promoção de uma cultura física e desportiva. Neste sentido os serviços de saúde deveriam portanto contribuir de uma forma directa para a saúde no sentido de reforçar a auto-estima, valorizar a autonomia; e aprofundar os laços de pertença com a comunidade.

Como já referimos anteriormente a doença estava associada a fenómenos sobrenaturais, sendo esta definição ultrapassada pela teoria de que a doença decorria de alterações ambientais no meio em que o Homem vivia.

Em toda a população existem indivíduos predispostos a factores de risco, para adoecer com maior ou menor frequência, e com maior ou menor gravidade (Distritos sanitários, 2002).

Segundo Duarte (1998) a saúde e a doença fazem parte da cultura dos povos. O homem incorpora todo um conjunto de habilidades e experiências sobre a saúde e a doença, auto-cuidando-se através de informações culturais, tradições, informações dos profissionais de saúde. Por isso podemos dizer que a saúde não diz respeito só aos profissionais de saúde, uma vez que os saberes dos indivíduos condicionam o bem-estar, e estão associados a factores de ordem económica, política e educativa.

O tratamento da doença, bem como a promoção da saúde dependem de um conjunto de determinantes envolvidos na saúde e na doença, nomeadamente as crenças, os preconceitos e os saberes que cada cultura aceita e transmite (Pereira, 1987).

O conceito de doença além de indicar a presença de sintomas e sinais centra-se numa vivência subjectiva de mal-estar e na incapacidade para realizar as actividades do dia-a-dia, onde podemos inserir as doenças crónicas.

De acordo com o Despacho Conjunto nº 861/99, alínea b, do Ministério da Saúde, e do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social a doença crónica é *uma doença de longa duração com aspectos multidimensionais, com evolução gradual dos sintomas e potencialmente incapacitante, que implica gravidade pelas limitações nas possibilidades de tratamento médico e aceitação pelo doente cuja situação clínica tem de ser considerada no contexto da vida familiar, escolar e/ou laboral, que se manifeste particularmente afectado (...) Esta situação conduz ao isolamento e ao desânimo, pode diminuir a*

capacidade do doente crescer e viver o presente e investir, quer nos processos terapêuticos e aproveitar e aproveitar os recursos psico-sociais.

As doenças crónicas acarretam consequências psicológicas e sociais muito importantes, no ajustamento mental à doença.

Durante algumas décadas, muitos investigadores conjecturavam acerca do porquê de uns indivíduos perante uma situação de doenças crónica grave se ajustavam bem, enquanto outros demonstravam um declínio emocional e interpessoal muito grande (Stanton *et. al* 2007).

A doença crónica é vista como uma doença prolongada, que não se cura espontaneamente e raramente tem cura total (Center for Disease Control and Prevention, 2003).

A doença crónica requer um ajustamento em múltiplos domínios da vida, requer um ajustamento contínuo e é marcada por uma heterogeneidade de factores individuais (Stanton *et al.*, 2007). Todas as conceptualizações de doença crónica demonstram que o ajustamento envolve múltiplas componentes: interpessoais, cognitivas, emocionais, físicas e comportamentais, estando todas elas interligadas.

Numa perspectiva de *empowerment* a educação para a saúde é vista como uma colaboração entre o profissional de saúde e o indivíduo para que este possa tomar decisões acerca da gestão da sua saúde e/ou doença (Anderson *et al.*, 2000).

A Organização Mundial de Saúde aponta como principal causa de incapacidade no mundo até 2020 as doenças crónicas, que se não forem bem geridas, representarão uma sobrecarga para os sistemas de saúde.

No quadro 1.2 estão representadas as causas de morte mais frequentes desde o ano 2000 ao ano 2006 e verificamos que são as doenças crónicas as que mais evoluíram.

Quadro 1.2 Percentagem de mortalidade (Milhares, INE, 2006)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Doenças/%						
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2,2	1,9	1,9	2,2	2	2,1
Tumores (neoplasias)	20,8	21,3	21,4	21,3	22,3	21,6
Doenças do sangue e alterações do sistema	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2

imunitário						
Doenças endócrinas, nutricionais	3,4	4,2	4,7	4,8	5	4,8
Perturbações mentais e de comportamento	0,3	0,4	0,6	0,5	0,6	0,6
Doenças do SN e dos órgãos dos sentidos	1,4	1,7	1,9	2,3	2,3	2,4
Doenças do aparelho circulatório	38,7	38,6	38,4	37,6	36,3	34
Doenças do aparelho respiratório	9,7	8,5	8,7	8,8	8,5	10,5
Doenças do aparelho digestivo	3,9	4,2	4,3	4,2	4,5	4,3
Doenças da pele e do tecido celular	0,2	0,3	0,4	0,1	0,3	0,2
Doenças do sistema osteomuscular	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2
Doenças do aparelho geniturinário	1,5	1,7	2	2,2	2,4	2,7
Gravidez, parto e puerpério	0	0	0	0	0	0
Infecções período perinatal	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Malformações congénitas	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Sinais e resultados anormais de exames clínicos	12,4	11,4	9,4	10	9,6	11,8
Causas externas de mortalidade	4,4	4,8	5,3	5,1	5,3	4,2

Como já referimos a experiência de uma doença crónica acarreta todo um conjunto de consequências psicológicas. A grande evidência é que esta provoca alterações muito grandes na vida, como demonstram vários estudos.

Num estudo realizado por Michael e colaboradores (2000) verificou-se que em mulheres diagnosticadas com cancro da mama, estas apresentaram medo e um declínio funcional a nível físico, social, de vitalidade e de competências emocionais, quando comparadas com mulheres que não receberam o diagnóstico de cancro da mama.

Subjacente à definição de saúde e doença encontram-se alguns modelos teóricos.

1.4 Saúde e Doença: Modelos teóricos

São vários os modelos que têm dominado a medicina ao longo dos tempos: o modelo Biomédico; o modelo Biopsicossocial; e o modelo Holístico.

1.4.1 Modelo Biomédico

Este modelo baseia-se numa visão cartesiana do mundo, ou seja, o mundo é equiparado a uma máquina, e o que interessava estudar era o conhecimento detalhado de cada peça. O que interessa à medicina são fenómenos observáveis, ficando desta forma o Homem reduzido aos seus aspectos biológicos (Hesbeen, 2000; Reis, 1992).

Como refere Hesbeen (2000, p. 15) *a medicina experimental (...) avança para uma redução do ser humano limitando-o apenas para a sua parte objectivável (...). Na medicina moderna, há tão pouco espaço para o que o doente exprime, para a sua palavra que é (...) subjectiva (...) a palavra que permite ao sujeito dizer, conta o sofrimento que sente no seu se, a sua doença ou o seu mal-estar.*

A doença é vista como um defeito mecânico localizável numa máquina física e bioquímica. Este modelo caracteriza-se por considerar apenas os factores biológicos como causas das doenças, o que por sua vez determina os modos de tratamento (no caso, exclusivamente o "médico").

No modelo biomédico a saúde é definida como sendo a ausência de doença (Ribeiro, 1998). O indivíduo é uma vítima passiva de agentes externos que provocam a doença, sendo o profissional de saúde o único responsável pelo tratamento (Ogden, 2004). Esta visão redutora e biomédica foi muito criticada e daí a necessidade de surgirem novos modelos.

1.4.2 Modelo Biopsicossocial

Em contrapartida ao modelo biomédico, que é limitado devido às diferentes naturezas das causas das doenças (sobretudo aquelas causadas pelas condições da sociedade industrializada) surge na década de 70 o modelo Biopsicossocial (Engel, 1977), que engloba desde os factores sociais e psicológicos aos biológicos e que se caracteriza pela inserção de outros profissionais de saúde, além do médico, na actuação no campo de saúde, além de outros métodos de tratamentos, como a medicina alternativa (acupunctura, homeopatia, etc.) e principalmente pela "humanização" do atendimento aos pacientes (considerando-os como um ser totalitário e não apenas uma parte do corpo a ser tratada).

O modelo biopsicossocial afasta a noção de saúde como ausência de doença. As fronteiras entre saúde e doença estão longe de serem claras uma vez que dependem de aspectos culturais, sociais e psicológicos (Engel, 1977).

O modelo biopsicossocial tem por objectivo estudar os processos de saúde e doença através da interligação entre estas dimensões:

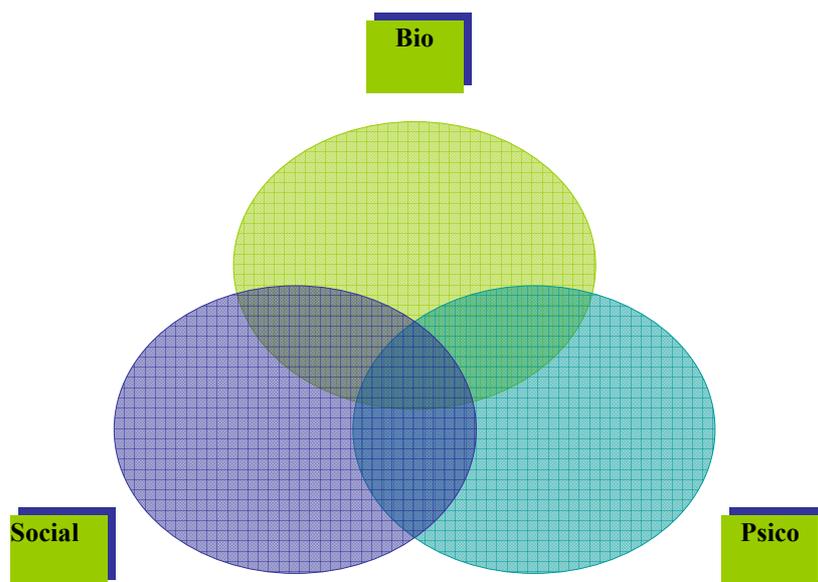


Figura 1.3 Dimensões do Modelo Biopsicossocial.

Cada uma destas dimensões só por si não pode ser indicativa de bem-estar ou cura. O reequilíbrio bioquímico não devolve necessariamente a saúde ao paciente. A dimensão biológica é necessária, mas não suficiente para os critérios de saúde e doença (Ribeiro, 1998). Apesar deste modelo abandonar o reducionismo biológico o indivíduo continua a ser visto como um ser passivo.

1.4.3 Modelo Holístico

Do grego “holos”, holismo refere-se à noção de totalidade, “o todo é mais do que a soma das partes”. O indivíduo deve ser encarado como um todo, incluindo quer os factores

físicos, mentais, espirituais sociais e ambientais, todas estas componentes existem na totalidade (Bliss *et al.* 1985).

Quando existe doença toda a unidade é afectada e não apenas uma parte da mesma. O profissional de saúde deve facilitar o processo de cura ou a promoção da saúde, acompanhando o indivíduo na tomada de decisão, para que este se conheça melhor, e se consciencialize da importância das suas atitudes e dos seus comportamentos para o seu estado de saúde (Bliss *et al.* 1985).

Assim neste sentido a saúde é definida de acordo com parâmetros subjectivos, experienciais e idiossincráticos (Reis, 1998). A saúde é vista como um bem-estar subjectivo que permite à pessoa alcançar os seus objectivos pessoais em determinado contexto sociocultural (Reis, 1992), só o indivíduo pode avaliar a sua própria saúde.

Neste sentido a educação do indivíduo é prioritária neste modelo, como sendo parte integrante do processo terapêutico (Reis, 1998). O profissional de saúde é um agente facilitador que informa o paciente sobre os factores que contribuem para a sua recuperação (Marks *et al.*, 1989).

O modelo holístico do bem-estar focaliza a sua atenção na necessidade de mudança de comportamentos individuais de forma a que haja um aumento dos factores protectores a fim de que haja *mens sana in corpore sano* (Dolgener *et al.*, 1998 in Pereira *et al.*, 2006).

Estando apresentados os três modelos de saúde torna-se fundamental reflectir na forma que cada um contribui para a “humanização” da saúde.

Se consultarmos o dicionário de língua portuguesa o termo “humanizar”, significa tornar humano, tornar mais sociável, tomar sentimentos humanos. Neste sentido a humanização refere-se ao Homem em si, considerando que só é possível humanizar em contexto de saúde se o consideramos como um todo.

As teorias cognitivas e construtivistas demonstram-no muito bem, uma vez que cada indivíduo interpreta a realidade de forma idiossincrática, o mesmo sintoma não é interpretado da mesma forma por diferentes indivíduos. Estas interpretações influenciam a evolução da doença e as estratégias de *coping* que o indivíduo vai utilizar para lidar com a doença.

O modelo biomédico como modelo empirista que é, não dá lugar a conteúdos e processos cognitivos, contribuindo de uma forma clara para a desumanização da saúde. O modelo biopsicossocial tem alguns elementos que contribuem, nomeadamente a forma como vê o Homem (ser biopsiossocial). Mas é ainda o profissional da saúde que detém a autoridade, ele recolhe informação e decide o que é melhor para o indivíduo.

O modelo holístico vê o Homem na sua totalidade, sendo atribuído o estatuto epistémico ao indivíduo. Este é activo e pode escolher, perante informação que lhe é dada, tendo em conta as suas necessidades.

Em suma, na verdade o modelo holístico parece-nos o que mais se aproxima do conceito de saúde definido pela OMS, embora tenhamos consciência que é um modelo que necessita de ser mais trabalhado.

É importante clarificar responsabilidades e coordenar actividades com vista a promoção da saúde. É necessário dinamizar e tornar mais efectivas e eficientes as estruturas de saúde.

Há portanto muito a fazer para que possamos afirmar que em Portugal há uma preocupação efectiva com o indivíduo e o seu estado de saúde.

CAPÍTULO 2 – COMPORTAMENTOS DE SAÚDE

A multiplicidade de formas como os indivíduos respondem aos sintomas físicos de uma doença constitui um dos fenómenos mais importantes a serem estudados no âmbito da saúde, uma vez que existem contrariedades nos comportamentos de saúde, se por um lado temos indivíduos que perante uma sintomatologia grave a ignoram, por outro lado temos indivíduos que perante uma pequena alteração física procuram a ajuda dos profissionais de saúde.

O aparente insucesso de campanhas de prevenção, ou programas de intervenção em produzir alterações do comportamento demonstra a necessidade de identificar factores que possam ter uma maior influência na promoção destes comportamentos preventivos (Figueiras *et al.*, 2005). Assim, a aplicação de modelos de cognição social baseados nas crenças podem contribuir na identificação de factores e na forma como estes podem influenciar a adopção de comportamentos preventivos.

Quando tentamos realizar qualquer que seja a acção de promoção de saúde é importante ter em conta a adesão da população que queremos atingir, se consideramos a não adesão como um problema na mudança de comportamentos.

Um comportamento de adesão requer por parte do indivíduo um envolvimento voluntário, de aceitação e colaboração com a manutenção, prevenção ou tratamento da doença. Neste sentido vamos abordar o modelo de auto-regulação de Leventhal, os modelos sociocognitivos (modelo de crenças de saúde, a Teoria do Comportamento planeado).

2.1 Crenças e seus modelos explicativos

Perante uma actividade ou uma situação de avaliação ocorrem-nos diversos pensamentos. Por um lado pretendemos compreender a nova informação e por outro surgem pensamentos avaliativos relacionados com fenómenos cognitivos – as crenças. A estes pensamentos avaliativos Beck (1959) denomina-os de pensamentos automáticos.

Segundo este autor, as crenças são desenvolvidas desde a infância, quer acerca do próprio indivíduo, quer acerca dos outros e da sociedade como verdades absolutas que orientam o dia-a-dia de cada um dos indivíduos. Estas crenças manifestam-se na forma

como pensam, agem e sentem perante uma determinada situação, determinando as respostas emocionais, comportamentais e fisiológicas.

Lima (1996) considerava que as crenças fornecem um suporte para defender uma posição atitudinal, ou seja, dão-nos a saber que tipo de informação um indivíduo tem face a uma determinada situação ou objecto, permitindo avaliar a veracidade ou não da mesma.

Ao implementarmos uma acção de promoção de saúde temos de ter em consideração a aceitação ou a rejeição do indivíduo. Tendo como pressuposto de que o seu comportamento é determinado pelas suas crenças.

O cancro, como doença crónica, assume uma dimensão especial, pelos mitos e crenças que a doença criou, como também pela insegurança, pela imprevisibilidade que cria no doente e na família e pelo medo irracional. É tida como a doença mais temível da humanidade, que provoca um conjunto de reacções emocionais ao nível do doente, com repercursões imediatas na família e na sociedade (Pinto *et al.*, 2007).

Para o indivíduo adoptar um comportamento saudável é de todo importante que ele acredite que ele próprio pode desenvolver a doença, e que esta pode ter consequências mais ou menos graves, sendo por isso necessário prevenir a doença ou reduzir a gravidade do impacto (Meneses *et al.*, 2000) e que os custos, físicos, psicológicos e financeiros sejam ultrapassados pelos benefícios de um comportamento saudável.

Os comportamentos relacionados com a saúde, e a adesão aos cuidados de saúde, são na sua maioria determinados pela representação que o indivíduo tem sobre a saúde e a doença.

2.1.1 Modelo de auto-regulação

O Modelo de auto-regulação de Leventhal, tem como objectivo fornecer uma explicação teórica que facilite a compreensão dos factores que influenciam as percepções individuais às ameaças de doença, a relação entre essas percepções e a descrição dos sintomas da doença e de que forma as crenças individuais influenciam os comportamentos preventivos. A representação da ameaça no estado de saúde, juntamente com os mecanismos de *coping* e a avaliação dos resultados são os principais componentes do esforço do indivíduo em regular o seu comportamento (Figueiras, 2004).

Este modelo não é muito utilizado em comportamentos preventivos embora também analise o impacto das mensagens de medo no comportamento preventivo. Partindo do pressuposto de que o medo em alguns casos é necessário para motivar as pessoas a adotarem comportamentos preventivos, a ameaça só por si não é suficiente, sendo necessário implementar um plano de acção, de forma a dar instruções claras para acções de sucesso, para que o indivíduo as incorpore nas suas rotinas diárias.

Alguns estudos referem que os indivíduos têm esquemas mentais que influenciam o seu comportamento (Bishop, 1991). Este modelo tem como premissa o indivíduo, uma vez que este é visto como um agente activo na resolução dos seus problemas.

O indivíduo responde à doença de uma forma dinâmica, de acordo com a interpretação e avaliação que faz dessa patologia, neste sentido a adesão pode ser o comportamento adoptado mais adequado. Neste modelo a chave está nos estádios da resposta à doença: representação cognitiva da ameaça, desenvolvimento e implementação de um plano de acção para lidar com a ameaça e satisfação com os resultados do plano de acção, que ocorrem a nível emocional e cognitivo em simultâneo, havendo uma interacção entre o processo de representação, o *coping* e a satisfação (Horne *et al.*, 1998).

Este modelo dá extrema importância aos sintomas na formulação de representações e nas estratégias de *coping*. As crenças que o indivíduo tem acerca do seu tratamento desempenham um papel importante na influência na adesão (Horne, 1997).

2.1.2 Modelo de crenças de saúde

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 acção. Uma vez que a ameaça surge de crenças acerca da gravidade percebida e da susceptibilidade percebida do indivíduo.

Posteriormente Becker e Mainam (1975, citado por Horne *et al.*, 1998) incluíram mais uma componente a este modelo: o estímulo. Que segundo os autores podem ser

internos e externos, nomeadamente sintomas ou informação adquirida, que vão originar ou não um comportamento de adesão.

O modelo de crenças da saúde (MCS) é um modelo psicológico que tenta explicar e prever comportamentos de saúde baseados nas atitudes e crenças individuais. Foi desenvolvido por um grupo de psicólogos sociais com o objectivo de explicar o reduzido número de participantes em programas de prevenção e detecção precoce. Para tal analisaram o que encoraja vs desencoraja os sujeitos a participarem nos programas.

Era importante conhecer as crenças acerca do que as pessoas entendiam como doença e as suas percepções acerca dos benefícios em tentar evitar a doença. Concluíram então que existem seis constructos que influenciam a decisão dos sujeitos, no que respeita à prevenção, ao rastreio e controlo da doença (Rosenstock, 1990):

- Susceptibilidade percebida, crença de que também são susceptíveis de desenvolver uma doença;
- Severidade percebida, a crença de que existem sérias consequências;
- Benefício percebido baseia-se na crença que se agirem podem reduzir os riscos, a susceptibilidade e as consequências;
- Barreiras percebidas, crença nos custos da acção;
- Sugestão para agir, quando estão expostos a factores que os fazem agir, por exemplo estarem a ver televisão e ser dito que é importante fazer a mamografia;
- Auto-eficácia.

O modelo prevê que a probabilidade de uma acção aumenta se a ameaça percebida da doença for elevada, e se os benefícios do comportamento vão compensar as barreiras (Horne *et al.*, 1998). De acordo com Rosenstock e Becker (1987 *citado por* Pais-Ribeiro, 2007) o modelo contempla os seguintes factores:

- Ameaça (percepção de susceptibilidade e da gravidade da condição)
- Expectativa do resultado (percepção dos benefícios e barreiras de uma determinada acção).
- Expectativa de eficácia (convicção sobre a capacidade para realizar a acção recomendada).

Este modelo está associado a comportamentos preventivos (Horne *et al.*, 1998). Nos rastreios do cancro, este modelo prediz se o indivíduo para o qual é dirigido percebe a sua susceptibilidade a um determinado tipo de cancro, encarando-o como grave, e vendo no rastreio mais benefícios do que barreiras.

Muitos investigadores sugerem que o Modelo de Crenças de Saúde representa um importante factor de participação em programas de detecção precoce do cancro da mama (Taylor, 1999).

Alguns estudos demonstram que este modelo prediz se uma mulher por exemplo tem intenção em realizar uma mamografia, ou seja, uma mulher realiza mais rapidamente um rastreio se tiver percepção de susceptibilidade para desenvolver o cancro da mama, então ela percebe que é benéfico realizar a mamografia (Stein, 1992). Outros estudos revelaram que a percepção de barreiras e benefícios se correlacionam positivamente com a mudança de comportamento (Champion, 1999).

O constructo dos benefícios percebidos é definido através de crenças acerca de resultados positivos associados a comportamentos vistos como ameaça.

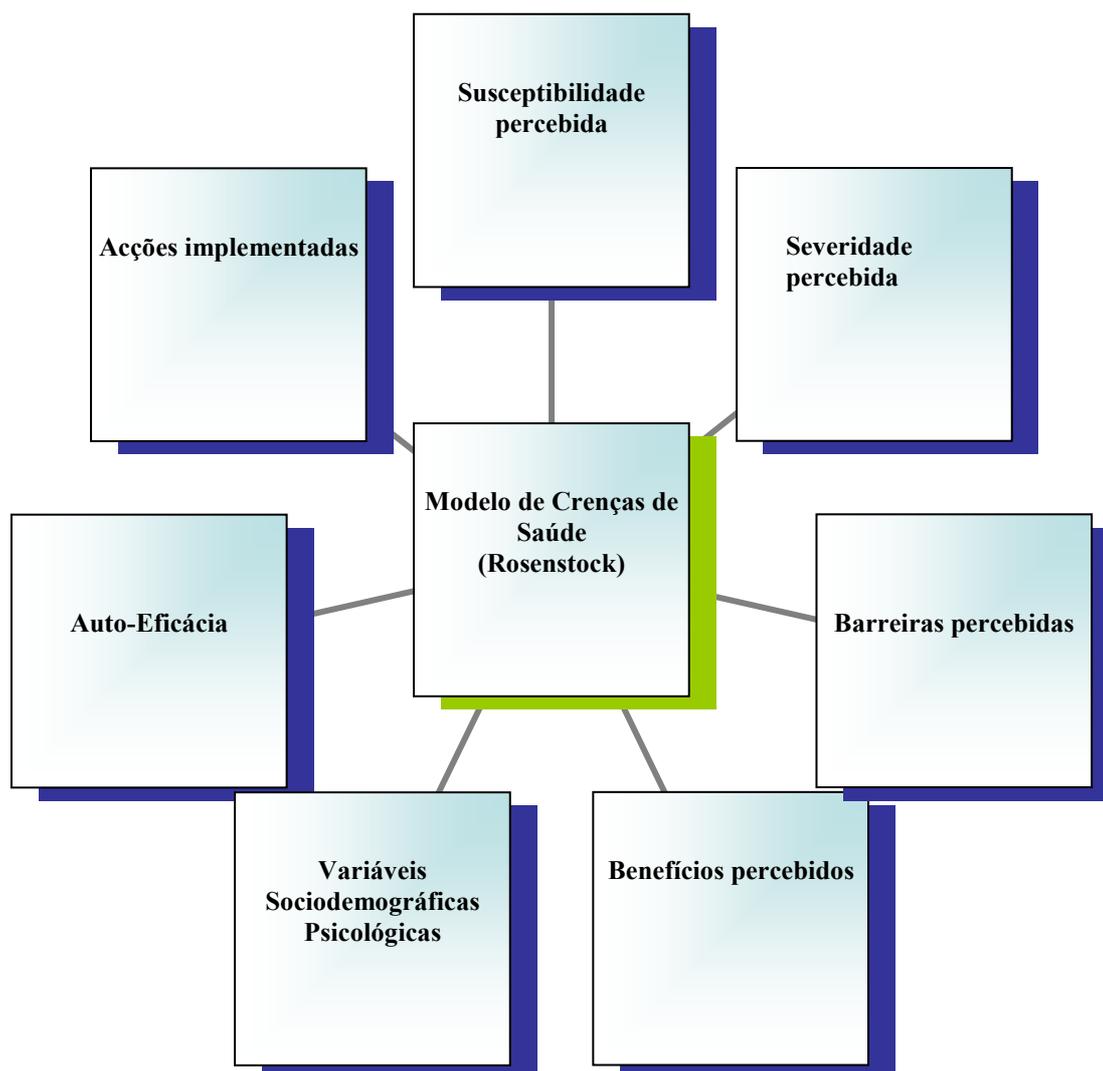


Figura 2.1 Estrutura do Modelo de Crenças de Saúde

Horne e Weinman (1998) referiram algumas críticas ao modelo, estando relacionadas com a simplificação dos conhecimentos relacionados com a saúde em construções alargadas como barreiras e benefícios sem especificar que crenças estão subjacentes a esses constructos. Outra crítica prende-se com o facto de não incluírem uma fase de intenção. E que este modelo demonstra que os comportamentos de saúde derivam de uma análise racional baseada nos custos e benefícios percebidos.

Mais tarde foram introduzidos dois novos conceitos: o de motivação para a saúde, e o de confiança. A motivação para a saúde está relacionada com as crenças e os

comportamentos acerca da saúde. A confiança é definida como uma crença de que um comportamento saudável pode ter um resultado desejável (Champion, 1993).

O MCS é utilizado para explorar uma vasta variedade de comportamentos de saúde nas mais diversas populações. O MCS prediz rastreios regulares se a pessoa perceber que é susceptível a desenvolver um cancro.

Alguns autores analisaram a frequência na realização de rastreios de saúde e concluíram que as barreiras sentidas pelos sujeitos eram os melhores preditores de o indivíduo procurar ou não ajuda médica (Norman & Fitter, 1989 *citado por* Ogden, 1999). Outros estudaram o comportamento de auto-exame da mama e concluíram que as barreiras e a susceptibilidade percebida eram os factores que melhor prediziam o comportamento saudável (Lashley, 1987; Wyper, 1990 *citado por* Ogden, 1999).

O modelo de crenças de saúde é um modelo psicossocial que permite explicar comportamentos de saúde, e é extremamente útil na identificação de factores associados ao cancro da mama e ao rastreio do mesmo (Rosensock, 1965; Champion, 1993; Champion *et al.*, 1997).

Em relação ao cancro da mama, apesar de existirem muitos estudos científicos que abordam os factores etiológicos, não foram encontrados muitos trabalhos quanto às crenças das mulheres quanto à situação de cancro da mama. O que se verifica é que apesar de haver uma possibilidade de diagnóstico precoce, muitas mulheres procuram os serviços de saúde tardiamente, elevando os riscos e consequentemente os índices de mortalidade.

Acreditamos então que a responsabilidade que a mulher assume quanto à vigilância da sua saúde, e a importância que atribui aos comportamentos saudáveis, a maneira como vivencia uma situação de doença, as suas expectativas quanto à resolução da mesma, as suas experiências anteriores e o conhecimento que possui, podem influenciar as suas condutas em relação à saúde. Daí ser importante, e de todo necessário conhecer as crenças quanto aos factores etiológicos e quanto ao modo como vivenciam um processo de rastreio.

Alguns estudos concluíram que o facto de as mulheres não apresentarem, ou vivenciarem situações, vistas como factores de risco para o cancro da mama, assim como o não possuir histórias familiares de cancro, faz com que julguem que a doença não se irá manifestar, não havendo por isso necessidade de fazer uma detecção precoce (Fugita *et al.*, 2006).

Algumas crenças de saúde, tais com os riscos percebidos de cancro da mama e benefícios percebidos e barreiras à mamografia e a auto-eficácia da mesma, podem ser bons preditores da realização da mamografia (Champion *et al.*, 2003).

O rastreio do cancro da mama, através da mamografia, reduz os índices de mortalidade em cerca de 25% a 35% nas mulheres com 50 ou mais anos. A literatura sugere que é importante intervir com base nos pressupostos do MCS, nas variáveis susceptibilidade percebida, benefícios e barreiras, com o intuito de demonstrar a significativa importância do rastreio do cancro da mama (Champion, 1999).

No caso da mamografia a mulher deve entender que o cancro da mama é uma doença séria, e que a mamografia revelará se ela tem ou não risco de o desenvolver. A mamografia é vista como um benefício, relativamente à detecção precoce do cancro da mama, é também vista como uma barreira, nomeadamente, no medo de ter um cancro, no medo das radiações, entre outros aspectos.

Alguns estudos revelaram uma relação positiva entre o tempo de diagnóstico e o ajustamento mental ao mesmo (Irvine *et al.*, 1991) e uma relação negativa entre a extensão da doença e o ajustamento (Northouse *et al.*, 1999).

2.1.3 Teoria do Comportamento Planeado (TCP)

A TCP (Ajzen, 1991) tem demonstrado ser um modelo com valor preditivo (Sheeran *et al.*, 2001). Esta teoria é uma extensão da teoria de acção racional (Ajzen *et al.*, 1980), que preconizava as cognições sociais sob a forma de normas (crenças individuais), ou seja, o indivíduo pode controlar o seu comportamento através das suas crenças, nomeadamente as atitudes em relação aos comportamentos, as quais podem ser positivas ou negativas, e pelas crenças no resultado do comportamento. A norma subjectiva é constituída pela percepção de normas sociais para um dado comportamento, bem como da avaliação da motivação; e o controlo comportamental percebido, ou seja, a crença de que o indivíduo mantém um determinado comportamento, em função de factores internos e/ou factores externos.

A TCP preconiza que o determinante mais importante de um comportamento de um indivíduo é a sua intenção comportamental. Esta intenção comportamental é sustentada por

três tipos de factores. O primeiro factor é a atitude para com o comportamento. A componente atitudinal é vista como uma função de crenças relevantes de um indivíduo acerca do resultado do comportamento.

A teoria da acção racional de Fishbein foi um dos modelos concebidos para a área da prevenção da saúde (Pais Ribeiro, 2007).

A teoria do comportamento planeado surge como uma teoria alternativa para justificar como é que certas influências num indivíduo determinam a sua decisão em relação a um determinado comportamento no âmbito da saúde

Esta teoria postula que o determinante mais imediato do comportamento é a intenção comportamental. A própria intenção é uma função de três tipos de factores. O primeiro é a atitude para com o comportamento, neste sentido as atitudes são conceptualizadas como avaliações da acção (Couto, 1998).

A componente atitudinal é vista como uma função nas crenças de um indivíduo, como resultado de um comportamento. As atitudes são conceptualizadas e compostas de uma avaliação de cada resultado do comportamento.

O segundo determinante é a norma subjectiva, pressionada pela motivação para a concordância com a pressão social. É assumida para ser determinada por crenças normativas sobre o que de relevante os grupos ou os indivíduos acreditam acerca do comportamento.

O terceiro determinante é a medida da força do controlo que o indivíduo tem sobre o comportamento. O controlo comportamental, que é constituído pela crença que o indivíduo pode implementar um dado comportamento (Pais Ribeiro, 2007).

Uma das limitações desta teoria tem que ver com o facto de não conseguir explicar comportamentos relacionados com a saúde (Horne *et al.*, 1998). Foca exclusivamente os aspectos cognitivos e da personalidade, como factores que podem contribuir para a tomada de decisão quanto à adopção de comportamentos preventivos.

Cada um dos modelos ou teorias apresentados tenta explicar por si a totalidade da intervenção. Contudo, a eficácia de cada um é muito variável, dependendo da área em que é utilizado, sendo portanto necessária uma adaptação e aperfeiçoamento dos mesmos com vista a satisfazer as necessidades de intervenção.

2.2 Optimismo

*As plantas acenavam ao vento de Agosto, nas suas hastes finas e verdes.
E disse a mais faladora de todas, alta e trigueira:
- Dás-me dez anos da tua vida?
Eu só tinha cinco anos e pus-me a contar pelos dedos, vi que ia ficar com muito pouco.
- Dou - disse eu
E ainda hoje, que nunca mais soube de mim, vou com o vento, balouçando.
E Agosto é todo o ano para mim (Ruy Belo, 2008).*

No âmbito da Psicologia da Saúde alguns factores de personalidade estão relacionados com a incidência de doença (Eysenck, 1994) e daí fazer sentido abordarmos a linha teórica que actualmente lhe dá um valor nobre, uma vez que não se centra na patologia mas no bem-estar geral – Psicologia Positiva.

A psicologia positiva foi definida por Seligman (1999) como o estudo científico das experiências positivas, as características individuais positivas, as instituições que facilitam o seu desenvolvimento e os programas que ajudam a melhorar a qualidade de vida dos indivíduos, prevenindo ou reduzindo a incidência de psicopatologia (Seligman *et al.*, 2005; Seligman *et al.*, 2000).

A psicologia positiva é definida também como o estudo científico das forças e virtudes humanas, as quais permitem adoptar uma perspectiva mais aberta relativamente ao potencial humano, as suas motivações e capacidades (Sheldon *et al.*, 2000) incluindo as virtudes cívicas e institucionais que responsabilizam o indivíduo na sua comunidade, promovendo características para ser um melhor cidadão (Seligman *et al.*, 2000).

Ao longo de várias décadas a psicologia desenvolveu o seu campo teórico nas emoções negativas, na debilidade humana, no patológico em geral (Vera, 2006), desenvolvendo modelos de intervenção eficazes e eficientes para muitos problemas psíquicos, em detrimento do avanço em métodos e estratégias para alcançar e otimizar os recursos e potenciais do indivíduo.

Nos últimos anos a investigação em Psicologia, tem vindo a modificar-se, evidenciando uma tendência para abordar as variáveis positivas e preventivas (Simonton *et al.*, 2005) estudando assim, os aspectos positivos da experiência humana, entendendo e fortalecendo os factores que permitem prosperar os indivíduos, as comunidades e as

sociedades. De uma forma geral, melhorar a qualidade de vida, prevenindo patologias resultantes de acontecimentos adversos (Seligman *et al.*, 2000).

Um dos principais objectivos da psicologia positiva é estabelecer que o sentimento de felicidade e bem-estar duradouro é estável nos indivíduos, e que está constituído por uma carga provavelmente genética, que em certa parte é independente do ambiente em que se vive, podendo ser modificada por circunstâncias específicas (Esguerra, 2006).

O temperamento é um dos preditores mais importantes dos níveis de experiências positivas que um indivíduo sente (Seligman *et al.*, 2005). A força é uma característica psicológica que se apresenta em situações distintas ao longo do tempo e as suas consequências devem ser positivas. Pôr em prática uma força provoca emoções positivas autênticas, actuando como barreiras contra a doença, entre elas, podemos destacar o optimismo, as competências interpessoais, a esperança, a perseverança entre outras (Seligman *et al.*, 2000).

Autores sugerem que os indivíduos podem fortalecer intencionalmente a sua capacidade para experimentar e maximizar emoções positivas, evidenciando melhor saúde física, emocional e social (Lykken, 2000; Seligman, 1998; Vaillant, 2002).

As emoções positivas podem centrar-se no futuro, presente ou passado (Seligman, 2002). Em relação ao futuro podemos salientar o optimismo, a esperança, a fé e a confiança; relacionadas com o presente temos a alegria, a tranquilidade, o entusiasmo, a euforia e as experiências óptimas, como a felicidade, a competência percebida e o interesse intrínseco pela actividade realizada (Csikszentmihalyi, 1990). Quanto ao passado podemos incluir como emoções positivas a satisfação, a complacência, a realização pessoal, o orgulho e a serenidade (Seligman *et al.*, 2000).

A interpretação subjectiva de factores objectivos na manutenção e criação da felicidade é de suma importância, no sentido de que muitas das vezes é promovida a ideia de que indivíduos felizes têm maior probabilidade de ver eventos ou acontecimentos de vida como positivos, conseguindo assim reforçar e promover o seu bem-estar, esperando resultados positivos no futuro, têm um sentido de controlo sobre os resultados das suas acções e confiam mais nas suas habilidades (Lyubomirshy, 2001).

Actualmente existem dados suficientes para afirmar que as emoções positivas potenciam a saúde e o bem-estar, favorecendo o crescimento pessoal, permitindo

sentimentos de satisfação com a própria vida, ter esperança, ser optimista e perceber-se como mais feliz (Fredrickson, 2000, 2001).

As emoções positivas têm um objectivo fundamental, além de ampliar os recursos intelectuais, físicos e sociais dos indivíduos, tornam-os mais duradouros e funcionam como um “fundo de reserva” em situações de ameaça ou oportunidade (Fredrickson, 2001).

Quando os indivíduos experimentam sentimentos positivos, as formas de pensamento e acção são alteradas (Seligman *et al.*, 2005), são utilizadas em certas situações mediante a optimização dos próprios recursos, quer a nível físico, social e psicológico (Fredrickson, 2001).

O optimismo é uma emoção que proporciona bem-estar e relaciona-se com as expectativas que as pessoas têm acerca do futuro (Lyubomirshy, 2001; Carver *et al.*, 2001), é uma disposição ou crença estável e generalizada de que ocorrerão coisas positivas (Scheier *et al.*, 1997).

O optimismo implica um sentido de controlo pessoal, assim como a habilidade para dar sentido a experiências de vida e associa-se a uma melhor saúde mental (Seligman, 1998). A literatura tem demonstrado que esta emoção tem efeitos favoráveis sobre a doença, aumenta a sobrevida em doentes terminais e incide sobre a percepção de bem-estar e saúde em geral (Seligman, 1998; Vaillant, 2002).

O optimismo, de acordo com estudos efectuados, relaciona-se de forma positiva com estratégias de *coping* favoráveis (nomeadamente a planificação, a reinterpretação positiva e crescimento pessoal, por outras palavras, estratégias de *coping* focadas no problema), e de forma negativa com estilos de *coping* considerados desadaptativos (*coping* centrado na emoção) (Chico, 2002). Tem-se verificado que os indivíduos com sérios problemas de saúde e que apresentam uma percepção optimista da doença, têm uma vida mais prolongada e relatam melhor qualidade de vida que aqueles que têm uma visão pessimista (Taylor *et al.*, 2000).

Indivíduos mais felizes são mais sociáveis, o que de acordo com Seligman e colaboradores (2005) a felicidade está associada a níveis de socialização satisfatórios. Outros estudos demonstram que ensinar as crianças a serem optimistas pode ser efectivo na prevenção de sintomas depressivos, por meio de estratégias de treino cognitivo e terapia de resolução de problemas (Jaycox *et al.*, 1994).

Uma vez que a psicologia positiva visa contribuir no estudo das condições e processos de desenvolvimento óptimo dos indivíduos, grupos e instituições (Gable *et al.*, 2004) os seus resultados são evidentes em diversas áreas da psicologia, desde a clínica, à da saúde e educacional.

A nível clínico um dos objectivos da psicologia positiva é mudar o processo de intervenção, por meio de estratégias terapêuticas que favoreçam a experiência emocional positiva, o qual está orientado na prevenção e tratamento de problemas resultantes de emoções negativas, como a ansiedade, a depressão, o stresse entre outras (Seligman, 2002).

A psicologia positiva no âmbito clínico e da saúde visa sobretudo estudar as fortalezas e as virtudes humanas, assim como os efeitos que estas têm nos indivíduos e na sociedade (Contreras, 2006). Esta aproximação constitui também uma importante estratégia para a prevenção, actuando como uma barreira contra os transtornos psicológicos e pode contribuir de uma forma importante com a capacidade de recuperação (Seligman, 2002). Alguns autores sustentam o princípio de que as intervenções preventivas devem orientar-se no sentido de modificar o ambiente para reduzir o stresse, desenvolvendo no indivíduo competências (Meyers *et al.*, 1999). Neste sentido um dos factores de personalidade que tem tido maior interesse é o do optimismo, que faz referência a expectativas positivas, ou seja, na crença de que no futuro ocorrerão mais situações de sucesso do que de fracasso (Carver *et al.*, 2001).

O optimismo assenta numa definição operativa mais ampla, que inclui expectativas de controlo sobre os resultados das nossas próprias acções, nas expectativas sobre a possibilidade de alcançar resultados positivos no futuro assim como numa certa componente de eficácia pessoal (Gillham *et al.*, 2001). Por outro lado estas crenças ou expectativas poderiam ser benéficas para a saúde, na medida em que possibilitam os processos de ajustamento mental dos indivíduos (Scheier *et al.*, 1992). São muitos os estudos que mostram a vinculação deste constructo com o bem-estar e com a saúde.

Alguns estudos efectuados com doentes oncológicos demonstraram que os indivíduos pessimistas apresentavam estratégias de *coping* passivo, assim como a negação da situação (Carver *et al.*, 1993), bem como uma menor demonstração de afecto (Schou *et al.*, 2004). Num estudo efectuado por Correa e colaboradores (2006) estes revelaram que

existem correlações significativas entre o optimismo e a ausência de sintomatologia física perante uma situação de doença.

A chave desta teoria está assente no conceito de optimismo disposicional, que é a crença de que os acontecimentos mais desfavoráveis que ocorrem na vida são vistos de uma forma favorável (Scheier *et al.*, 1992). Em alguns estudos efectuados que relacionavam o optimismo e acontecimentos de vida stressantes, verificou-se que os indivíduos optimistas usavam estratégias de *coping* mais adaptativas (Friedman, *et al.*, 1992; Schou *et al.*, 2005). Estes resultados foram também encontrados em indivíduos com cancro (Schou *et al.*, 2004, 2005). Um estudo longitudinal com mulheres com diagnóstico de cancro da mama mostrou que as mulheres mais optimistas apresentaram menos medos e mais satisfação com a vida do que as pessimistas (Carver *et al.*, 1994). Num estudo similar Schou e colaboradores (2004) referiram que após um ano de efectuarem a cirurgia à mama, as mulheres mais optimistas apresentavam menos níveis de ansiedade e de depressão do que as pessimistas.

Os resultados do estudo efectuado por Friedman e colaboradores (2006) revelaram que o optimismo disposicional está fortemente associado com medidas de saúde, nomeadamente com o distresse associado ao cancro e na satisfação com o suporte da família e dos amigos e com o bem-estar geral, bem como a idade, o tempo de diagnóstico, e com a história familiar de cancro da mama.

2.3 Suporte social

A pesquisa sobre suporte social continua a ser de muita importância, nomeadamente a sua relação com a saúde. Muitas são as definições de suporte social utilizadas e muitos instrumentos têm sido desenvolvidos para medir vários aspectos do suporte social. Estes aspectos incluem uma percepção individual de suporte, uma percepção de suporte nas relações interpessoais e o grau de integração do indivíduo com a comunidade (Pierce *et al.*, 1996).

O suporte social é tido hoje em dia como um elemento fundamental na Psicologia da Saúde e é visto como importante quer para a saúde, quer para a doença, embora se continue a discutir o vasto domínio do suporte social, tais como o número de amigos, a

frequência de contactos, ou de redes constituídas apenas por contactos sociais mesmo que não sejam amigos (Berkman, 1984).

Ao longo da vida de acordo com as necessidades, obstáculos e papéis que vamos tendo, também a forma e a quantidade de apoio variam, sendo o adequado em diferentes e distintas situações (Pereira *et al.*, 2005).

O suporte social é definido como *a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós* (Sarason *et al.*, 1983, p. 127).

Dunst e Trivette (1990 *citado. por* Pais-Ribeiro, 1997, p. 547) defendem que o suporte social se refere a recursos ao dispor dos indivíduos e às unidades sociais, tais como a família, que respondem aos pedidos de ajuda e assistência. O suporte social é visto como uma apoio acessível a um indivíduo, através dos elos sociais com outros indivíduos, grupos ou comunidade (Lin, 1986).

Bruchon-Schweitzer (1994, *citado. por* Llorca, *et al.*, 2004, p. 93) diz que o apoio social é o conjunto das relações interpessoais do indivíduo que procura um vínculo afectivo como a simpatia, a amizade e o amor.

Apesar de esta ser ainda uma definição ainda muito discutível, o mesmo tem sido referido quanto aos efeitos positivos nos diversos domínios, incluindo a saúde física e o bem-estar mental (Wortman *et al.*, 1987).

Vários autores afirmam que os doentes crónicos expressam satisfação com o suporte social emocional e prático, enquanto o suporte social informativo, especialmente quando provém de amigos e familiares, é visto como interferência indesejável (Ridder *et al. citado. por* Pais-Ribeiro, 1999, p. 548).

As relações que os indivíduos estabelecem vão ter uma grande influência na forma como adaptação a uma situação difícil irá decorrer (Moura- Ramos *et al.*, 2007).

Os trabalhos pioneiros de Cassel (1976) e Cobb (1976) apontaram para a influência das interações sociais sobre o bem-estar e a saúde dos indivíduos, nomeadamente procuravam entender de que forma a inexistência ou o pouco suporte social estava associado à vulnerabilidade para a doença, bem como os efeitos protectores do suporte social quanto à saúde física e mental.

Cobb (1976) concluiu que o suporte tinha efeitos protectores em situações de crise, entre eles a recuperação de doenças.

O suporte social é um factor atenuante das condições agressivas no diagnóstico e tratamento do cancro da mama. Os estudos nas áreas do cancro da mama mostram que a presença de suporte social, aquando do diagnóstico e ao longo do desenvolvimento da doença, é visto como uma necessidade (Lindop *et al.*, 2001). Mulheres que percebem um suporte social recebido adequado às suas necessidades, normalmente evidenciam níveis mais baixos de stress (Andrykowski *et al.*, 2000)

Podemos então dizer que o suporte social é constituído por um conjunto de mecanismos que protegem os indivíduos dos efeitos prejudiciais do stress, na sua saúde, bem-estar e qualidade de vida, que deveria estar independente dos acontecimentos stressantes (Vaz Serra, 2002).

Turner (1998) concluiu que o suporte social poderá actuar como um amortecedor no impacto da doença, mas também pode oferecer protecção.

Numa investigação levada a cabo por Broadhead *et al.* (1993 citado. por Pais-Ribeiro, 1999), concluiu-se que há uma relação entre os suporte social e a saúde, a má saúde era mais pronunciada entre os que tinham falta de suporte social, e que este estava mais associado à saúde nas mulheres do que nos homens.

Sarason *et al.* (1983) referem que a satisfação com o suporte social disponível é uma dimensão cognitiva com um importante papel na redução do mal-estar. *O suporte social é tanto mais eficaz quanto mais próximo se encontra do indivíduo* (Pinto *et al.*, 2005 citado. por Jardim *et al.*, 2006 p. 38).

O suporte social está associado a baixos níveis de depressão relacionados com acontecimentos de vida stressantes, e pode funcionar como um mediador nos mecanismos de *coping* (Bischoff *et al.*, 2004). Em estudos realizados verificou-se que em mulheres com cancro da mama, o nível e a qualidade de suporte social influencia a inter relação e a satisfação com o médico (Hay *et al.*, 2005). O suporte social está associado a bons resultados na saúde (Cohen, 2004).

Mulheres que lutam com o stress de um diagnóstico e tratamento ao cancro da mama encontraram apoio nas suas relações interpessoais (Friedman, 1992), e suporte

social foi utilizado para minimizar os efeitos colaterais e situações difíceis, como o cancro (Hegelson *et al.*, 1996).

Em alguns estudos tem-se verificado que em situações que envolvem grandes níveis de stresse, o apoio social é muito importante, não só para ajudar a lidar com a situação stressante, mas também como um apoio pessoal para lutar (Custódio *et al.*, 2006).

Em situações de crise, como é o caso do diagnóstico e do tratamento do cancro da mama, o suporte social tem sido referido como um importante factor protector e recuperador da saúde das mulheres (Hoffman *et al.*, 2006). Ainda que em estudos diferentes os modelos de apoio entre pares – *peer counselling* – apresenta-se como uma estratégia de apoio para lidar com os problemas de adaptação (Pereira *et al.*, 2006).

2.4 Coping

O doente vem à consulta médica ou está num serviço de saúde porque a sua saúde e bem-estar estão ameaçados, trazendo consigo sentimentos de insegurança, medo e ansiedade, e a expectativa do doente é que o profissional de saúde o conforte, compreenda e seu sofrimento e o alivie de alguma forma
(McIntyre, 1994, p.195).

O *coping* é visto como um conjunto de estratégias que os indivíduos utilizam para se adaptarem a situações adversas. Estas estratégias têm sido alvo de estudo da psicologia desde há várias décadas. Vaillant (1994) associou o *coping* a mecanismos de defesa, motivado interna e inconscientemente com a forma de lidar com conflitos sexuais e agressivos.

Numa primeira fase para os investigadores o estilo de *coping* utilizado pelos indivíduos era tido com estável, numa hierarquia de saúde *versus* psicopatologia. A partir da década de 60 surgiu uma nova perspectiva em relação ao *coping*, que procurou enfatizar os comportamentos e os seus determinantes cognitivos e situacionais (Suls *et al.*, 1996). O *coping* passou a ser conceptualizado como um processo transaccional entre o indivíduo e o ambiente com ênfase no processo e nos traços de personalidade (Folkman *et al.*, 1984).

Mais recentemente, um grupo de investigadores tem-se dedicado ao estudo de relação entre *coping* e personalidade. Este interesse surge da evidência de que os factores situacionais só por si não conseguem explicar toda a variação de estratégias de *coping* utilizadas pelos indivíduos. Por outro lado, o interesse no estudo dos traços de personalidade, através do modelo dos cinco factores tem contribuído na divulgação de estudos (Holahan *et al.*, 1996; O'Brien *et al.*, 1996). Neste sentido, os traços de personalidade mais estudados e que mais amplamente se relacionam com as estratégias de *coping* são o optimismo; a auto-estima e o *locus* de controlo (Carver *et al.*, 1994; Compas *et al.*, 1991).

2.4.1 Definição e modelos de *coping*

O modelo cognitivo proposto por Folkman & Lazarus (1980) divide o *coping* em duas categorias funcionais: o *coping* focado no problema; e o *coping* focalizado na emoção. Estas categorias emergiram de uma análise factorial que gerou dois componentes principais que serviram para definir estes dois tipos de estratégias de *coping*.

O *coping* é definido como um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais, utilizado pelos indivíduos para lidar com situações específicas internas ou externas decorrentes de situações stressantes (Lazarus & Folkman, 1984). Segundo os autores é o processo de avaliação cognitiva que vai determinar o nível de stresse de uma situação, bem como os recursos necessários para lidar com a mesma (Varela *et al.*, 2007).

Esta avaliação pode ser de três tipos: avaliação primária, na qual o indivíduo analisa o significado do acontecimento e lhe atribui significância ou não, para o seu bem-estar. Caso sejam negativas estes acontecimentos podem apresentar-se como ameaça, medo ou desafio (Pereira, 1991; Varela *et al.*, 2007).

Na avaliação secundária, o indivíduo analisa a situação e tenta arranjar formas de a contornar, de a ultrapassar, utilizando quer recursos físicos, psicológicos e sociais (Folkman, 1984).

Na terceira forma de avaliação o indivíduo analisa as duas anteriores, e analisa se tem recursos para lidar com a situação ameaçadora ou não.

Ao falarmos de *coping* convém diferenciar estratégias de *coping* de estilos de *coping*. De uma forma geral os estilos de *coping* estão relacionados com características da personalidade, enquanto as estratégias de *coping* referem-se a acções cognitivas ou a comportamentos tomados no decurso de uma situação adversa (Antoniazzi, 1998)

O *coping* é a parte mais importante da resposta ao stress. Quando um indivíduo é confrontado com acontecimentos de vida percebidos como perturbadores o seu organismo tenta reagir a esses acontecimentos, ajustando-se a eles (Bishop, 1994).

Lazarus e Folkman (1984) definem *coping* como *esforços cognitivos e comportamentais constantes para gerir exigências específicas, internas e/ou externas, que são avaliadas como excedendo os recursos do indivíduo* (p. 141). Os autores referem que uma situação é mais ou menos ameaçadora dependendo da avaliação que o sujeito dela faz. Um acontecimento é considerado ameaçador ou stressor se for visto como uma perda ou um prejuízo. O stress é a relação que se estabelece entre os acontecimentos perturbadores e as reacções do organismo. Lopez (1989, citado por Patrão et al., 2004) afirma que os acontecimentos stressantes são aqueles eventos que requerem um ajuste nas actividades quotidianas dos indivíduos e são percebidas por estes como indesejáveis.

Os estilos de *coping* são estratégias utilizadas pelos indivíduos para lidar com acontecimentos stressantes. O indivíduo pode utilizar diferentes estratégias para lidar com o stress:

- Estratégias orientadas para o problema, nas quais o indivíduo segue um plano de acção até eliminar a causa do stress, como sendo a procura de informação, a resolução de problemas;
- Estratégias orientadas para a emoção são utilizadas para reduzir a tensão emocional, ou descontrolo emocional; as estratégias focadas na avaliação prendem-se com a análise lógica, a reestruturação cognitiva e o evitamento cognitivo (Vaz Serra, 2002).

Folkman e colaboradores (2004) sugerem um estilo de *coping* como um modelo de processo dual, aspectos sociais do *coping*, e três novas direcções de pesquisa tendo como ponto de partida as emoções: lidar com as emoções do *coping*; regular as emoções e emoções positivas de *coping*.

Um dos novos desenvolvimentos do *coping* prende-se com um conjunto de formas e estratégias que os indivíduos adquiram para lidarem com futuros eventos potencialmente stressores, desta capacidade de resposta resulta o *coping* pró-activo. (Folkman *et al.*, 2004).

Este modelo define quatro componentes inter-relacionadas no processo de *coping* pró-activo: a importância do indivíduo construir uma reserva de recursos, ajudando-o a prevenir perdas futuras; o reconhecimento de potenciais stressores; um conjunto de estratégias de *coping* preliminares; e a obtenção de um feedback resultante dos esforços para lidar com o stress.

O modelo dual está orientado em processos dinâmicos de *coping*, no qual os indivíduos oscilam entre duas orientações: perda e restauração. O *coping* orientado na perda inclui um trabalho de sofrimento, de quebrar elos com a pessoa; A restauração do *coping* inclui factores secundários de stress, ou seja, novas aptidões para lidar com a situação de perda. Este modelo dual define um *coping* adaptativo que inclui uma oscilação entre a perda e a orientação no futuro.

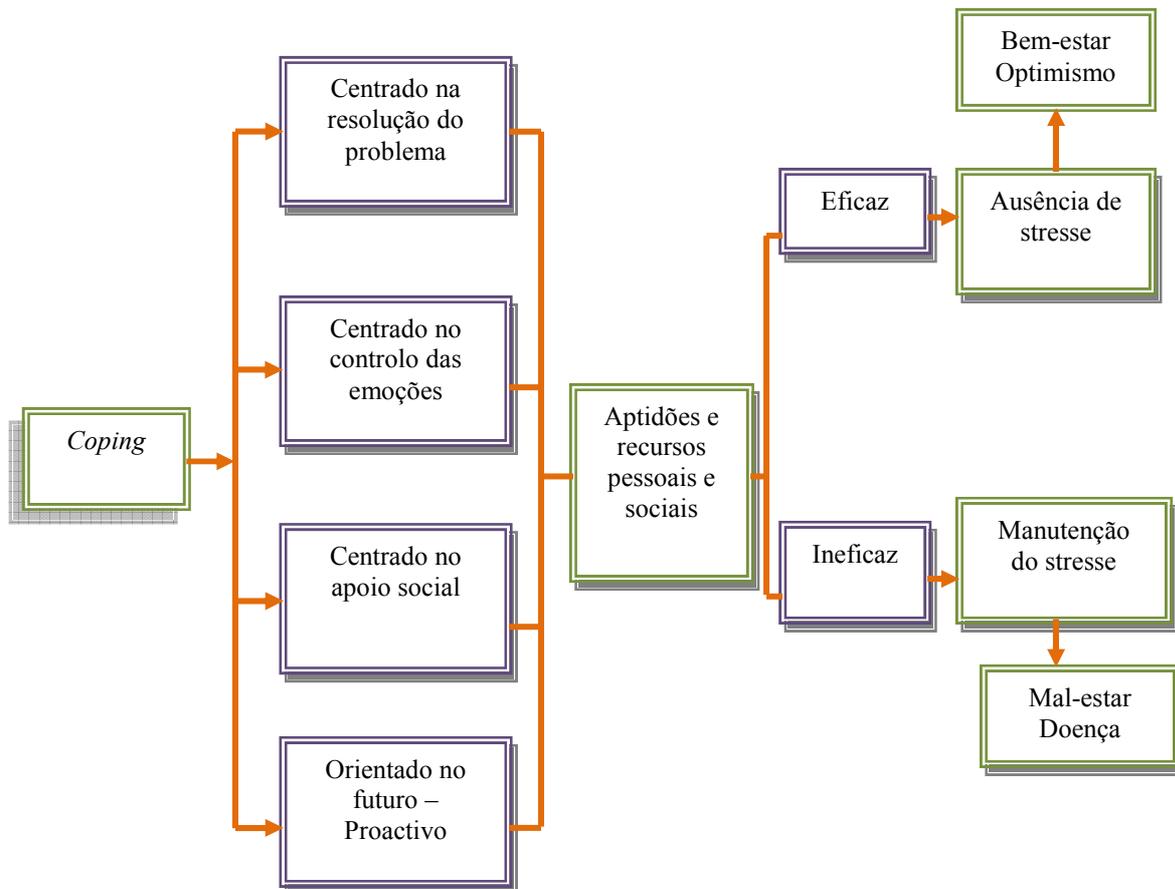


Figura 2.2 Tipos de estratégias de *coping* e suas consequências (adaptado, Vaz Serra, 2006)

Em investigações no âmbito do cancro da mama, verifica-se que o desespero e o evitamento são estilos de coping menos activos relacionados com uma resposta mal adaptada. Enquanto os estilos de coping mais activos relacionam-se com repostas mais adaptadas e um melhor prognóstico da doença (Watson *et al.*, 1998).

A doença oncológica é considerada um agente de stresse que implica a adopção de todo um conjunto de estratégias para lidar com a situação, podendo essas mesmas estratégias serem mais ou menos adaptativas.

Neste sentido não podemos deixar de referir uma das mais clássicas teorias do *coping* de Lazarus e Folkman (1986). Segundo os autores o indivíduo apresenta-se face a um agente activo, na avaliação cognitivo-emocional e individual da situação stressante (Santos *et al.*, 2003).

Segundo alguns teóricos é necessário ter em consideração a natureza do stressor, uma vez que o *coping* activo está mais focado no problema e é por sua vez mais adaptativo: enquanto o *coping* focado na emoção, está associado a situações desadaptativas e de pouco controlo (Faller *et al.*, 1999)

De acordo com alguns autores o ajustamento mental ao cancro pode ser definido como um conjunto de respostas comportamentais e cognitivas dadas pelo indivíduo perante um diagnóstico de cancro (Greer *et al.*, 1989). Quer a noção de *coping*, quer a de ajustamento mental requerem um esforço por parte do indivíduo para lidar com a situação stressante. O *fighting spirit* é visto como um conjunto de respostas mais adaptativas (*coping* focado no problema), os indivíduos têm uma visão mais optimista da doença, acreditam que se podem curar, em contrapartida o *helplessness* que é caracterizado por respostas desadaptativas de desânimo e desesperança, de negativismo e de descrença do controlo sobre a doença (Greer *et al.*, 1987). O *coping* evitamento está muitas vezes associado a pensamentos intrusivos da doença, estando por isso o *helplessness*/desânimo associado a altos níveis de distresse, que se manifestam no bem-estar e qualidade de vida do doente (Greer, 1999).

Enquanto a adopção de estratégias mais activas reduzem essa mesma sintomatologia, traduzindo-se em níveis de maior satisfação com a qualidade de vida e bem-estar.

2.4.2 Estratégias de *Coping* e Cancro

Alguns autores referem que o *coping* associado a uma doença resulta do estilo de *coping* individual, do comportamento, da cognição e das percepções utilizadas para manter o equilíbrio face à situação de doença (Rowland, 1989, *citado por* Varela *et al.*, 2007).

O *coping* associado à doença tem que ver com um conjunto de estratégias que visam a redução de ameaça, para que haja um equilíbrio emocional. Face um diagnóstico de cancro, e se este for percebido como uma ameaça, o doente actua de forma a reduzir a ameaça, utilizando mecanismos que visem a diminuição dos efeitos emocionais, negando a situação, ou a sua importância (Varela *et al.*, 2007).

Canavarro (2001, p.37) refere que o *stress* não implica necessariamente sofrimento ou níveis de funcionamento baixos (...) implica uma reorganização (...) que pode permitir o acesso a níveis de funcionamento superiores no sentido da resolução de problemas, a resolução dos problemas dependerá em grande parte das estratégias de *coping* utilizadas (Santos, 2004).

De acordo com Shontz (1975 *citado por* Ogden, 2004) perante um diagnóstico de doença crónica, os indivíduos podem passar por várias fases de *coping*:

- **Choque**, após um diagnóstico de doença crónica, neste caso particular, o cancro da mama, a maioria das mulheres passa por um estado de choque, definido por desorientação e de indiferença face à doença.
- **Reacção de defrontar**, depois do estado de choque, a mulher começa a ter consciência da gravidade da doença, e é confrontada com emoções negativas, tais como o desespero e o medo.
- **Retraimento**, nesta fase a mulher nega a sua doença e as implicações que ela pode ter na sua vida.

De acordo com o autor (*idem*) após a fase de retraimento a mulher progressivamente começa a lidar com o seu diagnóstico. Este modelo preconiza as mudanças imediatas após um diagnóstico, esperando que haja uma adaptação rápida face ao diagnóstico.

A adaptação de um indivíduo em “estar doente” é um processo complexo, assim achamos de todo conveniente fazer referência à teoria de Moos e Schaffer (1984, *citado por* Ogden, 2004), na medida em que estes autores defendem que a adaptação à doença depende quer de factores sociais e demográficos, factores relacionados com a doença e factores físicos e sócio-económicos (Grilo *et al.*, 2005).

Os autores criaram uma nova abordagem ao processo de *coping*, aplicando a Teoria da Crise, uma vez que esta tem por base a forma como os indivíduos lidam com adversidades da vida, e qual o impacto que elas assumem. Esta teoria foi já abordada anteriormente por Erickson através das crises de desenvolvimento como pontos de transição entre os ciclos da vida (Ogden, 2004 p. 80).

Esta teoria parece-nos de todo importante, na medida em que defende que o funcionamento psicológico do indivíduo visa a manutenção da homeostase, a ruptura desta na identidade pessoal e social do indivíduo tende a que o mesmo active estratégias de *coping* de forma a que restabeleça rapidamente a homeostase, uma vez que tem de lidar com uma nova situação que requer novos comportamentos. Deste modo, quando o indivíduo se confronta com um diagnóstico de uma doença grave, ele tenta fazer uma avaliação da situação e a forma como interpreta o seu estado de saúde condicionará as estratégias de *coping* a utilizar, daí surgir a crise.

Assim um indivíduo perante uma ameaça na sua saúde pode passar pelas fases esquematizadas na figura 2.3, nomeadamente os vários papéis que um indivíduo começa a desempenhar após um diagnóstico de cancro.

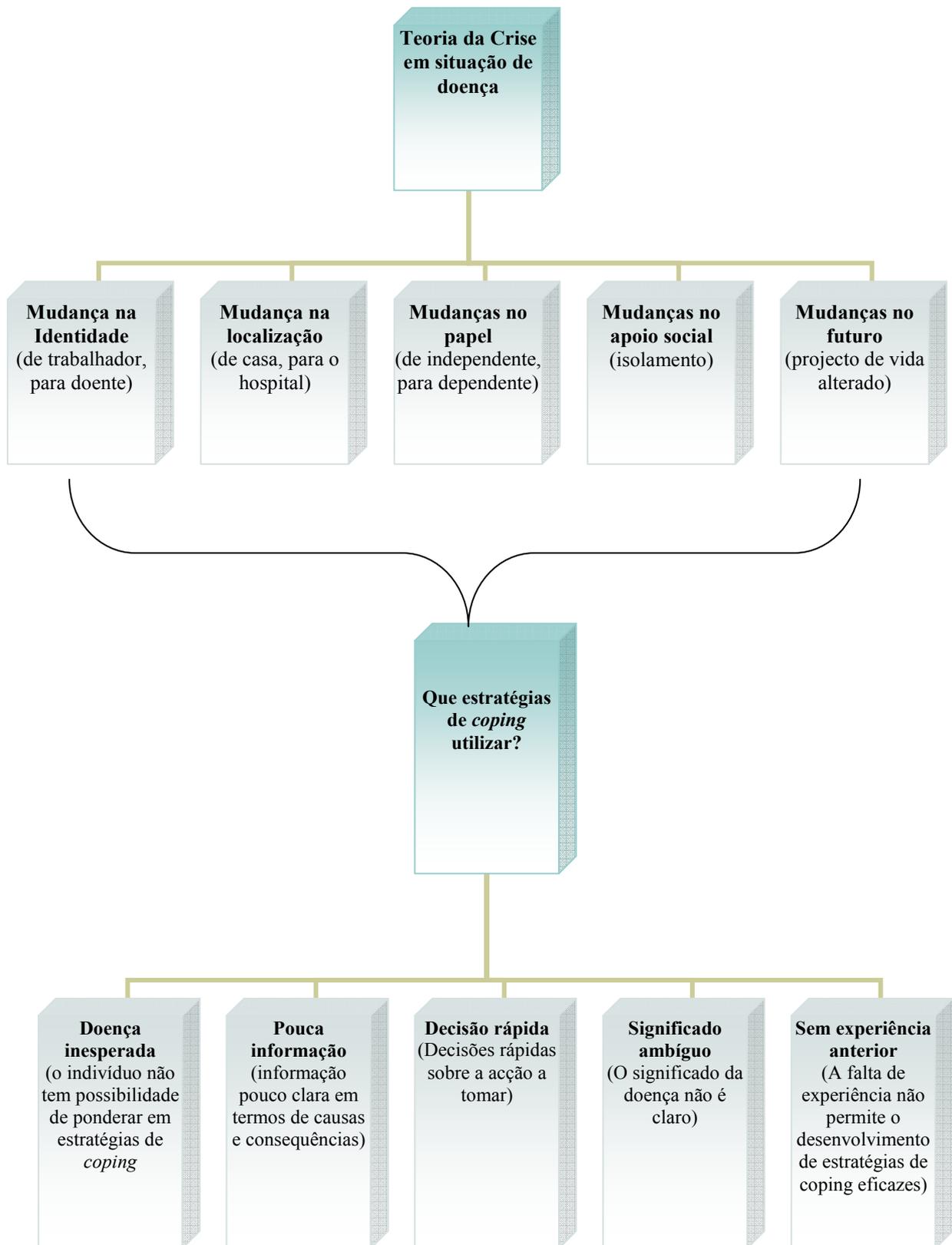


Figura 2.3 Fases da teoria da crise e factores inibidores de estratégias de coping

De acordo com Gross (1989) há hoje em dia um consenso que um conjunto de factores psicológicos necessita de ser estudado, incluindo os estilos de *coping* associados a emoções negativas. Alguns estudos sugerem que depois de um exame mamográfico o nível de ansiedade das mulheres é o mesmo, quando há o resultado de cancro da mama, a maioria das mulheres apresentaram emoções de repressão e negação, que funcionavam como estratégias para diminuir os níveis de ansiedade (Zachariae, 2004).

Mulheres com um diagnóstico de cancro da mama e com consequente tratamento precisam de apoio para a elaboração de estratégias de *coping*, quer logo após o diagnóstico, quer durante o tratamento (Friedman *et al.*, 2006).

De uma forma geral os modelos explicativos utilizados para compreender os factores que influenciam a realização de condutas de saúde recorrem a uma variedade de variáveis extrínsecas de intrínsecas do indivíduo. Os factores cognitivos além de modelarem as condutas podem modelar os efeitos de outros possíveis factores que são mais fáceis de mudar do que outros, e constituem um meio adequado para influenciar os comportamentos de saúde (Conner *et al.*, 1996).

Dos modelos por nós abordados o mais utilizado no estudo de factores associados ao rastreio do cancro da mama é o Modelo de Crenças da Saúde e a Teoria do Comportamento Planeado.

O MCS postula que a probabilidade de uma mulher adoptar comportamentos de saúde é determinado pela susceptibilidade percebida pelos benefícios e barreiras do rastreio do cancro da mama.

A TCP postula que o determinante mais imediato do comportamento é a intenção – o que a mulher pensa ou se propõe a fazer. Estas intenções são influenciadas por factores pessoais, baseados nas crenças que a mulher tem acerca das consequências que pode ter a sua acção.

Uma mulher está predisposta a levar a cabo uma conduta de saúde se acreditar que a conduta terá consequências que ela própria valoriza.

CAPÍTULO 3 - A DOENÇA ONCOLÓGICA:
- O CASO DO CANCRO DA MAMA

O cancro continua a revelar-se uma das doenças mais temidas pela Humanidade. Todavia, jamais o diagnóstico de cancro se poderá considerar, à luz do pensamento científico, como “uma sentença de morte” (Dias, 1994, p. 139).

3.1 Doença oncológica

A palavra cancro apareceu com Hipócrates, uma vez que usou os termos *carcinos* e *carcinoma* para descrever tumores ulcerosos e não ulcerosos. Em grego a palavra significa caranguejo, e foi provavelmente aplicada à doença devido às projecções em formas de dedo, características da doença.

Deters (2003) refere que a palavra “cancro” é muito abrangente, e é usada para referir mais de 270 doenças que têm em comum o crescimento descontrolado das células, que invadem os tecidos e órgãos (tumores malignos), podendo no entanto metastatizarem.

O nosso organismo é constituído por células, que se dividem periodicamente e de forma regular com a finalidade de substituir as já envelhecidas ou mortas e manter assim a integridade e o correcto funcionamento dos diversos órgãos.

O processo de divisão celular é regulado por uma série de mecanismos de controlo que ordenam à célula quando se deve dividir e quando deve permanecer estática. Quando estes mecanismos de controlo se alteram numa célula, esta e as suas descendentes iniciam uma divisão descontrolada que, com o tempo, dará lugar a um tumor ou nódulo. Os tumores podem também ser designados de neoplasmas – novo crescimento.

O cancro define-se por quatro características que descrevem como as células cancerosas actuam (Pais-Ribeiro, 2007, p. 252):

- *Clonalidade, o cancro tem origem numa célula única que prolifera formando clones da célula doente.*
- *Autonomia, o crescimento não é apropriadamente regulado pelas influências biológicas e físicas normais do meio ambiente.*
- *Anaplasia, há falta de coordenação normal de diferenciação celular.*
- *Metástase, as células cancerosas desenvolvem a capacidade de crescimento descontínuo e de disseminação para outras partes do corpo.*

O cancro é uma doença com várias causas. Alguns resultam de uma transformação genética, outros são consequência da história individual (por exemplo, com que idade teve a mulher o primeiro filho; quantos filhos teve), alguns resultam de uma exposição prolongada a agentes cancerígenos, tal como o tabaco. As causas do cancro permanecem desconhecidas, alguns são mais frequentes e aparecem com o evoluir da idade (Coleman *et al.*, 2008).

Como sugere a literatura, as principais causas dos cancros pode ser evitada, através de uma modificação comportamental, como é exemplo o fumar, as dietas e os comportamentos sexuais, bem como os factores ambientais, mas estes já não dependem do indivíduo em si, mas de toda a comunidade, científica, política, económica (Kritz *et al.*, 1995; Taylor, 1990).

Perante um diagnóstico de cancro surgem uma série de desafios que fazem com que o indivíduo se confronte não só com os aspectos físicos da doença, nomeadamente com a dor, as mudanças e a perda de capacidades físicas, mas também com o impacto psicossocial a ele associados (Bishop, 1994).

Numa entrevista efectuada, Simões (2005) refere que não se consegue curar o cancro, mas pode-se impedir que ele cresça. Transformando-se assim o cancro numa doença crónica, que também não se cura de forma definitiva.

As doenças crónicas são geridas em vez de curadas (Simões, 2005). Para além da dimensão temporal associada à cronicidade, há uma associação de problemas de ordem sanitária, exigências e reacções psicológicas, e necessidade de ordem social que fazem da doença crónica uma doença específica distinta da doença aguda (Giovannini, *et al.*, 1986).

As doenças crónicas acarretam consequências psicológicas e sociais muito importantes. A literatura demonstra que o indivíduo perante uma doença crónica necessita de uma adaptação nos múltiplos domínios da vida humana (Stanton *et al.*, 2007).

Durante muitas décadas, muitos teóricos debruçaram-se no facto de indivíduos perante uma doença crónica ajustarem os seus níveis de stress, e outros apresentarem um declínio significativo a nível emocional e interpessoal.

A OMS considera o cancro como uma doença crónica, percebida pelo indivíduo como uma ameaça à sua própria vida, uma vez que é difícil prever o

processo/progresso da doença, a eficácia dos tratamentos no indivíduo, e as repercussões a nível pessoal, familiar, profissional, e social.

Segundo a OMS, o cancro é uma das maiores causas de morte no mundo, fazendo uma previsão pouco optimista, uma vez que prevê que os números de mortes em 2015 sejam de 9 milhões, e de 11,4 milhões em 2030.

O *Center of Disease Control and Prevention* (2003) revela que em 2002 foram diagnosticados cerca de 11 milhões de indivíduos com cancro, e destes cerca de 7 milhões morreu no mundo inteiro. Prevê ainda que em 2020, surjam mais de 16 milhões novos casos de cancro, e que são esperados 10 milhões de mortes, no entanto prevê-se ainda que 25 milhões de indivíduos ainda sobrevivam vários anos após o diagnóstico de cancro. O cancro é uma das doenças que mais se pode evitar e é uma das mais curáveis.

Segundo dados da OMS para o ano de 2005, esta previu que o cancro mataria 23.000 indivíduos em Portugal, dos quais 10.000 teriam menos de 70 anos, tornando-se assim a segunda maior causa de morte em Portugal.

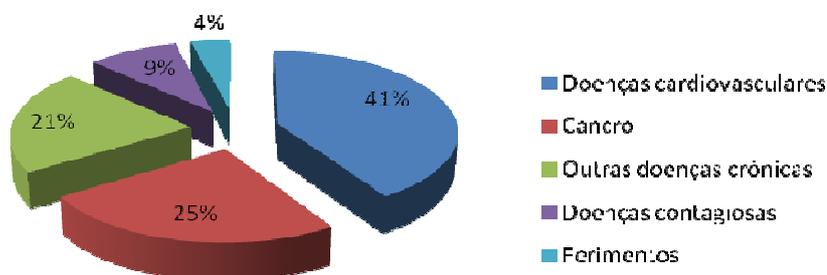


Gráfico 3.1 – Principais causas de morte (WHO, 2005)

Actualmente são quatro os cancros que dominam e requerem uma maior preocupação: - o cancro da mama, nas mulheres; - o cancro da próstata, e o do colón e recto (combinados) e o cancro do pulmão. Em 2006 estimou-se que iriam surgir na Europa dos 27, 320 000 novos casos de cancro da mama nas mulheres e que este seria o mais

frequentemente diagnosticado, enquanto a estimativa para o cancro da próstata era de 300 000 novos casos, no gráfico podemos verificar estas estimativas.

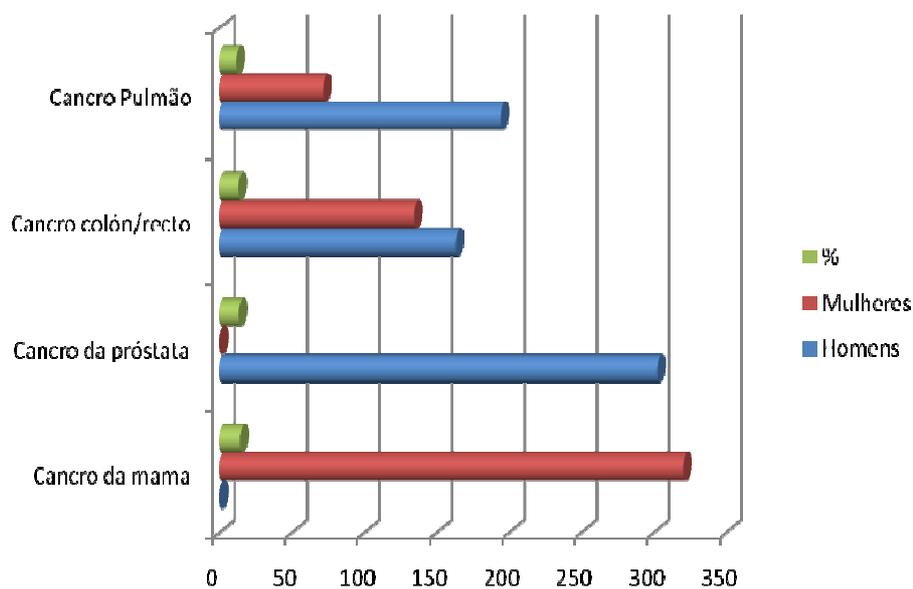


Gráfico 3.2 Estimativa do nº de novos casos (incidência) em 2006 para os quatro cancros mais comuns (milhares)

No gráfico 3.3 estão representadas as estimativas em 2006 por índices de mortalidade, tendo em conta as doenças atrás referidas. E verificamos que a doença que obteve maiores resultados foi o cancro da próstata nos homens, e o cancro da mama nas mulheres.

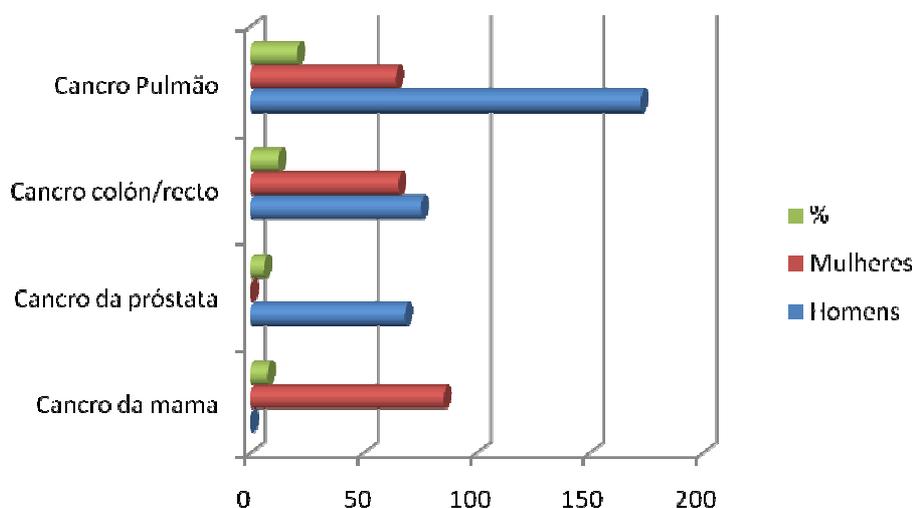


Gráfico 3.3 Estimativa do número de novos casos e índices de mortalidade em 2006 (milhares)

Os dados relativos ao ano de 2005 segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) demonstram e confirmam o previsto pela OMS, que Portugal mantém a tendência de aumento e de envelhecimento, prevendo que possa vir a representar cerca de 32% da população em 2050.

Alguns autores referem que relativamente ao cancro é necessário ter em conta alguns aspectos de ordem gerontológica, uma vez que estes tendem a ter mais situações patológicas crónicas, com sinais e sintomas que podem mascarar uma doença maligna, impedindo assim a sua intervenção precoce, e uma vez que devido ao factor natural de envelhecimento, quer a nível mental, físico e imunitário, têm uma menor capacidade para enfrentar os tratamentos associados ao cancro (Deters, 2003).

O Plano Nacional de Saúde (PNS) está assente em programas, planos e projectos, que face ao risco e ao peso da doença e à existência de intervenções de elevado rácio de custo-efectividade, tem feito um esforço em desenvolver programas e planos nacionais que abarquem todos os cidadãos do sistema nacional de saúde.

O Plano Oncológico Nacional (PON) é o instrumento enquadrador da luta contra o cancro que actualmente está inserido no PNS. O PON visa uma política de coordenação, intersecção e complementaridade com os serviços de saúde, englobando todas as fases da doença, desde a prevenção ao diagnóstico e tratamento, finalizando na reabilitação e nos cuidados paliativos (Ministério da Saúde, 2004)

A intervenção das agências do estado na política oncológica é muito incipiente e limitada, quer nos objectivos, quer nos meios, uma vez que não está clarificada a partilha de responsabilidades e o aprofundamento das relações de colaboração entre a Direcção Geral de Saúde; os Institutos Portugueses de Oncologia e as Organizações não governamentais, da qual a Liga Portuguesa Contra o Cancro é o melhor exemplo (idem).

3.2 Cancro da mama

O cancro da mama é uma das causas de morte mais frequentes em mulheres com idades compreendidas entre os 35 e os 74 anos de idade, quer nos EUA, quer nos países industrializados da Europa (Baltar *et al.*, 2001).

No caso português os dados encontrados e as grandes tendências que neles se verificam acompanham a generalidade os apontados para a UE em geral (Rodrigues, 1993).

O cancro da mama é a mais comum neoplasia diagnosticada em Portugal e no mundo Ocidental e ocorre num terço dos casos em mulheres com idades compreendidas entre os 35 e os 39 anos. Por este motivo o cancro da mama é considerado uma doença de extrema importância a nível mundial, havendo uma necessidade de discutir medidas que promovam o seu diagnóstico precoce, e consequentemente a redução da morbilidade e mortalidade (Sclowitz, 2005).

Em Portugal, mais de 3500 mulheres morrem de cancro por ano, e aproximadamente 1500 apresentam poucas probabilidades de sobreviver, dado que o diagnóstico é feito já numa fase avançada da doença (Cardoso da Silva, 1998, citado por Reis *et al.*, 2000). Nas mulheres, um em cada quatro casos de cancro, corresponde a cancro da mama (Dias, 2002).

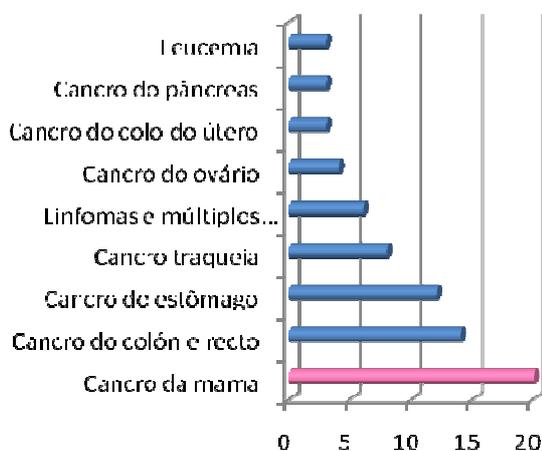


Gráfico 3.4 Principais cancros por cada 100 000 mulheres (WHO, 2005)

O fenómeno saúde/doença está inserido num sistema complexo/ de relações e contextos, no qual interferem factores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais. A doença oncológica da mama é uma realidade muito presente no quotidiano,

deixando marcas muito profundas na mulher, na família e em toda a rede social que a envolve, uma vez que a esta doença está associada a morte e a dor (Amorim, 2006).

A mama desempenha um papel fundamental a nível da imagem corporal da mulher. A representação simbólica relacionada com a atracção e o desejo sexual, a sua percepção constitui um grave problema para a mulher.

Ao abordarmos o caso do cancro da mama não será de todo descabido apresentar a constituição da mama como visualizamos na figura 2.1.



Figura 3.0 – Representação anatómica da mama

Existem vários tipos de cânceros da mama, cada um variando de mulher para mulher em função do tipo de tumor (figura 3.2)

- O carcinoma *in situ* é um tumor da mama não invasivo e o mais frequente. O método mais eficaz para o diagnóstico é a mamografia e a probabilidade de cura é muito grande;

- O carcinoma *in situ* não é considerado um verdadeiro cancro, uma vez que não se transfere para outros locais. Embora mulheres com este tipo de cancro apresentem maior risco de desenvolver um cancro invasivo.

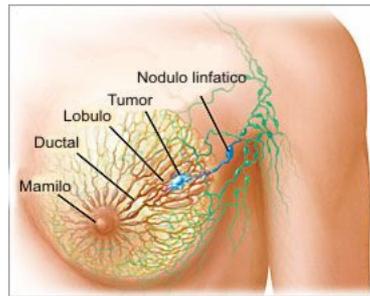
□ de desenvolver um cancro `a iama iþvasir2

O a!raùnoma ducp□l invasor é o canarg da mama mais f equen4e e□tem oriçei o□s qctos e invade os tecidos vizonmos, podmodo lgwmo `isseminar-se atp`vés dos vasos linfáticos □Š do sangue, atingindo owTr□s ózg□□s;

- O carcinoma mobuLar infas□r tee □rigçm nas glâfdulas mam ríaa, à semel`ança no carcinoma ducta` yovasor qode `□

semi-se` outb`3 arte do corpo;

- E o alr!ioma hTMlamayöpim da mama) é o mais gressmwo, a^{ntudo} é mai^{baúo} d\$
uuE os out



3

2. Representação da lama com lâminas

Ao longo do desenvolvimento científico e técnico, a utilização de métodos implementados a nível europeu e nacional, o que, de facto, é uma continuação da preocupação com muitas mulheres, não são aquelas que já passaram pela experiência, mas as que temem perder.

Existem alguns factores associados ao cancro da mama, nomeadamente o estágio de desenvolvimento da mulher / nível socio-económico com influência dos potenciais factores de risco. No que diz respeito ao acesso à saúde; à idade; à mortalidade; ao desenvolvimento psicológico, na medida em que o acesso ao diagnóstico precoce se dá na avaliação de indivíduos com sintomas; e, em parte, devido a uma vez que influencia na capacidade de interpretar o resultado, em conjunto com a informação fornecida ao paciente, a prestação de serviços médicos.

Ä o sistema d% `poio, on`e in#lðí}or a amí

ia, o grupo de risco da rede de relacionamentos familiares (Arim, 2006),

A história familiar de cancro da mama é frequentemente um fator de risco para o aparecimento e desenvolvimento da doença. Bom exemplo, mulheres que tenham familiares com cancro da mama têm entre 3 a 30 vezes mais risco de desenvolver a doença. Mulheres em que as mães ou irmãs tiveram cancro da mama têm 14 vezes mais probabilidade de desenvolver o cancro da mama do que as que não têm (Sattil *et al.*, 1985).

Quando uma mulher é diagnosticada com cancro da mama, todas as mulheres (grau de parentesco directo) da família estão em risco. Isto implica todo um conjunto de factores para os quais os profissionais em psico-oncologia devem estar preparados. Embora actualmente não exista ainda uma preocupação efectiva, no sentido da detecção precoce do cancro.

Perante estes aspectos é importante ter em consideração que o conhecimento do risco pode desenvolver stress psicológico; estas mulheres deverão ser aconselhadas quanto às estratégias de prevenção, com controlos periódicos essencialmente; deveriam saber que podem pedir um teste genético, para determinar a carga genética passível de mutação, e os tipos de cancro da mama que pode desenvolver (Ferrandis *et al.*, 2002).

Alguns estudos demonstraram que mulheres com história familiar de cancro da mama apresentam níveis de ansiedade, de medo, de desespero e isolamento muito elevados (Zakowski *et al.*, 1997; Lerman *et al.*, 1993). Por outro lado, o impacto da história familiar deve ser um factor de aderência ao rastreio, mediado pela susceptibilidade percebida para a doença. Neste sentido, a presença de um factor de risco (HFCM) pode influenciar e predispor à adesão, isto se a mulher lhe der a devida importância a ele e à doença (Constanza *et al.*, 1992)

3.3 Prevenção do Cancro da Mama

De forma geral, a detecção precoce do cancro da mama pode reduzir a mortalidade, daí serem importantes formas de prevenção eficazes e eficientes. Como refere Pais-Ribeiro (2007, p. 196) a prevenção está associada a todas as acções que são implementadas, de acordo com a fase da doença:

- A **prevenção primária** está associada ao *estado de susceptibilidade à doença (...) ou da redução da exposição dos indivíduos susceptíveis*. De acordo com alguns estudos, existem alguns factores que podem ser apontados como factores de risco e/ou de protecção, entre eles podemos salientar a idade, a história familiar de cancro da mama, a idade de concepção do primeiro filho e a susceptibilidade genética (Bobo, 2000).

- A **prevenção secundária** está associada a todos os esforços orientados para a experiência da doença, com sintomas e sinais associados. Como estratégias preventivas podemos indicar o Auto-exame da mama (AEM) e o rastreio. O AEM de acordo com a Liga Portuguesa Contra o Cancro consiste *numa simples observação e palpação dos seios efectuada pela mulher*, apenas uma vez por mês após o período menstrual.

- A **prevenção terciária**, está associada *ao estado da doença (...) e visa diminuição da incapacidade e o restabelecimento de um funcionamento eficaz*. Nesta fase é de extrema importância o suporte, quer seja ele familiar, quer social, nomeadamente a inclusão em grupos de auto-ajuda.

Numa meta-análise crítica efectuada por Pereira e colaboradores (2007), estes verificaram que os artigos analisados visavam essencialmente prevenção secundária baseada quase que exclusivamente em fármacos. Não havendo uma preocupação em fomentar programas de promoção e educação para a saúde.

3.3.1 Auto-exame da mama (AEM)

Na revisão de literatura por nós efectuada deparamo-nos com algumas questões que nos pareceram bastante curiosas e interessantes: - Será que o AEM detecta mais anormalidades na mama do que outro tipo de método?

Neste ponto da nossa investigação deparamo-nos com um conjunto de contrariedades acerca do AEM.

Vários estudos demonstram que uma grande percentagem de cancros da mama foram detectados pela própria mulher, enquanto outros demonstram que é numa consulta de rotina que as anormalidades são detectadas e neste caso pelo médico (Greenwald *et al.*, 1978). Quatro estudos que visavam analisar os métodos de detecção precoce do cancro da mama incluíram o auto-exame da mama (AEM) como um método eficaz.

Greenwald e colaboradores (1978) verificaram que as mulheres que tinham como prática frequente o AEM, identificavam mais precocemente anormalidades na mama, do que as pacientes que os descobriam acidentalmente ou em consultas de rotina.

Um outro estudo demonstrou que as mulheres que praticavam o AEM o detectavam mais cedo do que o médico. Mahoney e colaboradores (1979) seguiram um grupo de mulheres com elevado risco de desenvolver cancro da mama, num período de seis anos. Todas as mulheres do estudo foram ensinadas a efectuar o AEM, 90% achava que possuíam competências para o efectuar. Do total de lesões detectadas mais de 66% foram descobertas durante uma consulta de rotina.

Os resultados destes estudos evidenciam o AEM como um método de detecção precoce do cancro da mama, mas não existem estudos suficientes para responder à questão levantada.

É importante reconhecer que o auto-exame da mama é considerado como uma acção preventiva importante e eficiente, e é também um importante instrumento de transformação uma vez que consciencializa para uma atenção particular ao corpo, nomeadamente na detecção atempada de sinais ou sintomas, e uma consequente mudança de comportamentos de saúde (Freitas *et al.*, 1998).

Ao abordarmos esta questão do AEM não nos podemos esquecer da quão complicada tarefa é efectuar-lo. Por um lado temos de ter em consideração todo um conjunto de crenças associadas à palpação da mama, nomeadamente a susceptibilidade percebida pela mulher em ter qualquer que seja a anomalia na mama. O facto de possuírem todo um conjunto de crenças que as impede de efectuar o AEM, como o medo em encontrar algo ao qual não sabem dar resposta, o medo da discriminação social, uma vez que o cancro da mama é visto como uma “avaria” no sistema, avaria essa que jamais poderá ser recuperada, pondo em causa toda uma estrutura familiar, profissional e social.

O cancro da mama na vida da mulher acarreta todo um conjunto de efeitos traumáticos. Por um lado a mulher depara-se com a iminência da perda de um órgão altamente investido de representações, como o medo de ter uma doença sem cura, repleta de sofrimento e estigma.

Sendo o cancro da mama a neoplasia mais frequente no mundo ocidental, e ocorre em mulheres com idades compreendidas entre os 35 e os 40 anos, a implementação do rastreio do cancro da mama tem contribuído para o diagnóstico de um maior número casos numa fase ainda precoce da doença, e para um maior número de cirurgias conservadoras e para uma diminuição da taxa de mortalidade (Santos, 2004).

A realização regular do AEM e da mamografia estão associados com crenças de saúde, tais como a susceptibilidade percebida em ter cancro da mama, a gravidade do cancro da mama e os benefícios e barreiras dos mesmos, combinados com reduzida percepção de auto-eficácia, e motivação para a saúde são significativos (Champion, 1999). O estatuto socioeconómico, o nível académico, a referência do médico, o conhecimento sobre o cancro da mama, o AEM, a mamografia e a história familiar de cancro da mama estão associados com a realização do AEM e mamografia (Champion, 1997; Legg *et al.*, 2003).

O AEM é um método sem qualquer custo para a detecção precoce do cancro da mama e a prática regular pode funcionar como um factor protector nos níveis de morbidade e mortalidade por cancro da mama (Franek, 2004). A *American Cancer society* recomenda que se deve iniciar a prática do AEM por volta dos 20 anos de idade (Roux, 2001).

Em estudos efectuados acerca da realização do AEM concluiu-se que havia uma associação entre níveis académicos baixos e a falta de informação sobre o AEM, uma vez que as mulheres deste estudo, na sua curta vida académica não lhes foi dito o que era e em que consistia (Alsaif, 2004; Haji, 2002).

Outros autores referem que as mulheres não efectuam regularmente o AEM com medo de encontrarem alguma anomalia (Dirksen, 2004). Rosvold e colaboradores (2001) verificaram que a prática do AEM está associado ao nível académico e profissional das mulheres. Como resultado do estudo constataram que uma pequena percentagem (6%) é que consideravam o AEM como desnecessário numa amostra de médicos e enfermeiros.

Por outro lado, um outro estudo revelou que os profissionais de saúde não têm como rotina o AEM, uma vez que é tempo desperdiçado e dá muito trabalho realiza-lo (Haji *et al.*, 2002). Em estudos mais antigos o AEM era considerado um método muito eficaz na detecção de tumores. As mulheres que o efectuavam regularmente encontravam mais rapidamente alguma anomalia, do que aquelas em que o AEM era efectuado apenas em consultas de rotina (Greenwald *et al.*, 1978).

O estudo do AEM e a influência dos factores sociodemográficos deve ser ainda bastante estudada, uma vez que não existem conclusões coerentes. Alguns estudos indicam que não há uma associação entre a idade e a prática do AEM (Smith *et al.*, 1999). Em contrapartida, outros estudos encontram uma relação positiva entre a idade e a prática e

frequência do AEM, mas nenhuma destas relações é estatisticamente significativa (Lesnick, 1977).

Contudo a eficácia do auto-exame da mama prende-se com o treino, a mulher deverá desde muito cedo efectua-lo a fim de conhecer o seu corpo, para que perante uma anomalia ela a saiba reconhecer.

O auto-exame serve para a difusão e divulgação de informações a respeito do cancro da mama, desde os seus factores de risco até a redução dos mitos e crenças a respeito do seu tratamento. Assim, é conveniente divulga-lo para chamar a atenção das mulheres, a fim de que se interessem mais pelo tema, tendo acesso a mais informação.

Em suma, não conseguimos apresentar dados consistentes de que ao AEM esteja associada a eficácia e a eficiência. Por um lado encontramos estudos que o demonstram, enquanto outros não lhe atribuem tanta importância.

O AEM deverá ser uma prática a implementar entre a comunidade feminina. Porque não começar na adolescência com um Auto-conhecimento da mama (ACM)? – É na puberdade que se iniciam as transformações corporais, logo é importante que o auto-conhecimento se inicie nesta fase, a rapariga começa a compreender as transformações corporais e poderão estar mais atentas a eventuais anormalidades na juventude ou na adultez com alguma precocidade e facilidade.

3.3.2 Rastreio do cancro da mama

A detecção precoce do cancro da mama tem sido o método mais eficaz na redução das taxas de mortalidade associada a esta doença, e constitui um dos principais objectivos dos programas de prevenção. O rastreio do cancro da mama realizado de forma periódica e regular resulta num método mais amplamente reconhecido como forma de detecção precoce do cancro da mama (Andreu *et al.*, 2002).

O rastreio é definido como um meio para detectar precocemente a doença em pessoas assintomáticas, daí se inserir na prevenção secundária do cancro da mama. O rastreio não tem como objectivo fazer um diagnóstico, mas indicar pessoas que, por apresentarem exames alterados ou suspeitos devem ser encaminhadas para investigação diagnóstica (Eyre *et al.*, 2000). □Nos últimos a □os teo-se discutido muito alguns aspectos

Nos últimos anos tem-se discutido muito alguns aspectos relacionados com o rastreio (nomeadamente quanto à ética do rastreio, ou seja, ao rastreio devem estar associados benefícios, bem como a inexistência de consequências negativas para o indivíduo; à eficácia dos custos do rastreio; e os efeitos secundários a nível psicológico, nomeadamente em termos psicológicos de um falso positivo ou um falso negativo, uma vez que um falso positivo pode levar a tratamentos desnecessários e sentimentos de ansiedade; enquanto um falso negativo pode levar a que a doença progrida, sem intervenção médica adequada (Ogden, 2004). O rastreio como refere Ogden (2004) deve trazer mais benefícios para o indivíduo, nomeadamente na detecção da doença ou de alguma situação sintomática que permita um eficaz tratamento.

Alguns estudos referem que o rastreio do cancro da mama reduz cerca de 30% a taxa de mortalidade (Shapiro, 1977; Hinton, 1912). Um programa de rastreio é importante quando a doença se constitui como um problema de saúde pública, detectando-se lesões precursoras

com vista à redução de novos casos de cancro e consequente número de óbitos (Blamey *et al.*, 2000).

Segundo o Plano Oncológico Nacional – PON (Diário da República I Série B), *os programas de rastreio consistem na aplicação de exames sistemáticos a toda a população saudável ou de grupos específicos seleccionados da população saudável, com o objectivo de diminuir a incidência e a mortalidade.* Ainda no seguimento do PON no rastreio do cancro da mama o exame a utilizar é a mamografia, e *deve ser desencorajado o rastreio sistemático em unidades sem sistemas adequados de controlo de qualidade.*

Em mulheres assintomáticas o rastreio deverá iniciar-se a partir dos 45 anos ou antes desde que haja aconselhamento médico (LPCC). O rastreio do cancro da mama processa-se através da realização de uma mamografia, que não deve ser efectuada antes dos 25 anos, devido à elevada densidade mamária e a um maior risco de absorção de radiações (Santos, 2004).

Este exame deve ser realizado com o intuito de detectar possíveis alterações na glândula mamária, que evidenciem a presença de desenvolvimento de cancro da mama. Para mulheres com risco elevado de desenvolver cancro da mama, é de todo aconselhável iniciar o rastreio antes dos 45 anos, aqui podemos incluir mulheres com história pessoal de cancro da mama, mulheres com antecedentes familiares de cancro da mama, mulheres com BRCA 1 e BRCA 2 positivos (Aguillar, 2003).

Alguns autores sugerem que uma das consequências do distresse psicológico em mulheres com história familiar de cancro da mama a adesão ao rastreio do cancro da mama diminui (Kash *et al.*, 1992; Lerman *et al.*, 1993).

É muito importante conhecer os sinais que podem evidenciar o cancro da mama:

- Um nódulo pequeno ou espessamento da mama;
- Uma modificação da forma da mama ou um mal-estar persistente;
- Se existem secreções fora de um contexto de gravidez.

Em caso de aparecimento destes sinais a mulher deverá consultar imediatamente o seu médico.

Para as mulheres que não têm nenhum sintoma as recomendações médicas são as seguintes:

- Mulheres com mais de 20 anos, deverão proceder mensalmente e após o período menstrual a um cuidadoso auto-exame.

- Mulheres com mais de 50 anos deverão efectuar uma mamografia de dois em dois anos.

As mulheres com antecedentes familiares ou pessoais de cancro da mama devem consultar o seu médico que julgará da oportunidade, de efectuar mamografias com um tempo de repetição menor.

Muitos estudos associam o auto-exame da mama a uma detecção precoce de pequenos tumores, ajudando por isso a um rápido diagnóstico da doença (Harvey *et al.*, 1997; Hill *et al.*, 1985), bem como a uma taxa de sobrevivência que varia entre os 15 e os 30% em exames regulares à mama, compreenda-se o auto-exame da mama (Huguley *et al.*, 1988; Vassef, 1987).

No entanto, a mamografia é o método mais fiável de detecção precoce do cancro da mama. Cerca de 30.000 novos casos são detectados por ano. Estudos efectuados nos Estados Unidos, Suécia e Holanda demonstraram que a detecção precoce fez baixar a taxa de mortalidade entre 30 e 40%. Quanto mais precoce for a detecção, maior e melhor será a expectativa de vida.

Face a um estímulo, que no caso é a prevenção, que no cancro da mama, quer a prevenção primária, quer a prevenção secundária passam pelo rastreio, implica por parte das mulheres uma atitude de envolvimento, de aceitação e colaboração com a manutenção da saúde, prevenção ou tratamento da doença. A baixa participação a um exame preventivo pode acarretar consequências graves, no aparecimento e desenvolvimento da doença.

No caso do rastreio ao cancro da mama, a Direcção Geral de Saúde considera a mamografia, como uma forma de prevenção secundária da doença, uma vez que possibilita a prevenção e o diagnóstico precoce num estado assintomático ou com sintomas pouco claros (Marques, 1993).

Segundo Welch (1996, citado por, Pais-Ribeiro, 2007), a crença numa intervenção precoce prevê que uma doença detectada cedo é fácil de erradicar; uma intervenção precoce está associada a resultados favoráveis, nomeadamente na esperança de vida.

Num estudo efectuado nos EUA, por meio de uma entrevista telefónica a 500 indivíduos acerca do rastreio do cancro, 87% acreditam que o rastreio do cancro é uma boa ideia, e que a sua detecção precoce ajuda a salvar vidas. A maior parte dos inquiridos tem um desejo enorme em saber se tem ou não cancro e quais as implicações associadas (Schwartz *et al.*, 2004).

A eficácia do rastreio mamográfico é demonstrada pela redução da mortalidade do cancro da mama e sustenta-se em estudos controlados randomizados iniciados há muitas décadas atrás, que mostraram uma redução significativa na mortalidade (Tabar *et al.*, 2000).

Apesar de existirem vários estudos sobre a epidemiologia do cancro da mama, a compreensão da sua etiologia é ainda escassa para diminuir a incidência através de programas de prevenção primária.

As estratégias de prevenção primária passam pelo auto-exame da mama, o qual não é feito com muita regularidade, e existe um desconhecimento quanto ao modo de fazer como referem alguns estudos (Fernandes *et al.*, 2002; Barbosa, 2004).

A eficácia do auto-exame da mama na detecção de pequenos nódulos inferiores a 2 cm está associada à habilidade e ao treino em identificar tais nódulos, e existem ainda opiniões muito diversas quanto à sua eficácia. Estudos sugerem que não existe uma relação significativa entre o auto-exame da mama e a redução da taxa de mortalidade (Hackshaw *et al.*, 2003), Enquanto outros atribuem benefícios ao auto-exame da mama (Kösters *et al.*, 2003, citado por Umeh, 2003). Entre alguns factores associados às estratégias preventivas do cancro da mama, podemos salientar um bom nível socioeconómico, a ausência de histórias familiares de cancro da mama e a história pessoal de biopsia mamária com resultado benigno. Estes factores estão associados a uma maior prevalência de práticas preventivas e a uma detecção precoce de nódulos mamários (Boyle, 2002).

Para que uma doença possa ser rastreada é necessário existir alguns indicadores, tais como a prevalência, uma elevada taxa de mortalidade e um período assintomático suficientemente longo que permita o diagnóstico numa fase pré-clínica.

O controlo do cancro envolve um número significativo de elementos cujo objectivo é a redução da incidência do cancro, atenuar as falhas na prevenção primária, reduzir a mortalidade, bem como detectar a doença numa fase precoce e mais “curável”, sendo necessário para tal, o envolvimento de todo um conjunto de profissionais, quer na área das ciências do comportamento, quer nas ciências humanas, quer na educação para a saúde. (Boyle, 2002).

Como resultado da Conferência sobre o rastreio e detecção precoce do Cancro (1999), foram elaboradas algumas recomendações sobre o rastreio do cancro.

O rastreio é um método de controlo do cancro, devendo-se *a priori* dar máxima atenção à sua prevenção. Os programas de rastreio devem ser elaborados tendo em conta o controlo da qualidade a vários níveis e uma boa informação sobre os benefícios e os riscos dos mesmos. É necessário ter em consideração que este tipo de exame envolve sempre grandes níveis de ansiedade e algum desconforto nas utentes (Medeiros *et al.*, 2005).

Quanto ao rastreio do cancro da mama, verificou-se que nos países com estatísticas oncológicas sobre a população nacional, como os países nórdicos, a incidência do cancro da mama aumentou nas últimas quatro décadas. Os dados de alguns estudos sugerem a redução de 30% da mortalidade por cancro da mama. O rastreio do cancro da mama deverá ser feito por uma equipa multidisciplinar, e deve começar antes do início do programa, sendo necessária a formação inicial e contínua de todos os técnicos envolvidos. Foi ainda recomendado que a mamografia deve ser oferecida a mulheres sem sintomas de cancro da mama, com idade compreendida entre os 50 e os 69 anos de idade, com uma periodicidade bienal a trienal. Em Portugal o rastreio do cancro da mama é efectuada por

Em Portugal o rastreio do cancro da mama é efectuada por várias entidades e instituições, na nossa investigação daremos particular atenção ao modelo da Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC).

CAPÍTULO 4 - O MODELO DA LAGA PORTUGUESA
CONTRA O CANCRO

4.1 Liga Portuguesa Contra o Câncer/ (LPCC)

A Liga Portuguesa Contra o Câncer (LPCC) é uma Associação Cultural e de Serviço Social, privada, de utilidade pública, que promove a prevenção primária e secundária do cancro, o apoio social e a humanização da assistência ao doente oncológico e a formação e investigação em oncologia.

A LPCC tem como finalidades:

- Divulgar informação sobre o cancro e promover a Educação para a Saúde, nomeadamente quanto à sua prevenção;
- Contribuir para resolver a situação dos doentes oncológicos em todas as fases da história natural da doença;
- Cooperar com as Instituições envolvidas na área da oncologia, nomeadamente com os Centros de Instituto Português de Oncologia Dr. Francisco Gentil;
- Estimular e apoiar a formação e a investigação em oncologia;
- Estabelecer e manter relações com Instituições congéneres, nacionais e estrangeiras;
- Contribuir para o apoio social e a humanização da assistência ao doente oncológico;
- Desenvolver, isoladamente ou em colaboração com outras entidades, estruturas para a prevenção primária, diagnóstico, tratamento e reabilitação no Câncer;

A LPCC foi fundada em 1941 por proposta do Professor Doutor Francisco Gentil. Já em 1931 tinha sido fundada uma Comissão de Iniciativa Particular da Luta Contra o Câncer por Jéca! Mouzinho de Albuquerque.

Tendo em atenção a vasta acção a ser implementada a nível nacional, nomeadamente um estimular o estudo científico do cancro e difundir os meios técnicos de combate ao flagelo social e auxiliar os trabalhos de investigação nos laboratórios do Instituto Português de Oncologia, tornou-se necessário regulamentar e criar os Núcleos Regionais, previstos nos seus estatutos, o que veio a ser concretizado em 1965.

O conjunto de actividades desenvolvidas ao longo dos anos pela LPCC em prol da população e do estímulo à investigação científica e formação de profissionais de saúde fez com que esta associação fosse declarada como Instituição de Utilidade Pública, por despacho de 85/04/17, publicado no Diário da República nº 99(II série, de 3 de Abril.

A Liga Portuguesa Contra o Cancro tem a sua Sede Nacional em Lisboa e exerce as suas actividades através de cinco Núcleos Regionais (Centro, Norte e Sul, Açores e Madeira) que intervêm na sua área geográfica.

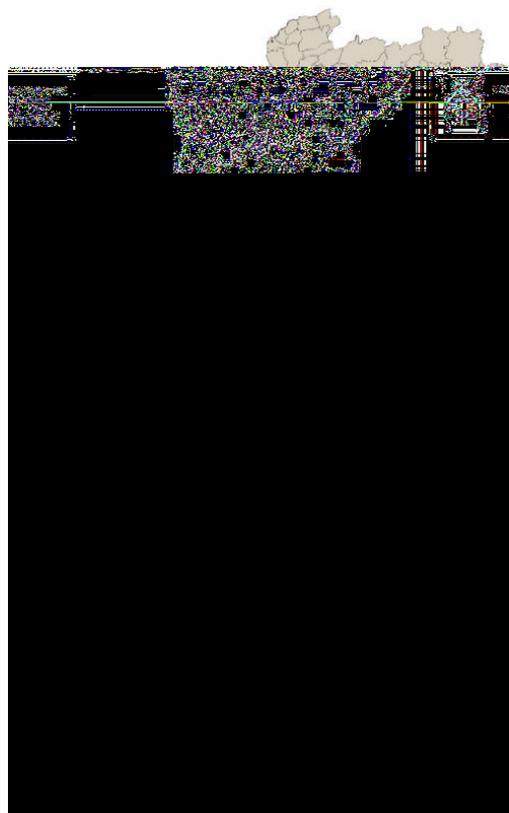


Figura 2.1 Núcleos da LPCC

Podemos caracterizar as actividades da LPCC de acordo com a figura 4.5:



Figura 4.2 Atividades da LPCC

Nas actividades relativas ao cancro da mama, destaca-se desde 1986, o Rastreio do Cancro da Mama, que tem permitido a detecção precoce de cânceres em fase inicial, consequentemente curáveis e controláveis.

O Programa de Rastreio (com a estreita colaboração dos Cuidados de Saúde Primários) cobre actualmente toda a região Bensa, bem como os distritos de Portalegre, Évora e Beja e concelhos dos distritos de Bragança, Viana do Castelo e Santarém. Utiliza unidades móveis e fixas que se deslocam de 2 em 2 anos aos concelhos, por meio de carta enviada às mulheres em idade rastreável (45-69 anos) inscritas nos Centros de Saúde para

realizarem uma mamografia. A mamografia é analisada por dois radiologistas, que em caso de dúvida convocam a mulher para uma consulta de aferição, se subsistirem dúvidas são encaminhadas para o hospital, para realização de um diagnóstico final. (Liga Portuguesa Contra o Cancro).

Rodrigues (s.d), Professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e um dos Coordenadores Regionais do projecto, referiu que o Programa de rastreio do cancro da mama teve início 1990, o programa dirige-se sobretudo a mulheres residentes em regiões menos favorecidas a nível de acessibilidades que dificilmente teriam oportunidade de detectar atempadamente um eventual cancro da mama. As unidades (4 fixas e 18 móveis) percorrem de 2 em 2 anos um grande número de concelhos, sobretudo do interior do país (<http://www.cienciaportugal.net/noticias/imagens/not8279.jpg>).

4.2 Movimento Vencer e Viver

Movimento Vencer e Viver, que pretende dar apoio a todas as mulheres desde que seja diagnosticado cancro da mama. Este tipo de movimento teve origem nos EUA em 1953 por iniciativa de Teresa Lasser com a denominação de *Reach to recovery*, e que posteriormente foi integrado no âmbito das actividades da *American Cancer Society*.

O Movimento Vencer e Viver é financiado pela LPCC no âmbito dos seus núcleos regionais e está integrado no *Reach to recovery international*. E baseia-se sobretudo no contacto pessoal entre as mulheres, uma voluntária e uma outra que está a passar pela situação de cancro da mama, traduzindo-se num apoio emocional numa situação de particular vulnerabilidade.

O Movimento Vencer e Viver tem como objectivos:

- Informar sobre a prevenção e detecção do cancro da mama;
- Acompanhar física e emocionalmente a mulher e a sua rede familiar e social;
- Acompanhar pessoalmente a mulher;
- Promover a melhoria da qualidade de vida;

As actividades do movimento são:

-
- Acções de educação para a saúde, nomeadamente em programas de informação e sensibilização para o diagnóstico precoce do cancro da mama;
 - Visita hospitalar, as voluntárias deslocam-se aos centros hospitalares com os quais existe protocolo, e visitam mulheres que foram diagnosticadas com cancro da mama e mulheres em tratamento;
 - Visita domiciliária, as voluntárias deslocam-se a casa da mulher mastectomizada oferecendo-lhes a prótese provisória e mostrando os produtos que a mesma pode adquirir. Esta actividade só está em funcionamento no Núcleo Regional do Centro – extensão de Aveiro;
 - Extensões de atendimento, as voluntárias encontram-se disponíveis para dar um testemunho de esperança e aconselhar na aquisição de material;
 - Linha telefónica de apoio, é uma linha que está ao dispor em Aveiro, Coimbra, Guarda, Leiria e Viseu, e pretende dar informações sobre o movimento e dos serviços que disponibiliza. Este tipo de apoio tem vindo a aumentar com as novas tecnologias de informação tendo alguns estudos salientado eficácia na detecção e orientação de casos precocemente quer em contextos educativos e de saúde (Rodrigues *et al.*, 2005);
 - Serviço de Psicologia, serviço disponibilizado na sede do Movimento Vencer e Viver do Núcleo Regional do Centro em Coimbra.

PARTE II – CONTRIBUIÇÃO EMPÍRICA

CAPÍTULO 5 - METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

A nossa investigação define-se como um estudo transversal de carácter exploratório, quantitativo descritivo e correlacionado. Como referem alguns autores os estudos exploratórios permitem ao investigador partir de uma hipótese e aprofundá-la no seu estudo nos limites de uma realidade específica, procurando antecedentes, conhecimentos para poder planear uma pesquisa descritiva (Triviños, 1987). Neste sentido pretendemos descrever as características de uma amostra, exigindo da nossa parte um conhecimento prévio sobre o que desejamos pesquisar. Enquanto estudo descritivo e correlacional desejamos descrever os factos e características de uma amostra, estabelecendo relações entre variáveis.

A nossa investigação está dividida em dois estudos: Estudo um de natureza quantitativa e estudo dois de natureza qualitativa.

5.2 Objectivos e Hipóteses

Objectivo geral: Caracterizar a saúde e bem-estar das mulheres que realizaram o rastreio do cancro da mama e perceber de que forma as percepções que cada uma tem influencia a adesão ao rastreio. E ainda pretendemos compreender e analisar as emoções e sentimentos vividos com um diagnóstico de cancro da mama.

Objectivos específicos:

- a) Caracterizar as mulheres com história familiar de cancro da mama.
- b) Analisar em que medida a percepção de barreiras e benefícios da mamografia afecta os níveis de optimismo e de medo face ao cancro.
- c) Explorar a importância das variáveis sociodemográficas na adesão ao rastreio do cancro da mama.
- d) Analisar a influência das variáveis sociodemográficas nos níveis de medo do cancro.
- e) Estudar as percepções de mulheres mastectomizadas relativas ao suporte social.
- f) Identificar as estratégias de *coping* de mulheres mastectomizadas
- g) Compreender de que forma é gerido o cancro e a experiência de mudança pessoal e mental.

Hipóteses

Estudo 1

H1: Há diferenças significativas entre o estado civil e a percepção de susceptibilidade e ãs benefícios da mamografia.

H2: Há diferenças significativas entre a frequência aos serviços de saúde e as subescalas de susceptibilidade, benefícios e barreiras da mamografia.

H3: A percepção de benefícios e barreiras da mamografia varia na razão directa com a frequência aos rastreios.

H4: Há diferenças significativas entre a situação profissional e os níveis de optimismo.

H5: Há diferenças significativas entre os níveis etários e a preocupação com o cancro da mama.

H6: Há diferenças significativas entre a HFCM e a preocupação com o cancro.

H7: Mulheres sem HFCM são mais optimistas do que mulheres com HFCM.

H8: A preocupação com o cancro varia na razão inversa do suporte.

H9: Os níveis de medo face à mamografia variam na razão inversa do rastreio.

H10: Os níveis de stresse variam na razão inversa do rastreio.

Questões problema?

Estudo 2

Q1 – De que forma lidam as mulheres com um diagnóstico de cancro da mama?

Q2 – As estratégias de *coping* diferem das mulheres voluntárias das não voluntárias?

5.3 Amostra

Estudo 1

No nosso estudo 1 foi utilizada uma amostra de conveniência e disponível, convocadas pelo Núcleo da Liga Portuguesa Contra o Cancro de Coimbra constituída por 350 mulheres que efectuaram o rastreio do cancro da mama, numa unidade móvel da Liga Portuguesa Contra o Cancro, situada junto ao Centro de Saúde de Eiras – Coimbra, com idades compreendidas entre os 44 anos e os 73 aos de idade (Média= 54,85; DP= 1,56).

Estudo 2

No estudo 2 também utilizámos uma amostra de conveniência, constituída por duas voluntárias do **Movimento Vencer e Viver**, do núcleo de Coimbra, e duas mulheres diagnosticadas e em tratamento com cancro da mama, cujo as idades variávam entre os 43 e os 66 anos, sendo duas delas casadas, uma viúva e uma solteira.

5.4 Instrumentos

Estudo 1

5.4.1 Questionário sociodemográfico

Nesta investigação foi utilizado um questionário sociodemográfico constituído por três partes:

1ª Parte: Identificação sociodemográfica: Idade; estado civil; nº filhos, profissão.

2ª Parte: Identificação de comportamentos de saúde e antecedentes históricos de cancro da mama: motivos para recorrer aos serviços de saúde; identificação de doenças; toma de medicação; Auto-exame da mama.

3ª Parte: Percepção sobre o rastreio do cancro da mama e bem-estar, avaliada em quatro afirmações, às quais as participantes assinalaram o grau de concordância com a afirmação numa escala tipo Likert com 5 pontos: Discordo plenamente; discordo; não concordo nem discordo; concordo; concordo plenamente.

E ainda uma questão aberta orientada para a ocorrência de acontecimentos stressantes.

5.4.2 Revised susceptibility, benefits and barriers scale for mammography screening (Champion, 1999)

Este instrumento tem como objectivo descrever as crenças de saúde relacionadas com o rastreio do cancro da mama.

Após a concessão da autorização pela autora procedemos à tradução e adaptação da escala. A escala foi traduzida para português, onde foram mantidas as características da versão original. De seguida fizemos a retroversão para a língua original por um tradutor especializado, foram comparadas, discutidas e corrigidas eventuais diferenças entre as

mesmas, por técnicos de saúde oncológica, professor de inglês e investigadores. A versão final foi aplicada e foi efectuado o estudo piloto.

O estudo piloto foi efectuado a 10 mulheres sem diagnóstico de cancro da mama, mas em idade rastreável. Após o preenchimento da escala foram discutidos aspectos como a compreensão das questões, facilidade e rapidez de resposta, bem como a pertinência das questões colocadas. Todas as mulheres conseguiram responder à escala sem apresentar dificuldades. O tempo de resposta da escala situa-se entre os 5 e os 7 minutos. Visto que a escala não apresentava dificuldades de preenchimento, aplicamos então a mesma à nossa amostra. Esta escala é constituída por 15 questões de auto-preenchimento, numa escala tipo Likert de 5 pontos (1 – Discordo Plenamente; 5 – Concordo Plenamente).

Os itens distribuem-se por três subescalas (Quadro 5.1). O cálculo da consistência interna, obtido pelo *Alpha de Cronbach* com valores considerados bons a nível da sua consistência interna para a escala global ($\alpha = .81$).

Quadro 5.1 Escala de susceptibilidade, benefícios e barreiras da mamografia

Crenças de Saúde	<i>Alpha de Cronbach</i>	
	Versão Original	Versão Portuguesa
Escala Total	.87	.81
Subescala de Susceptibilidade	.93	.71
Subescala de Benefícios	.75	.83
Subescala de Barreiras	.88	.47

Da análise do quadro 5.1 verificamos que apenas a subescala de barreiras apresenta um *Alpha de Cronbach* reduzido, este resultado pode dever-se ao facto de neste tipo de rastreio, efectuado pela Liga Portuguesa Contra o Cancro, os rastreios são gratuitos.

Se retirássemos o item *a mamografia é cara* o valor do *Alpha de Cronbach* aumentaria. Mas achamos que deveríamos manter a estrutura original da escala pelo que os resultados deverão ter em consideração estes valores.

A análise dos componentes principais (ACP) foi efectuada através de uma análise factorial exploratória seguida de rotação *varimax* aos 15 itens da escala. Foram mantidos os itens com *eigenvalues* superiores a 1. Assim foram extraídos três factores, que explicam 48,94% da variância total (Quadro 5.2).

Quadro 5.2 Análise factorial dos itens por factor e variância de cada factor

Itens	Factor 1 Benefícios	Factor 2 Susceptibilidade	Factor 3 Barreiras
A mamografia ajuda a encontrar nódulos mais facilmente	.793		
A mamografia reduz o risco de morrer com cancro da mama	.774		
A mam. ajuda a encontrar um nódulo antes de eu/médico sentir	.768		
A mam. reduz o risco de fazer uma cirurgia radical	.758		
Quando faço a mamografia sinto-me bem comigo mesma	.564		
Quando faço a mam. não me preocupo tanto com o cancro	.561		
O médico vai elogiar-me por ter feito a mamografia.	.549		
É provável que tenha cancro da mama		.846	
Sinto que vou ter cancro da mama em algum momento da vida		.728	
A probabilidade de ter C.M é grande nos próximos anos		.653	
Fazer a mamografia deixa-me envergonhada			.745
Fazer a mamografia demora muito tempo			.684
A mamografia deixa-me preocupada com o cancro da mama			.452
Fazer a mamografia é doloroso			.447
Fazer a mamografia é caro			.305
<i>Eigenvalue</i>	4,44	1,46	1,42
Variância total explicada (%)	29,63	9,79	9,52

Em geral, a análise factorial dos itens da Escala de Susceptibilidade, Benefícios e Barreiras da mamografia é satisfatória. Apenas quatro itens apresentam uma carga factorial inferior a 0,50, o que nos parece estar ligado por um lado ao facto do rastreio ser gratuito, e com a percepção de barreiras e benefícios do rastreio.

5.4.3 Teste de Orientação de Vida (TOV-R, versão portuguesa Monteiro *et al.*, 2006)

Este teste visa medir o constructo de orientação de vida, referindo-se à forma como os indivíduos percebem a vida, de uma maneira mais ou menos optimista. A versão portuguesa do instrumento apresentou qualidades psicométricas satisfatórias em termos de consistência interna (Alpha de Cronbach=.74). É constituído por dez itens, dos quais três itens são positivos (1, 4, 10), três itens negativos (3, 7 e 9) e quatro itens neutros (*filler*

itens), sendo que estes últimos não visam avaliar o constructo de orientação de vida, logo, não são incluídos na análise dos dados (Monteiro *et al.*, 2006).

Ao responder ao teste a mulher deve avaliar cada afirmação numa escala tipo Likert de 5 pontos (1 – Discordo plenamente; 5 – Concordo Plenamente). Na análise dos itens negativos estes deverão ser invertidos, para que todos os valores próximos de cinco indiquem sempre um maior grau de optimismo em relação à vida.

No nosso estudo a consistência interna do instrumento foi verificada através do cálculo do coeficiente *Alpha* de *Cronbach* aplicado aos seis itens positivos e negativos. O quadro 4.3 apresenta os dados relativos a esta análise, e verificamos um que o instrumento possui consistência interna satisfatória (*Alpha* de *Cronbach*. 76) comparativamente com o estudo original (Scheir *et al.* 1994), com a versão portuguesa (Monteiro *et al.*, 2006).

Quadro 5.3 Teste de Orientação de vida

Scheier et al. 1994	Monteiro et al. 2006	Alexandra Pereira, 2007
.68	.74	.76

Dos resultados obtidos no cálculo do coeficiente de consistência interna podemos verificar que os resultados por nós encontrados são aceitáveis, tendo como termo de comparação o autor original, a versão portuguesa e os do presente estudo.

Quadro 5.4 Correlações item-total

Itens	Correlação item-total
Sou sempre optimista em relação ao futuro	.59
Em momentos de incerteza, espero sempre o melhor	.54
Quase nunca espero que as coisas corram como eu quero	.52
De um modo geral, espero que mais coisas boas aconteçam do que más	.49
Raramente espero que coisas boas me aconteçam	.44
Se houver a mínima hipótese de alguma coisa me correr mal, tenho a certeza que correrá.	.41

As correlações item-total variam entre .41 (item 3) e .59 (item 4), indicando que cada item mede parcialmente o mesmo constructo. Ao analisarmos o quadro verificamos que as correlações são superiores a .20 o que permite dizer que os itens da escala são homogéneos (Monteiro, 2008).

5.4.4 Breast Cancer Worry Scale (Lerman, 1991)

A preocupação em ter cancro da mama tem sido descrita em alguns estudos como uma barreira para a realização da mamografia, daí o nosso interesse em averiguar se existe ou não esta preocupação e até que ponto afecta a realização do rastreio mamográfico.

Para utilizarmos esta escala procedemos exactamente da mesma forma que a Escala de Susceptibilidade, Benefícios e Barreiras da mamografia. Esta escala foi desenvolvida por Lerman (1991) e é constituída por quatro itens, em que um mede a frequência de preocupação em ter cancro da mama um dia; dois itens medem o impacto da preocupação no humor e na realização das actividades diárias; e um item sobre a preocupação com o resultado da mamografia.

Estes itens são avaliados numa escala tipo *Likert* de cinco pontos (1 – Nunca; 5 – Sempre). Por ser uma escala com poucos itens e que foi criada para medir os níveis de *distresse* associados à preocupação em ter cancro da mama, é inadequado criar subescalas, sendo por isso uma escala unidimensional. Para analisarmos a consistência da escala utilizamos o método de consistência interna, do qual resultou um *Alpha* de *Cronbach* de .78.

Quadro 5.5 Escala de Preocupação com o cancro

Itens	<i>Alpha</i> de <i>Cronbach</i>
A preocupação de poder vir a ter cancro da mama afecta o meu humor.	.87
A preocupação de poder vir a ter cancro da mama afecta a realização das minhas actividades diárias.	.84
Fico muito preocupada com o facto de um dia poder vir a ter cancro da mama.	.78
Fico muito ansiosa com o possível resultado da mamografia	.65

Depois de analisados os valores de consistência interna podemos afirmar que a escala revela índices de fidelidade bastante satisfatórios, para uma escala com poucos itens, medindo por isso o constructo que pretendemos avaliar, que neste caso é a preocupação em ter cancro da mama e a forma como afectaria a vida de cada uma das mulheres.

5.5 Procedimentos

Estudo 1

A amostra do estudo 1 foi constituída por mulheres que efectuaram o rastreio do cancro da mama, numa unidade móvel da Liga Portuguesa Contra o Cancro (Núcleo de Coimbra) que estava situada no Centro de Saúde de Eiras. Após a autorização da direcção da LPCC, iniciamos a recolha dos dados. As mulheres foram informadas dos objectivos do estudo, sendo-lhes garantida a confidencialidade e o acesso aos resultados havendo aceitação por parte das mulheres que recorreram ao rastreio do cancro da mama.

As mulheres foram contactadas directamente pelo investigador que, através de uma breve entrevista, avaliou as condições físicas e emocionais, bem como as competências literárias para responderem aos questionários. Em caso de avaliação positiva, a mulher era solicitada para colaborar neste estudo, sendo-lhe explicado detalhadamente o âmbito e as finalidades do mesmo. Foi salientado a todas as mulheres da amostra que a sua participação era voluntária e que era garantida a confidencialidade dos dados pessoais fornecidos.

Nos casos em que existiam dificuldades de leitura, o investigador leu as questões e registou as respostas dadas. As mesmas mulheres foram esclarecidas quanto ao preenchimento dos questionários, quer no início, quer no decorrer do preenchimento. Os dados foram recolhidos entre os meses de Novembro e Dezembro de 2007.

Uma vez que a amostra é na sua maioria constituída por mulheres com poucas habilitações literárias, os instrumentos de avaliação foram na sua maioria preenchidos pelo investigador, utilizando o método da reflexão falada.

A intenção de favorecer melhores condições para a resposta aos questionários não nos foi possível, sendo apontada por algumas mulheres a falta de um local com mais privacidade. Os momentos e instrumentos de avaliação foram os seguintes:

- Primeiro momento, (antes da realização do rastreio): Questionário sociodemográfico, Escala de susceptibilidade, benefícios e barreiras; TOV-R, Escala de Preocupação com o cancro da mama e a duas questões tipo likert relativas ao stresse e medo sentido antes de realizar o rastreio.

- Segundo momento, (após a realização do rastreio), foram colocadas três questões, duas relativas ao stresse e medo após a realização da mamografia, e uma questão que visava avaliar o grau de satisfação com o rastreio, também ela uma questão tipo *Likert*.

Estudo 2

O estudo 2 foi constituído por quatro mulheres mastectomizadas sendo duas delas voluntárias do *Movimento Vencer e Viver*.

Este estudo teve como objectivo tentar compreender não só a realidade da mulher diagnosticada com cancro da mama e mastectomizada, a partir da sua própria percepção, mas também perceber de que forma lidam com as emoções, com a auto-estima e com a doença.

A estas mulheres foi-lhes explicado o objectivo do estudo e que a participação era confidencial e que posteriormente poderiam ter acesso aos resultados.

Foi efectuada uma entrevista semi-estruturada que teve como objectivo a análise de emoções e estratégias utilizadas para lidar com o diagnóstico de cancro da mama, com o tratamento e com a situação de vida actual. Para que posteriormente as pudessemos analisar e comparar quanto às emoções, estratégias de *coping* e percepção de imagem corporal.

5.6 Análise dos dados

Após a recolha dos dados, estes foram lançados numa base de dados informática e processados pelo programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 14.0 para *Windows*. Os dados relativos à caracterização da amostra foram obtidos através das estatísticas descritivas (médias, desvios padrão, frequências). Para dar resposta às hipóteses por nós levantadas, recorreremos às estatísticas inferenciais, nomeadamente o *t* de *Student* independente e/ou emparelhado e à *One way Anova*; A estudos correlacionais (coeficientes de correlação de *Pearson*) e ainda à análise de componentes principais (ACP) e *Alpha* de *Cronbach* para o estudo das características psicométricas dos instrumentos.

CAPÍTULO 6 - RESULTADOS

ESTUDO 1

Os resultados que iremos apresentar de seguida dizem respeito aos resultados das análises descritivas dos dados recolhidos e estão organizados de forma a dar resposta às nossas hipóteses de investigação.

6.1 Características sócio-demográficas

A nossa amostra é constituída por 350 mulheres que efectuaram rastreio do cancro da mama, com idades compreendidas entre os 44 e os 73 anos, a maioria são casadas (73,4%), e com filhos (91%).

Quadro 6.1 Caracterização da amostra estado civil

Estado Civil	N	%
Casada	257	73,4
Solteira	23	6,6
Viúva	38	10,9
Divorciada	32	9,1

De acordo com o quadro 6.2 podemos verificar que a maioria das mulheres possui uma ocupação (63%), enquanto 22,9% das mulheres está reformada e 14% está desempregada.

Quadro 6.2 Caracterização por situação profissional

Situação Profissional	N	%
Activa	221	63,1
Desempregada	49	14
Reformada	80	22,9

Quanto à profissão, e através da utilização da classificação em categorias profissionais definida pelo Instituto Nacional de Estatística (INE, 1994), podemos constatar que 28% das mulheres são trabalhadoras não qualificadas, como podemos verificar no gráfico 6.1.

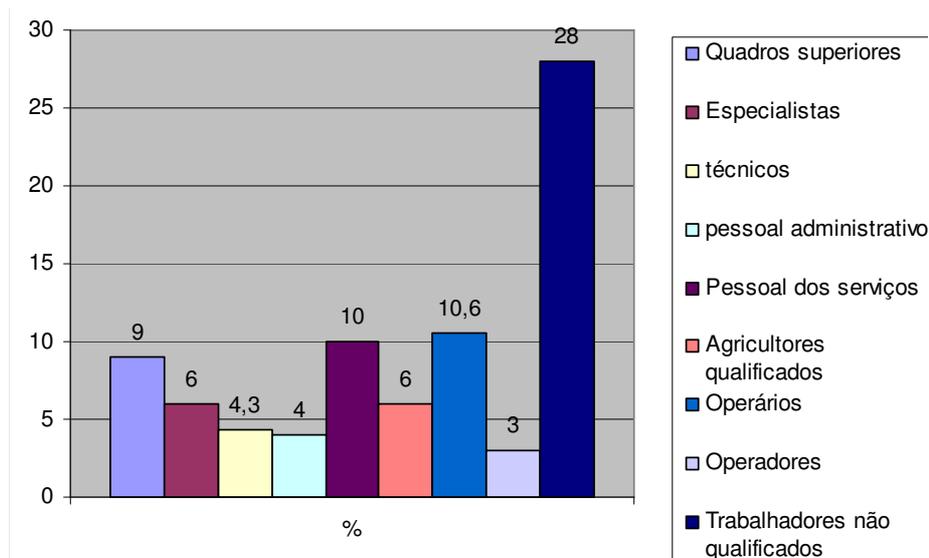


Gráfico 6.1 Caracterização da amostra por profissão

6.2 Características médico-familiares

Quanto aos motivos e frequência aos serviços de saúde, 59,1% recorre por rotina, salientando-se uma pequena percentagem (3,4%) que diz não recorrer aos serviços de saúde (quadro 6.4)

Quadro 6.4 Caracterização da amostra por frequência aos serviços de saúde

Motivo Serviços saúde	N	%
Rotina	207	59,1
Doença	94	26,9
Urgência	37	10,6
Não recorre	12	3,4

Na nossa amostra podemos verificar que 61,7% das mulheres sofre de uma ou mais doenças (gráfico 6.2) e toma medicação (64%). Das doenças referidas a depressão é que mais se evidencia, seguindo-se a hipertensão, a diabetes e a osteoporose. Apesar da percentagem de mulheres com hipertensão ser elevada, a percentagem de acidentes cardiovasculares é reduzida.

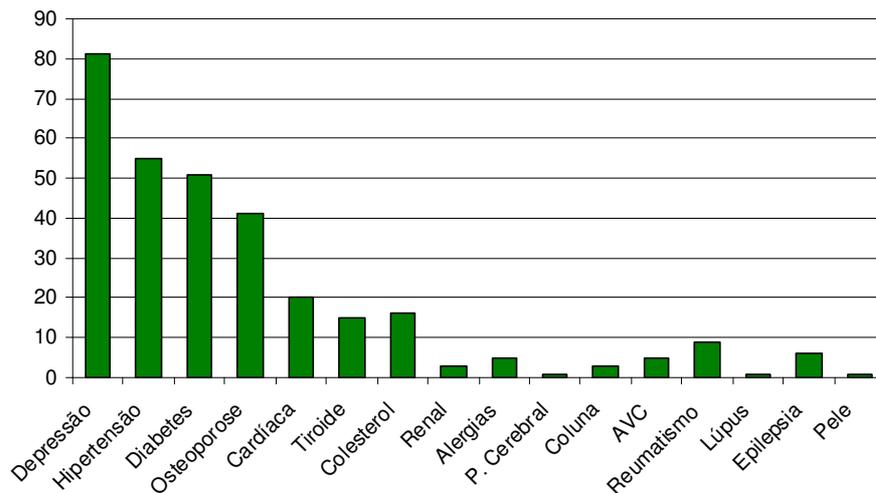


Gráfico 6.2 Caracterização da amostra por doenças

6.3 Comportamentos preventivos

Do total da amostra 81,7% referiu que o médico de família já lhes falou do auto-exame da mama. Porém 67,4% das mulheres não o realiza (gráfico 6.3).

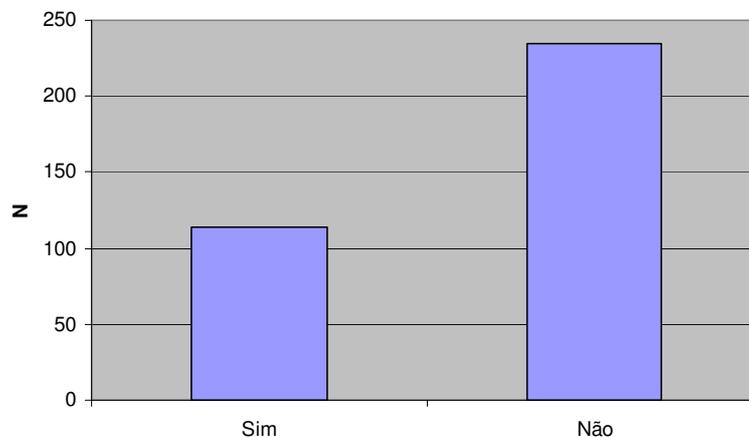


Gráfico 6.3 Caracterização da amostra por frequência do auto-exame da mama (AEM)

As mulheres da nossa amostra na sua maioria (57,1%) foi sozinha realizar o rastreio, enquanto as restantes foram acompanhadas pelos companheiros, outros familiares e amigas.

Relativamente à HFCM verificámos que apenas 21,7% das mulheres apresentava HFCM, sendo que estes valores se referem a um grau de parentesco directo (mãe, irmã, avó).

Quadro 6.5 Caracterização da amostra por história familiar de cancro da mama

História familiar de cancro da mama	N	%
Com história	76	21,7
Sem história	274	78,3

Das mulheres que observamos apenas 25,7% estava a realizar o rastreio pela primeira vez, enquanto 74,3% já o tinha efectuado. Destas, 69,7% já o tinha efectuado entre 2 a 5 vezes como podemos verificar no quadro 6.6 e no gráfico 6.4.

Quadro 6.6 Realização do rastreio

Realização do rastreio – 1ª vez	N	%
Sim	90	25,7%
Não	260	74,3%

O gráfico 6.4 revela-nos que a maioria das mulheres já efectuou o rastreio do cancro da mama mais do que uma vez, havendo uma pequena percentagem que o efectuou mais de seis vezes.

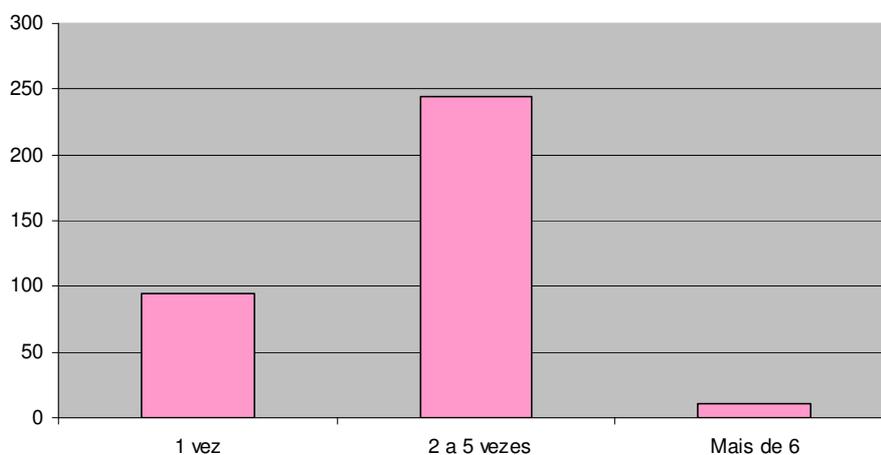


Gráfico 6.4 Frequência ao rastreio do cancro da mama

Finalmente 61,4% das mulheres referiu ter já vivenciado acontecimentos stressantes, que estão associados na sua maioria à morte (gráfico 2.5).

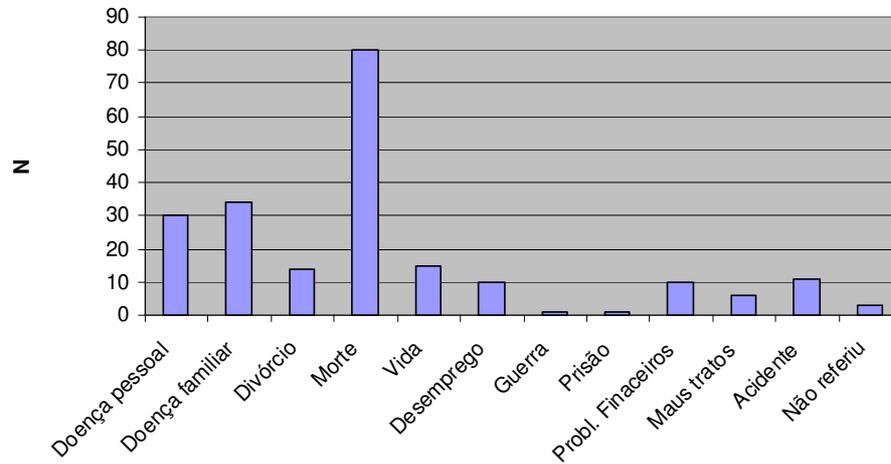


Gráfico 6.5 Caracterização da amostra por acontecimentos stressantes.

Ao analisarmos o gráfico podemos constatar que o acontecimento stressante mais referido é a morte, seguido pela doença familiar, a doença pessoal e a vida. Os menos referidos estão relacionados com a guerra e a prisão.

6.4 Percepções individuais

No que respeita à afirmação *considera o rastreio do cancro da mama necessário para a sua saúde*, 88,9% das mulheres que constituem a amostra concordam plenamente com a afirmação (Média 4,88; DP= 5,00). As respostas dadas variaram num mínimo de 3 e num máximo de 5 pontos, ou seja, ações de rastreio do cancro da mama são necessárias para a saúde das mulheres (Quadro 6.7).

Quadro 6.7 Percepção da necessidade do rastreio

	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
O rastreio do cancro da mama é necessário ...	350	3	5	4,88	5,00

Quanto à afirmação *considero-me uma pessoa com boa saúde física* verificamos que 30% das mulheres *concordam* ter boa saúde física (Média: 3,60; DP= 4,00), as respostas foram dadas num mínimo de 1 ponto e num máximo de 5 pontos.

Já a afirmação *considero-me uma pessoa com boa saúde mental* obteve uma concordância de 37,7% relativamente à saúde mental (Média: 3,93; DP= 4,00). Sendo os itens cotados num mínimo de 1 pontos (discordo totalmente) e num máximo de 5 pontos (concordo plenamente) (Quadro 6.8).

Quadro 6.8 Percepção de saúde

	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
Considero-me uma pessoa com boa saúde física	350	1	5	3,60	4,00
Considero-me uma pessoa com boa saúde mental	350	1	5	3,93	4,00

Ao abordarmos as mulheres com as afirmações sobre a capacidade de lidar com situações difíceis 39% referiu que não concordava nem discordava (Média: 3,34; DP= 3,00), enquanto 44,9% das mulheres conseguia gerir o stresse (Média: 3,56; DP= 4,00) como demonstra o seguinte quadro.

Quadro 6.9 Lidar com adversidades

	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
Consigo lidar facilmente com situações difíceis	350	1	5	3,34	3,00
Consigo gerir bem o stresse do dia-a-dia	350	1	5	3,56	4,00

De acordo com o quadro observamos que as mulheres da amostra têm alguma dificuldade em lidar com as adversidades da vida, não apresentando valores iguais ou superiores a 4, apesar de responderem num máximo de 5 pontos. Contudo não foi o suficiente para obtermos valores mais elevados nestes itens.

6.5 Susceptibilidade e Benefícios da mamografia

Estado civil

De seguida apresentaremos as análises descritivas e inferenciais dos vários instrumentos por nós utilizados. No quadro que se segue está representada a análise descritiva e inferencial para a Subescala de Susceptibilidade (SS); para a Subescala de Benefícios (SBN) em função do estado civil, de acordo com a seguinte hipótese:

Há diferenças significativas entre o estado civil e a percepção de susceptibilidade percebida e os benefícios da mamografia (H1).

Quadro 6.10 Médias e Desvios padrão quanto à variável estado civil

Estado Civil	SS		SBN	
	Média	DP	Média	DP
Casada	2,84	.88	2,62	.91
Solteira	3,31	.63	3,11	.76
Viúva	3,18	.70	2,56	.92
Divorciada	3,36	.69	2,92	.85

Podemos verificar que a percepção de susceptibilidade é menor nas mulheres casadas (Média= 2,84; DP=.88), enquanto a percepção de benefícios é maior em mulheres solteiras (Média= 3.11; DP=.76).

Quadro 6.11 Anova one way das subescalas de susceptibilidade e benefícios em função do estado civil

	Média dos quadrados	gl	F	p
SS	4,56	3	6,52	0,000*
SBN	2,56	3	3,15	0,02**

* $p \leq 0,001$ ** $p \leq 0,05$

A diferença observada é significativa para a Subescala de Benefícios ($F = 3,15$; $p \leq 0,02$) e altamente significativa para a Subescala de Susceptibilidade ($F = 6,52$; $p < 0,000$). Podemos então afirmar que confirmamos a nossa hipótese 1 que previa a existência de diferenças significativas entre o estado civil e a percepção de susceptibilidade e benefícios da mamografia.

Frequência aos serviços de saúde

Há diferenças significativas entre a frequência aos serviços de saúde e as subescalas de susceptibilidade, benefícios e barreiras da mamografia (H2).

No quadro 6.12 constatamos que a percepção de susceptibilidade, benefícios e barreiras é mais elevada nas mulheres que recorrem aos serviços de saúde por doença.

Quadro 6.1 Médias e Desvios padrão quanto á variável frequência aos serviços de saúde

Frequência aos serviços de saúde	SS		SBN		SBR	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Rotina	2,85	.86	2,60	.92	1,57	.59
Doença	3,17	.86	2,91	.81	1,77	.67
Urgência	2,95	.72	2,52	.99	1,39	.43
Não Recorre	2,97	.90	2,50	.84	1,45	.48

No quadro seguinte constatamos que quer a subescala de Susceptibilidade ($F= 2,12$; $p \leq 0,03$), quer a subescala de Benefícios ($F= 3,17$; $p < 0,02$) apresentam resultados significativos com a variável frequência aos serviços de saúde. A Subescala de Barreiras da mamografia ($F= 4,37$; $p < 0,005$) apresenta valores altamente significativos confirmando assim a nossa hipótese 2 que previa que houvessem diferenças quanto à frequência aos serviços de saúde e a percepção de susceptibilidade, benefícios e barreiras.

Quadro 6.2 Anova *one way* das subescalas de susceptibilidade e benefícios e barreiras em função da frequência aos serviços de saúde

	Média dos quadrados	gl	F	p
SS	2,14	3	2,12	0,03*
SBN	2,57	3	3,17	0,02*
SBR	1,75	3	4,37	0,005**

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,005$

Frequência ao rastreio

A percepção de benefícios e barreiras da mamografia varia na razão directa com a frequência aos rastreios (H3)

No quadro 6.11 vemos que as mulheres que efectuaram o rastreio pela primeira apresentavam valores mais elevados de benefícios (Média= 2,83; DP= .87) e de barreiras da mamografia (Média=1,77; DP= .69), enquanto as que já o efectuam apresentam níveis de percepção mais reduzidos, nomeadamente as que já o efectuaram mais de 5 vezes já não o percebem tanto como um benefício (Média= 2,20; DP= .07). Enquanto as que o realizaram entre 2 a 5 vezes são as que apresentam valores mais baixos de percepção de barreiras (Média= 1,53; DP= .56).

Quadro 6.11 Médias e desvios padrão quanto à variável frequência ao rastreio

Frequência ao rastreio	SBN		SBR	
	Média	DP	Média	DP
1ª Vez	2,83	.87	1,77	.69
Entre 2 e 5 vezes	2,63	.90	1,53	.56
Mais de 6 vezes	2,20	1,07	1,58	.60

Relativamente à frequência ao rastreio verificamos que a SS apresenta valores estatisticamente significativos ($F= 3,15$; $p < 0,04$), enquanto a SBR apresenta valores altamente significativos ($F= 5,33$; $p < 0,005$), confirmando-se por isso a nossa hipótese 3 que previa que houvesse diferenças significativas relativamente à frequência ao rastreio e a percepção de benefícios e barreiras do rastreio.

Quadro 6.3 Anova *one way* da subescala de benefícios e barreiras em função da frequência ao rastreio

	Média	gl	F	p
SBN	2,57	2	3,15	0,04*
SBR	1,93	2	5,33	0,005**

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,005$

6.6 Optimismo disposicional

Situação profissional

Há diferenças significativas entre a situação profissional e o optimismo (H4).

As mulheres com uma actividade profissional apresentam níveis de optimismo mais elevados (Média= 4,18; DP= .44) do que as que não possuem uma actividade profissional.

Quadro 6.4 Média e desvio padrão em função da situação profissional

Situação profissional	Média	DP
Activas	4,18	.44
Não activas	4,05	.53

A hipótese 4 que previa que mulheres trabalhadoras apresentavam níveis de optimismo superiores às mulheres que não trabalham também se confirmou ($t= 2,04$; $p < 0,01$) apresentando valores estatisticamente significativos como podemos verificar no quadro que se segue.

Quadro 6.5 *t* de *student* para comparar a situação profissional com o optimismo disposicional

	Média	gl	t	p
TOV-R	.12	348	2,408	0,01*

* $p \leq 0,01$

História familiar de cancro da mama (HFCM)

Mulheres sem história familiar de cancro da mama apresentam são mais optimistas do que as mulheres com história familiar de cancro da mama (H7)

Quadro 6.15 Médias e desvios padrão da HFCM

HFCM	Média	DP
Com HFCM	4,03	.56
Sem HFCM	4,16	.45

No quadro podemos verificar que as mulheres com HFCM apresentam valores inferiores de optimismo (Média= 4,03; DP=.56), do que as mulheres com HFCM.

Quadro 6.16 *t* de *student* para comparar a HFCM com os níveis de optimismo

	Média	gl	t	p
TOV-R	.321	3	2,91	0,004*

* $p \leq 0,01$

De acordo com o quadro anterior a diferença encontrada é estatisticamente significativa, confirmando-se a nossa hipótese 7, que previa que mulheres com HFCM apresentavam níveis reduzidos de optimismo, do que as que não apresentavam HFCM.

6.7 Avaliação da preocupação

Níveis etários

Há diferenças significativas entre os níveis etários e a preocupação com o cancro da mama (H5)

Quanto aos níveis etários o grupo que apresenta uma maior preocupação com o cancro da mama é o grupo etário dos 51 aos 60 anos (Média= 2,56; DP= .83), sendo este o grupo considerado de risco para o desenvolvimento do cancro da mama (Quadro 6.17).

Quadro 6.17 Média e desvio padrão em função dos níveis etários

Níveis etários	Média	DP
Dos 40 aos 50 anos	2,29	.80
Dos 51 aos 60 anos	2,56	.83
Dos 61 aos 70 anos	2,42	.95
Mais de 71	1,50	-

No quadro 6.18 podemos constatar que existem diferenças estatisticamente significativas entre os níveis etários e a preocupação com o cancro da mama ($F= 2,53$; $p < 0,05$), confirmando-se a nossa hipótese 5, ou seja, a preocupação com o cancro da mama varia com os níveis etários.

Quadro 6.18 Anova *one Way* os níveis de preocupação com o cancro e os níveis etários

Escala de preocupação com o cancro da mama	Média	gl	F	p
	1,84	3	2,53	0,05*

*p≤0,05

História familiar de cancro da mama

Há diferenças significativas entre a HFCM e preocupação com o cancro (H6).

No quadro 6.19 podemos analisar e verificar que as mulheres com HFCM apresentam valores superiores de preocupação (Média= 2,70; DP= .85) do que as que não têm HFCM.

Quadro 6.19 Média e desvio padrão em função da HFCM

HFCM	Média	DP
Com HFCM	2,70	.85
Sem HFCM	2,37	.85

Podemos ainda verificar que existem diferenças altamente significativas entre os níveis de preocupação com o cancro da mama e a história familiar de cancro da mama (HFCM) (t= 2,91; p<0,004), confirmando-se a nossa hipótese 6.

Quadro 6.20 *t* de *student* para comparar a HFCM com os níveis de preocupação com o cancro da mama

	Média	gl	t	p
Escala de preocupação com o cancro da mama	.321	3	2,91	0,004*

* p≤0,005

Com os valores apresentados no quadro 6.20 podemos afirmar que os níveis de preocupação com o cancro da mama variam com a HFCM.

6.8 Associação de variáveis

Com o objectivo de avaliar as diferenças entre variáveis dicotómicas nominais (número de filhos; a presença ou ausência de doenças; a realização do Auto Exame da Mama ; o facto de ser ou não a primeira vez que realiza o rastreio; o suporte familiar

(acompanhamento ao rastreio); e a história familiar do cancro da mama realizamos o teste de associação (chi quadrado - χ^2).

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres que tinham filhos (91,4%) e as que não tinham (8,6%) relativamente à preocupação em ter cancro da mama ($\chi^2 = 23,67$; gl= 14; p=.05). O mesmo se verificou na Escala Total de Susceptibilidade, Benefícios e Barreiras da Mamografia ($\chi^2 = 60,48$; gl = 34; p=.003).

Quanto ao facto das inquiridas sofrerem de alguma doença encontramos diferenças altamente significativas associadas à preocupação em ter cancro da mama ($\chi^2 = 42,47$; gl = 14; p=.000), e diferenças estatisticamente significativas com a escala total de susceptibilidade, benefícios e barreiras da mamografia ($\chi^2 = 53,99$; gl = 34; p=.01).

A Escala de preocupação com o cancro da mama encontra-se associada às variáveis apresentadas no quadro seguinte:

Quadro 6.21 Associação de variáveis e a escala de preocupação com o cancro da mama

	χ^2	gl	p
AEM	24,18	14	0,04*
Suporte	35,47	14	0,001**
HFCM	24,99	14	0,03*
1ª Vez rastreio	24,94	14	0,03*
Medicação	41,70	14	0,000**

*p<0,05; **p<0,001

Ao analisarmos este quadro podemos verificar que a *preocupação com o cancro da mama varia na razão inversa do suporte* (H8), no qual obtivemos ($\chi^2 = 35,47$; gl= 14; p.001) confirmando-se assim a respectiva hipótese.

Podemos ainda verificar que a HFCM se correlaciona positivamente com a necessidade de efectuar o rastreio do cancro da mama ($\chi^2 = .053$; p. 003).

Também a subescala de susceptibilidade se correlaciona de forma negativa com o optimismo disposicional ($\chi^2 = -.560$; p= .000), ou seja, quanto maior a percepção de susceptibilidade menor os níveis de optimismo. Esta mesma subescala também se correlaciona positivamente com a escala de preocupação com o cancro ($\chi^2 = .186$; p=.000).

6.9 Comparação de variáveis stresse e medo antes e depois do rastreio

A utilização do teste *t student* emparelhado vai-nos permitir inferir sobre a igualdade de médias de duas amostras emparelhadas. Uma vez que efectuamos uma análise antes e depois da realização do rastreio.

Relativamente à avaliação do nível de stresse antes e depois do programa verificamos que as mulheres apresentavam níveis de stresse mais elevados antes do rastreio (Média= 2,11; DP= 1,08) confirmando assim, a nossa hipótese 10, que previa, que os *níveis de stresse variam na relação inversa à realização do rastreio*.

Quadro 6.22 Médias e desvios padrão para os níveis de stresse

	Média	DP
Stresse antes do rastreio	2,11	1,08
Stresse depois do rastreio	1,70	.838

Perante valores de stresse mais altos antes do rastreio, convém averiguar se estes são ou não significativos. Após a realização do teste de *t* de *student* emparelhado, verificamos que existem diferenças altamente significativas ($T= 11,196$; $p= .000$).

Quadro 6.23 – Teste t de student emparelhado para comparação dos níveis de stresse antes e depois do rastreio

	Média	DP	gl	t	p
Stresse antes/depois do rastreio	.406	.678	349	11,196	.000*

* $p \leq 0,000$

Quanto à avaliação do nível de medo face à mamografia antes e depois do rastreio, também verificamos que os níveis de medo antes de realizar a mamografia eram superiores aos valores depois de efectuada ($M= 1,64$; $DP= .922$)

Quadro 6.24 – Médias e desvios padrão para a variável medo

	Média	DP
Medo antes da mamografia	1,64	.922
Medo depois da mamografia	1,41	.751

Quadro 6.25 Teste *t student* emparelhado para comparação dos níveis de medo antes e depois da mamografia

	Média	DP	gl	t	p
Medo antes/depois da mamografia	.229	.605	349	7,069	.000*

* $p \leq 0,000$

Como podemos verificar *os níveis de medo face à mamografia variam na razão inversa à realização do rastreio* (H9), apresentando diferenças estatisticamente significativas ($t= 7,06$; $p= .000$), aceitando portanto a nossa hipótese 9.

ESTUDO 2

Por se tratar de um estudo de cariz psicossocial a análise de conteúdo revelou-se ser a técnica mais adequada e eficaz, uma vez que pretendemos descrever emoções e sentimentos vivenciados por mulheres mastectomizadas. O corpus da análise é constituído por duas entrevistas semi-estruturadas a duas mulheres mastectomizadas e voluntárias do *Movimento Vencer Viver* e duas mulheres mastectomizadas que não fazem parte de qualquer grupo de apoio.

De acordo com Bardin (1988) a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicações, que visa obter procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, que permitam a inferência de conhecimentos. Depois de efectuada a transcrição das entrevistas e após a leitura do corpus de análise foram identificadas as seguintes categorias: suporte social; coping; imagem corporal.

A análise de dados foi feita através da análise de conteúdo. Temos conhecimento do *software*, como seja o *NUDIST* e o *Nvivo*, no caso a amostra é pequena, e queremos compreender todos os sentimentos expostos, daí não fazer sentido usar o *software*. Optamos então pela análise clássica, pois queríamos perceber os significados e experiências passados, algo que um computador não pode detectar.

A análise de conteúdo é um método não estrutural, sensível e que em termos de validade foi analisada por um painel de três juízes, havendo concordância de 90% entre eles como diria Krippendorff (1980).

Em ambas as entrevistas, o diagnóstico de cancro da mama surge como um acontecimento stressante, em que é necessário lidar com todo um conjunto de emoções e mobilizar recursos e estratégias para o ultrapassar (Marques, *et al.*, 1991). Para tal, estas mulheres necessitam de todo um conjunto de suporte, familiar e/ou social.

6.10 Características sociodemográficas

O nosso estudo dois é constituído por 4 mulheres com idades compreendidas entre os 43 e os 66 anos de idade, duas são casadas, enquanto as outras duas no momento da entrevista não tinham envolvimento com ninguém. Todas têm filhos, com excepção de uma mulher.

Relativamente ao diagnóstico de cancro da mama este varia entre os 10 anos e 1 ano. Duas mulheres apresentavam história familiar de cancro da mama. Quanto a

comportamentos preventivos, todas realizavam pelo menos um, enquanto uma mulher nunca realizou qualquer tipo de comportamento, antes do diagnóstico de cancro da mama (Quadro 6.26)

Quadro 6.26 Características sociodemográficas

Idade	Estado civil	Filhos	Diagnóstico	História Cancro da mama	Mamografia/ Auto-exame da mama	Profissão/ocupação
66	Viúva	1	10 anos	Sim	Não	Voluntária
58	Solteira	-	1 ano	Não	Sim	Ginec./Obstetra/ Voluntária
43	Casada	1	3 anos	Não	AEM	Operária
48	Casada	2	1 anos	Sim	Sim	Doméstica

É de salientar a importância da mulher mastectomizada ter um suporte social, responsável para a apoiar, atender às suas necessidades e à sua pouca autonomia. De acordo com a literatura, mulheres com cancro de mama tendencialmente isolam-se e rejeitam o contacto social (Amorim, 2006), *Eu não gostava que me perguntassem como estava ou o que tinha* (E1). Um outro aspecto importante e que também ele vai de encontro à literatura, é o da imagem corporal.

As nossas respostas foram obtidas através de uma entrevista semi-estruturada como já referimos anteriormente, e depois de lidas e revistas estas foram agrupadas em categorias, com um acordo de um júri constituído por três membros.

6.11 Diagnóstico do cancro da mama

A primeira dimensão de análise refere-se ao momento do diagnóstico, importou-nos saber como é que as mulheres souberam que tinham cancro da mama, como é que reagiram, e quem as apoiou. As respostas foram categorizadas tendo em consideração as estratégias de *coping* referidas por nós durante a revisão de literatura efectuada. Ao longo da nossa apresentação de resultados vamos dando sempre um exemplo, de forma a melhor compreender a nossa escolha da categoria.

Quadro 6.27 Diagnóstico de cancro da mama

Dimensão	Categoria	Subcategoria	Exemplos	N
Como soube?	Exames gerais		“Através de uns exames de rotina” (E4)	1
		Auto-avaliação	“Ao palpar a mama achei que tinha algo de grave”(E1; E3)	2
	Rastreio		“Fiz uma mamografia de rastreio”(E2)	1
Como Reagiu?	Apoio Emocional		“Falei com o meu filho e contei-lhe o que se estava a passar” (E1)	3
			“Porquê eu? Isto só acontece aos outros” (E2)	
		Apoio Social	Quando achei que algo não estava bem marquei uma consulta (E1)	2
	Coping	Redefinição da situação	“Interiorizei e convenci-me que sempre ia ter cancro” (E2)	2
		Procura de informação	“Tinha muita informação sobre a doença” (E2) “ Li um livro que o médico me deu (E3)	3
Com quem pode contar?	Apoio emocional		"Pude contar com a minha família e com amigos" (E4)	4
		Apoio Social	"Tenho apoio psicológico" (E4)	1
		Evitamento	"O meu filho nunca me viu chorar" (E1)	1
	Coping	Religiosidade	"Senti necessidade de Deus" (E2)	2
		Resolução de problemas	"Tive de enfrentar o meu problema para poder ajudar a minha irmã" (E2)	3

Numa primeira abordagem, o momento do diagnóstico do cancro da mama verificamos que todas elas referiram que foi um momento muito difícil, semelhante “a um tapete a fugir dos pés”. Todas as mulheres referiram que o mundo lhes fugiu da mão. Todas tinham a percepção de que era uma situação que só acontecia aos outros.

Neste primeiro momento houve a necessidade de suporte, de recorrer a alguém, quer a pessoas familiares, quer a apoio profissional, quer mesmo a Deus. Havia a necessidade de tentarem perceber como é que *aquilo* lhes tinha acontecido, precisavam de respostas a nível emocional e profissional.

6.12 Vivência com a mastectomia

Quadro 6.28 Vivência com a mastectomia

Dimensão	Categoria	Subcategoria	Exemplos	N
Vivência com a mastectomia	Coping	Apoio Emocional	"O meu marido ensinou-me a olhar para mim" (E3)	2
		Evitamento	"Nunca quis arranjar companheiro" (E1)	1
		Resolução de problemas	"Por vontade própria decidi tirar a outra mama" (E2)	1
	Auto-Estima	Imagem corporal	"Não gostava do que via" (E3)	3
			"Não me custou ter ficado sem a mama" (E1)	2

Neste momento tão importante para a auto-estima e imagem corporal da mulher, defrontamo-nos com o facto de duas mulheres terem referido que não lhes custou ter perdido a mama (E1; E2). Mais uma vez é notório a importância do suporte social, nomeadamente no relacionamento com os pares (Pereira *et al.*, 2008).

6.13 Tratamento do cancro da mama

Quadro 6.29 Tratamento

Dimensão	Categoria	Subcategoria	Exemplos	N
Tratamento	Coping	Evitamento	"Não queria saber de nada, fui gastar dinheiro" (E2)	2
		Apoio Emocional	"A quimio faz perder a vontade de lutar" (E3)	4
		Apoio Social	"O meu filho esteve sempre comigo" (E1)	3
		Resolução de problemas	"Fiz tratamento profiláctico para minimizar os efeitos da quimio" (E2)	2
	Auto-estima	Imagem Corporal	"Pior que ter ficado sem a mama, foi ter ficado sem o cabelo" (E1)	1
			"É horrível vermos o nosso cabelo a cair" (E3)	3

Mais uma vez é referido o suporte social, para enfrentar todos os tratamentos e respectivas consequências. Embora também foram evidentes comportamentos de fuga (E2). Constatamos ainda alguma incongruência quanto ao papel da mama, por parte de algumas mulheres, a perda do cabelo foi mais importante do que a perda da mama (E1).

6.14 O cancro da mama e o dia-a-dia

Quadro 6.30 O cancro da mama e o dia-a-dia

Dimensão	Categoria	Subcategoria	Exemplos	N
Como se sente hoje dia?	Coping	Resolução de Problemas	"Inscribi-me num curso das Novas oportunidades" (E4)	3
		Apoio Social	"Alguém tem de me dizer o que se passou comigo, o que tenho eu?" (E4)	3
		Apoio Emocional	"Eu exijo muito da minha família" (E4)	3
		Redefinição da situação	"É pelo meu filho que vivo" (E1)	1
		Pró-Activo	"Sei que a cada momento posso ter um novo cancro, mas quero viver, estabeleci objectivos de vida" (E1)	2
Reconstrução mamária	Auto-estima	Imagem Corporal	"Eu não sei se sou capaz, já me habituei à prótese"(E4)	2
		Evitamento	"Tenho medo de voltar a mexer no que está quieto"(E3)	1
	Coping	Resolução de problemas	"Já quis fazer, agora não sei se quero mais, tenho sofrido muito"(E1).	1

Em todas as fases da doença, o que mais se destacou foi a importância atribuída ao apoio social, quer nos momentos menos bons, quer naqueles mais agradáveis.

CAPÍTULO 7 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação dos resultados, passaremos então à sua discussão e apreciação crítica, tendo como referência o nosso quadro teórico desenvolvido neste trabalho. A discussão dos resultados encontra-se sequencialmente organizada de modo a dar respostas às nossas hipóteses de investigação. Tecemos ainda algumas considerações que derivam do contacto directo com as mulheres que constituíram a nossa amostra.

7.1 Estudo 1

Caracterização das mulheres

O nosso estudo 1 foi constituído por uma amostra de 350 mulheres com idade média de 54,74 anos, na sua maioria casadas, com filhos e trabalhadoras não qualificadas.

Do número total da nossa amostra 59,1% costuma recorrer aos serviços de saúde por rotina, e 61,7% das mulheres sofre de uma ou mais doenças, salientando-se a depressão como a mais frequente. A maioria das mulheres (67,1%) não tem como rotina realizar o AEM, embora 81,7% referiu que o médico de família já lhes falou do mesmo. Este facto parece estar associado a baixos níveis de instrução, uma vez que a amostra é constituída sobretudo por mulheres não qualificadas, e com poucos conhecimentos acerca do AEM. Estes resultados vão de encontro com outros já efectuados (Alsaif, 2004; Haji, 2002).

Perante estes resultados é importante dizer que os comportamentos têm origem em situações específicas carregadas de grande complexidade, onde há uma intersecção de factores pessoais, culturais e sociais. O facto de isolarmos um destes factores não nos esclarece acerca da razão do comportamento nem o que fazer para o mudar. É então importante ter em consideração todos os factores envolvidos para que possamos dar uma resposta.

No nosso estudo verificamos que a maioria das mulheres possui poucas habilitações literárias poderá ser esta uma razão da não realização do AEM, mas não sabemos até que ponto estas possuem informação suficiente para o realizarem, nem sequer sabemos se os factores culturais de cada uma das mulheres o impedem de fazer. Não podemos esquecer que a mama é vista como um símbolo de feminilidade, e isso é certo, mas também não devemos desconsiderar o facto de que estão associadas algumas crenças acerca da mesma, nomeadamente a palpação pode ser entendida como um comportamento

desajustado, um comportamento sexual, que em meios rurais, por razões culturais não é bem aceite.

Podemos ainda acrescentar que na sua maioria, estas mulheres não sabiam o que era o AEM, confundindo-o com a mamografia. Uma outra razão que poderá estar relacionada com esta fraca realização do AEM é a história familiar de cancro da mama, ou seja, mulheres que têm HFCM realizam regularmente o AEM, do que as que não têm HFCM (Legg *et al.*, 2003; Champion, 1997), que no caso da nossa amostra 78,3% não tem HFCM. Por exemplo a intenção de realizar a mamografia ou o auto-exame da mama vai confrontar a mulher com um potencial sinal ou sintoma de doença, este facto pode estar relacionado com o facto de poucas mulheres efectuarem o AEM (Decruynaere *et al.* 2000).

Muitos estudos efectuados em vários países descreveram algumas variáveis associadas à participação no rastreio do cancro da mama, e apontaram que os programas de rastreio têm mais adesão em grupos etários mais novos, em mulheres casadas, com níveis académicos elevados e com um estatuto socioeconómico médio-alto (Lostão *et al.*, 2001).

Existem ainda poucos estudos que indiquem que haja uma relação significativa entre os factores sociodemográficos e o cancro da mama. Por exemplo, a idade e um baixo nível académico nalguns estudos estavam associados a níveis de distresse específico no cancro da mama (Audrain *et al.*, 1997; Baider *et al.*, 1999), enquanto outros estudos não encontraram relação nenhuma, sendo por isso importante investir no estudo destas variáveis.

Suporte social

Um outro aspecto que nos parece pertinente na adesão a este tipo de comportamentos de saúde é o suporte social. Alguns estudos já encontraram associações positivas entre o suporte social e a prática do AEM (Katapodi *et al.*, 2002; Wagle *et al.*, 1997). Os nossos resultados bem como o de outros autores sugerem a importância do suporte social na prática do AEM e no rastreio do cancro da mama (Andrade *et al.*, 2005). Visto que o início do rastreio é aconselhado a partir dos 45 segundo a LPCC, quisemos saber quantas mulheres é que o estavam a efectuar pela primeira vez, e verificamos que apenas 25,7% o estavam a fazer.

Perante uma situação de stresse, os indivíduos tendem a utilizar como estratégia de *coping* o apoio social. Se o rastreio do cancro da mama é entendido como uma situação de

stresse, tendo em conta que a mulher é chamada a realiza-lo através de uma carta enviada pela LPCC, o apoio é fundamental. Por um lado porque associada à LPCC está o cancro como uma pesada e dura doença, e conseqüentemente a morte, e raras vezes o conceito de prevenção e promoção da saúde.

Porém, a disponibilidade de informação quer por parte de familiares, quer por parte de amigos pode exercer um papel importante na adopção de comportamentos preventivos, uma vez que quanto maior for a percepção de suporte social percebido maior a probabilidade de ocorrência de comportamentos preventivos.

Ainda neste sentido convém salientar que a adopção de comportamentos preventivos pode estar relacionada com as percepções de susceptibilidade e os níveis de exposição que são determinados pelos diferentes papéis sociais que a mulher tem na sociedade.

Contudo das mulheres que já o realizavam 69,7% já o tinha feito entre duas e cinco vezes e na sua maioria vai sozinha realiza-lo. Perante este facto interessou-nos saber até que ponto o suporte era ou não importante para estas mulheres e constatámos que as mulheres que foram efectuar o rastreio sozinhas apresentavam níveis de preocupação com o cancro superiores aos das mulheres que foram acompanhadas.

O apoio social parece ter um papel determinante na resistência psicológica à adesão a programas de prevenção. O apoio social está associado a maiores níveis de auto-estima e menores níveis de ansiedade.

O suporte social é visto mais uma vez como um factor importante e determinante para a saúde, com efeitos na longevidade, nas respostas individuais ao stresse, e na robustez das funções imunológicas, e também com a incidência e a evolução de determinadas doenças (Schwartz, 2005). Vários são os estudos que referem os efeitos benéficos do suporte social e do optimismo na redução de stresse em situações de doença, nomeadamente de cancro da mama (Scheier *et al.*, 1992; Trunzo *et al.*, 2003).

Lidar com as adversidades

Ao querermos estudar os comportamentos de saúde desta nossa amostra não foi de todo descabido questioná-las quanto à percepção que tinham acerca do rastreio, da sua saúde física e mental, e da forma como lidam com as adversidades da vida.

Neste sentido verificamos que as mulheres percebem o rastreio como muito importante para a saúde, indo de encontro com o que vários autores defendem (Pais-Ribeiro, 2007; Ogden, 2004; Shapiro, 1977 & Hinton, 1992), todos eles salientando a importância do rastreio do cancro da mama, para detecção precoce do mesmo.

Relativamente à percepção de saúde física e mental, as mulheres da nossa amostra apresentam bons valores quer de saúde física, quer de saúde mental (Média= 3,93). Perante estes valores será pertinente questionarmo-nos se esta percepção é realista ou não, uma vez que a maioria das mulheres da nossa amostra sofrem de uma ou mais doenças, incluindo a depressão como a mais indicada, seguida da hipertensão, diabetes e osteoporose. Por tais razões leva-nos a crer que está aqui presente o efeito da desajustabilidade social, interferindo nas respostas dadas, uma vez que a desajustabilidade social é tanto maior quanto maior for a tendência para veicular uma imagem culturalmente aceitável e de acordo com normas sociais, evitando por isso a crítica (Crowne *et al.*, 1961).

Quanto à capacidade para lidar com situações adversas, nomeadamente situações difíceis, verificamos que normalmente conseguem lidar com elas e com o stress do dia-a-dia, embora 61,4% das mulheres referiu ter já experienciado um ou mais acontecimentos stressantes, salientando-se a “morte” como o mais frequente.

Alguns estudos sugerem que mulheres que a realizaram o rastreio pela primeira vez estavam mais stressadas, do que as mulheres que já o tinham realizado mais vezes, o que vai de encontro com o nosso estudo, uma vez que ao efectuarmos a análise dos níveis de stress e medo antes e depois da mamografia, concluímos que estes variam com a realização da mesma.

As mulheres sentem-se mais stressadas antes de efectuarem o rastreio do que depois. Os mesmos resultados foram encontrados quanto ao medo antes e depois de realizar a mamografia.

Percepção de susceptibilidade, benefícios e barreiras

A investigação sobre representações da saúde é baseada fortemente nas respostas que o indivíduo dá. Assim, pareceu-nos importante e interessou-nos saber como é que as mulheres percebiam a sua vida e o subsequente comportamento preventivo em mulheres assintomáticas, ou com elevado risco de desenvolver cancro da mama.

Neste sentido apenas incluímos no nosso estudo as dimensões susceptibilidade percebida; benefícios e barreiras da mamografia, não descurando que todas as outras dimensões são importantes (Aiken *et al.*, 1994) mas não fazem parte dos objectivos do presente estudo.

Os indivíduos diferem bastante na forma como procuram informação acerca de riscos e problemas para a saúde e na sua adesão aos programas de rastreio (Decruynaere *et al.*, 2000). As crenças acerca do cancro da mama podem desenvolver uma informação geral acerca das possíveis causas do cancro, através da experiência com membros da família, ou através de informação dada por profissionais de saúde.

Por isso estamos interessados em conhecer as crenças que as mulheres têm acerca da sua saúde nomeadamente, quanto às questões relacionadas com o cancro.

Em vários estudos efectuados a dimensão susceptibilidade percebida para a doença não foi incluída, mas no nosso estudo incluímo-la por a considerarmos bastante importante como crença de saúde que pode indiciar um comportamento de saúde ou não.

De acordo com vários autores o Modelo de Crenças de Saúde pode representar um factor a ter em conta na participação em programas de detecção precoce do cancro da mama (Horne *et al.*, 1998; Taylor, 1999). Intervenções baseadas no modelo de crenças de saúde, tais como a susceptibilidade, os benefícios e as barreiras, têm-se revelado significativas no rastreio do cancro da mama (Champion *et al.*, 1995).

É importante mencionar que as mulheres têm um conhecimento muito pobre no que indica ao risco de desenvolver o cancro.

Os resultados do presente estudo indicam que as crenças são importantes factores na prevenção do cancro da mama. Em particular a percepção de susceptibilidade e de benefícios tendo em consideração o estado civil, demonstra-nos que a percepção de susceptibilidade e a percepção de benefício varia com o estado civil. Embora não haja muitos estudos que estudem esta relação, verificamos que este facto não se verifica apenas no nosso trabalho (Decruynaere, 2000).

A susceptibilidade percebida correlacionou-se com os comportamentos de saúde (Sheeram *et al.* 1996), uma vez que verificamos que há uma preocupação em recorrer aos serviços de saúde, embora não seja de forma rotineira, mas em caso de doença ou urgência, havendo uma diferença estatisticamente significativa neste item.

A subescala de susceptibilidade apresentou correlações com a Escala de orientação para a vida, no sentido de que quanto maior a percepção de susceptibilidade menores eram os valores de optimismo, e apresentou ainda correlações positivas com a Escala de Preocupação com o cancro da mama, na medida em que quanto maior a percepção de susceptibilidade maiores os níveis de preocupação com o cancro da mama.

A percepção de susceptibilidade é consistente e está associada a níveis de distresse, mulheres que têm percepção de que podem desenvolver cancro da mama apresentam níveis elevados de stress como sugerem alguns autores (Thewes, 2003).

No nosso estudo pudemos ainda verificar que mulheres com HFCM percebem a realização da mamografia como um benefício para a sua saúde, corroborando alguma da literatura existente, em que mulheres com HFCM relatavam mais barreiras na realização do rastreio (Kash *et al.*, 1992).

Optimismo

Os resultados indicaram que em média as mulheres são optimistas. De um modo geral, as mulheres apresentam uma atitude positiva em relação ao comportamento preventivo, acreditando que é necessária percepção de cada uma em relação a esta doença, apresentam uma crença na capacidade de controlar o comportamento e uma intenção em adoptar um comportamento preventivo para o cancro da mama.

Outros estudos indicam que indivíduos mais optimistas têm uma atitude mais positiva e uma maior percepção de controlo sobre o comportamento preventivo (Figueiras 2004). Os resultados mostram que o optimismo é consistente e apresenta correlações com a preocupação em ter cancro, e com a satisfação no suporte social. O optimismo está fortemente associado à HFCM, uma vez que na nossa amostra mulheres sem HFCM são mais optimistas do que as que têm HFCM, havendo uma diferença altamente significativa.

O optimismo tem um papel importante no ajustamento em grupos etários mais novos de mulheres com histórias significativas de HFCM (Henderson *et al.*, 2008), tal facto não se verifica no nosso estudo.

Preocupação com o cancro da mama

Num estudo efectuado verificou-se que níveis elevados de preocupação com o cancro da mama estavam associados a mulheres mais novas e com menos habilitações literárias (Henderson *et al.*, 2008).

Outros estudos demonstram que mulheres com história familiar de cancro da mama apresentam níveis de preocupação com o cancro muito elevados (Lloyd *et al.*, 1996; Rees *et al.*, 2004).

Embora no nosso estudo encontramos relações significativas entre os níveis de preocupação com o cancro e a história familiar de cancro da mama, ou seja, mulheres com HFCM apresentam níveis de preocupação mais elevados do que as que não têm HFCM, apresentando por isso diferenças estatisticamente significativas.

Após esta análise convém salientar a importância das crenças de saúde no processo de comportamentos de saúde.

7.2 Estudo 2

De forma geral, o diagnóstico de cancro da mama surge como um acontecimento stressante, em que é necessário lidar com todo um conjunto de emoções e mobilizar recursos e estratégias para o ultrapassar (Marques *et al.*, 1991). Para tal, estas mulheres necessitam de todo um conjunto de estratégias para enfrentar este acontecimento adverso.

O diagnóstico de cancro da mama provoca reacções e respostas psicológicas muito específicas e subjectivas, geralmente associadas a mudanças na identidade da mulher, concretamente nos aspectos íntimos da feminilidade, sexualidade, maternidade e imagem corporal, mas também no medo em relação aos tratamentos, à dúvida e à ansiedade (Bertero, 2002; Trill *et al.*, 2003).

Este diagnóstico é um factor de stresse que afecta indubitavelmente múltiplos aspectos da vida de uma mulher (Dorval *et al.*, 1998; Paker *et al.*, 2003), nomeadamente a nível de bem-estar, muitas mulheres relatam distresse psicológico, disfunção sexual e alterações na imagem corporal, após uma intervenção cirúrgica e os subsequentes tratamentos numa fase ainda precoce da doença (Bloom, 1986; Taylor *et al.*, 2002)

Para compreender os conteúdos da informação subdividimos o nosso estudo em dois momentos distintos: o primeiro que corresponde ao momento do diagnóstico, mastectomia e tratamento; e um segundo momento, associado à situação actual.

O primeiro impacto emocional da doença ocorre com as experiências e perda e a percepção de que a morte está próxima (Hernandez, 2003; Parker *et al.*, 2003).

Assim, no primeiro momento, todas as mulheres por nós inquiridas, excepto uma referiram que o diagnóstico de cancro da mama foi vivido como um choque emocional, em que o medo de morrer e o desespero foram os sentimentos mais sentidos *Foi um choque, porquê eu? Vou morrer....*

Um acontecimento como o cancro da mama é considerado como uma experiência única e inesquecível na vida de que por quem ela passa. Muitas das vezes a representação mental do cancro traduz-se em crueldade, em sofrimento, na crença de que o indivíduo é “consumido” aos poucos, sendo por vezes considerando como uma castigo de Deus (Duarte, 2003) *Eu sei que para sempre terei cancro, nunca mais me vai largar (E1).*

Os relatos das entrevistadas demonstram claramente que a doença provocou uma série de alterações na vida, interferindo na forma como se sentem em relação a si mesmas e na forma como vêm a vida. Os valores da vida foram modificados, foi-lhe dado um novo valor, os projectos de vida foram alterados, sendo necessário estabelecer novos objectivos, novos traçados. Neste primeiro momento, verificamos que a principal preocupação da mulher é a sobrevivência, após o choque inicial, é necessário e importante lutar para conseguir viver.

De acordo com Barros *et al.*, (1996) o diagnóstico de cancro da mama pode fazer com que por um lado a mulher reaja de forma construtiva, no sentido de aumentar os recursos para lidar com a situação (*coping* focado no problema) ou então de forma a controlar a resposta emocional do stresse, utilizando a negação e o evitamento (*coping* focado na emoção).

É de salientar a importância da mulher mastectomizada ter um suporte social, responsável para a apoiar, atender às suas necessidades e à sua pouca autonomia. De acordo com a literatura, mulheres com cancro de mama tendencialmente isolam-se e rejeitam o contacto social (Amorim, 2006), *Eu não gostava que me perguntassem como*

estava ou o que tinha (E1). Um outro aspecto importante e que também ele vai de encontro à literatura, é o da imagem corporal.

Em ambas as entrevistas, o diagnóstico de cancro da mama surge como um acontecimento stressante, em que é necessário lidar com todo um conjunto de emoções e mobilizar recursos e estratégias para o ultrapassar (Marques, *et al.*, 1991). Para tal, estas mulheres necessitam de todo um conjunto de suporte, familiar e/ou social. O apoio social e familiar tem sido identificado como um importante factor de adaptação emocional à doença e bem-estar, contribuindo posteriormente para uma melhor qualidade de vida (Silva *et al.*, 2003)

Como podemos verificar e de acordo com a literatura é em situações de maior stress, e entenda-se o diagnóstico de cancro da mama, a mastectomia e o tratamento do mesmo como situações stressantes, ameaçadores e traumáticos, que o suporte social, quer emocional, quer instrumental, surge como mais importante (Kaniasty *et al.*, 1995).

A investigação nesta área sugere o efeito de *buffer* (amortecedor) na saúde e de bem-estar. A percepção de suporte social deficitário aumenta o risco de desenvolvimento de sintomas de ansiedade de depressão (Henderson, 1992), bem visíveis em algumas mulheres entrevistadas. A falta de suporte instrumental era evidente não como um mecanismo de defesa, mas antes como um potenciador de ansiedade e depressão “Estou aqui em casa sem saber verdadeiramente o que tenho, ninguém me diz, se calhar é porque vou morrer” (E4).

Contudo também surgiram indícios de que mulheres com estado de espírito negativo fazem uma avaliação do suporte em termos deficitários, o que vai de encontro com alguns autores, que referem que o efeito de protecção atribuído ao suporte social poderia resultar num enviesamento emocional: alguns estudos referem que em situações de stress, o efeito amortecedor do suporte social percebido foi evidenciado, embora não correspondesse ao suporte social recebido (Cohen *et al.*, 1985).

Algumas das mulheres entrevistadas, revelaram que, no que respeita ao relacionamento sexual, a compreensão, o apoio e o saber esperar dos companheiros foi fundamental. Verificamos também que por parte de algumas entrevistadas não havia a preocupação em arranjar companheiro, salientando em nosso entender e de acordo com a literatura, a valorização da sua aparência, como um entrave ao mesmo.

Constatamos a ocorrência de problemas ao nível da valorização da aparência, que pareciam não deteriorar a qualidade do relacionamento conjugal, mas antes uma diminuição de satisfação sexual.

Como refere a literatura quer o cancro da mama., quer o seu tratamento influenciam negativamente a imagem que as mulheres têm do seu corpo (White, 2000) e obviamente influenciará a sua auto-estima, ou seja, a mulher tem uma percepção positiva ou negativa de si mesma tendo em consideração os seus sentimentos, as suas características pessoais e a satisfação com ela própria.

Para muitas mulheres a auto-estima é baseada exclusivamente na imagem corporal, e esta por si vai determinar o seu relacionamento interpessoal. Esta situação é agravada quando a mulher sofre uma mudança física ou um desfiguramento resultante de uma doença, como o cancro. Quando comparadas com mulheres sem qualquer alteração corporal, verifica-se que nas primeiras há um impacto muito negativo, quer a nível emocional, quer a nível da qualidade vida (White, 2000).

Dados na literatura sugerem que o cancro da mama e o conseqüente tratamento têm um impacto maior em mulheres mais novas e casadas e/ou com companheiro (Lopez, 1992).

Em alguns estudos, a idade parece interagir significativamente com o tipo de suporte social. Foi demonstrado que em mulheres novas, o relacionamento sexual e a imagem corporal, bem como o ajustamento à cirurgia e ao tratamento dependem da qualidade de um relacionamento. Enquanto em mulheres mais velhas depende de um alargado e vasto suporte social (Manos *et al.*, 2005).

As mudanças físicas inerentes à desfiguração, e a dificuldade em adaptar-se às próteses, vão alterar a auto-imagem percebida pelas mulheres com cancro da mama, tendo conseqüências a nível dos relacionamentos interpessoais e nas suas relações íntimas e sexuais (Bertero, 2003). Em alguns casos, e nomeadamente no nosso estudo as mulheres que referem perda de interesse quer a nível de arranjar companheiro, quer a nível sexual, estão relacionadas com mecanismos de defesa e de auto-protecção, face ao conjunto de conseqüências que um tratamento tem (Shell, 2000)

No nosso estudo verificamos que mulheres casadas atribuíam mais importância à sua imagem corporal, do que as que não eram, o que vai de encontro com a literatura. Tal

como no nosso estudo Ghizzani e colaboradores (1995) verificaram que as repercussões do cancro da mama e do seu tratamento dependem em grande parte do suporte social recebido.

As mulheres casadas da nossa amostra revelaram problemas a nível físico e consequente interferência nas actividades diárias. Por outro lado as mulheres sem companheiro apresentavam uma maior preocupação com a sua saúde e com o futuro.

Alguns autores demonstraram a importância do estado civil como um importante preditor da qualidade de vida dos sobreviventes de cancro da mama (Cui *et al.*, 2004).

Estando o *coping* associado a um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais que permitem gerir experiências interiores e/ou exteriores, as estratégias surgem como uma forma de diminuir esses efeitos. O *coping* associado à doença tem que ver com todo um conjunto de processos com vista a diminuir as ameaças à integridade emocional. A forma como essa reorganização se efectuará depende das estratégias utilizadas (Santos, 2004 In Varela, 2007).

Perante uma situação de cancro da mama a mulher precisa de arranjar todo um conjunto de estratégias para saber lidar com a situação. Os resultados encontrados no nosso estudo indicam que as estratégias mais utilizadas são as focadas no problema, as focadas na emoção, ou mesmo a busca de apoio social.

Como referem alguns autores estas estratégias podem surgir isoladas, ou em conjunto e são consideradas eficazes se de facto proporcionarem bem-estar e reduzirem o stresse. Verificamos ainda que alguns casos as estratégias focadas no problema, tais como a procura de informação (E2; E3) foram eficazes na redução do stresse e da ansiedade (Vaz Serra 2002; Canavarro, 2001).

A literatura sugere que o nível académico está associado com o recurso às estratégias de *coping*, nomeadamente, mulheres com mais habilitações literárias, utilizam menos estratégias de *coping* (Varela *et al.* 2007).

O nosso estudo corrobora esta afirmação, uma vez que na nossa amostra há uma mulher com níveis académicos superiores, e não é por essa razão que não recorre a estratégias de *coping*. Havendo mesmo por parte da mesma uma necessidade em as

utilizar, como exemplo citamos o facto de querer ocupar o tempo para não “pensar muito no assunto” (E2), arranjando actividades que a pudessem ocupar.

Num estudo sobre o cancro da mama foi demonstrado que o desespero e o evitamento são estratégias de *coping* menos activas, associadas a uma resposta desadaptativa e a um pior prognóstico da doença. No nosso estudo verificamos que as mulheres que usaram estratégias de evitamento, tiveram já complicações no seu estado de saúde, duas delas vivenciaram já um segundo cancro.

Como defendem Holroyd & Lazarus (1982) numa situação de doença o *coping* pode ser determinante na evolução da doença.

Num estudo clássico efectuado por Maguire e colaboradores (1978) foi demonstrado que um ano depois da cirurgia 25% das mulheres apresentavam clinicamente níveis de ansiedade e/ou depressão, e 33% apresentaram sérias dificuldades no comportamento sexual. Outros estudos evidenciaram a elevada incidência de problemas relacionados com a imagem corporal depois da cirurgia (Irvine, 1991).

De acordo com Gross (1989) emergiu um consenso de que um conjunto de factores psicológicos deveriam ser estudados, particularmente os estilos de *coping* associados a uma tendência para emoções negativas.

Perante tais resultados é de todo conveniente continuar a estudar as variáveis ou factores psicológicos que interferem com o diagnóstico, com o tratamento e com todo um projecto de vida que tem de ser reajustado por pequenas etapas.

Este estudo fez-nos reflectir sobre a importância das estratégias de *coping*, ou na forma que são utilizadas, uma vez que há um desconhecimento por parte de algumas inquiridas sobre a própria temática em si – o cancro – uma vez que partilham o dia-a-dia de cada uma com ele.

Os relatos das mulheres voluntárias apresentava em nossa opinião variáveis de resiliência e de protecção muito trabalhadas, o que a nosso ver não é de todo positivo, porque perante uma situação de aconselhamento e partilha de histórias de vida, devemos ser verdadeiros, quer na forma como agimos, quer na forma como sentimos as coisas.

CAPÍTULO 8 - CONCLUSÃO

Este trabalho teve como objectivo estudar alguns comportamentos de saúde, nomeadamente os medos e receios, os níveis de optimismo disposicional e de preocupação em ter cancro da mama no estudo um. Enquanto no estudo dois procuramos identificar estratégias de *coping* e percepções acerca de um diagnóstico de cancro da mama. Os resultados apontam para uma associação entre as variáveis psicossociais e a adesão e preocupação com comportamentos de saúde.

Os rastreios oncológicos têm como principal finalidade a detecção precoce do cancro, mas de uma forma geral os comportamentos de adesão são insatisfatórios. Por um lado podem ter consequências para quem os realiza, e por outro lado originar atitudes sociais benéficas ou prejudiciais.

Um rastreio, neste caso, o rastreio do cancro da mama pode acarretar várias fontes de stress e ansiedade: num primeiro momento a carta a convocar as mulheres para efectuarem o rastreio, num segundo momento o rastreio propriamente dito e num terceiro momento a espera pelo resultado, e de acordo com o resultado, a possibilidade de efectuar mais exames clínicos, e ainda o facto de não efectuarem o rastreio ser alvo de crítica e censura.

Perante os resultados obtidos são de todo importantes algumas considerações no sentido de sensibilizar os profissionais de saúde para a promoção e adopção de comportamentos mais saudáveis e preventivos.

Principais resultados

Relativamente ao **estudo 1**, os comportamentos de adesão a este tipo de programas parecem ser influenciados pela HFCM, pelo estado civil, e pelos níveis etários, assim sugerimos atenção em abordagens com estes grupos, assim como a necessidade de verificar estes resultados em trabalhos futuros.

Verificamos que existe muita iliteracia quanto ao AEM, quer ao rastreio em si. Apesar de ser uma amostra com baixas qualificações profissionais, foi muito receptiva e participativa, e com uma enorme falha no suporte social. Uma vez, que o preenchimento dos questionários ofereceu um espaço de partilha de receios e ansiedade o que podemos comparar a um espaço propício de “desabafo”, onde foram partilhadas histórias de vida trágicas e traumáticas, que enriqueceram os resultados do nosso estudo.

A importância atribuída ao rastreio pelas utentes foi deveras muito importante, mas como já referimos devido à falta de informação sobre este meio de diagnóstico, muitas mulheres não o fazem por medo, quer do exame em si, quer do resultado do mesmo.

Estudo 2

Em geral, este estudo indica que os conhecimentos acerca da doença, o suporte social, as estratégias de *coping* utilizadas e as crenças sobre o cancro da mama e a sua detecção precoce devem ser tidas em consideração no desenvolvimento de estratégias de educação para a saúde, por um lado a nossa amostra apresenta maioritariamente mulheres com poucas qualificações e que vivem em meio rural, e por outro as que tem a experiência do mesmo não se sentem totalmente esclarecidas. A importância da percepção de susceptibilidade tem sido amplamente documentada e poderá ser favorecida por uma estratégia de educação para a saúde focada no *empowerment*, ou seja, de dotar os indivíduos com recursos pessoais que lhes permitam enfrentar as adversidades.

Com esta reflexão não pretendemos fazer generalizações, mas sobretudo podemos afirmar que compreendemos um pouco melhor as crenças, as vivências, o apoio familiar e social e alguns dos sentimentos envolvidos e percebidos pelas mulheres, quer as que realizaram o rastreio do cancro da mama, quer as que já vivenciaram o cancro da mama.

São referidos ainda alguns contributos inerentes a este trabalho nomeadamente ao nível do suporte social e dos grupos de apoio para ajudar a mulher com cancro da mama a compreender e partilhar os seus sentimentos, diminuindo o isolamento e o estigma, podendo actuar na prevenção de ansiedade e depressão.

Conhecer e compreender como é que o optimismo e a satisfação com o suporte social interferem na adesão aos cuidados de saúde e na promoção dos mesmos são pontos referenciais bastante importantes para investigações futuras. Os nossos resultados sugerem que esta intervenção será de todo benéfica quer para aumentar a adesão ao rastreio do cancro da mama, bem como para a prática regular do AEM. Os nossos resultados mostram também que são importantes as intervenções com o objectivo de reduzir o stresse e a ansiedade em mulheres com cancro da mama de forma a fortalecer o sistema imunológico das mesmas.

Limitações do estudo

Ao abordarmos as limitações desta investigação não nos podemos nunca esquecer de que esta foi efectuada com seres humanos, sujeitos à variabilidade de comportamentos, bem como o facto de ser uma amostra sensível e de elevada vulnerabilidade. Não só porque estamos a lidar com todo um conjunto de sentimentos, percepções e emoções pessoais, bem como estamos a trabalhar uma temática difícil de abordar envolvendo conceitos tão dicotómicos como o viver e morrer.

Por outro lado o tipo de investigação requer respostas de auto-percepção, que poderão ser influenciadas pelo factor desejabilidade social, bem como pelo facto da nossa amostra ser extremamente homogénea, quer a nível de meio, que apesar de residentes no Concelho de Coimbra estas residem nos subúrbios da cidade, com rotinas evidentes de tipo rural, quer a nível de frequência aos rastreios.

Implicações Práticas

Com estes resultados desmistificar crenças e valores erróneos, por meio de acções de formação que visem a aprendizagem do palpar da mama, do conceito de cancro, os diferentes tipos de cancro e os respectivos tratamentos e apoio social tendo em vista o aumento da prática do AEM e do rastreio do cancro da mama. De forma a sensibilizar quer as mulheres, quer os homens para uma observação frequente das mamas de modo a conhecerem mais e melhor o próprio corpo de modo a conseguirem detectar alguma anomalia.

Com este trabalho pretendemos e achamos de todo conveniente elaborar um plano de formação, que aborde a importância dos comportamentos de saúde, a intervenção a nível dos factores de risco e protecção.

Por outro lado é importante sensibilizar e formar os profissionais de saúde no que respeita à promoção e educação para a saúde. Devendo haver uma preocupação e sensibilidade para preparar os indivíduos para lidar com os processos de morte/luto, bem como formar os indivíduos para lidarem de uma forma positiva e optimista com as adversidades da vida.

Desenvolver intervenções psicológicas com o intuito de modificar as estratégias de *coping*, as reacções emocionais e padrões comportamentais das mulheres com cancro da

mama, com o objectivo de não só melhorar a sua adaptação psicossocial à doença, bem como no desenvolvimento clínico da mesma.

Com este trabalho pretendemos dar um singelo contributo para a Liga Portuguesa Contra o Cancro, no sentido de melhorar os programas de prevenção ao nível de uma maior sensibilização e formação às mulheres e famílias, no sentido de promover uma maior adesão a este tipo de rastreio e na importância dos valores e atitudes que cada cultura e cada meio possui. Na abordagem formal que faz às mulheres para participarem no rastreio, sendo importante ainda de que de forma reforçadora informar previamente as utentes no que consiste o rastreio e que resultados dele podem advir.

Investigações Futuras

Dada a lacuna empírica focalizada no impacto da doença oncológica sobre a família e a importância das suas interações relacionais, bem como, as evidências encontradas na literatura e no nosso estudo sugerem a importância de estudar a família como um sistema, com inter-relações significativas, em que a pessoa doente é vista como um ser individual integrado na família. Parece-nos de todo importante e de grande utilidade serem desenvolvidos estudos que permitam melhor compreender a importância da família em indivíduos com cancro.

É importante sensibilizar os profissionais de saúde para a necessidade de serem fomentadas acções de prevenção que melhor informem e desmistifiquem os medos e receios deste tipo de estudo.

Serão necessários a realização de estudos longitudinais com o objectivo de identificar variáveis psicológicas que interferem na adesão e nos programas de prevenção, bem como o consequente estudo em mulheres com cancro da mama.

Contudo são necessários estudos longitudinais para identificarem a relação causal entre o papel moderador do optimismo na redução dos níveis de stresse.

Seria de todo interessante incentivar e realizar investigações longitudinais e comparativas entre os rastreios efectuados pela Liga Portuguesa Contra o Cancro e outras instituições particulares nacionais e internacionais que o fazem.

O futuro não é um lugar para onde queremos ir, mas um lugar que estamos a criar. O caminho para ele não é encontrado, mas construído e o acto de o fazer muda tanto o realizador quanto o destino.

(Antoine de Saint-Exupéry)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-
- Aguillar, V., & Bauab, S. (2003). Rastreamento mamográfico para detecção precoce do câncer de mama. *Revista Brasileira de Mastologia*, 13 (2), 82-99. Versão electrónica] retirado a 24-05-2007 de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=410633&indexSearch=ID>
- Aiken, L., West, S., Woodward, C. & Reno R. (1994). Health beliefs and compliance with mammography screening. Recommendations in asymptomatic women. *Health Psychology*, 13, 122–129.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behaviour. *Organization Behavior and Human Decision Processes*. 50, 179-211.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and Measurement. In K. Petrie, & J. Weinman (Orgs.) *Perceptions of Health and Illness: and predicting social behaviour*. Englewood.
- Almeida, A. & Cunha, G. (2003). Representações sociais do desenvolvimento humano. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16 (1), 147-155.
- Alsaif, A. (2004). Breast self-examination among Saudi female nursing students in Saudi Arabia. *Saudi Medicine Journal*, 25 (11), 1514-1518.
- Amorim, C. (2006). Doença oncológica da mama: Vivências de mulheres mastectomizadas. *Revista de Ciências da Saúde de Macau*, 6 (2), 108-113.
- Anderson, R.; Funnel, M.; Carlson, A.; Saleh-Statin, N.; Cradock, S. & Skinner, C. (2000). Facilitating Self-Care Trough Empowerment. In F. Snoek & T. Skinner (Ed.). *Psychology in Diabetes Care*. (pp.69-97). England. John Wiley & Sons.
- Andrade, C., Faerstein, E., Griep, R. Lopes, C. & Fonseca, M. (2005). Apoio social e auto-exame das mamas no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 21 (2), 379-386.
- Andreu, Y., Galdón, M. & Durá, E. (2002). Prevención secundaria del câncer de mama: el papel de las creencias de salud. In M. Dias. & E. Durá (Coord.). *Territórios da Psicologia Oncológica*. (pp.547-578). Lisboa. Climepsi Editores.

-
- Andrykowski, M., Cordova, M., McGrath, P., Sloan, D., & Kennady, D (2000). Stability and change in posttraumatic stress disorder following breast cancer treatment: a one year follow-up. *Psycho-Oncology*, 9(1), 69-78.
- Antoniazzi, A., Dell’Aglío, D. & Bandeira, D. (1998). O conceito de *coping*: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3 (2), 273-294.
- Apóstolo, J., Viveiros, C., Nunes, H. & Domingues, H. (2007). Incerteza na doença e motivação para o tratamento em diabéticos tipo 2. *Revista Latino-americana de Enfermagem* 15 (4) [Versão Electrónica] retirado a 30/11/2007 de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt_v15n4a09.pdf
- Audrain, J., Schwartz, M. & Lerman C. (1997). Psychological distress in women seeking genetic counseling for breast /ovarian cancer risk: the contributions of personality and appraisal. *Annual Behavior Medicine*, 19,370–377.
- Baider, L., Ever-Hadani, P. & Kaplan, A. (1999) Psychological distress in healthy women with familial breast cancer: like mother, like daughter? *International Journal of Psychiatry Medicine*, 29, 411 – 420.
- Baltar, M., Ribeiro, J., Lopes, I., Torres, A., & Lourenço, C. (2001). Respostas emocionais, qualidade de vida e estratégias de coping para lidar com a doença em mulheres com cancro ginecológico. *Psicologia: teoria, investigação e prática*, 2, 285-300.
- Baltes, P. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23, 611-696
- Baltes, P., Reese, H. & Lipsitt, L. (1980). Life-span developmental psychology. In M.. Rosenzweig & M. Porter (Eds). *Annual Review of Psychology*, 31, 65-110. Palo Alto, CA: Annual Reviews.
- Barbosa, M. (2004). Se detectados no início, 90% dos cancros da mama podem ser curados: Vencer esse medo de descobrir o cancro. [Versão electrónica] retirado a 04-06-2007 de http://www.medicosdeportugal.iol.pt/action/2/cnt_id/875/
- Bardin, L. (1988). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70
- Barros, S., Lobo, S., Trindade, I. & Teixeira, J. (1996). Alexitimia, saúde e doença. *Análise Psicológica*, 2 (3), 305-312.

-
- Beck, J. (1995). *Cognitive Therapy: basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Bennet, P. & Murphy, S. (1999). *Psicologia e Promoção da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Berkman, F. (1984). Assessing the physical health effects of social networks and social support. *Annual Review of Public Health*, 5, 413-432.
- Bertero, C. (2002). Affected self-respect and self-value: The impact of breast cancer treatment on self-esteem and qol. *Psycho-Oncology*, 11, 356-364.
- Bischof, M., Kriegsman, D., Beekman, A. & Deeg, D. (2004). Chronic diseases and depression: The modifying role of psychosocial resources. *Society Sciences Medicine*, 59, 721-733.
- Bishop, G. (1991). Understanding the understanding. *British Journal of Cancer*, 55, 207-211.
- Bishop, G. (1991). Understanding the understanding of illness: Lay disease representations. In J. A. Skelton, & R. T. Croyle (Orgs.), *Mental representation of health and illness* (pp. 32-59). USA: Springer-Verlag.
- Bishop, G. (1994). *Health psychology: Integrating mind and body*. Needham Heights: Allyn and Bacon.
- Blamey, W., Wilson, M., & Patnick, J. (2000). ABC of breast diseases. Screening for breast cancer. *BMJ*, 321, 689-693.
- Blanchard, K., Colbert, J. & Puri, D. (2004) Mammographic screening: patterns of use and estimated impact on breast carcinoma survival. *Cancer*, 101:495-507.
- Bliss, S., Bauman, E, Piper, L., Brint, A. & Wright, P. (1985). *The new holistic health Handbook*. Massachusetts: The Stephen Greene Press.
- Bloom, J. (1986). Psychological response to mastectomy. *Cancer*, 59, 189-196.
- Bobo, K., Lee, C., & Thames, F. (2000). Findings from 752,081 clinical breast examinations reported to a National Screening Program from 1995 through 1998. *Journal. National Cancer Institute*, 92(12), 971-976.
- Boyle, P. (2002). Current situation of screening for cancer. *Annals of Oncology*, 13(1), 189-198.

-
- Canavarro, M. (2001). Gravidez e maternidade – representações e tarefas de desenvolvimento. In M. Canavarro (Org.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora
- Carvalho Teixeira, A. (2000). O que faz falta na prevenção primária em saúde. In J. Ornelas, & S. Maria (Orgs.), *Actas da 1ª Conferência de Desenvolvimento Comunitário e Saúde mental*. Lisboa: ISPA.
- Carvalho, G.S. (2002). Literacia para a Saúde: Um Contributo para a Redução das Desigualdades em Saúde. In Maria Leandro, Maria Araújo e Manuel Costa (Org.). *Saúde- As teias da discriminação social* (pp.119-135). *Actas do colóquio Internacional saúde e Discriminação Social*. Instituto de Ciências Sociais. Braga: Universidade do Minho.
- Carver, C. & Scheier, M. (2001). Optimism, pessimism and self-regulation. In E.C. Chang (ed.): *Optimism and pessimism. Implications for theory, research and practice* (pp. 31-51). Washington: American Psychological Association.
- Carver, C., Pozo, C., Harris, S., Noriega, V., Scheier, M., Robinson, D., Ketcham, A., Moffat, F. & Clark, K. (1994). How coping mediates the effects of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390.
- Cassel, J. (1976) The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*. 104, 107–123.
- Center Of Disease and Control Prevention (2003). About chronic disease. [Versão electrónica] retirado a 17-09-2007 de <http://www.cdc.gov/washington/overview/chrondis.htm>.
- Champion, V. & Huster, G. (1995). Development o a benefits and barriers scale for mammography utilization. *Cancer Nursing*, 18, 53-59.
- Champion, V. & Scott, C. (1997). Reliability and validity of breast cancer screening belief scales in African American women. *Nursing Research* 46, 331–337
- Champion, V. & Skinner, C. (2003). Differences in perceptions of risk, benefits, and barriers by stage of mammography adoption. *Journal of Womens Health*, 12, 277–286.

-
- Champion, V. (1993). Instrument refinement for breast cancer screening behaviors. *Nursing Research* 42, 139–143.
- Champion, V. (1999). Revised susceptibility, benefits and barriers scale for mammography screening. *Research in Nursing & Health* 22, 341–348.
- Chico, L. (2002). Optimismo disposicional como predictor de estratégias de enfrentamento. *Psicothema*, 14(3), 544-550.
- Cohen, S. & Wills, A. (1985). Stress and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychology*. 59, 676-684.
- Compas, B., Banez, G., Malcarne, V., & Worsham, N. (1991). Perceived control and coping with stress: a developmental perspective. *Journal of Social Issues*, 47, 23-34.
- Conner, M. & Norman, P. (1996). *Predicting health behaviour. Research and practice with social cognition models*. Buckingham: Open University Press.
- Coob, S. (1976). Social Support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Correa, A., Del Paso, G., León, A. & Jareño, M. (2006). Optimismo/pessimismo disposicional y estrategias de enfrentamento del estrés. *Psicothema*, 18(1), 66-72.
- Costa, M., & Lopez, E. (1986). *Salud comunitária*. Barcelona: Martinez Roca.
- Costa, M., López, E. (1996). *Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Costanza, M., Stoddard, A., Gaw, V., & Zapka, J. (1992). The risk factors of age and family history and their relationship to screening mammography utilization. *Journal of American Geriatrics Society*, 40 (8), 774-778.
- Couto, A. (1998). O modelo de crenças na saúde e a teoria do comportamento planeado na Educação para a saúde. *Referência*, 1, 5-9.
- Crowne, D. & Marlowe, D. (1961). Social desirability and response to perceived situational demands. *Journal Consult Psychological*, 25, 109-115.

-
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Finding flow: The psychology of optimal experience*. New York: Harrer and Row.
- Cui, Y., Shu, X., Gao, Y., Cai, H., Wen, W., Ruan, Z., Jin, F., & Zheng, W. (2004). The long-term impact of medical and socio-demographic factors on the quality of life of breast cancer survivors among Chinese women. *Breast Cancer Research and Treatment*, 87, 135-147.
- Custódio, S. Pereira, A. (2006). Stresse, suporte social e saúde em estudantes de enfermagem em ensino clinic. In N. Satos (Orgs.). *Actas do VI Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Évora: Departamento de Psicologia da Universidade de Évora, volume XVIII, pp. 46-62.
- Decreto Lei nº 413/71 . Constituição de Portugal 4ª revisão, artigo 64. Lisboa
- Decreto-lei nº 190 de 17 de Agosto de 2004. Plano Oncológico Nacional 2001-2005. Lisboa
- Decruynaere, M., Evers-Kiebooms, G., Welkenhuysen, M., Denayer, L. & Claes, L. (2000). Cognitive representations of breast cancer, emotional distress and preventive health behaviour: a theoretical perspective. *Psycho-Oncology*, 9, 528-536.
- Dershaw, D. (2002). *Mammography: current status and high risk screening*. Comunicação apresentada na 30ª Conferência sobre Cancer de Mama. Dallas. [Versão electrónica] retirado a 17-05-2007 de <http://www.mskcc.org/mskcc/html/65281.cfm>.
- Despacho conjunto nº 861/99, alínea b. Ministério da Saúde do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Lisboa.
- Deters, E. (2003). Cancro. In W. Phillips., J. Sands., J. Marek (eds). *Enfermagem Médico-cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. Loures: Lusociência.
- Dias, M. R. (1994). Informar os doentes oncológicos: Uma perspectiva de intervenção. In T. C. McIntyre (Ed.), *Psicologia da saúde: Áreas de intervenção e perspectivas futuras* (pp. 139-155).
- Dias, M., Duque, A., Silva, M., & Durá, E. (2004). Promoção da saúde: O renascimento de uma ideologia. *Análise Psicológica*, 3(XXII), 463-473.

-
- Dias, M.R. (2002). Cancro de mama: A (contra) informação dos mass media. In M.R. Dias & E. Durá (Coords.), *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 235-264). Lisboa: Climepsi Editores.
- Dirksen, S. (2004). Breast disorders. In S. Lewis, M. Heitkemper, & S.R. Dirksen (Orgs.), *Medical surgical nursing* (pp. 1360–1361). St. Louis, MI: Mosby.
- Distritos Sanitários (2002). Distritos sanitários: Conceção e organização. [Versão Electrónica] retirado a 23/09/2007 de <http://www.Google.com>
- Dorval, M., Maunsell, E., Deschênes, L., & Brisson, J. (1998). Type of mastectomy and quality of life for long term breast carcinoma survivors. *American Cancer Society*, 15, 2130-2138.
- Downie, R., Tannahill, C. & Tannahill, A. (2000). *Health promotion. Models and values*. 2ªed. Oxford: University Press.
- Duarte, S. (1998). Outros saberes de saúde e de doença. *Referência*, 1, 11-21.
- Duarte, T. & Andrade, A. (2003) Enfrentando a mastectomia: análise de relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. *Estudos de Psicologia*, 8(1), 155-163.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-135.
- Erikson, E. (1959). Identify and the life cycle. *Psychological Issues*, 1(1), 18-171.
- Esgerra, G. (2006). Psicologia Positiva: uma nova perspectiva em psicologia. *Revista Diversitas – Perspectivas em Psicologia*, 2 (2), 311-319.
- Eyre, J., Smith, A., & Mettlin, J. (2000). Cancer screening and early detection. In C. Decker, *Cancer medicine*. London.
- Eysenck, H.J. (1994). *Tabaco, personalidad y estres*. Barcelona: Herder
- Faller, H., Bulzebruck, H., Drings, P. & Lang, H. (1999). Coping, distress, and survival among patients with lung cancer. *Archives of General Psychiatry*, 56(8), 756-762.
- Fernandes, R. & Narchi, N. (2002). Conhecimento de gestantes de uma comunidade carente sobre os exames de detecção precoce do câncer cérvico-uterino e de mama.

Revista Brasileira de Cancerologia, 48(2), 223-230. [Versão electrónica] retirado a 17-05-2007 de http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v02/pdf/artigo2.pdf.

Ferrandis, E., Andreu, Y. & Galdón, M. (2002). The impact of information given to patients' families: Breast cancer risk notification. *Análise Psicológica*, 1 (XX), 27-34.

Ferreira, F. (1990), *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

Figueiras, M., Alves, N. & Barracho, C. (2004). Diferenças do valor preditivo da Teoria da Acção Planeada na intenção de adoptar comportamentos preventivos para o cancro da pele: O papel do optimismo e da percepção da doença em indivíduos saudáveis. *Análise Psicológica*, 3 (XXII), 571-583.

Filipp, S. (1992). Could it be worse? The diagnosis of cancer as a prototype of traumatic life events. In L. Montada, S. Philipp, & M. Lerner (Orgs.). *Life crises and experiences of loss in adult/hood*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Folkman, S. & Moskowitz, J. (2004). Coping: Pitfalls and Promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.

Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes. A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social psychology*, 46(49), 939-952.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.

Franek. A., Nowak. Z. & Cabaj M. (2004). Breast Cancer prophylaxis among nurses. *Wiadlek*. 57, 82-84.

Fredrickson, L. (2000). Positive emotions. In C. Zinder & S. López (Orgs.). *Handbook of positive psychology* (pp. 120-134). New York: Oxford University Press.

Fredrickson, L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. *American Psychologist*, 56, 218-226.

Freitas, M. H. A. (1998). Avaliação da produção científica: considerações sobre alguns critérios. *Psicologia Escolar e Educacional*. 2 (3), 211-228.

-
- Friedman, L., Kalidas, M., Iledg, R., Chang, J., Romero, C., Usain, I., Dulay, M. & Liscum, K. (2006). Optimism, social support and psychosocial functioning among women with breast cancer. *Psycho- Oncology*, 15, 95-603.
- Friedman, L., Nelson, D., Baer, P., Lane, M., Smith, F. & Dworkin R. (1992). The relationship of dispositional optimism, daily life stress, and domestic environment to coping methods used by cancer patients. *Journal of Behavior Medicine* 15, 127–142.
- Fugita, R. & Gualda, D. (2006). A causalidade do câncer de mama à luz do Modelo de Crenças da Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 40(4), 501-506.
- Gable, S., Impett, A., Reis, H. & Asher, R. (2004). What do you do when things go right? The intrapersonal and interpersonal benefits of sharing positive events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87, 228-245.
- Ghizzani, A., Pirtoli, L., Belleza, A. & Velicogna, F. (1995). The evaluation of some factors influencing the sexual life of women affected by breast cancer. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 21, 57-63.
- Gillham, J.E., Shatte, A.J., Reivich, K.J. y Seligman, M.E.P. (2001). Optimism, pessimism and explanatory style. En E.C. Chang (ed.): *Optimism and pessimism. Implications for theory, research and practice* (pp. 53-75). Washington: American Psychological Association.
- Giovannini, D., Bitti, P., Sarchielli, G., & Speltini, G. (1986). *Psychologie et santé*. Bruxelles: Pierre Madraga, Editeur.
- Goldim, I. (2002). Saúde. [Versão Electrónica] retirado a 19/09/2007 de <http://www.uirgs.br/RCPNgppg/saúde.htm>.
- Gray, M. (1990). Factors related to practice of breast self-examination in rural women. *Cancer Nursing*, 13,100-107.
- Greenwald P., Nasca, P., Lawrence, C., Horton, J., McGarrah, R., Gabriele, T. & Carlton K (1978) Estimated effect of breast self-examination and routine physician examinations on breast-cancer mortality. *New England Journal Medicine*, 299, 271-273.

-
- Greenwald, P., Nasca, P., Lawrence C., Horton, J. McGarrah, R., Gabriele, T. & Carlton, K. (1978). Estimated effect of breast self-examination and routine physician examinations on breast-cancer mortality. *New English Journal Medicine*, 299, 271-273.
- Greer, S. & Watson, M. (1989). Mental adjustment to cancer: Its measurement and prognostic importance. *Cancer Survey*, 6(3), 439-453.
- Greer, S. (1999). Mind-body research in psychooncology. *Advances in Mind-Body Medicine*, 15(4), 236-244.
- Grilo, A. & Pedro, H. (2005). Contributos da psicologia para as profissões da saúde. *Psicologia, Saúde e Doenças*, VI (001), 69-89.
- Gross, M. (1989). The pursuit of excellence or the search for intimacy? The forced choice dilemma of gifted youth. *Roeper Review*, 11(4), 189-194.
- Hackshaw, K., & Paul, A. (2003). Breast self-examination and death from breast cancer: A meta-analysis. *British Journal of Cancer*, 88, 1047-1053.
- Haji-Mahmoodi, M., Montazeri, A., Jarvandi, S., Ebrahimi, M., Haghghat, S. & Harirchi, I. (2002). Breast self-examination: Knowledge, attitudes, and practices among female health care workers in Tehran, Iran. *Breast Journal*, 8, 222–225.
- Harvey, B., Miller, A., Baines, C & Corey, P. (1997). Effects of breast self-examination techniques on the risk of death from breast cancer. *Canadian Medical Association Journal*, 157, 1205–1212.
- Hay, J., Buckley, T. & Ostroff, J. (2005). The role of cancer worry in cancer screening: A theoretical and empirical review of the literature. *Psycho-Oncology*, 14, 517-534.
- Hegelson V, Cohen S. 1996. Social support and adjustment to cancer: Reconciling descriptive, correlational and interventional research. *Health Psychology*, 15, 135–148.
- Henderson, B., Tyndel, S., Clements, A., Bankhead, C., Austoker, J. & Watson, E. (2008). Factors associated with breast cancer –specific distress in younger women participating in a family history mammography screening programme. *Psycho-Oncology*, 17, 74-82)

-
- Henderson, S. (1992). Social support and depression. In H. Veiel & U. Baumann (Orgs.). *The meaning and measurement of social support* (pp. 85-92). New York: Hemisphere Press.
- Hernández, C. (2003). El adulto com câncer. In M. Trill (Ed.), *Psico-Oncologia* (pp. 103-114). Madrid: ADES Ediciones.
- Hesbeen, W. (2000). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e ação na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hill D, Gardner G, Rassaby J. (1985). Factors predisposing women to take precautions against breast and cervix cancer. *J Appl Soc Psychol* 15: 59–79.
- Hinton, C. (1992). Breast Cancer. In C. Hart. & P. Burke. (Orgs.). *Screening and surveillance in General Practice*, London, Churchill Livingstone.
- Hoffman, F., Muller, M. & Frasson, A. (2006). Repercussões psicossociais, apoio social e bem-estar espiritual em mulheres com cancro da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(29), 239-254.
- Holahan, C. & Moos, R. (1985). Life stress and health: Personality, coping, and family support in stress resistance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 739-747.
- Horne, R. (1997). Representation of Medication and Treatment: Advances in Theory and Measurement). In K.J. Petrie, & J.A. Weinman (Orgs.) *Perceptions of Health and Illness: Current Research & Applications* (pp.155-188). Singapore: Harwood Academic Publishers.
- Houlston, R. & Lemoine, L. (1991). Medical and psychological perspectives on breast cancer screening. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 1, 43-44.
- Huguley, C., Brown, R., Greenberg, R. & Clark, W.S. (1988). Breast self-examination and survival from breast cancer. *Cancer*, 62, 1389-1396.
- Irvine D, Brown B, Crooks D, Roberts J, Browne G. 1991. Psychosocial adjustment in women with breast cancer. *Cancer* 67: 1097–1117.
- Jardim, J., & Pereira, A. (2006). *Competências pessoais e sociais: Guia prático para a Mudança Positiva*. Porto: Asa Editores.

-
- Jaycox, H. Reivich, J. Guillham, J. & Seligman, P. (1994). Prevention of depressive symptoms in school children. *Behavioral Research Therapy*, 32 , 801-816.
- Kandrack, M., Grant, K. & Segall, A. (1991). Gender differences in health related behaviour: some unanswered questions. *Society Sciences Medicine*, 32, 579-90.
- Kaniasty, K., & Norris, F. (1995). Mobilization and deterioration of social support following natural disasters. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 94-98.
- Kash, K., Holland, J., Halper, M. & Miller, D. (1992). Psychological distress and surveillance behaviors of women with a family history of breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 84 (1), 24-30.
- Katapodi ,M., Facione, N., Miaskowski, C., Dodd, M. & Waters C.(2002). The influence of social support on breast cancer screening in a multicultural community sample. *Oncological Nursing Forum*, 29, 845-52.
- Krippendorff, K. (1980). *Content Analysis - An Introduction to Its Methodology*, London, Sage Publications,
- Kritz, H., Schmid, P., & Sinzinger, H. (1995). Passive smoking and cardiovascular risk. *Archives of Internal Medicine*, 155, 1942-1948.
- Lazarus, S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, S. & Folkman, S. (1986). *Estrés e procesos cognitivos*. Spain: Ed. Martinez Roca.
- Legg, J., Fauber, T. & Ozcan, Y. (2003). The influence of previous breast cancer upon mammography utilization. *Women's Health Issues* 13 (2), 62–67.
- Lei constitucional n.º 1/2001 – Quinta Revisão Constitucional – Diário da República n.º 286 – I Série A de 12 de Dezembro
- Lerman, C., & Schwartz, M. (1993). Adherence and psychological adjustment among women at high risk for breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 28, 145-155.
- Lerman, C., Trock, B., Rimer, B., Jepson, C., Brody, D. & Boyce, A. (1991). Psychological side effects of breast cancer screening. *Health Psychology*. 10, 259-267.
- Lesnick, G. (1977). Detection of breast cancer in young women, *JAMA*, 237, 967-969.

Leventhal, H., Leventhal, E. A., & Contrada, R. J. (1998). Self-regulation, health and behaviour: a perceptual cognitive approach. *Psychology and Health, 13*, 717-734.

Leventhal, H., Weiman, J., Leventhal, E. & Phillips, L. (2008). Health Psychology: The search for pathways between behaviour and Health. *Annual Review of Psychology, 69*, 477-505.

Liga Portuguesa Contra o Cancro
<http://www.ligacontracancro.pt/content.aspx?sid=fcdacd51-1a924130b63a41c7603bfcfa&cntx=CjTPnxzg4W851%2F%2BGRhIvowwLpaz3gCtBUXdMkWgE%2BJk%3D>

Likken, D. (2000). *The nature and nurture of joy and contentment*. New York: St. Martin's Griffin.

Lima, L. (1996). *Atitudes. Psicologia Social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

Lin, N. (1986). Conceptualizing social support. In N. Lin., A. Dean., & W. Ensel (Eds), *Social support, life events and depression* (pp. 17-18). London: Academic Press.

Lindop, E., & Cannon, S. (2001). Evaluating the self-assessed support needs of women with breast cancer. *Journal of Advanced Nursing, 34*(6), 760-771

Llorca, M., Poussin, M. & Cazals-Ferré, M. (2004). Integração e apoios sociais. In M. Vasconcelos (Org.). *Precaridade e vulnerabilidade psicológica* (pp.93-98). Coimbra. Fundação Bissaya Barreto.

Lloyd S, Watson M, Waites B. (1996). Familial breast cancer: a controlled study of risk perception, psychological morbidity and health beliefs in women attending for genetic counselling. *Breast Journal Cancer, 74*, 482-487.

López, M., Polaino, A. & Arranz, P. (1992). Imagem Corporal en enfermeras mastectomizadas. *Psiquis, 13*, 423-428.

Lostão, L., Joiner, T., Pettit, J., Chorot, & Sandín, B. (2001). Health beliefs and illness attitudes as predictors of breast cancer screening attendance. *European Journal of Public Health, II* (03), 274-29.

Lupton, D. (1995). *The imperative of health –Public Health and the regulated body*. London: Sage.

-
- Lyubomirshy, S. (2001). Why are some people happier than others? *American Psychologist*, 56, 239-249.
- Magnusson, D. & Cairns, R. (1996). Developmental science: Toward a unified framework. In R. Cairns, G. Elder & E. Costello (Orgs.). *Developmental science* (pp. 7-30). New York: Cambridge University Press.
- Magnusson, D. (2006). Implications of an interactional paradigm for research on Human development. *International Journal of Behavior*, 8(2) 115-137.
- Maguire, G., Lee, E., & Bevington D. (1978). Psychiatric problems in the first year after mastectomy. *BMJ* 1,963-965.
- Mahoney, L., Bird, L. & Cooke, G. (1979). The best available screening test for breast cancer. *New England Journal Medicine*, 301, 315-316.
- Manos, D., Sebastián, J., Bueno, M., Mateos, N. & De la Torre, A. (2005). Body image in relation to self-esteem in a sample of Spanish women with early-stage breast cancer. *Psicooncologia*, 2(1), 103-116.
- Marin, R. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Marks, J. & Monihán, N. (1989). Holismo e Medicinas suaves. *Hexágono Roche*, 4(2), 15-22.
- Marques, A. (1991). Reações emocionais à doença grave: como lidar. 1ª edição. Coimbra: Editora psiquiatria Clínica.
- Marques, F. (1993). Rastreamento dos cânceres da mama e do colo do útero – Opinião e prática dos médicos de clínica geral. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 11, 5-14.
- Matarazzo, J. (1984). Behavioral Health: A 1990 challenge for health services professions. In J. Matarazzo., S. Weiss., J. Herd., N., Miller. & S. Weiss (Orgs.). *Behavioral health* (pp. 3-40). New York: John Wiley & Sons.
- McIntyre, T. (1994). Stress e os profissionais de Saúde: Os que tratam também sofrem. *Análise Psicológica*, XII, (2-3), 193-200.
- Medeiros, J., Lopes, P., Pereira, A., Melo, A., Vaz, A., Pereira, A. (2005). Gastroscopy without sedation using lidocaine gel for pharyngeal anaesthesia – patients expectations and behaviour. *Jornal Português de Gastroenterologia*, 12, 156-160.

-
- Mendes, R. (2008). História dos conceitos de saúde e de doença. *Nursing* [Versão electrónica] retirado a 18-09-2007 de http://forumenfermagem.org/index.php?option=com_magazine&func=showarticle&id=180.
- Meneses, R. & Pais-Ribeiro, J. (2000). Como ser saudável com uma doença crónica: Algumas palavras orientadoras da acção. *Análise Psicológica*, 4(XVIII), 523-528.
- Meyers, J. & Nastasy, K. (1999). Primary prevention in school settings. In T. Gutkin & C. Reynolds (Orgs.). *The handbook of school psychology* (3ª ed.). (pp. 764-799). New York: Wiley.
- Michael, L., Kawachi, I., Berkman, F., Holmes, D. & Colditz, A. (2000). The persistent impact of breast carcinoma on functional health status: prospective evidence from de Nurses Health study. *Cancer*, 89, 2176-2186.
- Molinari, C., Ahern, M. & Hendryx, M. (1998). The relationship of community quality to the health of women and men. *Social Sciences Medicine*, 47, 1113-1120.
- Monteiro, S. (2008). *Optimismo e vinculação na transição para o ensino superior*. Tese de doutoramento não publicada. Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Monteiro, S. Tavares, J. & Pereira, A. (2006). *Optimism in college students: Portuguese study of the Revised Life Orientation Test (LOT-R)*. Comunicação apresentada no V Congresso IberoAmericano de Psicologia Clínica e da Saúde. Costa Rica.
- Moos, R. & Shaefer, J. (1987). Life transitions and crises: a conceptual overview. In R. Moos (ed.). *Coping with life crises: An integrated approach* (pp. 3-28). New York: Plenum Press.
- Moura- Ramos, M. & Canavarro, M. (2007). Adaptação parental ao nascimento de um filho: comparaçãõ da reactividade emocional e psicossintomatologia entre pais e mães nos primeiros dias após o parto e oito meses após o parto. *Análise Psicológica*, 3(XXV), 299-413.
- Myers, L.B. & Midence, k. (1998). Concepts and Issues in Adherence. In Myers, L. & Midence K. (Eds) *Adherence to Treatment in Medical Conditions* (pp.1-25). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.

-
- Northouse LL, Caffey M, Deichelbohrer L et al. 1999. The quality of life of African-American women with breast cancer. *Research Nursing Health*, 22, 449–460.
- O’Brien, T. & DeLongis, A. (1996). The interactional context of problem-, emotion-, and relationship-focused coping: The role of the big five personality factors. *Journal of Personality*, 64, 775-813.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- OMS (1986). Carta de Ottawa para a promoção da saúde. Versão portuguesa *Uma Conferência Internacional para a Promoção da Saúde com vista a uma nova Saúde Pública*, 17-21 Novembro, Ottawa, Canada. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Organização Mundial da Saúde (2002). Cuidados Inovadores para Condições Crónicas. Componentes estruturais de acção. Relatório mundial <http://www.who.int/chroniccondition>.
- Pais-Ribeiro, J (2002). A educação para a saúde e o marketing social. In M, Dias., & E, Durá (Orgs.), *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa: Climepsi.
- Pais-Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Pais-Ribeiro, J. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(XVII), 547-558.
- Pais-Ribeiro, J. (2007). *Introdução à Psicologia da Saúde*. (2ª ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Parker, P., Baile, W., Moor, C. & Cohen, L. (2003). Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psycho-Oncology*, 12, 183-19
- Patrão, I. & Leal, I. (2004). Abordagem do impacto psicossocial no adoecer da mama. *Psicologia, Saúde e Doenças*, V(1), 53-73.
- Pereira, A. & Williams, D. (2001). Stress and coping in helpers on a student “nightline” service. *Counseling Psychological Quarterly*, 14 (1), 43-47.

-
- Pereira, A. (1991). *Coping, auto-conceito e ansiedade social: Sua relação com o rendimento escolar*. Tese de mestrado – Universidade de Coimbra.
- Pereira, A., Canavarro, M. Cardoso, M. & Mendonça, D. (2005). Validação de um instrumento de avaliação do apoio social em crianças – a versão portuguesa do My family my friends. *Revista Ibero-Americana de diagnóstico e avaliação psicológica*, 20(2), 105-131.
- Pereira, A., Lopes, C., Andrade, F. & Pereira, A.M. (2007). Meta-análise crítica a artigos de prevenção do cancro da mama. *Psicologia, Saúde e Doenças, no prelo*.
- Pereira, A., Motta, E., Pinto, C., Bernardino, O., Melo, A., Ferreira, J. & Rodrigues, M. (2008). Promoção da saúde mental através do grupo de pares – Intervenção em contexto académico. In I. Leal, J. Pais-Ribeiro, & I. Marques (Orgs.). *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Porto: Universidade do Porto, pp. 99-102.
- Pereira, A., Motta, E., Vaz, A., Pinto, C., Bernardino, O., Melo, A., Ferreira, J., Rodrigues, M., Medeiros, A. & Lopes, P. (2006). Sucesso e desenvolvimento psicológico no Ensino Superior: Estratégias de intervenção. *Análise Psicológica*, 1 (XXIV), 51-59.
- Pereira, J. (1987). Será possível uma nova medicina? *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23, 185-193.
- Persson, K. & Svensson, P. (1997). Breast self-examination: an analysis of self-reported practice. *Journal Advance Nursing*, 25, 886-92.
- Pierce, G., Sarason, I. & Sarason, B. (1996). Coping and social support. In M. Zeidner & N.S. Endler (Eds). *Handbook of coping: Theory, research, applications* pp. 434–451!. New York, NY: Wiley.
- Pinto, C. & Pais-Ribeiro, J. (2007). Sobrevivente de cancro: Uma outra realidade. *Enfermagem*, 16(1), 142-148.
- Plano Nacional de Saúde: Orientações estratégicas para 2004-2010. (2004). Ministério da Saúde. Lisboa.
- Rees G, Fry A, Cull A, Sutton S. (2004). Illness perceptions and distress in women at increased risk of breast cancer. *Psychol Health* 2004;19:749–765.

-
- Reis, J. (1992). *O sorriso de Hipócrates. A integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença*. Lisboa: Veja Editores.
- Reis, M. (2002). Saúde e desenvolvimento do indivíduo e da Comunidade. [Versão Electrónica] retirado a 23/09/2007 de <http://www.terravista.pt/Biline/1032/saúdedesenvolvimento.html>
- Reis, M.A., & Teixeira, J.A. (2000). Rastreio oncológico: Adesão das mulheres ao auto-exame da mama. In J. Ribeiro, I. Leal, & M. Dias (Orgs.), *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 505-520). Lisboa: ISPA.
- Ribeiro, J. (1998). *Psicologia da Saúde*. Lisboa. ISPA.
- Rodrigues, V. (1993). *Epidemiologia geográfica de cancro*. Coimbra.
- Rodrigues, V. (2006). <http://www.cienciaportugal.net/noticias/imagens/not8279.jpg>.
- Rosenstock, M. (1990). The health belief model: explaining health behavior through expectancies. In K. Glanz, F. Lewis, & B. Rimer (Orgs.). *Health behavior and health education*. (pp.39-62). São Francisco: Jossey–Bass.
- Rosenstock, M.(1965). Why people use health services. *Milbank Quarterly*, 44, 94–127.
- Rosvold, E., Hjartaker, A., Bjertness, E., & Lund, E. (2001). Breast self examination and cervical cancer testing among Norwegian female physicians. A nation-wide comparative study.*Social Science and Medicine*,52, 249–258
- Roux, G. (2001). *CME resource—Breast cancer care course text*. [Versão Electrónica] Retirado a 2/09/2007, de <http://www.netce.com/?Course=305>.
- Belo, R. (2008). *Orla marítima e outros poemas*. Odivelas. Assírio e Alvim
- Sanmartín, L.S. (1985). *Educacion Sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones*. Espana: Diaz De Santos, S.A.
- Santos, A. (2004). Prevenção secundária do cancro da mama. *Oncologia*, 2, 1-4.
- Santos, C. (2004). *Representação cognitiva e emocional, estratégias de coping e qualidade de vida no doente oncológico e família*. Tese de doutoramento apresentada à Universidade do Porto, Porto.

-
- Santos, C.; Pais- Ribeiro, J. & Lopes, C. (2003). Adaptação e validação do “Revised Illness Perception Questionnaire” (IPQ-R) em Doentes Oncológicos. *Arquivos de Medicina*, 17(4), 136-147.
- Sarason, G., Levine, M., Basham, B. & Sarason, R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (1), 127-139.
- Sattin, R, Rubin, G. & Webster, L. (1985). Family history and the risk of breast cancer. *JAMA*, 253, 1908-1913.
- Scheier, L. & Botvin, G. (1997). Psychological correlates of affective distress: latent variable models of male and female adolescents in a community sample. *Journal of Youth and Adolescence*, 26, 89-115.
- Scheier, M. & Carver, C. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 201-228.
- Scheier, M., Carver, C. & Bridges, M. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063-1078.
- Scheier, M., Carver, C. & Bridges, M. (2002). Optimism, pessimism, and psychological well-being. In E. Chang (Ed.), *Optimism and pessimism: Implications for theory, research, and practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Schou, I., Ekeberg, O. & Ruland, C. (2005). The mediating role of appraisal and coping in the relationship between optimism-pessimism and quality of life. *Psycho-Oncology*, 14, 71.
- Schou, I., Ekeberg, O., Ruland, C.M., Sandvik, L. y Karesen, R. (2004). Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psycho-oncology*, 13, 309-320.
- Schwartz, L., Woloshin, S., Fowler, F., & Welch, G. (2004). Enthusiasm for cancer screening in the United States. *The Journal of the American Association*, 291(1), 71-78. [Versão electrónica] retirado a 18-06-2007 de <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/291/1/71>.

-
- Scowitz, M., Menezes, A., Gigante, D. & Tessaro, S. (2005). Conduas de preveno secundária do cncer de mama e factores associados. *Revista de Saúde Pública*, 39 (3), 340-349.
- Seidl, E. & Troccoli, B. (2006). Desenvolvimento da Escala para a avaliao do Suporte Social em HIV/AIDS. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(3), 317-326.
- Seidl, E., Troccoli, B. & Zannon, C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17 (3), 225-234.
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive clinical psychology, [Versão electrónica] retirado a 11-10-2007 de <http://www.ppc.sas.upenn.edu/posclinpsychchop.htm>.
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14.
- Seligman, M. (1998). *Learned optimism: How to change your mind and your life* (2^a.ed.). New York: Pocket Books
- Seligman, M. (2002). *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. New York: Free Press/Simon and Schuster.
- Seligman, M., Schulman, P., DeRubeis, R. & Hollon, S. (1999). The prevention of depression and anxiety. *Prevention & Treatment*, 2(1), retirado a 31 de Outubro de 2007 de <http://journals.apa.org/prevention/volume2/pre0020008a.html>.
- Seligman, M., Steen, T., Park, N. & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421.
- Shapiro, S. (1977). Evidence on screening for breast cncer from randomised trial. *Cancer*, 39, 2772-2782.
- Sheeran, P., Conner, M., & Norman, P. (2001). Can the theory of planned behaviour explain patterns of health behaviour change? *Health Psychology*, 20 (1), 12-19.
- Sheeran, P., Conner, M., & Norman, P. (2001). Can the theory of planned behaviour explain patterns of health behaviour change? *Health Psychology*, 20 (1), 12-19.
- Sheldon, M. & King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. *American Psychologist*, 56, 216-127.

-
- Shell, J. (2000). Impacto do cancro na sexualidade. In S. Otto (Ed.), *Enfermagem em oncologia* (pp. 913-938). Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas.
- Silva, I., Ribeiro, J., & Cardoso, H. (2003). Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controlo metabólico e desenvolvimento de complicações crónicas em indivíduos com diabetes. *Psicologia Saúde & Doenças*, 4 (1), 21-32.
- Simões, R. (2005). Um cancro é um clone de nós mesmos. Ser Saúde [Versão electrónica] retirado a 28-10-2007 de <http://agvieiraleiria.ccems.pt/fugadinf/005-SobrinhoSimoes.pdf>.
- Simonton, D. & Baumeister, R. (2005). Positive Psychology at the summit. *Review of General Psychology*, 9 (2), 99-102.
- Smith, B., Sullivan, E., Bauman, A., Powell-Davies, G. & Mitchell, J. (1999). Lay beliefs about the preventability of major health conditions. *Health Education Research*, 14(3), 315-325.
- Spacapan, S., & Oskamp, S. (1987). *The social psychology of health*. Beverly-Hills: Sage.
- Stanton, A., Revenson, T. & Tennen, H. (2007). Health Psychology: Psychological Adjustment to chronic disease. *Annual Review of Psychology*, 58, 565-592.
- Stein, A., Fox, A. & Murata, J. (1992). Mammography usage and the health belief model. *Health Education*, 19, 447-462.
- Suls, J., David, P. & Harvey, H. (1996). Personality and coping: Three generations of research. *Journal of Personality*, 64, 711-735.
- Tabar, L., Chen, H., & Duffy, S. (2000). A novel method for prediction of long-term outcome of women with T1a, T1b, and 10-14 mm invasive breast cancers: a prospective study. *Lancet*, 355, 429-433.
- Taylor, (1999). *Health Psychology*. New York: McGraw-Hill International Editions.
- Taylor, E., Kennedy, E., Reed, M., Bower, E. & Gruenewald, L. (2000). Psychological Resources. Positive illusions and health. *American Psychologist*.
- Taylor, K., Lamdan, R., Siegel, J., Shelby, R., Hrywna, M., & Moran-Klimi, K. (2002). Treatment regimen, sexual attractiveness concerns and psychological adjustment among African American breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 11, 505-517

-
- Thewes, B., Meiser, B., Tucker, K. & Schnieden, V. (2003). Screening for psychological distress and vulnerability factors in women at increased risk for breast cancer: a review of the literature. *Psychological Health Medicine*, 8, 289–304.
- Thoits, A. (1995). Stress, coping and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior*, Extra Issue, 53-79.
- Tolma, E., Reininger, B., Evans, A. & Ureda J. (2006). Examining the theory of planned behavior and the construct of self-efficacy to predict mammography intention. *Health Educacion. Behavior*. 33:233–51
- Tonnes, K., Tilford, S. (1994). *Health education: Effectiveness, efficiency and equity* (2^a Ed.). Londres: Chapman Hall.
- Treiber, F., Baranowski, T., Braden, D., Strong, W., Levy, M. & Knox, W. (1991). Social support for exercise: relationship to physical activity in young adults. *Preventive Medicine*, 20, 737-50.
- Trill, M. & Goyanes, A. (2003). El cáncer de mama. In M. Trill (Ed.), *Psico-Oncologia* (pp. 165-184). Madrid: ADES Ediciones.
- Trunzo, J. & Pinto, M. (2003). Social support as a mediator of optimism and distress in breast cancer survivors. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 71, 805–811.
- Turner, H., Pearlin, L. & Mullan, J. (1998). Sources and determinants of social support for caregivers of persons with AIDS. *Journal of Health and Social Behavior*, 39, 137-151.
- Tyczynsky, J., Bray, F. & Parkin, D. (2002). Breast cancer in Europe, ENCR, European Cancer II: Outcomes six weeks post surgery. *Psycho-Oncology*, 5, 295-303.
- Umeh, K. & Dimitrakaki, V. (2003). Breast cancer detection in asymptomatic women: Health beliefs implicated in secondary prevention. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 8(2), 96-115. [Versão electrónica] retirado a 30-04-2007 de <http://www.bellpub.com/jabr/2003/th030203.pdf>.
- Vaillant, E. (1994). Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 1, 44-50.
- Vaillant, G. (2002). *Aging well*. Boston. Little Brown Company.

-
- Varela, M. & Leal, I. (2007). Estratégias de *coping* em mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*, 3(XXV), 479-488.
- Vassey, M. (1987). Breast self-examination and breast cancer stage at diagnosis. *British Journal of Cancer*, 55, 207-211.
- Vaz Serra, A. (2002). Recursos e estratégias para lidar com o stress. In A. Vaz Serra (Ed.), *O stress na vida de todos os dias* (pp. 365-439).
- Vaz Serra, A. (2006). Stress, *coping* e cancro. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 9-20.
- Vera, B. (2006). Psicología Positiva: una nueva forma de entender a psicología. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 3-8.
- Watson, M. & Greer, S. (1998). Personality and coping. In J. Holland (Ed.), *Psycho-Oncology* (pp. 91-98). New York: Oxford University.
- White, E. (2000). Coping with stress: Are there differences between genders? *Undergraduate Journal of Psychology*, 13 [Versão Electrónica] Retirado a 15/09/2007, de <http://www.uncc.edu/psychology/UJOP/UJOP%20200/WHITW%202000.html>.
- Winemiller, R., Mitchell, E., Sutliff, J. & Cline, J. (1993). Measurement strategies in social support: A descriptive review of the literature. *Journal of Clinical Psychology*, 49, 638-646.
- World Health Organization (WHO). (2001). *Câncer incidence, mortality and prevalence worldwide*. Geneva. <http://www.who.int/en/>.
- Wortman, C., & Dunkel-Schetter, C. (1987). Conceptual and methodological issues in the study of social support. In A. Baum., & J. Singer (Orgs.), *Handbook of psychology and health: stress*. London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Zachariae, R., Jensen, Pedersen, C., Jorgensen, M., Christensen, S., Lasseen, B. & Lehbrink, M. (2004). Repressive coping before and after diagnosis of breast cancer. *Psycho-Oncology*, 13, 547-561.
- Zakowski, S., Heiddis, B., Valdimarsdottir, H., Bovbjerg, D., Borgen, P., Holland, J., Kash, K., Miller, D., Mitnick, J., Osborne, M., & Van Zee, K. (1997). Predictors of intrusive thoughts and avoidance in women with family histories of breast cancer. *Annals of Behavioral Medicine*, 19 (4), 362-369.

ANEXOS

Anexo A – Questionário sociodemográfico

O questionário que se segue faz parte de um projecto de investigação que pretende analisar comportamentos de saúde. O preenchimento do mesmo é anónimo e confidencial. Pedimos que responda com sinceridade a todas as perguntas.

Idade: ___ **Estado civil:** Casada/União de facto Solteira Viúva Separada/Divorciada

Tem filhos? Não Sim Quantos? ____

Profissão _____ Activa Desempregada Reformada

Quais os motivos porque normalmente recorre aos serviços de saúde?

Rotina/Vigilância Doença Crónica Urgência Outro Qual? _____

Sofre de alguma doença específica? Não Sim Qual? _____

Toma medicação? Não Sim

O seu médico já lhe falou do auto-exame da mama? Não Sim Faz regularmente? Não Sim

É a primeira vez que efectua o rastreio do cancro da mama? Não Sim N° de vezes ____

Veio sozinha? Sim Não Com quem veio? _____

Na sua família há história familiar de cancro da mama? Não Sim De quem? _____

Na sua vida experienciou algum acotecimento stressante? Não Sim Qual? _____

Das seguintes afirmações indique (X) a que mais se adequa ao seu comportamento de acordo com as seguintes alternativas:

1	2	3	4	5
Discordo Plenamente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Plenamente

1. O rastreio do cancro da mama é necessário para a minha saúde.	1	2	3	4	5
2. Considero-me uma pessoa com boa saúde física.	1	2	3	4	5
3. Considero-me uma pessoa com boa saúde mental.	1	2	3	4	5
4. Consigo lidar facilmente com situações difíceis.	1	2	3	4	5
5. Consigo gerir bem o stresse no dia a dia	1	2	3	4	5

Por favor responda (x) a cada uma das seguintes afirmações de acordo com a escala fornecida.

1	2	3	4	5
Ausente	Baixo	Moderado	Alto	Muito alto

1. Como avalia o seu nível de stress antes do rastreio	1	2	3	4	5
2. Como avalia o seu nível de stress depois do rastreio	1	2	3	4	5
3. Como avalia o seu medo face à mamografia antes do rastreio	1	2	3	4	5
4. Como avalia o seu medo face à mamografia depois do rastreio	1	2	3	4	5
5. Como avalia a sua satisfação face ao rastreio	1	2	3	4	5

**Anexo B - Escala de susceptibilidade, Benefícios e Barreiras do
rastreo mamográfico**

ESCALA DE BENEFÍCIOS E BARREIRAS DA MAMOGRAFIA

Champion 1999, versão portuguesa Alexandra Pereira, Pereira & Rodrigues, 2007

Instruções: Por favor responda a cada uma das seguintes afirmações de acordo com a escala fornecida.

	1	2	3	4	5
	Discordo	Discordo	Não concordo nem	Concordo	Concordo
	Totalmente		discordo		Totalmente
6. Quando faço uma mamografia sinto-me bem comigo mesma	1	2	3	4	5
7. Quando faço mamografia não me preocupo tanto com o cancro	1	2	3	4	5
8. O meu médico ou enfermeira vão-me elogiar por ter feito a mamografia	1	2	3	4	5
9. A mamografia ajuda a encontrar nódulos mais facilmente	1	2	3	4	5
10. A mamografia reduz o risco de morrer com cancro da mama	1	2	3	4	5
11. A mamografia reduz o risco de fazer uma cirurgia radical caso tenha cancro da mama	1	2	3	4	5
12. A mamografia ajuda a encontrar um nódulo antes de eu ou o meu médico o sentir.	1	2	3	4	5
13. A mamografia deixa-me preocupada com o cancro da mama	1	2	3	4	5
14. Fazer a mamografia deixa-me embaraçada	1	2	3	4	5
15. Fazer a mamografia demora muito tempo	1	2	3	4	5
16. Fazer a mamografia é doloroso	1	2	3	4	5
17. A mamografia é cara.	1	2	3	4	5

Anexo C – Teste de Orientação de Vida – TOV-R

TESTE DE ORIENTAÇÃO DE VIDA (TOV-R)

Scheier et al. 1994; versão portuguesa: Monteiro, Tavares & Pereira, 2005

Instruções: Por favor seja o mais honesto e preciso possível. Tente que a sua resposta a uma questão não influencie as suas respostas às outras questões. Não existem respostas certas ou erradas. Responda de acordo com os seus sentimentos, mais do que de acordo com o que acha que a maioria das pessoas iria responder. Para cada afirmação escolha uma das seguintes alternativas:

	1	2	3	4	5
	Discordo muito	Discordo pouco	Nem concordo nem discordo	Concordo pouco	Concordo muito
1. Em momentos de incerteza, espero sempre o melhor.	1	2	3	4	5
2. Para mim, é fácil relaxar.	1	2	3	4	5
3. Se houver a mínima hipótese de alguma coisa me correr mal, tenho a certeza que correrá.	1	2	3	4	5
4. Sou sempre optimista em relação ao meu futuro.	1	2	3	4	5
5. Gosto muito dos meus amigos.	1	2	3	4	5
6. É importante para mim manter-me ocupado.	1	2	3	4	5
7. Quase nunca espero que as coisas corram como eu quero.	1	2	3	4	5
8. Não me preocupo muito facilmente.	1	2	3	4	5
9. Raramente espero que coisas boas me aconteçam.	1	2	3	4	5
10. De um modo geral, espero que mais coisas boas me aconteçam do que más.	1	2	3	4	5

Anexo D – Escala de Preocupação com o Cancro da mama

Escala de Preocupação Com o Cancro

Lerman, 1991, versão portuguesa Alexandra Pereira, Pereira & Rodrigues, 2007

Instruções: Por favor responda a cada uma das seguintes afirmações de acordo com a escala fornecida

	1	2	3	4	5
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre
1. Fico muito preocupada com o facto de um dia poder vir a ter cancro da mama.	1	2	3	4	5
2. A preocupação de poder vir a ter cancro da mama afecta o meu humor.	1	2	3	4	5
3. A preocupação de poder vir a ter cancro da mama afecta a realização das minhas actividades diárias	1	2	3	4	5
4. Fico muito ansiosa com o possível resultado da mamografia	1	2	3	4	5

Anexo D – Entrevista semi-estruturada

Idade: ___ Estado civil: _____ Tem filhos? Não Sim Quantos? ___ Profissão:

- Como é que soube que tinha cancro da mama?

- Na família havia história de cancro da mama?

- Costumava fazer mamografias regularmente? Auto-exame da mama?

- Como reagiu ao saber que tinha cancro da mama? Que tipo de pensamentos é que lhe ocorreram?
Alguma vez achou/sentiu que ia morrer^?

De que forma é que a sua vida pessoal e profissional foi afectada?

Com quem é que pode contar? Como foi a reacção da família?

Sentiu necessidade de procurar apoio fora da família?

Realizou mastectomia? Sim Não Como é que se sentiu após a mastectomia? Como é que olhou para si? Gostava do que via? Sentia-se aliviada?

Quais as situações que mais lhe custaram ultrapassar?

- Porque é que acha que venceu o cancro? Qual foi o chave do sucesso?