



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Perceção das utentes do CHUCB sobre o autoexame da mama

Soraia Filipa Martins Pinheiro

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(Ciclo de Estudos Integrado)

Orientador: Professor Doutor José Alberto Fonseca Moutinho

Covilhã, maio de 2020

Dedicatória

Às voltas que a vida deu e que permitiram que chegasse a este dia, o dia em que escrevo os últimos parágrafos da minha dissertação e concluo mais uma etapa da minha vida académica.

Às pessoas que entraram na minha vida da melhor maneira e que permanecem comigo até hoje, família e amigos.

Aos que infelizmente já não estão presentes.

Que este trabalho seja um pequeno contributo para a luta de uma mulher em particular e de muitas outras.

Agradecimentos

Ao Professor Doutor José Moutinho, meu orientador, pelo apoio, estímulo constante e disponibilidade ao longo destes dois anos, desde que comecei a realização da minha dissertação. A reflexão e a autonomia que me foi proporcionada fizeram-me crescer pessoalmente e academicamente.

Ao comité de ética da universidade da beira interior que autorizou a realização do meu estudo com a maior brevidade possível.

A todos os profissionais do serviço de ginecologia e obstetrícia do centro hospitalar universitário cova da beira por me receberem todos os dias com um sorriso e um discurso de incentivo.

A todas as mulheres envolvidas no estudo, porque aprendi bastante com as suas dúvidas, questões e opiniões e porque foram a dimensão fundamental neste estudo.

Aos meus colegas pela disponibilidade aquando das minhas dúvidas existenciais e pelo apoio partilhado aquando o desespero geral.

Ao meu tio pela sua cooperação, tranquilidade e boa disposição, que foram fundamentais para não desmotivar nas piores alturas da escrita da minha tese.

Obrigada mãe e pai pela constante oferta de comida e partilha de mantas para que não me faltasse açúcar no sangue, nem sobrasse frio nas minhas costas.

Obrigada a todos vós.

Resumo

De acordo com a organização mundial de saúde (OMS), em 2018, o cancro foi a segunda principal causa de morte no mundo, destacando-se o cancro da mama, o mais comum entre o sexo feminino, nomeadamente em Portugal. Apesar de o autoexame da mama (AEM) ser considerado uma estratégia preventiva secundária, não existem estudos que confirmem a eficácia do mesmo. Esta investigação tem os seguintes objetivos: (i) descrever fatores sociodemográficos e relacioná-los com a perceção (conhecimento, atitude e prática) do AEM; (ii) descrever os fatores de risco do cancro da mama e relacioná-los com a realização do AEM e (iii) avaliar o conhecimento, atitudes e frequência em relação ao AEM e relacioná-los com a qualidade da prática do mesmo. Os dados foram recolhidos através de questionário original, aplicado entre janeiro e outubro de 2019. A amostra, de conveniência, de carácter semi-aleatório, é constituída por 100 mulheres (35-60 anos), utentes do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira (CHUCB). A idade média das mulheres inquiridas foi de $47,51 \pm 9,22$ anos e 76,8% possuem companheiro. A análise estatística foi de natureza descritiva e comparativa (Teste qui-quadrado). Das variáveis consideradas destacam-se a atividade física ($p=0,031$), pois influencia positivamente e de forma significativa a qualidade do AEM; o conhecimento genético ($p=0,000$); a atitude das mulheres ($p=0,007$) face ao AEM e a sua frequência ($p=0,035$), pois nas mulheres com atitude positiva e que realizam o AEM mensalmente, a qualidade do exame do AEM é superior. As evidências emergentes deste estudo reforçam a hipótese de que a ineficácia do AEM na redução da mortalidade possa estar associada à “baixa” qualidade na execução do mesmo. Para além disso, foi observado que muitas mulheres inquiridas não possuem uma boa perceção do AEM, pois apesar do conhecimento (*awareness*) ser comum entre as mulheres, a atitude e a prática ficaram aquém do desejável.

Palavras-chave: Autoexame da mama; Perceção; Qualidade; Cancro da mama; Questionário

Abstract

According to the World Health Organization (WHO), in 2018, cancer was the second leading cause of death in the world, especially breast cancer, the most common cancer among women, namely in Portugal. Although breast self-examination (BSE) is considered a secondary preventive strategy, there are no studies that confirm its effectiveness. This investigation has the following objectives: (i) to describe sociodemographic factors and to relate them with perception (knowledge, attitude and practice) of the BSE; (ii) describe risk factors for breast cancer and relate them to the performance of the BSE and (iii) evaluate the knowledge of, the attitudes towards as well as the frequency towards BSE and associate these variables to the quality of BSE practice. Data was collected through an original questionnaire, applied between January and October 2019. The sample, of convenience and of semi-random characteristics, consists of 100 women (35-60 years old), all users of the Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira (CHUCB). The average age of the women surveyed was 47.51 ± 9.22 years, with 70% of them being married. The statistical analysis was of descriptive and comparative nature (Chi-square test). Among the variables considered, physical activity stands out ($p = 0.031$), as it positively and significantly influences the quality of the BSE practice; the genetic knowledge ($p=0,000$); the attitude of women ($p = 0.07$) towards BSE in articulation with the BSE frequency ($p = 0.027$) also stands out, because in women with a positive attitude and when they do the BSE on a monthly basis, the quality of the BSE is higher.

The emerging suggestions from this study reinforce the hypothesis that the inefficiency of the BSE in reducing mortality may be associated with the "low" quality in its execution. In addition, it was observed that many surveyed women do not have a good perception of the BSE, because although knowledge (*awareness*) are common among them, the attitude and practice fell short of what is desirable.

Keywords: Breast self-examination; Perception; Quality; Breast cancer; Questionnaire

Índice

Dedicatória	iii
Agradecimentos.....	v
Resumo	vii
Abstract	ix
Índice	xi
Lista de Figuras	xiii
Lista de Tabelas	xv
Lista de Siglas/Acrónimos.....	xvii
Introdução	1
Objetivos	5
Metodologia	7
Caracterização da população e amostra de estudo.....	7
Procedimentos metodológicos.....	8
Resultados	11
Dados sociodemográficos	12
Habilitações literárias.....	12
Estado civil.....	12
Atividades laborais.....	13
Fatores de risco	14
Hábitos tabágicos.....	14
Hábitos alcoólicos.....	14
Atividade física.....	15
Idade da menarca.....	15
Idade da menopausa	16
Número de filhos.....	17
Idade da mãe no nascimento do primogénito.....	18
Número de abortos.....	18
Aleitamento materno.....	19
História pessoal de cancro da mama.....	19
Antecedentes familiares de cancro da mama.....	20
Conhecimento sobre alterações genéticas.....	20
Métodos contraceptivos.....	21
Autoexame da mama	22
Conhecimento do autoexame (“awareness”).....	22
Atitude sobre o autoexame	23
Frequência do autoexame.....	23
Altura da realização do autoexame.....	24
Discussão.....	25
Conclusão	32
Limitações	33
Bibliografia	35
Anexos.....	39
Anexo 1- Questionário.....	41

Anexo 2- Autorização da Comissão de Ética.....	45
Anexo 3- Consentimento Livre, Informado e Esclarecido	47

Lista de Figuras

Figura 1 - Distribuição das profissões na amostra.	13
Figura 2 - Distribuição da idade da menarca na amostra.	16
Figura 3 - Distribuição da idade da menopausa na amostra.	17
Figura 4 - Distribuição dos métodos contraceptivos na amostra.	21

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Técnicas de rastreio mamário [conteúdo adaptado de (5)].	2
Tabela 2 - Síntese das dimensões e variáveis em estudo presentes no inquérito.....	8
Tabela 3 - Resultados do Teste Qui-Quadrado entre os grupos de critérios de avaliação da mama e as habilitações literárias.....	12
Tabela 4 - Resultados do Teste Qui-Quadrado entre os grupos de critérios de avaliação da mama e o estado civil.....	12
Tabela 5 - Resultados do Teste Qui-Quadrado entre os grupos de critérios de avaliação da mama e a atividade laboral.....	14
Tabela 6 - Resultados do Teste Qui-Quadrado entre os grupos de critérios de avaliação da mama e os hábitos tabágicos.	14
Tabela 7- Resultados do Teste Qui-Quadrado entre os grupos de critérios de avaliação da mama e os hábitos alcoólicos.....	15
Tabela 8- Resultados do Teste Qui-Quadrado entre os grupos de critérios de avaliação da mama e a atividade física.	15
Tabela 9 - Resultados do Teste Qui-Quadrado entre os grupos de critérios de avaliação da mama e a idade da menarca.....	16
Tabela 10 - Resultados do Teste Qui-Quadrado entre os grupos de critérios de avaliação da mama e a idade da menopausa.	17
Tabela 11- Resultados do Teste Qui-Quadrado entre os grupos de critérios de avaliação da mama e o número de filhos.	18
Tabela 12- Resultados do Teste Qui-Quadrado entre os grupos de critérios de avaliação da mama e a idade da mãe aquando do nascimento do primogénito.	18
Tabela 13- Resultados do Teste Qui-Quadrado entre os grupos de critérios de avaliação da mama e o número de abortos.	19
Tabela 14- Resultados do Teste Qui-Quadrado entre os grupos de critérios de avaliação da mama e o aleitamento.....	19
Tabela 15- Resultados do Teste Qui-Quadrado entre os grupos de critérios de avaliação da mama e a história pessoal de cancro da mama.	20
Tabela 16- Resultados do Teste Qui-Quadrado entre os grupos de critérios de avaliação da mama e grau de parentesco dos antecedentes familiares de cancro da mama.	20
Tabela 17- Resultados do Teste Qui-Quadrado entre os grupos de critérios de avaliação da mama e o conhecimento científico acerca do cancro da mama.	21
Tabela 18 - Resultados do Teste Qui-Quadrado entre os grupos de critérios de avaliação da mama e os métodos contraceptivos.	22
Tabela 19 - Resultados do Teste Qui-Quadrado entre os grupos de critério de avaliação da mama e conhecimento do autoexame.	22

Tabela 20- Resultados do Teste Qui-Quadrado entre os grupos de critérios de avaliação da mama e conhecimento do autoexame.	23
Tabela 21- Resultados do Teste Qui-Quadrado entre os grupos de critérios de avaliação da mama e a frequência do autoexame.	24
Tabela 22- Resultados do Teste Qui-Quadrado entre os grupos de critérios de avaliação da mama e a altura da realização do autoexame.	24

Lista de Siglas/Acrónimos

ACOG	<i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i>
ACS	<i>American Cancer Society</i>
AEM	Autoexame da Mama
BSE	<i>Breast Self-examination</i>
CHUCB	Centro Hospitalar Cova da Beira
CLIE	Consentimento Livre, Informado e Esclarecido
DGS	Direção-Geral da Saúde
ECM	Exame Clínico da Mama
FCS	Faculdade de Ciências da Saúde
IMC	Índice de Massa Corporal
NCI	<i>National Cancer Institute</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
UBI	Universidade da Beira Interior
USPSTF	<i>United States Preventive Services Task Force</i>

Introdução

De acordo com os dados da organização mundial de saúde (OMS), em 2018, o cancro foi a segunda principal causa de morte no mundo, sendo responsável por cerca 9,6 milhões de mortes, anualmente. Entre os diversos cancros, o cancro da mama é o mais comum, com 2,09 milhões de casos por ano, sendo responsável por 627 mil mortes anualmente.

O cancro da mama é o cancro mais comum entre o sexo feminino, no mundo, e em Portugal, constituindo a segunda causa de morte, entre as mulheres. O perfil nacional de 2014 (o mais recente da OMS) refere uma prevalência de 16,9% do cancro da mama para Portugal (1).

No programa nacional das doenças oncológicas da Direção-Geral da Saúde (DGS) (2), que apresenta uma caracterização longitudinal (2011-2015), verifica-se uma ligeira diminuição de 19,0% para 18,2% (taxa de mortalidade padronizada). No entanto, e tendo em conta as mudanças de estilos de vida e o aumento do envelhecimento da população, é de esperar que a tendência seja o aumento anual de novos casos. De facto, dados de Saúde Pública indicam que a prevalência de cancro da mama nas mulheres, medida pela incidência, é substancial e está a aumentar, tal como, a mortalidade e custos económicos (3).

Apesar de todos os avanços tecnológicos nas últimas décadas, a taxa de mortalidade por cancro da mama continua elevada. Para tentar um diagnóstico cada vez mais precoce e uma redução da mortalidade, existe a nível nacional um programa de rastreio populacional dirigido a mulheres entre os 50 aos 69 anos de idade.

Os métodos imagiológicos de rastreio são referenciados como sendo os de eleição para o diagnóstico de cancro da mama (Tabela 1), nomeadamente em países em que existem recursos para tal, como por exemplo, países europeus. Entre eles, a mamografia, é o método preferencial nos programas de rastreio dirigido às mulheres entre 50-69 anos de idade. Por sua vez a ecografia é mais utilizada em mulheres até aos 50 anos, nomeadamente para mulheres com mamas densas e/ou como complemento de mamografia (4). É de frisar que os métodos imagiológicos têm melhor especificidade e sensibilidade quando comparados com o autoexame da mama (AEM) (5). No entanto, o AEM, na ausência de recursos tecnológicos adequados para diagnóstico, como acontece por exemplo em países em desenvolvimento, nomeadamente, em alguns países da África subsariana, (6, 7) continua a ser uma forte aposta, tendo em conta a sua relação custo-eficiência (8).

Tabela 1 - Técnicas de rastreio mamário [conteúdo adaptado de (5)].¹

	Aplicação	Sensibilidade/Eficácia	Limitações	Guidelines
Mamografia	-Deteta microcalcificações, alterações da transparência, deformidades dos tecidos moles.	- Sensibilidade 74%-95%; - Especificidade 89%-99%; - A sensibilidade diminui em mulheres <50 anos e em mulheres com mamas volumosas; - Reduz o risco de mortalidade relacionada com o cancro em 16%-35%.	- Menos sensível em tumores de crescimento rápido (em mulheres jovens); - Terapia hormonal que atue na densidade mamária; - Implantes mamários.	-USPSTF: ≥40 a cada 1-2 anos; -ACOG: 40-49, a cada 1-2 anos ≥50 anos, anualmente; -ACS: 40-69, anualmente; -NCI: ≥40, a cada 1-2 anos.
Exame Clínico da Mama	-Inspeção e palpação na posição sentada e em supino, incluindo os gânglios linfáticos supraclaviculares e axilares, bem como, o mamilo e a auréola.	- Sensibilidade 54%; Especificidade 94%; - Deteta aproximadamente 5% dos cancros não detetados na mamografia; - Vários estudos mostram a eficiência em conjunto com a mamografia.	- Examinador-dependente; - Menor especificidade do que a mamografia - maior taxa de biópsia para doença benigna; - Limitado em mulheres obesas.	USPSTF: não tem recomendações a favor nem contra; - ACOG: anualmente; - ACS: 20-30, pelo menos a cada 3 anos ≥40, anualmente.
Autoexame da Mama	- Examinar, mensalmente, por volta do 10 dia do ciclo menstrual.	- Sensibilidade 20%-30%; - Escassez de estudos randomizados; - Incapaz de provar benefício na taxa de diagnóstico, mortes por cancro, ou tamanho dos tumores.	- Examinador-dependente; - Maior taxa de biópsia para doença benigna; - Limitado número de estudos.	- USPSTF: evidência insuficiente para fazer recomendações; - ACS: defende a informação das mulheres incluindo os benefícios e limitações; -ACOG: formações habituais.

¹ As *guidelines* podem ser encontradas em: <http://www.guidelines.gov>

O interesse do AEM para a deteção precoce do cancro da mama continua a não ser consensual. Até à data, não foi identificado nenhum estudo que demonstrasse a redução da mortalidade do cancro da mama através do AEM. Para além disso, parece estar relacionado com uma maior taxa de biópsias (5) e com a indução de níveis de stress e ansiedade na mulher (9).

Entre as várias hipóteses da ineficiência do AEM, destaca-se a dificuldade na realização adequada da técnica, que advém da falta de educação para a saúde (5, 6, 10).

Um estudo metanalítico (1966-2002) concluiu que, não existe relação entre a prática do AEM e a mortalidade por cancro da mama (11). Para além disso, a revisão da literatura realizada no âmbito da presente dissertação não identificou estudos que apontem o AEM como prática preventiva secundária eficaz (5). Algumas explicações possíveis advêm da dificuldade das mulheres na aprendizagem da técnica do AEM, assim como, a indiferença e até mesmo desvalorização deste exame pelas próprias mulheres e pelos profissionais de saúde.

De facto, a técnica do AEM é constituída por várias etapas, num total de 19 comportamentos, divididos em 3 categorias relativamente à avaliação do exame físico da mama (Anexo 1). No que respeita à inspeção estática, esta incide sobre a simetria, a alteração do tamanho, retrações, edema, eritema, cor casca de laranja, rubor da mama e simetria e aspeto do mamilo, incluindo aréola. Na inspeção dinâmica deve-se atender à posição sentada da mulher, à posição paralela dos membros superiores em relação ao tronco, à contração dos peitorais e à inclinação para a frente. Por fim, durante a palpação, realizada na posição sentada ou deitada, a mulher deve levantar um dos braços, com a mão contralateral palpar a mama (com a face média dos 3 dedos, em movimentos circulares), palpar a mama percorrendo todos os quadrantes, palpar as cadeias linfáticas axilares, fazer a expressão do mamilo e repetir o procedimento de palpação na mama contralateral.

No seguimento da hipótese de que a complexidade do AEM está associada a dificuldades da realização do exame pelas mulheres, delineou-se este estudo. A estratégia desta investigação fundamenta-se com a identificação dos passos do AEM em que as mulheres identificam ter mais dificuldade em realizar, assim como a sua adesão à técnica, no sentido de contribuir para a futura utilização do método nos cuidados de saúde da população.

Objetivos

Este estudo tem como objetivos investigativos:

- Descrever fatores sociodemográficos e relacioná-los com a percepção (conhecimento, atitude e prática) do AEM de uma população feminina específica.
- Descrever fatores de risco do cancro da mama e relacioná-los com a realização do AEM de uma população feminina específica.
- Avaliar o conhecimento, atitudes e frequência em relação ao AEM e relacioná-los com a qualidade da prática do mesmo de uma população feminina específica.

Metodologia

Esta investigação assume-se como estudo de caso, uma vez que se está a estudar um conjunto de pessoas de uma determinada instituição numa situação específica e contemporânea (12).

Nesta investigação, o caso em estudo corresponde a 100 mulheres inquiridas em 2019, com uma idade entre 35-60 anos e utentes do CHUCB. Foi realizado o estudo neste hospital, uma vez que é um dos 3 hospitais com protocolo de colaboração no âmbito do ensino da Faculdade de Ciências da Saúde (FCS), da Universidade da Beira Interior (UBI) e a sua proximidade. Considerando que se pretende descrever e relacionar as variáveis em estudo, no âmbito da perceção do AEM, assume-se portanto que se está perante um estudo de caso de natureza descritiva e relacional (12).

No sentido de concretizar os objetivos investigativos, procedeu-se à recolha de dados através de inquérito por questionário (12).

Caracterização da população e amostra de estudo

Atendendo à população em estudo, mulheres utentes do CHUCB com uma idade entre 35 e 60 anos, importa fazer uma contextualização através de uma caracterização sociodemográfica global. O CHUCB localiza-se no município da Covilhã pertencendo ao distrito de Castelo Branco (província da beira-baixa), sub-região das Beiras e Serra da Estrela.

Em 2018, foram realizadas 18,362 consultas de ginecologia, de acordo com o sistema do PORDATA², prestando cuidados de saúde a toda a população da sua área de influência.

A amostra deste estudo é constituída por 100 mulheres³ de raça caucasiana cuja idade está compreendida entre os 35 e os 60 anos.

²<https://www.pordata.pt/Municipios/SNS+consultas+externas+nos+hospitais++por+algumas+especialidades+médicas-272-1194>

³ Salienta-se que dos 100 inquéritos, uma das mulheres inquiridas não terminou o questionário, no entanto autorizou a utilização dos dados recolhidos. Neste sentido, nos resultados o tamanho amostral para algumas variáveis é de 99.

Procedimentos metodológicos

Tal como referido anteriormente, os dados foram recolhidos através da aplicação de um questionário. Este questionário foi desenvolvido pela investigadora deste estudo e implicou os seguintes passos metodológicos:

- Estruturação do questionário de base articulando os objetivos da investigação e as perguntas do questionário, de acordo com as recomendações (12), no sentido de verificar se que aquilo que está a ser questionado às mulheres da amostra é efetivamente a informação necessária para concretizar os objetos do estudo. O questionário incluiu questões de resposta fechada (ex. sim e não) e de resposta aberta (ex. opinião do autoexame da mama e breve comentário). O questionário, estruturado em duas partes, inclui a avaliação do AEM (parte 1) e o inquérito sobre a mulher e o AEM (parte 2).

Na Tabela 2 encontra-se uma síntese das dimensões e variáveis de estudo, para além do perfil de avaliação do AEM, designadamente boa ou má prática, estando os resultados descritos nesta sequência (parte 2 do questionário).

Tabela 2 - Síntese das dimensões e variáveis em estudo presentes no inquérito.

Dimensão de estudo	Variável
Informações pessoais (dados sociodemográficos)	Habilitações literárias Estado Civil Atividade laboral
Fatores de risco	Hábitos tabágicos Hábitos etílicos Atividade física Idade da menarca Idade da menopausa Idade da mãe no nascimento do 1º filho Abortos Aleitamento História pessoal de cancro da mama Antecedentes familiares de cancro da mama - 1º grau e 2º grau Conhecimento sobre alterações genéticas Método contraceutivo
Autoexame mamário	Conhecimento do autoexame Atitude sobre o autoexame Frequência do autoexame Altura da realização do autoexame

- Antes da utilização do questionário elaborado, para sua validação, foi aplicado a cinco mulheres, cuja principal finalidade foi de averiguar a facilidade de compreensão do questionário e o tempo de resposta. De acordo com este processo foram então feitas pequenas alterações, mantendo-se, no entanto, a estrutura de base do questionário. A versão final do questionário pode ser consultada em anexo, tal como o parecer favorável da comissão de ética da UBI (Anexo 1 e 2, respetivamente).

A aplicação do questionário foi realizada entre janeiro de 2019 e outubro de 2019, articulando a disponibilidade da estudante de medicina proponente desta investigação com as consultas semanais de ginecologia do CHUCB, uma vez que o preenchimento do questionário era feito pela mesma mediante inquirição das utentes, enquanto aguardavam serem chamadas para a consulta. Privilegiou-se este método, e não o autopreenchimento, no sentido de aumentar o rigor das respostas obtidas. As mulheres que participaram na presente investigação foram contactadas na sala de espera, enquanto aguardavam a consulta. Atendendo a este procedimento e de acordo com Udoh et al. (7), a técnica de amostragem realizada foi do tipo não probabilístico. A amostra obtida é de conveniência com carácter semi-aleatório.

De acordo com as recomendações do comité de ética da UBI e Oliveira et. al (13) a aplicação do questionário a cada mulher inquirida implicou uma explicação prévia da investigação, descrita no consentimento livre, informado e esclarecido (CLIE) (Anexo 3), assinado pelas mulheres antes do início do questionário. Nenhuma mulher recusou participar no estudo.

Ao longo de todo o processo de elaboração e aplicação do questionário procurou-se sempre respeitar as recomendações e princípios éticos que constam da declaração de Helsínquia, originalmente elaborada pela *World Medical Association (WMA)* em 1964, sendo a última versão datada de 2013 (14).

Após a conclusão da recolha de dados, em outubro de 2019, os questionários em papel foram codificados e elaborou-se a respetiva base de dados no *software SPSS -Statistical Package for Social Sciences*® (versão 25.0), no sentido de se efetuar a análise estatística (descritiva e comparativa - Teste Qui-Quadrado). Considerando a comparação entre variáveis nominais (como por exemplo, respostas de sim e não) ou categóricas (como por exemplo, a atitude positiva, indiferente ou negativa do AEM), o teste mais adequado é o Teste do Qui-Quadrado.

No sentido de relacionar cada variável de estudo com o alto ou baixo score do AEM recorreu-se ao teste não paramétrico do Qui-Quadrado (*Pearson Chi-Square*). Utilizou-se o teste do Qui-Quadrado, uma vez que está em causa o estudo das relações entre duas variáveis qualitativas. Sempre que o valor da prova $p < 0,05$ conclui-se que a relação entre as duas variáveis é significativa. Quando não apresentam $p < 0,05$, a relação não tem significado estatístico (15, 16).

Salienta-se que a avaliação do AEM (parte 1 do questionário) inclui 3 dimensões: inspeção estática, inspeção dinâmica e palpação da mama. No sentido de relacionar as variáveis associadas destas dimensões (às quais estão associadas um total de 19 comportamentos se contabilizarmos todos os passos da avaliação) com as restantes variáveis do questionário (nomeadamente dados demográficos, fatores de risco do cancro da mama e qualidade do AEM) foi necessário criar um sistema de cálculo de *score* (somatório dos valores entre 0 e 19). Segue-se a explicação do mesmo.

A inspeção estática incluiu um conjunto de 8 comportamentos/critérios, que integra o conhecimento de sinais e sintomas da mama associadas a cancro da mama; a inspeção dinâmica inclui 4 critérios e a palpação 7 critérios, totalizando 19 critérios, no que respeita a avaliação da qualidade do AEM. A codificação utilizada no sistema de contagem baseou-se num sistema de somatório entre (0) nenhum critério e (19) todos os critérios. Quando a mulher não realizou o comportamento atribuiu-se 0 e quando realizou o comportamento atribuiu-se 1.

Posteriormente, e recorrendo ao *score* anteriormente definido foi obtido o percentil 50 (a partir da mediana) desta variável. O percentil 50 foi utilizado como critério de diferenciação entre “má prática do AEM” e “boa prática do AEM”. Desta forma foram criados dois grupos: um grupo com um *score* abaixo de 12 inclusive, associado a uma “má prática do AEM” e outro grupo, com um *score* acima de 13 critérios inclusive, associado a uma “boa prática do AEM”.

Resultados

Neste capítulo é caracterizada a amostra, e serão descritos os principais resultados no que respeita à análise estatística descritiva e comparativa. No que respeita à estatística comparativa (teste do qui-quadrado), salienta-se que sempre que se considerou necessário foram agrupadas categorias das variáveis em estudo, no sentido de permitir a respetiva análise estatística entre essas relações. A explicação associada aos resultados, cruzando com literatura específica, encontra-se na secção seguinte “Discussão”.

Relativamente ao *score* calculado, pudemos constatar que apenas 32 mulheres (32,0%) possuem uma prática adequada do AEM (*score* \geq 13).

Por sua vez, 34 mulheres (34,0%) encontram-se entre o *score* 10 e 12, isto é, no grupo com má prática do AEM. Apesar de 7 mulheres afirmarem não realizar o autoexame, numa visão global, conclui-se que muitas mulheres não apresentam uma adequada prática do AEM.

No que respeita à idade, a média é 47,51 anos (sendo o desvio padrão de 9,22). Do total da amostra em estudo, 93% das mulheres afirmam já ter realizado o AEM. Relativamente às mulheres que nunca realizaram o autoexame, as razões apontadas foram: “nunca me ensinaram” (n=2), “não tenho tempo” (n=2), esquecimento (n=1) e “não tenho paciência” (n=1). As profissões mais comuns são as inseridas no nível intermédio, entre elas, esteticistas, cabeleireiras, agentes da guarda nacional republicana (GNR) e lojistas. De seguida, as especialistas de atividades intelectuais e científicas, correspondem maioritariamente a professoras. A média de filhos por mulher foi de 1,5 filhos. Salienta-se ainda que apenas 5 mulheres inquiridas não realizaram o exame clínico da mama (ECM), em contexto de consulta. É também de realçar a falta de confiança na realização do AEM, tendo em conta que 22 mulheres afirmaram não saber realizar o autoexame.

Por fim, e relativamente aos sinais avaliados na inspeção estática, salientam-se as percentagens das mulheres inquiridas que não estão atentas aos sinais e sintomas: Simetria, 36,0%; Alteração do tamanho, 36,0%; Retrações, 46,0%; Edema, 37,0%; Eritema, 41,0%; Cor Casca de laranja, 69,0%; Rubor da mama, 58,0%; Simetria e aspeto do mamilo, incluindo aréola 14,0%.

Dados sociodemográficos

Habilitações literárias

No que respeita à escolaridade, 35 mulheres (35,4%) inquiridas tem como nível máximo de escolaridade o secundário e 35 (35,4%) frequentaram o ensino superior. Segue-se o ensino básico com 20 mulheres (20,2%) e por fim o ensino primário com 9 mulheres (9,1%).

Na Tabela 3 podemos observar que as mulheres com ensino superior possuem uma técnica mais adequada de AEM, tendo em conta as percentagens globais das habilitações observadas e da frequência de alto *score*, porém sem significado estatístico.

Tabela 3 - Resultados do Teste Qui-Quadrado entre os grupos de critérios de avaliação da mama e as habilitações literárias.

Habilitações literárias	Baixo <i>score</i> ≤12	Alto <i>score</i> ≥13	Global
Com ensino superior	13,1%	22,2%	35,4%
Sem ensino superior	31,3%	33,3%	64,6%

Pearson Chi-Square: 1,169; $p=0,280$ (entre habilitações literárias e a qualidade do AEM)

Estado civil

Relativamente ao estado civil a maioria das inquiridas, era casada ou em união de facto, num total de 76 mulheres (76,8%), segue-se o estado de solteira com 12 mulheres (12,1%). Em terceiro lugar, com 9 mulheres, as divorciadas (9,1%). Por fim, 2 mulheres eram viúvas (2,0%). De acordo com a Tabela 4 as mulheres que viviam com companheiro, tinham melhor técnica de AEM, porém sem significado estatístico, visto que não apresenta um $p < 0,05$.

Tabela 4 - Resultados do Teste Qui-Quadrado entre os grupos de critérios de avaliação da mama e o estado civil

Estado civil	Baixo <i>score</i> ≤12	Alto <i>score</i> ≥13	Global
Mulheres com companheiro	33,3%	43,4%	76,8%
Mulheres sem companheiro	11,1%	12,1%	23,2%

Pearson Chi-Square: 0,139; $p=0,710$ (entre estado civil e a qualidade do AEM)

Atividades laborais

No que respeita às atividades laborais, as respostas obtidas foram categorizadas de acordo com o sistema do PORDATA⁴.

De acordo com esta categorização as atividades laborais (n=99) mais representadas na amostra são: técnicas de nível intermédio com 42 mulheres (42,4%) (como por exemplo, esteticista, talhante e GNR); especialistas de atividades intelectuais e científicas com 17 mulheres (17,2%) (como por exemplo professoras e educadoras de infância); domésticas com 14 mulheres (14,4%) e administrativas (auxiliares de saúde, técnicas de geriatria e cardiopneumologistas) com 11 mulheres (11,1%). Para consulta de restantes dados confrontar Figura 1.

No grupo das mulheres com boa qualidade de AEM, destaca-se uma frequência relativa maior nas técnicas de nível intermédio (17,2%), porém sem significado estatístico, visto que apresenta um $p > 0,05$. No entanto, salienta-se que na profissão anteriormente referida, a percentagem de mulheres com má qualidade de AEM é superior (25,3%) ao das mulheres com boa qualidade do AEM (17,2%), ao contrário do que se verifica nas restantes profissões onde a percentagem das mulheres com boa qualidade de AEM é sempre superior à percentagem de mulheres com baixa qualidade de AEM.

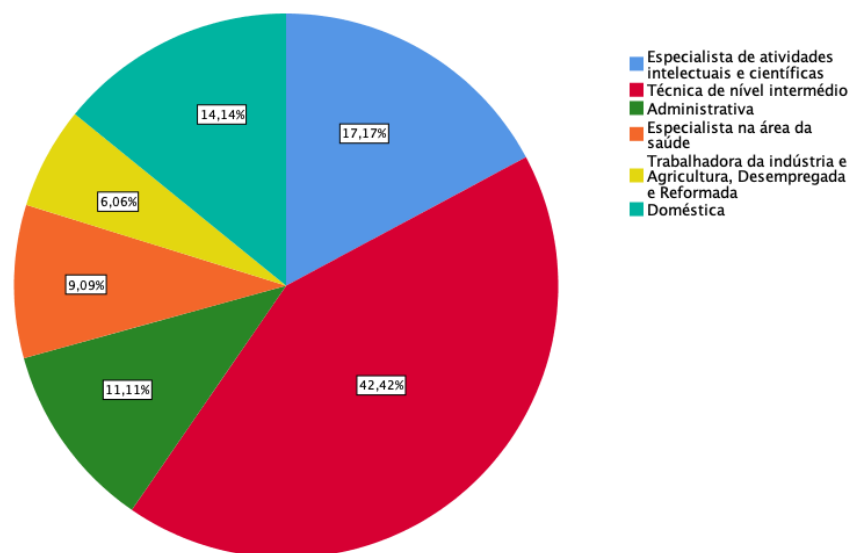


Figura 1 - Distribuição das profissões na amostra.

⁴ <https://www.pordata.pt/Europa/População+empregada+total+e+por+profissões-3386>

Tabela 5 - Resultados do Teste Qui-Quadrado entre os grupos de critérios de avaliação da mama e a atividade laboral.

Profissões	Baixo score ≤ 12	Alto score ≥ 13	Global
Especialista de atividades intelectuais e científicas	7,1%	10,1%	17,2%
Técnica de nível intermédio	25,3%	17,2%	42,4%
Administrativa	2,0%	9,1%	11,1%
Especialista na área da saúde	3,0%	6,1%	9,1%
Trabalhadora da Indústria e Agricultura; Desempregada; Reformada	1,0%	1,0%	6,1%
Doméstica	5,1%	9,1%	14,1%

Pearson Chi-Square: 8,871; $p=0,262$ (entre profissões e a qualidade do AEM)

Fatores de risco

Hábitos tabágicos

Relativamente aos hábitos tabágicos 77 mulheres (77,6%) afirmaram não fumar. Por sua vez, 22 mulheres (22,4%) responderam que têm hábitos tabágicos ($n=99$).

Na Tabela 6 podemos observar uma frequência relativa mais elevada nas mulheres não fumadoras, naqueles que apresentam uma melhor qualidade do AEM, porém sem significado estatístico.

Tabela 6 - Resultados do Teste Qui-Quadrado entre os grupos de critérios de avaliação da mama e os hábitos tabágicos.

Hábitos tabágicos	Baixo score ≤ 12	Alto score ≥ 13	Global
Sim	11,2%	11,2%	22,4%
Não	32,7%	44,9%	77,6%

Pearson Chi-Square: 0,432; $p=0,511$ (entre hábitos tabágicos e a qualidade do AEM)

Hábitos alcoólicos

Relativamente aos hábitos alcoólicos, 94 mulheres (94,9%) afirmam não beber, porém 5 mulheres (5,1%) possuem esse hábito ($n=99$).

Na Tabela 7 podemos observar uma frequência relativa mais elevada nas mulheres sem hábitos alcoólicos, naqueles que apresentam uma realização mais adequada de AEM, porém sem significado estatístico.

Tabela 7- Resultados do Teste Qui-Quadrado entre os grupos de critérios de avaliação da mama e os hábitos alcoólicos.

Hábitos alcoólicos	Baixo score ≤ 12	Alto score ≥ 13	Global
Sim	1,0%	4,0%	5,1%
Não	43,4%	51,5%	94,9%

Pearson Chi-Square: 1,274; p=0,259 (entre hábitos alcoólicos e a qualidade do AEM)

Atividade física

No que respeita à atividade física, 51 mulheres (51,5%) afirmam não fazer atividade física e 48 mulheres (48,5%) responderam que realizam atividade física (n=99).

Na Tabela 8 podemos observar que, as mulheres que realizam atividade física apresentam uma técnica de AEM mais adequada são as que realizam atividade física, comparativamente com as mulheres que não realizam atividade física. Salienta-se ainda que, de acordo com o teste do qui-quadrado este resultado possui significado estatístico.

Tabela 8- Resultados do Teste Qui-Quadrado entre os grupos de critérios de avaliação da mama e a atividade física.

Atividade física	Baixo score ≤ 12	Alto score ≥ 13	Global
Sim	16,2%	32,3%	48,5%
Não	28,3%	23,2%	51,5%

Pearson Chi-Square: 4,659; p=0,031 (entre atividade física e a qualidade do AEM)

Idade da menarca

De acordo com as diversas idades da menarca apresentadas, para 99 respostas obtidas, sendo o mínimo 9 anos e no máximo 19 anos, as idades mais frequentes na amostra foram: 13 anos em 25 mulheres (25,3%); 12 anos em 20 mulheres (20,2%) e 11 e 14 anos, ambas as idades com 14 mulheres cada (total de 28,2%). Na Figura 2 encontra-se a distribuição da idade da menarca na amostra, sendo a média de 12,8 anos (com um desvio-padrão de 1,9).

Assim sendo e de acordo com os dados apresentados podemos afirmar que 24 mulheres inquiridas (24,2%) afirmaram ter a menarca com menos de 12 anos e 75 mulheres (75,8%) responderam ter tido com 12 ou mais anos.

Nas mulheres com uma adequada técnica de AEM, a maioria teve a menarca com 12 ou mais anos (Tabela 9). Focando-nos no grupo de mulheres em que a menarca foi antes dos 11 anos inclusive, a percentagem de mulheres com menor qualidade de AEM (13,1%) é superior à percentagem com boa qualidade de AEM (11,1%). No grupo de mulheres em que a menarca foi aos 12 ou mais anos este padrão foi inverso, ou seja, a percentagem de mulheres com uma boa qualidade de AEM é superior.

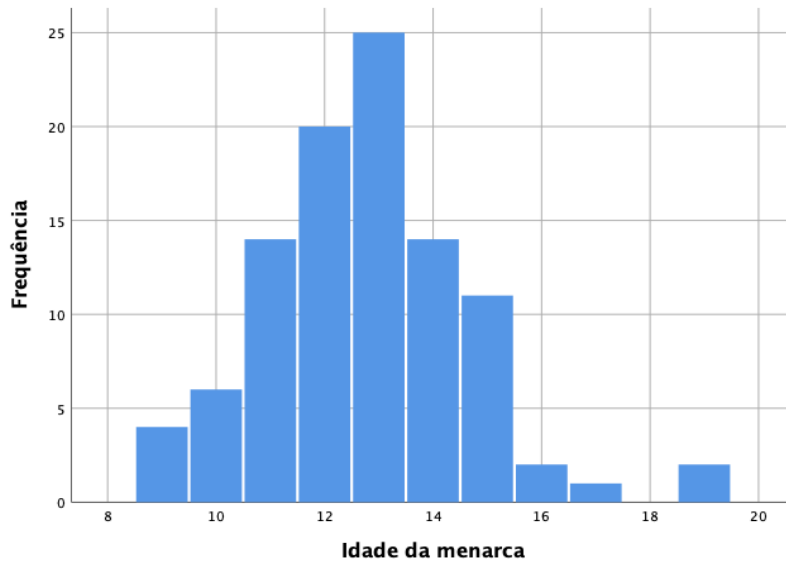


Figura 2 - Distribuição da idade da menarca na amostra.

Tabela 9 - Resultados do Teste Qui-Quadrado entre os grupos de critérios de avaliação da mama e a idade da menarca.

Idade da menarca	Baixo score ≤ 12	Alto score ≥ 13	Global
Até 11 anos	13,1%	11,1%	24,2%
Igual ou mais de 12 anos	31,3%	44,4%	75,7%

Pearson Chi-Square: 1,213; $p=0,271$ (entre idade da menarca e a qualidade do AEM)

Idade da menopausa

De acordo com as diversas idades da menopausa apresentadas, sendo no mínimo 42 anos e no máximo 58 anos, as idades mais frequentes da amostra são: 50 anos em 7 mulheres (16,7%); 52 anos em 6 mulheres (14,3%) e 42 e 47 anos, ambas com 4 mulheres cada (19% no total). Na Figura 3 encontra-se a distribuição da idade da menopausa na amostra sendo a média de 49,6 anos (com desvio-padrão de 4,2 anos).

Para o grupo das 42 mulheres que se encontram na menopausa podemos observar que 7 mulheres (17,2%) se encontravam abaixo dos 50 anos e que 35 mulheres (82,8%) iniciaram a menopausa com 50 ou mais anos.

No que respeita as mulheres com uma boa qualidade de AEM, são as mulheres com 50 ou mais anos que se destacam (44,4%), tal como é observado na Tabela 10. No que respeita à distribuição das percentagens em cada um dos grupos da idade da menopausa verificou-se que a percentagem das mulheres com bom AEM (11,1% e 44,4%, respetivamente) é superior às mulheres com baixa qualidade do AEM (6,1% e 38,4%).

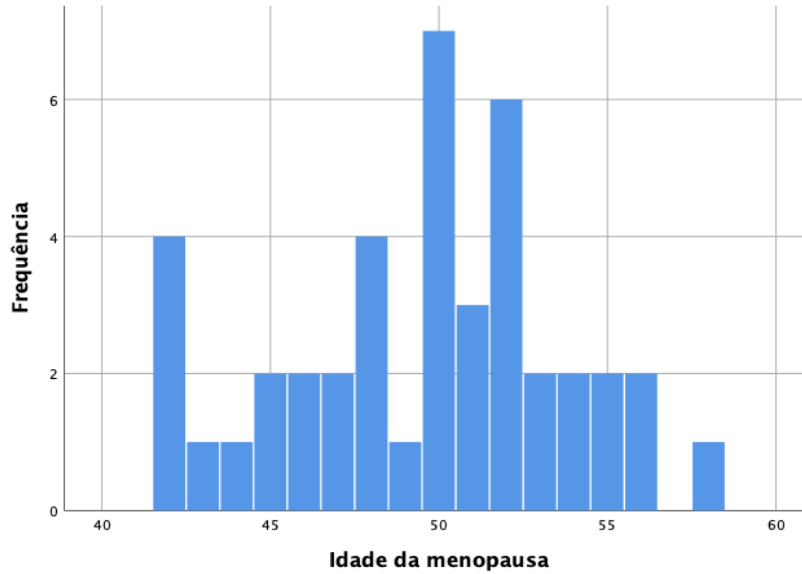


Figura 3 - Distribuição da idade da menopausa na amostra.

Tabela 10 - Resultados do Teste Qui-Quadrado entre os grupos de critérios de avaliação da mama e a idade da menopausa.

Idade da menopausa	Baixo score ≤ 12	Alto score ≥ 13	Global
Até aos 49 anos	6,1%	11,1%	17,2%
50 anos ou mais	38,4%	44,4%	82,8%

Pearson Chi-Square: 0,696; $p=0,404$ (entre idade da menopausa e a qualidade do AEM)

Número de filhos

Relativamente ao número de filhos, 37 mulheres (37,3%) afirmam ter tido 2 filhos, 31 mulheres (31,4%) afirmam ter tido somente 1 filho, 19 mulheres (19,2%) afirmam não ter tido filhos, 7 mulheres (7,1%) afirmam ter tido 3 filhos e, por fim, 5 mulheres (5,1%) afirmam ter tido 4 filhos. Neste sentido o número médio de filhos da amostra é de 1,5 filhos.

Assim, de acordo com o número de filhos que as mulheres afirmam ter tido é possível estabelecer os seguintes grupos: 19 mulheres sem filhos (19,2%) e 80 com filhos (80,8%).

Na Tabela 11 podemos observar uma frequência relativa mais elevada nas mulheres com filhos, naqueles que apresentam uma realização mais adequada de AEM, porém sem significado estatístico. Como podemos observar a percentagem de mulheres que realiza um AEM adequado (45,5% e 10,1%, respetivamente) é sempre superior ao das mulheres que não tem um AEM adequado (35,4% e 9,1%, respetivamente).

Tabela 11- Resultados do Teste Qui-Quadrado entre os grupos de critérios de avaliação da mama e o número de filhos.

Número de filhos	Baixo score ≤ 12	Alto score ≥ 13	Global
Com filhos	35,4%	45,5%	80,8%
Sem filhos	9,1%	10,1%	19,2%

Pearson Chi-Square: 0,081; p=0,775 (entre o número de filhos e a qualidade do AEM)

Idade da mãe no nascimento do primogénito

Tendo em conta a idade da mulher aquando do nascimento do primeiro filho verificou-se que a média das idades era de 26,15 anos.

Na Tabela 12 podemos observar uma frequência relativa mais elevada para as mulheres que tem menos de 29 anos, naqueles que apresentam uma melhor qualidade na realização do AEM, porém sem significado estatístico.

Tabela 12- Resultados do Teste Qui-Quadrado entre os grupos de critérios de avaliação da mama e a idade da mãe aquando do nascimento do primogénito.

Idade da mãe	Baixo score ≤ 12	Alto score ≥ 13	Global
Até 29 anos	31,3%	40,0%	71,3%
Mais de 30 anos	12,5%	16,3%	28,7%

Pearson Chi-Square: 0,001; p=0,975 (entre a idade da mãe no nascimento do primogénito e a qualidade do AEM)

Número de abortos

No que respeita à variável do número de abortos, verifica-se que 71 mulheres (71,0%) nunca tiveram um aborto e que, 28 mulheres (28,0%), afirmam ter tido pelo menos um aborto.

Na Tabela 13 podemos observar uma frequência relativa mais elevada para as mulheres que não tiveram abortos, naqueles que apresentam uma melhor qualidade na realização do AEM, porém sem significado estatístico. Nas mulheres que já tiveram abortos não se observa uma diferença na percentagem de mulheres com boa ou má qualidade do AEM (ambos os grupos possuem uma percentagem de 14,1%). Por sua vez, nas mulheres sem abortos reportados, a percentagem de mulheres com boa qualidade de AEM (41,3%) é superior à percentagem de mulheres com baixa qualidade do AEM (30,3%).

Tabela 13- Resultados do Teste Qui-Quadrado entre os grupos de critérios de avaliação da mama e o número de abortos.

Número de abortos	Baixo score ≤ 12	Alto score ≥ 13	Global
Zero abortos	30,3%	41,3%	71,7%
Um ou mais abortos	14,1%	14,1%	28,3%

Pearson Chi-Square: 0,488; p=0,485 (entre os números de abortos e a qualidade do AEM)

Aleitamento materno

Das mulheres que tiveram pelo menos um filho (n=80), 76 mulheres (95,0%) referem ter dado de mamar.

Na Tabela 14 podemos observar uma frequência relativa mais elevada para as mulheres que amamentaram e que tem uma boa qualidade ao realizar o AEM (52,5%), porém sem significado estatístico. No que respeita a cada um dos grupos a percentagem de mulheres com boa qualidade de AEM é superior (52,5% e 3,8%, respetivamente) à percentagem de mulheres com baixa qualidade do AEM (42,5% e 1,3%, respetivamente).

Tabela 14- Resultados do Teste Qui-Quadrado entre os grupos de critérios de avaliação da mama e o aleitamento.

Aleitamento	Baixo score ≤ 12	Alto score ≥ 13	Global
Sim	42,5%	52,5%	95,0%
Não	1,3%	3,8%	5,0%

Pearson Chi-Square: 0,602; p=0,438 (entre o aleitamento e a qualidade do AEM).

História pessoal de cancro da mama

Da totalidade da amostra, 4 mulheres (4%) inquiridas já tiveram cancro da mama.

Na Tabela 15 podemos observar uma frequência relativa mais elevada para as mulheres que não tem história pessoal de cancro da mama, naqueles que apresentam uma adequada técnica do AEM (51,4%), porém sem significado estatístico. Salienta-se que todas as mulheres que tiveram cancro da mama se encontram no alto score, ou seja, que possuem uma adequada técnica do AEM.

Tabela 15- Resultados do Teste Qui-Quadrado entre os grupos de critérios de avaliação da mama e a história pessoal de cancro da mama.

História pessoal	Baixo score ≤ 12	Alto score ≥ 13	Global
Sim	0, 0 %	4,0%	4,0%
Não	44,4%	51,4%	96,0%

Pearson Chi-Square: 3,335; p=0,068 (entre a história pessoal de cancro da mama e a qualidade do AEM)

Antecedentes familiares de cancro da mama

Em respeito aos antecedentes de cancro da mama na família, 19 mulheres (19,0%) das mulheres inquiridas afirmam ter um familiar que já teve cancro da mama.

Na Tabela 16 podemos observar uma frequência relativa mais elevada para as mulheres que têm antecedentes familiares de cancro da mama de 1º grau, naqueles que apresentam um AEM com maior qualidade (42,1%), porém sem significado estatístico. De realçar que, mulheres que tenham tido antecedentes familiares de 1º grau possuem uma técnica superior de AEM, comparativamente com mulheres com antecedentes de 2º grau (42,1% e 21,1%, respetivamente).

Tabela 16- Resultados do Teste Qui-Quadrado entre os grupos de critérios de avaliação da mama e grau de parentesco dos antecedentes familiares de cancro da mama.

Grau de parentesco	Baixo score ≤ 12	Alto score ≥ 13	Global
1º grau (mãe e/ou irmã)	21,1%	42,1%	63,2%
2º grau (avó e/ou tia)	15,8%	21,1%	36,8%

Pearson Chi-Square: 0,172; p=0,678 (entre o grau de parentesco dos antecedentes familiares de cancro da mama e a qualidade do AEM)

Conhecimento sobre alterações genéticas

No sentido de avaliar o conhecimento sobre alterações genéticas das mulheres inquiridas no que respeita ao cancro da mama foi colocada a seguinte questão: “tem conhecimento de os casos de cancro associados a uma alteração genética?”, na qual 70 mulheres (70,7%) responderam que sim.

Na Tabela 17 podemos observar uma frequência relativa mais elevada para as mulheres que responderam positivamente naquelas que apresentam uma adequada técnica de alto score do AEM. Como podemos visualizar, a maioria das mulheres que tem conhecimento das alterações genéticas (70 mulheres) encontra-se no alto score (45 mulheres), ou seja, possuem uma melhor técnica de AEM, comparativamente às mulheres que não possuem esse conhecimento.

Esta relação possui significado estatístico ($p < 0,05$).

Tabela 17- Resultados do Teste Qui-Quadrado entre os grupos de critérios de avaliação da mama e o conhecimento científico acerca do cancro da mama.

Conhecimento sobre alterações genéticas	Baixo score ≤ 12	Alto score ≥ 13	Global
Sim	25,3 %	45,5%	70,7%
Não	19,2%	10,1%	29,3%

Pearson Chi-Square: 7,376; p=0,000 (entre os o conhecimento científico acerca cancro da mama e a qualidade do AEM)

Métodos contraceptivos

Focando-nos nos métodos contraceptivos verifica-se que 60 das mulheres (60,6%) inquiridas usam, ou usaram, métodos contraceptivos hormonais, tais como, pílula, anel vaginal e implante subcutâneo e que 39 das mulheres (39,4%) usam, ou usaram métodos contraceptivos não hormonais, como por exemplo preservativo, coito interrompido e método do calendário (Figura 4).

Na Tabela 18 podemos observar uma frequência relativa mais elevada para as mulheres que adotam, ou adotaram, um método contraceptivo hormonal, naqueles que apresentam uma técnica de AEM com maior qualidade, porém sem significado estatístico ($p > 0,05$). De salientar que, mulheres que não utilizam, ou não utilizaram, métodos hormonais possam ter uma melhor técnica de AEM, tendo em conta, a presença ou ausência de método hormonal.

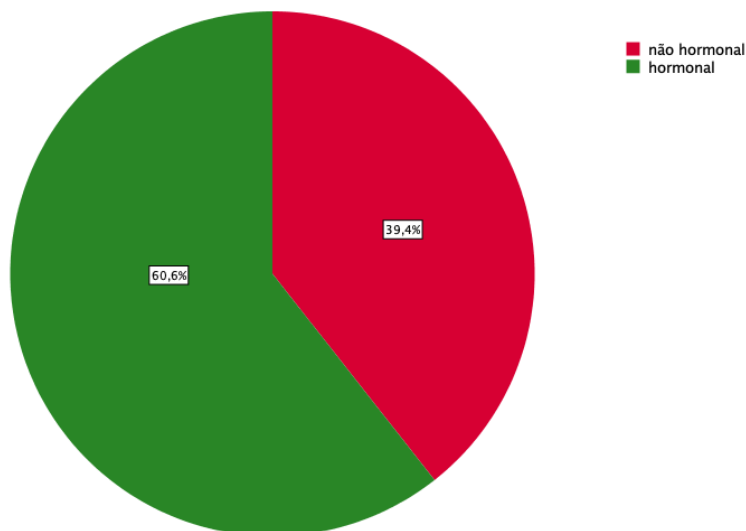


Figura 4 - Distribuição dos métodos contraceptivos na amostra.

Tabela 18 - Resultados do Teste Qui-Quadrado entre os grupos de critérios de avaliação da mama e os métodos contraceptivos.

Métodos Contraceptivos	Baixo score ≤ 12	Alto score ≥ 13	Global
Hormonal	28,3%	32,3%	60,6%
Não hormonal	16,2%	23,3%	39,4%

Pearson Chi-Square: 0,305; p=0,581(entre os métodos contraceptivos e a qualidade do AEM)

Autoexame da mama

Conhecimento do autoexame (“awareness”)

Relativamente ao AEM, 98 mulheres (99,0%) afirmaram ter conhecimento, ou seja, awareness do AEM. Apenas 1 mulheres (1,0%) respondeu que não tinha conhecimento do AEM (n=99).

No entanto, após uma explicação mais detalhada acerca da técnica do AEM pela investigadora, a mulher assumiu que “de vez em quando palpa a mama”, razão pela qual aceitou continuar a responder às questões seguintes do inquérito, tendo estas sido consideradas.

Na Tabela 19 podemos observar uma frequência relativa mais elevada para as mulheres que possuem conhecimento do autoexame, naqueles que apresentam uma adequada técnica do AEM, porém sem significado estatístico ($p > 0,05$).

Tabela 19 - Resultados do Teste Qui-Quadrado entre os grupos de critério de avaliação da mama e conhecimento do autoexame.

Conhecimento do autoexame	Baixo score ≤ 12	Alto score ≥ 13	Global
Sim	42,9%	56,1%	99,0%
Não	1,0%	0,0%	1,0%

Pearson Chi-Square: 1,292; p=0,256 (entre o conhecimento do autoexame e a qualidade do AEM)

Para além do conhecimento também foi questionado se alguma vez já tinham realizado o AEM e se achavam que o sabiam realizar o mesmo.

Das 99 mulheres que responderam a estas 2 perguntas, 7 mulheres (7,1%) responderam que não realizavam o AEM, ao passo que, 22 mulheres (22,2%) responderam que achavam que não o sabiam realizar.

Apesar de afirmarem que não realizavam o exame (7 mulheres), é de realçar que responderam às restantes perguntas do inquérito, visto que, referiram que o fazem em contexto de consulta médica por não confiarem em si próprias, e por familiares, alguns dos quais profissionais de saúde. Para além disto, afirmaram ter conhecimento do AEM, o que se tornou relevante para o estudo.

Atitude sobre o autoexame

Relativamente à atitude sobre o autoexame, 83 mulheres (83,8%) afirmaram ter uma atitude positiva acerca do mesmo. Por sua vez, 16 mulheres (16,2%) afirmam ter uma opinião indiferente em relação ao autoexame (n=99). Nenhuma das mulheres inquiridas afirmou ter uma opinião negativa em relação ao autoexame.

Na Tabela 20 podemos observar uma frequência relativa mais elevada para as mulheres que possuem uma opinião positiva acerca do AEM, naqueles que apresentam uma melhor qualidade na técnica do AEM. Salienta-se que mulheres que apresentem uma atitude positiva têm uma melhor qualidade de AEM comparativamente com mulheres que apresentem uma atitude indiferente. Esta relação entre as variáveis apresenta significado estatístico ($p < 0,05$). Neste sentido, a atitude da mulher, ou seja, o seu interesse e a sua preocupação é de extrema importância para a qualidade da realização do AEM.

Tabela 20- Resultados do Teste Qui-Quadrado entre os grupos de critérios de avaliação da mama e conhecimento do autoexame.

Atitude sobre o autoexame	Baixo score ≤ 12	Alto score ≥ 13	Global
Positiva	32,3%	51,5%	83,8%
Indiferente	12,1%	4,0%	16,2%

Pearson Chi-Square: 7,216; $p=0,007$ (entre a opinião do autoexame e a qualidade do AEM)

Frequência do autoexame

No que respeita à frequência do autoexame (n=99), 49 mulheres (49,5%) responderam que o realizam, mas sem periodicidade específica, e as restantes 50 mulheres (50,5%) realizam-no mensalmente.

Na Tabela 21 podemos observar uma frequência relativa mais elevada para as mulheres que realizam o autoexame com periodicidade, naqueles que apresentam um score de avaliação que esteja relacionado com uma adequada prática do AEM. De realçar que a maioria das mulheres que realizam o exame com periodicidade se encontram no alto score, ou seja, realizam um AEM com boa qualidade (33,3%). Contrariamente, mulheres que não possuem periodicidade no AEM encontram-se na sua maioria no baixo score, ou seja, não realizam um AEM com boa qualidade (27,3%). Esta relação entre variáveis possui significado estatístico ($p < 0,05$).

Tabela 21- Resultados do Teste Qui-Quadrado entre os grupos de critérios de avaliação da mama e a frequência do autoexame.

Frequência do autoexame	Baixo score <12	Alto score ≥13	Global
Com periodicidade (mensalmente)	17,2 %	33,3%	50,5%
Sem periodicidade (várias vezes ao ano)	27,3%	22,2%	49,5%

Pearson Chi-Square: 4,463; p=0,035 (entre a frequência do autoexame e a qualidade do AEM)

Altura da realização do autoexame

No sentido de avaliar a altura de realização do autoexame verifica-se que 67 mulheres (67,7%) inquiridas não realizam o autoexame em nenhuma altura específica e 32 mulheres (32,3%) realizam o exame depois da menstruação.

Na Tabela 22 podemos observar uma frequência relativa mais elevada para as mulheres que realizam o autoexame sem altura específica, entre aquelas que apresentam adequada prática de AEM. Relativamente à altura da menstruação, somente 32 mulheres têm o conhecimento que o AEM deve ser realizado depois da menstruação, o que mostra um conhecimento aquém do desejável. A relação entre a qualidade do AEM e esta variável não possui significado estatístico ($p>0,05$).

Tabela 22- Resultados do Teste Qui-Quadrado entre os grupos de critérios de avaliação da mama e a altura da realização do autoexame.

Altura em que realiza o autoexame	Baixo score <12	Alto score ≥13	Global
Depois da menstruação	12,1%	20,2%	32,3%
Sem altura específica	32,3%	35,4%	67,7%

Pearson Chi-Square: 0,924; p=0,337(entre a altura da realização do autoexame e a qualidade do AEM)

Discussão

Ao nosso conhecimento esta é a primeira investigação nacional que procurou avaliar a qualidade da prática do AEM numa população portuguesa.

Como método de Rastreio, não existe evidência científica que o AEM quando usado por si só reduza a mortalidade do cancro da mama, no entanto, ainda está por esclarecer se a sua utilização em conjunto com a mamografia de rastreio aumenta a sensibilidade do Rastreio mamográfico. Uma prática pouco correta do AEM tem sido implicada como causa direta da pouca eficácia do AEM.

Na presente investigação procurou-se estudar a relação entre uma boa ou má prática (alto e baixo *score*, respetivamente) do AEM e as variáveis das 3 dimensões em estudo (Tabela 2) recolhendo-se dados, através de inquérito por questionário, a 100 mulheres do serviço de ginecologia, que estavam inscritas para a consulta de ginecologia do CHUCB, com uma idade compreendida entre 35 e 60 anos.

Na nossa casuística, 93 mulheres realizam o AEM, apesar de as restantes também o efetuarem em contexto de consulta médica ou por familiares e de terem demonstrado possuírem informação relevante para os objetivos desta investigação. Verificou-se que o conhecimento de sinais e sintomas menos tidos em conta no AEM são: presença de casca de laranja 69,0%, rubor 58,0%, e retração 46,0%. Neste sentido estamos perante uma população feminina cujo conhecimento sobre os sinais e os sintomas é aquém do desejável. Para além disso, algumas mulheres inquiridas também afirmaram que consideram não saber quais as vantagens ou conhecimentos para a prática do AEM, ainda que o façam (n=22).

Relativamente ao nível de escolaridade (Tabela 3) é de salientar que, nas mulheres com ensino superior, mais de metade das mulheres se encontram no grupo com maior qualidade no AEM, ao passo que, nas mulheres sem ensino superior não se observa essa diferença, visto que, possuem frequências quase iguais. Apesar desta relação não possuir significado estatístico, um estudo que correlacionou práticas de AEM com características demográficas, fatores de risco e estadios do cancro da mama em pacientes iraquianas (17) identificou igualmente esta tendência, relacionando um melhor conhecimento e prática do AEM com o aumento de grau académico das mulheres, nomeadamente em mulheres com o ensino superior. Igualmente noutro estudo, que associou a prática do autoexame com características sociodemográficas no norte do irão (18), foi enfatizado o nível académico como determinante na prática do autoexame. Um elevado nível educacional está associado a uma maior consciência e conhecimento da mulher em relação ao cancro da mama, bem como uma melhor *performance* do autoexame (18).

No que respeita à relação entre o *score* do AEM e o estado civil (Tabela 4), observou-se que mulheres com companheiro apresentam uma melhor *performance* para o AEM. O presente resultado converge para os resultados publicados (19), segundo o qual mulheres que vivem com o companheiro realizam um AEM com maior frequência e maior rigor.

Tendo em conta as atividades laborais (Tabela 5), podemos observar uma frequência relativa mais elevada para as técnicas de nível intermédio, porém a maioria dessas mulheres encontra-se no baixo score, ou seja, possui uma menor *performance* do AEM.

A revisão da literatura realizada identificou um estudo que mostrou uma tendência para uma maior prática do autoexame nas mulheres que tinham uma profissão relacionada com a saúde ou domésticas, porém sem significado estatístico (20), tal como se verificou neste estudo.

Se atendermos às habilitações académicas necessárias para as atividades profissionais torna-se evidente que a variável que possa estar a interferir nesta relação é o nível de escolaridade das mulheres. Observa-se que as profissões que apresentam uma maior percentagem de mulheres com uma adequada técnica do AEM são, especialistas de atividades intelectuais 10,1%, administrativas 9,1% e as especialistas na área da saúde 6,1%. Destaca-se ainda que o grupo das mulheres não assalariadas também apresenta uma maior percentagem de mulheres com alto *score* (9,1%). Muitas delas tem frequência universitária, o que reforça a hipótese anteriormente levantada e converge para os resultados do estudo (18).

No que respeita à relação entre a qualidade do AEM e os hábitos tabágicos e alcoólicos das mulheres (Tabela 6 e 7, respetivamente), a revisão da literatura realizada só identificou estudos que se focaram na relação entre o conhecimento destes hábitos como fatores de risco com a frequência do autoexame (19). Por um lado, a mulher que possui mais conhecimentos acerca do cancro da mama afirma que os hábitos tabágicos e alcoólicos são fatores de risco (18). Por outro, a mulher que possui um bom conhecimento dos fatores de risco, incluindo os hábitos tabágicos e alcoólicos, realiza um AEM com maior frequência (19). No estudo realizado, os resultados apontam para que sejam sobretudo as mulheres sem hábitos tabágicos que estão mais associadas a um alto *score* de AEM (44,9%), ou seja, mulheres com uma prática adequada de AEM.

Relativamente à atividade física (Tabela 8), um dos fatores protetores para o cancro da mama (21), é de salientar que a maioria das mulheres que realiza exercício físico se encontra no maior *score* de AEM. Isto poderá dever-se ao aumento do interesse e confiança da mulher pelo seu corpo e à preocupação por um estilo de vida saudável, conhecendo os benefícios que o AEM pode traduzir, em termos de prevenção. Uma revisão sistemática mostrou que a recomendação de exercício moderado (150 minutos por semana) e o seguimento das recomendações encontradas na ACS (*American Cancer Society*) contribuem para a prevenção de cancro da mama (22). Esta recomendação presente na revisão sistemática da literatura avaliou a relação entre a prática do exercício físico e a diminuição da incidência de vários cancros, inclusive o cancro da mama (22). O cuidado pelo corpo, a confiança e o conhecimento dos benefícios do AEM podem traduzir uma melhor qualidade do mesmo. Neste sentido, este estudo reforça a perceção generalizada de que um estilo de vida ativo pode minimizar o risco de cancro e sensibilizar a mulher para a boa prática da AEM.

Observando a percentagem global das idades da menarca e da menopausa (Tabela 9 e 10, respetivamente), a grande maioria das inqueridas não se encontram no intervalo pertencente à idade de risco relativamente à menarca, por outro lado a maioria das mulheres tem menopausa depois dos 50 anos. Neste caso, é de realçar o fator hormonal presente, visto que, a quantidade de estrogénios a que a mulher está exposta durante a sua vida reprodutiva aumenta o risco de cancro da mama (21). Relativamente à idade da menarca, considera-se fator de risco quando inferior a 11 anos. No que respeita à idade da menopausa é considerada fator de risco quando superior a 50 anos (18). A revisão da literatura apenas fornece a percentagem de mulheres que conhecem ou não estes fatores de risco, como fatores de risco para o cancro da mama (18). Esse mesmo estudo concluiu que, um melhor conhecimento de fatores de risco relaciona-se com o aumento da frequência do AEM (18). Neste estudo o que se analisou não foi particularmente o conhecimento sobre os fatores de risco, mas a diferença na qualidade do AEM entre grupos de mulheres com, e sem, um determinado fator de risco (por exemplo, hábitos tabágicos). Colocou-se a hipótese que mulheres com um determinado fator de risco realizassem o AEM com mais qualidade (alto *score*), no sentido de minimizar esse mesmo risco, no entanto tal não se verificou.

Na dimensão reprodutiva (Tabela 11 e 12, respetivamente), é de realçar o fator de risco nuliparidade e a maternidade tardia, após os 30 anos de idade (21). Quanto mais cedo a mulher engravidar, menor será o risco de cancro da mama, visto que, a diferenciação das células epiteliais mamárias, dependentes de influências hormonais, será menor (23). De acordo com a bibliografia, foi observado que o conhecimento da mulher acerca destes fatores de risco aumentavam a frequência do AEM (18).

Neste estudo em particular, foi estudada a relação entre uma boa prática do AEM e a presença ou não destes fatores de riscos nas mulheres. É de realçar que das mulheres sem filhos uma baixa percentagem (10,1%) apresenta-se com alto *score*, comparado com as mulheres que tem filhos (45,5%). Podemos então levantar a hipótese de que a maternidade contribui para uma melhor consciencialização para o cancro da mama e uma melhor técnica de AEM.

Em relação à idade da mãe no momento do nascimento do primogénito, a maioria das mulheres não se encontra na idade de risco, um dado positivo em relação à análise das inqueridas. É de salientar que a maioria das mulheres que foram mães e independentemente da idade, se encontram na sua maioria no alto *score*. Este dado reforça a ideia de que as mulheres que foram mães têm melhor apetência para a prática do AEM, tendo em conta o conhecimento e preocupação pela sua saúde, enquanto cuidadoras.

Dados da bibliografia relacionam fatores menstruais, inclusive abortos espontâneos e induzidos com aumentos do risco para cancro da mama (24, 25). Os resultados desses estudos sugerem que o risco de cancro da mama não está significativamente relacionado com o aumento de casos de cancro (24, 25). A análise estatística realizada (Tabela 13) não identificou uma relação significativa entre a ausência ou presença de abortos e a qualidade do AEM, nas mulheres inqueridas.

No que concerne à questão do aleitamento (Tabela 14), e observando a percentagem global, podemos afirmar que quase a totalidade das mulheres (n=76) amamentou os filhos e que, a grande maioria, se encontra no alto *score* (52,5%).

No entanto, não existe significado estatístico para podermos afirmar que mulheres que dão de mamar realizem melhor o AEM, o que vai ao encontro a um estudo consultado que tentou relacionar a prática do autoexame com a história de amamentação e que não obteve significado estatístico (p=0,23) (17).

Relativamente à história pessoal de cancro da mama (tabela 15), é de salientar que todas as mulheres que tiveram este tipo de cancro obtiveram um alto *score* na avaliação da mama (4,0%), o que é indicador de que este grupo de mulheres tem particular atenção ao AEM. O objetivo desta questão era analisar se a história pessoal de cancro da mama poderia estar relacionada com uma boa prática do AEM. No entanto, e tendo em conta o tamanho da amostra e a pequena percentagem de mulheres com cancro da mama que foram inqueridas, não foi possível verificar o significado estatístico dessa relação.

Um estudo (10) avaliou quais os preditores que poderiam afetar a prática do AEM. Nesse mesmo estudo concluiu-se que, mulheres com história pessoal de cancro da mama possuem uma maior prática do AEM, no entanto, não foram fornecidos detalhes acerca da qualidade do procedimento.

Relativamente à questão de antecedentes familiares de cancro da mama (Tabela 16), onde se obteve uma percentagem relativamente alta, de 24,3%, foi avaliado também o grau de parentesco. O 1º grau de parentesco (mãe e irmã) foi o mais referido. De acordo com os dados da Tabela 16, podemos afirmar que a grande maioria das mulheres que tem ou tiveram familiares em 1º grau com cancro da mama (42,1%) apresentam uma prática mais adequada de AEM.

De acordo com o estudo de Freitas e Weller (19), a existência de antecedentes de cancro da mama na família influenciam a realização do AEM (17), o que pode refletir um maior grau de sensibilização nas famílias afetadas pelo cancro.

O estudo (19) que avaliou o conhecimento de fatores de risco e os antecedentes familiares com cancro, mostrou que mulheres com história familiar de cancro da mama fazem com mais frequência o AEM, no entanto, não fornecem detalhes acerca da qualidade do procedimento. Igualmente noutro estudo (17), foi observado que a história familiar de cancro da mama é um preditor para a prática do AEM.

Relativamente à questão acerca do conhecimento sobre a existência de casos de cancro da mama relacionados com alterações genéticas, a maioria das mulheres respondeu que sim (70,8%) e, de acordo com a Tabela 17, existe uma forte relação entre a presença desse conhecimento com uma boa prática do AEM. Esta questão foi realizada com o intuito de averiguar o conhecimento da mulher em relação ao cancro da mama e ao facto de alguns casos de cancro da mama possuírem características hereditárias. Tal poderá indicar literacia para a saúde.

Segundo a bibliografia consultada (26), mulheres com elevada literacia em saúde possuem mais conhecimento acerca do cancro da mama, realizando-o mais frequentemente. Nesse mesmo estudo foi mostrada uma associação estatisticamente significativa entre a elevada literacia na mulher e uma maior frequência na realização do AEM.

No presente estudo foi mostrado que mulheres com maior literacia na saúde realizam com maior qualidade o AEM.

Quanto à relação entre a qualidade do AEM e o método contraceptivo adotado (Tabela 18), verificou-se que existem mais mulheres com uma adequada técnica do AEM em ambos os grupos, 32,3% nas mulheres que utilizam, ou utilizaram, métodos hormonais e 23,3% nas mulheres que não utilizam, ou não utilizaram, método hormonal. Ainda que não tenha sido possível observar-se uma relação estatisticamente significativa é de destacar que no grupo de mulheres sem história de contraceção hormonal existem mais mulheres com uma adequada prática de AEM.

Com base na literatura, e apesar de os métodos contraceptivos hormonais estarem relacionados com aumento da taxa de cancro da mama (21), um estudo mostrou que a toma de contraceptivos hormonais está relacionada com um aumento da prática do autoexame (17).

Outro estudo prospetivo realizado no âmbito dos cuidados primários, avaliou a realização do autoexame, quando utilizados sistemas de alerta (mensagens) com a data da realização do AEM nas caixas dos contraceptivos orais (27). Os resultados mostraram um aumento da prática, frequência e *timing* do AEM, o que é indicador de que é possível criar estratégias simples e sem custos adicionais para que as mulheres estejam mais atentas às suas mamas (28).

A percepção da mulher neste estudo foi definida pelas seguintes variáveis, presentes na terceira dimensão do estudo: conhecimento, atitude e prática (frequência e qualidade).

Quando questionadas acerca do conhecimento do AEM (Tabela 19) quase a totalidade das mulheres afirmou conhecer o autoexame. Verificou-se, no entanto, que o fato de o conhecerem, ou neste caso, estarem conscientes para tal exame, não está diretamente relacionado com uma melhor prática do AEM.

A bibliografia defende que muitas mulheres estão sensibilizadas e já ouviram falar do AEM, porém não possuem conhecimento de sinais, sintomas e fatores de risco em relação a este, acabando por não saber realizar corretamente o procedimento (6).

Tal como referido anteriormente, o alto e baixo *score* foi baseado na inspeção estática, dinâmica e na palpação, ou seja, em sinais e sintomas que as mulheres pudessem notar, através do AEM.

O estudo em causa, não avaliou o conhecimento de fatores de risco, nas mulheres, mas sim se estavam presentes ou não, em cada mulher inquerida.

É de realçar que muitos são os estudos em que as mulheres afirmam que não sabem realizar o AEM, tal como na presente investigação. Como já foi referido anteriormente, as razões apontadas foram: “nunca me ensinaram” (n=2), “não tenho tempo” (n=2), esquecimento (n=1) e “não tenho paciência” (n=1).

Num estudo realizado na Malásia (29), as mulheres também revelaram outras razões, para além das acima enunciadas, tais como “medo de encontrar uma massa”, “não gosto de palpar as mamas” e “não é necessário”.

Conclui-se então, que apesar de a mulher ter conhecimento do AEM, não implica saber realizá-lo corretamente.

Acerca da questão que averigua a atitude das mulheres em relação ao AEM (Tabela 20) a maioria das mulheres afirmou ter uma atitude positiva, reconhecendo que o AEM é benéfico para o conhecimento do seu corpo, e conseqüentemente para detetar eventuais alterações prévias ou de novo.

Constatou-se que a maioria das mulheres que possuem uma atitude positiva se encontram no grupo das mulheres com uma adequada técnica de AEM (51,5%) e que as mulheres com atitude indiferente se encontram, na maioria, no grupo das mulheres com uma fraca técnica de AEM (12,1%).

Com base na literatura, as atitudes positivas face ao AEM são determinantes para a mudança de comportamentos errados e adoção de novos comportamentos (30, 31).

Outro estudo também demonstrou que, quando a mulher possui uma atitude positiva para o autoexame, os entraves para a prática do mesmo diminuem. Assim, existe uma maior motivação para a saúde, em relação ao autoexame (18).

Concluindo, e com base no teste estatístico realizado, mulheres que possuem uma atitude positiva em relação ao autoexame conseguem realizá-lo mais eficientemente.

De acordo com os dados apresentados em relação à frequência do AEM, metade das mulheres afirmou realizar o seu exame com periodicidade e a outra metade sem periodicidade.

Observando mais detalhadamente os dados da Tabela 21 podemos verificar que mulheres que possuem periodicidade no seu autoexame se encontram maioritariamente no alto *score* e mulheres que não realizem o autoexame com periodicidade se encontram no baixo *score* (27,3%). Diversos estudos mostram que a frequência de realização do AEM pelas mulheres continua a ser insuficiente (6, 32), ou seja, é muito baixa, tal como acontece na presente investigação.

Podemos associar esta baixa frequência à falta do conhecimento do AEM, à falta de confiança e despreocupação da mulher, visto que, quando realizada esta pergunta, muitas mulheres afirmaram que não o realizavam porque já era efetuado pelo médico, em contexto de consulta médica.

Segundo o estudo de Ertem, Donmez e Dolgun (30), a frequência de realização do AEM está também relacionada com o nível de educação e a existência de casos de familiares com cancro da mama.

A frequência do exame, apesar de baixa, poderá ser justificada pela preocupação que cada mulher tem pela sua saúde e pelo conhecimento dos benefícios do autoexame. Por outro lado, a baixa frequência do AEM também pode ser indicativa de falta de sensibilização e prevenção das populações, e no que toca à prevenção primária e secundária (33).

Quando interrogadas acerca da altura da realização do autoexame, apenas 32 mulheres responderam corretamente, ou seja, depois da menstruação.

Não se observou nenhuma tendência relativamente ao baixo ou alto *score*, salientando-se apenas que as mulheres desconhecem a altura exata em que devem realizar o autoexame.

Num estudo que avaliou o conhecimento e a prática do AEM, foram poucas as mulheres que conheciam a altura em que se deve realizar o exame (6).

Este conhecimento torna-se importante na medida em que a maioria dos nódulos encontrados é normal e que, para as mulheres que se encontram na fase pré-menstrual podem sentir massas que desaparecerão com o ciclo menstrual.

As mulheres não praticam o AEM na altura indicada para o fazer, o que evidencia que desconhecem a maneira correta de como a prática deve ser realizada (34).

Por fim, em relação ao exame mamário em contexto de consulta, exame clínico mamário (ECM), somente 5 mulheres referiram que o médico não realiza o exame mamário.

Esta questão foi realizada para se observar a prevalência das mulheres que realizam o exame mamário em consulta, sendo o médico uma fonte de informação importante, visto que, os media (televisão, rádio) em Portugal não fornecem informação para a prática do AEM.

Contrariamente ao que acontece em Portugal, em alguns países as maiores fontes de informação são a televisão e a rádio (19). É também de realçar que mulheres que realizam o ECM praticam mais frequentemente o AEM (10).

Com base num estudo acerca de preditores que poderiam afetar o autoexame da mama (10), a *performance* do autoexame aumentou após exame mamário na consulta, pelo médico assistente.

Conclusão

Atualmente, não é recomendado a realização mensal do AEM, porém todas as mulheres devem conhecer a anatomia da sua mama e relatar quaisquer alterações que sejam notadas. Para que isso aconteça, o AEM tem de ser feito com a frequência e qualidade (prática) devida.

Isoladamente, pode ser considerado um método insuficiente, mas ainda assim é importante para a detecção precoce do cancro da mama.

O presente estudo tentou mostrar a relação entre fatores sociodemográficos e a percepção das mulheres em relação à frequência e à qualidade do AEM. Sendo neste estudo a percepção definida como um conceito que engloba o conhecimento, a atitude e a prática.

Utilizando esta metodologia determinámos que somente 32 mulheres (32%) realizam adequadamente o AEM (acima de 13 valores do somatório calculado), ou seja, aproximadamente um terço da amostra.

Tendo em conta os resultados alcançados, podemos concluir que as mulheres em estudo não apresentam uma boa percepção do AEM, não o realizando na altura certa nem com a devida frequência.

Foram as mulheres com indicadores relacionados com uma maior preocupação, motivação e literacia com a sua saúde que demonstraram maior interesse e qualidade técnica na realização do AEM. Também a atividade física e a frequência do AEM se revelaram importantes para uma técnica mais adequada, neste estudo.

As evidências reforçam a hipótese de que a ineficácia do AEM na redução da mortalidade possa estar associada à “baixa” qualidade do mesmo. Neste sentido, este estudo aponta para a necessidade de melhorar a literacia da população feminina face à preservação da sua saúde, como meio de melhorar a prática do AEM. Também a divulgação da técnica adequada do AEM deve ser uma preocupação das entidades de saúde, ainda que não seja suficiente para sensibilizar todas as mulheres para o problema de saúde pública, que o cancro da mama já representa.

Fica-nos a dúvida se o AEM integrado com o rastreio mamográfico do cancro da mama, poderá vir a reduzir a taxa de mortalidade por cancro da mama, assunto que achamos pertinente ser investigado dentro de um programa de Rastreio organizado.

Limitações

Tal como referido anteriormente, este estudo destaca-se pelo facto de se focar na qualidade da realização do AEM, enquanto que a maioria dos estudos se foca apenas na frequência e no conhecimento de fatores de risco, em relação ao mesmo.

Nesta investigação, podemos considerar fortes os seguintes aspetos: (i) recolha de dados para uma amostra com um tamanho considerável (100) e (ii) desenvolvimento de um questionário original e previamente testado, que integra três dimensões associadas ao autoexame;

Ainda que tenham sido inquiridas 100 mulheres este número pode continuar a ser insuficiente para identificação de significado estatístico em relação a algumas variáveis estudadas. Esta limitação é apontada em muitos outros estudos (19, 31).

Por fim, são de considerar as seguintes limitações no que respeita ao questionário em si, assim como ao contexto de aplicação do mesmo (i) pressa das entrevistadas em terminar o inquérito com a preocupação de serem chamadas para a consulta e (ii) o desconforto e a falta de privacidade das mulheres na sala de espera e (iii) a preocupação em responder o que é correto e não aquilo que a mulher efetivamente faz. Constatou-se que o momento de pré-consulta não é o melhor momento para a realização de inquéritos desta natureza. Esta limitação associada à recolha de “respostas politicamente corretas” é muitas vezes apontada na literatura (35).

Bibliografia

1. World Health Organization. Cancer: World Health Organization; 2018 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>].
2. Direção Geral da Saúde. Programa nacional para as doenças oncológicas 2017. Direção-Geral da Saúde Lisboa; 2017.
3. Coughlin SS, Ekwueme DU. Breast cancer as a global health concern. *Cancer Epidemiol.* 2009;33(5):315-8.
4. Direção Geral da Saúde. Abordagem imagiológica da mama. Lisboa: DGS, Departamento da qualidade na saúde; 2011 27/12/2011. Contract No.: 051/2011
5. Hurt KJ, Guile MW, Bienstock JL, Fox HE, Wallach EE. *The Johns Hopkins manual of gynecology and obstetrics*: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
6. Dadzi R, Adam A. Assessment of knowledge and practice of breast self-examination among reproductive age women in Akatsi South district of Volta region of Ghana. *PLoS One.* 2019;14(12):e0226925.
7. Udoh RH, Ansu-Mensah M, Tahiru M, Bawontuo V, Kuupiel D. Mapping evidence on women's knowledge and practice of breast self-examination in sub-Saharan Africa: a scoping review protocol. *Syst Rev.* 2020;9(1):2.
8. Gupta R, Gupta S, Mehrotra R, Sodhani P. Risk factors of breast cancer and breast self-examination in early detection: systematic review of awareness among Indian women in community and health care professionals. *J Public Health (Oxf).* 2019.
9. Coleman C. Early Detection and Screening for Breast Cancer. *Semin Oncol Nurs.* 2017;33(2):141-55.
10. Akhtari-Zavare M, Lattif LA, Juni MH, Md Said S, Ismail IZ. Predictors affecting breast self-examination practice among undergraduate female students in Klang Valley, Malaysia. *J Obstet Gynaecol Res.* 2015;41(12):1982-7.
11. Hackshaw AK, Paul EA. Breast self-examination and death from breast cancer: a meta-analysis. *Br J Cancer.* 2003;88(7):1047-53.
12. Ampudia de Haro F, Serafim J, Cobra J, Faria L, Roque M, Ramos M, et al. *Investigação em Ciências Sociais-Guia Prático [Research in social sciences-a practical guide]*. Lisbon, Portugal: Pactor; 2016.
13. Oliveira L. *Ética em investigação científica*. Lisboa: Lidel; 2013.
14. World Medical Association. WMA Declaration of Helsinki - ethical principles for medical research involving human subjects 2013 [Available from: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>].
15. Laureano RM. *Testes de hipóteses com o SPSS: o meu manual de consulta rápida*. Lisboa: Edições Sílabo; 2011.

16. Field A. *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. 4th ed: Sage Publications Ltd; 2013.
17. Al-Gburi ASA, Alwan NAS. Correlation between Breast Self-Examination Practices and Demographic Characteristics, Risk Factors and Clinical Stage of Breast Cancer among Iraqi Patients. *Open Access Maced J Med Sci*. 2019;7(19):3216-20.
18. Tilaki K, Auladi S. Awareness, Attitude, and Practice of Breast Cancer Screening Women, and the Associated Socio-Demographic Characteristics, in Northern Iran. *Iran J Cancer Prev*. 2015;8(4):e3429.
19. Freitas AG, Weller M. Knowledge about Risk Factors for Breast Cancer and Having a Close Relative with Cancer Affect the Frequency of Breast Self-Examination Performance. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2016;17(4):2075-81.
20. Korkut Y. Assessment of knowledge, attitudes, and behaviors regarding breast and cervical cancer among women in western Turkey. *J Int Med Res*. 2019;47(4):1660-6.
21. Jordan V, Khan M, Prill D. Breast Cancer Screening. Primary Care: Clinics in Office Practice. 2019;46(1):97-115.
22. Kohler LN, Garcia DO, Harris RB, Oren E, Roe DJ, ET. J. Adherence to Diet and Physical Activity Cancer Prevention Guidelines and Cancer Outcomes: A Systematic Review. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2016;25(7):1018-28.
23. Robertson C, Van Den Donk M, Primic-Zakelj M, MacFarlane T, Boyle P. The association between induced and spontaneous abortion and risk of breast cancer in Slovenian women aged 25-54. *Breast*. 2001;10(4):291-8.
24. Rojas K, Stuckey A. Breast Cancer Epidemiology and Risk Factors. *Clin Obstet Gynecol*. 2016;59(4):651-72.
25. Lipworth L, Katsouyanni K, Ekblom A, Michels KB, Trichopoulos D. Abortion and the risk of breast cancer: a case-control study in Greece. *Int J Cancer*. 1995;61(2):181-4.
26. Rakhshkhorshid M, Navaee M, Nouri N, Safarzaii F. The Association of Health Literacy with Breast Cancer Knowledge, Perception and Screening Behavior. *Eur J Breast Health*. 2018;14(3):144-7.
27. Ferris DG, Golden NH, Petry LJ, Litaker MS, Nackenson M, Woodward LD. Effectiveness of breast self-examination prompts on oral contraceptive packaging. *J Fam Pract*. 1996;42(1):43-8.
28. Ferris DG, Golden NH, Petry LJ, Litaker MS, Nackenson M, Woodward LD. Effectiveness of breast self-examination prompts on oral contraceptive packaging. *Journal of Family Practice*. 1996;42(1):43-8.
29. Akhtari-Zavare M, Latiff LA, Juni MH, Said SM, Ismail IZ. Knowledge of Female Undergraduate Students on Breast Cancer and Breast Self-examination in Klang Valley, Malaysia. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2015;16(15):6231-5.
30. Ertem G, Donmez YC, Dolgun E. Determination of the Health Belief and Attitude of Women Regarding Breast Cancer and Breast Self-Exam. *J Breast Health*. 2017;13(2):62-6.

31. Kissal A, Kartal B. Effects of Health Belief Model-Based Education on Health Beliefs and Breast Self-Examination in Nursing Students. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2019;6(4):403-10.
32. Suleiman AK. Awareness and attitudes regarding breast cancer and breast self-examination among female Jordanian students. *J Basic Clin Pharm*. 2014;5(3):74-8.
33. Kolak A, Kaminska M, Sygit K, Budny A, Surdyka D, Kukielka-Budny B, et al. Primary and secondary prevention of breast cancer. *Ann Agric Environ Med*. 2017;24(4):549-53.
34. American Cancer Society. *Breast Cancer Facts & Figures 2015-2016*. Atlanta: American Cancer Society, Inc.; 2015.
35. Hill M, Hill A. *Investigação por Questionário*, Edições Sílabo. Lda Lisboa. 2000.

Anexos

Anexo 1- Questionário

AVALIAÇÃO DO AUTOEXAME DA MAMA (Parte 1) Grelha de Observação

Inspeção Estática

Que sinais e sintomas costuma procurar? (assinalar o que é referido pela utente)

- Simetria da mama
- Alteração do tamanho da mama
- Retrações da mama
- Edema da mama
- Eritema da mama
- Cor Casca de laranja da mama
- Rubor da mama
- Simetria e aspeto do mamilo, incluindo aréola
- Outro _____

Inspeção Dinâmica (colocar um visto nas alíneas que a paciente realiza)

1. Paciente sentada
2. Membros paralelos ao tronco
3. Contração dos músculos peitorais
4. Inclinação para a frente (visualizar alterações mamárias: retração de alguma zona da mama, do mamilo ou abaulamento)

Palpação (colocar um visto nas alíneas que a paciente realiza)

1. Paciente sentada/deitada
2. Levantar um braço
3. Com a mão contralateral palpar a mama (face palmar dos 3 dedos médios, em movimentos circulares)
4. Palpa a mama percorrendo todos os quadrantes
5. Palpa as cadeias linfáticas axilares
6. Faz expressão do mamilo
7. Repetir o procedimento de palpação, na mama contralateral

(Total: 19 critérios/comportamentos)

INQUÉRITO SOBRE A MULHER E O AUTOEXAME DA MAMA (parte 2)
(Este inquérito só pode ser respondido após a anuência do consentimento livre, informado e esclarecido)

1. Informações Pessoais (dados sociodemográficos)

1.1. Nome: _____

1.2. Idade: _____

1.3. Habilitações Literárias: Ensino Primário Ensino Básico

Ensino Secundário Ensino Superior

1.4. Estado civil: Casada União de facto

Solteira Viúva Divorciada

1.5. Atividade laboral: _____

2. Fatores de Risco do Cancro da Mama

2.1. Hábitos tabágicos: Sim Não

2.2. Hábitos etílicos: Sim Não

2.3. Atividade física: Sim Não Com que regularidade? _____

2.4. Raça: _____

2.5. Idade da menarca: _____

2.6. Idade da menopausa: _____

2.7. Número de filhos: _____

2.8. Idade da mãe no nascimento do primogénito: _____

2.9. Número de abortos: _____

2.10. Aleitamento em gravidezes anteriores:

Sim Não

2.11. Já teve cancro da mama?

Sim Não

2.13. Tem antecedentes de cancro da mama na família?

Sim Não

2.13.1. Grau de parentesco _____

2.13.2. Tem conhecimento que os casos de cancro podem estar associados a uma alteração genética?

Sim Não

2.14. Qual o método contraceptivo que usa/usou _____

3. Autoexame Mamário (AEM)

3.1. Já ouviu falar do autoexame da mama? Sim Não

3.2. Tem alguma opinião sobre o autoexame da mama?

Positivo Negativo Indiferente

3.3. Já alguma vez fez o AEM?

Sim Não

3.3.1. Se não, Porquê?

Nunca me ensinaram

Nunca ouvi falar do AEM

Não tenho tempo

Outra? _____

3.4. Na sua opinião, acha que sabe realizar o AEM: Sim Não

3.5. Frequência do AEM:

Mensalmente

Várias vezes por ano

3.6. Em que altura realiza o AEM?

Depois da menstruação

Não realizo o exame em nenhuma altura específica

3.7. Exame clínico da mama (ECM)

Já alguma vez realizou o ECM em contexto de consulta médica?

Sim Não

Anexo 2- Autorização da Comissão de Ética



comissaodeetica@ubi.pt
Convento de Santo António
6201-001 Covilhã | Portugal

Parecer relativo ao processo n.º CE-UBI-Pj-2018-067:ID914

Na sua reunião de 11 de dezembro de 2018 a Comissão de Ética apreciou a documentação científica submetida referente ao pedido de parecer do projeto "**Perceção da população feminina sobre o autoexame da mama**" da proponente **Soraia Filipa Martins Pinheiro**, a que atribuiu o código n.º CE-UBI-Pj-2018-067:ID914.

Na sua análise não identificou matéria que ofenda os princípios éticos e morais sendo de parecer que o estudo em causa pode ser aprovado.

Covilhã e UBI, 17 de dezembro de 2018

O Presidente da Comissão de Ética



Professor Doutor José António Martinez Souto de Oliveira
Professor Catedrático

Anexo 3- Consentimento Livre, Informado e Esclarecido



Consentimento Livre, Informado e Esclarecido (CLIE)

Soraia Filipa Martins Pinheiro, estudante do curso de mestrado integrado de medicina, pretende recolher informação sobre “práticas de autoavaliação do exame da mama” no âmbito do seu projeto de investigação destinado à realização da minha prova de mestrado supervisionado pelo Professor Doutor José Alberto Fonseca Moutinho.

- a sua participação é preciosa, mas voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem que por isso venha a ser prejudicada nos cuidados de saúde prestados pelo CHUCB, EPE;
- não existem quaisquer riscos para a sua saúde e a sua privacidade será sempre respeitada;
- todos os dados recolhidos serão confidenciais e utilizados apenas para fins de investigação;
- Não serão fornecidas quaisquer compensações por participar no estudo em causa.

Este projeto tem como objetivos:

- Descrever fatores sociodemográficos e relacionar com a perceção (conhecimento, atitude e prática) do AEM de uma população feminina específica;
- Descrever fatores de risco do cancro da mama e relacionar com a realização do AEM de uma população feminina específica;
- Avaliar o conhecimento, atitudes e frequência em relação ao AEM e relacionar com a qualidade da prática do mesmo, de uma população feminina específica.

Critérios de inclusão: mulheres com idade compreendida entre os 35 e os 60 anos.

A sua colaboração vai consistir na avaliação na sua capacidade de aprendizagem do exame

Duração da participação no estudo: cerca de 10-15 minutos (prévio à consulta com o médico)

Estarei sempre disponível para esclarecer dúvidas ou dificuldades que surjam durante a sua participação no estudo.

Se necessário, pode usar o meu seguinte contacto:

a33653@fcsaude.ubi.pt



Consentimento Livre, Informado e Esclarecido (CLIE)

Ao assinar esta página está a confirmar que a **estudante de mestrado**:

- * entregou esta informação;
- * explicou o propósito deste trabalho;
- * explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas pelo participante.

Nome da estudante de mestrado: Soraia Filipa Martins Pinheiro

(Assinatura)

Ao assinar esta página a **participante** no estudo está a confirmar o seguinte:

- * leu e compreendeu todas as informações contidas neste documento, e teve tempo para as ponderar;
- * todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;
- * Se não percebeu qualquer das palavras, solicitou ao aluno/investigador uma explicação, tendo este esclarecido todas as dúvidas;
- * recebeu uma cópia desta informação, para a manter consigo.

Nome do Participante (Legível): _____

(Assinatura)

