

A mamografia: experiência psicológica, atitudes e comportamentos do técnico de radiologia facilitadores da colaboração da mulher

Ana Monteiro Grilo, Margarida C. Santos

Área Científica de Psicologia, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Instituto Politécnico de Lisboa, ana.grilo@estesl.ipl.pt

RESUMO: A mamografia é o método de diagnóstico mais eficaz para deteção precoce de carcinoma da mama. A realização periódica deste exame tem vindo a ser associada a melhores prognósticos como deteção da doença em fases mais precoces e redução de mortalidade. Contudo, a mamografia não é encarada como *mais um exame* complementar de diagnóstico e constitui, para a maioria das mulheres, uma situação de ameaça. Na verdade, muitas mulheres referem ter experienciado ansiedade, dor ou desconforto durante a realização deste procedimento. Por outro lado, uma percentagem elevada de mulheres falha na realização periódica de mamografias. Este artigo pretende abordar as reações psicológicas associadas ao exame de mamografia e enfatizar a forma como os técnicos de radiologia podem melhorar o atendimento das mulheres que realizam este exame. O papel do técnico de radiologia no fornecimento de informação antes do exame, na criação de uma atmosfera agradável e empática e na utilização de estratégias de confronto para redução de dor e desconforto e na promoção do controlo e autonomia da paciente são alguns dos aspetos abordados.

Palavras-chave: mamografia, ansiedade, dor, desconforto, carcinoma da mama, técnico de radiologia.

Mammography: psychological experience, and radiographer's attitudes and behaviors that promote women's cooperation

ABSTRACT: Mammography is the most effective method available for early detection for breast cancer. Routine screening is being associated with better prognostic, such as, earlier stage disease and mortality reduction. However, mammography is not seen by most women as a *more* diagnostic test, and many women report having experienced some anxiety, pain and discomfort during breast screening process. Similarly, a high percentage of women failed to conduct regular mammography screening. This article examined the psychological reactions associated with mammography examination and emphasised how radiographers can improve the situation of women attending the breast screening. Radiographer's intervention such as provision of information before screening, friendly screening atmosphere and empathetic and coping strategies to reduce pain and discomfort and improve power and autonomy in during mammography are also addressed.

Keywords: mammography, anxiety, pain, discomfort, breast cancer, radiographer.

Introdução

O cancro da mama é a patologia oncológica com maior taxa de incidência em Portugal e, de acordo como os dados do Registo Oncológico Nacional (2005), o cancro da mama é a causa de morte por cancro mais frequente entre as mulheres portuguesas¹⁻². Estes dados não são diferentes dos relatados noutros países; por todo o mundo, e desde os anos oitenta, a deteção e tratamento pre-

coces do cancro da mama tornaram-se uma prioridade dos Sistemas de Saúde de muitos países industrializados³. No que diz respeito à deteção precoce, a mamografia tem sido considerado o procedimento de eleição, não só porque é um meio de diagnóstico com custos moderados, mas também porque tem demonstrado ser uma técnica eficaz⁴⁻⁵. De acordo com um conjunto alargado de estudos, a mamografia, recomendada com a

periodicidade anual ou bianual a partir dos 40 anos, reduz a morbidade e mortalidade, por carcinoma da mama, em 20 a 30% em mulheres entre 50 e os 65 anos⁶⁻⁷. No entanto, apesar do aumento de informação da população, as taxas de não adesão à realização regular da mamografia, necessária para a maximização dos resultados, continua ser baixa (i.e., valores entre os 32% e 60%)⁸.

Na realidade, a realização de uma mamografia constitui uma situação potencialmente perturbadora e associada a reações emocionais⁹ que podem perturbar a realização do exame e que frequentemente perduram para além da sua execução. A mamografia é ainda referida como uma situação de dor e de desconforto relacionados com o contexto físico e com os procedimentos do exame¹⁰.

As reações emocionais associadas à mamografia são hoje reconhecidas como tendo um importante significado clínico não só porque alteram a qualidade de vida e funcionalidade da mulher, mas também porque diminuem a adesão a novos exames e, no caso de confirmada a patologia, condicionam a adesão ao tratamento.

Reações emocionais associadas à mamografia

As alterações emocionais associadas à mamografia, mais referidas na literatura, dizem respeito a alterações do humor, ansiedade e estado depressivo¹¹. Estas alterações podem acontecer no tempo antes do exame, durante o exame, durante o tempo de espera dos resultados e no momento da informação dos resultados e podem persistir após informação dos resultados, mesmo em situações de não patologia¹².

A ansiedade e a depressão manifestam-se através de sinais diversos como agressividade, apatia, agitação motora, imobilidade, dependência ou atitudes inadequadas de afirmação. Nestas reações são ainda comuns pensamentos intrusivos, e atitudes de evitamento, hiperatividade e respostas fisiológicas de alarme¹³.

1. Ansiedade

A reação de ansiedade é uma reação de hipervigilância e hiperreatividade que envolve alterações fisiológicas de excitação do sistema nervoso vegetativo e do sistema hormonal. É um estado de expectância que, de forma intrusiva, centra a mulher nas ameaças reais ou imaginadas e que perturba a sua atividade e o seu bem-estar, levando-a a ter, entre outras, grandes dificuldades no processamento de informação. Deste modo, numa situação de exame, a mulher pode ter dificuldade em atender ao que lhe é pedido (e.g., o posicionamento), não conseguir lembrar-se de informações simples (e.g., a morada ou a data da última menstruação), ter reações somáticas (e.g., dores abdominais, enxaqueca, reações vasovagais, tonturas) ou hiperreagir de forma agressiva, conflituando a relação com os profissionais de saúde. A ansiedade leva ainda a mulher a estar particularmente atenta às expressões verbais e não-verbais dos profissionais de saúde que podem ser entendidas de

forma desviada, levando à identificação errada de sinais de preocupação, à sua generalização abusiva ou à sua hipervalorização.

As reações emocionais de ansiedade são sobretudo determinadas por crenças* ou significações† de ameaça e de vulnerabilidade. Considerando o Modelo Transacional de Stress¹⁴, nestes casos a mamografia é entendida como um stressor com elevado potencial de dano (uma vez que pode revelar anomalias que colocam em causa a sua integridade física e psicológica) em relação ao qual a mulher avalia não ter controlo.

Estudos neste âmbito têm verificado níveis elevados de ansiedade associados, por um lado, ao procedimento do próprio exame em especial, a dor e o desconforto¹⁵⁻¹⁶ e, por outro, ao diagnóstico que o exame permite revelar^{9,17}.

Compreensivelmente foram encontrados níveis mais elevados de ansiedade em situações que são, *a priori*, de aumento de vulnerabilidade, como ter história familiar de cancro de mama; ter feito exames anteriores cujo diagnóstico foi inconclusivo ou ter que repetir exames sem que seja comunicado de forma muito clara que a razão da repetição não se prende com a evidência de cancro; ter indicação médica depois de palpação de massa na mama; ou ter idade mais avançada. No entanto, foram igualmente verificados níveis elevados de ansiedade associados não só a menores níveis de educação e em especial de informação quanto ao exame (i.e., quanto à utilidade da mamografia ou quanto aos procedimentos), mas também a atitudes pouco apoiantes ou inadequadas dos profissionais de saúde e à falta de qualidade dos serviços^{8,19}.

2. Depressão

O estado depressivo é um estado emocional de perda que está mais presente nas situações crónicas e programadas (e.g., exames após tratamento para carcinoma da mama, exame para avaliar mama não comprometida no diagnóstico inicial) do que em situações agudas. Deste modo, estados depressivos foram encontrados sobretudo em mulheres com resultados de mamografias anteriores que são ou pouco claros ou que apontam para a existência de patologia mamária^{15,18}.

A depressão reduz a atividade individual, retirando à pessoa a capacidade de luta ou de envolvimento ativo na resolução dos seus problemas. A apatia, ou a aceitação não adaptativa das perdas reais ou imaginadas, podem, igualmente, constituir um obstáculo à comunicação, difícil de ser ultrapassado.

Nos estados depressivos estão sobretudo presentes crenças de perda: isto é, crenças de inferioridade, crenças de perda de identidade e crenças de perda de intimidade

* Crenças – “esquemas que determinam a forma como o indivíduo estrutura o mundo (...) desenvolvidas a partir de experiências prévias”⁵³.

† Significações – “actividades cognitivas dirigidas para um fim, o de interpretar a realidade”⁵⁴.

(ameaça da possibilidade de “*violação*” do espaço íntimo físico e psicológico).

As crenças de inferioridade, de perda de identidade e de perda de controlo sobre a sua vida são explícitas em verbalizações de autodesvalorização ou de desesperança e comuns em mulheres com história de cancro de mama.

Dor e desconforto

Segundo um conjunto ampliado de estudos, uma percentagem elevada de mulheres submetidas a mamografia relatam ter sentido dor e desconforto durante o exame^{10,19}. No entanto, estes estudos não são concordantes nem quanto à prevalência, nem quanto à severidade ou aos determinantes da dor.

Em relação à prevalência foram encontrados valores entre os 1% a 93%²⁰, dependendo quer da metodologia utilizada para mediação da dor, quer do momento do exame em que foi feita a avaliação da dor, quer das características da amostra. Assim, maior prevalência e níveis mais severos de dor foram evidentes quando a escala de dor utilizada apresentava um número elevado de intervalos de resposta, quando a avaliação foi feita depois do procedimento e quando a amostra foi constituída por população clínica (i.e., mulheres com doença fibroquística da mama ou com dor préexistente)¹².

Ainda quanto à severidade da dor, estudos com diferentes metodologias encontraram resultados díspares tendo, comparativamente, investigações que utilizaram questionários de dor (e.g., *McGill Pain Questionnaire*) ou escalas analógicas, verificado níveis mais elevados de dor do que as que usaram escalas subjetivas de dor e desconforto²¹.

Em relação aos determinantes de dor, uma recente revisão de literatura²¹ verificou a existência de três tipos: a) determinantes biológicos; b) determinantes psicológicos e c) determinantes relativos aos profissionais de saúde.

a) Determinantes biológicos. Estes determinantes incluem as características biológicas e fisiológicas da mulher. Correlações significativamente positivas foram encontradas entre a dor durante o processo de compressão da mama e aspetos como: maior densidade da mama¹⁵; existência de patologia mamária¹⁹; o ciclo menstrual da mulher (i.e., a semana em que a mulher está menstruada)²⁰; ou o uso de hormonas¹⁵.

b) Determinantes psicológicos. Um dos determinantes psicológicos mais associados à dor é a ansiedade que, como já foi referido, poderá resultar quer da perspectiva do exame – percebido como uma situação de embaraço e de dor – quer do medo da doença oncológica que a mamografia pode revelar¹⁷. Um outro determinante psicológico muito referido na literatura diz respeito às estratégias de confronto utilizadas pelas mulheres para lidar com a ansiedade e com a dor. No estudo realizado por Asghari e Nicholas²², com 220 mulheres, os autores concluíram que o uso de catastrofização era preditor de relato de dor mais severa durante o exame e que a utilização de estratégias, como ignorar ou ter confiança em relação à competência para lidar com a dor específica do exame, se correlacionava com menor severidade de dor. Atribuição de competência e controlo foram ainda associados a menor dor²³.

Incluídas nos determinantes psicológicos estão ainda as crenças individuais sobre a mamografia e a experiência vivida em exames anteriores. Em relação a este aspeto, Davey²¹ concluiu existirem diferenças entre as mulheres que são examinadas pela primeira vez e as que já fizeram outras mamografias, sublinhando que nas primeiras foram encontrados níveis mais elevados de ansiedade e maior vulnerabilidade em relação às atitudes dos profissionais. Quanto ao segundo grupo, a dor era mais referida pelas mulheres que tinham ex-

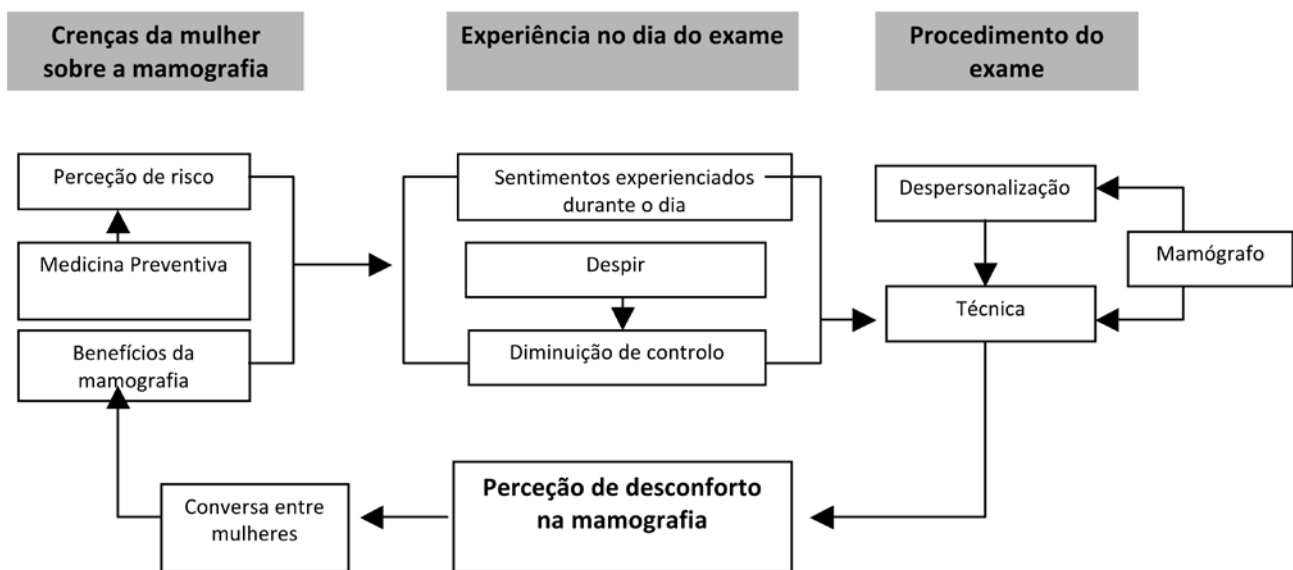


Figura 1 – Determinantes da perceção de desconforto na mamografia³⁰ (adaptado)

perenciado dor num exame anterior. Em ambos os grupos, a antecipação da dor revelou ser determinante de queixas de dor durante o exame²⁴.

- c) Determinantes relacionados com os profissionais de saúde. Ainda que investigações centradas neste aspeto sejam em número reduzido, foi encontrada evidência de níveis mais elevados de dor quando: as mulheres referem menor satisfação em relação à forma como foram atendidas²⁵; os profissionais são percebidos como “bruscos”²⁶; as mulheres são pouco informadas sobre o exame e/ou sobre a sua possível participação/controlo durante o exame²⁶; não é dada à mulher a possibilidade de fazer questões²⁷; não existe comunicação durante o exame²⁸; e quando o profissional negligencia as queixas de dor²⁹.

Ainda em relação aos determinantes individuais, recentemente, Poulos e Llewellyn²⁹, baseados nos resultados de um estudo qualitativo, apresentaram um enquadramento conceptual dos determinantes da percepção de dor e desconforto durante a mamografia (cf. Figura 1). Este enquadramento integra três conceitos-chave que descrevem a forma como sequencialmente (a) as crenças acerca da mamografia influenciam, (b) a experiência do dia do exame que, por sua vez, influencia (c) a percepção do procedimento. Mudanças em qualquer destes três conceitos-chave alteram a percepção de desconforto no exame. Segundo este enquadramento, a percepção é comunicada e sustentada pelas *conversas entre mulheres*, alimentando, assim, de forma circular o processo.

Incluídas nas (a) crenças acerca da mamografia estão as percepções que as mulheres trazem para o exame em relação aos fatores de risco, como a idade ou a herança genética, mas também outros relacionados com o próprio exame. São exemplos os possíveis efeitos secundários ou a competência dos profissionais para realizarem o exame. Abarcadas neste conceito-chave estão também as crenças abrangentes e positivas relativas a comportamentos protetores de saúde e, especificamente, às vantagens da prevenção da doença, mesmo que essa prevenção possa implicar situações menos confortáveis. Neste conceito-chave estão ainda as crenças individuais acerca dos benefícios da mamografia, ou seja, a percepção da sua eficácia na deteção de patologia.

Como já foi referido, estas crenças são “trazidas” para a mamografia e influenciam a (b) experiência no dia do exame. Esta experiência integra, por sua vez, as emoções e sentimentos da mulher nesse dia, antes do exame (e.g., na sala de espera ou enquanto se despe). Incluídos na experiência estão também os sentimentos de perda de controlo ou de incompetência para participar no exame de forma ativa.

Por último, nesta sequência de conceitos-chave está a experiência durante o (c) procedimento do exame. Esta experiência integra três conceitos: a despersonalização (i.e., a vivência afastada da identidade pessoal); a percepção da máquina (i.e., a hipervalorização e a centração nos aspetos instrumentais do exame que são causadores de perturbação); e as crenças relativas ao procedimento técnico em si e

às atitudes dos profissionais de saúde, de que são exemplo a falta de explicações claras, em especial nas situações em que existe a necessidade de repetição de exposições, ou a atitude pouco empática do profissional.

Uma vez finalizado o exame, a mulher tem agora construída uma *nova percepção* que irá partilhar em *conversas entre mulheres*, contribuindo para as crenças leigas sobre a mamografia e influenciando a forma como outras mulheres pensam e agem relativamente ao exame. A experiência da mamografia como uma situação de ansiedade e/ou de dor poderá, assim, influenciar as atitudes em relação a futuros exames^{25-26,30}.

Atitudes e comportamentos do técnico de radiologia facilitadores da colaboração da mulher

Depois de descritos os principais aspetos psicossociais relacionados com a mamografia, importa agora abordar quais as atitudes e comportamentos do técnico de radiologia que podem, por um lado, diminuir as reações emocionais excessivas a este exame radiológico e, por outro, aumentar a satisfação das pacientes.

Como vimos, as atitudes pouco ajustadas dos técnicos de radiologia podem potenciar a ansiedade da mulher e comprometer a realização de futuros exames^{24,26-27,29-30}. Contudo, estes profissionais podem atuar como facilitadores das reações mais adaptativas, fazendo a utente sentir-se melhor e, conseqüentemente, tornando-a mais colaborante.

O Quadro 1 pretende apresentar uma didática facilitadora da relação técnico/utente. Esta didática está organizada em torno de quatro momentos sequenciais que habitualmente caracterizam o desenrolar do exame de mamografia: contacto inicial, explicação e planeamento, procedimento e despedida^{9,31}.

1. Contacto inicial

O contacto inicial entre profissional e utente é frequentemente desvalorizado, contudo, o primeiro momento configura-se como um pré-requisito substancial da qualidade dos cuidados³²⁻³³. Existem alguns elementos essenciais que o profissional deve incluir na sua prática, são eles³¹: cumprimentar a utente, apresentar-se, clarificar o seu papel e averiguar o nome completo da paciente (e.g., *Boa tarde. Sou a(o) Técnico(a) de Radiologia X, que a vai acompanhar no seu exame de mamografia. Pode dizer-me o seu nome completo, por favor.*). É importante que este contacto inicial seja acompanhado da utilização de linguagem não-verbal apropriada (e.g., manutenção do contacto visual), uma vez que esta contribuirá para que a utente perceba o profissional como alguém emocionalmente coerente e verdadeiro, disponível para ouvir e empenhado em tornar o exame, física e psicologicamente, o menos aversivo possível^{9,31}.

Efetivamente, o principal responsável por proporcionar um ambiente facilitador da relação interpessoal é, indubitavelmente, o profissional de saúde^{15,34}. No contexto específico da mamografia, a literatura tem vindo a enfatizar a papel relevante do técnico de radiologia²¹. Por exemplo, Keefe e

colaboradores³⁵ defendem que a atenção aos sentimentos e preocupações da mulher promove a eficácia da relação estabelecida entre o profissional e utente, com benefícios diretos para a qualidade das imagens adquiridas e para a adesão a futuros rastreios de carcinoma da mama. Na mesma linha, Poulos e Llewellyn²⁹ referem que, face a um procedimento desagradável como a mamografia, os técnicos de radiologia são chamados a *fazer a diferença* através do estabelecimento da relação interpessoal, assim como da atenção aos sentimentos e preocupações da paciente.

Segundo Hafslund¹⁵, as atitudes de centração no paciente por parte do técnico de radiologia de respeito e consideração são elementos fundamentais para a redução de ansiedade das pacientes. Entre os fatores que têm vindo a ser apontados como facilitadores do estabelecimento da relação profissional de saúde-paciente destacam-se a escuta, a empatia e o fornecimento de suporte sócio-emocional³⁷⁻³⁸. A capacidade de escuta emerge, assim, como uma competência fundamental para aceder às significações de cada paciente. A par do *saber ouvir* surge a facilitação da expressão do utente, nomeadamente, através do recurso a per-

guntas abertas (e.g., *Então diga-me, sabe em que consiste a mamografia?*) e evitando o uso comum de perguntas fechadas (e.g., *Não é a primeira vez que faz uma mamografia, pois não?*). Estas últimas impedem o discurso da paciente, dificultando a expressão emocional e o questionamento. Por seu lado, a empatia permite mostrar à paciente a compreensão que o profissional de saúde tem da sua situação³⁹, revelando-se uma condição determinante para a sua segurança e conforto emocional⁴⁰. Desta forma, o estabelecimento de uma relação empática, centrada na pessoa, nas suas emoções, nos seus medos, nas suas dúvidas e preocupações, permitirá à utente não só a verbalização das crenças mais negativas, como a expressão das suas emoções. Assim, poderá o técnico de saúde ajudar na elaboração de crenças alternativas e no desenvolvimento de estratégias mais adaptativas de controlo emocional. Por outro lado, o aumento da confiança não só técnica mas emocional da doente em relação ao profissional de saúde decerto contribuirá para a diminuição da ansiedade, para a melhoria da comunicação e, em última análise, para a diminuição do tempo de exame⁹.

Quadro 1 – Didática da relação técnico de saúde/utente no exame de radiologia mamária^{9,32} (adaptado).

| Exame de radiologia mamária |
|---|
| <p>1. Contacto inicial</p> <ul style="list-style-type: none"> – Apresentação – Estabelecimento da relação – Recolha de informação: <ul style="list-style-type: none"> . identificar razões para a realização do exame . averiguar realização prévia de mamografia; . avaliar estado emocional. |
| <p>2. Explicação e planeamento</p> <ul style="list-style-type: none"> – informação processual – duração do exame e procedimentos durante o mesmo, quer do profissional (e.g., necessidade de sair da sala para aquisição de imagens), quer do utente (e.g., ficar de pé, encostar-se ao aparelho...); – informação sensorial – sensações prováveis (e.g., frio do aparelho, compressão mamária); – estratégias de confronto – orientações para lidar com efeitos desagradáveis durante o exame (e.g., respirar fundo durante a compressão mamária); – Avaliação da existência de dúvidas |
| <p>3. Procedimento</p> <ul style="list-style-type: none"> – Posicionamento – Promoção da perceção de controlo (e.g., determinar momento de início do exame); – Aquisição de imagens com recurso às estratégias de confronto mais adequadas a cada utente (e.g., manter conversa interessada); – Informação relativa ao término do exame |
| <p>4. Despedida</p> <ul style="list-style-type: none"> – Avaliação da dor e estado emocional – Despedida, com informação sobre a forma de acesso aos resultados do exame – Promoção da adesão para os próximos exames |

Assim, depois do cumprimento e apresentações iniciais, é importante que o técnico de radiologia utilize uma questão aberta a fim de averiguar o motivo da realização do exame de mamografia (e.g., *Então diga-me porque vem realizar este exame?; Há algum motivo especial para a realização da mamografia?*)³¹. Esta fase pode ainda ser utilizada para conhecer a perspetiva da paciente^{20,36} sobre a mamografia e averiguar o modo como decorreram os exames anteriores (no caso de não ser uma utente de primeira vez). A avaliação do estado emocional da utente deve igualmente ser contemplada neste momento de recolha inicial de informação.

2. Explicação e planeamento

A par com a utilização de dimensões da relação da ajuda como a escuta ativa e a empatia e tratando-se a mamografia, como referido anteriormente, de um exame que transporta consigo uma carga emocional bastante elevada é importante que o técnico de radiologia proceda a uma adequada preparação para o exame^{9,36}. Esta preparação pode não envolver muito tempo ou necessitar de longas sessões de treino. Na maior parte dos casos será apenas necessária a informação adequada à pessoa e ao exame e a aprendizagem de estratégias simples de colaboração e/ou de confronto⁴¹. O objetivo desta fase é proporcionar à utente um “mapa cognitivo” do procedimento para que a experiência antecipada e real coincidam o mais possível⁹.

A metodologia mais recomendada para ajudar as utentes a confrontarem os exames/tratamentos invasivos tem sido o fornecimento de informação^{34,36}. A informação, ao reduzir a incerteza face à sua situação, possibilita a manutenção do sentido de controlo da utente, funcionando como um importante redutor da ansiedade^{9,36,42}.

Antes de iniciar o fornecimento de informação, é útil que o técnico de radiologia averigue se a paciente tem alguma pergunta imediata ou pertinente e, em caso afirmativo, será benéfico abordá-la em primeiro lugar⁹. Tratam-se habitualmente de inquietações relevantes para a paciente (e.g., *Estou muito nervosa, tenho o peito muito pequeno, acho que não vai conseguir fazer o exame?*) e o seu não esclarecimento *a priori* pode dificultar a concentração da utente na informação/instruções facultadas pelo técnico de saúde.

O fornecimento de informação deve incluir^{36,43}: a *informação processual*, i.e., o processo em si durante o exame e a *informação sensorial* que diz respeito às sensações esperadas. Na mamografia, a *informação processual* inclui informação sobre a duração do exame, o posicionamento da paciente e ainda as ações que esta deverá realizar durante o procedimento. Esta informação deverá ser de fácil compreensão, com explicações factuais acerca do mamógrafo e do processo em si, incluindo as ações do profissional de saúde²⁹. A *informação sensorial* traduz-se pelo que a paciente irá experimentar durante a mamografia, permitindo que esta conheça a normalidade de algumas reações e, desta forma, mini-

mizar a sua ansiedade. A necessidade de compressão mamária deve ser objeto de uma explicação cuidada por parte do técnico de radiologia⁴⁴, uma vez que esta informação tem vindo a ser associada a redução dos níveis de dor em mulheres que realizam mamografia pela primeira vez⁴⁵. Por último, o fornecimento de informação poderá ser seguido da apresentação de *estratégias de confronto* que ajudam a utente a lidar com os aspetos mais aversivos do exame (e.g., compressão mamária)³⁸. A sugestão, por parte do profissional, de determinadas *estratégias de confronto* necessita sempre de um breve momento de recolha de informação sobre as experiências anteriores da paciente. Em algumas circunstâncias será suficiente reforçar a utilização de estratégias que, segundo a paciente, já foram eficazes em mamografias anteriores; contudo, quando existe história prévia de carcinoma da mama⁴⁶ ou mamografias anteriores em que a utente experienciou dor/desconforto^{24,30,47} as expectativas negativas desta aumentam, determinando que o técnico de radiologia reforce o cuidado na sugestão/treino das estratégias de confronto⁴⁷.

Considerando que, na realização da mamografia, o técnico de radiologia permanece a maior parte do tempo junto da paciente, a *distração* emerge como uma estratégia de confronto de eleição. Existem diversas formas de distração; contudo, a conversa interessada e agradável tem-se revelado particularmente eficaz neste exame de diagnóstico⁴⁸.

As técnicas específicas de relaxamento, como a respiração profunda, podem ser igualmente utilizadas durante o procedimento de mamografia⁴⁸. Uma outra alternativa diz respeito ao recurso a estratégias cognitivo-comportamentais para controlo da dor. A imaginação guiada⁴⁷, técnica que consiste em pedir à paciente que pense numa situação agradável e relaxante e que se imagine nessa mesma situação durante o exame, constitui disto um exemplo.

Antes de dar por concluída a fase de explicação do exame é essencial que o profissional proporcione um momento em que a mulher tem oportunidade de colocar as suas dúvidas/questões²⁶.

3. Procedimento

Cabe ao profissional de saúde não apenas decidir qual(ais) a(s) estratégia(s) mais adequada(s) para cada paciente e que mais se ajusta(m) ao procedimento clínico da mamografia (planeamento), mas também ajudar a paciente na implementação destas estratégias. Carney e colaboradores⁵⁰ verificaram que a experiência positiva de mamografia estava associada (em mais de 60% das mulheres) ao conforto proporcionado pela conversa que o profissional mantinha durante este procedimento de diagnóstico. De forma inversa, Aro e colaboradores²⁴ verificaram que, nas mulheres que realizam uma primeira mamografia, o único fator associado à experiência de dor eram as atitudes e comportamentos do profissional de saúde.

As descrições de vulnerabilidade experienciadas por várias mulheres aquando da realização do exame de mamografia apontam para a necessidade dos profissionais promoverem a autonomia das utentes durante a realização deste procedimento de diagnóstico²⁹. Neste sentido, alguns serviços têm vindo a testar a possibilidade das mulheres controlarem a pressão durante a compressão mamária. Este procedimento, ao permitir aumentar a sensação de controlo e diminuir a sensação de constrangimento e dependência face ao profissional de saúde²³, reduz a experiência de dor, sem comprometer a qualidade da imagem processada⁴⁷.

A participação ativa da utente pode igualmente ser conseguida com medidas muito simples, nomeadamente, *perguntar à paciente se o exame pode ter início; indagar por que mama prefere começar o exame, permitir que seja esta a colocar a mama no mamógrafo e, sempre que aplicável, colocar alternativas para estratégias de confronto*. Estas módicas estratégias, ao permitirem o aumento da sensação de controlo do paciente durante um procedimento invasivo, diminuem significativamente a sua angústia emocional⁹. Nas circunstâncias em que a paciente apresenta um nível elevado de ansiedade e parece duvidar da sua capacidade para realizar o exame, a utilização destas estratégias poderá determinar o sucesso na execução do mesmo.

Frequentemente, no decurso do exame de mamografia, é necessária a aquisição de imagens suplementares⁴. Este procedimento carece de explicação cuidada por parte do profissional de saúde, uma vez que, como demonstraram Carney e colaboradores⁵¹, as imagens adicionais despoletam níveis de ansiedade nas utentes. É comum as mulheres associarem estas “novas” imagens com a necessidade de biópsia e, conseqüentemente, a um presumível diagnóstico de malignidade.

4. Despedida

Frequentemente, depois de terminada a mamografia, o técnico, movido por sentimento de “missão cumprida”, encaminha a paciente para o gabinete/vestiário e começa a pensar no próximo exame. A utente, porém, pode encontrar-se muito ansiosa com a perspectiva de um diagnóstico de carcinoma da mama ou necessitar de esclarecer alguma questão em particular como, por exemplo, a forma de aceder ao resultado do exame⁹.

É, pois, essencial que, depois de realizar a última incidência mamária, o técnico de radiologia valorize o momento da despedida e evite terminar o encontro de forma apressada e pouco estruturada³.

A despedida inclui, assim, vários elementos entre os quais destacamos³¹: a clarificação de que a utente se encontra fisicamente confortável, a descrição dos passos a seguir pela utente para aceder ao resultado do exame (e.g., *Agora o exame é encaminhado diretamente para o seu médico. Já tem consulta marcada?; Quando chegou, na receção, entregaram-lhe um talão com a indicação do dia a partir do qual pode vir buscar o exame.*), o esta-

belecimento de planos futuros, maximizando a adesão da utente a exames futuros (e.g., *Este é um exame que permite a realização de diagnósticos precoces e, portanto, de tratamentos em fases mais iniciais da doença. Na sua idade é importante que realize uma mamografia todos os anos.*) e o encorajamento para que a utente se sinta parte efetiva de um processo que visa a promoção da sua saúde (e.g., *Há mais alguma coisa em que a possa ajudar?*).

A despedida constitui, assim, uma oportunidade para, mais uma vez, o técnico de radiologia demonstrar o seu interesse pela paciente, aumentar a satisfação desta última com o atendimento, promover a adesão a mamografias subseqüentes e, conseqüentemente, contribuir para melhores resultados de saúde³¹, uma vez que a informação fornecida no final de um encontro profissional de saúde/utente é melhor recordada⁵².

Conclusão

Ainda que seja admitido pelos autores deste enquadramento a necessidade de estudos que o sustentem de forma científica, três aspetos são de realçar. Primeiro, a compreensão do processo como dinâmico, i.e., sujeito a permanentes alterações, decorrentes das experiências vividas pelas mulheres. Em segundo lugar, a atribuição de um papel ativo às mulheres, às suas crenças e aos seus sentimentos. Por último, a conceção alargada e integrada de determinantes e a sua aplicabilidade clínica. Em relação a este aspeto, é sem dúvida relevante a importância atribuída às atitudes dos profissionais de saúde e muito especialmente à sua sensibilidade e às suas competências comunicacionais e de relação. Efetivamente, os aspetos emocionais associados à possibilidade de patologia mamária, assim como o próprio procedimento da mamografia, constituem um desafio para o técnico de radiologia que trabalhar nesta área de diagnóstico. Como afirmou Davey²¹, este profissional tem de explicar o procedimento do exame, conseguir um posicionamento ótimo e imagens de qualidade elevada, fazer com que cada mulher se sinta importante e apoiada e lidar com a pressão do tempo. Contudo, quando os técnicos de radiologia conseguem estabelecer uma relação de confiança com cada utente, fazem uso de competências comunicacionais adequadas e propõem estratégias de confronto mais ajustadas a cada mulher, conseguem que o exame se torne menos doloroso/desconfortável, aumentam a satisfação destas e, conseqüentemente, a probabilidade de a mulher aderir a este exame no futuro.

Por fim, importa referir que a didática apresentada (cf. Quadro 1) ambiciona funcionar como um memorando dos aspetos fundamentais no acompanhamento da utente submetida ao exame de radiologia mamária. Não se deseja a utilização destas recomendações de uma forma rígida, como se de uma lista, com fases obrigatórias, se tratasse, mas como um guia de orientação para os profissionais de radiologia.

Referências Bibliográficas

- Bastos J, Barros H, Lunet N. Evolução da mortalidade por cancro em Portugal (1955-2002) [Breast cancer mortality trend in Portugal [1955-2002]]. *Acta Méd Port.* 2007;20(2):139-44. Portuguese
- Pontes L, Silva MA, Matoso F. Registo oncológico nacional. Coimbra: Centro Regional Oncológico do Centro; 2009.
- Khatib OM, Modjtabai A, editors. Guidelines for the early detection and screening of breast cancer. Cairo: World Health Organization – Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2006. ISBN 9789290214069
- Schopper D, de Wolf C. How effective are breast cancer screening programmes by mammography? Review of the current evidence. *Eur J Cancer.* 2009;45(11):1916-23.
- Beral V, editor. Screening for breast cancer in England: past and future. Sheffield: NHS Cancer Screening Programmes; 2006. ISBN 1844630269
- Vainio H, Bianchini F, editors. Breast cancer screening. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2002. ISBN 9283230078
- Boyle P. Mammographic breast cancer screening: after the dust has settled. *Breast.* 2003;12(6):351-6.
- Moss SM, Cuckle H, Evans A, Johns L, Waller M, Bobrow L et al. Effect of mammographic screening from age 40 years on breast cancer mortality at 10 years' follow-up: a randomised controlled trial. *Lancet.* 2006;368(9552):2053-60.
- Corney R. O desenvolvimento de perícias da comunicação e aconselhamento em medicina. Lisboa: Climepsi; 2000. ISBN 9729590826
- Sharp PC, Michieluttte R, Freimanis R, Cunningham L, Sprangler J, Burnette V. Reported pain following mammography screening. *Arch Intern Med.* 2003;163(7):833-6.
- Brown W, Pakenham KI. Mammography screening distress and pain: changes over time and relations with breast symptoms, implants and cancer detection concerns. *Psychol Health Med.* 2004;9(4):403-10.
- Brett J, Austoker J, Ong G. Do women who undergo further investigation for breast screening suffer adverse psychological consequences? A multi-centre follow-up study comparing different breast screening result groups five months after their last breast screening appointment. *J Public Health Med.* 1998;20(4):396-403.
- Briere J. Psychological assessment of adult posttraumatic states: phenomenology, diagnosis, and measurement. Washington: American Psychological Association; 1997. ISBN 9781557984036
- Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984. ISBN 9780826141910
- Hafslund B. Mammography and the experience of pain and anxiety. *Radiography.* 2000;6(4):269-72.
- Brunton M, Jordan C, Campbell I. Anxiety before, during, and after participation in a population-based screening mammography programme in Waikato Province, New Zealand. *N Z Med J.* 2005;118(1209):U1299..
- Mainiero MB, Schepps B, Clements NC, Bird CE. Mammography-related anxiety: effect of preprocedural patient education. *Womens Health Issues.* 2001;11(2):110-5.
- Alderete E, Juarbe TC, Kaplan CP, Pasick R, Pérez-Stable EJ. Depressive symptoms among women with an abnormal mammogram. *Psychooncology.* 2006;15(1):66-78.
- Gupta R, Nayak M, Khoursheed M, Roy S, Behbehani AI. Pain during mammography: impact of breast pathologies and demographic factors. *Med Princ Pract.* 2003;12(3):180-3.
- Sapir R, Patlas M, Strano SD, Hadas-Halpern I, Cherny NI. Does mammography hurt? *J Pain Symptom Manage.* 2003;25(1):53-63.
- Davey B. Pain during mammography: possible risk factors and ways to alleviate pain. *Radiography.* 2007;13(3):229-34.
- Asghari A, Nicholas MK. Pain during mammography: the role of coping strategies. *Pain.* 2004;108(1-2):170-9.
- Kornguth PJ, Rimer BK, Conaway MR, Sullivan DC, Catoe KE, Stout AL, et al. Impact of patient-controlled compression on the mammography experience. *Radiology.* 1993;186(1):99-102.
- Aro AR, Absetz-Ylöstalo P, Eerola T, Pamilo M, Lönnqvist J. Pain and discomfort during mammography. *Eur J Cancer.* 1996;32A(10):1674-9.
- Dullum JR, Lewis EC, Mayer JA. Rates and correlates of discomfort associated with mammography. *Radiology.* 2000;214(2):547-52.
- Van Goethem M, Mortelmans D, Bruyninckx E, Verslegers I, Biltjes I, Van Hove E, et al. Influence of the radiographer on the pain felt during mammography. *Eur Radiol.* 2003;13(10):2384-9.
- Doyle CA, Stanton MT. Significant factors in patient satisfaction ratings of screening mammography. *Radiography.* 2002;8(3):159-72.
- Bruyninckx E, Mortelmans D, Van Goethem M, Van Hove E. Risk factors of pain in mammographic screening. *Soc Sci Med.* 1999;49(7):933-41.
- Poulos A, Llewellyn G. Mammography discomfort: a holistic perspective derived from women's experiences. *Radiography.* 2005;11(1):17-25.
- Drossaert CH, Boer H, Seydel ER. Monitoring women's experiences during three rounds of breast cancer screening: results from a longitudinal study. *J Med Screen.* 2002;9(4):168-75.
- Silverman J. Skills for communication with patients. 2nd ed. Oxford: Radcliffe Medical Press; 2004. ISBN 9781857756401
- Cegala DJ. A study of doctors' and patients' communication during a primary care consultation: implications for communication training. *J Health Commun.* 1997;2(3):169-94.
- Hall JA, Roter DL, Blanch DC, Frankel RM. Observer-rated rapport in interactions between medical students and standardized patients. *Patient Educ Couns.* 2009;76(3):323-7.
- Joyce-Moniz L, Barros L. Psicologia da doença para cuidados de saúde. Lisboa: Edições Asa; 2005. p. 303-21, 358-73. ISBN 9789724141220
- Keefe FJ, Hauck ER, Egert J, Rimer B, Kornguth P. Mammography pain and discomfort: a cognitive-behavioral perspective. *Pain.* 1994;56(3):247-60.
- Melo ML. Comunicação com o paciente: certezas e incógnitas. Lisboa: Lusociência; 2004. p. 53-68. ISBN 9789728383862

37. Reynolds F. Communication and clinical effectiveness in rehabilitation. London: Butterworth-Heinemann; 2004. ISBN 9780750656658
38. Schofield T. Introduction. In Macdonald E, editor. Difficult conversation in medicine. Oxford: Oxford University Press; 2004. ISBN 0198527748
39. Rogers CR, Carmichael L, Dorfman E, Gordon T, Hobbs N. Client-centered therapy: its current practice, implications, and theory. Boston: Houghton Mifflin; 1951.
40. Andrade G, Grilo AM. A relação de ajuda na prestação de cuidados de saúde. *Nursing*. 2004;15(194):16-21.
41. Labré EE. Preparación psicológica ante procedimientos de resonancia magnética nuclear. In Angel Simon M, editor. Manual de psicología de la salud: fundamentos, metodología y aplicaciones. Madrid: Biblioteca Nueva; 1999. p. 435-47. ISBN 9788470306266
42. Díaz JL, Barreto P, Gallego JM, Barbero J, Bayés R, Barcia JA. Proper information during the surgical decision-making process lowers the anxiety of patients with high-grade gliomas. *Acta Neurochir (Wien)*. 2009;151(4):357-62.
43. Vögele C. Hospitalization and stressful medical procedures. In Kaptein A, Weinman J, editors. *Health psychology*. Oxford: Blackwell Publishing; 2004. p. 288-304. ISBN 9780631214410
44. Peart O. Helping patients overcome their fear on mammography. *Radiol Technol*. 1994;66(1):34-8.
45. Poulos A, McLean D. The application of breast compression in mammography: a new perspective. *Radiography*. 2004;10(2):131-7.
46. Gurevich M, Devins GD, Wilson C, McCready D, Marmar CR, Rodin GM. Stress response syndromes in women undergoing mammography: a comparison of women with and without a history of breast cancer. *Psychosom Med*. 2004;66(1):104-12.
47. Kornguth PJ, Keefe FJ, Conaway MR. Pain during mammography: characteristics and relationship to demographic and medical variables. *Pain*. 1996;66(2-3):187-94.
48. Vaile MS, Calnan M, Rutter DR, Wall B. Breast cancer screening service in three areas: uptake and satisfaction. *J Public Health Med*. 1993;15(1):37-45.
49. Elkind A, Eardley A. Consumer satisfaction with breast screening: a pilot study. *J Public Health Med*. 1990;12(1):15-8.
50. Carney PA, Harwood BG, Weiss JE, Eliassen MS, Goodrich ME. Factors associated with interval adherence to mammography screening in a population-based sample of New Hampshire Women. *Cancer*. 2002;95(2):219-27.
51. Carney PA, Kasales CJ, Tosteson AN, Weiss JE, Goodrich ME, Poplack SP, et al. Likelihood of additional work-up among women undergoing routine screening mammography: the impact of age, breast density, and hormone therapy use. *Prev Med*. 2004;39(1):48-55.
52. Ley P. Communication with patients: improving communication, satisfaction and compliance. Cheltenham: Stanley Thornes Publishers; 1997.
53. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: The Guilford Press; 1987. ISBN 9780898629194
54. Joyce-Moniz L. Psicopatologia do desenvolvimento do adolescente e do adulto. Lisboa: McGraw-Hill; 1993.

Artigo recebido em 23.04.2012 e aprovado em 20.11.2012.