



Universidade de Aveiro Departamento de Educação
2012

**CÉLIA MARIA ABREU
DE FREITAS**

**Rastreio do Cancro da Mama no Concelho de
Aveiro: do estudo dos fatores determinantes da
adesão às propostas educativas emergentes**



**CÉLIA MARIA ABREU
DE FREITAS**

**Rastreo do Cancro da Mama no Concelho de Aveiro:
do estudo dos fatores determinantes da adesão às
propostas educativas emergentes**

Tese apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor no ramo da Didática e Formação, realizada sob a orientação científica da Doutora Nilza Maria Vilhena Nunes da Costa, Professora Catedrática do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro e co-orientação do Doutor Luiz Fernando Rangel Tura, Professor Associado da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Dedico este trabalho

Aos meus filhos, Diogo, Laura e Carolina. Ser responsável pelos seus nascimentos enche-me de orgulho pela paz que sinto quando os olho e verifico que todo o nosso percurso em conjunto tem contribuído, essencialmente, para crescer como mãe....muito além de todos os ensinamentos que lhes tenho procurado proporcionar.

A toda a minha família, em especial aos meus pais, irmãs, tias e primas que criaram a pessoa que hoje sou e sempre, mas sempre acreditaram em mim e no meu potencial.

Ao amor...sem o qual não sei viver e que procurarei constantemente ao longo da minha vida, na senda da felicidade que julgo ser merecedora.

o júri

presidente

Doutor Dinis Gomes de Magalhães dos Santos
Professor Catedrático da Universidade de Aveiro

vogais

Doutora Nilza Maria Vilhena Nunes da Costa (Orientadora)
Professora Catedrática da Universidade de Aveiro

Doutor Luiz Fernando Rangel Tura (Coorientador)
Professor Associado da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Doutor Victor José Lopes Rodrigues
Professor Associado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Doutora Idália da Silva Carvalho Sá-Chaves
Professora Associada Aposentada da Universidade de Aveiro

Doutor Liliana Xavier Marques de Sousa
Professora Auxiliar com Agregação da Universidade de Aveiro

Doutor Jorge Manuel Rodrigues Bonito
Professor Auxiliar da Escola de Ciências Sociais da Universidade de Évora

agradecimentos

A todas as mulheres, em particular às que participaram neste estudo que, pela sua condição feminina estão mais sujeitas ao cancro da mama. Que este trabalho venha contribuir, direta ou indiretamente para a melhoria dos cuidados de saúde no âmbito do Programa de Rastreio do Cancro da Mama e, conseqüentemente, para a qualidade de vida da mulher.

Aos estudantes do 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola de Saúde da Universidade de Aveiro, os quais, pela sua dedicação e envolvimento tornaram possível a aplicação do inquérito no Concelho de Aveiro. Mesmo distantes devido às circunstâncias da vida, ficarão os sentimentos que nos uniram, inicialmente, e que perdurarão na nossa existência.

Aos meus orientadores pelo estímulo ao longo deste processo e pela confiança que depositaram em mim, o que me ajudou a desenvolver capacidades de autodeterminação e um nível de autonomia desejável num trabalho desta natureza.

À Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC), Secção Regional do Centro por ter acreditado no meu projeto.

Ao Dr. José Carlos Marinho pelo seu apoio, desde o início, na implementação deste estudo no terreno.

Ao Prof. João Duarte pela ajuda no tratamento dos dados estatísticos e pelo muito que me ensinou.

Aos Profs. Nelson Rocha (anterior diretor) e Francisco Amado (diretor em funções) enquanto diretores da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, pela compreensão e confiança manifestadas de forma oportuna.

E, finalmente, mas não menos importante, quero agradecer profundamente a todas as pessoas amigas que me acompanharam nesta caminhada, com manifestações sinceras de amizade, estímulo e cujos abraços de carinho e força sentirei para todo o sempre. São elas, em especial: Elisabete Assis, Margarida Fonseca, Marília Rua, Marisa Lousada, Nanci Castel, Odete Alves, Odete Grego, Otilia Cordeiro, entre outras.

palavras-chave

Cancro da mama, rastreio, adesão, fatores determinantes, propostas educativas

resumo

O cancro da mama feminino pela sua magnitude merece uma especial atenção ao nível das políticas de saúde. Emerge, pois uma visão abrangente que, por um lado, deve atentar para o encargo que esta representa para qualquer sistema de saúde, pelos custos que acarreta, como também, para a qualidade de vida das mulheres portadoras da mesma.

Desta forma, a Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC) tem desenvolvido, em colaboração com as Administrações Regionais de Saúde (ARS), o Programa de Rastreio do Cancro da Mama (PRCM), o qual apresenta, no Concelho de Aveiro, taxas de adesão na ordem dos 50%, ainda distantes dos 70%, objetivo recomendado pelas *guidelines* da Comissão Europeia.

A não adesão tem sido considerada como um dos principais problemas do sistema de saúde, tanto pelas repercussões ao nível de ganhos em saúde, como também na qualidade de vida e na satisfação dos pacientes com os cuidados de saúde, constituindo-se como um fenómeno multifatorial e multidimensional.

É neste sentido que o presente trabalho se propõe identificar os fatores, de cariz individual e do meio envolvente, determinantes da adesão ao PRCM, numa amostra de mulheres residentes no Concelho de Aveiro, com idades compreendidas entre os 45 e os 69 anos e, a partir dos resultados emergentes, propor estratégias de educação em saúde.

Como procedimentos metodológicos e, numa primeira fase, entre outubro 2009 e maio 2010 foi aplicado um *survey*, o qual foi complementado com notas de campo dos entrevistadores a uma amostra não aleatória de 805 mulheres, em dois contextos distintos: no centro de saúde às aderentes à mamografia e, no domicílio, às não aderentes. Numa segunda fase, realizamos duas sessões de *Focus Group* (FG), num total de 12 elementos, um grupo heterogéneo com enfermeiros, médicos e utentes, e um outro grupo homogéneo, apenas com profissionais de saúde.

O tratamento dos dados do *survey* foi efetuado através de procedimentos estatísticos, com utilização do SPSS® versão 17 e realizadas análises bivariadas (qui-quadrado) e multivariadas (discriminação de função e árvore de decisão através do algoritmo *Chi-squared Automatic Interaction Detector*) com o intuito de determinar as diferenças entre os grupos e prever as variáveis exógenas.

No que diz respeito a indicadores sociodemográficos, os resultados mostram que aderem mais, as mulheres com idades <50 anos e ≥ 56 anos, as que vivem em localidades urbanas, as trabalhadoras não qualificadas e as reformadas. As que aderem menos ao PRCM têm idades compreendidas entre os 50-55 anos, vivem nas zonas periurbanas, são licenciadas, apresentam categoria profissional superior ou estão desempregadas.

Em relação às restantes variáveis exógenas, aderem ao PRCM, as mulheres que apresentam um **Bom Perfil de Conhecimentos** (46.6%), enquanto as não aderentes apresentam um **Fraco Perfil de Conhecimentos** (50.6%), sendo esta relação estatisticamente significativa ($X^2= 10.260$; $p=0.006$). Cerca de 59% das mulheres aderentes realiza o seu rastreio de forma concordante com as orientações programáticas presentes no PRCM, comparativamente com 41.1% das mulheres que não o faz, verificando-se uma relação de dependência bastante significativa entre as variáveis **Perfil de Comportamentos** e adesão ($X^2= 348.193$; $p=0.000$).

Apesar de não existir dependência estatisticamente significativa entre as **Motivações** e a adesão ao PRCM ($X^2= 0.199$; $p=0.656$), se analisarmos particularmente, os motivos de adesão, algumas inquiridas demonstram preocupação, tanto na deteção precoce da doença, como na hereditariedade. Por outro lado, os motivos de não adesão, também denotam aspetos de nível pessoal como o desleixo com a saúde, o desconhecimento e o esquecimento da marcação.

As mulheres que revelam **Boa Acessibilidade aos Cuidados de Saúde Primários** e um **Bom Atendimento dos Prestadores de Cuidados** aderem mais ao PRCM, comparativamente com as inquiridas que relatam **Fraca Acessibilidade e Atendimento**, não aderindo.

A partir dos resultados da análise multivariada podemos inferir que as variáveis exógenas estudadas possuem um poder discriminante significativo, sendo que, o **Perfil de Comportamentos** é a variável que **apresenta maior grau de diferenciação** entre os grupos das aderentes e não aderentes.

Como variáveis explicativas resultantes da árvore de decisão CHAID, permaneceram, o **Perfil de Comportamentos** (concordantes e não concordantes com as *guidelines*), os **grupos etários** (<50 anos, 50-55anos e ≥ 56 anos) e o **Atendimento dos prestadores de cuidados de saúde**. As mulheres mais novas (<50 anos) com Perfil de comportamentos «concordantes» com as *guidelines* são as que aderem mais, comparativamente com os outros grupos etários. Por outro lado, as não aderentes necessitam de um «bom» atendimento dos prestadores de cuidados para se tornarem aderentes ao PRCM.

Tanto as notas de campo, como a discussão dos FG foram sujeitas a análise de conteúdo segundo as categorias em estudo obtidas na primeira fase e os relatos mostram a importância de fatores de ordem individual e do meio envolvente. No que se refere a aspetos psicossociais, destaca-se a importância das crenças e como fatores ambientais menos facilitadores para a adesão apontam a falta de transportes, a falta de tempo das pessoas e a oferta de recursos, principalmente se existirem radiologistas privados como alternativa ao PRCM. Tal como na primeira fase do estudo, uma das motivações para a adesão é a recomendação dos profissionais de saúde para o PRCM, bem como a marcação de consultas pela enfermeira, que pode ser uma oportunidade de contacto para a sensibilização. Os hábitos de vigilância de saúde, a perceção positiva acerca dos programas de saúde no geral, o acesso à informação pertinente sobre o PRCM e a operacionalização deste no terreno parecem ser fatores determinantes segundo a opinião dos elementos dos FG.

O tipo e a regularidade no atendimento por parte dos profissionais de saúde, a relação entre profissional de saúde/paciente, a personalização das intervenções educativas, a divulgação que estes fazem do PRCM junto das suas pacientes, bem como, a organização do modelos de cuidados de saúde das unidades de saúde e a forma como os profissionais se envolvem e tomam a responsabilização por um programa desta natureza são fatores condicionantes da adesão.

Se atendermos aos resultados deste estudo, verificamos um envolvimento de fatores que integram múltiplos níveis de intervenção, sendo um desafio para as equipas de saúde que pretendam intervir no âmbito do programa de rastreio do cancro da mama. Com efeito, os resultados também apontam para a combinação de múltiplas estratégias que são transversais a vários programas de promoção da saúde, assumindo, desta forma, uma perspetiva multidimensional e dinâmica que visa, essencialmente, a construção social da saúde e do bem-estar (i.e. responsabilização do cidadão pela sua própria saúde e o seu *empowerment*).

keywords

Breast cancer, screening programme, adherence determinants, educational proposals

abstract

Due to its magnitude, the female breast cancer deserves a special attention at the level of health policies. On the one hand, It emerge as a comprehensive vision that must pay attention to the burden it represents to any health system, by the costs that entails, but also it will be aware at the women's quality of life.

Thus, the Portuguese League Against Cancer (LPCC) has developed, in collaboration with the Regional Health Administrations (ARS), the Program for Breast Cancer Screening (PRCM), which has, in the Municipality of Aveiro, adherence rates of around 50%, still far from the 70% goal recommended by the guidelines of the European Commission.

Non-adherence has been regarded as one of the main problems of the health system both, by the effects of gains in health, as well as, the quality of life and patient satisfaction with health care, establishing itself as a multifactorial and multidimensional phenomenon.

In this sense, the present thesis aims to identify the factors, within the environment and individual determinants of adherence to the PRCM, in a sample of women aged 45 to 69 years, residing in the municipality of Aveiro and, emerging from the results, propose health education strategies.

As methodological procedures, initially between October 2009 and May 2010 a survey was applied, complemented with field notes of the interviewers to a non-random sample of 805 women in two different settings: at the health centre to the adherents' women and at home, those who don't adhere to PRCM.

In a second step, we conducted two sessions of Focus Groups (FG) in a total of 12 elements; a heterogeneous group with nurses, physicians and patients, and another homogeneous group, only with health professionals.

The data was carried out through statistical procedures, using the SPSS® 17th version. A combination of bivariate (chi-squared test) and multivariate analysis (discriminated function and decision tree algorithm by the Chi-squared Automatic Interaction Detector) was performed to determine differences between the groups and predict the exogenous variables.

Regarding to sociodemographic indicators, the results show that the adherence is more significant between the women aged <50 and ≥55 years old, those living in urban sites, the unskilled workers and the retired ones. Non-adherence to PRCM are aged between 50-55 years old, live in suburban areas, graduated, with a higher professional category and unemployed.

Among the other exogenous variables, adhere to the PRCM, women who have a Good Knowledge Profile ($X^2=10.260$; $p=0.006$), and a Concordant Behaviour Profile with the guidelines of PRCM ($X^2= 348.193$; $p=0.000$).

Although there is no significant statistically dependence between the motivations and adherence to PRCM ($X^2=0.199$; $p=0.656$), if we analyse particularly the motives of adherence, some surveyed are concerned, both with early detection as disease inheritance. On the other hand, the motives for non-adherence also denote personal aspects as health negligence and forgetfulness of the medical appointment.

Reporting a "Good" Accessibility to Health Primary Care and Attendance of Healthcare Providers are predictors of adherence and "Poor" of non-adherence.

The results presented by multivariate analysis show a significant discrimination power of the exogenous variables studied. The Behaviour Profile is the one that has a higher degree of differentiation between the groups of adherents and non-adherents to PRCM.

As explanatory variables resulting from the CHAID decision tree, remained distributed by nine nodes, the Behaviour Profile (concordant and non-concordant), the age groups (<50 years old, 50-55 years old and ≥ 56 years old) and Healthcare Providers Attendance (good, moderate and poor). Younger women (<50 years) with Concordant Behaviour Profile to the guidelines are those who adhere more in comparison with the other age groups. On the other hand, those with non-adherent behaviour need to have a Good Attendance of healthcare providers for becoming adherents to the screening programme.

Both, the field notes and the discussion sessions of FG were subjected to content analysis, according to the categories presented above and the results show the importance of individual and environmental factors. Regarding psychosocial aspects, they highlights the women beliefs and as environmental factors least facilitators to adherence we have the lack of transportation, people's time and the health care resources availability, especially if there are private radiologists as an alternative to the PRCM.

As in the first phase of the study, one of the motivations for adherence is the recommendation of healthcare providers for the PRCM, as well as scheduling of appointments by nurses, which can be an opportunity for health education. The habits of health surveillance, the positive perception about the health programmes in general, the access to relevant information about the PRCM and its operationalization on the field seem to be determinants factors to adherence in the opinion of the FG members.

Other factors associated with healthcare system also influence the adherence, namely, the type and regularity of Healthcare Providers Attendance, the nature of relationship between health professional and patient, the personal health education interventions, the divulgation of PRCM near the patients, the models of healthcare organization and the health care providers' accountability and engagement with such a programme.

If we consider the results of the present study, we found an involvement of factors which integrate multiple levels of intervention, and a challenge for health education practices to achieve the goals of the PRCM. In fact, the results also pointed to the combination of multiple strategies to enhance the health promotion throughout various programmes assuming, thus, a multidimensional and dynamic perspective that aims the social construction of health and welfare (i.e. the citizen accountability for their own health and empowerment).

ÍNDICE GERAL

0. INTRODUÇÃO	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
1. OS DETERMINANTES DA ADESÃO AO RASTREIO DO CANCRO DA MAMA	15
1.1. O SISTEMA DE CUIDADOS DE SAÚDE: CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	22
1.1.1. Os Cuidados de Saúde Primários no Mundo	23
1.1.2. As reformas dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal	26
1.1.3. Os Centros de Saúde atuais	34
1.1.4. A qualidade da acessibilidade e do atendimento dos prestadores de cuidados	38
1.1.5. Os determinantes da adesão relacionados com o acesso aos serviços e aos cuidados de saúde	52
1.2. A MULHER E O CANCRO DA MAMA	61
1.2.1. Epidemiologia e magnitude da doença	62
1.2.2. Os fatores de risco associados à doença	65
1.3. A PREVENÇÃO DO CANCRO DA MAMA	75
1.3.1. A prevenção primária	76
1.3.2. A prevenção secundária	79
1.3.3. Os Programas de Detecção Precoce do Cancro da Mama a nível internacional	88
1.3.4. O Programa de Rastreio do Cancro da Mama em Portugal	93
1.3.5. Avaliação da adesão aos Programas de Rastreio do Cancro da Mama	96
1.4. OS FATORES RELACIONADOS COM A MULHER	104
1.4.1. Olhar a saúde no feminino	105
1.4.2. Os fatores sociodemográficos	107
1.4.3. Literacia na saúde e conhecimentos acerca do rastreio	112
1.4.4. Os modelos explicativos dos comportamentos de adesão ao rastreio	120

2.	EDUCAÇÃO EM SAÚDE	133
2.1.	EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE... QUE RELAÇÃO?	137
2.1.1.	Para uma cultura de <i>empowerment</i>	139
2.2.	PROPOSTAS EDUCATIVAS SUSTENTADAS NA EVIDÊNCIA CIENTIFICA	142
	PARTE II - ESTUDO EMPIRICO	153
3.	O PROBLEMA EM ESTUDO E AS QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	157
3.1.	MÉTODOS: FASE 1	159
3.1.1.	Participantes.....	159
3.1.2.	Instrumentos e técnicas	161
3.1.3.	Procedimentos	170
3.2.	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS: FASE 1.....	178
3.2.1.	Caracterização do contexto.....	178
3.2.2.	Caracterização das participantes.....	182
3.2.3.	Descrição dos resultados.....	184
3.3.	ANÁLISE INFERENCIAL	261
3.4.	MÉTODOS: FASE 2	270
3.4.1.	Participantes e método de colheita de dados.....	270
3.4.2.	Procedimentos	271
3.5.	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS: FASE 2.....	273
4.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	293
5.	PROPOSTAS EDUCATIVAS DE PROMOÇÃO DO RASTREIO DO CANCRO DA MAMA	303
6.	CONCLUSÃO	311
	REFERÊNCIAS	325
	ANEXOS.....	357
	ANEXO I: Declaração da LPCC a autorizar a aplicação do estudo à população alvo do programa de rastreio do cancro da mama.....	359

ANEXO II: Compromisso ético de confidencialidade dos dados pelos entrevistadores	363
ANEXO III: Instrumento de colheita de dados	367
ANEXO IV: Consentimento informado das inquiridas do <i>survey</i>	377
ANEXO V: Consentimento informado dos participantes dos <i>focus groups</i>	381

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Consistência Interna da Escala de Literacia do Rastreio do Cancro da Mama.....	166
Tabela 2. Consistência Interna da Escala do Atendimento Médico.....	168
Tabela 3. Consistência Interna do Atendimento do Enfermeiro	170
Tabela 4. A distribuição da amostra segundo os grupos etários.....	182
Tabela 5. A adesão e não adesão ao PRCM em função dos grupos etários, o estado civil, a residência, a nacionalidade e as habilitações literárias	186
Tabela 6. A adesão e não adesão ao PRCM em função da situação laboral	187
Tabela 7. Frequências da Escala de Literacia do Rastreio do Cancro da Mama	189
Tabela 8. Estatísticas da Escala de Literacia do Rastreio do Cancro da Mama em função da adesão e não adesão.....	189
Tabela 9. A adesão e não adesão ao PRCM em função do Grau de Literacia do Rastreio do Cancro da Mama.....	190
Tabela 10. A adesão e não adesão ao PRCM em função dos conhecimentos das mulheres sobre os métodos de deteção do cancro da mama.....	191
Tabela 11. A adesão e não adesão ao PRCM em função do grau de conhecimentos sobre os exames de deteção.....	191
Tabela 12. A adesão e não adesão ao PRCM em função dos conhecimentos sobre o exame mamográfico	192
Tabela 13. A adesão e não adesão ao PRCM em função do grau de conhecimentos sobre a mamografia	193
Tabela 14. A adesão e não adesão ao PRCM em função da realização de mamografias	194
Tabela 15. A adesão e não adesão ao PRCM em função da recomendação médica para a realização da mamografia	196
Tabela 16. A adesão e não adesão ao PRCM em função dos conhecimentos sobre a mamografia de rastreio	198
Tabela 17. A adesão e não adesão ao PRCM em função de comportamentos relacionados com a idade, a periodicidade com que realiza a mamografia	200
Tabela 18. A adesão e não adesão em função dos conhecimentos em relação ao PRCM	203

Tabela 19. Estatísticas dos conhecimentos acerca do PRCM em função da adesão e não adesão ao mesmo.....	204
Tabela 20. A adesão e não adesão em função do grau de conhecimentos acerca do PRCM	204
Tabela 21. A adesão e não adesão ao PRCM em função do conhecimento acerca da entidade promotora do PRCM	206
Tabela 22. A adesão e a não adesão ao PRCM em função dos meios de informação acessíveis às mulheres	208
Tabela 23. A adesão e não adesão ao PRCM em função do grau de importância que as mulheres atribuem ao PRCM	209
Tabela 24. A adesão e não adesão ao PRCM em função da recepção da convocatória, da data da última e da clareza da informação presente na mesma.....	211
Tabela 25. A adesão e não adesão ao PRCM em função da frequência à unidade de rastreio	212
Tabela 26. O fornecimento de informação sobre o percurso do resultado da mamografia em função da adesão ao PRCM	214
Tabela 27. Estatísticas do Perfil de Conhecimentos acerca do PRCM em função da adesão e não adesão ao mesmo.....	215
Tabela 28. A adesão e não adesão ao PRCM em função do Perfil de Conhecimentos das mulheres acerca do PRCM	215
Tabela 29. Estatísticas do Perfil de Comportamentos de Rastreio do Cancro da Mama em função da adesão e não adesão ao mesmo	216
Tabela 30. A adesão e não adesão ao PRCM em função do Perfil de Comportamentos de Rastreio do Cancro da Mama	216
Tabela 31. Frequência dos motivos de adesão ao PRCM segundo a importância para as mulheres.....	220
Tabela 32. Frequência dos motivos de não adesão ao PRCM segundo a importância para as mulheres.....	222
Tabela 33. A adesão e não adesão ao PRCM em função de outros motivos partilhados	224
Tabela 34. A informação à unidade de rastreio dos motivos de não adesão.....	227
Tabela 35. Estatísticas das Motivações de adesão em função da adesão e não adesão ao PRCM	228
Tabela 36. A adesão e não adesão ao PRCM em função das Motivações das mulheres	228

Tabela 37. A adesão e não adesão ao PRCM em função da existência de profissionais de saúde no local de trabalho	230
Tabela 38. A adesão e não adesão ao PRCM em função dos diferentes profissionais de saúde existentes no local de trabalho.....	231
Tabela 39. A adesão e não adesão ao PRCM em função da realização e frequência de sessões de educação em saúde no local de trabalho	232
Tabela 40. A Adesão e não adesão ao PRCM segundo o Centro de Saúde onde estão inscritas.....	233
Tabela 41. A adesão e não adesão ao PRCM em função da frequência ao Centro de Saúde	234
Tabela 42. A adesão e não adesão ao PRCM em função do meio de transporte utilizado	235
Tabela 43. A adesão e não adesão ao PRCM em função da frequência e tipo de consultas de vigilância no Centro de Saúde.....	236
Tabela 44. A adesão e não adesão ao PRCM em função de quem faz a marcação das consultas de vigilância no Centro de Saúde	237
Tabela 45. A adesão e não adesão ao PRCM em função da frequência do atendimento pelo enfermeiro nas consultas de vigilância.....	240
Tabela 46. A adesão e não adesão ao PRCM em função do profissional que a mulher recorre regularmente em caso de dúvida ou problema	240
Tabela 47. Frequências do atendimento médico	243
Tabela 48. Estatísticas do Atendimento Médico em função da adesão e não adesão ao PRCM	244
Tabela 49. A adesão e não adesão ao PRCM em função do atendimento médico.....	244
Tabela 50. Frequências do Atendimento de Enfermagem nas consultas de vigilância..	247
Tabela 51. Estatísticas do Atendimento do Enfermeiro em função da adesão e não adesão ao PRCM.....	248
Tabela 52. A adesão e não adesão ao PRCM em função do atendimento de enfermagem nas consultas de vigilância	248
Tabela 53. Relação entre os Tipos de Atendimento Médico e Atendimento de Enfermagem nas consultas	250
Tabela 54. Estatísticas da Acessibilidade aos Cuidados de Saúde Primários em função da adesão e não adesão ao PRCM.....	251
Tabela 55. A adesão e não adesão ao PRCM em função da Acessibilidade aos Cuidados de Saúde Primários.....	251

Tabela 56. Estatísticas do Atendimento dos Prestadores de Cuidados de Saúde em função da adesão e não adesão ao PRCM	252
Tabela 57. A adesão e não adesão ao PRCM em função do Atendimento dos Prestadores de Cuidados de Saúde	252
Tabela 58. Matriz de Correlação de <i>Pearson</i> entre as variáveis compostas	255
Tabela 59. A adesão e a não adesão ao PRCM em função da existência de doenças	256
Tabela 60. Análise de variância (ANOVA) entre variáveis compostas em função dos centros de saúde	258
Tabela 61. Análise de variância das variáveis compostas em função da idade	259
Tabela 62. Teste de <i>U Mann – Whitney</i> (UMW) entre as variáveis compostas e o Estado civil	260
Tabela 63. Dispersões entre os grupos das aderentes e não aderentes	262
Tabela 64. Teste de igualdade de médias	263
Tabela 65. Matriz da estrutura da análise discriminante de função	264
Tabela 66. Resultados da classificação de casos agrupados originais e validados entre as aderentes e não aderentes	265
Tabela 67. Classificações corretas feitas ao acaso	266
Tabela 68. Classificações e riscos das previsões corretas e incorretas	269

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Resumo das guidelines utilizadas ou recomendadas nos programas de rastreio do cancro da mama de base populacional de 21 países submetidos ao <i>survey</i> de 1995.....	92
Quadro 2. Taxas de participação das mulheres no PRCM nas três últimas voltas de rastreio no Concelho de Aveiro	96
Quadro 3. Categorização, definição e cotação das variáveis indicadoras do Perfil de Conhecimentos acerca do PRCM	174
Quadro 4. Categorização, definição e cotação das variáveis indicadoras do Perfil de Comportamentos de Rastreio do Cancro da Mama	175
Quadro 5. Categorização e definição das variáveis indicadoras das Motivações de adesão	176
Quadro 6. Categorização, definição e cotação das variáveis indicadoras da Acessibilidade aos Cuidados de Saúde Primários	177
Quadro 7. Categorização, definição e cotação das variáveis indicadoras do Atendimento dos Prestadores de Cuidados de Saúde	178

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. As cinco dimensões da adesão	21
Figura 2. Fatores de risco e de proteção para o cancro da mama (fatores associados com o aumento ou diminuição do risco de cancro da mama)	66
Figura 3. Algoritmo do Programa de Rastreio do Cancro da Mama	95
Figura 4. Representação esquemática do desenho de investigação	156
Figura 5. Árvore CHAID da adesão ao PRCM em função dos comportamentos, grupos etários e atendimento dos prestadores de cuidados	268
Figura 6. Análise categórica das variáveis	272

0. INTRODUÇÃO

“Qualquer explorador de terras perdidas procura munir-se de material indispensável para que da aventura tire o melhor proveito. Também, ao iniciar a expedição a esta região desconhecida devemos começar por enumerar os instrumentos que nos serão necessários para a nossa pesquisa”. (Caldas, 2008, p. 15)

O recrudescimento das doenças oncológicas vê-se traduzido como uma preocupação daqueles que trabalham na área da saúde, tanto pelo impacto na saúde das pessoas em geral e que se reflete na sua qualidade de vida, como nos indicadores de saúde e, ainda, nos elevados custos que acarretam para o sector. Desta forma, quem trabalha no setor da saúde, deve claramente comprometer-se com uma ética social, na qual são centrais os valores da emancipação, da liberdade de escolha e da mudança social. Busca-se, para além do conhecimento relevante, a promoção de ações que redundem em benefício do ser humano para, numa visão mais integradora e em sintonia com uma conceção holista da saúde, possamos contribuir para a qualidade dos cuidados prestados às populações e humanização dos serviços e, desta forma não perder de vista a realização individual e de utilidade pública que julgamos necessária para a vivência de uma cidadania participativa.

Foi a partir destes pressupostos e através de processos de reflexão crítica, que norteamos a motivação para um estudo desta natureza e demos corpo a um trabalho cujo enfoque pretende ser mais abrangente que a doença do cancro e que investe, em simultâneo, no bem-estar, preocupa-se com as condições sociopolíticas que o influenciam e analisa comportamentos e conhecimentos das mulheres, que pela sua condição de género apresentam uma maior predisposição para esta enfermidade.

O cancro da mama é pois uma dessas doenças, cuja incidência é superior no género feminino, em todo o mundo (Ferlay et al., 2007; IARC, 2007; O'Anderson, 2006; O'Anderson et al., 2007) com mais de 10% de novos casos diagnosticados anualmente e 410.000 mortes (O'Anderson, 2006; O'Anderson, et al., 2007).

A nível europeu, no ano de 2006, a taxa de mortalidade por cancro da mama é de 25.0/100.000, enquanto as estimativas para novos casos diagnosticados correspondem a 28.9% do total de cancros (Ferlay et al., 2007).

Em Portugal, o cancro da mama regista um total de 4.300 novos casos/ano, ou seja, mais de 11 novos casos/dia (mais de 3 na Região Centro), com 75% dos casos a aparecerem depois dos 50 anos de idade, estimando-se que, uma em cada 12 mulheres irá desenvolver cancro da mama ao longo da sua vida. Morrem, aproximadamente, 1.500 mulheres/ano (diariamente 4-5

mulheres) mas, se a doença for detetada precocemente, a taxa de sobrevivência pode chegar aos 95% nos primeiros 5 anos (ARS, 2006).

Contudo, apesar da liderança deste tipo de cancro no continente europeu, a maioria dos países apresentou uma redução da mortalidade, principalmente desde os anos 1990, acredita-se que se deva, tanto à implementação da deteção precoce através dos rastreios mamográficos que funcionam com procedimentos eficazes de controlo de qualidade, como também, devido à melhoria dos tratamentos no cancro da mama (Ferlay, et al., 2007).

Com efeito, como método de prevenção, a deteção precoce através da mamografia continua sendo a principal estratégia na luta contra a doença, uma vez que pouco se pode fazer para evitar a exposição à maioria dos fatores de risco do cancro da mama (ACS, 2007; Mettlin, 1991; Thuler, 2003). Desta forma, o desconhecimento da grande maioria das suas causas impossibilita a realização de uma verdadeira prevenção primária, só sendo possível identificar fatores de risco conhecidos, em menos de 30% dos casos de cancro da mama (WHO, 2007b).

No entanto, se a prevenção do cancro da mama for integrada com a prevenção de outras doenças crónicas, esta oferece um ótimo potencial de saúde pública e um método custo-eficácia, a longo prazo, no controlo do cancro em geral (WHO 2007), essencialmente, devido à transversalidade de algumas medidas corretoras que dizem respeito aos estilos de vida das populações.

O cancro da mama é um problema de saúde pública, o qual integra os critérios necessários para a implementação de programas de rastreio considerados, atualmente, eficazes para o seu controlo (European Commission, 2006b; Hakama, Coleman, Alexe, & Auvinen, 2008). Neste sentido, o Parlamento Europeu (2003) considera que, cerca de 90% dos casos de cancro da mama são curáveis se forem diagnosticados e convenientemente tratados numa fase precoce.

Segundo Hakama et al. (2008), o rastreio é uma cadeia de atividades que abrange a definição da população alvo, o tratamento e o seguimento das doentes detetadas pelo exame de rastreio. Este pode ser do tipo oportunista, não organizado e de âmbito individual ou, organizado e de base populacional. O principal objetivo de um programa de cariz organizado consiste em aumentar a esperança de vida, o que requer a deteção da doença alvo numa fase pré-clínica, durante a qual se institua o tratamento de forma a interromper a sua progressão (Hakama, et al., 2008; IPATIMUP, s/data; Thuler, 2003). No que diz respeito às atividades de rastreio, estas vão ser influenciadas pelo tipo de cancro envolvido, a idade das mulheres cobertas pelo exame e o intervalo de tempo em que realizam o exame.

A mamografia, como exame de seleção na identificação da maioria dos tumores palpáveis da mama, será útil na diferenciação entre os processos, benigno e maligno, para além de detetar

as lesões malignas, 2 anos antes de causarem sintomatologia (Lee, Stickland, Wilson, & Andrew, 2003). Efetivamente foi demonstrada a sua eficácia na redução de 25-30% da taxa de mortalidade (Andersson et al., 1988; Nystrom et al., 2002; Tabar et al., 1992).

Relacionando a mortalidade com a idade, alguns estudos mostram uma redução de 18% a 25% nas mulheres com mais 40 anos, (Humphrey, Helfand, Chan, & Woolf, 2002; Kerlikowske, Grady, Rubin, Sandrock, & Ernster, 1995) enquanto nas mulheres entre os 50 e os 69 anos, a redução foi na ordem dos 20-35% (Elmore, Armstrong, Lehman, & Fletcher, 2005; Hakama, et al., 2008).

Por estes motivos, a mamografia é, pela sua eficácia, o exame nobre nos programas de rastreio (Barton, 2006; Hakama, et al., 2008; Humphrey, et al., 2002; Kerlikowske, et al., 1995; Lee, et al., 2003).

Desta forma, em 1986 o *Comitee of Cancer Experts of the European Community*, aquando o desenvolvimento do programa “Europa contra o cancro” decidiu que os programas sistemáticos de rastreio de base populacional deveriam ser implementados para os cancros cuja taxa de mortalidade diminuísse através da mamografia (Biesheuvel, Weigel, & Heindel, 2011).

Atualmente, o Conselho Europeu recomenda estes programas para as mulheres com idades entre os 50 e 69 anos, e requer que estes cumpram as *guidelines* europeias de qualidade e segurança para ambos os serviços, de radiologia e patologia (European Comission, 2006b).

Com efeito, a partir dos anos de 1990 foi notável o número de países que implementaram programas de rastreio organizado e de cariz nacional, incluindo a Suécia, o Reino Unido e a Holanda, noutros, como por exemplo, Bélgica, Dinamarca, França, Grécia, Irlanda, Luxemburgo, Portugal e Espanha, foram desenvolvidos, inicialmente, programas-piloto de rastreio (Schopper & Wolf, 2009; Shapiro et al., 1998). Contudo, vários fatores tornaram difícil a comparação entre estes programas, nomeadamente, a diversidade dos sistemas de prestação de cuidados de saúde, a organização e implementação de programas, o processo de convocatória, de leitura e interpretação das mamografias e o seguimento dos resultados anormais (Shapiro, et al., 1998).

Não obstante, a magnitude da eficácia dos programas de rastreio foi questionada em alguns países, nomeadamente na Dinamarca (Jorgensen, Zahl, & Gotzsche, 2010), devido à dificuldade em separar os efeitos que são, verdadeiramente, dos programas de deteção, daqueles que se relacionam com o aperfeiçoamento das terapias no âmbito do cancro da mama.

Mesmo assim, algumas organizações (e.g. *US Preventive Services Task Force*) assumem que a evidência científica existente é suficiente para afirmar que o rastreio mamográfico diminui a taxa de mortalidade (Biesheuvel, et al., 2011; Green & Taplin, 2003).

Em Portugal, o Programa de Rastreio do Cancro da Mama iniciou em 1990, na Região Centro, após um ensaio de rastreio mamográfico realizado a 18.000 mulheres que decorreu desde o ano de 1986 a 1990. Foi preocupação dos responsáveis pelo programa, o cumprimento dos objetivos do Programa Europa Contra o Cancro; o estudo da adequação da metodologia de rastreio ao ambiente sociocultural e características do sistema de saúde, a utilização dos programas-piloto como base de controlo e garantia de qualidade regional/nacional e o progressivo desenvolvimento para programas, tendencialmente, nacionais. Desde essa altura que este programa assumiu-se como sendo de base populacional com metodologias de dupla leitura dos exames mamográficos, bem como a aferição multidisciplinar das imagens anormais e a preocupação pela resposta imediata dos cuidados diferenciados às lesões detetadas (LPCC, s/data).

Atualmente, o Programa de Rastreio do Cancro da Mama continua integrado no atual Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010 (PNPCDO), tem sido conduzido pela LPCC no território português (com exceção do Algarve) e coordenado pela Coordenação Nacional das Doenças Oncológicas (CNDO) (Ministério da Saúde/Alto Comissariado da Saúde, 2007).

As recomendações no controlo do cancro da mama, quanto ao método e população alvo, dirigem-se às mulheres inscritas nos centros de saúde, com idades entre os 50-69 anos, as quais são convocadas por carta, pela LPCC, para a realização da sua mamografia. O intervalo do exame é bienal e em caso de dúvida na leitura do exame, a mulher é reencaminhada para uma consulta de aferição em instituições hospitalares (integradas na Rede de Referência Hospitalar- RRH) onde é realizado o diagnóstico final. Caso a suspeita se confirme, a mulher é imediatamente encaminhada para tratamento (LPCC, s/data; Ministério da Saúde/Alto Comissariado da Saúde, 2007).

Apesar dos esforços da LPCC, em estreita colaboração com os Cuidados de Saúde Primários, para alcançar toda a população alvo, a taxa de adesão ao rastreio não chega aos 70%, objetivo recomendado pelas *guidelines* da Comissão Europeia (European Commission, 2006b).

Com efeito, no Concelho de Aveiro, onde foi realizado este estudo, os dados estatísticos das três últimas voltas de rastreio do cancro da mama mostram que as taxas de participação no programa rondam os 50%, sendo inferior nos grupos etários das mulheres mais jovens, ou seja, naquelas que são convocadas a primeira vez (44 anos e 45-49 anos) (Liga Portuguesa Contra o Cancro & Núcleo Regional do Centro, 2011).

A não adesão tem sido considerada como um dos principais problemas do sistema de saúde, tanto pelas repercussões ao nível dos resultados em saúde, como também, na qualidade de vida e na satisfação dos pacientes com os cuidados de saúde (WHO, 2003a).

A questão problemática que se prende com a adesão a programas de rastreio refere-se à complexidade comportamental relacionada com o intervalo de tempo que medeia as voltas de rastreio, em comparação com outras práticas de saúde. Não deixa de ser um desafio compreender de que forma a tomada de decisão das mulheres em participar no rastreio, encaixa nas suas vidas (Rakowski & Breslau, 2004). Neste espaço de decisão, para além dos aspetos relacionados com a dimensão individual de cada mulher, concorrem toda uma série de fatores que caracterizam o contexto da saúde, como sejam, a interação com os profissionais de saúde, o próprio sistema de saúde, a tecnologia médica e situações mais, diretamente, relacionadas com o rastreio quando, por exemplo, nos deparamos com resultados anormais do exame mamográfico. Assim, é pois essencial examinar a forma como estas práticas de saúde diferem nas exigências de desempenho colocadas às pessoas como garantia de sucesso.

Com efeito, no âmbito da psicologia da saúde Macía & Ménez (1999) referem que parece ser mais difícil o indivíduo seguir as recomendações preventivas comparativamente às terapêuticas, uma vez que nestas últimas, os sintomas já estão instalados e produzem mal-estar. No caso da deteção precoce do cancro da mama pretende-se, exatamente, que a mulher adira a um exame de rastreio muito antes de apresentar sintomas da doença, o que produz taxas de incumprimento maiores, principalmente, devido a determinantes relacionados com a própria pessoa no domínio das suas crenças, valores e conhecimentos em relação ao seu próprio corpo e à doença.

Como podemos constatar, o fenómeno da adesão é multifatorial e multidimensional, contribuindo uma série de aspetos de âmbito comportamental, cognitivo, psicossocial e do contexto dos cuidados de saúde, numa ação recíproca de cinco dimensões, algumas relacionadas com a pessoa, enquanto outras dizem respeito ao meio envolvente (OMS, 2004a; WHO, 2003a).

Mais especificamente, em relação aos fatores determinantes da adesão, os autores Rakowski & Breslau (2004) sugerem as características da população alvo de estudo, as suas práticas de saúde, o contexto de intervenção e de implementação do comportamento como uma prática regular ao longo da vida, ou seja, a avaliação particular dos indivíduos, não só através das tradicionais variáveis demográficas e psicossociais, mas também das características das suas práticas de saúde e dos contextos que conduzem ao comportamento desejado.

Com efeito, no panorama internacional, os estudos não têm incidido tanto sobre a análise da adesão à mamografia em países com programa organizado e de âmbito nacional. Encontramos muitos estudos realizados nos EUA, os quais são focalizados, na maior parte dos casos, na avaliação de variáveis de âmbito ecológico, designadamente, relacionadas com os serviços de saúde, a relação utente/profissionais de saúde e o contexto (Breen & Meissner, 2005; Fulton et al., 1991; George, 2000; Lane & Messina, 1999; Rimer, Keintz, Kessler, Engstrom, & Rosan, 1989; Sharp, Peters, Bartholomew, & Shaw, 1996). O mesmo não acontece com alguns dos estudos referentes a programas de base populacional e de implementação nacional, os quais têm avaliado, fundamentalmente, variáveis individuais, como sejam, as crenças, os conhecimentos, as atitudes e os comportamentos de saúde que influenciam a adesão (Achat, Close, & Taylor, 2005; Aro, Koning, Absetz, & Schreck, 1999; Donato et al., 1991; Lagerlund, 2002; Lagerlund, Hedin, Sparén, Thurfjell, & Lambe, 2000; Lagerlund et al., 2002; Pereira, 2008; Roworth, McIlwaine, & Wallace, 1993; Sutton, Bickler, Sancho-Aldridge, & Saidi, 1994). Os estudos que tivemos conhecimento, baseados em programas de rastreio de abrangência populacional foram, na sua maioria, realizados nos anos 1990 devido à sua implementação e desenvolvimento nesse período.

Em Portugal apenas tivemos conhecimento de dois estudos que avaliaram algumas variáveis da adesão ao PRCM. Ambos estudaram as variáveis psicossociais e a sua influência nos comportamentos de saúde (Pereira, 2008), embora Cruzeiro (1995) também tivesse examinado outras variáveis, como as relacionadas com a acessibilidade e atitudes face aos cuidados de saúde, os conhecimentos e atitudes sobre a doença.

Também alguns estudos analisaram a influência dos profissionais de saúde no comportamento de adesão das suas pacientes, tendo demonstrado pouco envolvimento dos mesmos na sensibilização e recomendação do rastreio durante os contactos nas consultas, sendo que as pacientes recorrem ao privado para a realização do seu exame antes do início das convocatórias (Achat, et al., 2005; Donato, et al., 1991; Lidbrink, Frisell, Brandberg, Rosendahl, & Rutqvist, 1995; Sutton, et al., 1994; Zackrisson, Andersson, Manjer, & Janzon, 2004).

Por outro lado, a participação das mulheres nos programas de rastreio é notória quando se verifica uma longa tradição de programas de controlo da saúde, os serviços privados são diminutos e existe um envolvimento dos profissionais de saúde. O processo de reconvocatória, também, poderá ser um fator explicativo para esta elevada taxa, uma vez que a lembrança para a realização do rastreio parece resultar num aumento da adesão (Tornberg et al., 2005). Além disso, a participação no rastreio pela primeira vez pode ser determinante para as voltas

subsequentes (Barr, Franks, Lee, Herther, & Schachter, 2001; Elwood, McNoe, Smith, Bandaranayake, & Doyle, 1998; Tornberg, et al., 2005).

Um outro aspeto estudado diz respeito à literacia em saúde, que é mediada pela educação e é influenciada pela cultura, língua e as características dos contextos relacionados com a saúde, sendo que esta acresce à medida que as pessoas interagem nesses meios (Nielsen-Bohlman, Panzer, & Kindig, 2004).

Baker (2006) acrescenta que a literacia em saúde é um dos muitos fatores que levam à aquisição de novos conhecimentos, mais atitudes positivas, melhor autoeficácia, comportamentos em saúde mais benéficos e melhores resultados em saúde. Porém, não podemos deixar de considerar que as competências e literacia no geral podem não ser, necessariamente, o reflexo da eficácia da educação em saúde ou das suas mensagens uma vez que são dependentes da compreensão e significado que as pessoas encontram nelas (Keleher & Hagger, 2007). Com efeito, as mensagens devem ser significativas para as pessoas uma vez que a sua adequação deve ter em linha de conta os seus valores, crenças, cultura e o contexto no qual estão inseridas, além das capacidades individuais para as colocar em prática.

Embora o conceito de literacia na saúde coloque a ênfase na capacidade das pessoas como sendo primordial para a aquisição e utilização da informação, esta depende das próprias pessoas, como também, das características do próprio sistema de saúde (Baker, 2006; Safeer & Keenan, 2005). No essencial, capacitar as pessoas para acederem à informação e utilizarem eficazmente os serviços de saúde irá promover o seu *empowerment*, o que vai ao encontro das tendências contemporâneas de educação e comunicação em saúde (Nutbeam, 2000) e da visão paradigmática que este trabalho pretende desenvolver.

Contudo, no âmbito da saúde não só as capacidades dos pacientes produzem constrangimentos ao nível da literacia, mas também dentro do próprio sistema de saúde, os profissionais surgem, mais uma vez, como relevantes parceiros para a troca de informação e da importância desta para a vida das pessoas, se tomarem em linha de conta as suas experiências, desejos e decisões.

Várias recomendações têm sido elencadas no sentido de melhoria do processo comunicativo entre prestador de cuidados e paciente, desde o conteúdo e quantidade das mensagens, tipo de linguagem utilizada, bem como, o retorno da informação ou dos comportamentos por parte dos pacientes para a validação da ação educativa que foi realizada (Safeer & Keenan, 2005). Os autores acrescentam, ainda, que os CSP são o contexto ideal para incrementar este processo de comunicação com os pacientes, pelas características organizativas e método de trabalho em equipa que estas unidades apresentam.

Com efeito, no contexto dos CSP, a adesão é favorecida pela ênfase na continuidade dos cuidados preventivos por um profissional de saúde regular (Barr, et al., 2001; Breen, Kessler, & Brown, 1996)

De facto, vários estudos concluíram que, além da importância da recomendação dos profissionais de saúde para a adesão ao rastreio, também esta é influenciada pela regularidade com que a mulher realiza a vigilância de saúde e com que procura o mesmo médico (Breen, et al., 1996; Calvocoressi, Stolar, Kasl, Claus, & Jones, 2005; Cruz et al., 2008; Fulton, et al., 1991; George, 2000; Phillips, Kerlikowske, Baker, Chang, & Brown, 1998).

Mais particularmente, os estudos mostram que as mulheres que relatam ter um bom acesso aos cuidados médicos (Achat, et al., 2005; Cruz, et al., 2008) e quando os médicos de família debatem sobre a realização da mamografia, aderem mais provavelmente ao rastreio (Phillips, et al., 1998; Rimer, et al., 1989; Sharp, et al., 1996).

Efetivamente, os utentes valorizam como de «grande importância», a acessibilidade e a continuidade de cuidados (Hares, Spencer, Gallagher, Bradshaw, & Webb, 1992) mas também, a compreensão do médico de família, o tratamento personalizado e a empatia (Cymbalist & Wolff, 1988; Drury, Greenfield, Stilwell, & Hull, 1998) enquanto outros evidenciam, ainda, o entusiasmo do prestador de cuidados de saúde em relação ao rastreio mamográfico como um preditor significativo de adesão, enfatizando a natureza interativa da relação com o paciente (Phillips, et al., 1998).

Acreditamos que a qualidade da comunicação em saúde refletir-se-á na satisfação dos utentes, na melhoria dos comportamentos de adesão, como também, influenciará a procura de cuidados e recursos de saúde e, sobretudo, assegurará a longo prazo, a manutenção de comportamentos de saúde, indicador que se relaciona diretamente com os ganhos em saúde.

Em termos pragmáticos, a comunicação efetiva é necessária para garantir, não só a compreensão dos problemas do paciente pelo médico, mas também que a informação relevante, o aconselhamento e o tratamento foram revelados e aceites pelo paciente (Baum, Newman, Weinman, West, & McManus, 1997; Nunes, 2010). Além disso, uma comunicação efetiva deve resultar numa melhor compreensão da informação de retorno, fornecida durante a consulta. Se os pacientes sentem que o prestador de cuidados compreende as suas preocupações e é empático, então haverá maior confiança nas recomendações que este facultou. Também, a comunicação empática resulta na redução dos níveis de ansiedade podendo, não só facilitar a informação de retorno, como também, promover uma melhor forma de lidar com o problema (Baum, et al., 1997) que, no caso deste trabalho, pode referir-se ao tempo decorrido para decidir realizar o exame de rastreio.

Da literatura consultada poucos foram os estudos encontrados que incidiram, em particular, sobre os cuidados dos enfermeiros no âmbito da promoção dos rastreios, pelo que optamos por analisar sobre o papel do enfermeiro nos CSP, as suas competências técnicas e comunicacionais, bem como, a avaliação dos pacientes sobre as mesmas (Costa & Jurado, 2006; Drury, Greenfield, Stilwell, & Hull, 1988; Gilleard & Reed, 1998; Johansson, Oléni, & Fridlund, 2002; Keleher, Parker, Abdulwadud, & Francis, 2009; Reedy, 1972; Reedy, 1977; Secginli & Nahcivan, 2006a; Secginli & Nahcivan, 2011; Sharp, et al., 1996; Stilwell, Greenfield, Drury, & Hull, 1987).

O mesmo não aconteceu em relação à satisfação das pacientes com os cuidados médicos na promoção dos rastreios, a maioria das quais, os autores analisaram, para além dos aspetos da comunicação com a paciente, também o aconselhamento/sensibilização para a realização do exame de rastreio (Achat, et al., 2005; Barr, et al., 2001; Baum, et al., 1997; Breen & Meissner, 2005; Chukmaitov, Wan, Menachemi, & Cashin, 2008; Cruz, et al., 2008; Fulton, et al., 1991; George, 2000; Lane & Messina, 1999; Nunes, 2010; Phillips, et al., 1998).

Contudo, é imprescindível que se coloque maior enfoque no papel dos enfermeiros em relação a estas áreas, uma vez que são profissionais privilegiados pelo maior contacto com as populações. Além disso, devem envolver-se de forma a possuírem os conhecimentos e a compreensão dos fatores que influenciam a adesão para que possam operacionalizar programas de educação em saúde mais eficazes e aumentar, assim, as práticas de adesão (Secginli & Nahcivan, 2006b).

No âmbito da educação em saúde, este trabalho segue a linha paradigmática dos princípios emancipatórios em que o desafio fundamental na relação paciente/profissional será criar dinâmicas educativas onde predomine a partilha constante da informação e do conhecimento (literacia em saúde), de pro-atividade e autocontrolo (capacitação) e da máxima autonomia no que respeita à saúde individual e coletiva (*empowerment*).

Nesta perspetiva multidimensional e dinâmica, a educação em saúde não pode ser vista como um ato isolado, cujo objetivo seja traçar estratégias preventivas sem aproveitar a oportunidade de conjugar esforços e recursos no sentido de integrar medidas que abrangem, simultaneamente, a promoção da saúde. A educação em saúde deve, pois, assumir outras formas de atuação, elencando e implementando estratégias de promoção da saúde que visam a construção social da saúde e do bem-estar (i.e. responsabilização do cidadão pela sua própria saúde e o seu *empowerment*), como também, medidas de prevenção da doença, o seu enfrentamento e a obtenção de um melhor estado de saúde quando esta surge (Guedes, Silva, & Freitas, 2004).

Desta forma, as estratégias de intervenção educativa, também devem utilizar a combinação de diferentes formas de intervir no sentido da promoção da adesão (Baron et al., 2010; Breen & Meissner, 2005; Haynes, McKibbin, & Kanani, 1996). Porquanto, o desafio está em integrar os múltiplos níveis de intervenção, designadamente; ao nível individual ou psicossocial em que temos como exemplo as convocatórias personalizadas, ao nível social ou interpessoal em que os amigos ou a família ajudam a promover o rastreio; ao nível organizacional através de sistemas de lembretes para os prestadores de cuidados de saúde ou controlo informático; ao nível ambiental com a utilização de mamografias móveis e políticas de saúde (Glasgow, Marcus, Bull, & Wilson, 2004; Meissner, Smith, et al., 2004).

Com este estudo pretende-se identificar os fatores que são determinantes para a adesão e não adesão ao Programa de Rastreio do Cancro da Mama, das mulheres dos 45 aos 69 anos, residentes no concelho de Aveiro para, numa fase posterior, propor estratégias de Educação em Saúde no sentido de promover comportamentos de adesão que apresentem, não só, formas mais consentâneas e aproximadas das realidades de vida das mulheres, como também das opiniões dos profissionais de saúde.

Neste sentido, o foco de atenção deste estudo é, essencialmente, as mulheres e as suas práticas de saúde tendo em vista a melhoria da sua qualidade de vida, não esquecendo, todavia, os contributos para a promoção da adesão e a satisfação com os cuidados recebidos no âmbito do rastreio do cancro da mama.

Em termos de estrutura, na primeira parte apresentamos a revisão de literatura, distribuída pelos dois capítulos temáticos que consideramos enquadradores deste trabalho. Num primeiro capítulo abordamos várias das dimensões influenciadoras da adesão, nomeadamente, as relacionadas com o sistema de cuidados e as individuais. Desta forma, descrevemos alguns aspetos relativos ao sistema de cuidados de saúde primários onde se enquadra o rastreio do cancro da mama, no qual analisamos as perspetivas das reformas, os aspetos relacionados com a qualidade dos serviços e a satisfação dos utentes, seguidos de uma abordagem à doença e aos meios de prevenção, com maior ênfase na deteção precoce e nos programas de rastreio, essencialmente, de cariz populacional, tanto a nível mundial, como no nosso país. Ao nível individual, debruçamo-nos nos aspetos psicossociais e comportamentais com base nas teorias que têm ajudado os investigadores a explicar o fenómeno da adesão aos rastreios.

No capítulo 2, achamos por bem, definir conceptualmente a educação em saúde e o paradigma por nós defendido ao longo deste trabalho que visa a centralização dos cuidados na pessoa e no seu *empowerment* para, de seguida, analisarmos as propostas presentes na literatura consultada no âmbito dos rastreios.

A segunda parte deste trabalho descreve a metodologia utilizada em ambas as fases do estudo; uma primeira de cariz quantitativo com aplicação de um *survey*, a segunda uma abordagem qualitativa através da realização de *Focus Group*. Em cada uma das fases, para além da descrição dos procedimentos metodológicos, participantes e técnicas utilizadas, apresentamos a descrição dos resultados. No capítulo 4 procedemos à discussão dos resultados do trabalho de ambas as fases. As propostas educativas desenvolvidas no capítulo 5 pretendem ser o resultado do compromisso para com as mulheres e atores envolvidos que representam, no contexto processual deste trabalho, a célula assistencial fundamental. Finalmente, no capítulo 6 apresentamos, resumidamente, as conclusões deste estudo, bem como algumas das limitações por nós consideradas quando a execução do mesmo.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

“(...) todas as palavras se fizeram para contribuir para a macieza verbal dos seios. São as aldrabas do Paraíso, pedaços de céu branco e empoados-ternas estalactites da branca aurora, dois seios mames, duas lindas pérolas singulares.” (La Serna, 2000, p.8)

1. OS DETERMINANTES DA ADESÃO AO RASTREIO DO CANCRO DA MAMA

“É nos seios que se ampara a alma feminina, e quem com ardente desejo ascender até eles, alcançará a mulher com um romantismo que poderá ser duradoura galanteria e fiel cortesia no convívio até à morte”. (La Serna, 2000, p. 18)

Perante o panorama atual relativo ao envelhecimento da população e, devido aos constrangimentos que essa condição pode trazer ao indivíduo no que diz respeito à promoção e manutenção da sua saúde, compreende-se que a adesão a um regime terapêutico ou a recomendações preventivas possam constituir oportunidades únicas para potenciar o *empowerment* das populações e, conseqüentemente, a efetividade do sistema de saúde. Embora estes aspetos sejam abordados mais profundamente no capítulo sobre educação em saúde/promoção da saúde, julgamos pertinente desenvolver aqui algumas das linhas que enquadram estes mecanismos de solicitação do paciente, cada vez mais interventivo e decisor, nas diferentes modalidades de participação no seu processo de saúde e doença.

Num relatório do Plano Nacional de Saúde 2011-2016 sobre a qualidade dos cuidados e dos serviços, o *empowerment* pode ser visto segundo duas perspetivas integradoras, a saber: na ótica das instituições de saúde passa a existir uma maior democratização da informação e o reconhecimento de que os utentes não são meros objetos de práticas e prescrições, mas sujeitos envolvidos no seu processo de cuidados de saúde e, para que tal seja profícuo, estes devem ser consciencializados dos seus direitos e interesses; na ótica dos utentes, estes devem assumir-se como uma voz na organização das instituições e adotarem atitudes mais ativas no seu processo de saúde e doença, pela partilha sistemática de informação com os profissionais de saúde, por forma a serem competentes na tomada de decisão aos três níveis de prevenção (Campos, Saturno, & Carneiro, 2010). Assim, o utente adota o papel de co-decisor e co-responsável pelas decisões e pelos serviços que as instituições oferecem à comunidade, embora tenhamos consciência de que o *empowerment* seja uma estratégia complexa que não dependerá apenas das pessoas, mas também da política e da liderança e do contexto global.

Contudo, o indivíduo pode adotar uma pluralidade de papéis, seja como cidadão ou leigo, paciente ou utilizador de serviços e representante de consumidores e serviços (Abelson, 2007), dependendo do contexto onde o processo de tomada de decisão ou intervenção se verifique. Em relação ao seu papel enquanto «utente», designação usada pelo sistema público de saúde, a pessoa é utilizadora de um determinado serviço que pode corresponder ao apoio à doença ou ao sofrimento, à prevenção dos mesmos ou à resolução de questões meramente administrativas sendo, segundo a perspetiva dos autores, um termo que está mais centrado no serviço que é

usado e não tanto na pessoa (Carvalho & Osswald, 2008). Já o termo «paciente» relaciona-se com a pessoa que procura o médico como doente, presumida, presente ou eventual (Carvalho & Osswald, 2008). Neste trabalho, utilizamos ambas as terminologias, de «utente» enquanto utilizador de um serviço (e.g. rastreio mamográfico) ou «paciente», designação que a maioria dos estudos consultados utiliza.

Em relação aos *outcomes* em saúde, decorrentes das estratégias de *empowerment* dirigidas ao utente e ao cuidador verifica-se uma melhoria na gestão da doença, na utilização de serviços de saúde, na melhoria da saúde e da qualidade de vida (Campos, et al., 2010).

Sendo a não adesão considerado um dos principais problemas do sistema de saúde pelas repercussões ao nível das taxas de morbilidade e mortalidade, na qualidade de vida e na satisfação dos pacientes com os cuidados de saúde, não será fácil a sua abordagem devido às componentes, multidimensional e multifatorial, que caracterizam este fenómeno. Por isso, os resultados em saúde nesta área específica não serão corretamente avaliados se tiverem sido utilizados, somente, indicadores de eficácia das intervenções. Como fenómeno complexo que é, merece que se analise, os fatores que determinam a adesão, de forma sistemática, sejam eles relacionados com o contexto ou com a arena da vida das pessoas e, só perante esta compreensão mais abrangente, direcionarmos as múltiplas intervenções no sentido de a melhorar. Partindo do pressuposto que, muitos dos fatores que configuram a adesão, escapam ao controlo do próprio indivíduo, devido aos múltiplos fatores que determinam este fenómeno, concebe-se pois, que tanto para o seu tratamento, como para a prevenção, se encontrem soluções inter e multidisciplinares.

Apesar de parte dos estudos consultados se terem centrado na adesão à medicação, esta também abarca numerosos comportamentos relacionados com a saúde que ultrapassam o cumprimento das doses farmacêuticas prescritas. Todavia, no âmbito da psicologia da saúde Macía & Menez (1999) referem que parece ser mais difícil o indivíduo seguir as recomendações preventivas comparativamente às terapêuticas, uma vez que nestas últimas, os sintomas já estão instalados e produzem mal-estar. No caso da deteção precoce do cancro da mama pretende-se, exatamente, que a mulher adira a um exame de rastreio muito antes de apresentar sintomas da doença, o que produz taxas de incumprimento maiores, principalmente, devido a determinantes relacionados com a própria pessoa no domínio das suas crenças, valores e conhecimentos assumidos pela mulher em relação ao seu próprio corpo e à doença.

Relativamente à adesão terapêutica, as atividades que se esperam por parte do indivíduo incluem:

“Conseguir o medicamento receitado; tomar os medicamentos de forma apropriada; marcar consultas de cuidados de saúde e comparecer às mesmas; vacinar-se; fazer mudanças no estilo de vida,

incluindo na dieta, exercício, cessação tabágica e gestão do stress, bem como, a auto-gestão de outros comportamentos que melhoram a saúde e os resultados dos cuidados” (International Council of Nurses, 2009, p. 9)

Segundo a OMS (2004a, p. 138), a definição conceptual citada com maior frequência é a de Haynes em que a adesão é “o grau em que o comportamento de uma pessoa - tomar a medicação, seguir um regime alimentar, alterar hábitos de vida - segue as instruções médicas”.

Na mesma linha, outros definiram a adesão como “o grau em que o comportamento do paciente corresponde às recomendações do prestador de cuidados de saúde” (Vitolins, Rand, Rapp, Ribisl, & Sevick, 2000, p. 188S). Ambos os conceitos parecem incluir, para além das farmacológicas, outras medidas sanitárias, como a prevenção ou adesão a recomendações comportamentais, como a alteração de estilos de vida. No entanto, crê-se que o facto de apresentarem uma componente de cumprimento ou incumprimento das recomendações médicas torna os conceitos redutores na medida em que, o médico não é o único mediador na multiplicidade de intervenções e de atores envolvidos no tratamento das doenças crónicas e na promoção da saúde. Além disso, parecem remeter o paciente para um papel passivo, o qual se limita a seguir as indicações do *expert* (o médico, ou outro profissional de saúde) sendo considerado incompetente ou culpado quando não as cumpre.

No seguimento desta ordem de ideias, o conceito proposto por DiMatteo & DiNocola (1982) coloca o paciente num papel mais colaborativo e voluntário no decurso do seu comportamento, em que este o aceita de comum acordo para produzir o resultado terapêutico desejado. Este acordo com o paciente e o seu grau de participação no plano de cuidados de saúde, aumenta a possibilidade da sua execução e, neste caso particular do rastreio do cancro da mama, ao garantir a sua participação voluntária no mesmo.

Para além de encontrarmos na literatura um *continuum* de conceitos, mais ou menos abrangentes, também defrontamo-nos com diferentes termos, algumas vezes utilizados, indistintamente, o que parece provocar confusão. Porquanto, os termos encontrados (com maior predominância na língua anglo-saxónica) são os seguintes: adesão (*adherence*), observância (*compliance*) e persistência (*persistence*). Ley (1997) e Sarafino (2002) utilizam os termos *adherence* e *compliance* indistintamente, mas Turk & Meichenbaum (1989) conferem ao conceito de adesão (*adherence*), comparativamente com observância (*compliance*), um papel mais ativo por parte do paciente uma vez que este parece estar implicado na tomada de decisão em seguir, ou não, as recomendações dos prestadores de cuidados de saúde. A persistência (*persistence*) é definida como a capacidade da pessoa em tomar a medicação durante todo o decurso da doença, o que pode significar, no caso das doenças crónicas, para o resto da vida da pessoa, sendo esta classificada como não persistente se nunca cumprir a medicação, ou deixar

de a tomar prematuramente (WHO, 2003a). Este parece-nos um conceito mais dirigido para a prática de medidas farmacológicas em situações de doença crónica. Na nossa língua, o termo «adesão», parece-nos mais adequado pela sua uniformização nos contextos, social, clínico e da investigação mais atual.

No sentido de especificação da direção tomada neste estudo, procuraremos apresentar alguns conceitos, entendidos por nós, como sendo aqueles que respeitam a natureza multifatorial e multidimensional do fenómeno da adesão.

A título de síntese, Alfonso & Abalo (2004), referem que a adesão ao tratamento depende, não só da conduta do paciente, mas também, do médico, na medida em que é esperado que forneça instruções verbais de forma clara e objetiva, assegurando-se da compreensão das mesmas, pelo tempo que for necessário ao processo. Acrescentam ainda, que deste fenómeno fazem parte um reportório de condutas que incluem desde, aceitar fazer parte de um plano ou programa de tratamento, colocando as recomendações em prática de forma continuada, até evitar comportamentos de risco e apresentar estilos de vida saudáveis. Todavia, não só os médicos prestam cuidados na cadeia de um sistema de saúde, muitos outros desempenham um papel preponderante, principalmente quando os mecanismos de intervenção devem apresentar perspetivas integradas de um mesmo fenómeno. Mais particularmente, na vertente da adesão a cuidados preventivos, o papel do enfermeiro pode ser preponderante pela natureza de cuidados que estes profissionais privilegiam, como sejam os inerentes à relação terapêutica, em que a consulta de enfermagem constitui um momento propiciador de identificação de necessidades e dificuldades dos pacientes para que, em parceria ambos os atores no processo, possam traçar um plano de cuidados adaptado ao paciente, de forma a facilitar o processo de adesão e, conseqüentemente, os ganhos em saúde (Sousa, Peixoto & Martins, 2008).

Pressupõe-se então, que se trata de condutas que devem ser entendidas a partir de diversas dimensões, como sejam, os aspetos no âmbito dos comportamentos, mediados por elementos cognitivos, motivacionais e volitivos nos quais concorrem, de forma transversal, as questões relacionais aquando a comunicação paciente/profissional de saúde no seu contexto social, bem como o papel da organização dos serviços de saúde.

O Conselho Internacional de Enfermeiros (International Council of Nurses, 2009, p. III) apresenta, no Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), uma definição geral de adesão como sendo a *“medida em que o comportamento do cliente é concordante com as recomendações do prestador de cuidados”* colocando a tónica na relação que se estabelece entre a díade, prestador de cuidados e paciente. Para que estas relações sejam efetivas deve existir um clima de concordância entre ambos os intervenientes, os quais

devem explorar todos os meios alternativos, nomeadamente, para que o paciente seja capaz de apreender e realizar as recomendações propostas pelo prestador de cuidados, estas devem constituir-se como significativas para a sua história de vida. A concordância é, pois, definida como um objetivo prático e ético em que o paciente faz a sua escolha, na medida em que sabe o que lhe é solicitado pelo prestador de cuidados e que corresponde, efetivamente ao que pretende fazer (Vermeire, 2005; Vermeire, Hearnshaw, Van Royen & Denekens, 2001).

Assim que nos afastamos da conceção paternalista da relação prestador de cuidados/paciente, para uma outra em que se visa a autonomia e o direito à auto-determinação, em que o paciente é devidamente informado, aconselhado e envolvido como parceiro na tomada de decisão e o prestador assume, tanto o papel de defensor dos seus direitos, como o de especialista que aconselha (Vermeire, et al., 2001).

Os aspetos relacionados com a comunicação entre profissional de saúde e utente serão abordados com maior profundidade no capítulo onde se descreve o contexto dos sistemas de saúde, mais especificamente, na avaliação da qualidade do atendimento dos prestadores de cuidados. Relativamente ao nosso trabalho, utilizaremos este conceito de adesão pela presença da díade pessoa/prestador de cuidados e da vertente da negociação presente nesta relação, assim como, pela compreensão deste fenómeno segundo um enfoque multidimensional, uma vez que os fatores que o determinam, interatuam e potenciam as suas influências reciprocamente.

Como já foi referido anteriormente, comparado com as práticas diárias de saúde, o intervalo natural entre os rastreios do cancro da mama cria um contexto de âmbito comportamental com diferente complexidade, apresentando-se como um desafio devido à necessidade de compreendermos de que forma a tomada de decisão das mulheres em participar no rastreio, encaixa nas suas vidas. Será caso para questionarmos se as pessoas terão «janelas decisórias», entre as quais decidem, ou não, realizar o rastreio do cancro (Rakowski & Breslau, 2004). Neste espaço de decisão, para além dos aspetos relacionados com a dimensão individual de cada mulher, concorrem toda uma série de fatores que caracterizam o contexto da saúde, como sejam, a interação com os profissionais de saúde, o próprio sistema de saúde, a tecnologia médica e situações mais, diretamente, relacionadas com o rastreio quando, por exemplo, nos deparamos com resultados anormais do exame mamográfico, sendo importante examinar a forma como estas práticas de saúde diferem nas exigências de desempenho colocadas às pessoas como garantia de sucesso.

Com efeito, isto significa que a natureza da adesão modifica-se segundo as exigências do tratamento ou de um programa em particular, pelos múltiplos requisitos comportamentais

implicados. Enquanto uns são simples e familiares, outros são desconhecidos e exigem do paciente maiores recursos sejam eles individuais (capacidade, habilidade, competência), ou ambientais (circunstâncias, acessibilidade).

Apesar de, uma parte desta conceptualização comportamental permitir-nos definir a adesão segundo mensurações mais explícitas como a frequência, a coerência, a intensidade e a exatidão (OMS, 2004a) todavia, a complexidade do problema torna difícil o desenvolvimento de uma medida padrão, bem como, de métodos altamente válidos de avaliação da adesão (Vermeire, et al., 2001).

Embora, os autores proponham uma série de medidas tradicionais para avaliar a adesão dos pacientes; as diretas (e.g. particularmente, no caso da adesão à medicação através dos marcadores do metabolismo, pela presença de químicos no sangue e na urina); as indiretas as mais, frequentemente, descritas na literatura (e.g. entrevistas, diários, contagem da dose do medicamento, resultados terapêuticos e preventivos), alguns dos métodos citados, além de serem alvo de custos elevados, também acarretam cuidados específicos de natureza ética, designadamente, quando utilizam técnicas invasivas ou observação direta dos contextos de vida das pessoas (Alfonso & Abalo, 2004; Vermeire, et al., 2001).

Além de alguns fatores acima referidos, Sarafino (2002) sugere que a adesão varia, consideravelmente, dependendo do tipo de recomendação médica, da duração do regime terapêutico e segundo o seu objetivo em prevenir a ocorrência de uma doença, ou de tratá-la se esta já existe. No entanto, além destes fatores mais diretamente relacionados com o tipo de tratamento, seja preventivo ou curativo, a adesão, como fenómeno multidimensional, é determinada por uma ação recíproca de cinco dimensões, algumas relacionadas com a pessoa, enquanto outras dizem respeito ao meio envolvente (OMS, 2004a; WHO, 2003a).

Figura 1. As cinco dimensões da adesão



Fonte: Adaptada de WHO (2003a)

Também Rakowski & Breslau (2004) sugerem a combinação simultânea da população alvo de estudo, as suas práticas de saúde, o contexto de intervenção e o eventual contexto de implementação do comportamento como uma prática regular ao longo da vida, ou seja, a avaliação específica dos indivíduos, não só através das tradicionais variáveis demográficas e psicossociais, mas também das características das suas práticas de saúde e dos contextos que conduzem ao comportamento desejado. Turk & Meichenbaum (1987) Sugerem que os determinantes da adesão podem ser categorizados da seguinte forma: (i) relativos ao paciente (e.g. crenças, expectativas sobre a saúde e tratamento); (ii) relativos à doença (e.g. cronicidade, gravidade, fatores de complicação); (iii) relativos ao tratamento da doença (e.g. complexidade, duração, efeitos secundários); (iv) relativos aos prestadores de cuidados de saúde (e.g. relação paciente/prestador de cuidados); (v) organização clínica (e.g. entusiasmo dos profissionais de saúde para o tratamento ou intervenção). Esta perspetiva, não só oferece uma diversidade de determinantes, como as categorias podem ajudar a identificar a produtividade da investigação, as suas lacunas ou limites e os moderadores para traçar a intervenção ou o tratamento (Brawley & Culos-Reed, 2000).

Embora não tivesse sido demonstrado que a situação socioeconómica não seja um determinante independente de adesão, nos países em desenvolvimento e de baixo nível socioeconómico, esta pode ainda colocar o paciente em posição de ter que estabelecer prioridades entre outras escolhas concorrentes. Essas prioridades incluem, frequentemente,

exigências para direcionar recursos, já de si, limitados para atender às necessidades de outros membros da família, como filhos ou pais. Outros fatores que podem ter um efeito significativo sobre a adesão são: o rendimento, o grau de escolaridade, a precariedade no emprego, as redes de apoio social, as condições de vida, a distância da unidade de rastreio, a acessibilidade de transportes, as situações de mudança ambiental, a cultura e as crenças sobre a saúde e a doença (OMS, 2004a). Estes serão explorados e analisados mais à frente neste trabalho e expressos a partir dos resultados de investigação atual.

Por detrás destes esquemas e, apesar de não existirem teorias e modelos *per se* da adesão, alguns têm sido utilizados numa tentativa de prever, explicar e compreender a variabilidade que caracteriza este comportamento como, por exemplo, o modelo de crenças na saúde (Brawley & Culos-Reed, 2000). Desta forma, iremos de seguida descrever e analisar o contexto dos cuidados de saúde e, mais particularmente, o de rastreio do cancro da mama, para depois afunilar o conhecimento e apresentar os fatores estudados relacionados com a própria mulher.

1.1. O SISTEMA DE CUIDADOS DE SAÚDE: CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

“Todas as palavras pomposas e exultantes se tornam impudentes diante dessas esquinas de altar, em que se reserva o amor para além”. (La Serna, 2000, p.21)

As despesas no sector da saúde, as necessidades de saúde de alguns subgrupos da população (e.g. os doentes crónicos, os idosos e pessoas que precisam de cuidados paliativos no domicílio) não estão a ser atendidas de forma adequada, tanto pela natureza dos cuidados de saúde que necessitam, quanto pela complexidade inerente ao próprio sistema de saúde (Saltman, Rico, & Boerma, 2006). Desta forma, emerge uma rede de cuidados inovadores, tais como, os baseados na partilha do trabalho em equipa, que atualmente é impedida devido à crescente fragmentação das áreas de vida das pessoas. Torna-se, pois urgente uma maior coordenação entre os diversos serviços de cuidados primários e secundários, que permita oferecer aos utentes a orientação, a segurança e a garantia de qualidade dos cuidados na sua proximidade e relação com o sistema de saúde.

Uma vez que o sistema de saúde é sustentado pelas idiosincrasias do modelo político vigente e pelas características sociais e económicas de um país ou região, consideramos pertinente fazer um breve retrato das reformas organizacionais ao nível da saúde (com enfoque nos Cuidados de Saúde Primários) na Europa e em Portugal para, depois, apresentar alguns

indicadores de avaliação da qualidade dos cuidados de saúde que apresentam relevância para a confrontação com as variáveis estudadas.

1.1.1. Os Cuidados de Saúde Primários no Mundo

Como já foi referido anteriormente, a contenção de gastos é, efetivamente, um dos propósitos responsáveis pelas reformas ocorridas no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), com vista à promoção da coordenação entre os diversos serviços prestados aos três níveis de prevenção. Além dos escassos recursos, urge também responder às exigências de mudança no perfil epidemiológico devido à crescente prevalência das doenças crónicas.

São pois os CSP, os serviços de primeiro contacto do utente/paciente com o sistema de saúde, cuja missão é resolver os problemas de saúde mais comuns de uma determinada população, através de programas seletivos focalizados e que procuram cobrir as necessidades de grupos populacionais mais vulneráveis.

Starfield (2002) define os CSP como estando orientados para a comunidade tendo, fundamentalmente, como objetivos conhecer as suas necessidades de saúde, centrar as intervenções na família e reconhecer as diferenças culturais dos seus grupos populacionais. Nestes cuidados, considerados de primeiro contacto, os profissionais de saúde tomam a responsabilidade integral e de forma contínua pelos seus utentes/pacientes, segundo uma visão holística e um regime de colaboração e coordenação dos diversos sectores e serviços para resolver as necessidades mais complexas.

Na Conferência Internacional sobre os CSP em Alma-Ata, foi onde se consagraram, inicialmente, como os cuidados essenciais, baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente credíveis prestados na comunidade, aos indivíduos e às famílias, com o seu total envolvimento e participação, a um custo comportável para as comunidades e para os países, no decurso do seu desenvolvimento, num espírito de autonomia e autodeterminação (WHO/UNICEF, 1978).

A breve descrição dos aspetos definidores dos diversos sistemas de saúde pretendem ser enquadradores das análises comparativas dos estudos apresentados ao longo deste trabalho que caracterizam o fenómeno da adesão, pelo que consideramos pertinente integrar, para além de alguns dos países europeus, também os EUA.

Na Europa, em particular, a ênfase destes cuidados recai na clínica e nos cuidados individuais, preventivos ou curativos, independentemente da conceção do modelo assistencial e do modo de organização do sistema de saúde do país. Verifica-se, também, uma grande variação

de configurações institucionais, seja em termos de organização e financiamento, como nas práticas de cuidados (Giovanella, 2006; Ruseski, 2006).

Em relação aos mecanismos de financiamento, grassam dois principais tipos de modelos de proteção social, nomeadamente, o modelo beveridgiano (“*National Health Service*”) com serviços nacionais de saúde, semelhantes a Portugal e o modelo bismarkiano (“*Social Health Insurance*”) suportado por seguros sociais de saúde, de contratação compulsória e financiados por contribuições vinculadas ao trabalho assalariado (Escoval, Ribeiro, & Matos, 2010; Giovanella, 2006; Immergut, 1992; Simões, 2004).

Alguns dos países onde é vigente o modelo do serviço nacional de saúde (Dinamarca, Espanha, Finlândia Grécia, Itália, Reino Unido, Suécia e Portugal) o acesso é universal, sendo a assistência garantida segundo um prisma de equidade e de direito à cidadania com financiamento baseado na dedução fiscal proveniente dos impostos. O estado detém o papel principal com oferta, predominantemente, pública tanto no sector hospitalar, quanto nos centros de saúde observando-se, todavia, diversas parcerias público-privadas. Nestas modalidades de financiamento solidário, os utilizadores dos serviços de saúde participam diretamente na forma de uma taxa de co-pagamento da qual, por norma, alguns grupos vulneráveis estão isentos (e.g. crianças, doentes crónicos, grávidas). Por outro lado, nos países onde vigoram os seguros sociais de saúde (Alemanha, Áustria, Bélgica, França, Holanda, Irlanda e Luxemburgo) verifica-se que a responsabilidade é transferida do Estado para instituições de direito público, com administração autónoma, geridas por representantes dos trabalhadores e dos empregadores, embora o Estado não se demita do seu papel regulador (Giovanella, 2006; WHO/European Observatory on Health Systems and Policies, 2010).

Os EUA é um caso particular de sistema de saúde de livre escolha e de competição, mas com uma cobertura, até ao momento, limitada a determinadas franjas da população, nomeadamente, às pessoas de maior poder económico. Embora anteriormente condicionados a planos de saúde privados, *Medicaid* e *Medicare*, mais recentemente, os americanos vêm ser atribuído carácter legislativo à reforma proposta pelo presidente Obama, com o chamado *Patient Protection and Affordable Care Act*. A cobertura de serviços de saúde passa a abranger os americanos anteriormente desprotegidos. Com efeitos imediatos, a reforma preconiza o apoio a pequenas empresas no sentido de adquirirem planos de saúde para os seus empregados, a redução dos custos com os medicamentos para a terceira idade, a integração dos jovens com idades inferiores a 26 anos nos planos de saúde dos pais e a proteção na saúde infantil e pediátrica. Em simultâneo a estas alterações foram criados programas de apoio ao

utente, bem como um maior investimento na formação dos profissionais de saúde para área de cuidados primários (Escoval, et al., 2010).

Analisando a posição dos CSP na rede assistencial, observamos que, em alguns países à semelhança de Portugal (Dinamarca, Espanha, Itália, Reino Unido, Holanda, Irlanda), a porta de entrada (*“gatekeeper”*) para os cuidados diferenciados é feita pelo médico generalista/especialista de medicina geral e familiar dos centros de saúde permitindo assim, a coordenação dos cuidados e a responsabilização pelo encaminhamento necessário ao segundo nível de cuidados (Boerma, 2003), sendo mais frequente nos países com serviços nacionais de saúde (Giovanella, 2006). Contudo, esta responsabilidade formal pelo primeiro contacto não impede que a procura dos utilizadores seja, com alguma frequência, pelos hospitais ou através de serviços de urgência com o intuito de aceder diretamente aos especialistas (Macinko, Starfield, & Shi, 2003). Em contraste, na maioria dos países com modelos de seguro social, a escolha entre a procura direta do clínico geral, ou do especialista é livre (Giovanella, 2006) à semelhança dos EUA.

No que diz respeito ao espectro de serviços e cuidados oferecidos pelos profissionais de saúde, existe uma considerável dissemelhança entre os países europeus. Em geral, a visão é tendencialmente para os cuidados curativos e nas respostas pontuais às necessidades dos seus utentes (preventivas ou curativas), sendo a educação em saúde, a atividade menos desenvolvida. Nos países onde existe o modelo de *“gatekeeper”* por parte do generalista, o atendimento inclui um leque mais amplo de intervenções como por exemplo, os cuidados à mulher e à criança (é o caso da Espanha e Itália, onde o primeiro contacto é partilhado também pelos pediatras) e as ações relacionadas com problemas psicossociais (Boerma, Van der Zee, & Fleming, 1997). As intervenções são mais diversificadas nos CSP nos casos em que existe uma partilha dos cuidados com outros profissionais de saúde, além dos generalistas. É, por exemplo, o caso da Suécia, Reino Unido e Holanda, onde os CSP também integram, além das enfermeiras, os especialistas como os ginecologistas, os pediatras, os dentistas, os fisioterapeutas, os educadores de saúde, entre outros (Giovanella, 2006).

A realização de ações preventivas também apresenta grande variação. A título de exemplo, na maioria dos países estudados, Boerma (2003) mostrou que a avaliação da pressão arterial é uma prática corrente, por ser encarada como um indicador de preocupação dos clínicos no diagnóstico precoce e controle de doenças crónicas. Contudo, esta prática apresenta alguma variabilidade entre 37% na Holanda, para cerca de 90% no Reino Unido, França, Bélgica e Alemanha. Observa-se também, variação de práticas entre os generalistas dos centros urbanos e

os de áreas rurais, em que estes últimos oferecem um número mais abrangente de serviços (Boerma, Groenewegen, & Van der Zee, 1998).

Em suma, as diferentes configurações institucionais e as características estruturais de oferta e organização dos CSP nos países europeus, compreendem a criação de equipas multidisciplinares, o envolvimento e a motivação dos profissionais. Estes, por se encontrarem mais próximos das necessidades dos utentes, empenham-se mais nos processos decisórios e na gestão dos recursos humanos (Escoval, et al., 2010). O modelo de *gatekeeper* é facilitador da articulação entre os diversos níveis de cuidados potenciando o acompanhamento do utente ao longo do seu ciclo vital, não impedindo, contudo, que os utentes recorram aos serviços de urgência em primeira instância. Contudo, embora se preconize o foco de atenção nos cuidados de saúde primários, ditado em grande parte pelas conferências internacionais realizadas neste âmbito específico, muito há a desenvolver na área da promoção da saúde uma vez que a visão vigente é, ainda, em parte direcionada para os cuidados curativos e para o atendimento de situações pontuais e agudas.

1.1.2. As reformas dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal

O sistema de saúde português tem sofrido diversas reformas ao longo de, aproximadamente, cinco décadas, as quais refletem a política vigente, a história social, a economia e a cultura do país. No entanto, a sua implementação no terreno tem constituído um desafio devido, essencialmente, ao desenho com que foram planeadas e à complexidade e imprevisibilidade, inerentes aos elementos que compõem o sistema.

Nesta breve análise procuraremos abordar alguns aspetos que englobam as várias vertentes integrantes do sistema de saúde, em simultâneo com a evolução dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, uma vez que é neste contexto que desenvolveremos a nossa investigação.

Com efeito, a saúde tem sido, ao longo de várias décadas, uma preocupação política e social, de maior ou menor relevo, com ações pontuais que foram colmatando algumas lacunas na prestação de serviços de saúde, de acordo com os problemas mais emergentes característicos das épocas em que ocorreram.

Desde 1940, altura em que foi promulgada a primeira lei de segurança social e até 1960, a prestação de cuidados de saúde seguiu o modelo alemão de *Bismarck*, um sistema de segurança social financiado por contribuições obrigatórias dos trabalhadores e empregadores, sendo a sua cobertura limitada, em primeira instância, aos trabalhadores industriais e, em fases posteriores,

a outros sectores de trabalhadores e seus dependentes (Bentes, Dias, Sakellarides, & Bankauskaite, 2004). A filosofia subjacente preconizava que o Estado não interviesse na área da saúde, sendo o hospital o elemento central do sistema de saúde que, integrados nas Misericórdias, coordenava as atividades de assistência social e os cuidados de saúde (Sousa, 2009). Os CSP só vieram a ser objeto de intervenção pública nos anos 60, altura em que se estabeleceram novos domínios para o seu financiamento e organização e que serão descritos a seguir.

Vários autores analisaram as reformas que ocorreram ao longo da história do sistema de saúde português segundo alguns períodos mais marcantes, que vieram moldar os cuidados de saúde em geral, resultantes das diferentes políticas de saúde adotadas (Barros & Simões, 1999; Biscaia, 2006; Branco & Ramos, 2001; Simões, 2004). É importante referir que as diferentes políticas de saúde culminaram, em melhorias significativas no estado de saúde dos portugueses, o que colocou Portugal no topo dos indicadores de saúde a nível mundial (Biscaia, 2006).

Desta forma, procuraremos efetuar a análise das reformas do sistema de saúde, sustentada nos estudos mais referenciados na área e nos quadros normativos vigentes.

Marco 1 - Uma primeira fase, desde 1968 até o período revolucionário do 25 de Abril de 1974, emergem os Cuidados de Saúde Primários com a criação da «primeira geração» de centros de saúde. Estes eram desenvolvidos nos serviços, designados por Serviços Médico-Sociais das Caixas de Previdência e estavam associados a atividades de saúde pública que abrangiam desde, cuidados preventivos e curativos até às atividades relacionadas com a autoridade sanitária. Neste modelo coexistiram dois estilos de práticas de cuidados divergentes: por um lado, a saúde comunitária cujos objetivos eram, prioritariamente, a promoção da saúde e as consultas programadas (distribuídas pelas diversas valências) sustentadas em programas verticais normalizados (e.g. vacinação, vigilância de saúde da grávida e da criança e saúde escolar); por outro, os cuidados imediatos a situações de doença aguda, traduzida num elevado número de consultas, visitas domiciliárias e tratamentos de enfermagem, sem preocupações explícitas de natureza qualitativa. Apesar da aparente divergência, estas duas filosofias de cuidados complementavam-se pela prontidão na resposta às necessidades dos utentes (Branco & Ramos, 2001).

Marco 2 - Após a revolução política e social de Abril de 1974 e até início da década de 80, emerge o Serviço Nacional de Saúde (SNS) numa conjuntura de consolidação dos Cuidados de Saúde Primários. O SNS surge numa matriz de centros de saúde de «2ª geração» que integra cuidados preventivos, de promoção da saúde e curativos. A saúde passa a ser um direito dos cidadãos, cujo acesso é universal, geral e gratuito (presente no artigo 64º da Constituição). O

artigo 7º da Lei do SNS de 1979 (Lei nº 56/79) anuncia a gratuidade com o estabelecimento de taxas moderadoras diversificadas, tendo como objetivo a racionalização na procura dos serviços. No artigo 15º, o SNS assegura a totalidade dos serviços, deixando prevista a acessibilidade a outras entidades integradas no SNS segundo uma base contratual, nos casos de impossibilidade em garantir a totalidade das prestações (Barros & Simões, 1999).

Na segunda metade dos anos de 1970, apesar de se viver um período conturbado pelas profundas dificuldades políticas e recessão económica, tanto em Portugal, como internacionalmente, os indicadores de saúde sofreram uma melhoria considerável (mortalidade infantil, perinatal e o aumento da esperança de vida), indicando que o progresso estava no caminho certo. Conseguiu-se garantir até 1978, o princípio da universalidade do SNS, com taxas de cobertura da população nos 100% (Simões, 2004). Contudo, continuou a verificar-se a existência de ineficiências e escassez de recursos, o que seria de esperar, devido à responsabilização financeira por parte do Estado. Os gastos totais repartiam-se em gastos públicos e gastos privados, os quais aumentaram. Esta situação denunciava um esforço das famílias para financiar a saúde, sendo quase tão elevado como o esforço do Estado (Barros & Simões, 1999).

No final da década de 1970, também, se oficializaram os hospitais das Misericórdias, muitos dos quais passaram a hospitais distritais e outros a concelhios ou, ainda, a centros de saúde com internamento. Apesar do maior investimento financeiro ter sido canalizado para os hospitais, coerentemente com a visão hospitalocêntrica dos seus agentes, notou-se que a reforma dos serviços de saúde iniciada em 1971 atribuía já um papel determinante à prevenção e à promoção da saúde. Mas foi a partir da Conferência Internacional para os Cuidados de Saúde Primários, da qual resultou a Declaração de Alma-Ata em 1978, que os mesmos são considerados essenciais na prestação de cuidados de saúde socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis a todos os indivíduos e famílias da comunidade com a sua participação (WHO/UNICEF, 1978).

Considerados o primeiro contacto, dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde nacional, os CSP constituem o elemento primordial de um processo de proteção sanitária que deve aproximar, o mais possível, os cuidados de saúde dos locais onde as pessoas vivem e trabalham (Ministério da Saúde, 2004).

Os centros de saúde estenderam-se, então às localidades rurais o que melhorou, desde logo, a cobertura dos cuidados. No entanto, as «heranças» de um passado recente em termos de modelo de cuidados, não conseguiu melhorar de forma consistente algumas das virtudes dos componentes anteriores, nomeadamente, a acessibilidade a consultas e visitas domiciliárias e a

programação por objetivos de saúde, principalmente, nas áreas da promoção da saúde. Apesar de afirmação da identidade das diversas linhas profissionais (com ênfase na carreira médica de clínica geral), estas logo se mostraram desajustadas em relação às necessidades e expectativas dos utentes e das comunidades, o que contribuiu para a insatisfação e desmotivação dos próprios profissionais (Branco & Ramos, 2001; Simões, 2004).

Marco 3 - No início dos anos de 1980, o Programa do VI Governo Constitucional mostrou o seu propósito de rever a Lei de Bases do SNS numa tentativa de contenção de gastos públicos. Porém, não foram contemplados os dois princípios socializantes mais emblemáticos como sejam, a criação de um SNS universal, geral e gratuito e a socialização da medicina como prioridade do estado. Apenas, aquando a segunda revisão constitucional em 1989, o primeiro princípio foi revogado alterando-o para “tendencialmente gratuito” e o segundo limita-se à expressão ambígua de “socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos”. Esta revisão eliminou os últimos vestígios do programa socialista. Apesar de Portugal ser dos países europeus com piores indicadores, existia uma notória melhoria e uma convergência para os valores médios europeus (Simões, 2004).

Durante a primeira metade dos anos 1980, o Governo desinvestiu em saúde e os privados aumentaram-no, representando um claro indício do afastamento da responsabilidade do Estado no financiamento da saúde dos portugueses. Nesta altura verificou-se, igualmente, um agravamento das desigualdades no acesso à saúde. A utilização dos serviços entre os anos 80 e 85 foi diferente, designadamente, a urgência cresceu de uma forma menos significativa que no período anterior e houve um decréscimo nas consultas (Branco & Ramos, 2001).

Marco 4 - No período entre 1985 e 1994 verificou-se um papel ainda mais interventivo e inequívoco do sector privado, pela maior aproximação à ideologia de mercado. Os beneficiários do SNS seriam agrupados de acordo com os seus rendimentos e, conseqüentemente, com diferentes percentagens de comparticipação (Baganha, Ribeiro, & Pires, 2002; Simões, 2004).

Neste período, as principais alterações foram essencialmente, normativas traduzidas em quatro estratégias constantes da Lei de Bases da Saúde de 1990 e do Estatuto do SNS de 1993; a regionalização da administração dos serviços com maior autonomia e poderes para coordenar a atividade dos hospitais; a privatização do financiamento e da prestação, com o incentivo dos seguros privados de saúde, a gestão privada de unidades públicas e a articulação do SNS com unidades privadas; o financiamento do SNS com a possibilidade de um seguro alternativo de saúde; a articulação de cuidados com a criação de unidades de saúde que agrupariam, numa região, hospitais e centros de saúde. Foram também introduzidas as taxas moderadoras no SNS

no acesso a determinados cuidados de saúde, com exceção para grupos de risco economicamente desfavorecidos (Simões, 2004; Sousa, 2009).

Procedeu-se à criação das cinco Administrações Regionais de Saúde em 1993, assim como as unidades funcionais entre hospitais e centros de saúde, tendo como principais objetivos a melhor integração e articulação entre os diferentes níveis de cuidados (Sousa, 2009).

Em 1995 surge um documento designado de “Financiamento do Sistema de Saúde em Portugal” que propunha a introdução da concorrência, na gestão do financiamento público. No essencial, terá vigorado a redução do peso do Estado na provisão de atividades adjetivas nos hospitais “*contracting out*” e a experiência do Hospital Fernando Fonseca como o primeiro hospital público com gestão privada (Simões, 2004).

Marco 5 - No período de 1995 a 2002 verificou-se um largo consenso na manutenção do SNS como garante da universalidade da cobertura, todavia com maior atenção à gestão do sistema. Uma das iniciativas para evitar duplicações na cobertura, simplificar os processos burocráticos e identificar o estatuto de pagamento de cada utente foi a criação do cartão de utente do SNS. Neste período a política normativa vigente (de Governo Socialista) é marcadamente, ideológica ao travar o afastamento do Estado da área da saúde, assumindo como prioritário o investimento neste sector. Além disso, verificou-se a tentativa de clarificação das prestações entre o sector público e privado com o regime das incompatibilidades (Simões, 2004).

Apresentaram-se diplomas referentes aos genéricos; a comparticipação nos preços e a limitação contratual com a indústria medicamentosa no sentido de contenção dos custos com os medicamentos.

Também, neste período verificou-se a implementação de regras privadas na gestão de recursos humanos e no regime de aquisições, mantendo a gestão pública (e.g. Hospital de Santa Maria da Feira).

Em 1999 foi publicada a legislação sobre os «centros de saúde de 3ª geração» (Decreto-lei nº 157/99). Esta surgiu na sequência de projetos (e.g. Projeto Alfa) e experiências no terreno, baseados numa filosofia de prática de grupo. Particularmente, o projeto Alfa foi um estudo desenvolvido na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo que visava a captação de recursos humanos de acordo com as necessidades existentes e foi na sequência das avaliações dos grupos Alfa que surgiu o Regime Remuneratório Experimental (RRE) dos Médicos de Clínica Geral que mais tarde se refletiu na carreira de outros profissionais de saúde (e.g. enfermeiros e administrativos) (Branco & Ramos, 2001). O início do RRE para os clínicos gerais veio incentivar a produtividade e a satisfação dos mesmos, com a criação de novos modelos de trabalho em

grupo de médicos de Medicina Geral e Familiar e em equipa. Estes centros de saúde organizaram a estrutura assistencial por equipas em unidades operativas, tecnicamente, autónomas e com missões complementares (Campos, 2007).

Como forma de monitorizar estes processos cria-se o Instituto da Qualidade em Saúde com o objetivo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde (Biscaia, 2006; Pisco, 2007).

Marco 6 - No período de 2002 a 2005 reinventam-se os cuidados hospitalares com nova legislação sobre gestão hospitalar e os hospitais empresa. Até ao final de 2002, do ponto de vista jurídico, todos os hospitais eram pessoas coletivas de direito público, dotadas de autonomia administrativa e financeira, mas deveriam organizar-se e ser administrados em termos de gestão empresarial (Simões, 2004). Neste sector, os recursos humanos e financeiros, bem como, o esforço de investimento cresceram exponencialmente, em comparação com os CSP, não sendo implementadas as reformas preconizadas, principalmente devido à falta de vontade e capacidade política. Foi neste contexto que, entretanto, foi revogada a lei (Decreto-lei 60/2003) que criava a Rede de Cuidados de Saúde Primários com particular ênfase em relação ao papel das unidades de saúde familiar (USF) (Pisco, 2007).

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 é apresentado, o qual anuncia quatro estratégias orientadoras com particular implicação nos CSP e que enquadram a mudança de paradigma do pensamento em saúde. A começar pela mudança centrada no cidadão, através de ações que promovem a equidade no acesso aos cuidados, a valorização da qualidade de vida e a compreensão da saúde e da doença como fazendo parte de um *continuum* multidimensional e, como tal, o estabelecimento de prioridades em relação à promoção dos múltiplos fatores que permitem uma resposta favorável à saúde. A segunda estratégia pressupõe a gestão da doença de um modo integrado, ou seja, a partir de um trabalho em rede e com tomadas de decisão e atuação o mais próximo possível dos cidadãos, daí que faça sentido falar de abordagens baseadas em *settings*, ou seja, nos contextos da comunidade (e.g. escolas e locais de trabalho). Além destas, também se propõe capacitar o sistema de saúde para a inovação, construindo um ambiente favorável à aprendizagem e ao desenvolvimento, à investigação e à inovação (Biscaia, 2006).

Apesar do reforço no Orçamento de Estado na saúde, os problemas persistiram, nomeadamente, as listas de espera e a contestação dos profissionais de saúde levou à criação da Entidade Reguladora da Saúde (Simões, 2004).

Marco 7 - Apenas em 2005 reinventam-se os CSP, ou seja, dá-se início à sua reforma efetiva e que se prolongou até os nossos dias. Apostou-se essencialmente, na reorganização dos centros de saúde e sua reconfiguração em Unidades de Saúde Familiares, no funcionamento em rede

dos centros de saúde e dos hospitais e na importação de médicos. Esta reorganização visava, essencialmente, melhorar o seu desempenho através da sua reestruturação em cinco diferentes tipos de equipas multidisciplinares, sustentada numa visão da «equipa», formando as unidades funcionais dos centros de saúde. Esperava-se que estas unidades deveriam complementar-se entre si, fomentando a proximidade dos cidadãos, pela assunção de compromissos de acessibilidade e de qualidade dos cuidados (Pisco, 2007).

Para dar cumprimento a esta medida, o Conselho de Ministros resolveu (Resolução nº 157/2005 publicada em DR a 12 de Outubro) criar, na dependência direta do Ministro da Saúde, a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), cuja incumbência foi a de conduzir o projeto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos Centros de Saúde e implementação das Unidades de Saúde Familiar (USF), uma das unidades funcionais anteriormente referidas (Diário da República, 2005).

Em Janeiro de 2006, a MCSP publica as «Linhas de Ação Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários» onde são clarificadas o âmbito de atuação e a evolução da reforma. A baixa acessibilidade, a ineficiência do sistema, as barreiras burocráticas e a falta de incentivos para melhorar a produtividade e a qualidade foram os responsáveis pela diminuição do nível de satisfação de todos os intervenientes do sistema (cidadãos, profissionais e decisores políticos), tendo sido este o ponto de partida para a referida reforma (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2006b).

As oito grandes áreas de intervenção abrangidas pela reforma foram: a organização, a estrutura e a autonomia dos centros de saúde; a implementação de unidades de saúde familiar; a reestruturação dos serviços de saúde pública; outras dimensões da intervenção na comunidade; a implementação de unidades locais de saúde; o desenvolvimento dos recursos humanos; o desenvolvimento do sistema de informação; a mudança e desenvolvimento de competências. Cada uma das áreas de intervenção é uma peça essencial e dinâmica, dos dispositivos de proximidade, que responde às necessidades das pessoas, com enfoque na cooperação de médicos e enfermeiros no projeto de saúde de cada cidadão (Campos, 2007).

O Decreto-Lei n.º298 de 22 de Agosto de 2007 veio estabelecer o regime jurídico da organização e do funcionamento das USF e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem (Ministério da Saúde, 2007a).

Efetivamente, os princípios de racionalização de estruturas e recursos, de simplificação e de melhoria de qualidade são aqui concretizados com o processo de reconfiguração dos atuais centros de saúde e da reconversão das 18 sub-regiões de saúde (Decreto-Lei n.º 212/2006) em novas realidades institucionais. Estas obedecem a uma dupla organização, a saber: (i) a

constituição de pequenas equipas em unidades funcionais autónomas, prestadoras de cuidados de saúde à população (as USF, as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, as Unidades de Cuidados na Comunidade, as Unidades de Saúde Pública, as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados e as Unidades de Apoio à Gestão); (ii) a agregação de recursos e estruturas de gestão, eliminando concorrências estruturais, com vista a economias de escala e à viabilização de estratégias regionais ao nível dos CSP, de forma a responder às necessidades e expectativas da população (Agrupamentos de Centros de Saúde, abreviadamente, designados de ACES). No fundo, esta remodelação vem ao encontro daquilo que, tanto os cidadãos como os profissionais vinham defendendo quanto à otimização dos recursos para melhorar a qualidade dos serviços prestados à população (eficiência do sistema), bem como a diferenciação técnica e governação clínica com a respetiva monitorização dos processos (Campos, 2007).

Esta reforma coloca múltiplos desafios à cultura das organizações de saúde e para que esta tenha sucesso, será preciso aprofundar a sua dinâmica e saber responder às dúvidas que se anteveem. Caberá aos responsáveis pela MCSP em conseguir efetivar, para que o processo de reestruturação seja progressivo, flexível e consensual, otimizando os recursos disponíveis e tirando proveito das experiências acumuladas (Campos, 2007).

Em suma, estes marcos nas reformas do Sistema de Saúde trouxeram melhoras contínuas nos indicadores de saúde embora, o mesmo não tenha sucedido com os indicadores financeiros, tendo a principal fatura decaído nos gastos totais com a saúde, devido à crescente reivindicação da responsabilização do Estado neste sector.

Em relação à visibilidade dos vários sectores profissionais no âmbito da saúde, os médicos são o grupo profissional de maior «elitismo» nos vários períodos, se considerarmos o aumento dos seus números de efetivos e a implementação de um Regime de Remuneração com base em incentivos, embora a partir de 2005 com a reconfiguração dos Centros de Saúde em USF se tenham previsto estes regimes para todas as outras classes de profissionais de saúde (e.g. enfermeiros), o que vem acontecendo.

Relativamente a indicadores de procura dos cuidados de saúde, o aumento continua a pender para os serviços de urgência, fator este que mediou alguns dos períodos referidos. Esta situação deveu-se, essencialmente, a um desequilíbrio na oferta de cuidados ambulatoriais que não conseguiu responder às necessidades da população tendo, por um lado prejudicado os serviços hospitalares e trazido problemas de acessibilidade aos CSP (Baganha, et al., 2002).

Também a filosofia que viu nascer o SNS nomeadamente, a gratuidade para todos os cidadãos, deixou de funcionar a partir do momento da implementação de taxas moderadoras que se constituíram como fontes de receita e financiamento dos serviços públicos de saúde,

embora este não tenha sido afetado em relação à sua estrutura e funcionamento. Em simultâneo, o sector privado beneficiou, quer diretamente, com a criação e desenvolvimento de convenções entre o Estado e entidades privadas, quer indiretamente, pelo descontentamento crescente da população com os serviços públicos, que determinou o desvio de parte da procura do sector público para o privado iniciando, desta forma, o seu restabelecimento progressivo, enquanto alternativa ao SNS (Simões, Barros, & Pereira, 2008).

Desta forma, o sistema público passa a fazer parcerias com serviços e entidades privadas, através de convenções como sejam, nas consultas médicas de especialidade e meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MDT) (Barros, 2005).

Num estudo sobre o Futuro do Sistema de Saúde Português sugere-se que, independentemente da evolução da fusão entre os serviços, privado e público, este último continua a desempenhar um papel fundamental, na medida em que, na sua componente de prestador de cuidados, regula o conjunto do Sistema de Saúde, nomeadamente, no estabelecimento de padrões de qualidade e como referência nos ganhos de eficiência. Contudo, os autores não concebem como é possível o Estado e o sistema político argumentarem sobre as dificuldades na melhoria qualitativa do sector público da saúde e, em simultâneo, pretenderem regular um mercado ainda mais complexo de serviços privados financiados pelo Estado (Sakellarides, Reis, Escoval, Conceição, & Barbosa, 2005).

É um facto que em pleno século XXI, o SNS continue a enfrentar graves problemas; ao nível das longas listas de espera para procedimentos cirúrgicos e MDT, no aumento da procura de cuidados de saúde (e.g. sobretudo por grupos vulneráveis) e despesas em saúde, bem como, no controlo dos custos (Simões, et al., 2008).

1.1.3. Os Centros de Saúde atuais

Apesar de existirem formas de trabalho no âmbito dos CSP que estavam a funcionar bem e em que as avaliações parcelares assim o demonstravam, tornou-se emergente reformular o pensamento em saúde de forma a sustentar os ventos de mudança que se vinham a desenvolver a nível social e político (Biscaia, 2006) e, assim, tornar defensável um processo que se adivinhava ser de longo prazo.

Há décadas que os centros de saúde constituem a célula organizativa fundamental para a prestação de CSP no território português, tendo sido definidos no Despacho Normativo nº 97/83 que aprovou o Regulamento dos Centros de Saúde, como sendo:

“A célula integrada, polivalente e dinâmica que presta cuidados de saúde primários, visa a promoção e vigilância da saúde, prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, dirigindo, globalmente, a sua ação ao indivíduo, à família e à comunidade”. Estes devem também “privilegiar, de modo especial, a personalização da relação entre os profissionais de saúde e os utentes” (Ministério da Saúde, 1983, p. 1439).

A maioria dos CSP é prestada por médicos de clínica geral ou com especialidade de medicina geral e familiar, bem como, por enfermeiros (com formação geral ou especialidade em saúde pública ou enfermagem comunitária), no contexto de centros de saúde. A gama de serviços prestados pelos mesmos vai desde cuidados de saúde gerais à população adulta, passando pelos cuidados de saúde materna e obstétrica, saúde da mulher, planeamento familiar, visita domiciliária e cuidados preventivos, onde se inclui a vacinação, os rastreios (cancro do colo uterino, mama e coloretal) e a prevenção de outras doenças. Os utentes devem estar inscritos num médico de família e podem escolher, de entre os médicos disponíveis da sua área de residência ou de trabalho.

Cada médico tem, aproximadamente, 1500 utentes na sua lista de utentes, sendo que pode atingir os 2000, mas nunca ser inferior a 1000 (Bentes, et al., 2004).

Com efeito, se verificarmos o que se passa, em média, por cada Centro de Saúde: existem 30.388 utentes inscritos, dos quais, 18.167 são utentes utilizadores (cerca de 60%); o pessoal clínico é constituído por cerca de 20 médicos e 20 enfermeiros; cada médico tem uma lista de 1.497 utentes inscritos; realizam-se cerca de 75.000 consultas em ambulatório e 15.000 atendimentos em SAP (Pisco, 2007).

Além destes dados, outros em termos de custos, vieram confirmar a ingovernabilidade deste tipo de centro de saúde, por um lado demasiado grande para a prestação de cuidados no que diz respeito à proximidade e qualidade, por outro, demasiado pequeno para efeitos de gestão. Pisco (2007) salienta a experiência internacional neste âmbito, o que, a seu ver, sustenta as reformas preconizadas para Portugal. Por seu lado, Biscaia (2006) dá ênfase ao ambiente pró mudança onde devem ser reconhecidos e valorizados os conhecimentos e competências de cada profissional, a aprendizagem, o empreendedorismo, a experimentação, a inovação e o debate. Salienta, não só, o estímulo à comunicação como um desafio no mapa desta mudança de paradigma, em que devem ser dadas as oportunidades de inovar as práticas, a partir das ações contínuas de *benchmarking* e monitorização das descobertas e mudanças nos contextos, como também, a formação e as relações entre os profissionais.

De forma tácita surge uma cultura onde a confiança e a participação são elementos centrais e que podem ser fulcrais para a sobrevivência e o funcionamento das equipas, uma vez que estas representam formas de organização humana muito complexas, exigentes e difíceis de

implementar – as designadas, «comunidades de prática». Segundo Wenger & Snyder (2000) as comunidades de prática são definidas como um agregado de pessoas com características e objetivos comuns que constroem e gerem o conhecimento, compartilhando recursos históricos e sociais no sentido de um compromisso mútuo para a ação.

Estas devem estar ancoradas na reflexão crítica sobre o funcionamento da equipa, na procura partilhada de melhores práticas e soluções (Covita, 2006).

Decorrente deste cenário de evolução na prestação de cuidados de saúde, o enquadramento normativo dos centros de saúde tornou-se obsoleto pois, não só, estamos perante uma reconstrução ao nível epistemológico, como também, no âmbito da *praxis* em que, simultaneamente, se mobilizam vontades para alimentar o pensamento e a intervenção. Desta forma, tendo em vista a crescente complexidade técnica, numa perspetiva multidisciplinar em que os cuidados devem ser orientados para o cidadão, tornou-se pois, prioritária, a reformulação do respetivo quadro legal, dotando os centros de saúde de personalidade jurídica e criando um nível de gestão local, com base numa matriz organizacional, simultaneamente, flexível e funcional, no respeito de uma hierarquia técnica efetiva (Ministério da Saúde, 1999). A criação dos ACES vieram permitir reduzir custos por via da racionalização de recursos, uma vez que os serviços prestados serão agregados no sentido de otimizar os fluxos de informação. Estas novas unidades de gestão deverão ser o resultado do agrupamento das estruturas e serviços de apoio dos atuais centros de saúde e, em regra, obedecer a um critério populacional que corresponda a um número de pessoas residentes entre 50 a 200.000, complementado por um conjunto de variáveis, tais como, a acessibilidade geográfica, a proximidade das pessoas e dos cuidados hospitalares e a densidade populacional (Pisco, 2007).

No que respeita às USF, a sua criação deve ser um processo voluntário da base para o topo, com total envolvimento dos profissionais de saúde. Estes fazem a escolha da equipa, definem um plano de ação e têm autonomia organizacional e de gestão, em função de objetivos e corresponsabilização (Ministério da Saúde, 2007c). No que concerne ao seu plano de ação, este deve traduzir o seu programa de atuação na prestação de cuidados de saúde de forma personalizada e conter o compromisso assistencial, os seus objetivos, indicadores e metas a atingir nas áreas da acessibilidade, desempenho assistencial, qualidade e eficiência. Enquanto por cada médico deve corresponder, em média, 1550 utentes, privilegiando a estrutura familiar, a cada enfermeiro, devem ser confiados os utentes correspondentes ao número de 300 a 400 famílias por determinada área geográfica (Ministério da Saúde, 2007c).

Da mesma forma que as USF prestam cuidados de saúde à pessoa e à família, as Unidades de Cuidados de saúde Personalizados (UCSP) também o fazem, sendo a principal distinção ao

nível do desenvolvimento de dinâmica de equipa, designadamente pelos compromissos de cooperação interprofissional livremente assumidos (não decretados por via normativa). O trabalho de equipa de uma USF corresponde a um grau de autonomia e instrumentos de responsabilização (processos de contratualização exigentes e a sua monitorização) e exigência de desempenho mais desenvolvidos (avaliação de desempenho) (A. G. Branco & Ramos, 2001; Ministério da Saúde, 2008). O ACES pode fazer valer o seu papel gestor e de liderança junto destas unidades funcionais, quando estimula a evolução de uma UCSP a USF, se desejada e voluntária (Ministério da Saúde, 2008).

As unidades cujos cuidados são orientados e organizados para grupos e ambientes específicos de abrangência comunitária e com o apoio e complementaridade da ação das USF e das UCSP, são as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e a Unidade de Saúde Pública (USP). Estas articulam-se sempre que esteja em causa a defesa e a promoção da saúde coletiva, nomeadamente, através de processos de planeamento de saúde populacional, desde a programação, até à avaliação das intervenções das diversas equipas com impacto na saúde comunitária. No âmbito da saúde populacional, ambiental e pública temos as unidades que garantem as intervenções orientadas para defender o bem público comum no domínio da saúde, designadamente, a USP, já referida e que funciona como observatório de saúde local, unidade de administração de saúde populacional, de coordenação de estratégias locais de saúde de natureza comunitária e de autoridade de saúde. As unidades, Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e a de Apoio à Gestão (UAG), prestam apoio técnico e assistencial às restantes unidades e viabilizam o funcionamento de toda a organização, respetivamente (Ministério da Saúde, 2008; Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2006a).

Uma vez que se pretende monitorizar esta reforma por processos transparentes, têm sido efetuados vários estudos, tanto de cariz qualitativo, como quantitativo em que são avaliados indicadores de resultados de saúde que podem condicionar as opções pela qualidade dos serviços.

Um dos documentos que surgiu com os principais destaques do processo de reforma até à data de Novembro de 2010, o qual expõe os resultados do progresso das USF em particular e dos CSP, no geral, mostra-nos que a taxa de viabilidade global das USF, após início de atividade, é de 99.6%. Estas abrangem atualmente, 5 152 profissionais para 3 245 654 utentes, como ganho adicional de mais 405 289 utentes que passaram a ter médico de família. Apenas 3 UCC estavam em funcionamento na região centro, para um total de 48 a nível nacional (cerca de 6%). As USP em atividade no território nacional eram de 73 e na região centro 17 (cerca de 23%). Um dos muitos indicadores avaliados para a atribuição de incentivos institucionais foi a percentagem

de mulheres com idades compreendidas entre os 50-69 anos, que realizaram mamografia nos últimos 2 anos, tendo-se registado uma mediana de 60.7% em 2009 (Ministério da Saúde, 2010).

O Centro de Saúde de Aveiro

O Concelho de Aveiro pertence ao Distrito com a mesma designação, situa-se numa região denominada de Baixo Vouga, abrange uma área geográfica de 197,5 Km² e tem 73.100 residentes. Encontra-se distribuído por 14 freguesias, as quais foram classificadas segundo o tipo de urbanidade: Urbanas (Glória, Vera Cruz); Periurbanas (Aradas, Cacia, Esgueira, Oliveirinha, Santa Joana, São Bernardo); Rurais (Eirol, Eixo, Nariz, Nossa Senhora de Fátima, Requeixo, São Jacinto) (Ministério da Saúde/ARS Centro, 2010).

O Centro de Saúde de Aveiro insere-se neste contexto e integra uma filosofia de prestação de cuidados de saúde no âmbito dos CSP. Este centro de saúde pertence ao ACES do Baixo Vouga II, assim como o de Albergaria-a-Velha, Ílhavo e Vagos. A delimitação geográfica dos ACES pode corresponder a um agrupamento de concelhos ou a um concelho, dependendo das necessidades de gestão no sentido da maior eficiência dos recursos disponíveis e dos fatores geodemográficos (Alto Comissariado da Saúde, 2010a). Este tem por missão garantir a prestação de cuidados de saúde à população da sua área geográfica (164.757 habitantes) e compreende várias unidades funcionais (Ministério da Saúde/ARS Centro, 2010).

No Centro de Saúde de Aveiro, existem em funcionamento 3 USF (Moliceiro, Flor de sal e Santa Joana), uma USF aguarda entrada em funcionamento (USF Salinas) e 2 UCSP's (Ministério da Saúde/ARS Centro, 2010).

Segundo Félix (2010), dos 79595 utentes inscritos em médico de família no ano de 2007, 52.03% são mulheres. Na análise efetuada pela autora, a pirâmide etária do Concelho de Aveiro, no mesmo ano, traduz uma população envelhecida complementada por uma redução da taxa de natalidade e uma maior longevidade da população do sexo feminino.

1.1.4. A qualidade da acessibilidade e do atendimento dos prestadores de cuidados

No nosso estudo é visível a importância que imprimimos à avaliação da qualidade dos cuidados de saúde pelo facto de nos propormos compreender o fenómeno de adesão a um programa de saúde (Programa de Rastreio do Cancro da Mama) segundo uma perspetiva multidimensional, contemplando como uma das dimensões em estudo, a perceção das utentes

acerca da acessibilidade aos serviços de saúde e do atendimento dos profissionais de saúde no âmbito dos CSP.

Abordar a qualidade em saúde pressupõe três conceitos fundamentais: missão, serviços (produtos) e satisfação dos utentes. Neste contexto, Mezomo (2001) salienta que os serviços de saúde devem ser adequados às necessidades dos utentes, estando implícito na missão da organização o assumir do compromisso para com a satisfação destes.

A avaliação da qualidade em saúde resultou da preocupação política e social, decorrente das reformas enunciadas anteriormente, e que têm como pressupostos, um planeamento criterioso e a criação de instrumentos de medida no sentido de promover e disseminar, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, uma cultura de melhoria contínua da qualidade para benefício dos cidadãos, utilizadores do sistema de saúde, e a satisfação dos seus profissionais.

A Divisão de Qualidade Clínica e Organizacional nasce, precisamente, com o objetivo de criar valor nas diferentes áreas, nomeadamente, a emissão de orientações técnicas sustentadas na evidência científica, a monitorização do desempenho das unidades prestadoras de cuidados de saúde, a avaliação da satisfação de utentes e profissionais de saúde, o acompanhamento do desenvolvimento da política internacional nesta área e a qualificação/ acreditação das unidades prestadoras de cuidados (Direcção Geral da Saúde, 2010).

Neste sentido, o Programa Nacional de Acreditação em Saúde surgiu também como uma ferramenta normativa para o desenvolvimento da estratégia da qualidade, constituindo um estímulo para a aplicação de boas práticas, de procedimentos normalizados da qualidade e segurança, de metodologias de avaliação do risco e de estudos de custo-efetividade, na prestação dos cuidados de saúde. Além disso, este programa tem, ainda, como objetivo final, uma mudança cultural com vista a alterar o atual paradigma de prestação de cuidados, centrados na organização, para um novo paradigma, centrado no cidadão (Ministério da Saúde, 2009). Desta forma, uma conceção de cuidados em que a abordagem é centrada na pessoa pressupõe uma partilha de poder entre o profissional de saúde e o paciente, bem como, a compreensão da pessoa como um todo e não apenas na doença, indo ao encontro dos seus desejos promovendo, desta forma, a adesão a um plano de cuidados (Irwin & Richardson, 2006).

Os cuidados que os utentes necessitam, abrangem muito para além dos aspetos físicos, nomeadamente, de atenção ao seu bem-estar psicológico, aos seus medos específicos e às ansiedades relacionadas com a saúde e a doença, aos exames e tratamentos a realizar, aos comportamentos saudáveis, às crises pessoais e familiares, entre outros. Uma das áreas que resulta de insatisfação por parte dos utentes consiste no comportamento comunicacional dos

profissionais de saúde, o qual atribui menor valor à comunicação com o utente, que se traduzem em dificuldades relacionadas com a transmissão de informação, as atitudes dos profissionais (e.g. fraca comunicação afetiva) e dos utentes (e.g. fraca literacia) (Teixeira, 2004).

Na perspetiva dos utentes, uma boa comunicação, uma saudável relação de parceria com o médico e a promoção da saúde são aspetos primordiais da consulta, contribuindo para a melhoria do seu estado emocional e físico (Stewart, 1995).

No que diz respeito à relação entre médico e utente, Parsons (1965) emprestou relevância à participação deste último no sucesso das terapêuticas e, conseqüentemente, na adesão às mesmas. Na mesma linha de pensamento, Williams (1994) refere que um paciente insatisfeito poderia não seguir as prescrições do médico e não aderir ao tratamento tendo, este facto, aumentado o interesse no estudo da opinião dos pacientes em relação aos profissionais e ao ambiente físico das estruturas de saúde (Cleary & Edgman-Levitan, 1997; Donabedian, 1988; Ferreira, 2000).

Os principais problemas que podem ocorrer aquando a transmissão da informação são; ser insuficiente, imprecisa ou ambígua, ser excessivamente técnica e dedicar pouco tempo da consulta à transmissão do que é relevante, em que o paradigma de intervenção é mais centrado no profissional de saúde do que no utente. É fundamental que a informação seja clara, credível, recordável, consistente ao longo do tempo, baseada na evidência e personalizada, ou seja, adequada às necessidades do utente e adaptada ao seu nível cultural e cognitivo (Teixeira, 2004). O autor afirma, ainda, ser certo que nem todos necessitam do mesmo tipo de informação, variando de utente para utente de acordo com o seu sistema de valores; uns valorizam a informação sensorial (*o que vou sentir?*), outros, a informação de confronto (*o que posso fazer?*) e ainda, a informação de procedimento (*o que vai acontecer?*).

As conseqüências de uma relação comunicativa não assertiva entre profissional de saúde/utente resultarão em dificuldades relacionadas com comportamentos de adesão insatisfatórios nas várias áreas da saúde, desde a promoção da saúde, a prevenção da doença e o tratamento adequado.

Uma vez que o nosso estudo dá voz, essencialmente, ao discurso das utentes no sentido de avaliarem a qualidade dos cuidados de saúde prestados no âmbito do rastreio do cancro da mama, debruçar-nos-emos na dimensão da qualidade para o utente.

Reportando-nos ao significado de «qualidade», Donabedian (1990a) refere que esta diz respeito à conformidade com as normas, e como estas não são absolutas podem variar de uma sociedade para outra.

Foi com Donabedian (1984) que se passou a observar a qualidade em saúde a partir de três ângulos distintos, mas complementares, a satisfação do utente, a do profissional de saúde e a da comunidade. No que diz respeito à avaliação da performance dos prestadores de cuidados, o mesmo autor (Donabedian, 1988, 1990a) propõe realizá-la a partir de dois componentes: (i) a técnica, em que a atuação dos profissionais depende do conhecimento científico e tecnológico como suporte para o seu julgamento clínico, bem como, nas suas competências na implementação de estratégias apropriadas aquando a sua intervenção; (ii) a relação interpessoal, elemento de vital importância em que o paciente comunica a informação necessária possibilitando o diagnóstico e a seleção dos métodos de cuidados mais apropriados.

Através desta troca, o profissional fornece também a informação acerca da natureza da doença e do seu tratamento e estimula o paciente a agir, colaborativamente, no seu processo de cuidados. No fundo, a vertente interpessoal é o veículo segundo o qual, a vertente técnica deve ser implementada e, sobre a qual, depende o sucesso da relação. Este processo relacional deve também incluir, expectativas individuais e padrões sociais, podendo auxiliar ou dificultar o processo técnico. Circundando este núcleo temos as amenidades (Donabedian, 1988) que não são mais do que o ambiente físico onde o processo de atendimento se desenvolve. Estas consistem nas características do meio, sendo a sua aceitabilidade, ou não, determinadas, em parte, pelas diferenças culturais.

Efetivamente, a partir de Donabedian, os utentes não mais foram ignorados e a «satisfação» relativamente aos serviços de saúde passou a ser considerada um atributo da qualidade, como um objetivo em si e não, apenas, um meio de produzir a adesão do utente a tratamentos, como era habitual em estudos anteriores (Vuori, 1987; Williams, 1994).

Gradativamente, a satisfação do utente passou a denominar um conjunto amplo e heterogéneo de estudos com o objetivo de conhecer a opinião dos utilizadores dos serviços de saúde, públicos ou privados. Alguns desses estudos, que analisaremos de seguida, vieram dar enfoque às distintas dimensões que envolvem o cuidado na saúde, desde a relação médico e utente até à qualidade das instalações do serviço, passando pela qualidade técnica dos profissionais de saúde a partir da perceção do utente.

Não será demais referir que, o facto deste ser chamado a pronunciar-se sobre a qualidade dos cuidados que recebe, tem provocado críticas de vária natureza. Uma das mais frequentes nos estudos sobre a satisfação recai na perspetiva subjetiva da categoria «satisfação», que possui diversos determinantes como: grau de expectativa e exigência em relação ao atendimento, para além das características particulares do utente como a idade, o género, a classe social e o estado psicológico (Sitzia & Wood, 1997).

Alguns autores mediram a satisfação como sendo o resultado da diferença entre a expectativa e o desempenho desse serviço, ou seja, a avaliação da qualidade (Q_j) de um serviço por um utente, corresponde à diferença entre a sua expectativa (E_j) e o seu julgamento do serviço (D_j) representando-se segundo a equação seguinte: $Q_j = D_j - E_j$ (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1985; 1988).

Ao explicar os fatores críticos da prestação de um serviço e que podem causar a discrepância entre as expectativas e o desempenho, os mesmos autores apresentam cinco categorias ou dimensões da qualidade: a tangibilidade (facilidades físicas, equipamento e apresentação do pessoal); a credibilidade (habilidade para realizar o serviço prometido de forma confiável e precisa); a responsabilidade (vontade de ajudar os clientes e oferecer um serviço rápido); a segurança (o conhecimento e a cortesia dos empregados e a sua habilidade para inspirar confiança); a empatia (o cuidado individualizado que a organização presta aos seus utentes). Estas duas últimas dimensões podem contemplar indicadores como a comunicação, a credibilidade, a competência, o conhecimento/compreensão e o acesso. Estas constituem o instrumento SERVQUAL, questionário que avalia a satisfação através da perceção da qualidade e das expectativas do utente (Parasuraman, et al., 1988). A expectativa é um dos aspetos mais complexos em termos de avaliação, pois os utentes eventualmente aprendem a diminuir as suas expectativas quanto aos serviços, podendo uma boa avaliação ser fruto de uma baixa capacidade crítica dos utilizadores. O contrário também pode acontecer, ou seja, uma avaliação mais baixa pode ser feita por utentes com alto grau de exigência (*ibid.*).

Nesta linha e, mais especificamente, no campo da saúde, Donabedian (1990b) conferiu à qualidade em saúde sete atributos, ao que ele designou de pilares: eficácia (a habilidade de atendimento, no seu melhor, com o objetivo de melhorar a saúde); efetividade (o grau em que a melhoria em saúde é, ou se espera que seja alcançada, nas condições da prática diária em relação ao melhor cuidado observado); eficiência (a capacidade de se obter o máximo de melhoria na saúde ao menor custo, em recursos e tempo); otimização (o mais vantajoso balanço entre custos e benefícios); legitimidade (a discussão sobre qualidade ao nível social em conformidade com todos os outros aspetos); equidade (justiça na distribuição do cuidado e os seus efeitos na saúde de uma população); aceitabilidade (conformidade com as preferências do utente em relação à acessibilidade, à relação com o profissional de saúde, às comodidades, aos efeitos e custos dos cuidados). Consequentemente, os profissionais de saúde devem ter em consideração as preferências do utente e as preferências sociais na avaliação e garantia da qualidade. Quando estes dois âmbitos de preferência estão em discordância, cabe aos profissionais enfrentar o desafio de os conciliar. A concretização de cada um dos pilares da

qualidade pode ser, mutuamente, potenciada se pensarmos que um cuidado efetivo, deve ser o mais aceitável e o mais legítimo.

Contudo, os discursos dos utentes também foram questionados, quanto à sua validade, por Hopkins (1990), apresentando-os como discutíveis devido à opinião que emitem acerca da qualidade dos aspetos de natureza técnica do tratamento. Segundo este autor, pode existir o risco de «desvio» nesta avaliação, condicionada pela quantidade de intervenções recebidas. Outros referem a menor qualificação dos utentes, em comparação com os prestadores de cuidados, para determinar a competência técnica, apresentando conceitos distintos e questionáveis nas suas avaliações (Miranda, Chamorro, Murillo, & Vega, 2010).

Embora existam posições discordantes quanto à monitorização da opinião dos utentes acerca dos aspetos técnicos dos cuidados prestados, Ferreira (2000) afirma que o utente é o único perito capaz de determinar quais os resultados que se devem procurar, quais os riscos que devem ser aceites em troca de alternativas terapêuticas de melhoria e a que custo. Deste modo, estes prestam um contributo único e indispensável para a definição da qualidade dos cuidados prestados e para o estabelecimento dos padrões pelos quais os cuidados devem ser julgados.

Com efeito, os utentes que classificam com alta pontuação ambos os aspetos, técnico e interpessoal, menos provavelmente mudarão de médico ou de serviço de saúde (Marquis, Davies, & Ware, 1983; Mirowsky & Ross, 1983). Além disso, quando satisfeitos voltam a contactar os serviços e os profissionais de saúde (Aharony & Strasser, 1993; Cleary & McNeil, 1988; Vuori, 1991)

A experiência dos utentes torna-se, desta forma, necessária à identificação de problemas de qualidade nas áreas da comunicação, da informação, da continuidade de cuidados e da sua coordenação no sistema de cuidados. Estes também fornecem dados, de natureza comportamental ou, relativos ao estado funcional de saúde, à qualidade de vida e ao cumprimento de regimes de tratamento.

Foi com base nestas premissas relacionadas com a qualidade que analisamos alguns dos indicadores existentes no âmbito dos CSP em Portugal e a nível internacional, tendo em atenção que as reformas em saúde são um processo em desenvolvimento e, como tal, deixam em aberto várias possibilidades de interpretação, visto nem todos os atores envolvidos terem sido auscultados (e.g. profissionais de saúde e utentes) e nem todas as dimensões da qualidade monitorizadas.

Do processo de reforma dos CSP, anteriormente referido, a face mais visível foram as USF, iniciado em 1999 e com as primeiras candidaturas a surgirem em Março de 2006. No final deste ano existiam já em funcionamento, muitas unidades de saúde organizadas segundo a nova

filosofia de prestação de cuidados e de organização interna. Daí a necessidade de obter informação estruturada a partir dos intervenientes diretos no processo, neste caso, dos médicos, enfermeiros e administrativos, com o intuito de, a partir dos resultados, reforçar experiências positivas e corrigir problemas identificados. Neste estudo, de natureza qualitativa, foi utilizada a técnica de grupo nominal com discussão aberta para identificar os dez sucessos e problemas das USF. Participaram 210 profissionais de saúde, representando 73 USF, tendo a região Norte maior número de participantes e Alentejo e Algarve menos (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2008).

Na região Centro (à qual pertence o Centro de Saúde de Aveiro) os dez principais problemas mais comumente apontados foram: instabilidade profissional e contratual, sistema de informação, dificuldades de articulação entre os serviços e problemas com instalações. Como sucessos destacam-se: a autonomia profissional e organizativa, a satisfação e maior acessibilidade dos utentes e o espírito de equipa (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2008). Neste mesmo estudo salienta-se, em geral, como uma das consequências mais visíveis da reforma, o aumento da acessibilidade dos pacientes à consulta, muito particularmente, ao seu médico de família. A autonomia é outro dos sucessos apontados pelos profissionais, especialmente pelos administrativos e enfermeiros, devido, principalmente, às oportunidades que o novo modelo de reorganização de trabalho veio promover. Um outro aspeto diz respeito ao trabalho em equipa, sendo que este resulta em boa parte, devido à autonomia sentida pelos profissionais, uma vez que estes tendem a funcionar melhor em equipa, que sujeitos a uma cadeia de comando e controle, muito rígida (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2008).

Um outro estudo, também a monitorizar a satisfação dos profissionais, foi realizado em 2009, pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (Ferreira & Antunes, 2009a). A sondagem dirigida aos profissionais foi levada a cabo nas 143 Unidades de Saúde Familiar (USF) que haviam sido constituídas até Novembro de 2008. Participaram 2.398 profissionais, o que corresponde a uma taxa de respostas de 85,0%, com maior taxa de participação da região centro (89.1%). Por sector profissional responderam 35,6% enfermeiros, 33,6% médicos e 30,8% administrativos. Com respeito ao tempo de serviço, verifica-se que a maioria dos profissionais trabalhava entre 1-3 anos (66%), seguido de tempo inferior a um ano (20%). Algumas das variáveis estudadas consistiram: USF como local de trabalho; política de recursos humanos; órgãos de direção; recursos humanos (continuidade do pessoal, nº de profissionais, proporção hierárquica, trabalho de equipa e comunicação por turnos); o estado de espírito; o vencimento; local de trabalho e equipamento; qualidade da USF na prestação de cuidados; melhoria contínua da qualidade; satisfação global). Os profissionais de saúde

avaliaram entre o Bom e o Muito Bom a maioria dos indicadores, com exceção do Vencimento (30.9% Regular; 28.5% Mau) e Local de trabalho e equipamento (31.6% Bom; 30.3% Regular). A quase totalidade dos participantes (95.6%) avaliou a satisfação global e 79.2% referiu que voltaria a querer trabalhar nesta USF se começasse de novo (Ferreira & Antunes, 2009a).

Os profissionais mostram-se satisfeitos com as USF embora, provavelmente, estes elevados índices de satisfação sejam condicionados pelo diminuto tempo de serviço (eventualmente este é o primeiro emprego, não tendo como comparar com outras realidades). Contudo, verifica-se alguma insatisfação com o vencimento, hipoteticamente, devido ao atual tipo de modelo de organização das USF, em que o regime remuneratório é o «básico». À semelhança do estudo anterior, os profissionais também mencionam a insatisfação quanto ao local de trabalho e equipamento, pressupomos que seja devido à precariedade das mesmas, uma vez que algumas USF funcionam em instalações antigas onde foram realizados reajustamentos, não respondendo às necessidades destes novos modelos de trabalho e ao número de utentes que servem.

O mesmo centro de estudos efetuou um outro inquérito, desta feita, aos utilizadores de 146 USF constituídas até à mesma data, ao qual faremos uma breve análise. Responderam 12.713 utentes, sendo a percentagem de respostas mais elevada na região do Alentejo (75,8%). A maioria dos participantes era do sexo feminino (67.5%) e tinham idades entre os 18 e os 75 anos. Os grupos etários onde se registaram mais utilizadores foram: 35-44anos (21%); 45-54 anos (18%); 55-64 e 25-34 anos com 17% e outros menos representativos. Quanto ao nível de instrução, as respostas eram homogéneas pelas várias categorias, das quais 26% tinham o 1º ciclo do ensino básico, seguida de 20% com o ensino secundário. Apenas 15% haviam cumprido o ensino superior e 2% não sabiam ler nem escrever (Ferreira & Antunes, 2009b). Acreditamos que o baixo nível de instrução numa população cujo grupo etário é, relativamente, jovem terá que ver com a reduzida taxa de alfabetização que se verifica no Alentejo.

A quase totalidade da amostra (94.9%) já havia recorrido à USF outras vezes, sendo que, a percentagem mais elevada de consultas nos últimos 6 meses corresponde a 24% dos utilizadores. A satisfação global foi avaliada com as variáveis do estudo EuroPEP (*European Task Force on Patient Evaluation of General Practice*) e consistiram nas seguintes: Relação e comunicação; cuidados médicos; informação e apoio; continuidade e cooperação; organização dos serviços. Estas variáveis obtiveram respostas entre o Bastante satisfatório (44.5%) e Muito satisfatório (39%). A satisfação em áreas específicas como os serviços no domicílio, a resposta a necessidades especiais e contactos para prevenção obtiveram respostas Bastante satisfatórias (47.9%). A resposta da USF em termos de atendimento, respeito e liberdade de escolha representou 46.7% da resposta dos utilizadores que se mostram entre Muito e Bastante

satisfeitos com os recursos humanos e instalações existentes nas suas USF. Cerca de 58% dos utilizadores recomendaria a sua USF aos amigos (Ferreira & Antunes, 2009b).

Apesar de, tanto os profissionais de saúde como os utentes dos serviços referirem estar satisfeitos com os CSP atuais, a avaliação feita pelos mesmos evidencia-se pela satisfação em todos os indicadores.

Contudo, anteriormente a estes estudos, outros também haviam tido a preocupação de avaliar a qualidade dos CSP, nas suas diversas vertentes, uma vez que tem sido evidenciado os contributos dos utentes na melhoria dos cuidados de saúde através das suas experiências. Sendo o acesso aos cuidados de saúde, um dos determinantes da mesma, este interliga-se de modo dinâmico com os determinantes sociais, com a literacia e com as atitudes perante os serviços de Saúde e as próprias conceções de saúde e doença, influenciando-se mutuamente. Em 1992, foi efetuado um estudo de opinião sobre os serviços de saúde na União Europeia (Eurobarómetro) no qual, 71% dos inquiridos europeus acharam, de um modo geral, que a qualidade dos cuidados recebidos era boa. Dos inquiridos portugueses, apenas 43% têm a mesma opinião. Por outro lado, no que diz respeito à eficiência dos serviços oferecidos à população, 50% dos inquiridos europeus consideram-nos ineficientes e os doentes não são tratados tão bem quanto deveriam ser, enquanto 80% dos portugueses são da mesma opinião (Ministério da Saúde, 1997).

Um outro aspeto da avaliação da satisfação dos utentes tem que ver com o tempo de espera nos serviços de saúde. Comparando o sistema de saúde português com outros países europeus, os portugueses vão menos ao médico, esperam mais tempo entre o momento da marcação e o da consulta, bem como, no próprio consultório médico; por isso o seu grau de satisfação é menor (Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor, 1993).

Em 2000 e 2003, a mesma associação aplicou um questionário com indicadores como a acessibilidade, o tempo de espera para obter consulta, a relação médico de família/utente, a informação aos utentes, os serviços de urgência e a satisfação com o funcionamento do centro de saúde (Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor, 2001, 2004). Nestes inquéritos, os utentes, de um modo geral, referem que os centros de saúde situam-se perto das suas residências, sendo o tempo que demoram a deslocar-se, inferior a 15 minutos. Em 2003, quase um terço dos inquiridos refere que espera um mês ou mais pela consulta, enquanto no estudo de 2000, esse tempo era referido por menos de um quarto dos inquiridos. Relativamente ao tempo de espera entre a hora marcada e a hora em que foi atendido, em ambos os estudos, cerca de um quarto dos utentes espera mais de duas horas. Em ambos os períodos apontados, o grau de satisfação não sofreu oscilações acentuadas. Os utentes revelaram satisfação geral com

o funcionamento do centro de saúde, sendo os principais motivos de insatisfação, as visitas domiciliárias, o tempo de espera antes de ser atendido e em conseguir consulta. Relativamente à informação fornecida pelo centro de saúde e o grau de satisfação com o médico de família, os utentes mostraram-se também satisfeitos. Os principais motivos de insatisfação em ambos os inquéritos foi o tempo dedicado ao paciente, a pontualidade e a assiduidade do médico. Como motivos de satisfação, os utentes revelaram ser a informação fornecida, a compreensão humana/ interesse pelos problemas, a possibilidade de explicar os seus problemas/ capacidade de escuta e a competência (Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor, 2001; 2004).

Cabral & Silva (2009) efetuaram dois estudos para avaliar o estado de saúde dos portugueses e a resposta dos serviços de saúde; o primeiro estudo ocorreu em 2001 e o segundo em 2008, sendo que neste último, os autores fizeram uma análise comparativa dos indicadores relativos à acessibilidade aos cuidados de saúde. Os autores constataram que, nos dois períodos estudados, mais de metade dos portugueses está a menos de dez minutos de distância do Centro de Saúde da sua área de residência, com utentes a referir que gastam menos de cinco minutos a deslocar-se. Supõe-se que este ganho se deva ao facto da maioria utilizar carro próprio para deslocação, principalmente na Região Centro do país. Também nesta região, os utentes declaram estar apenas a dez minutos de distância em relação a outros serviços de saúde, nomeadamente, dos hospitais. Os inquiridos da Região Centro têm mais facilidade de acessibilidade aos serviços de urgência e ao médico de família, a consultas e a tratamentos hospitalares pela sua maior disponibilidade de recursos. Contudo, as mulheres são, em média quem pior avalia essa acessibilidade, tal como os inquiridos menos escolarizados e com baixos recursos económicos. Neste estudo, quem mais recorre aos serviços de saúde públicos e, presumivelmente, necessita deles, é quem mais dificuldade diz encontrar em aceder a eles. Verificou-se também de 2001 para 2008 uma diminuição da percentagem dos portugueses sem médico de família (15.1% para 7.9%), onde a Região Centro se destaca. Deste modo, nesta região o recurso a consultas nos Centros de saúde aumentou consideravelmente em sete anos, sendo as mulheres, os mais idosos e os de estatuto socioeconómico mais baixo aqueles que mais utilizaram os CSP. Efetivamente, o acesso mais intenso aos CSP deve-se, sobretudo, ao aumento das consultas de rotina e dos comportamentos preventivos, nomeadamente, os rastreios e menos por situações por doença aguda, o que explica neste estudo a preocupação individual generalizada com a saúde. O tempo de espera por uma consulta do médico de família é o aspeto que gera maior descontentamento, embora com avaliação tendencialmente positiva de 2001 para 2008. Em ambos estes períodos, a relação com o médico de família foi avaliada de forma bastante positiva. As vantagens mais apontadas do sector público foram a proximidade e a

gratuidade e, em relação ao sector privado, a rapidez no atendimento e da marcação de consultas. Em termos globais, a maioria dos inquiridos avaliaram, positivamente, o funcionamento dos Centros de Saúde, com o Norte e o Centro tendencialmente mais positivas em relação à média (Cabral & Silva, 2009).

A comunicação entre paciente e prestador de cuidados tem sido um dos aspetos mais elencados destes estudos, no âmbito da relação interpessoal, como sendo de grande importância segundo as expectativas dos pacientes. De forma pouco surpreendente, os pacientes comumente queixam-se que os médicos não lhes explicam a sua doença ou as opções de tratamento de forma acessível e, como resultado, aumenta o risco de maior limitação, na compreensão e na comunicação. Mesmo quando os profissionais de saúde fornecem informação, esta é factual e organizada, de acordo com o modelo biomédico, tendo como objetivo único aumentar o conhecimento dos pacientes, embora os que têm fraca literacia não a considerem relevante ou útil (Baker, 2006). Acontece que os prestadores de cuidados parecem assumir que a sua lógica de pensamento é universal, sem considerar a experiência de vida dos pacientes, o que poderia trazer contributos tão válidos à entrevista clínica e às intervenções propostas.

Não obstante, o aconselhamento clínico deve ser de acordo com os estilos de vida dos pacientes e considerar os benefícios para a vida de cada um (Baker, 2006; Doak, Doak, & Meade, 1996).

Resumindo, nestes inquéritos os portugueses revelam maior satisfação em relação ao aspetos técnicos e humanos das consultas e insatisfação com alguns dos aspetos organizacionais dos serviços de saúde (e.g. tempos de espera para obter consultas), relacionados com as suas expectativas de acesso. Todavia, comparando com os países europeus, os portugueses pontuam estes indicadores abaixo dos outros países.

Apesar dos esforços de confrontação com outros estudos a nível internacional, não tem sido possível demonstrar a capacidade de extrapolação dos resultados para outros países com diferentes culturas e sistemas de saúde uma vez que, nestes processos, devem ser consideradas as diferenças sistémicas e estruturais, além das culturais, que parecem influenciar as expectativas dos utentes (Ferreira, 2001).

Alguns estudos internacionais mais referenciados nas bases de dados de artigos científicos demonstram, no que concerne às expectativas e prioridades dos utentes em relação aos cuidados médicos, que podemos encontrar aspetos em comum e que estes mantêm-se ao longo do tempo, se compararmos estudos realizados em períodos diferentes.

Um questionário foi aplicado a um total de 3540 utentes (taxa de resposta 55%) oriundos do Reino Unido, Noruega, Suécia, Dinamarca, Holanda, Alemanha, Portugal e Israel. Verificou-se que, embora existam diferenças culturais e dos sistemas de saúde, os utentes dos diversos países têm opiniões em comum, principalmente no que se refere aos aspetos relacionados com a comunicação entre utente e médico e a acessibilidade aos serviços. Observaram-se valores mais elevados nos indicadores: tempo suficiente durante a consulta; serviços rápidos em situações de emergência; confidencialidade da informação acerca dos utentes; informação aos utentes de tudo o que quiserem saber acerca da sua doença; deixar os utentes à vontade para falarem livremente dos seus problemas; os médicos vão para cursos muitas vezes; a oferta de cuidados preventivos (Grol et al., 1998). Também foram examinados os potenciais problemas no âmbito da qualidade dos cuidados: em Portugal, o pobre envolvimento dos clínicos gerais fora das horas de serviço; o reduzido fornecimento de exames de rotina na Suécia, Noruega e Holanda; a falta de uma população definida de pacientes na Alemanha; a ausência do papel de *gatekeeper* para os cuidados de saúde diferenciados na Alemanha e Suécia; o baixo número de visitas domiciliárias na Suécia (Wensing et al., 1998).

Num estudo a nível europeu, cujo objetivo é a avaliação da qualidade dos cuidados primários pelos utentes, para o qual foi aplicado o EuroPEP, também, verificou-se pouca variação a nível internacional dado que foram feitas avaliações positivas dos diferentes indicadores, nos vários países. Contudo, a título de exemplo, os alemães e os suíços valorizam mais a acessibilidade e de como fazer a marcação de uma consulta e os ingleses e portugueses dão mais valor aos serviços preventivos e à informação disponibilizada (Ferreira, 1999; Grol et al., 2000).

Os pacientes mostram maior satisfação nos países onde são livres de consultar diretamente os especialistas (i.e. países com sistema de saúde do tipo *bismarkiano*) embora se conceba que isto possa ser um fator promotor de consumismo em termos de cuidados de saúde e que pode beneficiar apenas uma franja da população (e.g. melhor nível socioeconómico).

O estudo anterior foi replicado em Portugal a uma amostra de 290 utilizadores, com idade superior ou igual a 18 anos, dos centros de saúde da ARS do Centro (Ferreira, 2001). Tendo em consideração que a análise das prioridades dos utentes é um indicador subjetivo, podendo sofrer a influência de vários fatores estruturais (cultura nacional e loco-regional e qualidade dos cuidados), estas devem ser consideradas como a imagem do que os utentes apontam como sendo os requisitos necessários nos cuidados prestados pelos médicos de família. É interessante constatar que são precisamente, os cuidados médico-técnicos, os que mais distinguem as posições relativas das prioridades que os utentes atribuem aos cuidados de saúde e isto é mais

evidente quando relacionado com a idade e o nível de escolaridade. Os requisitos mais importantes apontados pelos utentes foram: serviço rápido em caso de urgência; consultas a curto prazo nas situações normais; durante as consultas, um médico de família que ouve, fala e esclarece, que faz com que o utente fique à vontade para expor os seus problemas, que fornece a informação necessária sobre a doença, o diagnóstico e os tratamentos e, finalmente, que garanta a confidencialidade da informação. Por outro lado, os aspetos da qualidade organizacional e de gestão são menos valorizados pelos utentes (Ferreira, 2001).

Com efeito, algumas disparidades no acesso aos serviços e aos cuidados de saúde também são condicionados pela pobre comunicação que prejudica a capacidade do paciente para expor os seus problemas e na valorização que o prestador de cuidados lhes concede. Mesmo em áreas da prestação de cuidados onde faz sentido consultas dirigidas para os aspetos psicossociais, estes representam um papel menor nas interações entre profissional de saúde/paciente.

Num estudo no âmbito da oncologia foram avaliados os padrões de comunicação entre ambos os intervenientes (oncologista e paciente) e verificou-se a existência de diferenças significativas entre o tempo e a qualidade comunicativa relativamente aos fatores demográficos (e.g. idade, raça, nível educacional e rendimento) (Siminoff, Graham, & Gordon, 2006). Estas diferenças podem significar um processo de tomada de decisão menos adequado, por parte dos médicos, para com as pessoas mais velhas, menos educadas, de minorias étnicas e com menor rendimento. Esta situação revela que, apesar destes profissionais «dominarem» neste contexto, as suas condutas demonstram que apenas respondem ao que os pacientes com maiores capacidades lhes solicitam, esquecendo as dificuldades dos que não são capazes de as expressar de forma clara e explícita. Os autores acrescentam ainda que, grande parte do discurso do médico, não estava adaptado às necessidades da paciente.

Todavia, além da importância da comunicação entre os atores do sistema, também os aspetos organizacionais são valorizados. Na Holanda um *survey* realizado aos pacientes e médicos de clínica geral revelou que ambos avaliaram, mais positivamente, os aspetos da relação médico-paciente (e.g. a confidencialidade da informação, a escuta, o tempo suficiente para as consultas) e relativos à organização dos cuidados (e.g. prestar um serviço rápido em situações urgentes, a ajuda de outros profissionais de saúde) (Jung, Wensing, Olesen, & Grol, 2002).

A opinião dos pacientes sobre a prestação de cuidados médicos nos diferentes países é semelhante, contudo existe uma tendência para, em determinados países, estes apresentarem avaliações positivas de uma maneira geral. Os indicadores avaliados são de âmbito multidimensional e verifica-se, em particular que os países onde não existe *gatekeeper* (e.g.

Bélgica, Alemanha e Suíça) em comparação com outros países (e.g. Holanda), os pacientes apresentam opiniões muito positivas (Grol, et al., 2000).

Efetivamente, para além da necessidade clínica, outros estudos realizados em Portugal, revelam outros fatores influenciadores da utilização dos cuidados de saúde, evidenciando a existência de iniquidades, em que os grupos de rendimento mais elevado são favorecidos (Lourenço, Quintal, Ferreira, & Barros, 2007; Pereira, 2002; Pereira & Lopes, 2006).

Este padrão corrobora os resultados encontrados no estudo da OCDE onde, comparando com os 21 países em análise, Portugal apresenta um dos índices de iniquidade mais elevados no que diz respeito à probabilidade de ter consulta médica nos CSP, sendo apenas ultrapassado pelos EUA, México e Finlândia (Van Doorslaer & Masseria, 2004). Este é um aspeto que merece ser analisado atentamente, uma vez que terá impacto direto no nível de saúde das populações, repercutindo-se nos restantes níveis de cuidados de saúde.

A relação existente entre o nível socioeconómico e as iniquidades em saúde foram analisadas por Van Doorslaer & Masseria (2004) reportando-se ao ano de 1996, em que a probabilidade de ter uma consulta de clínica geral favorecia os indivíduos de maior rendimento, embora não fosse estatisticamente significativo. Embora o estudo posterior da OCDE revele significância estatística entre estas duas variáveis, pode indicar um agravamento de 1996 para 2000 em relação às iniquidades em favor dos mais ricos. É também de salientar que em ambos os períodos, a intensidade da utilização de consultas apresentou um índice de valor inferior ao da probabilidade de utilização, o que sugere que as iniquidades são maiores no acesso inicial à consulta.

Comparando com os restantes países europeus incluídos no estudo, Portugal e a Finlândia são os que apresentam maior índice de iniquidade favorecendo os grupos de maior rendimento (Or, Jusot, & Yilmaz, 2008).

Em relação à perceção que os pacientes têm do seu estado de saúde, embora esta seja pior apreciada nos grupos sociais mais desfavorecidos em todos os países europeus estudados (Mackenbach et al., 2008), num outro estudo de Bambra et al. (2008), as mulheres portuguesas que apresentam melhor nível educacional foram as que revelaram um pior estado de saúde, provavelmente pelo facto das mulheres com mais conhecimentos terem uma noção mais clara da sua saúde.

O mesmo padrão de iniquidade em favor dos grupos de maior rendimento também se verificou na investigação de natureza longitudinal (1995-2001) desenvolvida por Bago D'Uva, Jones & Van Doorslaer (2009) sendo este um fator que condiciona a utilização de cuidados especializados e que se deve, provavelmente, à possibilidade que os indivíduos de maior

rendimento têm de ultrapassar algumas das barreiras existentes e utilizar os cuidados privados (Van Doorslaer & Masseria, 2004).

1.1.5. Os determinantes da adesão relacionados com o acesso aos serviços e aos cuidados de saúde

Embora seja difícil comparar estudos devido às diferenças relacionadas com o acesso e a disponibilidade do rastreio do cancro da mama em diferentes sistemas de saúde, todavia alguns preditores parecem ser consistentes e semelhantes nas várias investigações efetuadas (e.g. ter um médico regular, a recomendação do médico para a mamografia, a relação prestador de cuidados/utente) mesmo quando o contexto estudado não se refere a programas de rastreio de base populacional. Um exemplo de investigação neste âmbito verifica-se nos EUA, onde o sistema de saúde é suportado por seguros sociais de saúde e, como tal, existe a preocupação em avaliar e monitorizar indicadores específicos (e.g. custos).

Alguns autores mostram que também existem aspetos de natureza psicológica (e.g. desconfiança *versus* confiança, predisposição) que têm impacto negativo na aceitabilidade das instituições de saúde, podendo ser responsáveis pela relutância em participar nos rastreios.

Slovic (1999) refere que as pessoas desenvolvem a «desconfiança» quando percecionam um risco e que esta tende a ser reforçada e perpetuada, inibindo as experiências de convivência com os outros, tornando difícil o reconhecimento do seu mérito e o sentimento de confiança.

Desta forma, Katapodi et al. (2010) examinaram a influência que, a «desconfiança no sistema de saúde» e a «predisposição para utilizar os serviços de saúde», têm na frequência com que as mulheres fazem as mamografias e o exame clínico da mama. Para tal, aplicaram um *survey* de base comunitária a uma amostra não aleatória de 184 mulheres, num estudo de desenho transversal. Além das duas variáveis referidas também foram estudadas, «o tempo desde a última mamografia» e o «tempo desde o último exame clínico à mama». A «desconfiança» foi atribuída a fatores socioeconómicos, a diferenças étnicas e raciais, a expectativas negativas e a racismo institucional. Esta foi analisada como uma atitude influenciadora de comportamentos preventivos, principalmente quando se referem à relação entre o prestador de cuidados e a utente. A «predisposição» para utilizar os serviços de saúde mostrou ser um preditor significativo para indicadores relacionados com o «tempo decorrido desde o último exame» e sendo uma intenção influenciada por fatores sociais e emocionais (como a confiança/desconfiança), precede um determinado comportamento de saúde. Tanto a

predisposição, como os hábitos influenciam o comportamento que, por sua vez, são moderados por condições facilitadoras.

O facto das mulheres procurarem um prestador de cuidados para efetuar o exame clínico das mamas pode ser o primeiro passo para a realização da mamografia de rotina, provavelmente, porque reflete uma relação interpessoal entre a mulher e o prestador de cuidados, ao longo da qual, tanto a confiança para com o sistema de saúde, como a predisposição para utilizar os serviços de saúde se vai intensificando. Pelo contrário, a desconfiança diminui a utilização dos serviços de saúde porque interfere com um padrão de comportamento favorável de procura do profissional de saúde (Katapodi, et al., 2010). Como já referimos, nos EUA, os sistemas de saúde regem-se por seguradoras o que pressupõe que as mulheres interajam com vários profissionais de saúde, dificultando a aproximação e o clima de confiança que a regularidade da procura poderia satisfazer.

Por sua vez, a manutenção do comportamento requer também um esforço mais intencional, principalmente quando existe uma fraca predisposição para utilizar os serviços de saúde devido à instabilidade e condições psicológicas e cognitivas desfavoráveis do contexto (Katapodi, et al., 2010). Além disso, os mesmos autores sugerem que a predisposição para utilizar os serviços de saúde também pode representar uma forte associação mental entre a sugestão e a ação relacionada com o contexto, neste caso específico, quando um profissional de saúde recomenda um exame e o paciente o realiza, à partida teve boas condições ambientais para cumprir essa indicação.

Uma pesquisa de revisão sistemática de literatura examinou os fatores que influenciam a realização de exames de rastreio do cancro nos EUA, o seu acesso e a qualidade dos serviços ao nível da organização e prestação de cuidados (Breen & Meissner, 2005). As autoras revelam que, habitualmente, os fatores que afetam a adesão estão relacionados com os pacientes, com o sistema e com os médicos. Relativamente ao paciente, o rastreio parece aumentar em proporção com as visitas médicas, o número de consultas mantidas e, também está fortemente relacionado com a procura de outros cuidados e comportamentos preventivos. No âmbito dos fatores atinentes aos médicos parece haver influência positiva quando estes têm melhores conhecimentos sobre cuidados preventivos e quando recomendam de acordo com as *guidelines* existentes sobre a matéria. Num outro artigo, Breen et al. (1996) sugerem que no contexto dos Cuidados de Saúde Primários, a adesão é favorecida pela ênfase na continuidade dos cuidados preventivos por um profissional de saúde regular.

É possível que as mulheres que recorrem poucas vezes ao médico de cuidados primários, o façam para a resolução de situações agudas. Com efeito, se as mulheres recorrem a estes

profissionais com mais frequência, a realização de mamografias também aumenta (Barr, et al., 2001), indicando a importância dos médicos na referência para a realização do rastreio. Os autores acrescentam que no âmbito dos programas de saúde, os médicos devem ser encorajados a agendar entrevistas com as mulheres com fins preventivos, para a realização de exame clínico às mamas e recomendarem as mamografias, constituindo-se como oportunidades que não devem ser perdidas para os rastreios posteriores. Por outro lado, os ginecologistas são aqueles que mais referenciam as mulheres para a mamografia, pois a natureza das suas consultas relacionam-se com os aspetos da saúde da mulher (Barr, et al., 2001).

Para que o rastreio seja atrativo, as mulheres devem acreditar que a mamografia leva à deteção precoce do cancro da mama, aumentando a sobrevivência e, além disso, confiar que terão acesso a cuidados de saúde quando necessitarem. Contudo, para isso, os profissionais de saúde também precisam ter conhecimentos para desenvolver intervenções educativas a fim de sensibilizar as mulheres para a importância da deteção e controlo do cancro da mama (Breen, et al., 1996). Daí que, alguns investigadores, sugeriram que os estudos acerca da adesão devem ter como população alvo as mulheres e os médicos, sustentados por desenhos de base comunitária e, a partir dos resultados, propor intervenções educativas no sentido de melhorar as taxas de participação no rastreio (Chukmaitov, et al., 2008; Lane & Messina, 1999).

Constata-se a partir da evidência científica que as mulheres afirmaram não ter recebido recomendação dos prestadores de cuidados para fazerem a mamografia, como também, os médicos, em particular, relataram falta de formação nesta área (Lane & Messina, 1999). A ausência de uniformidade em diversos estudos, por exemplo em relação à idade de início do rastreio, pode estar na origem de alguma da confusão manifestada tanto pelos médicos, como pelas mulheres.

De facto, vários estudos concluíram que além da importância da recomendação dos profissionais de saúde para a adesão ao rastreio, também esta é influenciada pela regularidade com que a mulher realiza a vigilância de saúde e com que procura o mesmo médico (Breen, et al., 1996; Calvocoressi, et al., 2005; Cruz, et al., 2008; Fulton, et al., 1991; George, 2000; Phillips, et al., 1998).

Efetivamente, tem sido demonstrada a relação significativa entre um melhor comportamento de adesão aos rastreios e o fato dos utentes receberem cuidados do mesmo prestador de cuidados ao longo do tempo (Meichenbaum & Turk, 1987). A relação prestador de cuidados/paciente por um período de tempo mais longo, favorece o aumento da sua intensidade e promove um ambiente estável de prestação de cuidados, enquanto a constância,

também exigida na relação terapêutica, tem subjacente um constante empenhamento do profissional de saúde em prol do bem-estar do paciente (Nunes, 2010).

Fulton et al. (1991) acrescenta ainda que a procura de cuidados ginecológicos no ano que antecede o rastreio, a vigilância de saúde do cancro uterino (colpocitologia) e a realização de mamografia de diagnóstico no passado são, também, preditores do rastreio do cancro da mama, apresentando-se facilitadores em termos de intervenção uma vez que são fatores modificáveis.

Outros estudos mostram que as mulheres que relatam ter um bom acesso aos cuidados médicos (Achat, et al., 2005; Cruz, et al., 2008) e quando os médicos de família discutem sobre a realização da mamografia, aderem mais provavelmente ao rastreio (Phillips, et al., 1998; Rimer, et al., 1989; Sharp, et al., 1996).

Schofield et al. (1994) reforçam que uma simples recomendação do médico generalista é tão eficaz como uma intervenção de educação em saúde e defendem ainda que, uma convocatória individual em simultâneo com campanhas comunitárias, promovem a adesão ao rastreio.

Verifica-se, então que parece ser de grande potencial envolver os profissionais de saúde (equipa de saúde) na promoção do rastreio especialmente se forem adotados modelos de promoção da saúde integrando outras áreas (e.g. a prevenção do tabagismo e o alcoolismo, o planeamento familiar) (Sharp, et al., 1996).

Como já vimos, os utentes tanto valorizam como de «grande importância», os aspetos organizacionais, como a acessibilidade e a continuidade de cuidados (Hares, et al., 1992) mas também, a compreensão do médico de família, o tratamento personalizado e a empatia (Cymbalist & Wolff, 1988; Drury, et al., 1998) enquanto, outros evidenciam ainda o entusiasmo do prestador de cuidados de saúde em relação ao rastreio mamográfico como um preditor significativo de adesão, enfatizando a natureza interativa da relação com o paciente (Phillips, et al., 1998).

Desta forma, consideramos fundamental analisar a atmosfera relacional na qual decorre o processo de comunicação durante a consulta médica, como também de enfermagem. A qualidade da comunicação é crucial para compreender as expectativas do utente e integrá-las no seu contexto de vida, no que diz respeito às suas representações, crenças e atitudes face ao seu processo de saúde/doença. Acreditamos que a qualidade da comunicação em saúde refletir-se-á na satisfação dos utentes, na melhoria dos comportamentos de adesão, como também influenciará a procura de cuidados e recursos de saúde e, sobretudo, assegurará a longo prazo, a manutenção de comportamentos de saúde, indicador que se relaciona diretamente com os ganhos em saúde.

Em termos pragmáticos, a comunicação efetiva é necessária para garantir, não só a compreensão dos problemas do paciente pelo médico, mas também que a informação relevante, o aconselhamento e o tratamento foram revelados e aceites pelo paciente (Baum, et al., 1997; Nunes, 2010). Além disso, uma comunicação efetiva deve resultar numa melhor compreensão da informação de retorno, fornecida durante a consulta. Se os pacientes sentem que o prestador de cuidados compreende as suas preocupações e é empático, então haverá maior confiança nas recomendações que este facultou. Também, a comunicação empática resulta na redução dos níveis de ansiedade do paciente que pode, não só facilitar a informação de retorno, como também, promover uma melhor forma de lidar com o problema (Baum, et al., 1997). Esta informação de retorno (*feedback*) é importante na medida em que, como mecanismo impulsionador da manutenção da estabilidade das relações, permite aos participantes conferir a sua posição relativamente ao problema em questão (Berlo, 2003).

Num estudo de investigação desenvolvido segundo a perspetiva do paciente, os autores concluíram que a relação terapêutica envolve comunicação efetiva, sensibilidade cultural e ausência de coerção (Gilburt, Rose, & Slade, 2008). Um dos componentes da comunicação efetiva que os pacientes mais valorizam é a escuta, sobretudo se esta for desenrolada sem juízos de valor ou paternalismos. A conversa foi outra componente encarada como terapêutica se, previamente, se sentiram ouvidos e compreendidos. Os que se sentiram compreendidos, valorizaram os conselhos e a informação recebidos. Por sua vez, a comunicação coerciva como as ameaças, foi vista como profundamente negativa para a relação e para a adesão terapêutica. Em estudos com doentes idosos verificou-se que estes incluem na relação, valores como a confiança, o suporte, a discussão dos sentimentos e a orientação para a pessoa e não para a doença (Rotar-Pavlic, Svab, & Wetzels, 2008).

Como se verifica, a qualidade da comunicação está relacionada com uma melhor consciencialização dos riscos e maior motivação para mudar comportamentos por parte dos utentes, bem como na confiança nas recomendações dos profissionais de saúde.

Embora, atualmente, seja proposta uma mudança de paradigma do modelo médico segundo uma perspetiva paternalista para uma mais humanista centrada no paciente, ainda é dominante a troca de informação e o consumismo de cuidados médicos sem que o paciente seja um interveniente ativo no processo de tomada de decisão durante os cuidados (Ha & Longnecker, 2010).

Nem todos parecem concordar, totalmente, com estas reformas de pensamento e de atuação, lembrando que a conduta da relação clínica centrada no paciente pode conduzir, efetivamente, ao aumento da satisfação dos pacientes, mas que também pode advir sem

qualquer mudança, ou mesmo à custa de resultados em saúde. Além disso, argumentam que existem áreas de intervenção, designadamente as que pressupõem a proteção da saúde coletiva, em que a forma paternalista/autoritária possa ser a mais adequada e necessária (Pilnick & Dingwall, 2011).

Na maioria dos estudos consultados, a perspetiva apresentada foi, particularmente, sobre a satisfação dos utentes com os cuidados médicos no âmbito dos CSP e a influência destes na adesão aos rastreios, embora possamos admitir que os aspetos conceptuais da comunicação e da relação clínica, bem como, de algumas conclusões possam ser transpostas para as áreas de intervenção de outros prestadores de cuidados, nomeadamente, os enfermeiros. Não obstante, o médico tem sido considerado como a face mais visível do sistema, pelo seu grau de exposição e pela centralidade no ato médico (Carvalho & Osswald, 2008).

Contudo, tivemos alguma dificuldade em encontrar estudos consistentes, cujo foco de atenção nos permitisse analisar e descrever a satisfação e as expectativas dos utentes em relação aos cuidados prestados pelos enfermeiros, particularmente no âmbito da promoção da adesão ao rastreio. Desta forma, aquando a pesquisa bibliográfica, tomamos em atenção os aspetos enquadradores, particularmente, no que se refere à qualidade dos cuidados de enfermagem no contexto dos CSP.

Relativamente à qualidade dos cuidados de enfermagem Mezomo (2001) menciona que deve ser entendida como uma extensão da própria missão da organização, logo deve atender às necessidades dos seus «clientes».

Com efeito, além do imperativo social que constitui a monitorização do nível de satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem, também esta é considerada um imperativo ético, como indicador dos resultados em saúde e pela oportunidade de melhoria contínua, tanto dos cuidados prestados por estes profissionais de saúde, como dos serviços de saúde nos quais estes interagem. Além disso, os crescentes desafios que se colocam no âmbito da enfermagem e a complexidade dos cuidados que presta, deve contribuir para uma atitude mais proactiva destes profissionais nas organizações onde desempenham a sua atividade. Com efeito parece existir concordância entre diferentes autores no que diz respeito à natureza multidimensional da satisfação dos utentes (Johansson, et al., 2002; McIntyre & Silva, 1999).

É neste contexto que a Ordem dos Enfermeiros veio consignar a «satisfação do utente» como um dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, publicando e divulgando os pressupostos para a necessidade de avaliação deste indicador de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2001, 2002, 2005).

Uma revisão de literatura recente tomou como objeto de estudo, a análise do impacto dos cuidados de enfermagem nos resultados de saúde dos pacientes, comparados com os cuidados médicos usuais no contexto dos CSP (Keleher, et al., 2009). Não obstante, nos 31 estudos mais relevantes, os autores encontraram uma modesta evidência de que a qualidade dos cuidados de enfermagem fosse mais eficaz do que a dos médicos, comparando os resultados de saúde obtidos. A qualidade dos cuidados de enfermagem salientou-se no planeamento dos cuidados no âmbito da adesão, essencialmente no seu papel junto dos doentes crónicos, na prevenção da doença e na promoção da saúde. Uma das constatações a que chegaram é de que o papel da enfermeira é normalmente visto como de complementar do médico, particularmente, na medida em que esta é uma «verdadeira parceira» nos cuidados ou mais uma «assistente» do médico de clínica geral (Keleher, et al., 2009).

O estudo de Drury et al. (1998) explora a aceitabilidade das enfermeiras por parte de uma amostra aleatória de 126 utentes. Sessenta por cento dos pacientes mostrou-se receptivo para consultar a enfermeira ou pelo menos não mostrou opiniões fortemente contrárias. Cinquenta e três por cento dos 61 pacientes que já a haviam consultado, mostraram vontade em tornar a consultar. Cinquenta e quatro por cento dos pacientes apresentaram dificuldade na distinção entre o papel da enfermeira e do médico e as diferenças percebidas, incluíram as qualificações, a capacidade de prescrever medicamentos e a gravidade da doença com que têm de lidar. As mulheres eram quase três vezes mais propensas que os homens a consultar uma enfermeira.

Também uma boa capacidade de comunicação foi das qualidades mais relatadas pelos utentes quando consultam as enfermeiras, para expor os seus problemas. Um dos aspetos que os inquiridos mais apontaram foi que as enfermeiras realizavam tarefas práticas e davam conselhos. Apenas 11% dos pacientes referiram que o papel da enfermeira incluía o âmbito da medicina preventiva. Dos principais motivos referidos pelos utentes em relação à escolha da enfermeira para a prestação de cuidados, alguns não disseram os motivos, outros disseram ter sido referenciados por um médico, outros ainda para poupar tempo devido à natureza do seu problema e às qualidades pessoais da enfermeira e, finalmente, por razões particulares. As qualidades mais procuradas, tanto no médico como na enfermeira foram as de cariz pessoal, mais do que as relacionadas com as competências clínicas. A maioria dos entrevistados mencionou «alguém que me trate como uma pessoa» e «compreensão», como as qualidades mais procuradas. Quando questionados sobre se voltariam a procurar a enfermeira, também, a maioria assinalou motivos exteriores relativos à prática profissional técnica como, o tempo que dispensam aos utentes e a habilidade para ouvir e colocar as pessoas à vontade. O

aconselhamento, a escuta e a orientação fazem parte do trabalho desempenhado pela enfermeira (Reedy, 1972; 1977).

O desempenho de um determinado papel no âmbito da interação enfermeiro e paciente, constitui um processo de natureza cultural, intersubjetivo balizado socialmente e marcado por códigos e rituais, aos quais se associam modelos comunicacionais, valores e finalidades próprios (Costa & Jurado, 2006) e que são, de certa forma, expectáveis por parte dos pacientes do mesmo contexto cultural.

O papel da enfermeira é aceite pela maioria, embora não seja possível dizer com exatidão se os êxitos nos resultados em saúde são, exclusivamente, devido aos cuidados de enfermagem. Os resultados sugerem, todavia que estes profissionais podem ajudar a melhorar os cuidados antecipatórios, providenciar suporte emocional para alguns utentes e que isso é aceitável para a maioria (Drury, et al., 1998). Num estudo efetuado, anteriormente, os autores haviam mostrado a importância da componente emocional como uma preocupação na intervenção dos enfermeiros. A maioria das pessoas que consultam a enfermeira, procura ajuda para a resolução de problemas emocionais e sociais, para além de cuidados no âmbito da educação para a saúde (Stilwell, et al., 1987). Com efeito, no contexto da enfermagem, assegurar um contacto social efetivo e terapêutico, inclui desenvolver ou manter relações, realizar avaliações precisas e fornecer informação e aconselhamento, bem como, oferecer oportunidades para que os utentes expressem as suas preferências, sentimentos e emoções (Baum, et al., 1997).

Um estudo de revisão de literatura teve como objetivo descrever a influência da satisfação do utente nos cuidados de enfermagem sustentados no modelo de Virgínia Henderson. Nos resultados destacam-se oito domínios que apresentam influência sobre a satisfação do paciente com a assistência de enfermagem: o contexto sociodemográfico dos utentes, as suas expectativas quanto aos cuidados de enfermagem, o ambiente físico, a comunicação e a informação, a participação e o envolvimento, as relações interpessoais entre o enfermeiro e o paciente, a competência técnica dos enfermeiros e a influência da organização de cuidados de saúde em ambos, os utentes e os enfermeiros. A maior parte dos estudos incluídos foi realizada no Reino Unido, Suécia e EUA, podendo inferir-se transposição destes resultados para os cuidados de saúde no mundo ocidental (Johansson, et al., 2002).

Para avaliar a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem, foi aplicada e validada uma escala a 126 idosos que viviam sozinhos num bairro londrino e eram dependentes. Os resultados indicaram que a medida escolhida refletia as múltiplas dimensões da satisfação dos utentes e que foram, diferenciadamente, sensíveis a fatores como o grau de personalização no atendimento e o impacto das interrupções durante o atendimento. Os *scores* do questionário

foram também relacionados, de forma sistemática, com o número e o tipo de comentários ocorridos, espontaneamente, acerca dos cuidados prestados. Globalmente, os resultados sugerem que, as medidas obtidas a partir de questionários de autorrelato sobre a satisfação são sensíveis a variações no estilo e no nível de cuidados de enfermagem comunitária, oferecidos aos idosos dependentes nos seus domicílios (Gilleard & Reed, 1998).

Mais particularmente, no âmbito dos cuidados de enfermagem relativos à promoção da adesão ao rastreio do cancro da mama foi desenvolvido um estudo na Turquia com o objetivo de identificar as taxas de realização do autoexame da mama e da mamografia e analisar as variáveis relacionadas com o comportamento de adesão de uma amostra não aleatória de 656 mulheres. Os investigadores consideraram fulcral para reduzir a mortalidade em 15%, que fossem implementadas medidas de educação em saúde pública e programas de rastreio populacionais no âmbito dos cuidados de saúde primários (Secginli & Nahcivan, 2006b). Defendiam, todavia ser imprescindível que os enfermeiros, profissionais privilegiados pelo maior contacto com as populações, possuíssem os conhecimentos e a compreensão dos fatores que influenciam a adesão para que possam operacionalizar programas de educação em saúde mais eficazes e aumentar, assim, as práticas de adesão (Secginli & Nahcivan, 2006b).

Não obstante, quando questionadas sobre as suas fontes de informação acerca do rastreio, as utentes referiram ser, na maioria, os meios de comunicação social, seguidos dos panfletos sobre saúde. Os enfermeiros foram apontados como últimos recursos à informação sobre rastreio, ao contrário dos médicos. Apesar de serem os médicos a prescrever a mamografia no sistema de saúde da Turquia, os autores consideram que os enfermeiros também podem desempenhar um papel chave nos programas de saúde da mulher, providenciando informação adequada sobre o cancro da mama e o rastreio, potenciando em simultâneo o recurso aos *media* (Secginli & Nahcivan, 2006).

Sharp et al. (1996) estudaram outras estratégias para aceder às mulheres que não participam no rastreio, comparando a visita da enfermeira ao domicílio e o envio de carta do médico generalista. Verificaram que a visita da enfermeira, isoladamente, é menos eficaz que a carta do médico, mas se à visita da enfermeira for acrescida uma sensibilização educativa sobre o rastreio, a influência na adesão é significativa, apesar de não terem sido calculados os custos e os benefícios dessa intervenção.

Segundo uma visão mais alargada acerca da divulgação da informação sobre rastreio Phillips et al. (1998) apontam no seu estudo alguns indicadores que mostram que os fatores ambientais estão associados com a adesão ao rastreio, nomeadamente, nas áreas com maior número de facilidades de exames mamográficos e com sistemas de monitorização, que lembram

as mulheres para a realização do rastreio periódico (e.g. avisos por carta, por telemóvel ou correio eletrónico) e que podem ser favorecedores da adesão ao rastreio. Também verificaram que, apesar da maioria das mulheres ter realizado a sua mamografia recentemente, a percentagem desce quando se trata de aderir às *guidelines* de rastreio (25%). Estes aspetos apresentam implicações, tanto para a prática clínica, como para a definição de programas e políticas neste âmbito.

Fundamentalmente, podemos afirmar que todos os aspetos referidos (i.e. relacionados com o sistema, os pacientes e os prestadores de cuidados) têm influência sobre o estado de saúde das pessoas e na sua utilização dos serviços de saúde (e.g. rastreio do cancro) e que a divulgação e disseminação da avaliação dos cuidados segundo a perspetiva dos utentes, munem os decisores de variáveis de decisão potenciadoras de uma melhoria contínua da qualidade de cuidados, como também, constituem um passo importante para uma oferta de cuidados mais aberta e responsável.

1.2. A MULHER E O CANCRO DA MAMA

“O que mais inveja nos fez foi a imagem da mulher a quem cortam um peito – uma «mama», deveria dizer-se, para se afastar ainda mais de uma coisa que é mais terrível e mais emocionante dizendo «seios». Esta mulher com um seio torna-se mais impressionante e mais dotada do que as de dois porque nela se procurará sempre, além do que se encontra e do que seria igual ao que se encontra, outro seio mais jovem (...). Que nu feroz o da mulher com um seio a menos!” (La Serna, 2000, p.137)

O cancro da mama é uma doença que surge em ambos os sexos, embora seja cem vezes mais comum nas mulheres (WHO, 2003b).

Nos Programas de Saúde em Portugal, particularmente ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) são explicitadas as intervenções, específicas, sensíveis às diferenças entre os géneros, não somente nos aspetos relacionados com a saúde mas, também nas representações coletivas sobre a mulher. Desde os nossos ancestrais, que a idealização social da mulher é marcada pela fragilidade, pela primazia do afetivo e pelo enfoque na dádiva aos outros (Silva, 1999).

As mulheres possuem saberes e práticas de saúde que vivenciam ao longo das suas experiências quotidianas do cuidar, seja no seu papel de mãe junto dos filhos, seja como companheira, seja como cuidadora informal de outros elementos da família, o que lhes permite identificar, de forma precoce, sinais e sintomas de várias doenças. Além disso, as mulheres

constituem o veículo privilegiado da informação sobre saúde, tanto no seio familiar, como social, e um público ideal para a implementação de programas promotores de saúde.

Deste modo, com base numa perspetiva paralela e complementar a estas representações sociais, podemos questionar de que forma estes modelos culturais irão influenciar as práticas de saúde das mulheres e, conseqüentemente, a sua morbilidade.

A incidência do cancro não é uma exceção quanto à sua distribuição entre os sexos, mais pela diferente exposição aos agentes causadores, do que, a variações de suscetibilidade (OMS, 2004b). Desta forma, as diferenças de género vão particularizar a morbilidade por cancro na mulher, sendo o da mama, o mais comum em todo o globo (Ferlay, et al., 2007; IARC, 2007; O'Anderson, 2006; O'Anderson, et al., 2007).

Podemos, também, afirmar que o cancro da mama representa um elevado fardo para qualquer sistema de saúde pelos custos que acarreta, bem como, para a qualidade de vida das mulheres portadoras da doença. O conceito de qualidade de vida tem sido uma preocupação de alguns estudiosos na matéria, principalmente, quando relacionado com o âmbito da oncologia. É um conceito que avalia, segundo a perspetiva da pessoa, os aspetos funcionais em vários domínios como, as preocupações físicas com os sintomas e a dor, o nível de atividade, o bem-estar emocional e da família, a satisfação com o tratamento, a intimidade sexual e a sua *performance* social (Patrão & Leal, 2004).

Pela experiência multidimensional que esta doença representa para a vida de cada mulher ao nível individual, diminuindo a sua resistência e aumentando a sua vulnerabilidade, também, constitui um peso para a saúde no coletivo, tornando-se premente implementar estratégias no sentido da sua prevenção. São exemplos de indicadores que nos permitem medir o peso da doença no coletivo: (i) o número de mortes; (ii) a sua incidência; (iii) a sua prevalência; (iv) a sobrevivência à doença; (v) as pessoas com cancro em fase terminal (WHO, 2007b).

Os dados epidemiológicos do cancro da mama (que seguidamente se enunciam) poderão confirmar o grande impacte desta doença para a qualidade de vida das mulheres, dos familiares e da sociedade em geral, não fosse a mama, a expressão da feminilidade, o símbolo da beleza, do prazer, do amor e da maternidade...

1.2.1. Epidemiologia e magnitude da doença

Neste ponto procuraremos, essencialmente, descrever a distribuição geográfica do cancro da mama a nível mundial e europeu, para depois pisar solo português e, através de dados estatísticos existentes, relacionar a doença com determinadas causas que, pela sua

complexidade, torna necessário alguns mecanismos explicativos, no sentido de uma melhor compreensão da mesma.

Os aspetos epidemiológicos assumem, no cancro da mama, uma grande importância, não só porque a sua distribuição geográfica no mundo não é uniforme mas, também, porque este tumor parece comportar-se de forma diferente, de acordo com os riscos genéticos, as condições económicas e a raça da mulher atingida (Grillo, 2001). Além disso, examinar os dados epidemiológicos da doença no mundo e em Portugal, permite-nos perceber o impacto que esta representa na vida da mulher.

O cancro da mama é, particularmente, um problema que requer medidas urgentes, tanto nas regiões de altos, como de baixos recursos, onde as taxas de incidência encontradas vão até 5% por ano (O'Anderson, et al., 2007). Desta forma, as realidades políticas na definição de estratégias prioritárias são diferentes entre os países, sendo que, nas regiões de menores recursos, o investimento dos serviços de saúde vai para as doenças infecciosas o que aumenta, significativamente, as desigualdades existentes nas taxas de morbi-mortalidade por cancro (O'Anderson, et al., 2007; OMS, 2004b). Nestes países, conforme melhora a esperança de vida das pessoas devido ao controle das doenças transmissíveis, maior número de recursos serão gastos devido ao crescimento exponencial das doenças crónicas (como é o caso do cancro) que, inevitavelmente, os esgotarão no seu tratamento, uma vez que, os doentes procuram os serviços de saúde já em estádios mais avançados da doença.

Anualmente, no mundo, mais de 10% de todos os novos casos de cancro correspondem ao primeiro diagnóstico de cancro da mama. Este contabiliza mais de 410.000 mortes (mais de 1.6%) nas mulheres a nível mundial (O'Anderson, 2006; O'Anderson, et al., 2007).

Só na Europa, em 2006, morreram mais de 1,7 milhões de pessoas por cancro, sendo a causa mais comum, em ambos os sexos, o cancro do pulmão (334 800) seguido do cancro colorectal (207 400) e, em terceiro, o cancro da mama (131 900) com uma taxa de mortes mais elevada que o cancro do estômago (118 200). No entanto, no sexo feminino, a taxa de mortalidade mais elevada é por cancro da mama com 25,0/100.000.

Relativamente à taxa de incidência, no continente europeu, as estimativas mostram 3 191 600 de casos diagnosticados, continuando a ser o da mama, o cancro mais comum nas mulheres, com 429.900 casos (28.9% do total), seguido pelo cancro colorectal com 195 400 (13.1% do total) e cancro uterino com 149 300 casos (10% do total) (Ferlay, et al., 2007).

Em suma, Tyczynski et al. (2004) e Levi et al. (2005) constatarem a liderança do cancro da mama como causa de morte, das mulheres europeias, apesar da maioria dos países ter apresentado redução da mortalidade (principalmente nos anos 90), atribuindo-se à deteção

precoce e à melhoria no seu tratamento. Também se julga que a introdução dos rastreios mamográficos, com procedimentos eficazes de controlo de qualidade é o motivo do aumento da taxa de incidência (cerca de 16% desde as estimativas de 2004) nos vários países europeus (Ferlay, et al., 2007).

Não é, então por mera casualidade que esta doença tem sido considerada um importante problema de saúde pública, até porque o envelhecimento da população é um dos fatores que pode estar na origem deste impacto, sendo o fator idade diretamente relacionado com a incidência da mesma (Boyle, 2007). Todavia, algumas diferenças geográficas existentes, quanto à distribuição do cancro, parecem ter explicação nas componentes genéticas ou nas influências dos estilos de vida e ambiente. A WHO (2007a, 2007b) revela, perante alguns estudos efetuados das populações emigrantes de regiões de baixo risco para alto risco, a aquisição das taxas de morbilidade do país anfitrião, depois de duas ou três gerações, indicando o estilo de vida como possível risco, determinante para as variações geográficas existentes.

Em terreno português, o cancro da mama regista um total de 4.300 novos casos/ano, ou seja, mais de 11 novos casos/dia (mais de 3 na Região Centro), com 75% dos casos a aparecerem depois dos 50 anos de idade, estimando-se que, uma em cada 12 mulheres irá desenvolver cancro da mama ao longo da sua vida. Morrem, aproximadamente, 1.500 mulheres/ano (diariamente 4-5 mulheres) contudo, se a doença for detetada precocemente, a taxa de sobrevivência pode chegar aos 95% nos primeiros 5 anos (ARS, 2006).

Apesar do cancro da mama continuar a ser a causa de morte, por cancro, mais comum entre as mulheres, a taxa de mortalidade tem, no entanto, sofrido uma redução; números extraídos da base de dados da WHO demonstram que Portugal é o terceiro país da União Europeia com taxa de mortalidade mais baixa (21,0/100.000) a seguir a Espanha (19,2/100.000) e Suécia (21,1/100.000) (Ferlay, et al., 2007). Com efeito, em Portugal, o cancro é a segunda causa de morte nas mulheres e a primeira no grupo etário dos 25-64 anos, sendo a sua mortalidade, menor do que a média da União Europeia. Nesta faixa etária, a taxa de mortalidade para o cancro da mama é de 24.1 por 100.000 habitantes para uma média de 27,5 em relação à EU. Todavia, a diminuição tem sido mais rápida na Eur-região A (-14,3%) do que em Portugal (-10,9%) (Fernandes, Perelman, & Mateus, 2009).

De entre os principais tipos de cancro, o da mama representa a principal causa de morte das mulheres portuguesas no grupo etário dos 35-54 anos e corresponde a 2.9% de todas as mortes (Fernandes, et al., 2009).

Da mesma forma que a introdução dos rastreios nos anos 90 pode ser um fator explicativo para o aumento da taxa de incidência, também a diminuição da taxa de mortalidade pode ser

um ganho em saúde, resultado da contribuição da deteção precoce da doença, aumentando, assim, a sobrevivência das mulheres (LPCC, s/data).

1.2.2. Os fatores de risco associados à doença

Neste ponto faremos uma breve abordagem de algumas conclusões de estudos referenciados na literatura que vêm sustentar a pertinência de descrever os fatores de risco associados ao cancro da mama neste trabalho, uma vez que o conhecimento dos mesmos refletir-se-á na justificação e opção pela prevenção secundária no que a esta doença diz respeito.

Sendo o cancro da mama uma doença heterogénea e que se desenvolve através da ação de múltiplos fatores, a sua maioria de causa desconhecida, verifica-se que mesmo na presença de alguns fatores de risco, a mulher pode não desenvolver a doença, enquanto outras sem nenhum dos fatores (à exceção da idade e do sexo) poderão ficar doentes (Ribeiro, Silva, & Pereira, 2000). Da mesma forma, numa mulher com cancro da mama e que tenha algum fator de risco, não será possível encontrar causalidade linear do fator causador do cancro (IPATIMUP, s/data). A demonstrar estes aspetos, um estudo prospetivo da *American Cancer Society* (ACS) verificou que, 75% dos cancros da mama detetados ocorreram em mulheres que não tinham nenhum dos fatores de risco mundialmente conhecidos (Ribeiro, et al., 2000). No entanto, estes fatores de risco quando presentes parecem associar-se a uma maior probabilidade de incidência da doença (*ibid.*).

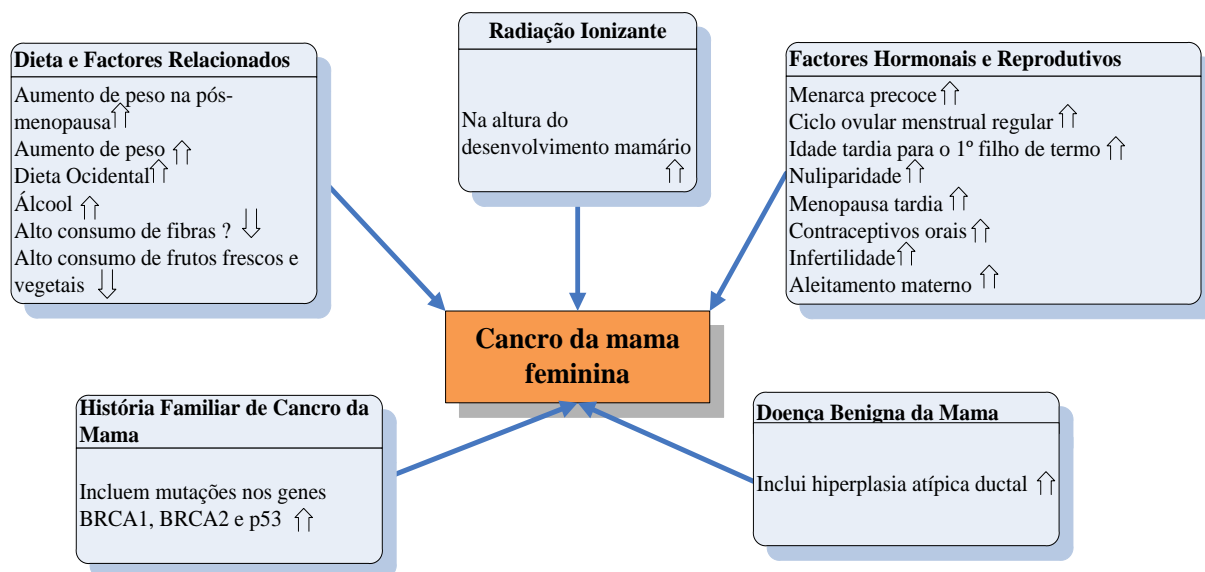
Os mesmos autores referem a importância de compreender as medidas de avaliação do risco para a doença, uma vez que estes conceitos poderão ajudar os responsáveis pela saúde pública e os profissionais de saúde a traçar linhas de conduta na luta contra o cancro, neste caso particular, o da mama.

De facto, para o planeamento e controlo do cancro é importante conhecer o risco atribuível, ou seja, o número de casos de cancro numa população a que estão associados fatores de risco atribuídos e aqueles que, potencialmente, poderiam ser prevenidos pela alteração ou remoção desses fatores. No caso do cancro da mama, este risco praticamente não é considerado pois, onde existem fatores de risco associados conhecidos para algumas mulheres são aqueles para os quais, geralmente, se tem pouco ou nenhum controlo (e.g. a nuliparidade ou primípara tardia, história familiar).

A Figura 2 ilustra alguns dos fatores de risco e de proteção presentes no relatório mundial sobre cancro da *International Agency for Research on Cancer* (IARC) e que são mundialmente

conhecidos no desenvolvimento do cancro da mama feminino. Seguidamente serão, particularmente, explicitados tendo em conta alguns dados epidemiológicos que ajudam a revelar a sua relação com a mesma.

Figura 2. Fatores de risco e de proteção para o cancro da mama (fatores associados com o aumento ou diminuição do risco de cancro da mama)



Fonte: WHO(2003b)

O sexo e a idade: a relação destes fatores com a doença já foram, anteriormente, referidos aquando a descrição da epidemiologia do cancro da mama. No entanto, a título breve e conclusivo, a ACS (2007) refere, num guia sobre a doença, que o facto de ser mulher é o principal fator para o desenvolvimento do cancro da mama, uma vez que estas apresentam um maior número de células mamárias sujeitas à exposição aos efeitos do crescimento e das hormonas estrogénicas e progestagénicas, elevando 100 vezes a sua incidência, comparando com o homem.

A mesma fonte também revela que o risco de desenvolver cancro da mama aumenta com a idade. Cerca de 17% das mulheres com cancro da mama invasivo são diagnosticadas durante os 40 anos, enquanto cerca de 78% o são, a partir dos 50 anos de idade (ACS, 2007).

A maioria das mulheres que desenvolvem cancro da mama não terá outros fatores de risco conhecidos, para além dos fatores, idade superior a 40 anos e o sexo (Ribeiro, et al., 2000).

A hereditariedade: durante os últimos 20 anos, observações clínicas relacionadas com a presença de *clusters* de cancro em algumas famílias levaram os investigadores a identificarem um aumento considerável de cancro da mama (Marchetti et al., 2004). Cerca de 5-10% dos cancros da mama são causados pela transmissão hereditária de mutações germinativas em pelo menos dois genes supressores de tumores que funcionam na reparação de danos no DNA, o BRCA1 ou o BRCA2 (Martins, Lacerda, & Figueiredo, 2002). Martins, Lacerda e Figueiredo (2002) e o IPATIMUP (s/data) sugerem que algumas características clínicas são sugestivas de mutação BRCA1 e 2, tais como, o diagnóstico de cancro da mama em idade precoce (até antes dos 30 anos), a alta prevalência de cancro da mama bilateral e associação de cancro do ovário na mesma doente e/ou seus familiares, sendo esta, *per se*, sugestiva de mutação BRCA.

As mulheres com cancro de mama associado à mutação do gene BRCA 1 têm tumores quase sempre com recetores hormonais negativos e, muitas vezes, cancro na mama contra lateral e com elevado risco de desenvolverem cancro do ovário. A probabilidade da mulher portadora de mutação BRCA 1 vir a ter cancro da mama durante a sua vida é elevada (56 a 85 %), o que corresponde a 45% dos cancros da mama hereditários e 90% dos cancros do ovário. Quanto ao gene BRCA 2, este está localizado no braço longo do cromossoma 13 e as alterações no mesmo têm sido associadas a uma elevada incidência de cancro da mama tanto na mulher, como no homem (King, Marks, & Mandell, 2003).

Rosenthal & Puck (1999) referem que as mutações nestes genes sucedem antes dos 50 anos de idade, em cerca de metade dos casos, nomeadamente, 33% das mulheres com idade inferior a 29 anos com cancro da mama são portadoras de mutações nos genes BRCA1 e 2, enquanto só 2% das mulheres com idades entre 70-79 anos com cancro da mama são portadoras de tais mutações.

Contudo, a prevalência estimada de portadores de genes BRCA1 e BRCA2 na população em geral é de 0.11% e 0.12% respetivamente, o que significa que cerca de 1 em 450 mulheres apresenta uma falha num desses genes (Peto et al., 1999).

Outros genes que, talvez possam conduzir a cancros da mama herdados foram também descobertos, como é o caso do gene ATM e do CHECK-2. Nenhum destes últimos, porém, é a causa mais frequente de cancro da mama hereditário. Contudo, as mulheres que têm a mutação do gene CHECK-2 e uma forte história familiar de cancro da mama estarão com o risco bastante aumentado. A relação cancro da mama/hereditariedade aumenta nas mulheres cujos familiares próximos tenham a doença: (i) dois ou mais parentes com cancro da mama ou do ovário; (ii) cancro de mama antes dos 50 anos (mãe, irmã, avó materna ou tia) em qualquer parente de qualquer lado da família. O risco é superior se a mãe ou irmã tem história de cancro de mama;

(iii) parentes com cancro da mama e do ovário; (iv) um ou mais parentes com 2 cancros (mama e ovário) ou dois cancros da mama diferentes; (v) um parente feminino (ou parentes) com cancro da mama; (vi) história familiar de cancro da mama ou ovário e ascendência judaica *Ashkenazi*; (vii) história familiar que inclui doenças associadas com o cancro da mama hereditário (Li-Fraumeni ou Cowden); (viii) ter um parente de 1º grau (mãe, irmã ou filha) com um qualquer cancro da mama, duplica o risco; (ix) ter dois parentes de 1º grau aumenta o risco em 5 vezes mais (Rosenthal & Puck, 1999).

A história pessoal: O Carcinoma Ductal *in situ* (CDIS) e o Carcinoma Lobular *in situ* (CLIS) não são condições invasivas da mama mas podem, em alguns casos, evoluir para cancro invasivo.

A recorrência de um CDIS é devida, mais provavelmente, à persistência de células neoplásicas da sua lesão original. Se estas lesões forem detetadas pela palpação e tratadas com tumorectomia isoladamente, aumenta a probabilidade de recorrerem como cancro invasivo (Kerlikowske et al., 2003). Usualmente, as mulheres com um tumor anterior *in situ* têm o dobro do risco para cancro da mama invasivo na mesma mama e em relação à população geral (Robinson, Holmberg, & Moller, 2008).

Um diagnóstico prévio da doença aumenta o risco de desenvolver um outro cancro da mama primário, com rácios variando entre um aumento de 40% (Volk & Pompe-Kirn, 1997) para um risco quase cinco vezes maior (Soerjomataram et al., 2005).

A raça: as mulheres brancas têm, ligeiramente, mais probabilidades de desenvolver o cancro da mama, comparativamente com as de raça negra, contudo, estas últimas morrem mais cedo quando têm a doença, provavelmente devido à agressividade dos tumores e da sua deteção numa fase mais avançada, desconhecendo-se a razão (Kelsey & Horn-Ross, 1993).

As condições benignas da mama: algumas destas situações são mais propensas do que outras na sua associação com o cancro da mama e, geralmente, dividem-se em três grupos, nomeadamente, lesões não proliferativas, lesões proliferativas sem atipia e lesões proliferativas com atipia. Estas últimas, por exemplo, representam um risco quatro vezes maior para o cancro da mama. Neste estudo, onde os critérios de definição de história familiar inclui mulheres com, pelo menos, um parente de primeiro grau com cancro da mama antes dos 50 anos, ou dois ou mais parentes sendo um deles de primeiro grau, as lesões mamárias não proliferativas representam um aumento do risco de 60%, no caso das mulheres com história familiar da doença, o mesmo não se verificando na sua ausência (Hartmann et al., 2005). As mulheres com lesões benignas são mais propensas a desenvolver a doença na mama onde estas ocorrem, do que na contra lateral (Hartmann, et al., 2005; Page et al., 2003).

História reprodutiva e amamentação: as mulheres com menarca antes dos 12 anos de idade ou as que entraram na menopausa numa idade mais avançada (depois dos 50 anos) têm risco ligeiramente mais elevado de desenvolver cancro da mama. Este risco é superior, de cerca de 3.6% por cada ano de atraso, ou seja, uma mulher com a menopausa aos 55 anos tem, aproximadamente, 30% de maior risco do que uma mulher com menopausa aos 45 anos (Kvale & Heuch, 1988).

Quanto à maternidade numa idade precoce (antes dos 20 anos), esta representa um efeito protetor do cancro da mama, provavelmente resultante das alterações do tecido mamário ou pela ação das hormonas que tornam menos suscetível ao desenvolvimento do cancro (Ribeiro, et al., 2000), pelo contrário, a nuliparidade parece aumentar este risco (Pazdur, Coia, Hoskins, & Wagman, 2002).

Cálculos baseados nas taxas de incidência de cancro da mama, sugerem que a incidência cumulativa desta doença nos países desenvolvidos seria reduzida para mais da metade (6.3-2.7 por 100), se a mulher atingisse o número médio de nascimentos (6.5 em vez de 2.5 nascimentos) e a duração da amamentação típica dos países em desenvolvimento (amamentação de cada criança, em média, de 24 meses em vez de 8 meses). Quanto mais tempo uma mulher amamentar, maior a proteção, diminuindo 4% do risco para cada 12 meses de amamentação (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, 2002). Com efeito, as mulheres que amamentam reduzem o seu risco para a doença, comparando com aquelas que não o fazem, principalmente, se continuar dos 18 aos 2 anos de idade da criança, podendo ser explicado pela redução dos ciclos menstruais durante a amamentação (ACS, 2007).

Densidade mamária: Korde (2005) elegeram vários estudos, os quais demonstraram existir associação entre a densidade do tecido mamário e o risco de cancro da mama, ou seja, este aumenta 4-6 vezes mais, nas mulheres com mamas mais densas. Os determinantes da densidade do tecido mamário não estão completamente definidos, mas incluem a idade, a exposição aos estrogénios e a história familiar.

Fatores hormonais: a associação entre a utilização de contraceptivos orais (CO) e o desenvolvimento de cancro da mama tem sido fonte de incertezas e controvérsia.

Um estudo de caso controle que envolveu 9000 participantes com idades compreendidas entre os 35-64 anos não encontrou associação significativa entre estas duas variáveis. A análise dos vários aspetos da utilização dos estrogénios como a dose, a duração, a idade da primeira toma e o intervalos desde a última vez que utilizou CO, também não demonstrou qualquer associação, sendo os resultados semelhantes entre as mulheres dos grupos etários dos 35-44 anos e 45-64 anos (Farquhar, 2002).

Todavia, estudos de coorte desenvolvidos em mulheres mais novas demonstram que o risco de cancro da mama aumentou para as mulheres antes dos 35 anos e que são utilizadoras de CO há mais de 10 anos. Este risco ainda é mais elevado se a utilização de CO tiver sido antes dos 18 anos e continuado por mais de 10 anos. A relação com a utilização de CO é mais significativa nos casos de cancro diagnosticados em estádios mais avançados (Brinton et al., 1995).

Os principais resultados de uma revisão sistemática de estudos a nível mundial mostram que existe um pequeno aumento do risco de ter cancro da mama diagnosticado nas utilizadoras correntes de contraceptivos orais combinados e nas mulheres que pararam de tomar durante os 10 anos passados, não existindo evidência do aumento do risco nestas últimas. Além disso, os cancros diagnosticados nas mulheres que usaram CO tendem a ser menos avançados clinicamente do que os diagnosticados nas mulheres que nunca os tomaram (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, 1996). Apesar do grande número de possibilidades investigadas, poucos foram os fatores que aparentemente modificam o risco relativo, tanto nas recentes, como nas anteriores utilizadoras. Relativamente às utilizadoras recentes que iniciaram a toma de CO antes dos 20 anos, o risco relativo é superior às que iniciaram em idades mais avançadas. Parece não existir evidências dos efeitos específicos do estrogénio e da progesterona e o padrão de risco associado com o uso de hormonas contraceptivas específicas, sendo os resultados similares ao observado nos CO combinados (*ibid.*)

A terapia hormonal de substituição (THS): uma revisão de estudos realizados por Elledge & Fuqua (2000) que envolveram quase 15.000 doentes com cancro da mama no estágio inicial confirmou o valor do *status* dos recetores hormonais para progesterona em adição aos recetores de estrogénio ao demonstrar os potenciais benefícios do tratamento adjuvante com tamoxifeno. Os dados sugerem que, quando devidamente, mensurados ambos são preditores de resposta ao tamoxifeno. Por exemplo, um estudo aleatório demonstrou que tomar tamoxifeno durante 5 anos, em vez de 2, reduz o risco de cancro contra lateral em 30% (Hackshaw et al., 2011).

Deste modo, embora as mulheres que utilizam, usualmente, a THS apresentem um risco aumentado de 66% para cancro da mama comparado com as não utilizadoras, este risco será igual às não utilizadoras até aos 5 anos (Beral, 2003).

Existe uma grande heterogeneidade do risco de cancro da mama entre as utilizadoras de THS, sendo o risco superior entre as mulheres que tomam estrogénio conjugado com progesterona, do que com fórmulas únicas de estrogénio e se a terapêutica iniciar-se próximo da menopausa, do que mais tarde (Beral, Reeves, Bull, & Green, 2011). Se a toma da THS ocorrer

em mulheres obesas na pós-menopausa, o risco de desenvolver cancro da mama é superior (Pazdur, et al., 2002).

Alimentação e obesidade: a partir da conclusão de alguns estudos, a ACS (2007) refere que é complicado comparar a dieta dos diferentes países pelo facto de existirem outros aspetos envolvidos, como sejam, o nível de atividade física, o consumo de outros nutrientes e fatores genéticos, que podem alterar o risco de cancro da mama.

Com efeito, tem havido muita investigação sobre os efeitos dos fatores dietéticos no risco do cancro da mama, mas os achados são, geralmente, inconsistentes e inconclusivos. A evidência mais forte é relativa ao consumo total de gordura segundo uma meta-análise de 45 estudos, onde relatam 13% de aumento do risco de cancro da mama (Boyd et al., 2003). Já um recente estudo de *coorte* mostrou um ligeiro mas, significativo, risco de aumento para grandes ingestões de gorduras saturadas, monoinsaturadas e polinsaturadas (Thiebaut et al., 2007).

Um outro estudo apontou que as mulheres que ingerem gorduras mais saturadas têm o dobro do risco de cancro da mama, comparadas com aquelas que ingerem menores quantidades (Bingham et al., 2003).

O excesso de peso e a obesidade, avaliados pelo índice de massa corporal (IMC) aumentam, moderadamente, o risco de cancro da mama na pós-menopausa e são dos poucos fatores de risco modificáveis. Em comparação com as magras, as mulheres na pós-menopausa apresentam risco diferente para o cancro da mama; as que têm excesso de peso, o risco é de 10 a 20% , enquanto nas obesas verifica-se um aumento de 30% do mesmo. Com base nos resultados do *Million Women Study*, cerca de 7% dos cancros de mama em mulheres pós-menopáusicas, no Reino Unido são devido a excesso de peso e obesidade (Reeves et al., 2007). Contudo, na pré-menopausa, os mesmos autores verificaram que a obesidade reduz 20% no risco de cancro da mama.

Em suma, o aumento excessivo do peso associa-se com o aumento do risco de cancro da mama nas mulheres na pós-menopausa, enquanto que, na pré-menopausa, parece ter um efeito protetor, podendo dever-se ao aumento dos ciclos anovulatórios (Deapen, Liu, Perkins, Bernstein, & Ross, 2002), levando a níveis mais baixos dos estrogéneos circulantes nas mulheres obesas jovens.

No entanto, a conexão entre aumento de peso e o risco de cancro da mama é mais complexa. Num estudo realizado no Hospital Santa Maria com mulheres mastectomizadas em que o objetivo era avaliar o padrão do estado nutricional, a gordura corporal e o consumo dietético habitual verificou-se que 82% das pacientes tinha excesso de peso ou obesidade, 89% apresentava gordura corporal acima do limite normal e 62% um perímetro abdominal superior a

88 cm (Amaral et al., 2010). Neste estudo observou-se uma associação entre um maior IMC, a percentagem de gordura e histologias agressivas (nomeadamente o Carcinoma Ductal Invasivo). A análise efetuada aos alimentos que estas mulheres consumiam mostrou um baixo consumo de vegetais e cereais integrais ricos em carboidratos e de peixes, fontes primárias de ácidos gordos polinsaturados e um consumo elevado de gorduras saturadas. As histologias mais agressivas estão correlacionadas, neste estudo, com uma diminuição da ingestão de vegetais de folha verde e fontes alimentares de ácidos gordos ómega 3.

A ACS (2007) ainda acrescenta que o facto deste excesso de gordura se situar na cintura pode aumentar o risco, do que esta se localizar na anca e coxa. Parecem existir diferenças subtis no metabolismo das células gordas, nas diversas partes do corpo, o que pode explicar a afirmação anterior.

A atividade física: estudos epidemiológicos têm demonstrado fortes evidências que o ganho excessivo de peso (obesidade), estilo de vida sedentário e ingestão, moderada a elevada, de álcool estão associados a um maior risco de desenvolvimento de cancro da mama (DeVita, Hellman, & Rosenberg, 2005). Em relação à atividade física regular, esta parece prevenir a doença, em grande parte, pela redução de níveis circulantes de hormonas sexuais, nomeadamente, estrogénio e testosterona na pós-menopausa (Chan et al., 2007).

Existem estudos a mostrar uma redução de 20 a 40 % para as mulheres com desempenho elevado de atividade física (Lahmann et al., 2007; Maruti, Willett, Feskanich, Rosner, & Colditz, 2008), sendo a associação maior para as mulheres na pós-menopausa (Monninkhof et al., 2007).

O álcool: a WHO (2003b) afirma a existência de estudos que evidenciaram polimorfismos nos genes enzimáticos que estão envolvidos no metabolismo do álcool. O acetaldeído é o principal metabolito do etanol (presente no álcool) e tem um papel carcinogénico para as células. Contudo pode ser difícil observar este efeito para as células, uma vez que o consumo do álcool, principalmente de bebidas pesadas, está subestimado, pela forte estigmatização social em muitas populações.

Embora estudos epidemiológicos venham mostrando uma associação significativa entre o consumo de álcool e o cancro da mama, um relatório recente da IARC concluiu que esta associação é causal (Baan et al., 2007).

Estimativas do risco relativo associado a cada bebida adicional consumida diariamente (10 g de álcool) variam entre 7 a 12% (Allen et al., 2009; Hamajima et al., 2002; Key et al., 2006). Resultados recentes sugerem que, cada bebida adicional consumida, diariamente, causa cerca de 11 novos cancros da mama antes dos 75 anos por cada 1.000 mulheres, e que 11% de todos os cancros da mama no Reino Unido (5.000 casos por ano) são causados pelo álcool (Allen, et al.,

2009), possivelmente, devido a níveis mais elevados de hormonas sexuais na corrente sanguínea dos consumidores, em comparação com os não consumidores (Rinaldi et al., 2006).

As radiações: A exposição a radiação ionizante é um fator de risco para o cancro da mama, sendo o seu efeito fortemente relacionado com a idade da exposição, ou seja, quanto mais jovem for a mulher, mais elevado o risco acrescido (John et al., 2007). O risco está relacionado com a dose de radiação recebida e com a idade na altura do tratamento, ou seja, nas mulheres tratadas com radioterapia e com menos de 21 anos, o risco é máximo devido à mama estar ainda em desenvolvimento. É o exemplo de estudos que demonstraram que o risco de cancro secundário na mama aumenta, 12 a 25 vezes mais, no caso das mulheres tratadas com radioterapia por Linfoma de *Hodgkin* antes dos 30 anos (Alm El-Din et al., 2009; Taylor, Winter, Stiller, Murphy, & Hawkins, 2007).

Mulheres a quem foi diagnosticada a tuberculose ou pneumonia através de raio-X entre os 10 e os 29 anos apresentam, três vezes, um risco mais elevado para cancro da mama (John, et al., 2007). Já para o cancro da mama contra lateral, o risco acrescido observado foi bem menor (9%) nas mulheres tratadas com radioterapia a um cancro da mama anterior, comparativamente com as que realizaram, unicamente, a cirurgia (Gonzalez et al., 2010).

O Tabaco: o fumo do tabaco contém, aproximadamente, 4000 substâncias químicas, as quais cerca de 438 podem provocar cancro. As mais nocivas são a nicotina, o alcatrão e o monóxido de carbono. Os agentes presentes no tabaco que, com maior frequência, causam cancro são os hidrocarbonetos poliaromáticos e os compostos nitrosos (OMS, 2004b). Além do seu perigo para os órgãos que entram em contacto direto com o tabaco e o fumo (e.g. pulmão, língua e cavidade bucal, laringe, traqueia), também, outros são afetados (e.g. mama, rim), devido à absorção dos componentes nocivos através da corrente sanguínea que os transporta para os órgãos em questão (*ibid.*).

Existem estudos que, apesar de afirmarem alguma inconsistência dos dados mostram a existência de uma ligeira diminuição do risco de cancro da mama nas mulheres fumadoras, talvez refletindo alterações hormonais nas não fumadoras (Baron, 1984). No entanto, como já foi referido, o papel específico dos estrogénios no cancro da mama ainda permanece indefinido. Os dados são insuficientes para determinar se existe associação do tabagismo com o cancro da mama e, se esta existe, é pela ocorrência da menopausa precoce (Baron, 1984; Boyle & Leake, 1988). No geral, os dados sugerem um impacte de fumar relacionado com os estrogénios, sendo este mecanismo, provavelmente, de etiologia extra ovário. Todavia, deve notar-se que tudo o que o tabagismo pode ter de efeito protetor para a doença devido ao aumento dos estrogénios, a mortalidade geral é muito superior nas fumadoras (Baron, 1984).

Contudo permanece, ainda, alguma controvérsia no que se refere à relação existente entre fumadores passivos/ativos e risco de cancro da mama, tendo como pano de fundo duas situações; por um lado, estudos baseados na evidência que não mostram nenhuma associação entre cancro da mama e fumadores ativos e passivos, enquanto outros apontam para um aumento do risco, não tanto nos fumadores ativos, mas sim nos passivos.

Uma possível explicação para esta última associação é que o fumo do tabaco pode ter efeitos diferentes no cancro da mama nos fumadores ativos, comparativamente com os que estão expostos ao fumo do cigarro. Um relatório da *California Environmental Protection Agency* (2005) concluiu que as evidências relativamente ao fumo passivo e cancro da mama são consistentes com «causa/efeito» nas jovens, principalmente nas mulheres na pré-menopausa, enquanto que o relatório do *US Surgeon General's* (2006) concluiu que é sugestiva, mas não conclusiva a relação destas variáveis. A IARC (2004) aponta ainda para a não existência de qualquer associação entre ambas as variáveis.

Desde essa avaliação, estudos mais recentes mostraram um aumento do risco de cancro da mama em mulheres que começaram a fumar antes dos 20 anos ou antes do nascimento do primeiro filho (Luo et al., 2011; Xue, Willett, Rosner, Hankinson, & Michels, 2011). Nestes estudos, comparando as fumadoras e aquelas que nunca fumaram, o aumento do risco foi de cerca de 10 a 20 %. No entanto, a evidência mantém-se inconsistente em saber até que ponto o tabagismo provoca cancro da mama tanto após, como antes da menopausa (Xue, et al., 2011).

Uma recente meta-análise apontou para a não associação entre o fumo passivo e o cancro da mama em estudos que colheram informação sobre a exposição prévia ao desenvolvimento de cancro da mama (Pirie et al., 2008), porquanto, não foi analisado o efeito da exposição ao fumo passivo em relação à menopausa ou o nível de exposição a que as mulheres estavam sujeitas

Apesar da inconsistência que vigora neste âmbito, a WHO (2003b) recomenda às mulheres para evitarem a exposição ao fumo do tabaco devido ao possível risco de cancro da mama, pelo efeito dos carcinogéneos do tabaco no processo de mutação celular responsável pelo aparecimento da doença.

Turno laboral: existe alguma evidência científica que demonstra que os turnos laborais noturnos aumentam o risco de cancro da mama nas mulheres (Megdal, Kroenke, Laden, Pukkala, & Schernhammer, 2005) e que dormir mais tempo reduz o risco (Kakizaki et al., 2008; Verkasalo et al., 2005). Uma das justificações possíveis é que o sono disruptivo ou a sua pequena duração conduz a uma diminuição dos níveis de melatonina, cujas propriedades são anti-carcinogénicas (Schernhammer & Hankinson, 2009). A IARC classificou o turno laboral noturno como um «provável» carcinogénico para os humanos (Straif et al., 2007).

1.3. A PREVENÇÃO DO CANCRO DA MAMA

“Às vezes parece que os seios da enferma são uma promessa de que ela viverá. Se não tivessem estado em risco de se perderem não seriam tão suaves nem tão esplendorosas. Ali continuam, e isso é uma esperança.” (La Serna, 2000, p.106)

O cancro da mama antes dos 65 anos é outra patologia incluída na mortalidade evitável por cuidados de saúde, que manifestou evolução favorável, apesar das variações no território continental. O mesmo não acontece com as taxas de mortalidade por cancro do colo do útero e cancro do cólon e reto antes dos 65 anos que, para além de não terem diminuído de forma consistente nos últimos anos, também apresentam variações geográficas acentuadas. Nos três tipos de neoplasias analisados, a região do Algarve é a que apresenta as taxas mais elevadas de mortalidade padronizada. Os dados relativos à taxa de mortalidade evitável por cuidados de saúde permitem identificar áreas geográficas ou grupos socioeconómicos que poderão beneficiar de uma intervenção do sistema de prestação de cuidados de saúde (Alto Comissariado da Saúde, 2010b).

Estratégias de prevenção primária, secundária e terciária têm sido utilizadas com o objetivo de prevenir doenças, diagnosticá-las e tratá-las precocemente de forma a minimizar os seus efeitos na população, assegurando a cada mulher no caso particular do cancro da mama, um padrão de vida adequado à manutenção da sua saúde. Torna-se pertinente abordar, neste ponto, as conceções de prevenção primária e secundária relacionadas com o cancro da mama, pelo potencial prático que estas estratégias apresentam na luta contra a doença. A prevenção terciária não será abordada uma vez que o objetivo principal deste trabalho prende-se, exclusivamente, com a conceptualização das etapas em que a doença ainda não é manifesta. Logo, os aspetos relacionados com o aparecimento da sintomatologia e a sua progressão para a cura ou a morte, não serão aqui afluídos.

A principal distinção entre os três níveis de prevenção assenta na fase de progressão da doença sobre a qual se pretende intervir; se antes do início do processo patológico (prevenção primária), aquando o início da doença mas sem sintomatologia presente (prevenção secundária) ou quando a instalação da doença e com presença de sintomas (prevenção terciária) (Thuler, 2003).

A prevenção é, pois, um componente essencial nos planos de controlo de todos os cancros, porque cerca de 40% de todas as mortes podem ser prevenidas reduzindo, assim, o impacte da doença para a população (WHO, 2007a).

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

1.3.1. A prevenção primária

Infelizmente para as mulheres há pouco que se possa fazer para evitar a exposição à maioria dos fatores de risco, anteriormente, mencionados. As especulações vão, no sentido de que, a sua redução no desenvolvimento do cancro da mama é de muito baixa magnitude, como já referimos anteriormente aquando a abordagem dos fatores de risco. Sendo assim, não podem ser associados à proteção da doença, sem que se questione a sua validade (ACS, 2007; Mettlin, 1991; Thuler, 2003). O desconhecimento da grande maioria das suas causas impossibilita a realização de uma verdadeira prevenção primária, só sendo possível identificar fatores de risco conhecidos, em menos de 30% dos casos de cancro da mama (WHO, 2007b).

Não devemos esquecer, todavia, as diferenças existentes na distribuição geográfica do cancro, o que é explicado pelos, também, diferentes fatores de risco presentes nas várias comunidades (OMS, 2004b). Boyle et al. (2003) referem que os estilos de vida diferenciam os indivíduos de uma mesma comunidade e que, conseqüentemente, têm fatores de risco diferentes para o cancro.

Acontece que os fatores de risco importantes para o cancro – como o tabaco – são os mesmos para outras doenças crónicas, incluindo as cardiovasculares e a diabetes. A prevenção a este nível deve, portanto, ser planeada e implementada no contexto de outros programas preventivos das doenças crónicas, assim como, no contexto de todos os planos de controlo do cancro (DGS, 2003; Ministério da Saúde/Alto Comissariado da Saúde, 2007; OMS, 2004b; WHO, 2007a). Não devemos esquecer que as abordagens tradicionais, até então desenhadas e implementadas, de forma vertical, para cada uma das doenças crónicas, sem a adequada articulação entre si, conduziram à duplicação de atividades e dificultaram uma abordagem sistémica e holística, fundamental para a obtenção de mudanças positivas nos estilos de vida da população (DGS, 2003), colocando em causa os princípios de atuação no que se refere à prevenção primária.

Um dos fatores que alguns autores referem influenciar a epidemiologia do cancro da mama e, que pode ser evitado no sentido da sua prevenção primária, é a exposição a níveis elevados de

estrogénios em circulação. Sendo um fator primário na promoção do desenvolvimento de células malignas durante vários anos ainda é possível reverter a situação se essa exposição for reduzida ou se os efeitos adversos puderem ser prevenidos, evitando o cancro da mama (Ribeiro, et al., 2000). Neste caso específico da relação hormonal com o cancro da mama, é importante que os profissionais de saúde ponderem estas variáveis aquando a introdução precoce de hormonas às mulheres jovens.

Outros estudos têm sido realizados no âmbito da prevenção, nomeadamente, os decorrentes de ensaios de terapia adjuvante com tamoxifeno que demonstraram uma menor incidência (47%) de cancro da mama contra lateral. Contudo, o tamoxifeno foi associado a uma maior incidência de cancro endometrial, problemas tromboembólicos e cataratas, mas a menos eventos cardiovasculares e fraturas ósseas, não sendo ainda esclarecida a sua eficácia como redução do risco em mulheres com predisposição hereditária para o cancro da mama. O raloxifeno é outro fármaco, com a vantagem de menores efeitos secundários de proliferação do endométrio, comparativamente com o tamoxifeno, diminuindo o risco de cancro do endométrio (Pollock, 2006). As evidências atuais mostram que o tamoxifeno reduz o risco de cancro da mama nas mulheres com recetores de estrogénios positivos, contudo, as suas elevadas taxas de efeitos secundários não permitem que se recomende o seu uso profilático nas mulheres saudáveis (Boyle, et al., 2003)

A avaliação do risco genético como medida preventiva

Esta abordagem tem sido utilizada na seleção de populações de risco para posteriores estudos de prevenção primária (Pollock, 2006).

Com base em estudos do (IPATIMUP, s/data) o rastreio de mutações genéticas BRCA deve fazer-se no contexto de Aconselhamento Genético. Modeste et al (1999) acrescentam, ainda, que esta abordagem deve ser realizada por um técnico qualificado antes de qualquer teste genético, de forma a ponderarem-se cuidadosamente os benefícios e os riscos, tanto por razões relacionadas com os custos dos testes, como também pelos danos físicos ou psicológicos que os erros de interpretação podem acarretar para a vida das mulheres.

Primeiramente deve ser elaborada uma árvore genealógica que inclua familiares maternos e paternos, com os tipos de neoplasias, órgãos afetados e idade do diagnóstico (IPATIMUP, s/data). Para aferir o risco individual de cancro da mama pode usar-se o método de *Gail*, que tem em conta fatores ginecológicos, obstétricos e da história pessoal (biopsias mamárias realizadas pela mulher) e familiar (mãe, filhas ou irmãs afetadas). Este método tem algumas

limitações, nomeadamente, o facto de não incluir familiares de 2º grau (como tias afetadas), não considerar a idade do diagnóstico de cancro da mama, nem permitir incluir casos de outros carcinomas, como o do ovário. Nos casos em que interessa aferir o risco nas mulheres com agregação familiar, a metodologia de eleição é o método Claus. Neste, as idades em que os familiares de 1º e 2º grau foram afetados, são usadas para estimar a probabilidade de que um componente hereditário esteja subjacente ao padrão familiar de neoplasias (Mealiffe et al., 2010). No entanto, este método tem também algumas limitações, pois subestima a probabilidade do componente hereditário BRCA1 e 2, nos casos de risco alto na família paterna, se a doente não tiver irmãs, ou se ainda existir cancro do ovário em vez de cancro da mama nos familiares afetados (Euhus, Leitch, Huth, & Peters, 2002).

Confirmando o que já foi referido anteriormente, o rastreio genético só deve ser considerado quando o resultado puder ser adequadamente interpretado e se este influenciar a abordagem médica dos doentes ou dos seus familiares. É importante informar da possibilidade de um teste não conclusivo, essencialmente, quer por não existir mutação nestes genes, quer por existir uma mutação genética num gene ainda não identificado. Numa família de alto risco, os únicos indivíduos verdadeiros negativos são os que, identificada a mutação familiar têm rastreio negativo para essa mutação (IPATIMUP, 2007 (no artigo s/data)).

Uma doente com cancro da mama que tenha um resultado positivo no rastreio genético tem um risco alto de cancro da mama contra lateral e de cancro do ovário. Existe prevenção cirúrgica, através da mastectomia profilática (reduz o risco de cancro da mama), embora seja presumível que as mulheres submetidas a ooforectomia profilática tenham o seu risco de cancro da mama diminuído em cerca de 50% e o do ovário 85-95% (Rebbeck et al., 2002).

Os familiares saudáveis, com resultados negativos no rastreio genético têm um benefício óbvio com esse resultado: não herdam o alto risco familiar tendo o risco da população geral. Nos casos positivos existem três formas de gestão de risco: a vigilância, a prevenção cirúrgica e a quimioprevenção (IPATIMUP, 2007 (no artigo s/data)).

Pesquisadores holandeses revelaram no *6th European Breast Cancer Conference*, em Berlim que, mulheres com mutações do gene BRCA apresentam 85% de risco de desenvolver cancro de mama, mas uma mastectomia profilática reduz o risco para menos de 1% (European Cancer Organization, 2008). No entanto, este tipo de cirurgia pode não ser aceitável para a maioria das mulheres pela sua implicação nas várias dimensões da sua vida, essencialmente, nos aspetos ligados à sua identidade feminina.

Relativamente à vigilância, recomenda-se o seu início a partir dos 25 anos, com a observação clínica mamária todos os 6 meses (IPATIMUP, s/data). Todavia, Marchetti et al.

(2004) referem que os resultados preliminares ainda são limitados, mas não tem sido suficiente aumentar-se a vigilância, especialmente nas jovens portadoras de BRCA1/2, parcialmente, explicado pelo facto do cancro crescer velozmente nestes casos, assim como, a deteção por mamografia ser baixa (Kerlikowske, et al., 1995), devido ao aumento da densidade mamária.

1.3.2. A prevenção secundária

Como já foi referido, apesar de alguns fatores ambientais e comportamentais serem atribuídos a um maior risco de desenvolver a doença, parece que os dados epidemiológicos até então identificados, não são suficientes, nem apontam evidências significativas das suas relações causais que possam justificar ações exclusivas nesse sentido. Carece mais investigação nessas áreas para que se possam implementar estratégias de prevenção primária, particularmente, para o cancro da mama.

Quando as medidas de prevenção primária falham, é necessário partir para outras estratégias na luta contra a doença, ou seja, concentrar esforços na deteção precoce da patologia (Kelsey & Gammon, 1991; WHO, 2007b). Neste sentido, o Parlamento Europeu (2003) considera que, cerca de 90% dos casos de cancro da mama são curáveis se forem diagnosticados e convenientemente tratados numa fase precoce.

Existem dois tipos de intervenções disponíveis que permitem a deteção precoce e o tratamento eficaz do cancro: (i) o diagnóstico precoce que envolve, muitas vezes, a sensibilização dos indivíduos para os sinais e sintomas precoces da doença levando-os a consultar um prestador de cuidados de saúde que, prontamente, os referencia para confirmação do diagnóstico e conseqüente tratamento da doença; (ii) os programas de rastreio de cariz organizado, dirigidos a pessoas, aparentemente saudáveis e assintomáticas, com o objetivo de detetar, lesões pré-cancerosas ou, num estágio precoce de cancro, de forma a poderem ser referenciadas para diagnóstico e tratamento (WHO, 2007b).

O cancro da mama é, efetivamente, um problema de saúde pública, para além de integrar os critérios necessários para a implementação de programas de rastreio, medidas estas, consideradas eficazes para o seu controlo (European Commission, 2006b; Hakama, et al., 2008).

Segundo Hakama et al. (2008), o rastreio é uma cadeia de atividades que começa por definir a população alvo e que se estende pelo tratamento, acompanhando o seguimento das doentes detetadas pelo exame de rastreio. Este pode ser oportunista, ou seja, espontâneo, não organizado e de âmbito individual ou, organizado e de base populacional. As atividades dos programas de rastreio estão interligadas conforme o tipo de cancro envolvido que, por sua vez,

vai influenciar a idade das mulheres cobertas pelo exame e o intervalo em que o vão realizar. Todos os programas de rastreio são, de certa maneira, seletivos pois envolvem a aplicação de um teste somente a um segmento da população, no entanto quando dirigidos a uma população de alto risco, segundo os fatores etiológicos envolvidos, demonstrou ser de baixa sensibilidade pela substancial proporção da doença que ocorreu na população de baixo risco não coberta pelo programa. Desta forma, isto prova que os rastreios seletivos, não devem incorporar as políticas de saúde pública, exceto nos países de baixos recursos.

Uma vez que o cancro é uma doença, potencialmente letal, o principal objetivo do rastreio (e subsequente tratamento) é aumentar a esperança de vida, o que requer a deteção da doença alvo numa fase pré-clínica, durante a qual esta possa ser tratada de forma a que, a sua progressão seja interrompida (Hakama, et al., 2008; IPATIMUP, s/data; Thuler, 2003).

Devido à complexidade do compromisso multidisciplinar que as atividades de rastreio encerram e, para que se consigam obter ganhos em saúde – diminuir a taxa de mortalidade e aumentar a taxa de sobrevivência – é preciso apostar na sua alta qualidade. Para além do objetivo do rastreio na redução da morbi-mortalidade, deve ter-se em consideração que os exames a serem realizados no seu âmbito não devem afetar, adversamente, a saúde daqueles que a eles aderem. A sua eficácia depende, não só, dos resultados do programa e do seu impacto na saúde pública, mas também, da sua organização, implementação, execução e aceitabilidade pela população alvo (European Commission, 2006a).

Com efeito, antes de iniciar-se um programa de rastreio, devem ser consideradas as análises de custo-benefício que demonstram os custos para a realização dos objetivos propostos, em comparação com estratégias alternativas de prevenção ou, a ausência de qualquer intervenção, conforme referem as *guidelines* da *European Commission* (European Commission, 2006a). As mesmas mencionam alguns estudos que avaliaram a relação custo/benefício dos rastreios e verificaram que, os resultados são favoráveis para os programas organizados e centralizados, principalmente, pela melhor organização, alta taxa de comparência, esquema de convite abrangente a uma larga parte da população alvo e, finalmente, pelos procedimentos segundo uma cultura de segurança e qualidade.

Desta forma, segundo Barton (2006) e Hakama et al. (2008) a validade de um exame de rastreio, ou seja, a sua capacidade para detetar os indivíduos doentes e os que não têm a doença, é determinada pela alta sensibilidade e especificidade do exame. Hakama et al. (2008) definem sensibilidade, como sendo a capacidade do exame identificar os casos, na fase pré-clínica, entre os indivíduos rastreados e, especificidade, a habilidade de reconhecer os indivíduos sem a doença. Esta é importante, porque pretende minimizar o número de “falsos positivos” ou

de pessoas saudáveis incorretamente identificadas como tendo a doença. Estas e outras medidas de desempenho dependem de vários fatores, incluindo a adesão da população aos programas de rastreio, a sua reprodutibilidade, os procedimentos de diagnóstico utilizados para confirmar os “falsos positivos” e o intervalo entre os sucessivos exames (Hakama, et al., 2008).

A Resolução do Parlamento Europeu sobre o cancro da mama na União Europeia (Parlamento Europeu, 2003) insta os estados membros, a implementarem programas de rastreio centrados na população, a objetivarem taxas de participação superiores a 70% e a respeitar os critérios de qualidade segundo as diretrizes europeias.

Em síntese, alguns dos critérios que devem pesar no julgamento dos decisores, no âmbito das políticas de saúde, para a realização ou não, de programas de rastreio são os seguintes: o exame de rastreio não deve constituir um entrave relativamente ao seu custo; o exame de rastreio não deve constituir fonte de desconforto ou risco para a utente; o exame de rastreio deve ser realizado a intervalos regulares e abranger uma larga franja da população alvo; o diagnóstico deve ocorrer na fase pré-clínica da história natural da doença, de forma a responder aos tratamentos no sentido de prolongar a sobrevivência (European Commission, 2006b; Hakama, et al., 2008; Raffle & Gray, 2007).

Existem, todavia, vários métodos associados ao rastreio do cancro da mama e que podem apresentar benefícios e limitações em circunstâncias diferentes. Os autores Modeste et al. (1999) referem as diferentes conclusões a que chegou a *United States Preventive Services Task Force* (USPSTF), relativamente à utilidade e eficácia dos vários métodos de deteção precoce (auto exame, exame clínico e mamografia). Após rever alguns estudos, esta organização diz existirem evidências insuficientes que justifiquem os custos de mamografias de rotina e/ou exame clínico nas mulheres entre 40-49 anos, assim como, as de mais de 70 anos de idade. Contudo, à semelhança da ACS para as mulheres com mais de 50 anos, a USPSTF recomenda o rastreio de rotina com mamografia e/ou exame clínico da mama a cada 1-2 anos para as mulheres entre os 50-69 anos (Modeste, et al., 1999).

Os mesmos autores afirmam, ainda, que a deteção precoce deve ser sempre conjugada com a educação preventiva para que se verifique a redução efetiva da mortalidade por cancro da mama e, relativamente à sobrevida, Hakama et al. (2008) referem que a doença apresenta melhor prognóstico nos casos detetados pelos rastreios, do que naqueles diagnosticados pela sintomatologia clínica. A WHO (2007b) acrescenta, ainda, no caso particular do cancro da mama, o diagnosticado numa fase precoce implica um decréscimo no diâmetro do tumor de 5 para 3 cm, no momento da apresentação, para além da vantagem de ocorrerem poucos cancros no intervalo entre os rastreios.

O Autoexame da Mama

Vários autores mencionam os resultados de estudos efetuados, sobre os vários exames de rastreio em que, a USPSTF considera serem insuficientes as evidências que recomendam ou desaconselham o autoexame mamário ou o exame clínico da mama, enquanto a ACS já não preconiza a instrução sistemática e mensal do autoexame da mama devido à sua baixa especificidade e sensibilidade, mesmo sendo de baixo custo (Barton, 2006; Petrolino-Roche, 2004).

Apesar de alguns estudos efetuados no sentido de demonstrar a eficácia, do autoexame da mama, na redução da mortalidade não terem confirmado essa relação (Semiglazov, Sagaidak, Moiseyenko, & Mikhailov, 1993; Thomas et al., 2002), outros apontam algumas vantagens deste exame, como sendo válidas, para a sua realização (Bailey, 2000; Modeste, et al., 1999; Petrolino-Roche, 2004; Wardle et al., 1995).

As vantagens do autoexame da mama parecem ser evidentes; é um método simples de realizar pela própria mulher, como prática do seu autocuidado; é gratuito; não é uma técnica invasiva, logo não provoca dor ou desconforto; apresenta boas hipóteses de autoconhecimento do tecido mamário por parte da mulher (Bailey, 2000; Petrolino-Roche, 2004). De acordo com este último aspeto, o Parlamento Europeu (2003) enfatiza a importância da sua realização como contributo para as mulheres na perceção do próprio corpo, mas alerta que não constitui uma alternativa à mamografia, por serem insuficientes as provas abonatórias na redução da mortalidade.

Bailey (2000) refere ainda, que o *National Breast Screening Programme* do Reino Unido recomenda o autoexame da mama, particularmente, nas mulheres muito novas ou muito idosas (idades em que já não constam como população alvo dos programas de rastreio) como forma de descobrir, precocemente, quaisquer alterações nas suas mamas.

Contrariamente às recomendações atrás referidas, vários estudos identificaram alguns malefícios na realização do autoexame das mamas, nomeadamente, o impacto psicológico negativo relacionado com a sua prática sistemática e que inclui o aumento dos níveis de ansiedade e depressão (Calnan, Chamberlain, & Moss, 1983; Fletcher et al., 1990) e o facto de aumentar os resultados “falsos positivos” (Lee & Maguire, 1975; MacFarlane & Sony, 1992). Os estudos demonstraram um significativo aumento de visitas ao médico para avaliação das lesões benignas da mama.

Segundo Baxter (2001) a *Canadian Task Force on Preventive Health Care* sugere, para o grupo etário de mulheres com idade inferior a 40 anos que, devido às evidências sobre a baixa

eficácia do autoexame da mama, os prejuízos são ainda maiores se o efetuarem. Desta forma, a educação para a sua prática regular não deve ser feita. No entanto alerta que, apesar das evidências indicarem não existir benefícios para tal, as mulheres podem pedir para serem ensinadas e, nestes casos, os potenciais benefícios e malefícios devem ser discutidos e assegurar-se que o autoexame da mama seja ensinado de forma a realizar-se proficientemente.

Um outro aspeto a considerar tem que ver com as desigualdades a nível mundial no estabelecimento dos programas de rastreio. Talvez deva pensar-se que, cerca de metade das situações de cancro da mama a nível mundial ocorre nos países em desenvolvimento e que a mamografia poderá não ser considerada o método de eleição para a deteção precoce desta doença devido ao seu alto custo, então, nestes contextos poder-se-á instituir de forma sistemática a realização do autoexame da mama, assim como do exame clínico (Modeste, et al., 1999).

O autoexame da mama é uma técnica que inclui inspeção e palpação da mama nas posições vertical e horizontal. Deve ser realizada mensalmente de forma sistemática e minuciosa (duração aproximada de vinte minutos); na mulher menstruada do 5º ao 7º dia após o período menstrual, enquanto a mulher pós-menopausa, deve selecionar o mesmo dia do mês para a realização do seu exame. Este requer alguma habilidade motora de coordenação da palpação, do movimento e da sensibilidade e deve ser efetuado com a polpa dos dedos, indicador e médio, cumprindo vários movimentos em espiral, concêntricos ou mediante os quadrantes da mama. Durante este processo, a mulher deve estar atenta às alterações do tecido mamário que, eventualmente, possa encontrar. Quando a mulher realiza este exame pela primeira vez é necessário enfatizar que está a aprender a conhecer as características normais da sua mama, de forma a reconhecer e avaliar as futuras variações, tendo sempre em atenção que as deve comparar com a outra mama em termos de simetria (Ribeiro, et al., 2000).

O Exame Clínico da Mama

O exame clínico tem por objetivo localizar um nódulo ou massa suspeita e verificar a sua textura, tamanho e a sua relação com a pele e os músculos do peito.

Da forma semelhante ao autoexame da mama, o exame clínico, de forma isolada não é recomendado universalmente, até porque os dados existentes são insuficientes para a sua recomendação regular (Barton, 2006).

A ACS recomenda a realização deste exame por um profissional de saúde treinado para o efeito, de 3 em 3 anos nas mulheres com idades entre 20-39 anos e anualmente a partir de

então, enquanto o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) sugere a sua realização anual, a todas as mulheres como parte do exame objetivo por poder detetar algumas lesões que escapam à mamografia (Barton, 2006; Fenton et al., 2007).

Contudo, a *US Preventive Services Task Force* afirma que a evidência não é suficiente para que se recomende o exame, embora se a técnica for aperfeiçoada e regular, aumenta a sua precisão (Green & Taplin, 2003).

A Mamografia

Seguidamente, iremos expor alguns dos aspetos acerca da mamografia em particular, da sua efetividade como teste de rastreio do cancro da mama e de fatores que podem influenciar a sua realização.

Os autores Lee et al. (2003) referem que as indicações para a realização da mamografia dependem da causa que leva a mulher a realizar o exame; pode ser decorrente de um rastreio em que o exame apresenta um resultado anormal, inesperado ou, pela presença de sintomatologia, que pode indiciar a necessidade de utilizar este exame como meio auxiliar de diagnóstico. Desta forma, em ambas as situações, o seu papel é excluir ou confirmar um processo maligno. Quando empregue, em conjunto, com o exame clínico e histológico pode ser obtido um diagnóstico definitivo de doença benigna e evita-se, desta forma, que a mulher seja, desnecessariamente, submetida a uma intervenção cirúrgica.

A mamografia identifica a maioria dos tumores palpáveis da mama e será útil na diferenciação entre os processos, benigno e maligno, para além de detetar as lesões malignas, 2 anos antes de causarem sintomatologia (Lee, et al., 2003). O rastreio da mama deve ter um impacto na mortalidade da doença. A mamografia está associada com a redução de mais de 30% da mortalidade por cancro da mama no contexto do julgamento das boas condutas (Barton, 2006; Nees, 2008; Petrolino-Roche, 2004). Alguns estudos mostram uma redução de 18% a 25% na mortalidade por cancro da mama em mulheres com mais de 40 anos (Humphrey, et al., 2002; Kerlikowske, et al., 1995). Outros estudos comprovam a sua maior eficácia, nas mulheres entre os 50 e os 69 anos com redução da taxa de mortalidade na ordem dos 20-35% (Elmore, et al., 2005; Hakama, et al., 2008).

Por esta razão, a mamografia é pela sua eficácia, o exame nobre nos programas de rastreio (Barton, 2006; Hakama, et al., 2008; Humphrey, et al., 2002; Kerlikowske, et al., 1995; Lee, et al., 2003).

No entanto, nem todos os cancros da mama, mesmo quando palpáveis, são visíveis na mamografia, sendo a densidade mamária uma das causas dessa situação (Bailey, 2000; Lee, et al., 2003; Nees, 2008). Não obstante, a mamografia com dupla leitura poderá aumentar a sensibilidade para, aproximadamente, 20% com benefício para a deteção de lesões mais pequenas nas mulheres com mamas mais densas (Hakama, et al., 2008), nas quais não existe suficiente contraste entre o tecido mamário e o tumor (Nees, 2008). Este exame é, também, mais sensível do que a palpação no acesso ao tamanho do tumor, mostra a sua extensão porque deteta a doença multifocal podendo, ainda, confirmar que a mama lateral está livre de doença (Lee, et al., 2003). Contudo, o mesmo autor afirma que este exame tem pouco para oferecer relativamente à gestão do cancro da mama nas mulheres jovens, pois como já foi referido, a densidade mamária torna menos provável a deteção das lesões. Desta forma, não se justifica a realização de mamografia, como ferramenta de rastreio, em mulheres com menos 35 anos, mesmo na presença de alguns sintomas. Nesta idade, justificar-se-á como primeira escolha, a ecografia (Lee, et al., 2003).

Para a realização de rastreios mamográficos, o seu valor está provado, apenas nas mulheres com idades entre os 40 e 70 anos (Humphrey, et al., 2002; Kerlikowske, et al., 1995; Lee, et al., 2003; Smith, Standiford, & Saraiya, 2006).

Smith, Stanford & Saraya (2006) propõem as orientações da USPSTF quanto à realização da mamografia, em que esta deve ser proporcionada às mulheres com idade igual ou superior a 40 anos, sem esquecer de ponderar as variáveis custo/benefício quanto à sua realização em idades precoces (antes dos 40 anos). Os países onde são adotados rastreios de base populacional, é comum fazer-se um exame bienal a partir dos 50 anos.

Os mesmos autores acrescentam, ainda, alguns aspetos que desmistificam o valor da mamografia, independentemente da idade em que a mulher inicia os rastreios: (i) a regularidade dos rastreios; (ii) os benefícios e as limitações deste exame, incluindo o facto de não detetar todos os cancros da mama (como já foi referido anteriormente, pela densidade mamária nas mulheres mais jovens); (iii) os resultados falsos-positivos que, requerem, de seguida, exames adicionais (biopsia).

Os fatores referidos devem, pois, considerar-se, pela sua validade e limitações, na tomada de decisão para a implementação de programas de rastreio, particularmente, em países de baixos recursos e também pelas consequências, do foro psicológico, para as mulheres (nas mais jovens este exame demonstrou ser pouco sensível).

Relativamente ao intervalo ideal para a mamografia de rastreio, enquanto a ACS recomenda a realização anual da mamografia, a USPSTF preconiza o exame bienal nas mulheres

a partir dos 40 anos (Smith, et al., 2006). A USPSTF acredita que a mamografia anual não apresenta benefícios comparativamente ao rastreamento bienal, apesar de poder ser considerado, como sensato, nas mulheres pré-menopausadas com menos de 55 anos, principalmente, devido à maior prevalência de tecido glandular denso. Nestes casos, a mamografia apresenta uma sensibilidade de 48% para o seguimento com intervalos de 2 anos, mas essa sensibilidade aumenta para 72% quando este é anual, sugerindo um crescimento tumoral rápido, nestas mulheres, no intervalo que medeia ambas as mamografias e, por isso, beneficiam com intervalos de rastreamento mais curtos (*ibid.*).

Nos rastreios de base populacional, com convite bienal às mulheres na faixa etária dos 40-70 anos verifica-se uma redução, estatisticamente significativa, das mortes por cancro da mama, se bem que superior nas mulheres com mais de 50 anos (Smith, et al., 2006) devendo-se à maior adesão a este tipo de rastreios (European Commission, 2006a). O marco dos 50 anos de idade é, de certa forma, arbitrário (exceto pela aproximação da menopausa), pois os riscos para desenvolver e morrer por cancro da mama são variáveis e aumentam com a idade, ocorrendo maior incidência, atualmente, antes da menopausa (McPherson, Steel, & Dixon, 2000). Os mesmos autores referem que apesar do risco relativo, conseguido com a realização da mamografia, não diferir substancialmente com a idade, todavia o tempo requerido para obter benefícios é maior nas mulheres mais jovens. Por outro lado, estas têm maior potencial, de anos de vida ganhos com o rastreio. Pode afirmar-se, quanto maior a redução absoluta do risco, menor o número de mulheres que necessitam de rastreio (Humphrey, et al., 2002). Nas mulheres acima dos 70 anos, a incidência por cancro da mama é a mais alta e o desempenho dos testes é semelhante às mulheres na faixa etária dos 50-70anos de idade, contudo, os benefícios potenciais da deteção precoce nas mulheres mais idosas serão poucos, pelas outras doenças que diminuem a esperança de vida, porque não tolerarão avaliações ou tratamentos e, porque já terão a sua qualidade de vida altamente prejudicada (*ibid.*).

Barton (2006) e Lee et al. (2003) identificam outros fatores que influenciam a sensibilidade e a especificidade da mamografia. Consideram que a fase do ciclo menstrual pode influenciar a realização do exame, sendo que, fisiologicamente, a primeira fase do ciclo – fase folicular do 1º ao 14º dia – está associada com menor densidade da mama do que na fase luteínica (15º ao 30º dia). Esta informação deve ser fornecida às mulheres, por forma a preferirem a fase folicular do seu ciclo menstrual para a realização da mamografia, por ser menos dolorosa. Barton (2006) refere, também, que na prática clínica foi identificada uma associação entre a fase folicular e menos mamografias falsas-negativas nas mulheres magras, sendo mais um fator importante a considerar.

Outro teste de rastreio inclui a mamografia digital, a qual alguns estudos afirmam proporcionar um largo e dinâmico alcance da densidade devido à possibilidade de visualizar, com diferente brilho e contraste, os componentes dos tecidos, gordo e denso, da mama (Nees, 2008). O mesmo autor refere outra vantagem em relação à mamografia convencional, que é o facto da primeira proporcionar uma informação diagnóstica sem necessitar de imagens adicionais ou expor a paciente a um acréscimo de radiações. Ambos os tipos de mamografia apresentam radiação semelhante.

A periodicidade dos exames mamográficos pode ser alterada se a mulher apresentar alguns riscos acrescidos, como sejam:

(i) história de irradiação do tórax, neste caso o rastreio mamográfico deve ter início, 8-10 anos após a radioterapia ou, aos 40 anos;

(ii) mutação BRCA1/2 conhecida, neste caso a mamografia de rastreio deve ser efetuada aos 25 anos com aconselhamento para evitar terapêutica hormonal de substituição ou a sua utilização por períodos curtos (Korde, et al., 2005);

(iii) risco elevado para a doença, o qual envolve o autoexame, o exame clínico da mama e a mamografia anual, o aconselhamento genético ou a mastectomia profilática, procedimento este que, mesmo assim, não garante a prevenção de subseqüentes cancros da mama (WHO, 2003b).

As Recomendações Europeias para os Programas de Rastreio apresentadas pelo Conselho da Europa incluem programas organizados, de base populacional para o rastreio do cancro da mama nas mulheres dos 50-69 anos e com intervalos de 2 anos entre os testes. Estes podem ocorrer, tanto ao nível regional como nacional, cumprindo as *guidelines* europeias de qualidade e segurança para ambos os serviços, de radiologia e patologia (European Commission, 2006a). É exigido que a imagem radiológica da mama seja efetuada em duas posições e a sua leitura posterior por dois radiologistas com experiência de, no mínimo, 5.000 mamografias por ano (European Commission, 2006a).

A Ressonância Magnética e a Ecografia

Na situação em que existe um aumento do risco de cancro da mama, podem ser apropriadas diferentes modalidades como a ecografia e a ressonância magnética nuclear (RMN). Estudos mais recentes demonstraram uma utilização mais produtiva deste tipo de imagiologia na deteção do cancro da mama nestas mulheres. Comparativamente com a mamografia e o exame clínico, a RMN é, significativamente, mais sensível (79,5%), de 33,3% e 17,9%, respetivamente (Kriege et al., 2004). Contudo, estes ganhos na sensibilidade ficam de certo

modo ensombrados pela reduzida especificidade da RMN, pois esta, assim como a ecografia gera uma taxa mais elevada de resultados falsos-positivos. Por esta razão só é um exame aceitável nas mulheres de alto risco, não se prevendo a sua utilização no rastreio para a população em geral (Korde, et al., 2005; Kriege, et al., 2004).

Outros inconvenientes da RMN, comparada com a mamografia, são o seu custo relativamente elevado, a necessidade de produto de contraste endovenoso e as condições físicas requeridas pelo exame, que tende a provocar nas utentes uma claustrofobia desconfortável.

1.3.3. Os Programas de Detecção Precoce do Cancro da Mama a nível internacional

Quando foi lançado o programa “Europa contra o cancro” em 1986, o *Comitee of Cancer Experts of the European Community* decidiu que os programas sistemáticos de rastreio de base populacional deveriam ser implementados para os cancros cuja taxa de mortalidade diminuísse através desta estratégia (Biesheuvel, et al., 2011). Efetivamente, o crescente interesse pela deteção precoce do cancro da mama deve-se à demonstração da eficácia da mamografia na redução de 25-30% da taxa de mortalidade quando adotadas *guidelines* de rastreio de natureza organizada e de base populacional (Andersson, et al., 1988; Nystrom, et al., 2002; Tabar, et al., 1992).

Atualmente, o Conselho Europeu recomenda programas de rastreio de base populacional para o cancro da mama nas mulheres com idades entre os 50 e 69 anos, e requer que estes cumpram as *guidelines* europeias de qualidade e segurança para ambos os serviços, de radiologia e patologia (European Comission, 2006b).

Com efeito, a partir da década de 90 foi notável o número de países que implementaram programas de rastreio organizado. Alguns deles, incluindo a Suécia, o Reino Unido e a Holanda já haviam decidido implementar programas de rastreio de cariz nacional, enquanto noutros (e.g. Bélgica, Dinamarca, França, Grécia, Irlanda, Luxemburgo, Portugal e Espanha) foram desenvolvidos, inicialmente, programas-piloto de rastreio (Schopper & de Wolf, 2009; Shapiro, et al., 1998). Contudo, devido à diversidade dos sistemas de prestação de cuidados de saúde, da organização e implementação de programas, do processo de convocatória no âmbito dos programas organizados, do processo de leitura e interpretação das mamografias e do seguimento dos resultados anormais, tornou difícil a comparação destes programas (Shapiro, et al., 1998).

Neste contexto de diversidade, o *International Breast Cancer Screening Network* (IBSN) veio gerar um banco de dados internacional cujos objetivos seriam o de definir processos de desenvolvimento de informação adicional sobre as características dos programas de rastreio e as suas especificidades, de maneira a uniformizar a difusão e a eficácia das suas bases de dados (Shapiro, 1989). O IBSN realizou dois *surveys* (o primeiro em 1990 e o outro em 1995) com o intuito de avaliar os respetivos programas e o seu progresso nos países que os implementaram. Com base no quadro 1 faremos uma breve descrição das *guidelines* resultantes do *survey* realizado em 1995, salvaguardando que não incluímos Portugal uma vez que apresentaremos o programa de rastreio do cancro da mama com mais detalhe, adiante neste trabalho.

No quadro 1 podemos verificar que a mamografia é o método de deteção precoce mais utilizado pela maioria dos países, sendo o exame clínico às mamas realizado como complemento à mamografia em apenas sete países. O autoexame às mamas surge como o terceiro método em três províncias no Canadá, num programa no Uruguai e um na Grécia. O Japão é o único país que não utiliza a mamografia, tendo como métodos exclusivos, o autoexame e o exame clínico às mamas. À semelhança de Portugal, seis países do IBSN (Austrália, Canadá, Islândia, Holanda, Reino Unido e EUA) e três da *European Network* (Grécia, Irlanda, Espanha) utilizam as unidades móveis de rastreio, sendo que, nos restantes têm centros dedicados à realização de mamografias.

Neste *survey*, quanto ao grupo etário de início do rastreio verifica-se que, em treze países, a idade mínima é os 50 anos de idade, sendo os restantes entre os 40-49 anos. Desta divergência decorrem algumas diretivas controversas, por um lado a apontar que não existe evidência científica que demonstre benefícios de iniciar o rastreio aos 40-49 anos (Fletcher, Black, Harris, Rimer, & Shapiro, 1993; Kopans, 1999), inclusive no que diz respeito à relação custo-benefício (Salzmann, Kerlikowske, & Phillips, 1997), por outro lado, baseada numa conferência internacional sobre rastreio mamográfico (NIH, 1997) o *National Cancer Institute* veio a sugerir que este devia iniciar-se aos 40 anos (Shapiro, et al., 1998).

Se compararmos os diversos países no que diz respeito à idade máxima limite para a realização do rastreio, observa-se uma maior variação com cerca de metade dos países a recomendar os 69 anos. O intervalo de rastreio para as mulheres com idades acima dos 50 anos, na maioria dos países é de 2 anos. Na Hungria, Israel, Uruguai, Alemanha e num dos programas da Grécia recomendam alternar o intervalo de rastreio, para as mulheres com história familiar de cancro da mama (Shapiro, et al., 1998).

No geral, comparando os programas de rastreio nestes países, verificamos a existência de algumas divergências nas *guidelines*, nomeadamente, em relação à idade máxima de rastreio e à

realização do exame clínico às mamas como método adicional de detecção. Os programas estudados são de base populacional e oferecem uma oportunidade sem precedentes para avaliar o nível de cobertura do rastreio, a sua continuidade, desempenho e resultados a longo prazo (Shapiro, et al., 1998).

Os autores de um estudo de revisão da literatura referem que o grupo etário maioritário corresponde às mulheres com idades compreendidas entre os 50-69 anos e que realizam o exame com 2 anos de intervalo (Biesheuvel, et al., 2011).

Em relação ao impacto dos rastreios em termos de taxa de mortalidade, na Holanda verifica-se uma redução estatisticamente significativa na taxa de mortalidade de 19.9% nas mulheres com idades 55-74 anos, onze anos após a introdução do rastreio, comparando com o período antes de iniciar o rastreio (Otto et al., 2003).

Em três áreas diferentes na Suécia verificou-se uma redução de 27% associada com a política de oferta de rastreio (Tabar et al., 2003) e na Dinamarca, uma significativa redução de 25% após 10 anos de introdução do rastreio em Copenhaga, comparando com períodos anteriores ao programa ou em diferentes áreas (Olsen et al., 2005).

Mais recentemente, uma outra revisão de literatura, também, examinou o impacto a longo prazo dos rastreios de base populacional na taxa de mortalidade e concluiu que para os programas implementados há pelo menos 10 anos, este é claro, embora variável, devendo-se em parte aos diferentes métodos de avaliação utilizados. Neste período de tempo, os programas alcançaram uma redução da mortalidade semelhante, mas não superior aos ensaios clínicos aleatorizados. Os autores concluíram que, um programa de rastreio que cobre um período de 20 anos, envolve 10 rastreios nas idades compreendidas entre os 50-69 anos e um seguimento de 5 anos para avaliar a sobrevivência após o diagnóstico, sendo que nenhum dos programas analisados (e.g. Austrália, Canada, Dinamarca, Finlândia, Islândia, Itália, Holanda, Espanha, Suécia e Reino Unido) tivesse contemplado este critério (Schopper & de Wolf, 2009).

Não obstante, a magnitude da eficácia dos programas de rastreio foi questionada em alguns países, nomeadamente na Dinamarca (Jorgensen, et al., 2010), devido à dificuldade em separar os efeitos que são, verdadeiramente, dos programas de deteção, dos que são devidos ao aperfeiçoamento das terapias no âmbito do cancro da mama.

Relativamente às controvérsias que, recentemente, se levantam em relação aos rastreios mamográficos, alguns autores apontam vários aspetos (Jorgensen & Gotzsche, 2009), designadamente: (i) a redução da mortalidade só é efetiva se uma grande proporção de mulheres for abrangida (estimam que em cada 2000 mulheres que efetuam rastreio durante 10 anos, apenas uma terá vida prolongada); (ii) os efeitos psicossociais adversos dos resultados

falsos-positivos que se podem prolongar por anos; (iii) os falsos negativos nos intervalos entre as voltas de rastreio que levam à descrença no exame; (iv) o sobre-diagnóstico e sobre-tratamento que podem levar a tumorectomias desnecessárias (Brodersen, Jorgensen, & Gotzsche, 2010).

Mesmo assim, algumas organizações (e.g. *US Preventive Services Task Force*) assumem que a evidência científica existente é suficiente para afirmar que o rastreio mamográfico diminui a taxa de mortalidade por cancro da mama (Biesheuvel, et al., 2011; Green & Taplin, 2003).

Quadro 1. Resumo das guidelines utilizadas ou recomendadas nos programas de rastreio do cancro da mama de base populacional de 21 países submetidos ao *survey* de 1995.

País	Grupo etário coberto		Intervalo entre rastreios		Facilidades de uso/ Métodos de deteção ¹
	Idade mínima	Idade máxima	Idade 40-49 A ²	Idade 50A	
Programas de países do IBSN					
Austrália ³	40	69	2	2	UR/MM
Canadá ⁴	50	69	1	2	UR/MM, ECM, AEM
Finlândia	50	59	NA	2	MM
Hungria	50	64	NA	1	MM, ECM
Islândia	40	69	2	2	UR/MM, ECM
Israel	50	74	1 Risco elevado	2	MM
Itália	50	69	NA	2	MM
Japão	30	Nenhuma	1	1	ECM, AEM
Holanda	50	69	NA	2	UR/MM
Suécia	40-50	64-74	1.5	2	MM
Reino Unido ⁵	50	64	NA	3	UR/MM
EUA ⁶	40-50	Nenhuma	1	1-2	UR/MM, ECM, AEM
Uruguai ⁷	45	Nenhuma	1	2	MM, ECM, AEM
Projetos-piloto do European Network					
Bélgica	50	69	NA	2	MM
Dinamarca	50	69	NA	2	MM
França	50	65-69	NA	2-3	MM
Alemanha ⁸	50	Nenhuma	1 Risco elevado	2	MM
Grécia	40	64/Nenhuma	2	2	MM, ECM, AEM
Irlanda	50	65	NA	2	MM
Luxemburgo	50	65	NA	2	MM, ECM
Espanha	45	64	2	2	MM

Fonte: Adaptado de (Shapiro, et al., 1998)

¹UR (unidade móvel) /MM (mamografia); ECM (exame clínico às mamas); AEM (autoexame às mamas)

²Não aplicável como grupo etário não incluído nas *guidelines* de rastreio

³As mulheres com idade superior ou inferior à idade limite podem ser rastreadas se o desejarem. As políticas de estado relativamente ao intervalo de rastreio podem variar no grupo etário dos 40-49 anos.

⁴Apesar das *guidelines* de rastreio recomendarem os 50 anos para iniciar o rastreio, cada província pode estabelecer políticas diferentes

⁵As mulheres acima dos 65 anos podem ser rastreadas se assim o desejarem.

⁶As *guidelines* nos EUA diferem e não existe uma única fonte como política nacional. A ACS define o rastreio anual para mulheres acima dos 50 anos e 1-2 anos para as mulheres entre 40-49 anos. A *US Preventive Services Task Force* recomenda 1-2 anos para as mulheres acima dos 50 anos.

⁷O Uruguai recomenda intervalos de rastreio de 1 ano para o grupo etário dos 45-55 e 2 anos para as mulheres acima dos 55 anos. Neste país existem dois programas; um é baseado unicamente no ECM e AEM, o outro utiliza a MM, ECM e AEM.

⁸Descreve os planos na Alemanha em 1995 que à data do estudo não haviam sido ainda implementados.

1.3.4. O Programa de Rastreio do Cancro da Mama em Portugal

Em Portugal, o Programa de Rastreio do Cancro da Mama iniciou em 1990, na Região Centro, após um ensaio de rastreio mamográfico realizado a 18.000 mulheres que decorreu desde o ano de 1986 a 1990. Teve suporte legal e financeiro assegurado pelo Governo português, através do Despacho 10/89 de 28 de Novembro de 1989, assinado pelo Secretário de Estado da Saúde Dr. Albino Aroso e integrado no Plano Oncológico Nacional 1990-1994, vigente na altura. Foi preocupação dos responsáveis pelo programa, o cumprimento dos objetivos do Programa Europa Contra o Cancro; o estudo da adequação da metodologia de rastreio ao ambiente sociocultural e características do sistema de saúde de cada país, a utilização dos programas-piloto como base de controlo e garantia de qualidade regional/nacional e o progressivo desenvolvimento para programas, tendencialmente, nacionais. Este Programa introduziu, desde a sua fase inicial, as metodologias consideradas indispensáveis, tal como a base populacional de participação, a dupla leitura dos exames mamográficos, a aferição multidisciplinar das imagens anormais e a preocupação pela resposta imediata dos cuidados diferenciados às lesões detetadas (LPCC, s/data).

Entretanto, em 1999 a LPCC criou o Programa Nacional de Rastreio do Cancro da Mama (PNRCM) com a integração dos diferentes núcleos regionais (Centro, Norte, Sul, Açores e Madeira). Desde então, o PNRCM tem tido a estreita colaboração dos Centros de Saúde e, atualmente cobre toda a região centro, bem como, os distritos de Portalegre, Évora, Beja e Concelhos dos distritos de Bragança, Viana do Castelo e Santarém. O rastreio do cancro da mama continua integrado no atual Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010 (PNPCDO), tem sido conduzido pela LPCC no território português (com exceção do Algarve) e coordenado pela Coordenação Nacional das Doenças Oncológicas (CNDO) (Ministério da Saúde/Alto Comissariado da Saúde, 2007).

A LPCC é uma associação Cultural e de Serviço Social fundada em 1941, considerada de utilidade pública, que exerce as suas atividades direcionadas para o âmbito da oncologia através dos seus 5 núcleos e que tem como missão (LPCC, s/data): divulgar informação sobre o cancro e promover a Educação para a Saúde, nomeadamente quanto à sua prevenção; contribuir para resolver a situação dos doentes oncológicos em todas as fases da história natural da doença; cooperar com as Instituições envolvidas na área da oncologia, nomeadamente com os Centros de Instituto Português de Oncologia Dr. Francisco Gentil; estimular e apoiar a formação e a investigação em oncologia; estabelecer e manter relações com as Instituições congéneres, nacionais e estrangeiras; contribuir para o apoio social e a humanização da assistência ao doente

oncológico; desenvolver, isoladamente ou em colaboração com outras entidades, estruturas para a prevenção primária, diagnóstico, tratamento e reabilitação no Cancro (LPCC, s/data).

As recomendações no controlo do cancro da mama, quanto ao método e população alvo, mantêm-se as mesmas do anterior PON 2001-2005; as mulheres em idade rastreável (as inscritas nos centros de saúde com idades entre os 50-69 anos) são convocadas por carta para a realização da sua mamografia. O intervalo do exame é bienal, com dupla incidência e posterior dupla leitura oculta. Em caso de dúvida na leitura do exame, a mulher é convocada para uma consulta de aferição a partir da qual será encaminhada para instituições hospitalares (integradas na Rede de Referência Hospitalar- RRH) onde é realizado o diagnóstico final. Caso a suspeita se confirme a mulher é imediatamente encaminhada para tratamento (LPCC, s/data; Ministério da Saúde/Alto Comissariado da Saúde, 2007).

A RRH em oncologia consiste num sistema que regula as relações de complementaridade e de apoio técnico entre as instituições hospitalares, de modo a garantir o acesso de todos os doentes aos serviços e unidades prestadoras de cuidados de saúde na área da oncologia, tendo por base um sistema integrado de informação interinstitucional. Esta rede é composta por um conjunto de especialidades médicas e cirúrgicas cujos objetivos essenciais são: a articulação em rede com todos os agentes envolvidos no controlo da doença oncológica; a concentração de experiências de forma a desenvolver o conhecimento e a especialização dos técnicos no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados oncológicos; a concentração de recursos para a maximização da sua rentabilidade; a definição de funções, intervenções e responsabilidades de todos os agentes envolvidos; a garantia de acesso rápido à unidade mais próxima do local de residência habitual, de forma a manter a ligação com a estrutura de cuidados privilegiando a sua continuidade. O Núcleo Regional do Centro da LPCC tem como instituições parceiras em termos de referência, o Hospital Pediátrico articulado com o Instituto Português de Oncologia Dr. Francisco Gentil – IPOFG Coimbra, os Hospitais da Universidade de Coimbra e a Maternidade Bissaya Barreto, instituições para onde são encaminhadas as utentes com alterações no exame de rastreio (consulta de aferição, diagnóstico e tratamentos)(Portugal.Direcção-Geral da Saúde.Direcção de Serviços de Planeamento, 2002).

O algoritmo do percurso da mulher no âmbito do programa de rastreio do cancro da mama está representado na figura 3.

Figura 3. Algoritmo do Programa de Rastreio do Cancro da Mama



Fonte: (Liga Portuguesa Contra o Cancro & Núcleo Regional do Centro, 2011)

Relativamente à cobertura geográfica do rastreio do cancro da mama, os dados refletem que esta abrange a quase totalidade do país, enquanto a do rastreio do cancro do colo do útero apresenta ainda lacunas e a do cancro do cólon e reto ainda tem uma implementação reduzida (Alto Comissariado da Saúde, 2010b). No entanto, como já vimos anteriormente, embora os rastreios possam estar implementados em termos programáticos, a sua taxa de execução é reduzida (Administração Regional de Saúde do Alentejo, 2009).

Segundo dados estatísticos das três últimas voltas de rastreio do cancro da mama no Concelho de Aveiro, presentes no quadro 2, as taxas de participação no programa rondam os 50%. Observando os dados das voltas 4 e 5 e 6, verificamos que as taxas de adesão são inferiores nos grupos etários das mulheres mais jovens, ou seja, naquelas que são convocadas a primeira vez (44 anos e 45-49 anos) e, pelo contrário, são mais elevadas nos grupos etários dos 55-59 anos e 60-64 anos (Liga Portuguesa Contra o Cancro & Núcleo Regional do Centro, 2011).

Após os 70 anos, apesar de não fazerem parte do número de mulheres convocadas para o rastreio, nas voltas 4 e 5 houve mulheres que procuraram, voluntariamente, a unidade móvel de rastreio ou manifestaram o desejo, junto da LPCC ou do médico e família, de continuar a realizar

o exame. Na volta 5, a percentagem ultrapassa os cem por cento, uma vez que o número de mulheres que participou no rastreio foi superior ao número de convocadas.

Dos resultados das três voltas observa-se um aumento das taxas de participação nos vários grupos etários na volta 6, com exceção do grupo com mais de 70 anos (LPCC, s/data). É também de referir que foi no decorrer da volta 6 que realizamos a colheita de dados e a sensibilização individual de todas as mulheres contactadas e que faltaram ao rastreio aquando a primeira convocatória. Não sabemos, contudo, se estas percentagens mais elevadas de participação no rastreio foram o resultado desta ação de sensibilização personalizada realizada durante a colheita de dados no terreno.

Quadro 2. Taxas de participação das mulheres no PRCM nas três últimas voltas de rastreio no Concelho de Aveiro

	44 anos	45-49 anos	50-54 anos	55-59 anos	60-64 anos	65-69 anos	> 70 anos
Volta 4	38,51	46,38	48,43	52,06	52,29	50,66	67,71
Volta 5	35,37	46,8	52,91	53,75	56,44	51,69	331,25
Volta 6	49,41	54,33	58,82	60,80	61,09	57,97	0

Fonte: (Liga Portuguesa Contra o Cancro & Núcleo Regional do Centro, 2011)

1.3.5. Avaliação da adesão aos Programas de Rastreio do Cancro da Mama

Sendo um dos objetivos do nosso estudo, a avaliação indireta de indicadores de satisfação no âmbito do Programa de Rastreio do Cancro da Mama, iremos por isso analisar e comparar alguns estudos desenvolvidos neste contexto particular, essencialmente relacionados com programas de base populacional que existem em alguns dos países europeus que mencionamos atrás, incluindo Portugal.

Embora a não adesão à mamografia tivesse sido estudada, exaustivamente, em países sem programa organizado, como é o caso dos EUA, estas pesquisas abrangem na maior parte dos casos, a avaliação de variáveis de âmbito ecológico, designadamente, relacionadas com os serviços de saúde, a relação utente/profissionais de saúde e o contexto (Breen & Meissner, 2005; Fulton, et al., 1991; George, 2000; Lane & Messina, 1999; Rimer, et al., 1989; Sharp, et al., 1996). O mesmo não acontece com alguns dos estudos referentes a programas de base populacional, os quais têm avaliado, fundamentalmente, variáveis individuais, como sejam, as crenças, os conhecimentos, as atitudes e os comportamentos de saúde (Achat, et al., 2005; Aro, et al., 1999; Donato, et al., 1991; Lagerlund, 2002; Lagerlund, et al., 2000; Lagerlund, et al., 2002;

Pereira, 2008; Roworth, et al., 1993; Sutton, et al., 1994). Acreditamos que isto se deva ao facto de nos EUA, o sistema de saúde ser tão diversificado, de acordo com as seguradoras, os serviços e os profissionais de saúde procurados pelas utentes tornando, desta forma, prioritária a monitorização e a compreensão da sua influência nos comportamentos de adesão. Nos outros países, embora também seja importante a avaliação desses indicadores, talvez sejam mais evidentes, aqueles relacionados com os motivos individuais e mais práticos do quotidiano das mulheres. Também, alguns dos estudos descritos a seguir resultam da avaliação efetuada aquando o início da implementação dos programas de rastreio, essencialmente organizados e de base populacional, não existindo, outros mais recentes segundo o nosso conhecimento.

Em Portugal apenas tivemos conhecimento de dois estudos que avaliaram algumas variáveis da adesão ao PRCM (Cruzeiro, 1995; Pereira, 2008).

Pereira (2008) demonstrou que existe uma associação entre as variáveis psicossociais e a adesão e preocupação com comportamentos de saúde. Além disso, defende que qualquer rastreio e, neste caso em particular o rastreio do cancro da mama, pode conduzir a várias fontes de *stress* e ansiedade: (i) a convocatória para o rastreio; (ii) o processo de rastreio; (iii) a espera pelo resultado (iv) a crítica e censura devido à não adesão ao rastreio. No mesmo estudo verificamos que os comportamentos de adesão a este tipo de programas parecem ser influenciados pela história familiar de cancro da mama, pelo estado civil, e pelos grupos etários. Efetivamente, as mulheres sem história familiar de cancro da mama apresentam-se mais otimistas do que as mulheres com história familiar; as mulheres casadas ou com companheiro percecionam o rastreio como um benefício, sendo a principal razão o suporte social e a transmissão de mensagens positivas das pessoas significativas em relação a comportamentos saudáveis; o grupo etário que apresenta maior preocupação com o cancro da mama são as mulheres de maior risco para a doença (51-60 anos) (Pereira, 2008).

Em suma, nesta pesquisa as mulheres percecionam o rastreio como muito importante para a saúde, o que acreditamos, se deve ao facto das participantes terem sido selecionadas junto da unidade móvel de rastreio, aquando da realização do seu exame mamográfico.

Um outro estudo realizado em Portugal no Concelho de Soure por Cruzeiro (1995), cujo objetivo foi identificar e analisar os fatores condicionantes de participação e não participação de dois grupos de mulheres dos 45-65 anos ao programa comunitário de rastreio do cancro da mama, revelou igualmente a influência de variáveis psicossociais nos comportamentos de adesão (e.g. percepção do estado de saúde, medo da doença, suporte social, presença de sintomatologia). Esta investigação sustentou a sua análise no modelo único unificado, cujo principal pressuposto é a integração da multiplicidade de fatores determinantes que explicam os

comportamentos em saúde tendo, desta forma, examinado outras variáveis, como as relacionadas com a acessibilidade aos cuidados de saúde, com as atitudes face aos cuidados de saúde e com as atitudes e conhecimentos sobre a doença. Desta análise evidencia-se a importância para os comportamentos de maior adesão, a recomendação dos profissionais de saúde, a explicação do exame mamográfico, o relato de experiência positiva anterior, os conhecimentos e atitudes preventivas de saúde e a intenção futura de participar no programa. A gratuidade da mamografia e a acessibilidade à unidade móvel de rastreio revelaram-se como fatores independentes da adesão, ou seja, não pesam na decisão de realização do rastreio indicando que, apesar de existir igualdade de acesso ao sistema de cuidados de saúde para toda a população, ainda existem subgrupos que não utilizam os serviços de saúde (Cruzeiro, 1995).

As variáveis psicossociais da adesão ao programa de rastreio do cancro da mama foram, também analisadas numa investigação realizada na Finlândia durante a primeira volta de rastreio em 1992-94 (Aro, et al., 1999). Os dados foram colhidos a partir de um questionário por correio que foi enviado a uma amostra de 946 mulheres aderentes e a 641 mulheres que não aderiram à volta de rastreio. As variáveis estudadas incluíram itens relacionados com fatores sociais e comportamentais, uma escala de suscetibilidade ao cancro da mama, uma escala de atitude perante a doença, uma escala de *locus* de controlo de saúde e inventários de ansiedade e depressão. Os resultados mostraram que as mulheres que mais aderiram foram as empregadas, as que tinham nível de instrução médio, as que visitaram o ginecologista regularmente, as que fizeram a sua citologia, as que fazem o autoexame da mama, as que não fumam, as que tinham baixa confiança nas capacidades de prevenir o cancro da mama, as que tinham excesso de otimismo acerca da sensibilidade da mamografia e as que tinham perceção de risco moderado de cancro da mama. Como fator de não adesão, a expectativa de dor durante a mamografia. Os autores concluíram, também, que é necessária mais informação de saúde sobre o rastreio com o objetivo de desmistificar a questão da dor durante o exame (Aro, et al., 1999).

Sutton et al. (1994) também quiseram investigar alguns fatores preditores da adesão à primeira volta de rastreio do cancro da mama no centro da cidade de Londres. Aplicaram dois instrumentos se colheita de dados, nomeadamente, um questionário por correio ou por entrevista antes das mulheres serem convocadas para o exame de rastreio e incluíram um grupo de controlo para avaliar o efeito da entrevista durante o momento da participação no rastreio, a qual não teve qualquer relação significativa com a adesão. As variáveis estudadas consistiam nos indicadores sociodemográficos, atitudes e comportamentos de saúde, crenças e as intenções de posterior adesão. Dos principais resultados desta investigação sobressai, em relação aos

comportamentos de saúde, que as mulheres aderem menos provavelmente se fizeram mamografia recentemente e aderem mais se realizaram outros exames, como a colpocitologia ou *checkups* no dentista. Não encontraram relação entre a maior adesão com o exercício físico, o tabagismo, a dieta e o autoexame da mama. Relativamente às atitudes, crenças e intenções, os dois melhores preditores foram, a percepção sobre a importância de fazer regularmente o rastreio do cancro do colo uterino e do cancro da mama e as intenções de fazer o rastreio do cancro da mama. À semelhança do estudo de Pereira (2008), também as crenças sobre os benefícios de fazer o rastreio, a eficácia do mesmo, as mudanças que a doença provoca e as atitudes de pessoas significativas (e.g. marido e os filhos) mostraram ter influência na maior probabilidade em aderir. Perante estes resultados, os autores propõem que se promova a adesão a partir das atitudes mais relevantes e das crenças e que isto pode ser feito se houver mudanças na convocatória e na informação que acompanha a mesma, com a realização de campanhas locais e nacionais e através do aconselhamento dos vários profissionais de saúde (Sutton, et al., 1994).

Continuando a estudar fatores preditores da adesão relacionados, em grande parte, com aspetos psicossociais das mulheres, em Itália também realizou-se uma investigação para analisar os motivos da alta percentagem de não adesão ao programa de rastreio do cancro da mama. Foi aplicado um *survey* por entrevista estruturada às mulheres de 50-60 anos, que não aderiram ao exame e que viviam perto do centro de rastreio. Das 612 não aderentes elegíveis para a entrevista, 183 possuíam os seguintes critérios de não participação: óbitos, ausentes no domicílio, moradas erradas, problemas graves de saúde, mastectomizadas e as recusas à entrevista. Como motivos de não adesão a maioria das mulheres entrevistadas referiram falta de interesse, desconfiança, medo/preocupação e ansiedade. Os resultados também indicam que as não aderentes estão mais interessadas em prevenir outros tipos de cancro do que o da mama. As mais conscientes da utilidade deste tipo de rastreio já haviam feito o seu exame noutra sítio antes de receberem a convocatória. Os autores acreditam que se o rastreio tivesse sido precedido de uma campanha informativa, as mulheres teriam esse conhecimento e estariam em condições de tomar a decisão para fazer a mamografia de rastreio no centro de mamografia do programa (Donato, et al., 1991).

Interessa referir que antes de dar início ao processo de convocatória, os médicos foram convidados para uma reunião de sensibilização para o rastreio, tendo comparecido à mesma, apenas cerca de 20%, o que pode explicar o baixo envolvimento dos mesmos neste procedimento. Os autores acreditam que a adesão ao rastreio poderia ser maior se os médicos de clínica geral convocassem pessoalmente as suas pacientes (Donato, et al., 1991). Outros

surveys vieram confirmar que alguns médicos dos CSP são relutantes em referenciar as mulheres para o rastreio e, portanto são necessários mais esforços no sentido de promover estratégias de educação onde sejam enfatizados os benefícios deste comportamento (Albanes, Weinberg, Boss, & Taylor, 1988; Fox, Klos, & Tsou, 1988).

A corroborar estas conclusões acerca da importância da envolvimento/participação mais ativa do profissional de saúde na adesão ao rastreio, Achat et al. (2005) demonstraram que a recomendação médica, para além de outras variáveis como a percepção acerca dos problemas do cancro da mama e fatores sociodemográficos relacionam-se, significativamente, com a adesão. Esta investigação foi desenvolvida na Austrália, onde aplicaram um *survey* por telefone, com base numa entrevista estruturada a 2974 mulheres dos 50-69 anos, selecionadas a partir da base de dados do programa de rastreio do cancro da mama de *New South Wales* e das listas eleitorais (Achat, et al., 2005). Além dos fatores relacionados com a saúde já referidos atrás (indicadores do estado de saúde e utilização dos serviços, como a recomendação médica), também foram analisadas outras variáveis (e.g. sociodemográficas, conhecimentos, crenças) e a sua relação com a adesão. A adesão foi definida segundo duas perspetivas, ou seja, as mulheres deviam relatar (1) ter feito uma mamografia alguma vez e no período de dois anos; (2) descrever a sua utilização da mamografia. Importa referir que, nesta pesquisa, as mulheres que relataram nunca terem feito mamografia pelo programa de rastreio, podem tê-lo realizado num outro contexto, uma vez que na Austrália, o sistema de saúde também prevê seguros que abrangem estas áreas, essencialmente, nas situações de mamografias de diagnóstico. Todavia, a questão relacionada com os motivos da última mamografia não permitiu explorar, de forma precisa, a distinção entre mamografias de rastreio das de diagnóstico (Achat, et al., 2005).

É de salientar que alguns dos estudos atrás referidos ressaltam a necessidade de promover as taxas de adesão das mulheres sob pena de colocar em risco a continuidade dos programas de rastreio, sendo um dos principais preditores a realização do exame pouco antes do início das convocatórias da respetiva volta de rastreio (Achat, et al., 2005; Donato, et al., 1991; Sutton, et al., 1994).

Na Suécia também encontramos, na literatura, estudos que referem esse mesmo preditor de não adesão (Lidbrink, et al., 1995; Zackrisson, et al., 2004).

Nesta investigação, Lidbrink et al. (1995) delinearão como segundo objetivo, analisar os motivos de não adesão ao programa de rastreio e, para tal foram entrevistadas aleatoriamente 200 mulheres não aderentes, cujos resultados indicam que 33%, definitivamente, nunca vão aderir ao rastreio, 29.5% têm vários motivos por terem faltado à mamografia, mas numa próxima oportunidade vão fazê-la, e 32% fazem a mamografia fora do programa de rastreio. Dos

motivos que apresentaram para não aderir ao rastreio inclui-se o possível desinteresse, problemas de saúde e medo dos raios-X. Do subgrupo das que nunca vão aderir é pouco provável que possam ser influenciadas a fazê-lo, o mesmo não acontecendo com o subgrupo das que possivelmente farão a mamografia noutra oportunidade, desde que tenham acesso a mais informação e uma nova ocasião para fazer o exame se, por exemplo, forem reconvocadas ou receberem um lembrete. Como já referimos, os autores constataram que no terceiro subgrupo, as mulheres estavam consciencializadas para os benefícios do exame mamográfico e já o haviam realizado fora do programa (Lidbrink, et al., 1995).

Outro estudo na Suécia em que um dos objetivos foi descrever as não aderentes ao *Malmö Mammographic Service Screening Program* (MMSSP) segundo fatores socioeconómicos e risco de cancro da mama em estágio avançado, comparando com as aderentes, também, constatou que as mulheres não aderiam pelo facto de terem efetuado o seu exame fora do programa de rastreio, pouco antes de receberem a convocatória. Além disso, o nível de instrução mais elevado parece ser significativo nas não aderentes comparando com as de mais baixo nível educacional, podendo justificar a procura por serviços de radiologia privados (Zackrisson, et al., 2004).

Mais especificamente, a avaliação efetuada ao programa de rastreio do cancro da mama que se realiza em Estocolmo, o qual se dirige a mulheres entre os 50-69 anos que fazem a sua mamografia bienalmente, indica que a taxa de participação é de 72% das mulheres. As mulheres que não participam foram categorizadas segundo dois grupos; as «não participantes ativas» (as que informam a unidade de rastreio que não estão interessadas em participar no presente ou no futuro) durante 10 anos de um período de *follow-up*; as «não participantes passivas» são as reconvocadas para voltas subsequentes, que morreram ou que mudaram de distrito (Tornberg, et al., 2005). A taxa de adesão destas mulheres justifica-se, segundo os autores, pela longa tradição de programas de controlo da saúde, onde as autoridades dos cuidados tomam a responsabilidade pela saúde das pessoas, bem como, pela parca acessibilidade às alternativas privadas. Além disso, existe uma responsabilização dos médicos de clínica geral pelas listas das suas pacientes, as quais são verificadas antes da volta de rastreio, e as convocatórias assinadas pelos mesmos. O processo de convocatória, também, poderá ser um fator explicativo para esta elevada taxa, uma vez que a lembrança para a realização do rastreio parece resultar num aumento da adesão (Tornberg, et al., 2005). Neste estudo, os autores conseguiram estabelecer um padrão de rastreio e verificaram que a maioria das mulheres convocadas aderiram a todas as cinco voltas e apenas 9% nunca aderiram a nenhuma, sugerindo que as mulheres que nunca aderiram, não venham a fazê-lo (i.e. 10% é a percentagem de mulheres que nunca irá aderir), à

semelhança da investigação de Lidbrink et al. (1995). Pelo contrário, a participação uma primeira vez pode ser determinante para as voltas subsequentes (Barr, et al., 2001; Elwood, et al., 1998; Tornberg, et al., 2005).

Além das convocatórias, outras estratégias parecem ser profícuas no aumento da adesão ao rastreio mamográfico; o aconselhamento personalizado por telefone, os materiais impressos e os dois em simultâneo. Os autores concluíram que todos os grupos de intervenção demonstraram eficácia na adesão crescente à mamografia, em comparação com um grupo de cuidados habituais (Champion et al., 2007).

Lagerlund (2002) realizou diversos estudos cujos principais objetivos foram explorar os fatores que afetam a participação das mulheres no programa de rastreio e avaliar as possíveis associações entre os fatores socioeconómicos e a sobrevivência de cancro da mama. Num primeiro estudo de caso controlo constituído por 434 não aderentes e 515 aderentes, selecionadas da base de dados do programa de rastreio em Upsala foram examinadas as seguintes variáveis: fatores sociodemográficos; indicadores de comportamento geral com a saúde; experiência de cancro nos outros e problemas de doença oncológica ou cancro da mama. Os resultados apontaram relação com a não adesão o ser solteira, estar desempregada e alguns comportamentos de saúde geral menos saudáveis (e.g. fumar regularmente, não visitar o médico há 5 anos, nunca ter feito citologia cervical e nunca ter tomado contraceptivos ou terapia hormonal de substituição). Como podemos inferir, a adesão à mamografia está correlacionada com a adesão a outros testes de rastreio (Lagerlund, Sparen, Thurfjell, Ekbom, & Lambe, 2000) e a outros estilos de vida saudáveis, sendo os rastreios momentos ótimos de aprendizagem (Van der Aalst, Van Klaveren, & Koning, 2010).

Através do mesmo estudo de caso controlo, também foram avaliadas as atitudes, as crenças e os conhecimentos e a não adesão demonstrou ser quase cinco vezes maior entre as mulheres com os maiores *scores* de barreiras emocionais percebidas comparadas com as mulheres com os menores *scores*. A ausência de preocupação sobre o cancro da mama e baixos *scores* dos benefícios percebidos estavam associados com a não adesão, assim como, o fraco conhecimento acerca da mamografia e do cancro da mama, o pouco aconselhamento dos profissionais de saúde para participar e a muito baixa confiança nos cuidados de saúde (Lagerlund, et al., 2000).

Uma abordagem qualitativa com metodologia de *Focus Group* (FG) foi desenvolvida para descrever os motivos de adesão e não adesão ao rastreio mamográfico (Lagerlund, 2002). Através da análise indutiva foram identificadas cinco principais categorias: experiências negativas; fatores de risco percebidos, conhecimento do corpo; perceção de problemas com mamografia; razões ideológicas e morais; não adesão involuntária; opiniões sobre a informação

da convocatória. As experiências negativas foram o tema mais frequente das discussões de FG, mesmo entre as mulheres que aderem ao rastreio. Estas reportaram-se a vivências passadas e recentes (e.g. consultas de cuidados médicos durante a infância, gravidez) ou de elementos da família, que parecem ter afetado, profundamente, a procura de cuidados de saúde. Em relação à percepção do risco de cancro da mama, as mulheres relataram que não acreditam que tivessem qualquer risco da doença, acreditando que esta é de natureza imprevisível e pouco promissora, mesmo tendo estilos de vida saudáveis. De entre as não aderentes foi visível a crença de que a mamografia é desnecessária na ausência de sintomas e acreditavam que eram peritas em reconhecer e interpretar os sinais de doença e, como tal, mais capazes de identificar alterações durante o autoexame da mama. As mulheres não aderentes também demonstraram algum ceticismo em relação à mamografia, por um lado extrema preocupação/ansiedade e, por outro, um falso conceito de total proteção para a doença. Em contraste, as aderentes manifestaram crenças nos benefícios do rastreio e no resultado dos exames. Relativamente à informação da convocatória, as mulheres não aderentes foram as que emitiram opinião, oferecendo as seguintes sugestões: algumas concordaram que seria suficiente apenas a data e a hora do exame, outras acrescentaram que devia conter informação acerca dos benefícios da mamografia e mais detalhes sobre o procedimento do exame (e.g. descrever porque é doloroso, a altura do ciclo menstrual menos dolorosa para as mamas). Contudo, outro grupo de mulheres acordou que demasiada informação poderia ser assustadora e desencorajar a leitura da carta, na íntegra (Lagerlund, 2002).

Não apenas a informação da convocatória é um importante fator de influência na adesão ao rastreio do cancro da mama, como outros autores admitem ser, também, o método de convite (Baines, 1984; Hayes, O'Herlihy, Hynes, & Johnson, 1999). Os benefícios da carta personalizada seguida de chamadas telefónicas, bem como, sistemas computadorizados de convocatória foram descritos por Baines (1984) e os resultados mostraram igual eficácia entre as convocatórias, seguidas das chamadas telefónicas. Contudo, devido ao seu elevado custo derivado do tempo despendido no contacto pessoal e a relativa fraca taxa de participação, as convocatórias por carta para a população elegível, mostraram-se preferíveis (Grover, Gagnon, Flegel, & Hoey, 1983). Ao contrário, a convocatória em massa para o pessoal universitário e associações profissionais, bem como a divulgação nos jornais, televisão, rádio e jornais não produziram grande resposta (Baines, 1984).

Em Navarra, no Norte de Espanha Lostao et al. (2001) investigaram as atitudes relacionadas com as crenças de saúde e com a doença, na adesão ao programa de rastreio do cancro da mama. À semelhança do estudo de Donato et al. (1991), 16.1% das mulheres não aderentes,

entrevistadas no domicílio tinham critérios de não participação como, endereço desconhecido, incapacidade física, mastectomizadas e falecidas (Lostao, et al., 2001). Baseados nos resultados desta investigação verifica-se que o reconhecimento da severidade da doença é importante para a prática de comportamentos preventivos, ou seja, a pessoa deve acreditar na sua própria suscetibilidade para a doença. Embora um certo grau de preocupação relativa ao cancro da mama seja determinante para o comportamento de adesão, o mesmo não acontece quando a preocupação é excessiva ou quando as pessoas parecem acreditar que «isso nunca me vai acontecer a mim».

Além dos indicadores de resultados encontrados nos estudos anteriores sobre programas de rastreio de base populacional, na Escócia foi aplicado um *survey* por questionário a 3000 mulheres com o objetivo de auscultar a sua opinião acerca das condições físicas do programa, designadamente: salas de espera, pessoal de saúde, vestiários, procedimentos de rastreio e intenção de voltar a fazer o rastreio no futuro. No âmbito deste programa, as mulheres consideraram as suas condições muito aceitáveis, embora afirmassem que em alguns centros de mamografias havia necessidade de rever o sistema de marcação, a informação prestada e a pressão nas mamas durante o exame (Roworth, et al., 1993).

É de referir que algumas das variáveis presentes nestes estudos (e.g. sociodemográficas, conhecimentos e crenças) serão descritas, mais detalhadamente, nos capítulos correspondentes, dependendo dos fatores determinantes tratados nos mesmos.

1.4. OS FATORES RELACIONADOS COM A MULHER

“O leite das pobres mendigas é como a água; deixa os seus filhos aguados, mas não os alimenta. É o maior sarcasmo que se comete; é a maior falsidade evidente que é permitida. A vida, mais forte que a fome, enche os seios da mendiga, de quê, se às vezes ela não comeu?” (La Serna, 2000, p.131)

É sabido que a saúde da mulher é determinada pelos múltiplos papéis que desempenha no seio da comunidade onde vive e trabalha, sendo as relações que estabelece com os diversos grupos onde se integra (família e comunidade) importantes influências, tanto no acesso à informação e conhecimento, como nas suas escolhas em termos de comportamentos de saúde.

É essencial que se dê voz à mulher para que se compreenda a experiência vivida por ela mediante a sua relação com a saúde, não como uma realidade nosológica (numa perspetiva biomédica) mas segundo processos e interações de natureza mais subjetiva e integradora.

1.4.1. Olhar a saúde no feminino

Apesar de existir alguma evidência a nível internacional sobre a influência do género no acesso aos cuidados de saúde, em Portugal essa informação ainda é escassa (Fernandes, et al., 2009). Contudo, procuraremos identificar alguns indicadores de saúde que caracterizam as mulheres pela sua especificidade enquanto tal (seja biopsicológica, social e económica) permitindo-nos compreender os seus comportamentos numa lógica multidimensional. Desta forma, inicialmente, abordaremos alguns indicadores de saúde, nomeadamente, de morbilidade e de acesso aos cuidados de saúde que caracterizam as mulheres portuguesas no geral para, de seguida, em cada item descrever os achados com que nos deparamos na literatura pesquisada acerca da adesão ao rastreio do cancro da mama.

Relativamente a indicadores de morbilidade, verifica-se em Portugal uma tendência da esperança de vida ser inferior nos homens e o nível de morbilidade ser superior nas mulheres (Fernandes, et al., 2009), ou seja, as mulheres vivem mais tempo com doença crónica. Numa perspetiva sociológica Fernandes (2008) identifica importantes mudanças na taxa de sobrevivência em certas faixas etárias. A mesma autora refere a progressão do envelhecimento das populações como um fator de influência para o comportamento mais ativo em termos de cuidados de saúde, sendo determinante para o crescimento da taxa de sobrevivência dos indivíduos mais velhos. É exemplo disto, particularmente, a sociabilidade feminina, que promove a rede familiar e social, os estilos de vida saudáveis, contribuindo, assim para o seu bem-estar, principalmente na fase idosa.

No que se refere à dimensão económica, os salários femininos são, geralmente, mais baixos segregando as mulheres às atividades domésticas, criando-se, assim, oportunidades desiguais após a reforma, com menores pensões para as mais velhas (Arber, Gilbert, & Dale, 1985).

Além disso, as desvantagens relativas ao género feminino após os 45 anos resultam da elevada mortalidade no homem, deixando-as viúvas precocemente e, conseqüentemente, sem meios de suporte, descurando os cuidados adequados (Fernandes, et al., 2009). Apesar das mulheres terem mais probabilidades de ficarem viúvas, elas também constituem redes sociais mais extensas e isolam-se menos do que os homens mais velhos. Por outro lado, não têm tanta tendência em casar de novo, ao contrário dos homens, significando que, uma maior percentagem de mulheres mais velhas pode estar em risco de maior dependência, isolamento e pobreza (*ibid.*)

No que diz respeito à educação, as mulheres portuguesas, com idades entre os 18-34 anos, têm um elevado nível comparando com o homem; mais mulheres atingem o secundário e completam o terceiro nível de instrução em comparação com os homens. Contudo, esta situação

é inversa no grupo etário dos 45-64 anos, em que uma grande percentagem de mulheres é incapaz de escrever ou ler e uma proporção ainda maior tem apenas as competências básicas. De entre as mais velhas (a partir dos 74 anos), uma maior proporção de mulheres não sabe ler, nem escrever (Fernandes, et al., 2009).

O género também matiza o complexo tecido da utilização dos serviços de saúde, sendo as mulheres, aquelas que procuram mais consultas (Cleary, Mechanic, & Greenley, 1982; Verbrugge, 1982) e consomem mais medicamentos (Jonsson, Schmidt, Sparring, & Tomson, 2006).

Jonsson et al. (2006) explica estes resultados enfatizando que as mulheres estão mais preocupadas com a saúde, são mais comumente empregadas no sector da saúde e, geralmente, assumem a responsabilidade pelos cuidados de saúde na família. São, efetivamente as mulheres que, tradicionalmente, assumem o papel de cuidadoras (Sousa, 2004b) embora a saúde seja uma das áreas na vida das famílias de menor prioridade (Sousa, 2004a).

No entanto, o sistema de saúde pode estar mal adaptado às suas necessidades e condições (Sousa, 2004a) e, neste caso, como são elas as maiores utilizadoras destes serviços, manifestam a sua maior frustração sobre o tratamento inadequado e cuidados ineficazes. As mulheres, também, apresentam reivindicações mais válidas que os homens no que concerne aos cuidados de saúde (Jonsson, et al., 2006).

Estas utilizam, em grande escala, as consultas médicas em todas as faixas etárias, exceto as que têm mais de 74 anos. Genericamente, as discrepâncias de género na utilização de cuidados de saúde são mais acentuadas entre as pessoas com menos de 65 anos. Se compararmos o tipo de visitas, verificamos comportamentos distintos na procura de consultas de médicos generalistas e especialistas, sendo superior a procura dos generalistas entre as mulheres de todas as faixas etárias (mesmo havendo uma diminuição nas mulheres com mais de 74 anos, a relação é significativa). Quanto às consultas aos especialistas, ainda foi observada uma diferença em favor das mulheres com idades inferiores a 65 anos, sendo o inverso nas mais velhas (idade superiores a 65 anos). As mulheres recebem mais consultas quando são mais jovens, mas os homens mais velhos tratam-se mais do que as mulheres nas mesmas faixas etárias (Fernandes, et al., 2009).

Relativamente às práticas preventivas de uma amostra de 1.149 mulheres, um estudo do Observatório Nacional de Saúde (Branco, Nunes, & Contreiras, 2005) mostrou que 80.1% das participantes de 40-69 anos havia feito a sua mamografia nos últimos 2 anos e que 71.4% entre os 30-60 anos fizeram a sua citologia cervical durante os últimos 3 anos. Estes resultados não

espelham a adesão da mulher ao programa de rastreio do cancro da mama, tendo sido apenas estudada a variável «realização da mamografia e citologia».

Nas pesquisas efetuadas para os fatores relacionados com a mulher, encontramos alguns estudos realizados nos EUA onde os programas de rastreio não são estabelecidos segundo um sistema público organizado, estando direcionados para as populações subvigiadas, uma vez que as desigualdades em termos de acesso aos cuidados de saúde são acrescidas devido ao sistema de saúde americano ser coberto pelas seguradoras. Contudo, com exceção dos custos com os cuidados de saúde, a cobertura das seguradoras e as limitações étnicas, as restantes variáveis estudadas também são orientadas para alguns dos preditores da adesão dos programas de rastreio, nomeadamente, os défices de conhecimento, a literacia, as barreiras nos cuidados de saúde, e.g. os cuidados médicos regulares (Peek & Han, 2004). Desta forma, optamos por, também, apresentar algumas conclusões dos mesmos, desde que as variáveis analisadas nos parecessem ser pertinentes para o nosso estudo, pois consideramos que muitas das barreiras ao rastreio são similares entre diferentes populações, as quais refletem, fundamentalmente, o limitado acesso à informação e aos serviços de saúde.

1.4.2. Os fatores sociodemográficos

Uma revisão sistemática na *Medline*, de estudos sustentados nas bases de dados de *surveys* nacionais dos EUA (*Behavioral Risk Factor Surveillance System, National Health Interview Survey-BRFSS*), mostra que é menos provável que as mulheres mais velhas façam o rastreio e que isto se deve ao facto de existir concorrência entre o risco do cancro da mama e de doenças cardiovasculares, ambas de superior incidência nestas mulheres sendo, por isso, a recomendação para rastreio menos frequente por parte das organizações médicas (Peek & Han, 2004). As mulheres que residem em zonas rurais dos EUA também são menos rastreadas do que as mulheres das zonas urbanas, podendo dever-se à menor proximidade dos serviços médicos e às longas distâncias dos serviços de saúde, limitando o acesso ao rastreio do cancro da mama. Outro aspeto descrito é o facto destas mulheres terem rendimentos e nível de educação inferiores, acentuando as discrepâncias nas populações que são minorias.

Efetivamente, tem sido demonstrado que os fatores de nível individual como a idade, a raça, cobertura de seguro de saúde e ter realizado exame físico no ano anterior apresentam relação estatística com a adesão à mamografia (Coughlin, Leadbetter, Richards, & Sabatino, 2008). Este estudo de meta-análise através do BRFSS dos EUA representa um avanço relativamente a pesquisas anteriores porque examina, além dos fatores de âmbito individual, os

fatores contextuais tais como, a acessibilidade aos serviços de saúde e a ruralidade ou urbanidade como local de residência.

No estudo de Sutton et al. (1994) poucas foram as variáveis sociodemográficas que apresentaram associação significativa com a adesão. Em relação ao estado civil, observaram que as mulheres casadas e as solteiras aderiam mais provavelmente ao rastreio do que as divorciadas, separadas e viúvas. A idade, o nível de instrução e a classe social não se mostraram preditores da adesão.

Num outro estudo, a idade também não indicou ser substancialmente influenciadora da adesão, o mesmo não se verificando quanto ao nível educacional, que aumenta em relação inversa da adesão. Os autores justificam que as mulheres com melhor educação, apesar de serem mais sensíveis às recomendações preventivas, utilizam mais os serviços privados pela desconfiança que experimentam em relação aos serviços públicos. As mulheres casadas aderem mais ao rastreio em comparação com as solteiras, separadas e divorciadas (Donato, et al., 1991).

O mesmo achado da relação, nível de educação inferior *versus* maior adesão também foi encontrado por Zackrisson et al. (2004). Os autores também propõem mais exploração dos fatores socioeconómicos uma vez que, neste estudo, existe associação entre o desemprego e a não adesão. Ao contrário, acredita-se que as mulheres que estão empregadas apresentam maior preocupação em relação à saúde ou maior exposição ao aconselhamento sobre medidas preventivas, o que é facilitador para comportamentos de saúde.

Outros estudos americanos indicaram maior adesão nas mulheres de idade mais jovem e com maior nível educacional (Vernon, Laville, & Jackson, 1990). Estes autores referem que, em geral, as mulheres com elevado risco de cancro da mama devido à idade e à história pessoal e familiar da doença, não tiveram maior participação nos rastreios, comparando com as mulheres sem fatores de risco. Por seu lado, a adesão verificou-se nas mulheres que manifestaram maior preocupação com a sua saúde e com melhores conhecimentos acerca do rastreio do cancro da mama e dos seus benefícios embora, neste estudo, o único grupo de variáveis, consistentemente associadas com a adesão fosse a prática de outros comportamentos preventivos.

No estudo de Calvocoressi et al. (2005) foram identificados vários preditores da adesão, que uma vez encontrados poderão ser alvo de intervenção. Estes incluem não apenas, os fatores sociodemográficos (e.g. idade, rendimento) mas também outros (e.g. história da adesão ao exame). Relativamente à idade, as mulheres dos 50-79 anos têm história de adesão às *guidelines* de rastreio em comparação com as de 40-49 anos, sugerindo que as mais velhas o fazem por

terem criado um hábito e são menos dependentes das recomendações dos profissionais de saúde como motivação externa.

Com efeito, outros estudos indicam que as mulheres mais novas e com baixo estatuto socioeconómico referem maiores índices de desconfiança para com o rastreio do cancro da mama, acontecendo o oposto com as mais velhas, o que se supõe ser devido às maiores oportunidades que têm para interagir com os profissionais de saúde e estabelecer uma forte predisposição para utilizar os serviços de saúde. Também, a maioria das mulheres com mais de 40 anos relatou ter feito o seu exame há menos de 12 meses (Katapodi, et al., 2010).

Da mesma forma, Törnberg et al. (2005) verificaram que, das mulheres que são convocadas a primeira vez, as de 50 anos participam menos no rastreio em comparação com as mais velhas, as quais aderiram sempre nas restantes voltas e por isso, estão mais convencidas a voltar. Os autores associam a inferior adesão das mais novas como sendo devido ao período de *follow-up*, do que o efeito da idade.

Lagerlund et al. (2002) mostraram que o grupo etário dos 70-74 anos tem um efeito perceptível na adesão ao rastreio, todavia, a média de idade entre as não aderentes (56.0) e as aderentes (55.1) é semelhante. As mulheres que não têm companheiro e as que não são casadas aderem menos, comparativamente com as casadas ou com companheiro sugerindo, possivelmente, a falta de suporte social. Também a não adesão manifesta-se mais nas mulheres com, maior e menor, nível de escolaridade. Não se verificaram diferenças significativas entre a relação adesão ao rastreio e emprego/desemprego, embora a não adesão seja um pouco mais expressiva nos técnicos superiores e nos trabalhadores não qualificados. O estatuto de emprego pode servir como um fator promotor de interação com outras pessoas e evidenciar o grau de integração social. Para as mulheres desempregadas outros aspetos mais importantes, devem concorrer com a adesão ao rastreio, tomando assim prioridade sobre o mesmo.

Um estudo de coorte realizado em França pretendeu explorar os determinantes de adesão ao rastreio, principalmente, nas mulheres com idades inferiores a 50 anos, uma vez que para as de idade superior a 50 existem dados suficientes. Mesmo assim, para estas últimas, os resultados indicam que a não adesão aumenta com a idade e o facto de serem solteiras. Pelo contrário, a adesão é menor nas mulheres de maior nível educacional. As mulheres com menos de 50 anos que relatam ter ido ao ginecologista mais cedo, estão mais consciencializadas para a promoção da saúde e a prevenção da doença logo, mais tarde, aderem mais. Na mesma idade, as que são sobre rastreadas as que realizam mamografias a intervalos regulares, comparando com as recomendações públicas de saúde - apresentam características opostas, ou seja, aderem menos às guidelines de rastreio (Flamant, Gauthier, & Clavel-Chapelon, 2006). Estas,

provavelmente, são mulheres que uma vez fazendo o seu exame de rastreio fora do âmbito do programa optam por não aderir a este, pelo hábito que criaram de fazer a mamografia com uma regularidade diferente.

Das variáveis sociodemográficas estudadas por Fulton et al. (1991), a única diferença significativa em relação ao comportamento de não adesão ocorreu nas mulheres com idades entre os 40-49 anos. Neste estudo, as mulheres que procuram mais os ginecologistas parecem aderir mais ao programa de rastreio, sendo que este achado não parece ser consistente com o anterior, uma vez que são estas mulheres, as que mais recorrem ao ginecologista para fazer os rastreios do cancro do colo uterino e da mama. A não adesão verificou-se nas mulheres com baixo nível educacional e baixo rendimento.

A realização da mamografia nos últimos 2 anos está associada com a idade (50-64 anos), a raça (não hispânicas), o elevado nível educacional e socioeconómico, residir num meio urbano, um melhor estado de saúde geral, a realização de exame físico de rotina no ano transato e estar empregada. Os autores consideram incertos os motivos para as diferenças encontradas entre a adesão das mulheres residentes em zonas rurais e não rurais, embora se julgue que, difere a quantidade de cuidados, o suprimento de prestadores de cuidados e a distância das facilidades de rastreio (Coughlin, et al., 2008).

Achat et al. (2005) realizaram um estudo às mulheres dos 50-69 anos, a partir da base de dados do *BreastScreen New South Wales* e das listas eleitorais, através da aplicação de um *survey* por entrevista estruturada e por telefone. Nesta investigação as variáveis sociodemográficas foram agrupadas de acordo com os diversos relatos das mulheres da sua adesão ao rastreio, demonstrando que as que «nunca aderem» ao rastreio são as mais novas (50-54 anos), talvez devido ao recrutamento ativo não iniciar antes dos 50 anos e, também, devido a obstáculos relacionados com o maior número de compromissos destas mulheres, estarem empregadas e à maior probabilidade de ter dor durante a mamografia. As que relatam «ter feito mamografia nos últimos dois anos» são as casadas, enquanto as que «fizeram mamografia recentemente» são as que estão desempregadas. Estes achados podem justificar-se pelo favorável papel das redes sociais de suporte na saúde, o que também explica o facto das solteiras, viúvas e divorciadas terem realizado a última mamografia há 3 ou mais anos. Nos grupos estudados do perfil de adesão, não existiram diferenças com o nível de escolaridade e o rendimento anual.

Sucintamente, podemos afirmar que estes estudos indicam alguma relação entre fatores sociodemográficos (idade, educação, emprego, estado civil e local de residência) e a adesão ao rastreio. Em relação à idade, podemos observar que existem comportamentos distintos; as

mulheres mais velhas podem aderir mais ao rastreio (Achat, et al., 2005; Calvocoressi, et al., 2005; Fulton, et al., 1991; Katapodi, et al., 2010; Lagerlund, et al., 2002; Törnberg, et al., 2005) essencialmente por hábitos já adquiridos, tanto no âmbito preventivo, como no da promoção da saúde; as mulheres mais novas aderem mais (Flamant, et al., 2006; Peek & Han, 2004; Vernon, et al., 1990) devido a terem iniciado o rastreio mais cedo ou já terem feito outras mamografias anteriormente ou, ainda, outros rastreios (e.g. teste papanicolaou), aproveitando a oportunidade para efetuarem o exame mamográfico. Em alguns estudos, a idade não foi considerada como determinante da adesão (Donato, et al., 1991; Sutton, et al., 1994).

Aqueles que investigaram a relação entre o estado civil e a adesão, observaram que, ser casada é um fator preditivo importante, devido ao suporte social que os companheiros podem prestar às mulheres nesta fase da vida (Achat, et al., 2005; Donato, et al., 1991; Flamant, et al., 2006; Magdalena Lagerlund, et al., 2002).

Em relação ao nível educacional, acontece um fenómeno interessante, ou seja, ter escolaridade mais elevada tanto pode determinar uma maior adesão (Vernon, et al., 1990), como comportamentos de menor adesão (Donato, et al., 1991; Lagerlund, et al., 2002; Zackrisson, et al., 2004). O comportamento de adesão e não adesão das mulheres com nível de educação mais elevado apresenta, eventualmente, justificações relacionadas com o contexto do funcionamento e organização do próprio programa de rastreio e do sistema de saúde onde este está integrado, mas também, podemos inferir pelos estudos descritos que as mulheres estão mais informadas e interessadas com a sua saúde indo fazer o rastreio no âmbito de um programa de rastreio organizado, ou então no radiologista privado, pois têm um melhor estatuto socioeconómico. Por outro lado, as mulheres com nível educacional menor não aderem ao rastreio, por não estarem tão sensibilizadas para a necessidade ou importância de comportamentos preventivos de saúde. Neste caso também se colocam questões relacionadas com o sistema de saúde principalmente em países onde este é mediado por seguradoras (e.g. EUA), implicando algumas desigualdades no acesso a este tipo de cuidados.

A relação emprego *versus* adesão indica que as mulheres desempregadas não aderem ao rastreio (Lagerlund, et al., 2002; Zackrisson, et al., 2004), por não estarem tão bem informadas sobre a prevenção, partindo do pressuposto que o ambiente de trabalho pode ser favorável à veiculação de conhecimentos nestas áreas da saúde.

O local de residência pode influenciar a adesão ao rastreio, sendo que nas zonas rurais, a não adesão é superior (Peek & Han, 2004), acredita-se que se deva à menor acessibilidade aos serviços de saúde onde se realiza o rastreio.

1.4.3. Literacia na saúde e conhecimentos acerca do rastreio

Com a centralização dos cuidados nos pacientes, fundamentalmente, os profissionais de saúde não pretendem que estes sigam as suas recomendações de forma passiva, mas antes, que compreendam as mesmas e coloquem questões, atitudes ativas que os capacitem para tomar as decisões em prol da sua saúde e bem-estar.

O termo «capacitar» refere-se tanto ao potencial inato do individuo, como também, às suas competências. A sua capacitação no âmbito da literacia em saúde é mediada pela educação e a sua adequação é afetada pela cultura, língua e características dos contextos relacionados com a saúde. Estes contextos são tão importantes para o desenvolvimento das competências de literacia em saúde, sendo que esta cresce à medida que as pessoas vão interagindo no campo da saúde (Nielsen-Bohlman, et al., 2004).

Num relatório do gabinete técnico do Plano Nacional de Saúde 2011-2016, os autores indicam linhas de atuação concretas para a participação ativa do cidadão no sector da saúde. Embora neste contexto predomine a parca informação, a passividade e a dependência dos saberes, pressupõe-se atingir a partilha constante da informação e do conhecimento (literacia em saúde) que desafie à assunção de uma atitude de cidadania em saúde, alicerçada por uma cultura de desenvolvimento (capacitação), pro-atividade (participação ativa), compromisso e autorregulação do cidadão, para a máxima responsabilidade e autonomia individual e coletiva (*empowerment*) (Gonçalves & Ramos, 2010).

Falar de literacia na saúde convoca-nos a revisitar o seu conceito; num primeiro momento, defini-lo nas suas várias dimensões, para depois, aferir as relações com outras variáveis estruturais de caracterização social, tendo por base a evidência científica. No caso particular do rastreio do cancro da mama, é possível identificar as competências de literacia de leitura das mulheres quando em contacto com materiais escritos que, à partida, lhes possibilitaria o acesso à informação necessária e, assim, o estabelecimento de um padrão de comportamento em relação a procedimentos preventivos.

Conceptualmente, a literacia na saúde constitui uma constelação de competências individuais, as quais incluem a habilidade de leitura, escrita e cálculo necessárias para funcionar dentro do contexto da saúde (Baker, 2006; "Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association," 1999).

Uma outra perspetiva a define como sendo o grau em que as pessoas têm a capacidade para obter, processar e compreender a informação básica de saúde, e os serviços de saúde necessários para tomarem as decisões mais apropriadas (Nielsen-Bohlman, et al., 2004). Embora

estes conceitos de literacia na saúde coloquem a ênfase nas capacidades das pessoas como o aspeto chave para a aquisição e utilização da informação, outros argumentam que este fenómeno, tanto depende das próprias pessoas, como das características do próprio sistema de saúde (Baker, 2006; Safeer & Keenan, 2005). No essencial, capacitar as pessoas para acederem à informação e utilizarem eficazmente os serviços de saúde irá promover o seu *empowerment*, o que vai ao encontro das tendências contemporâneas de educação e comunicação em saúde (Nutbeam, 2000) e da visão paradigmática que este trabalho pretende desenvolver.

Baker (2006) acrescenta que a literacia em saúde é um dos muitos fatores (e.g. cultura e normas sociais, acesso aos cuidados de saúde) que levam à aquisição de novos conhecimentos, mais atitudes positivas, melhor autoeficácia, comportamentos em saúde mais benéficos e melhores resultados em saúde.

Porém, não podemos deixar de considerar que as competências de literacia no geral são preditivas da literacia na saúde, mas estas não são, necessariamente, o reflexo da eficácia da educação em saúde ou das suas mensagens uma vez que são dependentes da compreensão e significado que as pessoas encontram nelas (Keleher & Hagger, 2007).

Daí que, para melhor enquadramento da temática no nosso trabalho, iremos descrever sumariamente o estudo mais relevante realizado em Portugal e que nos dá conta dos aspetos mais marcantes da nossa população no que diz respeito à literacia em geral, para depois apresentarmos estudos mais específicos que objetivam determinar a relação com os conhecimentos e as crenças acerca do rastreio do cancro da mama.

O estudo de Benavente et al. (1996), que consistiu na aplicação de um inquérito a uma amostra representativa da população nacional (n=2.449), com idades entre os 15 e 64 anos, mostrou-nos que o perfil de literacia da população adulta se distribui, significativamente, nos níveis mais baixos, o que revela fracas competências de leitura, escrita e cálculo. Os resultados mais expressivos referem-se à população idosa mas também abrangem os desempregados, as domésticas e situações mais desfavoráveis como é o caso das pessoas que vivem nas zonas rurais. Essas competências foram avaliadas na população, através da construção de uma prova nacional em que se pretendia a resolução de tarefas nos diferentes domínios da vida quotidiana, nomeadamente, a nível social, pessoal e profissional e que consistiu no estudo Nacional de Literacia.

Outros inquéritos a nível internacional em que Portugal também participou vieram consubstanciar as conclusões do estudo nacional, embora os objetivos desses estudos tivessem sido, fundamentalmente, para aferição metodológica dos instrumentos utilizados e possibilitar a comparação da literacia entre os diversos países, o que até então se vinha configurando como

inadequado, pelos entraves em relação à tradução dos instrumentos e aos aspetos culturais nos diferentes contextos (Sebastião, Ávila, Costa, & Gomes, 2001).

Contudo, comparando com outros países do mundo, Portugal apresenta um perfil de literacia semelhante aos países pouco desenvolvidos (OECD & Canada, 2000).

Estas situações de fraca literacia configuram, segundo Gomes (2003), um fenómeno de exclusão social que revela as incapacidades das pessoas se relacionarem e utilizarem a informação escrita em materiais impressos através das competências básicas de leitura, escrita e cálculo. A este fenómeno, a autora designa de «literexclusão» na medida em que considera ser uma dimensão de exclusão social, a qual remete as pessoas para vivências discriminativas, devido às dificuldades que demonstram na realização de tarefas diárias e que, conseqüentemente, lhes pode impossibilitar o acesso a um emprego, à saúde, ou ao simples exercício de cidadania.

Todavia é preciso ter presente que, no que se refere à literacia em saúde, esta ainda pode ser mais negativa do que a literacia a nível geral pois a literacia funcional é específica do contexto, ou seja, é provável que falte aos indivíduos de todos os níveis de literacia, a compreensão sobre o controlo do cancro e as recomendações de rastreio. Entenda-se a literacia funcional como o ter competências básicas suficientes de leitura e escrita para ser capaz de funcionar eficazmente em situações quotidianas, nomeadamente, no âmbito da literacia em saúde (Nutbeam, 2000).

Além disso, a literacia na saúde pode agravar-se entre os mais idosos, os quais lutam para compreender a informação que contém vocábulos ou conceitos que lhes são desconhecidos, apesar da fraca literacia não estar somente associada à limitação de vocabulário, mas também à compreensão dos conceitos no âmbito dos rastreios e da sensibilização para os seus benefícios (Davis, Williams, Marin, Parker, & Glass, 2002).

As pessoas que apresentam fraca literacia na saúde obtêm menos informação através dos materiais impressos e das conversas/palestras sobre o controlo do cancro (Davis et al., 1996; Doak, et al., 1996). À partida, esta informação pode ser ineficaz devido à falta de conhecimentos nesta área, mesmo em relação ao vocabulário, nomeadamente, no relacionado com a anatomia, deteção precoce e rastreio (Davis, et al., 2002).

Também os níveis elevados de literacia não garantem que uma pessoa responda de forma desejada à educação para a saúde ou às atividades de comunicação (Nutbeam, 2000)

A relação entre literacia, conhecimentos e atitudes no âmbito do rastreio mamográfico foi investigada por Davis et al. (1996) com a aplicação da escala *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine* (REALM), que consiste num teste de reconhecimento de 66 palavras de natureza

médica, para avaliação da literacia de leitura. Esta escala pretende identificar os pacientes com dificuldades de leitura dos materiais de educação e na comunicação oral com os prestadores de cuidados de saúde no âmbito da saúde pública e no contexto dos CSP (Davis et al., 1993).

As competências de leitura e escrita, também designada de literacia de impressão, são necessárias para tarefas relacionadas com o «mundo» da linguagem escrita (e.g. leitura de etiquetas de produtos comerciais, cartas, bulas de medicação, materiais de educação em saúde) para as quais é essencial ter conhecimento prévio como requisito (Nielsen-Bohlman, et al., 2004).

No estudo de Davis et al. (1996), a literacia funcional da maioria das participantes era mais fraca do que, à partida, o seu nível educacional sugeria. À questão sobre se «já tinham ouvido falar em mamografia» verificou-se que o conhecimento, no geral, era limitado, mesmo nas participantes que respondiam positivamente, indicando um possível embaraço ou vergonha pelo seu desconhecimento ou a falta de perceção do pobre conhecimento nesta matéria (Davis, et al., 2002). Além disso, algumas mulheres apesar de saberem o que são as mamografias, desconheciam a sua função, embora outras relatassem ter receio de que o exame pudesse detetar cancro. Estas mulheres, de fraca literacia estavam mais preocupadas com o facto da mamografia ser embaraçosa, fazer mal à saúde ou ser dolorosa. Com efeito, as competências de literacia limitadas e o pouco conhecimento acerca da mamografia podem influenciar a não adesão ao rastreio. As crenças individuais também são mais acentuadas, nomeadamente, a associação que fazem entre a necessidade de mamografia com o período menstrual, o início de atividade sexual, a amamentação e não ser necessária a sua realização na ausência de sintomas ou queixas. Talvez isto reflita a influência que os amigos ou familiares têm na busca de informação sobre o rastreio, sendo que esta aumenta, conforme decresce o nível de literacia. Este achado de que os familiares influenciam as mulheres indica que, para estas populações, a educação em saúde necessita também de ser dirigida à família.

Como outros possíveis meios de informação mais utilizados pelas mulheres, os resultados do estudo de Secginli e Nahcivan (2006) apontam os *media* (e.g. TV e rádio) como sendo significativos para o acesso ao conhecimento acerca do cancro da mama. Efetivamente, estes documentaram uma forte associação entre alguma vez «terem ouvido falar» ou «terem lido» acerca da mamografia e a adesão ao exame. Daí que é urgente aumentar a sensibilização das mulheres de forma a familiarizá-las com o processo de desenvolvimento das mamas e procurar ajuda junto dos profissionais de saúde assim que notarem alguma alteração. Também Ham (2005) sugere que se utilize os *media* como meios de promoção do conhecimento acerca do cancro da mama e da importância dos métodos de deteção precoce.

Alguns instrumentos de medida têm sido desenvolvidos para avaliar a literacia, porém carecem de maior precisão, principalmente pela dificuldade de medir as características individuais de literacia, bem como, as do contexto (Baker, 2006).

Uma das escalas de medida da literacia de leitura *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine* (REALM) - foi desenvolvida por Davis et al. (1993) sendo revista, mais tarde, por Bass, Wilson & Griffith (2003) por considerarem um instrumento longo para ser administrado no contexto da prática clínica. Estes designaram a nova escala de REALM-*Revised*, com apenas 8 itens (osteoporose, alergia, icterícia, anemia, fadiga, dirigido, colite, obstipação) embora, os autores sugeriram que este instrumento pode ser alterado com palavras específicas do contexto onde se pretenda aplicar. Contudo, tanto este como outros testes existentes, não permitem realizar uma avaliação compreensiva das capacidades individuais de literacia, ficando-se apenas pela leitura correta das palavras (Baker, 2006; DeWalt, Berkman, Sheridan, Lohr, & Pignone, 2004).

Nielsen-Bohlman, Panzer & Kindig (2004) atentam para o facto de algumas pessoas com competências limitadas, conseguirem pronunciar as palavras, mesmo não sendo capazes de compreender o seu significado no contexto de uma frase, porém de tanto acumular experiências e contacto com esses materiais podem atingir níveis básicos de leitura. Não obstante, ler fluentemente permite à pessoa expandir o seu vocabulário e ganhar conhecimento conceptual (Baker, 2006).

As pessoas também diferem na forma como procuram a informação, particularmente, acerca dos riscos e problemas para a saúde e na sua adesão aos programas de rastreio (Decruyenaere, Evers-Kiebooms, Welkenhuysen, Denayer, & Claes, 2000). O conceito de informação, por si só pressupõe que esta *“deve ser capaz de nos enriquecer, de nos transformar, de nos converter, simplesmente por nos permitir ver o que nos era invisível, saber o que ignorávamos e admitir o que nos parecia incrível”* (Morin, 1999, p. 32). Segundo este ponto de vista, a informação só é recebida quando modifica o que conhecemos, digamos que é a matéria-prima do conhecimento. Complementarmente, este implica apreensão e descodificação dos elementos com significado para o recetor, que o vai tomar como sendo sua propriedade intelectual. Se, por qualquer motivo não lhe for dada esta aplicação, o conhecimento não terá qualquer valor para a vida da pessoa, uma vez que este subentende aplicação cognitiva e prática (Santos, 2005).

A informação geral pode ser deturpada ou insuficiente se, no caso específico do cancro da mama e da sua deteção precoce, as crenças mais negativas tomarem lugar, o que torna

necessário identificar para podermos intervir, no sentido de desmistificar ideias erróneas e esclarecer dúvidas e assim, capacitar as mulheres para aderirem ao rastreio.

Com efeito, um estudo demonstrou que a crença acerca da eficácia da mamografia e o conhecimento acerca do rastreio do cancro da mama são determinantes, significativos, do comportamento de adesão, sendo que estas mulheres já haviam realizado mamografia alguma vez na sua vida ou fizeram uma nos últimos 2 anos (Achat, et al., 2005). Mais especificamente, as mulheres que não conhecem o intervalo recomendado entre os exames menos provavelmente aderem ao rastreio, pelo contrário, aderem mais as que acreditam que a mamografia deteta o cancro e que salva vidas. Os autores, todavia, consideram prudente lembrar as mulheres de que a mamografia é um procedimento eficaz na deteção do cancro da mama e que não pode ser substituído pelo autoexame (crença que tinham as participantes neste estudo).

As mulheres que têm conhecimentos sobre a frequência com que devem realizar a mamografia e de que o cancro da mama é curável se for detetado precocemente, aderem mais, enquanto os conhecimentos sobre os fatores de risco da doença não mostraram ter relação com a adesão (Cruz, et al., 2008).

Contudo, como se sabe as crenças nem sempre apresentam significados ou percepções erróneas com reflexo negativo para o comportamento. Um estudo realizado no Cazaquistão mostra a importância que os conhecimentos acerca do cancro da mama têm para a adesão, nomeadamente, no que diz respeito à etiologia, aos sintomas e ao prognóstico. Estas mulheres, em geral, também acreditam na eficácia da mamografia e essa crença tem um efeito positivo no seu comportamento de adesão ao exame como a outras práticas preventivas. Uma vez que, no Cazaquistão, não existe programa de rastreio de base populacional, as questões relacionadas com o seu pagamento foram apontadas como um dos motivos para a não adesão. Todavia, a população estudada apresenta um nível de conhecimentos razoável acerca do cancro da mama e, como tal, os autores sugerem que seria uma excelente oportunidade integrar o desenvolvimento de programas de rastreio de base populacional com as reformas que estão a ser implementadas nos cuidados de saúde primários, em que se preconizam modelos de trabalho orientados para a medicina familiar. Os autores acreditam que estas iniciativas poderiam trazer resultados de saúde positivos em termos de qualidade e acessibilidade no sistema de saúde no país (Chukmaitov, et al., 2008).

Alguns estudos de abordagem qualitativa com metodologia de *focus group*, investigaram os conhecimentos de participantes com baixos rendimentos acerca do cancro da mama, do útero, próstata e cólon e estes relataram ter conhecimento acerca destas doenças. Contudo, os seus conhecimentos acerca do cancro em particular e dos rastreios eram limitados, inapropriados ou

confusos (Davis, et al., 2002; Doak, et al., 1996). Nos *focus groups* sobre o rastreio, muitas mulheres confundiram o exame de mamografia com o teste papanicolaou e associaram ambos com o início da atividade sexual ou com a gravidez (Davis, et al., 2002).

Uma revisão sistemática sobre a relação entre literacia e os resultados em saúde analisaram 44 artigos que revelam uma associação positiva e significativa entre a capacidade de leitura e os conhecimentos dos participantes acerca dos serviços de saúde e a saúde no geral (DeWalt, et al., 2004). No que diz respeito a comportamentos de prevenção e rastreio, este mesmo estudo mostrou que é mais provável, as mulheres com pobre literacia, nunca terem feito o teste de papanicolaou e o exame mamográfico nos últimos 2 anos, comparando com as de elevada literacia.

Lagerlund et al. (2000) verificaram que, ter conhecimento sobre o risco de vida relacionado com o cancro da mama, bem como, das opções de tratamento, influenciam a adesão à mamografia. As conclusões deste estudo indicam que o aumento da adesão pode ser conseguido através da sensibilização/informação. De entre as mulheres sem história de cancro da mama na família ou entre os amigos, ou ainda, sem história pessoal da doença, o aumento da sensibilização pode ser conseguido através do incremento do conhecimento e do encorajamento dos profissionais de saúde. Além disso, a promoção da informação pode ajudar a motivar aquelas mulheres que se queixam de constrangimentos relacionados com o tempo, como uma barreira para o rastreio. Neste âmbito a convocatória e a primeira impressão do exame mamográfico podem ser fundamentais, uma vez que, uma fraca impressão ou experiência podem conduzir a atitudes negativas persistentes com, conseqüente, não adesão futura.

Também pode ser benéfico, em termos de eficiência, ser o médico de família a enviar a convocatória personalizada (Lagerlund, et al., 2000; Sharp, et al., 1996), o que poderá ser menos um fator de preocupação ou ansiedade para as mulheres, porquanto devem ser elucidadas sobre os benefícios da mamografia e encorajadas a contactar o seu prestador de cuidados no caso de dúvida ou problemas (Lagerlund, et al., 2000).

O número de convocatórias também parece ser um determinante da adesão, ou seja, quanto mais convocatórias a mulher receber, maior é a possibilidade dela participar no rastreio, pelo menos uma vez (Lagerlund, et al., 2002).

Um outro estudo de Lagerlund (2002) em que foi aplicada a metodologia de *focus group*, as mulheres que não aderiram foram as que mais debateram, no grupo, acerca da estrutura da convocatória e consideraram importantes para a adesão, os seguintes procedimentos: fornecer informação pessoalmente; o aconselhamento por telefone; a flexibilidade de horário; a informação detalhada acerca do exame e de como este pode beneficiar a pessoa; a presença na

convocatória da data, do local do exame e do tempo aproximado que leva a realização da mamografia; uma breve explicação do desconforto do exame e do motivo; e qual o melhor período, durante o ciclo menstrual, em que deve ser realizado de forma a não provocar tanta dor.

Efetivamente, a literacia em saúde é um preditor relevante de comportamentos de saúde de natureza preventiva nas suas várias vertentes, sendo crucial a identificação de dificuldades de literacia por parte dos pacientes que, como vimos, podem reagir de forma diversa, nomeadamente: por vergonha em pedir aos profissionais para repetir a informação e assim dar a conhecer a suas limitações; por passividade perante as propostas de tratamento ou de estilos de vida recomendadas pelos prestadores de cuidados; e a não adesão aos comportamentos essenciais à sua condição de saúde. Mas, os constrangimentos relacionados com a falta de literacia não se prendem, somente, com as capacidades dos próprios pacientes, mas também, com aspetos relacionados com os cuidados de saúde, designadamente, a forma como os profissionais de saúde fornecem a informação, de forma a respeitar as experiências dos pacientes e da relevância e significados para a sua vida.

Relativamente à informação que é trocada durante o processo comunicativo entre prestador de cuidados e paciente, Safeer & Keenan (2005) elencam várias recomendações como sendo nucleares na educação do paciente: (i) o conteúdo da informação deve ser sobre as experiências dos pacientes e a sua condição em vez de incidir sobre a patologia; (ii) o tipo de linguagem utilizada deve socorrer-se de palavras acessíveis, de acordo com o nível de literacia do paciente; (iii) a quantidade de informação verbal deve ser a essencial, objetiva e clara, de forma a aumentar a sua compreensão; (iv) a informação escrita (e.g. impressos, panfletos) deve ser fornecida apenas aos pacientes que tenham um nível de literacia correspondente à necessária para a leitura dos mesmos; (v) deve ser pedido aos pacientes que repitam as instruções/informação que lhes foi fornecida durante a entrevista.

Compreender a forma mais eficaz de adaptar a educação em saúde e a informação de saúde pública para as pessoas com limitações de literacia em saúde requer alguma audácia, por parte dos profissionais de saúde, por terem de identificar e priorizar a mensagem mais relevante, bem como, por compreenderem que este processo é fundamental para os ganhos em saúde. Os CSP são o contexto ideal, onde se conduziriam recomendações deste tipo sobre incrementação da literacia na saúde (Keleher & Hagger, 2007) pelas características organizativas e método de trabalho em equipa que estas unidades apresentam e que já foram descritas num ponto 1.1 anterior deste trabalho.

1.4.4. Os modelos explicativos dos comportamentos de adesão ao rastreio

O principal objetivo do rastreio do cancro da mama é a redução da mortalidade, a qual é o reflexo da promoção da saúde e das atitudes e comportamentos em relação à saúde no geral. Como já referimos, anteriormente, a opção pela designação de «adesão» subentende uma envolvimento mais dinâmica por parte da pessoa que adere a determinado comportamento de saúde, pressupondo uma perspectiva motivacional presente na sua definição e que se traduz por teorias comportamentais que abordam a motivação como ponto central das mesmas.

Decorre, assim, a necessidade de encontrar modelos teóricos que ajudem a organizar e compreender, de forma sistemática, o comportamento de adesão à mamografia.

Os modelos teóricos partilham a assunção central de que as pessoas são capazes de antecipar, planear e tomar uma decisão racional como parte de um processo social dinâmico de aprendizagem (Brawley & Culos-Reed, 2000). Tal como a maioria da investigação relacionada com o comportamento de saúde, foram as teorias de nível individual, as que mais dominaram os estudos relativos à promoção da mamografia (Pasick & Burke, 2008).

São exemplos, a Teoria da Proteção Motivacional (TPM), o Modelo de Crenças de Saúde (MCS); a Teoria da Ação Racional (TAR), Teoria do Comportamento Planeado (TCP), Modelo Transteórico (MTT).

Estas teorias apresentam como elementos comuns, a formulação de valores e expectativas, ou seja, as pessoas consideram os resultados em saúde em termos dos seus valores pessoais ou incentivos, decidindo o decurso da ação segundo o seu desejo, ou intenção, para experienciarem as ações num futuro imediato. Geralmente, as pessoas procuram ajustar os seus objetivos e regular o seu comportamento segundo essas experiências (Brawley & Culos-Reed, 2000).

Um outro aspeto, também já referido anteriormente, é a importância do conhecimento que os profissionais de saúde devem ter, particularmente, os enfermeiros que mantêm maior contacto com os pacientes, sobre os comportamentos do rastreio do cancro da mama e dos fatores que o influenciam, de forma a permitir-lhes a implementação de programas de educação em saúde mais eficazes, com o objetivo de potenciar as práticas de rastreio. Estes profissionais podem desempenhar um papel preponderante em programas de saúde da mulher e devem providenciar informação adequada sobre o cancro da mama e comportamentos de rastreio (Secginli & Nahcivan, 2006).

No geral, quando as pessoas consideram os resultados em saúde, importantes e incentivadores a nível pessoal, elas decidem, no decurso desse comportamento continuar a insistir pois acreditam que atingirão os resultados que, por vezes, apenas são dependentes do

seu desejo ou intenção de experimentar essas ações num futuro imediato (Brawley & Culos-Reed, 2000).

Desta forma, optamos por descrever e analisar os estudos associados a cada uma das teorias e modelos, utilizadas individualmente ou nas combinações mais comuns, que encontramos na literatura e que nos pareceram constituir aportes adequados ao nosso trabalho. A combinação de teorias ou modelos em alguns estudos pode ser apropriado na medida em que se complementam e assim explicam de forma mais compreensiva o comportamento o que ajuda para a implementação das medidas preventivas (Noar, 2005).

Modelo de crenças da saúde

O MCS é um modelo psicossocial que procura explicar os comportamentos de saúde e tem sido utilizado para identificar os fatores que estão associados com as crenças das mulheres acerca do cancro da mama e os seus comportamentos de rastreio, principalmente, em diferentes grupos étnicos (Pasick & Burke, 2008)

O mesmo postula que as mudanças de comportamento de prevenção são, originalmente, sustentadas em quatro fatores: (1) a gravidade decorrente do prejuízo pessoal percebido, devido a uma ação; (2) os benefícios como sendo os atributos positivos percebidos, produzem a força em direção ao comportamento; (3) a suscetibilidade como sendo a vulnerabilidade pessoal percebida ou os riscos subjetivos inerentes a uma condição e saúde; (4) as barreiras são os potenciais aspetos negativos relacionados com a ação; (5) os indicadores de ação são os fatores que instigam ao comportamento, podendo ser externos (e.g. recomendação médica) ou internos (e.g. sintomas físicos); (6) a autoeficácia como sendo a convicção pessoal de que o comportamento poderá levar a um resultado desejado. Os seus dois últimos constructos foram adicionados ao modelo mais tarde, assim como outras variáveis (e.g. demográficas) que são tomadas em consideração sempre que se justifique pelo efeito que desempenham nas percepções individuais (Janz, Champion, & Strecher, 2002).

Alguns estudos revelam que, quando as mulheres acreditam que são suscetíveis à doença e consideram a mesma, uma grave condição de saúde, a probabilidade de adesão ao rastreio mamográfico é maior (Lostao, et al., 2001; Pereira, Pereira, & Rodrigues, 2009; Secginli & Nahcivan, 2006).

De forma semelhante, a percepção de maiores benefícios e poucas barreiras em relação ao exame também se relaciona, positivamente, com a adesão (Pereira, et al., 2009; Secginli & Nahcivan, 2006). As participantes que já haviam feito a mamografia, perceberam a gravidade

da doença como sendo elevada, os benefícios do comportamento como sendo positivos, a motivação elevada e as barreiras diminutas. De entre estas variáveis relacionadas com a mamografia, apenas a perceção da gravidade e dos benefícios apresentaram-se como preditores significativos, pelo contrário, as barreiras e a motivação para a saúde não se mostraram significativas.

Todavia, as mulheres que apresentam a crença que o cancro é uma doença perigosa e que manifestam um sentido de vulnerabilidade para a mesma, provavelmente aderem mais ao rastreio, comparando com as mulheres que não têm estas crenças. Por outro lado, as crenças hipocondríacas, a fobia da doença e o medo dos sintomas são preditores de recusas em participar nos rastreios (Lagerlund, et al., 2000; Lostao, et al., 2001).

Ao contrário do que, à partida seria de esperar, a extrema preocupação com a doença ou a existência de crenças desagradáveis, podem afastar as pessoas dos comportamentos preventivos, resultado do aumento dos receios e da ansiedade. Ainda assim, mesmo quando se verifica uma temporária redução do *stress*, o comportamento de afastamento pode manter-se (Lagerlund, et al., 2000; Lostao, et al., 2001).

Estes aspetos devem ser tidos em consideração no âmbito da implementação de programas de educação em saúde sobre comportamentos preventivos, uma vez que sugerem ser contraproducente a divulgação de mensagens, excessivamente, ameaçadoras conduzindo a comportamentos contrários dos que se pretendem promover.

Contrariamente aos resultados de Secginli & Nahcivan (2006), os benefícios não constituíram fortes preditores, em comparação com a perceção de vulnerabilidade pessoal e da gravidade da doença (Lostao, et al., 2001). Por conseguinte, as mulheres que acreditaram serem vulneráveis à doença, percecionaram a sua gravidade e estavam mais aptas a envolver-se no comportamento de saúde adequado, sem prestar demasiada atenção à sua eficácia.

Pelo contrário, num outro estudo, os benefícios percebidos da mamografia e as barreiras percecionadas para a mamografia são mais preditivas de realização do rastreio, comparando com a perceção da suscetibilidade ou com a gravidade da doença (Fulton, et al., 1991). Uma vez que este estudo aponta os aspetos positivos como motivadores de um determinado comportamento, os autores propõem que se divulgue mensagens positivas, mesmo que não estejam diretamente relacionadas com o rastreio. Assim, os esforços na promoção da saúde devem ser convincentes no sentido da eficácia e segurança em relação ao rastreio mamográfico, evitando mensagens negativas acerca da suscetibilidade das mulheres para a doença.

Contudo, nem todas as análises efetuadas aos estudos que se debruçaram sobre a utilização deste modelo como explicativo da adesão ao rastreio são conclusivas relativamente à

sua significância. Yarbrough & Braden (2001) num estudo de revisão de literatura analisaram 16 artigos de natureza descritiva onde o MCS foi empregue e concluíram que o seu poder preditivo era fraco, com valores entre 15 a 27%. Um dos aspetos que apreciaram foi a autonomia do modelo, a qual não se mostrou perceptível. Para além de alguns estudos terem utilizado variavelmente, quatro a seis dos conceitos, muitos outros integraram variáveis que não pertenciam, numa fase inicial, ao modelo, tais como: a ansiedade, a motivação em saúde, as atitudes, as experiências pessoais acerca do cancro da mama e o suporte social. As «barreiras» foram dos fatores mais encontrados na literatura e as mulheres referiram, predominantemente, o facto de não terem sido referenciadas por nenhum profissional de saúde para fazer o exame, embora este aspeto seja mais instrumental que uma perceção. O medo também foi um outro aspeto encontrado na literatura, seja relacionado com a dor e o embaraço provocados pelo exame, seja pelo diagnóstico ou pelos tratamentos que a doença implicaria. Os «benefícios» incluíram a crença de que a deteção precoce permite ter saúde pela possibilidade de cura, ou que o tratamento seria menos severo com o diagnóstico precoce. A «gravidade» é percebida como uma disrupção causada pela doença e a «suscetibilidade» como uma motivação para uma intenção futura de realizar o exame de rastreio. Embora os conceitos do MCS estivessem relacionados com o comportamento de rastreio, as interações entre as variáveis eram influenciadas por outros fatores e não se relacionavam entre si, como sugere o modelo (*ibid.*).

Outros estudos também focam a dor como um dos aspetos determinantes, embora Lagerlund et al. (2000) tenha encontrado resultados contrários ao anteriormente referido no que diz respeito à dor como barreira ao rastreio. A probabilidade de adesão é maior quando as mulheres concordam que a mamografia é dolorosa (i.e. pela crescente preocupação) e a perceção dos benefícios é elevada. Da igual forma, os indicadores de ação (e.g. publicidade, recomendações, lembretes) e a confiança nos cuidados de saúde estão também associados com a adesão. Por conseguinte, as mulheres que nunca aderiram ao rastreio mamográfico tendem a subestimar o desconforto, o que reflete formas diferentes de enfrentar as possíveis barreiras a um determinado comportamento. Nesta investigação, o item «mamografia» produz preocupação e emerge como a maior barreira e o preditor mais forte de não adesão.

A revisão de literatura de Considine et al. (2004) revela a ansiedade e o medo como as variáveis de ordem emocional, mais extensamente estudadas na avaliação do comportamento de rastreio. Contudo, é pouco claro se estas funcionam como barreiras ou facilitadoras do rastreio. Em termos de resultado do rastreio, os dados disponíveis parecem sugerir que, de forma indiferenciada, o medo e a ansiedade em relação a «ter o cancro» pode ser facilitador para a realização do rastreio desde que, este ocorra dentro dos limites controláveis, a população

tenha acesso ao exame e alguma confiança na eficácia dos procedimentos de rastreio disponíveis. Contrariamente, o medo associado à radiação e à doença podem ser impeditivos da adesão. Os autores alertam para a qualidade dos instrumentos de medida destas componentes emotivas, que não contemplam medidas adequadas e válidas sendo, por isso, alvo de alguma ambiguidade.

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

Desta forma, poderíamos ser levados a pensar que eliminando as barreiras, a adesão aumentaria o que, efetivamente, pode não acontecer; ideias e ações nem sempre coincidem, fenómeno explicado pela Teoria da Dissonância Cognitiva (Lagerlund, et al., 2000).

Modelo Transteórico (MTT)

Este modelo utiliza estádios para integrar processos e princípios de mudança através das principais teorias de intervenção, tendo emergido de análises comparativas de teorias da psicoterapia e da mudança comportamental. O constructo do «estádio» é importante porque representa a dimensão temporal a qual adapta-se a um fenómeno de mudança. Daí que o modelo implique um processo que envolve progresso segundo uma série de seis estádios, a saber: (1) Pré-contemplação no qual as pessoas não tencionam agir num futuro mais próximo, usualmente medido num período de seis meses. As pessoas podem estar neste estádio por sobre informação ou subinformação acerca das consequências do seu comportamento ou, então tentaram mudar várias vezes e não conseguiram, tornando-se desmoralizados acerca das suas habilidades para a mudança. São aquelas pessoas geralmente desmotivadas ou resistentes ou ainda não preparadas para a terapia ou programas de promoção de saúde; (2) Contemplação é o estádio no qual as pessoas tencionam mudar o comportamento dentro de um período de seis meses. Estão mais sensibilizadas para os benefícios e riscos da mudança mas, essencialmente, de forma acutilante para os riscos/dificuldades. O balanço constante dos benefícios e das dificuldades pode, contudo provocar profundas ambivalências a que designam de contemplação crónica ou comportamento de procrastinação o que impede estas pessoas de tomarem uma decisão imediata; (3) Preparação é o estádio no qual as pessoas tencionam agir num futuro imediato (dentro de um mês) e apresentam já um plano de ação, contudo já haviam tido esse comportamento no passado recente; (4) Ação, estádio durante o qual se verificam as mudanças

nos estilos de vida, contudo nem todas as mudanças de comportamento são consideradas como ações neste modelo, ou seja, estas devem ser suficientemente específicas para reduzir os riscos da doença; (5) Manutenção é o estágio em que as pessoas esforçam-se por evitar recaídas, mas não se aplicam no processo de mudança tão frequentemente quanto as pessoas em ação. Elas são menos tentadas a recair e muito mais confiantes de que podem continuar as suas mudanças; (6) Terminação é o estágio em que as pessoas não sucumbem mais à tentação e têm total autoeficácia. Estas pessoas apresentam confiança de que conseguem lidar com situações de alto risco sem recaírem (Prochaska, Redding, & Evers, 2002).

Um ensaio clínico aleatório foi realizado com o objetivo de aumentar a adesão à mamografia de 1244 mulheres que não realizaram o exame nos últimos 15 meses. Os investigadores criaram 4 grupos de participantes, de acordo com a intervenção de que foram alvo: (1) cuidados usuais; (2) aconselhamento personalizado por telefone; (3) impressos materiais apropriados; (4) aconselhamento por telefone e impressos. Os resultados deste estudo revelam que para as mulheres que vivem sozinhas, os materiais impressos mais o aconselhamento por telefone foram eficazes, enquanto as que vivem com um companheiro, a intervenção por telefone foi a mais eficaz, sugerindo que as mulheres sem companheiro tenham mais tempo disponível para ler os materiais impressos. As participantes foram categorizadas em fases de pré-contemplação e contemplação, porquanto, nenhuma intervenção teve qualquer efeito significativo nas mulheres em fase pré-contemplativa, o mesmo não acontecendo à da fase contemplativa, na qual todas as intervenções influenciaram a adesão. É possível que as mulheres na fase pré-contemplativa requeiram outras intervenções, como indicou um estudo anterior em que foi utilizado o aconselhamento personalizado (Saywell et al., 2003). Nestas situações, é possível observar a passagem imediata de uma fase pré-contemplativa para a fase da ação ou comportamento de adesão (Champion, et al., 2007).

Teoria da Ação Racional (TAR) /Teoria do Comportamento Planeado (TCP)

A TAR inclui a avaliação de atitudes e percepções sociais normativas que determinam a intenção comportamental, sendo a TCP uma extensão, a qual inclui um adicional constructo preocupado com o controlo percebido sobre a execução do comportamento. A assunção principal da TAR é que as pessoas são atores racionais, ou seja, processam a informação e estão motivados para agir de acordo com ela. Esta teoria procura explicar as lacunas entre a intenção e a prática e as relações entre as crenças, atitudes, fatores normativos, intenção e prática Os componentes de ambas as teorias são: (1) intenção de comportamento é a probabilidade

percebida de realizar o comportamento; (2) Atitude é a avaliação global do comportamento e pode ser medida indiretamente através da crença de que a realização do comportamento está associada com certos atributos ou resultados; (3) Norma subjetiva é a crença sobre se a maioria das pessoas aprovam ou desaprovam o comportamento tendo uma motivação para cumprir de acordo com o que cada pessoa significativa pensa; (4) Controlo comportamental percebido é a avaliação global do controlo percebido sobre o comportamento, tendo como medidas indiretas, a crença de controlo e o poder percebido. A crença de controlo é a probabilidade percebida da ocorrência de cada condição facilitadora ou constrangedora e o poder percebido é o efeito percebido de cada condição em tornar a realização do comportamento difícil ou fácil (Montaño & Kasprzyk, 2002).

No geral, ambas as teorias propõem que os determinantes proximais de um comportamento são as «intenções de comportamento individuais» (i.e. a decisão de envolver-se nesse comportamento) e são influenciadas pelas atitudes, as normas subjetivas (i.e. a percepção das pressões sociais para desempenhar esse comportamento) e a percepção do controlo comportamental (i.e. a percepção da facilidade ou dificuldade de desempenhar o comportamento).

Um questionário foi enviado por correio a uma amostra de 500 mulheres, cuja taxa de participação no rastreio é de 31%, para avaliar a associação da TAR está com a intenção de realizar a mamografia. Apenas 12% destas mulheres realizaram a mamografia segundo as recomendações atuais, sendo a participação mais elevada influenciada pelos fatores de risco, o rendimento, a educação, o risco percebido para o cancro da mama e a recomendação do médico. Os prestadores de cuidados devem aconselhar a realização regular da mamografia e debater acerca das dúvidas e crenças das pacientes acerca do exame. A TAR mostrou ser adequada para explicar o comportamento de rastreio (Michels, Taplin, Carter, & Kugler, 1995).

Um outro estudo, desta feita com a finalidade de examinar a aplicabilidade da TCP com a integração do constructo de «autoeficácia» e compreender a motivação de 293 mulheres com idades entre os 40-65 anos, para a realização da sua primeira mamografia. Os resultados revelam que a componente «autoeficácia» foi o preditor mais forte da intenção de fazer o exame, embora outros fatores como o nível educacional, o tempo desde o último exame às mamas e a idade também o fossem. Além disso, o estudo fornece algum suporte empírico para a distinção entre a «autoeficácia» e a «percepção do controlo comportamental» (Tolma, Reininger, Evans, & Ureda, 2006). A este componente, alguns autores conferiram uma perspetiva multidimensional que envolve dois constructos distintos; o «controlo percebido» e a «autoeficácia». Enquanto o «controlo percebido» se refere ao comportamento sob o controlo

voluntário do indivíduo, a «autoeficácia» refere-se à dificuldade percebida ou à facilidade em realizar esse comportamento (Armitage & Conner, 2001; Trafimow, Sheeran, Conner, & Finlay, 2002).

Os autores advogam a inclusão da «autoeficácia» à TCP, bem como, outras características demográficas para futuras aplicações que melhor explicam os resultados comportamentais (Tolma, et al., 2006).

Modelo de Crenças na Saúde (MCS) e Teoria da Ação Racional (TAR)

Na pesquisa efetuada encontramos dois estudos que objetivaram avaliar os fatores associados com a utilização da mamografia como exame de rastreio, empregando componentes de ambos os modelos acima referidos. Num dos estudos foi aplicado um survey por telefone a uma amostra aleatória de 170 mulheres australianas com idades compreendidas entre os 50 e os 70 anos (Savage & Clarke, 1996). Os modelos explicaram 47% da variância das intenções para a realização da mamografia e 22% de variância para o autoexame da mama. Neste estudo, foi omitido o componente da «perceção de gravidade» e, para as restantes variáveis, os resultados mostram preditores diferentes para cada método de deteção precoce. Relativamente à mamografia, 42% das mulheres responderam que era «extremamente provável» que viessem a realizar o exame (i.e. intenção para o comportamento). Embora a maioria das participantes (75%) não tivessem referido nenhuma barreira, outras apontaram como motivos, o exame ser doloroso, a preocupação com o resultado, não ser necessário fazê-lo e o embaraço. A maioria (85%) confia que realizará mamografias no futuro, sendo a recomendação do médico a maior influência para o exame. Das que participaram no rastreio, 55% tinha feito mamografia anterior, apresentavam conhecimentos elevados sobre o exame de rastreio e referiram como meios de aprendizagem sobre o rastreio, os jornais, a TV, o médico e os amigos. Os autores concluíram que as intenções para a realização da mamografia foram explicadas pela suscetibilidade percebida, ter feito mamografia e história de rastreio uterino e preocupação sobre vir a ter cancro da mama no futuro. Estes resultados terão implicações práticas nas intervenções que devem ser dirigidas, essencialmente, aos profissionais de saúde que podem influenciar as intenções das mulheres a participarem no rastreio, às oportunidades de realização simultânea com outros rastreios e a discussão das experiências de rastreio com outras mulheres (Savage & Clarke, 1996).

O outro estudo desenvolvido em Israel com uma amostra de 510 mulheres Árabes de idades entre os 50-69 anos mostrou que estas apresentaram conhecimentos limitados acerca da

mamografia e do cancro da mama. As mulheres que, provavelmente, farão a mamografia são as mais novas, com maior nível educacional, as que percecionam como estando vulneráveis à doença, as que acreditam na eficácia do teste, as que percecionam que o exame não é doloroso, as que recebem recomendação profissional ou, em menor grau, recomendação informal (e.g. membro da família) entre aquelas que manifestaram intenção de realizar mamografia no próximo ano (Soskolne, Marie, & Manor, 2007).

Em ambos os estudos verifica-se alguma sensibilidade cultural que se reflete nos resultados referentes aos componentes que explicam os comportamentos em que uns apresentam significância maior ou menor de acordo com as crenças e o contexto das participantes. A «suscetibilidade percebida» e a recomendação médica como «indicador de comportamento» (Savage & Clarke, 1996), bem como, os «benefícios percebidos» (e.g. eficácia da mamografia para a deteção precoce) e as «barreiras» (e.g. medo da dor) (Soskolne, et al., 2007) foram os preditores mais significativos. A dor é uma barreira emocional que pode ter um peso superior a uma barreira física (e.g. transportes públicos) nas intenções de não realização do exame e, como tal, pode ser encontrada mais facilmente nos estudos de abordagem qualitativa ou quando as questões são abertas.

Savage & Clarke (1996) referem que os modelos, MCS e TAR podem ser menos apropriados para comportamentos habituais, do que para comportamentos que requerem uma decisão deliberada (e.g. deixar de fumar).

A forma como os vários componentes do modelo são operacionalizados vai alterar os resultados obtidos, ou seja, tanto o conteúdo como o formato das questões devem ser consideradas aquando o desenvolvimento de instrumentos de medida e a avaliação dos resultados (Savage & Clarke, 1996; Soskolne, et al., 2007).

Combinação da Teoria de Proteção Motivacional (TPM) e Modelo Transteórico (MTT)

Um estudo foi desenvolvido com o objetivo de investigar as diferenças na utilização da mamografia por parte das mulheres com mais de 50 anos e que vivem no centro da cidade (Bernstein, Mutschler, & Bernstein, 2000). Os resultados apontam que, um pouco mais de metade das participantes têm médico regular e seguro de saúde, mas recebem os cuidados, primeiramente, através de hospitais-clínicas. Mais de 95% identifica, corretamente, que a deteção precoce resulta em melhor sobrevivência e 90% concorda que a mamografia previne problemas, contudo, antes da entrevista motivacional, apenas 35% das participantes tinha conhecimento de que a idade (i.e. as mais velhas) constitui um risco superior para o cancro da

mama e, somente, 19% compreendia que a identificação precoce da doença resultava numa taxa de sobrevivência de 95% aos 5 anos. Em relação à história pessoal de realização de mamografia, 65% das participantes, nunca havia feito mamografia, e mesmo dentre aquelas que já fizeram, o último exame ocorreu há mais de 2 anos. Como barreiras à mamografia, estas referiam o medo do resultado do exame, as dificuldades de transportes, os custos do exame (apesar de terem seguro de saúde), as responsabilidades familiares (i.e. cuidar dos netos), a pouca confiança nos hospitais e médicos e o cumprimento dos horários de trabalho. As fontes de informação a que recorrem revelaram ser, primeiramente, os médicos, a família, os meios de comunicação social e, por fim, os amigos.

Além disso, também demonstraram que, enquanto o conhecimento está associado à «contemplação» perante a mamografia, as barreiras afetam a conversão da contemplação para a ação. As crenças sobre serem de baixo risco, ou isentas de risco sugerem que estas mulheres pouco informadas podem vir a sentir-se motivadas se fizerem uma mamografia, principalmente se forem alvo de uma intervenção educativa por pares, tendo por base as teorias motivacionais (Bernstein, et al., 2000).

Os autores consideraram esta intervenção facilitadora do processo de conversão de «pré-contempladores» e «contempladores», em atores quando realizam o comportamento de adesão (Bernstein, et al., 2000; Scammon, Smith, & Beard, 1995).

Combinação do Modelo de Crenças de saúde (MCS) e Teoria da Ação Racional (TAR)

Os resultados de uma investigação com participantes coreanas contemplam uma combinação do MCS e da TAR com o objetivo de analisar a intenção para a realização da mamografia (Ham, 2005). Além das variáveis que integram o modelo, também pretenderam examinar a associação entre as crenças normativas e comportamentais, a atitude face a um certo comportamento, a intenção de mudar ou adotar um comportamento particular e o comportamento em si mesmo. A TAR demonstrou que as normas subjetivas estão positivamente associadas com o rastreio mamográfico, nas mulheres em que os amigos e os familiares funcionam como um importante suporte social, principalmente pelo papel motivacional que desempenham as pessoas próximas. Em relação à intenção futura de realizar um determinado comportamento, a autoeficácia demonstrou ser um determinante relacionado com a mamografia e outros comportamentos de promoção da saúde. Com efeito, a mudança de comportamento a longo prazo requer uma grande confiança para atingir o sucesso (Ham, 2005).

Comparando com as que não têm experiências anteriores de rastreio e, tomando em consideração o MCS, observou-se que as mulheres com experiências de rastreio acreditam que são mais suscetíveis ao cancro da mama e estão mais confiantes em relação ao exame. Além disso, relatam uma elevada intenção em fazer uma mamografia dentro de um ano e passarem a efetuar o exame regularmente. Isto pode dever-se ao elevado nível de conhecimentos acerca da doença e dos métodos de deteção precoce, como mostram os resultados deste estudo.

Contudo, os autores referem que o MCS focaliza-se, apenas, nas variáveis cognitivas, as quais incluem componentes que medem as perceções individuais do comportamento desejado, fracassando na não avaliação das influências sociais e culturais que afetam o comportamento de saúde (Ham, 2005).

Limites e fragilidades dos modelos teóricos

Apesar da utilidade dos modelos e teorias, essencialmente porque fornecem um quadro referencial para o desenvolvimento de intervenções educativas que devem ser desenhadas no sentido de promover comportamentos de saúde, contudo também apresentam alguns limites e fragilidades (Bankhead et al., 2003; Ogden, 2003).

Ogden (2003) explorou o suporte pragmático e conceptual de uma série de 47 artigos baseados em quatro modelos sociocognitivos (e.g. MCS, TAR, TPM, TCP) e a sua análise indicou que os critérios de âmbito pragmático são adequados. Todavia, no que diz respeito aos critérios conceptuais, estes mostraram-se menos positivos, senão vejamos: a variância explicativa dos comportamentos era baixa, nomeadamente, em dois terços dos artigos, pelo menos uma das variáveis não era preditora do resultado que estava a ser estudado; são apenas as características particulares da amostra que explicam os resultados; por vezes é necessário que sejam integradas outras variáveis.

Estes aspetos sugerem que, apesar de terem sido encontrados limites na aplicação dos modelos, devido à sua repercussão em termos de planeamento e intervenção, estes deveriam ter sido objeto de uma análise mais crítica por parte dos investigadores.

Bankhead et al. (2003) também revelam que apesar dos modelos serem, de um modo geral, intuitivos, pecam por ser demasiado descritivos (e.g. MCS, MTT) ou derivam apenas da literatura, a qual, numa fase inicial, não teve como preocupação estudar estes modelos aplicados à área dos comportamentos de saúde (e.g. TAR, TCP). Mesmo os modelos que foram desenvolvidos para analisar os comportamentos de saúde em geral são, também, muito fechados na sua aplicação e não se prestam muito facilmente às metodologias quantitativas,

uma vez que não foi demonstrada a confiabilidade e validação dos constructos que os integram (Bankhead, et al., 2003).

Além disso, algumas teorias explicam as variáveis relacionadas com certos comportamentos, mas não explicam o processo pelo qual alguém terá de passar para mudar esses comportamentos (Noar, 2005)

Alfonso & Abalo (2004) consideram os modelos insuficientes para explicar toda a complexidade do fenómeno psicossocial relacionado com a saúde como é o caso do MCS, o qual assinala problemas metodológicos, assim como limitações teóricas na sua conceção.

Também, algumas teorias comportamentais isolam, de forma artificial as práticas relacionadas com a saúde, do seu contexto natural, em vez de recrearem e explicarem estas dinâmicas multifacetadas segundo uma perspectiva mais crítica (Crosby, Kegler, & DiClemente, 2002). Esta limitação pode ter justificação no facto destas teorias não terem elementos de âmbito contextual a influenciar o comportamento, embora contenham crenças relacionadas com as influências do ambiente (Noar, 2005).

A maioria dos estudos avaliou as associações entre os constructos que eram verdadeiros por definição, mas não o fizeram utilizando técnicas de exploração ou observação, sendo que os questionários baseados em modelos sociocognitivos podem conduzir a alterações de comportamentos devido a processos manipulativos e à impossibilidade de aceder ao pensamento real das pessoas (Ogden, 2003).

2. EDUCAÇÃO EM SAÚDE

“A minha mão conheceu para nunca mais esquecer a confirmação da vida. Bastar-me-á pensar neles nos dias maus da vida, para me sentir afortunado e como se tivesse tido nas mãos a água densa, doce, diáfana e dura ao mesmo tempo. (...) A suave pedra de toque da minha vida, são esses seios que suportam com fidelidade e conhecendo a fundo quem os toca, que sou eu a tocá-los, por esse toque com que para eles estendo as mãos, querendo saber que ainda estou vivo”. (La Serna, 2000, p.36)

Embora a educação em saúde seja o *core* deste trabalho e tenha sido abordada, transversalmente, ao longo do mesmo, existem aspetos conceptuais e enquadradores que nos merecem particular atenção, na medida em que pretendem ser o suporte paradigmático das propostas educativas que emergirão deste trabalho e, conseqüentemente, a nossa resposta ao compromisso assistencial «cuidativo» que assumimos para com a vigilância da saúde do corpo das mulheres (i.e. rastreio do cancro da mama) e pela sua vida em particular.

É através do corpo que as fragilidades do ser humano se mostram, uma vez que o corpo é a nossa memória mais arcaica, pois guarda informações do longo processo evolutivo. Quando surge ou existe uma ameaça de doença, esta significa um dano à totalidade da existência, portanto não é uma parte que está doente, mas é a vida que adocece nas suas várias dimensões (Boff, 1999) e, neste caso em particular, não apenas a mama ou qualquer outra parte específica do corpo. O primeiro passo consiste em reforçar a dimensão «saúde» para que ela cure a dimensão «doença» e, para reforçar a dimensão «saúde», devemos enriquecer a nossa compreensão da mesma.

Se analisarmos o conceito de saúde da OMS, este é redutor pois concebe a saúde como uma «saúde total», como se fosse um fim em si mesma e, também, pressupõe «a existência» como algo sem dor e sem morte. O conceito reza que a *“saúde é um estado de bem-estar total, corporal, espiritual e social e não apenas a inexistência de doença e fraqueza”*, porquanto não sendo esta um estado, mas antes um processo permanente de busca de equilíbrio dinâmico de todos os fatores que compõem a vida humana, estes devem estar ao serviço da pessoa para que esta realize a sua autonomia de forma livre, aberta e criativa face às várias ameaças que possa vir a enfrentar (Boff, 1999, p. 144).

Um outro conceito de saúde apresenta como premissa principal a sua utilização como base para a educação e estando orientado, holisticamente, para a ação. Este integra duas dimensões, nomeadamente, «olhar a pessoa como um todo» e «num todo», ou seja, olhar a pessoa total num ambiente total. A primeira dimensão deste conceito inclui o aspeto mental e social, envolvidos na saúde da pessoa e, como tal, estando estreitamente inter-relacionados. A segunda

dimensão prevê que, quer os estilos de vida (e.g. atitudes, valores e o comportamento), quer as condições de vida (e.g. ambiente social e físico e a rede cultural e económica) afetam a saúde das pessoas. A ênfase deste conceito de saúde é assegurar que as atividades de educação em saúde reflitam as assunções de base que fazem com que não vivamos num vácuo social e cultural, mas que existamos num ambiente social e físico pelo qual somos afetados (Jensen, 1997).

Com efeito, a educação em saúde não pode ser vista como um ato isolado em que, por exemplo, se objetive unicamente traçar estratégias preventivas sem aproveitar a oportunidade de conjugar esforços e recursos no sentido de integrar medidas que abrangem, simultaneamente, a promoção da saúde. A educação em saúde deve, pois, assumir uma dupla forma de atuação, por um lado elencando e implementando estratégias de promoção da saúde que visam a construção social da saúde e do bem-estar (i.e. responsabilização do cidadão pela sua própria saúde e o seu *empowerment*), por outro, as medidas de prevenção da doença e do seu enfrentamento e a obtenção de um melhor estado de saúde quando esta surge (Guedes, et al., 2004).

Cada vez mais, os problemas de saúde do nosso tempo são multifacetados e interdependentes devido à complexidade crescente das realidades sociais; abandonou-se uma visão de saúde marcadamente biomédica, onde a doença surge em resultado de uma causa e passou-se a adotar o modelo dos determinantes da saúde, o qual defende que tudo o que nos rodeia pode influenciar o estado de saúde e doença de uma população (González, 2002).

Esta visão de mundo complexo prevê que a educação que aspira a comunicar os conhecimentos não seja cega sobre o que é o conhecimento humano, os seus dispositivos, as suas doenças e dificuldades preocupando-se com dar a conhecer o que é conhecer, no sentido de desenvolver as autonomias individuais, as participações comunitárias e a consciência de pertencer à espécie humana (Morin, 2002). O autor acresce, ainda, que as informações precisam ser integradas no seu contexto para que tomem sentido, o qual determina as condições da inserção e os limites da sua validade, sendo uma condição essencial de eficácia.

Contudo, reportando-nos às abordagens tradicionais da educação em saúde, e dependendo do foco de atenção, também Downie, Tannahill & Tannahill (2000) referem que a ênfase se tem situado nos aspetos físicos da doença, centrando a sua base educacional na transmissão da informação segundo uma sequência lógica e ordenada, na expectativa de que esta possa alterar atitudes e corrigir comportamentos. À semelhança do anteriormente referido por pensadores como Boff e Morin, o contrário acontece, quando se trata de uma abordagem moderna, a qual contempla a complexidade da saúde e os fatores que a influenciam dirigindo, não só, para a

prevenção da doença, mas também, para a promoção da saúde. Neste caso, o processo educacional é participativo e recíproco, incluindo a clarificação dos valores das pessoas envolvidas e a aquisição de aptidões com tónica na autoestima.

Podemos, também, traçar um paralelismo entre esta abordagem moderna e os modelos filosóficos, hermenêutico e crítico. Enquanto, segundo o paradigma hermenêutico predomina uma conceção holística, em que o objeto do conhecimento é subjetivo mas a sua construção pressupõe o coletivo, tendo em vista a autorrealização e a autonomia da pessoa, o paradigma crítico preconiza uma educação em saúde contextualizada, social e historicamente, que necessita de raciocínio dialético para a sua compreensão e participação, para a sua transformação segundo uma cultura preventiva social e democrática (Moreno, Gracia, & Campos, 2003).

Também Freire (2005), como pedagogo apresenta propostas para a mudança da prática educativa, consubstanciada na consumação efetiva dos direitos humanos e no devir da transformação social baseada na equidade, na autonomia e na vivência cidadã emancipatória e participativa. As suas conceções, de educação bancária *versus* educação libertadora, colocam os atores do processo, educandos e educadores em posições de dominação e libertação. Segundo o autor, na educação «bancária», a pedagogia predominante, o sujeito da ação centra-se no educador, que age segundo uma relação autoritária e os educandos, meros recetores de informação, memorizam-na e repetem sem intenção prática para as suas vidas. Esta posição de rigidez em relação à educação rejeita o conhecimento como processo de busca. Por outro lado, a conceção libertadora da educação prima pela interação entre educador e educando, onde o ensino e a aprendizagem partem de ambos os protagonistas do processo, com partilha de experiências e condições favorecedoras para a construção de seres críticos.

No âmbito da educação em saúde, também se devem convocar os princípios emancipatórios evocados anteriormente. No caso concreto deste trabalho, aquando a relação paciente e profissional de saúde, o desafio fundamental será criar dinâmicas educativas onde predomine a partilha constante da informação e do conhecimento (literacia em saúde), de proatividade e autocontrolo (capacitação) e da máxima autonomia no que respeita à saúde individual e coletiva (*empowerment*) (Gonçalves & Ramos, 2010).

Quando estes pressupostos não são contemplados, assistimos a processos educativos ineficazes em que os resultados de saúde nem sempre são visíveis e mensuráveis, ou não correspondem aos objetivos das intervenções. Os métodos são, na maioria das vezes, imperfeitos e irrealistas (Webb, 1997) e a avaliação das atividades de educação em saúde não contemplam o cerne do problema, identificam-se, somente, os efeitos imediatos (i.e. o quanto

as pessoas gostaram da sessão, se foi interessante) mas, passado algum tempo, não se observou nenhuma mudança (i.e. por falta de monitorização) e tudo se esquece (González, 2002).

Como temos vindo a constatar, além do enfoque na forma de olhar os problemas que serão alvo de intervenção educativa, são as pessoas que nos mostrarão o caminho que devemos percorrer, se quisermos que a educação seja profícua e vá ao encontro dos seus problemas, das suas crenças, perceções, condições de vida e necessidades. Apesar do envolvimento das pessoas, tanto no planeamento como na implementação dos seus cuidados de saúde (i.e. incluindo a educação em saúde), ser um direito que lhes assiste, nem sempre este pressuposto tem sido colocado em prática.

Não é por acaso que as recomendações da Carta de Ottawa no final dos anos 1980, vêm reforçar a capacitação e a responsabilização do cidadão por todas as áreas da sua vida, visando sobretudo a sua saúde e bem-estar. Há que criar condições para que as pessoas possam emancipar-se, enquanto agentes de mudança e, segundo uma abordagem transformativa, serem as próprias a procurarem resposta às suas necessidades e expectativas (Gonçalves & Ramos, 2010).

Contudo, os paradoxos continuam a dominar no campo da saúde; se por um lado se procura conquistar a emancipação das pessoas numa sociedade onde as condições de vida melhoraram substancialmente, não se entende por que razão se continua a desenvolver respostas, altamente, qualificadas do ponto de vista tecnológico para a resolução de problemas ou doenças produzidas por essa mesma sociedade «medicalizada». Talvez seja esta a justificação para apontar-se os problemas de saúde como resultantes da precária situação educacional da população e, como tal, a necessidade de implementar medidas corretivas e/ou educativas. Assim, como sujeitos que devem mudar forçosamente, é concebida uma «ação específica para» (i.e. educação para a saúde) imaginando-se que no outro extremo esteja uma pessoa que não seja sujeito da sua ação (Gazzinelli, Gazzinelli, Reis, & Penna, 2005).

Sabemos de antemão que a educação em saúde vigente até ao momento tem sido marcada por discursos coercivos e normativos (Freire, 1996), todavia como temos vindo a salientar ao longo, deste e do anterior capítulo, a nossa conceção da educação em saúde destaca o carácter ativo e construtivo da ação humana na configuração do seu meio, pelo que optamos por utilizar a expressão «educação em saúde», exatamente pela ênfase nos processos.

Neste capítulo apresentaremos os definidores conceituais de educação e promoção em saúde e a sua evolução ao longo do tempo para depois, com base na literatura, descrever e analisar as propostas de intervenção educativa que a investigação a nível internacional revela no âmbito do rastreio do cancro da mama e comportamentos em saúde no geral.

2.1. EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE... QUE RELAÇÃO?

“As concepções punitivas da doença têm uma longa história e são particularmente activas no caso do cancro. Trava-se um «combate» ou uma «cruzada» contra o cancro; o cancro é uma doença «assassina»; as pessoas que sofrem de cancro são «vítimas de cancro». Ostensivamente, aponta-se a doença como um culpado. Mas é também o doente que se torna culpado”. (Sontag, 2009, p.70)

As expressões «educação em saúde» e «promoção da saúde» têm sido utilizadas de forma intercambiável, quando o seu significado é distinto, ou mais propriamente, complementar. Alguns autores têm procurado tornar mais claro os seus conceitos, imprimindo-lhes definidores específicos que depois se refletem a nível operacional.

Green & Kreuter (1991) definem educação em saúde como quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vista a facilitar as ações voluntárias que conduzem à saúde.

O termo «combinações» remete para a importância da congregação de múltiplos determinantes do comportamento humano, com a complementaridade de múltiplas experiências de aprendizagem e de intervenções educativas. A palavra «delineadas» distingue o processo de educação em saúde de quaisquer outros, que constituem experiências acidentais de aprendizagem, apresentando-o como uma atividade, sistematicamente, planeada com recurso à reflexão prévia à elaboração do projeto educativo. O verbo de ação «facilitar» refere-se ao papel do educador aquando a mudança de comportamento, o qual deve predispor, possibilitar e reforçar. A «voluntariedade» pressupõe que a educação em saúde é efetuada sem recorrer à coerção e com plena compreensão e aceitação dos objetivos educativos implícitos e explícitos nas ações e recomendações desenvolvidas. A «ação» diz respeito a medidas comportamentais adotadas por uma pessoa, grupo ou comunidade para alcançar um efeito intencional sobre a própria saúde (Candeias, 1997; Rochon, 1996).

Por sua vez, na Carta de Ottawa, a promoção da saúde está descrita como o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades no sentido de controlarem e melhorarem a sua saúde. O indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio com o objetivo de atingirem um estado de completo bem-estar físico, mental e social (OMS/WHO, 1986).

Pensando na educação em saúde como disciplina de ação significa dizer que os objetivos desta intervenção serão sobre o conhecimento das pessoas, para que estas desenvolvam capacidade crítica de intervenção sobre as suas vidas e sobre o ambiente com o qual interagem

e, assim, criarem as condições que desejam para a sua própria vida. Daí ser considerado um requisito ético, a oportunidade de acesso a dados e informações de qualidade sobre a saúde e as condições de vida da comunidade (Tones & Tilford, 1994). Por isso, a importância da literacia em saúde, pois vai consagrar uma consciencialização da importância, tanto a nível pessoal quanto coletivo, das decisões tomadas e o consequente *empowerment* das pessoas na promoção da sua saúde.

Existe documentação suficiente que afirma que a educação em saúde é um componente intrínseco da promoção da saúde (Webb, 1997) em que o conceito de promoção de saúde está definido segundo a fórmula: “Promoção da Saúde=Educação para a Saúde x Política de saúde”, considerando-a uma entidade mais abrangente do que a educação em saúde (Tones & Tilford, 1994). Os mesmos autores referem que a promoção da saúde objetiva encorajar as pessoas saudáveis a manterem-se com saúde e consiste no desenvolvimento de regras e valores que promovem os comportamentos condutivos à saúde, enquanto a educação em saúde é mais uma componente do processo, sempre que esta seja necessária. Por outras palavras, a promoção da saúde está preocupada com o fazer das escolhas saudáveis, escolhas mais fáceis.

Em fazer escolhas racionais e razoáveis, sendo a capacidade de eleger e tomar decisões tão importante, que influencia a saúde de quem as realiza, pois manter um nível de saúde requer um protagonismo, uma ação e porque a informação que se adquire através desta experiência não é somente sobre como organizar conhecimentos, como também, a mudança no modo de expressar e viver a vida. Este impulso de saúde requer, pois, a conquista da autonomia, constituindo a finalidade última da educação em saúde (González, 2002).

Efetivamente, a educação em saúde figura entre as atividades integradas na promoção da saúde ilustrada por Ewles & Simnett (1999) como sendo um «chapéu-de-chuva» que envolve uma série de atividades (e.g. saúde ambiental, serviços de saúde preventivos, trabalho comunitário, desenvolvimento organizacional, políticas públicas, atividades económicas e reguladoras).

Atendendo a esta realidade aliada à melhoria nas relações comunicacionais das pessoas que trabalham nesta área, podemos dizer que a educação em saúde é um indicador de qualidade de saúde (González, 2002).

A este respeito, Sakellarides et al. (2005) convocam à articulação entre os serviços de saúde, principalmente, no âmbito dos diferentes níveis de cuidados, uma vez que a evolução do acesso aos mesmos é influenciada pela expansão do sistema. Para que seja garantida uma boa gestão desta, é necessário promover sistemas de informação adequados sendo, por sua vez, um

pressuposto para o *empowerment* do cidadão, na medida em que o capacita para o acesso aos cuidados.

Por sua vez, o carácter heurístico da educação em saúde ajudará a população a reinventar novos equilíbrios ecológicos que mantêm a saúde, na medida em que desenvolve indivíduos capazes de viver com saúde contribuindo assim, para comunidades mais humanizadas, cria microespaços de vida saudável, desenvolve um estilo integrador de comportamentos alternativos e converte-se numa rede de comunicação sobre saúde (González, 2002).

Fatores tais como, o complexo e imprevisível contexto da saúde; a forma como a informação escrita é comunicada, ao nível interpessoal e na internet; os efeitos da forma como as diferentes culturas e práticas se intercetam no âmbito das profissões da saúde, das pessoas e da sociedade dominante; e o fosso existente entre o conhecimento/informação e o comportamento, sugere a necessidade de aumentar as competências de literacia dos adultos no geral, assim como a habilidade comunicacional dos profissionais de saúde.

O problema é muitas vezes esquecer-se que as pessoas têm uma riqueza cultural e comportamental em relação aos problemas sanitários, derivados da tradição e da sua adaptação, mesmo que sejam errados e negativos. É necessário, pois, um aprofundamento cognoscitivo com o fim de identificar que motivações estão na origem de uma certa forma de se comportar, embora estas motivações sejam cada vez menos património da tradição e mais provocadas pela sociedade (González, 2002).

2.1.1. Para uma cultura de *empowerment*

Foi a partir da carta de Ottawa já referida, anteriormente, que se legitimou o conceito de *empowerment*, trazendo para o debate o direito do paciente à escolha de prestador de cuidados e da sua participação na tomada de decisão clínica, do direito à informação e à educação, tendo sido no domínio da promoção da saúde que este conceito adquiriu maior relevância (Gonçalves & Ramos, 2010).

Atualmente, o *empowerment* enquanto extensão das abordagens participativas, expressa o seu significado integrado no âmbito da cidadania, se por um lado pode ser entendido como um recurso para alcançar um fim, por outro é igualmente um processo transformativo que coloca o cidadão enquanto agente de mudança, incitando-o a procurar as respostas às suas próprias necessidades e expectativas (Laverack, 2007). Segundo esta perspetiva, o poder não é algo que possa ser fornecido, deve antes ser conquistado pelo cidadão desde que estejam criadas as condições para que tal aconteça.

Este pressuposto de cidadania ativa prevê que as pessoas e organizações de uma comunidade assumam, ativamente, a responsabilidade de desenvolver a sociedade e proteger o ambiente, através de ações de envolvimento e de participação pública e política (e.g. voluntariado, associativismo). Esta relação implica ainda por parte das instituições, a responsabilidade pela sua atividade e desempenho global e equitativo, capacidade de resposta, envolvimento do cidadão e da sociedade civil, bem como na definição do seu valor social e desenvolvimento contínuo (Gonçalves & Ramos, 2010).

O *continuum* de participação da comunidade no âmbito do sistema de saúde traduz uma linha de evolução progressiva na procura de democratização dos serviços que pode ir desde a identificação de prioridades até uma modalidade de representação e participação ativa no processo de definição de políticas de saúde. A capacitação da pessoa pode enquadrar mecanismos de solicitação e manifestação pública de direitos e necessidades, estratégias indiretas de participação ao nível de políticas de saúde, até a um nível mais direto, nomeadamente, pela liberdade de escolha dos profissionais (e.g. solicitação de segundas opiniões e consulta de outros especialistas; participação no processo de decisão clínica) e das organizações de saúde (Nicolau & Escoval, 2010).

Ao nível mais direto da participação do paciente consideremos como exemplo, o processo de tomada de decisão, que se desenrola aquando a relação com os prestadores de cuidados. Nesta prevê-se que ambos os intervenientes partilhem informação, adotem medidas de participação na tomada de decisão e cheguem a um acordo em relação ao desenvolvimento de determinada ação (Sheridan, Harris, & Woolf, 2004). Os autores acreditam que a importância de envolver o paciente neste processo de partilha na tomada de decisão deve-se à necessidade de assegurar que este é respeitado nos seus desejos, nas suas decisões e preferências e garantir que receba a educação e o suporte necessário para participar no seu processo de auto cuidado.

Para abordar esta questão, o comité do *Institute of Medicine* elaborou um relatório onde constam alguns dos principais objetivos que os sistemas de cuidados de saúde devem assegurar, de acordo com as seguintes perspetivas: (i) ética, na qual deve ser promovida a autonomia do paciente, de forma a proteger a sua integridade como um ser independente e autodeterminado; (ii) interpessoal, na qual a tomada de decisão promove a confiança entre paciente/prestador de cuidados e pode aumentar a confiança dos pacientes para participar nos seus cuidados de saúde; (iii) educacional, na qual a tomada de decisão melhora o conhecimento acerca do rastreio e outras opções de tratamento, cria expectativas mais realistas dos benefícios e malefícios e reduz o conflito de decisão associado a um sentimento de desinformação; (iv) utilitária, na qual a «melhor escolha» para as decisões envolvendo compromissos a curto prazo podem ser

tomadas se forem incorporadas as preferências pessoais do paciente; de saúde, na qual existe alguma evidência de que a tomada de decisão pode melhorar os resultados em saúde, embora nem sempre se observe relação de causalidade direta, podendo ajudar-se os pacientes a escolher entre diversas alternativas muito próximas (Sheridan, et al., 2004). Contudo outras revisões de literatura concluíram que, apesar dos pacientes poderem não estar preparados para participar na tomada de decisão, não significa que os médicos tenham de adotar uma atitude paternalista para com eles durante as consultas (Guadagnoli & Ward, 1998).

A um nível mais indireto temos algumas iniciativas singulares que também ocupam um papel privilegiado em relação ao *empowerment* e têm génese em forças e movimentos comunitários como sejam, os grupos de autoajuda, voluntariado e associações de doentes que advogam a população em geral ou grupos específicos de utilizadores dos serviços de saúde que constituem movimentos sociais de pressão e de estímulo à capacidade de resposta dos sistemas e serviços de saúde (Nicolau & Escoval, 2010). Mais particularmente, no que se refere às atividades de voluntariado, incluindo o suporte por pares, estas têm um efeito positivo, não só na saúde de quem é ajudado, mas também na saúde e bem-estar geral do próprio voluntário, embora a eficácia destas ações voluntárias de promoção da saúde não sejam conclusivas, dependendo do comportamento a alterar (Gonçalves & Ramos, 2010).

Estudos mostram diferentes estilos de realizar promoção da saúde: se por um lado esta é vista, predominantemente, como a transmissão de informação e aconselhamento sobre os fatores de risco, sem qualquer utilização de estratégias de capacitação do paciente; por outro, vai além da transmissão tradicional de informação e do ensino ao paciente para o ajudar e encorajar a tomar decisões, negociando e colaborando segundo as suas necessidades e envolvendo-o junto com os seus familiares nos cuidados de saúde, advogando e capacitando. De forma semelhante, a primazia dada ao paciente como pessoa, a relação de parceria com os enfermeiros, a abordagem centrada no paciente, possibilitam o *empowerment* e um contexto social da vida do paciente de vigilância sobre a saúde (Stewart, 2008).

2.2. PROPOSTAS EDUCATIVAS SUSTENTADAS NA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

“As nossas ideias acerca do cancro, e as metáforas com que o revestimos, servem em grande parte para veicular as vastas insuficiências desta cultura: o vazio da nossa atitude face à morte, a nossa angústia em relação aos sentimentos, as nossas respostas precipitadas e estouvadas ao nosso real «problema de crescimento», a nossa incapacidade para construir uma sociedade industrial avançada que regule o consumo adequadamente, e os nossos justificados temores perante o cada vez mais violento curso da história.” (Sontag, 2009, p.96)

Na revisão de literatura efetuada, muitos são os estudos que apresentam desafios e oportunidades de intervenção educativa ou recomendações gerais no âmbito da promoção dos rastreios, particularmente, o do cancro da mama. Contudo, também outros apresentam sugestões gerais tendo por base alguns princípios da educação de adultos em temáticas relacionadas com a saúde e o cancro em particular.

Temos consciência que a diversidade cultural existente implica a adequação e a adaptação dos profissionais de saúde a estes desafios sendo necessário um investimento por parte destes no conhecimento e na promoção de métodos de educação sensíveis a esta diversidade. No entanto, a iliteracia continua a ser um repto nos nossos dias e necessita ser melhor avaliada de forma a identificar as necessidades de aprendizagem dos pacientes para que a educação seja mais personalizada num sistema de saúde em que a interação com o paciente é cada vez menos frequente e mais curta (Treacy & Mayer, 2000). A adesão parece estar relacionada com a qualidade, a duração e a frequência da interação entre o paciente e o médico (Vermeire, et al., 2001).

A parca interação entre os atores do sistema de saúde provoca diferentes respostas de procura dos serviços por parte do paciente. São nas situações potenciais de ameaça à saúde ou para responder a preocupações, que as pessoas procuram a informação no sentido de buscarem controlo sobre a sua condição e facilitar, assim, a tomada de decisão.

Efetivamente, as pessoas estão mais interessadas na informação que lhes permita melhorar o seu bem-estar ou resolver os seus problemas, especialmente os de cariz imediato (Treacy & Mayer, 2000). Para estes autores, a educação do paciente é um processo que visa influenciar o comportamento, de forma a provocar alterações ao nível do conhecimento, das atitudes e na capacidade de manter e melhorar a saúde, sendo que, propõem a combinação de estratégias educacionais e comportamentais.

Não obstante, a investigação cujo principal objetivo visa estudar os fatores determinantes dos rastreios do cancro da mama, têm centrado a sua atenção nos determinantes de nível individual apresentando um menor enfoque às perspetivas sistémicas, nomeadamente ao nível das políticas de saúde (Breen & Meissner, 2005). Como bem se depreende, as intervenções a este nível apresentam um grande potencial para influenciar um largo número de pessoas, uma vez que visam moldar a organização destes processos, daí a sua pertinência e abordagem neste estudo.

No que respeita às estratégias de intervenção educativa, também estas devem utilizar a combinação de diferentes formas de intervir no sentido da promoção da adesão (Baron, et al., 2010; Breen & Meissner, 2005; Haynes, et al., 1996). Porquanto, o desafio está em integrar os múltiplos níveis de intervenção, designadamente; ao nível individual ou psicossocial em que temos como exemplo as convocatórias personalizadas, ao nível social ou interpessoal em que os amigos ou a família ajudam a promover o rastreio; ao nível organizacional através de sistemas de lembretes para os médicos ou controlo informático; ao nível ambiental com a utilização de mamografias móveis e políticas de saúde (Glasgow, et al., 2004; Meissner, Smith, et al., 2004). Estas perspetivas multidimensionais são defendidas pelos socio-ecologistas que demonstraram o potencial dos modelos ecológicos em aumentar a eficácia dos rastreios a partir da combinação de diversas estratégias de intervenção.

A respeito da utilização de modelos que representem todos os possíveis fatores e padrões que influenciam o comportamento de adesão ao rastreio, Meissner et al. (2004) consideram esse esforço fútil e inapropriado uma vez que a investigação relativa às intervenções nesta área tem sido conduzida por múltiplos modelos e teorias que seria redutor e simplista o desenvolvimento de um único, pelo risco de não refletir a realidade. Os vários modelos devem, pois, complementar e não competir na discussão ou apresentação dos tópicos sobre as estratégias de intervenção, sendo que os autores encorajam a utilização do enquadramento de análise presente no *Guide to Community Preventive Services* como um componente integrativo da investigação científica produzida (Meissner, Vernon, et al., 2004).

Neste sentido, o guia para os cuidados preventivos comunitários foi desenvolvido pela *Task Force on Community Preventive Services* através de várias revisões da literatura e pretendeu estudar a efetividade, a aplicabilidade, a eficiência económica e as barreiras para a implementação da combinação de intervenções para aumentar o rastreio do cancro da mama e outros (R. C. Baron, et al., 2010; R. C. Baron et al., 2008). Porquanto, estas intervenções foram conceptualizadas de forma a: (i) aumentar a procura comunitária para os serviços de rastreio do cancro; (ii) reduzir as barreiras ao acesso a estes serviços; (iii) reduzir as oportunidades perdidas

pelos prestadores de cuidados no sentido de discutir e recomendar os cuidados de rastreio do cancro. Enquanto as duas primeiras estratégias convocam para abordagens dirigidas ao paciente no sentido de influenciar o seu conhecimento, motivação, acesso e decisão em ser rastreado, a terceira proposta inclui abordagens dirigidas ao prestador, no sentido de reduzir as oportunidades perdidas durante a interação entre ambos quanto a recomendar estes cuidados preventivos (Baron, et al., 2010; Baron, et al., 2008).

Intervenções de abordagem comunitária

Algumas mensagens têm sido dirigidas a populações específicas de acordo com as suas características demográficas (e.g. raça, idade, educação) ou o estágio comportamental (e.g. contemplativo, pré-contemplativo). Contudo, muitas das mensagens de rastreio podem ser desenvolvidas de forma a chegar a mais do que um grupo. As estratégias de educação podem ser realizadas por líderes de grupos comunitários que transmitirão mensagens sobre a necessidade da realização das mamografias e o rastreio do cancro do colo uterino (Rimer, 1995).

A escolha da estratégia educacional deve fluir a partir de um diagnóstico compreensivo acerca dos conhecimentos, atitudes, crenças e comportamentos podendo ser empregue os princípios do *marketing* social, o qual sugere que se tome em consideração as necessidades, os valores e os interesses do grupo. Uma vez que estas características são diferentes entre os grupos comunitários, devem ser estabelecidas prioridades que reflitam a epidemiologia do cancro da mama a nível local regional (Rimer, 1995).

A este nível comunitário foram analisadas intervenções em que são enviados avisos aos pacientes para a realização dos rastreios. Estes avisos podem ser processados manualmente ou eletronicamente, através de convocatórias e lembretes, que também podem ser enviados para os prestadores de cuidados para que estes recomendem os rastreios aos seus pacientes, durante as consultas. Estes procedimentos têm sido utilizados na promoção das vacinas e no controlo tabágico e mostram-se eficazes, tanto para aumentar a oferta e o acesso aos serviços, como também, para a prevenção de outros comportamentos de saúde. Apesar da evidência sugerir que a complementaridade entre diferentes estratégias nomeadamente, materiais impressos (e.g. panfletos, *flyers*, brochuras) ou apoio às pacientes resultam numa maior eficácia, particularmente no caso dos rastreios do cancro da mama, contudo esta ainda não é conhecida entre as mulheres que nunca tenham sido rastreadas e nas de difícil acesso (Baron, et al., 2008).

Um artigo de revisão de literatura propôs-se identificar oportunidades de âmbito organizacional para a promoção dos rastreios nos EUA de forma a melhorar o acesso, a qualidade e a eficácia dos serviços prestados (Breen & Meissner, 2005). Como já foi referido

anteriormente, nos EUA os rastreios desenvolvem-se em clinicas privadas sustentados pelas seguradoras, daí que nesta revisão as principais propostas apresentadas sejam consentâneas com este contexto particular enfatizando o papel das seguradoras na promoção dos mesmos. Contudo, também apresentam outras sugestões que julgamos poderem ser transferíveis para realidades como a nossa, onde estes testes de rastreio são realizados no âmbito de um programa organizado. Desta forma, os autores apontam como essenciais as seguintes propostas de promoção: a necessidade de existirem *guidelines* bem definidas e a sua difusão através de sistemas de informação acessíveis a todos os profissionais de saúde; a colocação de lembretes nos sistemas informáticos dos profissionais de saúde; a realização de sistemas de auditoria da adesão do médico às *guidelines*; o fornecimento de *feedback* de rotina aos médicos sobre a adesão das suas pacientes; a condução de campanhas promocionais com o intuito de encorajar os rastreios (Breen & Meissner, 2005); a implementação de unidades móveis de rastreio; as mudanças nas políticas de saúde de forma a aumentar o acesso aos rastreios (e.g. nos EUA com a cobertura de seguros e a utilização de *vouchers* para mamografia gratuita); programas de educação de abrangência comunitária (Meissner, Smith, et al., 2004).

No entanto, a importância de definir *guidelines* de rastreio com o intuito de uniformizar as recomendações sobre exames para a deteção de determinado cancro pode não ser suficiente, como podemos constatar através da nossa realidade havendo, pois a necessidade de promover a sua divulgação e monitorização.

Não obstante, num estudo realizado no Reino Unido no âmbito do rastreio do cancro colorectal, os médicos recomendam mais do que um teste de rastreio para o mesmo fim podendo, desta forma, afetar a implementação de mensagens de saúde pública, principalmente se já existe um programa organizado a funcionar (Verne, Aubrey, Love, Talbot, & Northover, 1998). Efetivamente, para as campanhas de âmbito comunitário, as normas de grupo com o sistema de saúde podem influenciar as crenças das pessoas (Coughlin, et al., 2008).

Podem ser várias as tentativas no sentido de melhorar a informação a disponibilizar às pacientes de acordo com as suas características socioculturais e as do contexto.

Atualmente tem sido desenvolvido no âmbito da saúde, essencialmente na fase de convalescença pós-cirúrgica do cancro, a utilização de grupos de apoio que ajudam as pacientes a conviverem e a adaptarem-se a essa nova condição. Alguns autores sugerem que no âmbito da promoção dos rastreios, também os grupos de apoio podem vir a tornar-se úteis, na medida em que apresentam uma linguagem mais próxima das mulheres e assim a informação tem maior significado e compreensão por parte destas (Angus et al., 2011; Davis, et al., 1996). As mulheres, normalmente, dirigem-se para outras mulheres que conhecem e que, alguma vez tiveram

problemas idênticos (Eng, 1993). A educação por pares mostrou ser eficaz na melhoria do conhecimento, crenças e práticas relacionadas com o cancro da mama (Gozum, Karayurt, Kav, & Platin, 2010).

Existem também muitos modelos de colaboração efetiva entre os vários educadores, no sentido de desenvolverem materiais e integrá-los nos programas de educação de adultos. Os temas de educação em saúde podem ser veiculados numa perspetiva de aprendizagem de literacia nas escolas. Uma vez que os pacientes de baixa literacia vão buscar a informação às pessoas próximas (e.g. amigos e família) mais do que aos peritos, faz sentido a formação de grupos ou redes comunitárias que podem envolver-se nestes esforços de promoção da literacia em saúde. Nesta parceria com os elementos da comunidade poderiam ser utilizadas abordagens de educação por pares e voluntários comunitários como um meio mais efetivo para chegar aos mais idosos, às mulheres com fraca literacia em saúde, do que usar as abordagens educativas tradicionais (Shohet, 2002).

As abordagens de pedagogia colaborativa envolvem, desta forma, os participantes num processo reflexivo, discussão e ação em relação aos aspetos da saúde. Isto permite identificar os problemas de saúde que os preocupam, explorá-los, desenvolver conteúdos e metodologias para a partilha de informação e agir na comunidade. O papel desempenhado pelos especialistas de saúde não é como peritos, mas o de parceiros que partilham o conhecimento com o grupo. Este processo participativo capacita os pacientes para ganhar confiança e para ter maior controlo da sua saúde e nas suas vidas. A educação para o *empowerment* permite esforços, às pessoas, para identificarem os seus próprios problemas, analisarem criticamente as raízes culturais e socioeconómicas dos mesmos e desenvolverem estratégias para efetivarem mudanças positivas nas suas vidas e na comunidade. O *empowerment* torna-se, assim, a estratégia a dirigir ao pobre controlo que caracteriza as pessoas em situação de fragilidade (Shohet, 2002).

Também a variedade de contextos que envolvem as pessoas, sugerem influência na promoção da saúde havendo, no entanto, múltiplas circunstâncias físicas, interpessoais, organizacionais e socioculturais que caracterizam particularmente cada um desses contextos, modificando a saúde da população. Um *setting* privilegiado onde se pode intervir é no local de trabalho, visto ser propício ao estabelecimento de relações interpessoais de suporte, o que pode conduzir à melhoria dos níveis de bem-estar social e emocional (Stokols, Grzywacz, McMahan, & Phillips, 2003). Este pode ser um exemplo de como um contexto em particular pode potenciar sinergias entre os seus membros no sentido da promoção da saúde dessa comunidade.

Segundo esta visão comunitária, os autores referem um conceito interessante sobre a «capacidade comunitária» como sendo “*the ability to mobilize the energy and talents of its members and to secure outside resources, such as capital investment and public services, to foster individual growth and improve the quality of life*”. Estamos, no entanto, conscientes de que, na maioria das vezes, estes esforços no sentido de mobilizar recursos recaem, maioritariamente, na vertente individual, quando poderiam ser criados «*health advocacy groups*» para promover uma maior colaboração e o desenvolvimento de parcerias entre organizações já existentes dentro da própria comunidade (e.g. públicas, privadas e não governamentais) (Stokols, et al., 2003). Em relação ao nosso contexto de cuidados de saúde temos várias entidades que fazem parte da rede de referência hospitalar e que, em parceria com a LPCC, podem constituir grupos de defesa da saúde (i.e. *health advocacy groups*) no sentido de capacitar as mulheres das diversas comunidades a promover e manter a sua saúde.

Acrescentam, ainda, que a construção da «capacidade comunitária» envolve, fundamentalmente, três processos: (i) a mobilização e a canalização de recursos comunitários existentes (e.g. peritos, criatividade, recursos materiais) que promovam resultados em saúde intencionais; (ii) a ampliação e diversificação de uma associação comunitária de membros que se mantenham ativos ao longo do tempo, podendo envolver a importação de novos recursos para a comunidade a partir de fontes exteriores e/ou o reinvestimento dos retornos de volta para a comunidade; (iii) o *empowerment* dos membros da comunidade para manter os esforços de melhoria da saúde de forma a obterem um sentimento de mestria e controlo efetivo sobre os seus problemas de saúde prioritários (Stokols, et al., 2003).

Em suma, a construção da capacidade comunitária está intimamente ligada com a saúde, no sentido em que uma comunidade mais ativa e com aptidão para mobilizar os seus membros para a resolução de problemas sabendo estabelecer prioridades, é uma comunidade capaz de promover e manter a saúde dos seus membros.

Intervenções de abordagem individual

Relativamente a intervenções de âmbito individual, a boa comunicação verbal ou o aconselhamento apresentam um efeito positivo na adesão aos rastreios. Por outro lado, a informação por escrito, apesar de aumentar o conhecimento, não parece influenciar a adesão. Contudo, se esta informação escrita for complementada por reforço verbal, a adesão aumenta, comparando com a forma isolada (Vermeire, et al., 2001; Yabroff & Mandelblatt, 1999).

Acontece, por vezes, que a pobre comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes é medida em termos da incapacidade destes para responder às recomendações do profissional, quando o que acontece é muitas vezes devido à falta de sensibilidade para compreender as suas crenças, as suas ideias e experiências e a falta de resolução dos seus problemas refletindo-se, posteriormente, no comportamento de adesão. Assim, advoga-se como importante reflexo para a adesão, o conhecimento das crenças dos pacientes antes de prestar qualquer informação. A recomendação ao paciente pode ser realizada através da apresentação de instruções de forma clara e simples, o aconselhamento personalizado, repetindo e enfatizando a importância do questionamento crítico em caso de dúvidas, não esquecendo de verificar a compreensão da mensagem e fornecer *feedback* (Vermeire, et al., 2001).

Assim, a fim de aumentar a adesão, os prestadores de cuidados devem promover a compreensão dos pacientes, lembrar o que devem fazer e motivar para aderir (Vermeire, et al., 2001). A discussão entre os prestadores e os pacientes acerca das suas opções e a importância de ser rastreado é um importante determinante da adesão às recomendações de rastreio do cancro (Baron, et al., 2010; Baron, et al., 2008).

A mensagem chave do estudo de Vermeire [et al.] (2001) é, basicamente, a análise do abandono da abordagem paternalista na relação com os pacientes e a sua importância nos resultados em saúde em que existe partilha na tomada de decisão entre prestadores de cuidados/pacientes.

Não obstante, uma vez que existe implicação de ambos os atores no processo de tomada de decisão, as intervenções também devem ser dirigidas, não apenas às pacientes, mas também, aos profissionais (Chukmaitov, et al., 2008; Lane & Messina, 1999). Embora as pacientes se tivessem mostrado recetivas às recomendações, as próprias apontaram como um dos fatores de não adesão, a não indicação para a realização da mamografia por parte dos prestadores de cuidados (Chukmaitov, et al., 2008).

Alguns fatores organizacionais colocam em risco a disponibilidade (e.g. falta de tempo nas consultas), o acesso e a oferta de serviços por parte dos profissionais de saúde, podendo atuar como barreiras à adesão. Tanto a falta de recursos, como também, o padrão de prestação de cuidados de saúde podem reduzir a participação nos rastreios. As visitas periódicas das pacientes aos cuidados de saúde primários representam uma oportunidade óbvia para realizar educação em saúde sobre rastreios e, mais particularmente, nas consultas de vigilância de saúde de doenças crónicas (Zapka & Lemon, 2004).

Um outro aspeto importante entre pacientes e prestadores de cuidados é o padrão de comunicação estabelecido entre ambos, sendo um importante objetivo para os programas de

rastreio. Uma vez que a paciente terá de tomar uma decisão sobre a sua participação no rastreio, esta deverá ser envolvida no sentido de compreender os riscos, o balanço entre estes e os benefícios e a escolha entre os vários exames (Zapka & Lemon, 2004).

A informação e a educação das pacientes podem promover a participação nos rastreios, que serão mais eficazes quando combinadas com estratégias de capacitação e reforço. Os programas organizados de educação em saúde têm demonstrado ser bastante eficazes e incluem a distribuição de materiais impressos, a aplicação de questionários aos pacientes acerca dos seus hábitos de saúde, aconselhamento personalizado e por telefone, registos baseados no paciente e *checklists*, *workshops*, sessões em grupo, vídeos ou intervenções a partir da *internet* (Zapka & Lemon, 2004).

Baron et al. (2008) analisaram a eficácia das intervenções educativas em grupo e individuais (i.e. por telefone ou pessoalmente) no sentido de promover o rastreio do cancro da mama e verificaram que os resultados foram, respetivamente, inconclusivos e fortemente conclusivos.

Outros estudos apontam para intervenções simples como o envio de carta postal para aumentar a adesão e a combinação de intervenções por contacto pessoal ou via telefone (Lagerlund, 2002; Phillips, et al., 1998; Puschel & Thompson, 2011). Lagerlund (2002) inclusive acrescenta que estas são formas de aproximar as mulheres que têm poucos contatos com o sistema de saúde devendo, por isso, ser encorajadas a contactar os prestadores de cuidados no caso de alguma dúvida ou preocupação.

Relativamente à forma como é veiculada a informação durante o contacto pessoal, os adultos aprendem melhor, quando a informação é relevante e conhecem o seu propósito para as suas vidas, quando têm um programa ou um plano educativo específico e quando lhes é fornecido *feedback* como avaliação do processo. Efetivamente, o contacto pessoal entre os pacientes e os profissionais de saúde é a melhor forma de assegurar a transmissão da mensagem (Shohet, 2002). O que acontece é que, de uma maneira geral, a informação, veiculada no contexto da saúde é muito pouco adequada em relação aos aspetos culturais de uma comunidade, podendo ocorrer mal entendidos, devido às diferenças nos significados das palavras e frases que expressam um mesmo problema de saúde (Robinson & Gilmartin, 2002).

Poderemos, então, afirmar que a solução para a linguagem demasiado complicada, ou com significados dúbios presente nos materiais impressos sobre saúde deverá ser simplificada de forma a que, a população, no geral, a compreenda, principalmente, as pessoas com fraca literacia. Contudo, relativamente ao tipo de linguagem, existe alguma discordância: Mcconnell-Imbriotis (2001-11) refere que a linguagem comum pode impedir a aprendizagem, mesmo para as pessoas com literacia mais elevada, se não for fornecido o contexto dos conceitos

desconhecidos, podendo levar à restrição da informação crítica e excesso de simplificação; Shohet (2002) refere que os materiais com linguagem simples devem ser acompanhados por instruções dos profissionais de saúde, o que compreende outras formas não escritas de comunicar, muito mais eficazes que os materiais escritos.

A eficácia de educação varia, pois, de acordo com as características da população alvo, particularmente o nível educacional, o que nos sugere a necessidade de escolher, adequadamente, o veículo de informação (e.g. escrita ou vídeo) e os materiais mais adequados ao nível de literacia da população alvo.

Porquanto, em populações com fraca literacia, os materiais de educação para a saúde devem ser de preferência não escritos, utilizando meios audiovisuais (e.g. vídeos), histórias ou testemunhos verbais pelos pares, inclusive através da combinação de recursos, designadamente, enfermeiros e pessoas do grupo de apoio para a realização das sessões (Davis, et al., 1996; Yabroff & Mandelblatt, 1999).

Ainda sobre a informação escrita, desta feita a presente na convocatória, parece existir necessidade de informar as mulheres que a mamografia é um exame cujo objetivo é detetar a doença numa fase assintomática, ou quando por exemplo os nódulos são muito pequenos para serem detetados aquando a palpação, bem como, esclarecer sobre os benefícios da mamografia. Também parece ser necessário informar as mulheres do motivo da pressão mais firme durante o exame, a qual pode provocar algum desconforto, mas que é necessária para que a imagem seja mais precisa (Lagerlund, 2002).

Apesar dos esforços no sentido de sensibilizar as mulheres a procurar a mamografia, especialmente se acreditarem na sua eficácia e segurança, devem evitar-se as mensagens negativas acerca da sua suscetibilidade e severidade em relação ao cancro da mama. Mesmo que estas mensagens não sejam diretamente relacionadas com o rastreio, devem ser positivas no sentido da motivação (Fulton, et al., 1991).

Desta forma, na identificação dos aspetos a incidir aquando a planificação das estratégias educativas, devem valorizar-se os benefícios do rastreio comparativamente às barreiras, principalmente nas fases de pré-contemplação e contemplação das pacientes. É, também, fundamental enfatizar a recomendação dos prestadores de cuidados, divulgando mensagens em que se sugere à mulher que procure a opinião do seu médico ou enfermeiro acerca da realização do rastreio. As mensagens sobre os rastreios devem ter um cariz positivo e como medida preventiva, possibilitar um melhor controlo do estado de saúde da pessoa, tanto física como mentalmente. Nas fases de ação e manutenção e, uma vez que este já está implantado, há que reforçar o comportamento de rastreio, daí que seja importante permitir a continuação do

mesmo com informação sobre como podem fazer o rastreio, estímulos positivos por não faltarem à marcação e indicação para o próximo exame como, por exemplo, as datas prováveis da permanência da unidade móvel na comunidade (Rimer, 1995).

Como já foi referido anteriormente, alguns autores sugerem a educação por pares realizada por outras pacientes, como fornecedora da informação necessária acerca do cancro da mama e como uma oportunidade para explorar os prós e os contras da mamografia numa linguagem clara e familiar, na qual as mulheres se sentem mais confortáveis, com mulheres da sua comunidade, previamente, treinadas e com conhecimentos sobre estas áreas (Bernstein, et al., 2000; Yabroff & Mandelblatt, 1999). Numa abordagem de cariz individual, pretende-se também que estas prestem apoio no sentido de as ajudar a definir a sua posição acerca da mamografia e obterem a informação sobre a sua disposição para mudar de comportamento. Neste tipo de intervenção, a paciente deve ser respeitada como perito na sua própria vida e experiência, e encorajada a expressar as suas ideias acerca do exame, tendo subjacente o apoio de alguém que as escute e apoie. Seria desejável que esta proposta fosse extensiva aos prestadores de cuidados, que queiram promover a sua comunicação acerca da mamografia com mulheres menos acessíveis, ou não aderentes às iniciativas de rastreio (Bernstein, et al., 2000).

PARTE II - ESTUDO EMPIRICO

“Assim como não reinventamos o mundo, à nossa volta a cada dia, em análise nos baseamos naquilo que sabemos para nos ajudar a entender aquilo que não sabemos. Comparações teóricas são ferramentas (uma lista de propriedades) para olhar para alguma coisa até certo ponto objectivamente, e não para nomear ou classificar sem um exame completo do objecto nos níveis de propriedade e de dimensão”
(Strauss & Corbin, 2008, p. 85)

NOTA INTRODUTÓRIA

Na parte II deste trabalho - o estudo empírico - serão descritos todos os procedimentos metodológicos de ambas as fases da investigação. Optamos por um desenho de investigação sequencial em que, desenvolvemos as duas fases do estudo, separadamente, de forma a proceder à articulação dos resultados de uma primeira fase, com uma outra num segundo momento (Flick, 2005) tendo em vista o culminar em propostas de educação em saúde.

Na Fase 1 desenvolvemos um estudo de natureza quantitativa com a aplicação de um *survey* a uma população de mulheres com 45 a 69 anos e na Fase 2 utilizamos um método de *focus group* a mulheres e profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) do Centro de Saúde de Aveiro, segundo uma abordagem de cariz qualitativo, tendo como objetivos, identificar e compreender os fatores que determinam a adesão ao PRCM e a partir dos resultados da Fase 1, interpretar e clarificar alguns fatores apontados anteriormente como determinantes da adesão.

Metodologicamente foram utilizados dois métodos, quantitativo e qualitativo, para estudar um problema de investigação – a adesão ao PRCM - designado de triangulação metodológica (Flick, 2004; 2005).

Como já foi referido anteriormente no ponto 2.1 deste trabalho, as diferentes perceções que utentes e profissionais têm dos cuidados de saúde e a forma como isso se traduz em indicadores de resultado no âmbito da avaliação da qualidade pela (in)satisfação que estes demonstram, tornou fulcral a triangulação de ambas estas fontes de dados.

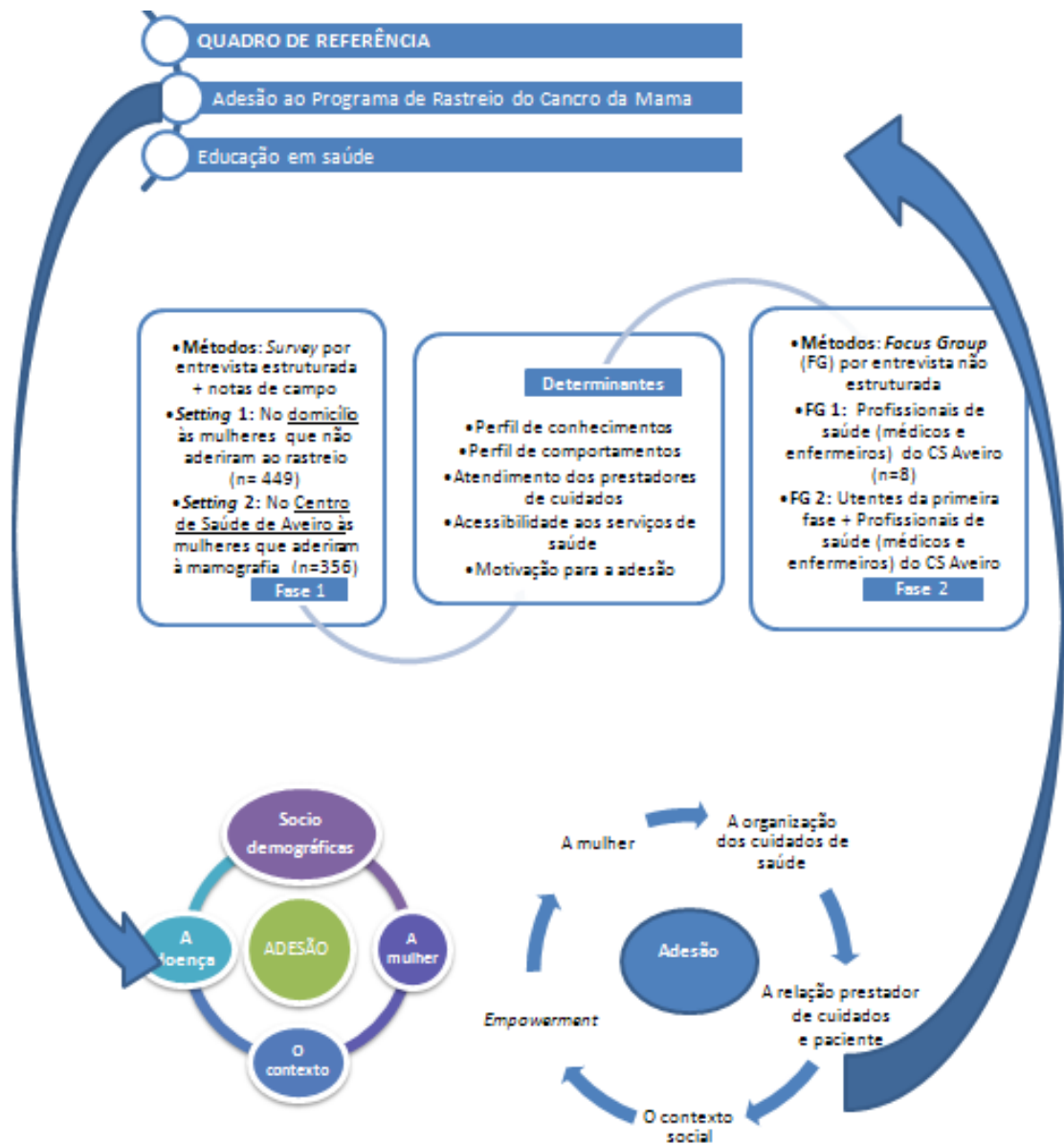
Além da triangulação metodológica, também se considera outros tipos de triangulação – a “triangulação de dados”, a “triangulação do investigador” e a “triangulação teórica” (Flick, 2004; 2005). A “triangulação de dados”, no caso particular deste estudo, refere-se à recolha dos mesmos a partir de diferentes fontes e, se pretendermos distinguir subtipos de triangulação, o mesmo autor propõe que se estude o fenómeno em tempos, espaços e com indivíduos distintos com o intuito de envolver intencional e sistematicamente pessoas e grupos de estudo nos seus ambientes físicos e temporais (Flick, 2004).

Com efeito, três situações podem advir da integração e combinação de diferentes perspetivas do fenómeno em estudo: (1) a convergência e confirmação mútua, o que conduz às mesmas conclusões; (2) a complementaridade, por evidenciarem aspetos diferentes do mesmo problema; (3) a divergência ou contradição de resultados (Flick, 2004; 2005).

Assim, nesta parte do trabalho iremos apresentar, inicialmente o problema em estudo e as questões de investigação que são coincidentes em ambas as fases da investigação, uma vez que o fenómeno, objeto da nossa pesquisa, é a adesão ao PRCM. De referir que a Fase 2 inicia-se

após a apresentação dos resultados da fase 1, uma vez que, mediante os resultados da primeira fase, elencamos as questões de aprofundamento para os *Focus Group* na segunda fase. A figura 4 representa esquematicamente o desenho de investigação, no qual podemos observar o quadro referencial descrito na primeira parte deste trabalho e que partiu do pressuposto multidimensional da adesão, elencado pela OMS. A circularidade do desenho implica que partimos de determinados princípios de enquadramento referencial que, após as fases do estudo empírico, sugerem aspetos mais específicos no interior de cada dimensão, os quais, por sua vez, apontam as áreas a intervir em termos de educação em saúde, nomeadamente, a organização dos cuidados de saúde, a relação prestador de cuidados e paciente, o contexto social onde está inserida a mulher e o *empowerment* como a abordagem de promoção da saúde em que é fornecido às mulheres o poder de decisão que lhes permitam participar ativamente em prol da sua saúde.

Figura 4. Representação esquemática do desenho de investigação



3. O PROBLEMA EM ESTUDO E AS QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

“Enquanto uma determinada doença for considerada um predador maldito, invencível e não meramente uma doença, a maior parte das pessoas com cancro não poderá deixar de se sentir perdida ao descobrir a doença de que sofre. A solução não pode ser, de modo nenhum esconder a verdade aos doentes cancerosos, mas antes corrigir as ideias sobre a doença, desmistificando-a.” (Sontag, 2009; p.95)

A nível mundial, o cancro da mama é considerado a principal causa de morte no sexo feminino. Atualmente, Portugal regista um total de 4.300 novos casos/ano de cancro da mama, ou seja, mais de 11 novos casos/dia, o que corresponde a mais de 3 na Região Centro. Quanto á taxa de mortalidade, calcula-se que morrem, aproximadamente, 1.500 mulheres/ano e diariamente, morrem 4-5 mulheres devido a esta doença. A sua incidência aumenta ao longo da vida, com 75% dos casos a aparecerem depois dos 50 anos de idade, estimando-se que, 1 em cada 12 mulher irá desenvolver cancro da mama ao longo da sua vida (Ministério da Saúde & Administração Regional de Saúde do Centro, 2006).

Como problema de saúde pública que caracteriza a doença, os programas de rastreio são considerados as medidas preventivas de excelência para esta doença, em particular, uma vez que estes são eficazes para o seu controlo (European Commission, 2006b; Hakama, et al., 2008).

O presente estudo versa a temática da deteção precoce do cancro da mama incidindo, particularmente, nos fatores determinantes da adesão das mulheres ao Programa de Rastreio do Cancro da Mama (PRCM), segundo as recomendações do Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas (PNPCDO) 2007/2010. O referido plano preconiza que as mulheres na faixa etária dos 50-69 anos realizem uma mamografia a cada dois anos, podendo ser ajustado conforme as realidades regionais (Ministério da Saúde/Alto Comissariado da Saúde, 2007).

Na região centro, o PRCM é da responsabilidade da Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC), com a colaboração das unidades de saúde dos Cuidados de Saúde Primários, a qual convoca as mulheres dos 45 até aos 69 anos, a cada dois anos, para a realização do seu exame de rastreio. Esta prática permite o diagnóstico precoce da doença na fase subclínica, ou seja, na ausência de sintomatologia e, tem como objetivo, reduzir a mortalidade (Ministério da Saúde, 2007b). Este programa de rastreio é organizado, ou seja, as mulheres são convocadas para a realização da sua mamografia segundo uma sequência de intervenções, em tempo útil e de forma integrada, que vão desde, a identificação da população alvo, até à terapêutica e vigilância após o tratamento (Ministério da Saúde/Alto Comissariado da Saúde, 2007), de acordo com as *guidelines* europeias de qualidade e segurança (European Commission, 2006b).

Efetivamente, para a comunidade em geral, a mamografia continua a ser a principal ferramenta de rastreio (Elmore, et al., 2005; European Commission, 2006b; Hakama, et al., 2008) e a sua realização de forma regular, aumenta a probabilidade de detetar e tratar tumores da mama num estágio mais precoce (Calvocoressi, et al., 2005; Hakama, et al., 2008; Thuler, 2003).

Contudo, segundo os dados de 2006 da LPCC, cerca de 50% das mulheres não participam no PRCM, sendo que, das mulheres convocadas a primeira vez, aproximadamente 70% faltam. Destas, 30% comparecem, mas nos anos seguintes, cerca de 40% não cumpre a periodicidade requerida pelo programa (L. P. C. o. C.-. LPCC, 2006).

Uma vez que a Resolução do Parlamento Europeu sobre o cancro da mama na União Europeia (2003) recomenda a obtenção de um grau de adesão de cerca de 70% para rastreios desta natureza (organizados) e que sejam asseguradas as condições de igualdade no acesso por todos os grupos socioeconómicos, acredita-se que, o PRCM em Portugal poderia apresentar taxas de participação mais elevadas, principalmente, nas mulheres convocadas pela primeira vez, tendo em conta que este cumpre os pressupostos europeus anteriormente referidos.

Emergem desta problemática três questões essenciais, nomeadamente:

- (i) Quais os fatores que determinam o comportamento de adesão e não adesão em relação ao PRCM, das mulheres dos 45 aos 69 anos residentes no Concelho de Aveiro?
 - a. Em que medida os fatores influenciam a adesão ao PRCM no Concelho de Aveiro?
- (ii) Que propostas de Educação em Saúde emergem deste estudo no sentido da promoção da adesão das mulheres ao PRCM?

Assim, com o intuito de dar resposta às questões formuladas, foram delineados os seguintes objetivos:

1. Analisar os fatores pessoais (sociodemográficas, conhecimentos, comportamentos) e do meio envolvente (acessibilidade aos serviços e prestadores de cuidados de saúde, organização do PRCM) que são determinantes para a adesão e não adesão ao PRCM, das mulheres com idades entre os 45 e 69 anos, residentes no concelho de Aveiro;

- 1.1. Caracterizar as participantes do estudo em relação às variáveis sociodemográficas;
- 1.2. Examinar os conhecimentos e comportamentos das participantes em relação ao rastreio do cancro da mama no geral e ao PRCM em particular;
- 1.3. Avaliar a acessibilidade aos CSP e aos profissionais de saúde (médico e enfermeiro);
- 1.4. Analisar os motivos de adesão e não adesão ao PRCM.

2. Propor estratégias de Educação em Saúde, com base nos fatores determinantes da adesão emergentes do estudo 1, de forma a promover comportamentos de adesão ao PRCM;

2.1. Confrontar e analisar as perspetivas dos prestadores de cuidados de saúde e das utentes em relação às variáveis da adesão;

2.2. Enunciar os pontos compartilhados por ambos os atores envolvidos no fenómeno da adesão sob a forma de estratégias de educação em saúde

Desta forma, o foco de atenção do presente estudo é, essencialmente, as mulheres e as suas práticas de saúde atinentes ao rastreio do cancro da mama, tendo em vista a melhoria da sua qualidade de vida num âmbito mais particular não esquecendo, contudo, que para esta população, devemos objetivar ganhos em saúde, numa visão mais abrangente, a partir do que possamos vir a delinear com base nos contributos de promoção da saúde.

3.1. MÉTODOS: FASE 1

“Cada método é uma linguagem e a realidade responde na língua em que é perguntada. Só uma constelação de métodos pode captar o silêncio que persiste entre cada língua que pergunta”

(Sousa Santos, 2007, p. 48)

3.1.1. Participantes

Este estudo, de corte transversal, socorre-se de uma amostra de base comunitária, não probabilística por conveniência. Neste, procuraremos examinar a forma como as variáveis pessoais (biográficas, conhecimentos, comportamentos) e do meio envolvente (sociais, acessibilidade aos serviços e cuidados de saúde, organização do PRCM) são determinantes para a adesão e não adesão ao PRCM, das mulheres dos 45 aos 69 anos, durante a 6ª volta de rastreio que decorreu entre Outubro 2009 e Maio de 2010 no Concelho de Aveiro. Decidimos entrevistar as mulheres que aderiram e as que não aderiram ao referido programa, pela eventualidade de existirem variáveis divergentes para estes comportamentos de saúde, sendo importante analisá-los para este contexto, em particular. Estas mulheres (num total de 13 948) estavam inscritas no Centro de Saúde de Aveiro tendo sido convocadas pela Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC), para a realização da mamografia de rastreio durante o período de tempo referido, o qual corresponde à 6ª volta de rastreio.

A opção pela amostra não probabilística deveu-se, essencialmente, a questões éticas relacionadas com a equidade no acesso ao rastreio, uma vez que as mulheres contactadas foram alvo de sensibilização para aderirem ao rastreio do cancro da mama, ainda, no decurso desta volta, o que não sucederia com aquelas que não fizessem parte da amostra. Desta forma, estas perdiam a oportunidade de fazer o seu exame por não possuírem, em tempo real, o acesso à informação acerca do mesmo. Assim, reconhecemos ser pertinente e assertivo, não tanto a representatividade de elementos da população mas optámos, fundamentalmente, por respeitar algumas especificidades da mesma (Ghiglione & Matalon, 2005; Sampieri, Collado, & Lucio, 2003).

Outro aspeto prende-se com o facto da LPCC ter assumido o compromisso de colaborar connosco, adiando para o final da recolha de dados, a reconvoatória das mulheres faltosas, para que tivéssemos a oportunidade de entrevistar, face a face, o maior número possível. Na impossibilidade de as entrevistar, aleatoriamente, seguimos, de forma sequencial, os nomes presentes nas listas. Contudo, procuramos contemplar uma amostra de maior dimensão, a fim de diminuir o enviesamento da mesma e aumentar o «poder» dos testes estatísticos a aplicar (Cooligan, 2009; Ghiglione & Matalon, 2005). Esta foi calculada com uma estimativa de erro de 3% para um intervalo de confiança de 95%.

Pelos motivos anteriormente elencados não foram estipulados, previamente, critérios de exclusão para a realização da entrevista, uma vez que só teríamos conhecimento destes no decurso da mesma, nomeadamente, o caso das mulheres mastectomizadas que foram convocadas para a realização da mamografia quando este é um critério de não participação no PRCM.

Para a concretização do estudo no terreno e, visto o Concelho de Aveiro abranger 14 freguesias numa área de cerca de 197,6 km² (Instituto Nacional Estatística, 2010) houve necessidade de procedermos ao recrutamento, voluntário, de 18 estudantes da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. Todos os elementos da equipa (incluindo a investigadora) foram organizados em micro equipas e distribuídos por freguesia, com o objetivo de entrevistar as mulheres que não haviam comparecido ao exame de rastreio, através de listas que a LPCC havia fornecido para o efeito. Estes procedimentos tiveram aprovação da Direção da LPCC (ver Anexo I), órgão executivo que cabe autorizar estas matérias, sendo que, todos os envolvidos no estudo declararam sob compromisso ético, cumprir os princípios de salvaguarda do anonimato dos informantes, bem como das fontes, isto é, os dados pessoais das mulheres presentes nas listas (ver Anexo II).

No âmbito desta planificação, além do papel de supervisão no processo de recolha de dados, a investigadora realizou formação aos elementos da equipa sobre as técnicas da entrevista, particularmente no que diz respeito ao cumprimento de alguns princípios aquando a abordagem à população, tais como: respeitar o discurso do inquirido sem introduzir o seu próprio quadro de referência; adequar o seu papel de entrevistador ao conjunto dos comportamentos, verbais e não verbais, das pessoas inquiridas (Ghiglione & Matalon, 2005). Nestas reuniões de trabalho também foram efetuadas simulações da entrevista, através de audições cruzadas entre os pares, para aferir aspetos da linguagem e verificar a clareza das questões.

Dada a especificidade da problemática e, no sentido de uniformizar e adequar a informação relativa ao PRCM, o coordenador executivo do Núcleo Regional do Centro da LPCC realizou uma formação para toda a equipa, na Unidade de Saúde Familiar de Santa Joana (espaço amavelmente concedido pelo coordenador da mesma), a qual tinha como pontos principais: (i) o *background* histórico da LPCC; (ii) a sua missão e valores como organização não-governamental; (iii) a metodologia em todo o processo de luta contra o cancro com base na implementação de rastreios, particularmente, o do Cancro da Mama.

Um outro aspeto que considerámos importante foi a divulgação da realização deste estudo no Concelho. Uma vez que implicava a abordagem das mulheres no domicílio, seria pertinente alertar as mesmas para a autenticidade do estudo e sensibilizá-las para a importância da sua participação. Neste contexto, a divulgação foi realizada através de alguns meios de comunicação social, nomeadamente, as rádios e os jornais locais, bem como, através da distribuição de cartazes e *flyers* nas diferentes freguesias em locais de maior ajuntamento populacional e a informação nas igrejas, aquando o serviço religioso.

A nossa amostra perfaz um total de 805 mulheres, das quais, 356 aderiram e 449 não aderiram a esta volta do PRCM.

3.1.2. Instrumentos e técnicas

Como instrumento de colheita de dados aplicamos um *survey*, por entrevista estruturada, a partir do qual pretendemos apreender as realidades, objetiva e subjetiva, acerca das variáveis em estudo, tendo sido empregues questões mistas, cujas respostas serão analisadas através de procedimentos estatísticos (com utilização do SPSS® versão 17) segundo uma abordagem quantitativa. Para esta entrevista foram definidos, não só, o quadro de referência como

também, a linguagem mais apropriada à análise do problema em estudo (Ghiglione & Matalon, 2005).

Independentemente da predominância da abordagem quantitativa presente neste estudo, consideramos imperativo a compreensão do fenómeno em estudo, bem como, a interpretação da realidade social através da visão de mundo das participantes com o objetivo de compreender a adesão de uma forma mais integradora (Anderson & Arsenault, 1998). Desta forma, efetuamos notas dos diálogos e das observações ocorridas durante o trabalho de campo. As mesmas foram realizadas após as entrevistas, sob a forma de comentários e, depois, no final de cada dia eram transcritas para um documento *Word* segundo registos descritivos e/ou analíticos das impressões ou vivências da investigadora, aquando o trabalho de campo, como sugere Spradley (1980). Para a análise de conteúdo recorreremos à exploração das categorias de análise em estudo e que vieram ilustrar e dar significado aos resultados dos testes estatísticos aplicados (Vala, 1986). Acreditamos, pois, que a complementaridade destes dois métodos permitirá interpretar, compreender, explicar e trazer significado aos contextos (Anderson & Arsenault, 1998).

Para elaboração da entrevista e, tendo por base, a nossa experiência profissional na área em estudo, recorreremos também à pesquisa bibliográfica com enfoque no processo de adesão a terapêuticas ou a comportamentos de prevenção que nos facultou algumas pistas do tipo de questões a colocar, tendo subjacente a natureza multidimensional deste fenómeno.

A entrevista está subdividida em três partes onde as questões estão estruturadas segundo uma sequência específica, devido ao encadeamento e dependência de algumas questões (ver Anexo III). Estas encontram-se, previamente, categorizadas com as respostas mais esperadas ou conhecidas, sustentadas por alguns referenciais teóricos consultados (Elmore, et al., 2005; Hakama, et al., 2008; Kerlikowske, et al., 1995; Modeste, et al., 1999; Petrolino-Roche, 2004; WHO Europe, 2003) para, desta forma, facilitar o seu registo mas também, pelo facto de trabalharmos com diferentes entrevistadores, o que poderia induzir viés às respostas (Anderson & Arsenault, 1998). Contudo, não eram sugeridas as opções de resposta (com exceção das escalas aplicadas) para permitir a espontaneidade e a veracidade por parte das respondentes.

Parte I – dados biográficos e socioeconómicos e a existência de profissionais de saúde no local de trabalho. Esta é composta pelas onze primeiras questões (Q1-Q11) do instrumento e permitem colher informação acerca da **idade, estado civil, freguesia onde reside, nacionalidade, nível de escolaridade, situação profissional** (profissão e desemprego), **existência de profissionais de saúde e realização de Educação em saúde no local trabalho**.

Parte II - os conhecimentos e os comportamentos das mulheres em relação ao PRCM e à vigilância de saúde, tanto no geral, como no que diz respeito à deteção precoce do cancro da

mama. Esta parte engloba vinte e quatro questões (Q12-Q36) que permitem colher dados sobre a **periodicidade do exame**, a **idade em que deve ser realizado**, os **meios de informação a que as mulheres têm acesso**, os **profissionais de saúde que recomendam o exame** e **para onde encaminham as mulheres**, a **recepção e clareza da informação presente na convocatória**, o **grau de importância que atribuem a este programa**, as **informações prestadas pelos profissionais da unidade de rastreio** e os **motivos de adesão e não adesão**. As participantes, nesta última questão, podiam expor, de forma aberta, os motivos que as levavam a aderir, ou não, ao PRCM, sendo possível uma análise mais compreensiva e complexa das respostas.

Nesta parte do instrumento também foram colocadas algumas questões sobre os **conhecimentos específicos acerca do funcionamento do PRCM**, bem como, da **entidade responsável pela implementação do mesmo (LPCC)**, de forma a obtermos informação sobre a eficiência na divulgação do programa e da visibilidade da LPCC junto da população alvo de rastreio.

Pretendemos, também, relacionar a adesão e não adesão com a **literacia no Rastreio do Cancro da Mama** e, como tal, construiu-se uma escala de conceitos tendo como base algumas palavras presentes na convocatória e no panfleto informativo que a acompanha. Posteriormente, descreveremos o processo de construção da escala e a sua validação. Os termos elencados, por ordem de leitura, foram: **cancro da mama; mamografia; autoexame; radiação; exame clínico; unidade de rastreio; convocatória; nódulo; Programa Nacional de Rastreio; Liga Portuguesa Contra o Cancro**.

Parte III – integra questões relacionadas com a acessibilidade aos serviços e prestadores de cuidados de saúde. Apresenta vinte questões (Q37-Q56) que permitem colher informação acerca do **centro de saúde onde estão inscritas**, da **frequência com que recorrem ao mesmo**, o **meio de transporte que utilizam**, as **consultas de vigilância de saúde que frequentam**, o **atendimento pelo enfermeiro** nas mesmas, o **profissional de saúde a quem recorrem com regularidade** em caso de problema ou dúvida e o **tipo de atendimento prestado pelos profissionais de saúde nas consultas**. Nesta última questão contempla-se a **relação empática entre utentes e prestadores de cuidados de saúde** (enfermeiro e médico), o **aconselhamento e a informação relacionada com o rastreio/saúde** (acerca das consultas de vigilância e dos resultados de exames) e a **demonstração do autoexame da mama pelos profissionais de saúde**. A variável **atendimento dos prestadores de cuidados** é composta por oito proposições positivas relacionadas com a perceção das utentes acerca do atendimento que os prestadores de cuidados lhes dispensam nas consultas. Os procedimentos de construção e validação desta escala serão descritos de seguida. A questão Q55 diz respeito à existência de alguma

incapacidade física ou mental observada pelo entrevistador e a Q56 ao **registro do local onde a entrevista decorreu**.

Como forma de validação externa, três especialistas das áreas, da educação, saúde e psicologia e dois peritos da LPCC (coordenador executivo e analista) efetuaram, presencialmente, a análise das questões quanto ao seu conteúdo e pertinência. Também foi realizado um pré-teste a cinco mulheres, a partir de uma lista da volta anterior do PRCM que decorreu em 2007, semelhante à atual e que foi fornecida pela LPCC para esta finalidade. Não foi efetuado nenhum procedimento estatístico para esta análise, uma vez que o número de participantes era muito baixo. Neste caso foram revistas as questões tendo como preocupações principais; a sequência lógica, a clareza da linguagem, o teor das respostas e a duração da entrevista.

Validação das escalas utilizadas

Para este estudo foram construídas três escalas de forma a possibilitar a medição de variáveis psicossociais que parecem estar relacionadas com a adesão a terapêuticas ou a comportamentos de saúde, nomeadamente, a literacia em saúde e a perceção das utentes relativamente ao atendimento dos prestadores de cuidados de saúde (médico e enfermeiro) aquando as consultas. A construção destas escalas foi precedida por revisão da literatura sobre estes indicadores e a sua relação com a adesão ao rastreio, descrita no capítulo do enquadramento teórico. É de referir que estas foram testadas unicamente para a amostra do presente estudo, contudo foram avaliadas quanto à sua consistência interna. Esta reporta-se ao grau de uniformidade e coerência entre as respostas dos inquiridos a cada um dos itens que fazem parte da escala (Dancey & Reidy, 2006; Hill & Hill, 2000).

A) Escala de Literacia do Rastreio do Cancro da Mama

No contexto da saúde, as pessoas vêm-se perante situações em que surge a necessidade de lidar com materiais escritos (e.g. panfletos, *flyers*, cartazes, relatórios médicos, convocatórias) e de decifrar a sua informação, ou seja, de acionar competências de literacia na leitura que, no caso particular deste estudo pode determinar a adesão ao PRCM das mulheres convocadas. Sabemos que no contexto da saúde, a existência de uma linguagem técnica pode ser um obstáculo no acesso à informação e ao conhecimento e, conseqüentemente, na interação das pessoas junto dos sistemas de saúde.

Assim, considerámos pertinente construir uma escala, a partir da qual, fosse possível medir o grau de literacia de leitura no âmbito do rastreio do cancro da mama. Para tal, analisamos os conceitos ou expressões chave presentes na convocatória e panfleto enviados pela LPCC, a convidar as mulheres para participar no PRCM.

Para a sua construção baseamo-nos na Escala de Literacia na Saúde – REALM.R (*Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine, Revised*) - que consiste num teste de conhecimento de palavras, utilizado para identificar as pessoas em risco, devido a competências de literacia de leitura pobres (Bass, Wilson, & Griffith, 2003). A REALM.R não pareceu contemplar os nossos propósitos, uma vez que os seus conceitos são de cariz geral, impedindo-nos de avaliar as competências de leitura de conceitos/expressões mais específicas no âmbito do rastreio do cancro da mama.

Constam deste teste 10 itens, nomeadamente: (1) cancro da mama; (2) mamografia; (3) autoexame; (4) radiação; (5) exame clínico; (6) unidade de rastreio; (7) convocatória; (8) nódulo; (9) Programa Nacional de Rastreio; (10) Liga Portuguesa Contra o Cancro. Estes foram impressos num cartão com letra de tamanho normal (12) de forma a corresponder às mesmas condições com que eram apresentados às mulheres nos materiais acima referidos. No guião da entrevista existiam quatro categorias de resposta que o entrevistador devia assinalar conforme a situação: (0) Não quis ler; (1) Soube ler; (2) Não soube ler; (3) Não consegue ler (e.g. dificuldades visuais).

Previendo que esta pudesse ser uma situação delicada (vergonha por parte das que manifestassem dificuldades ou recusa das que se considerassem com formação superior para ler as palavras), a abordagem oral foi feita de forma a evidenciar a necessidade de avaliar como o sistema de saúde deve tornar acessível e compreensível a informação para todas as pessoas.

Inicialmente, foi efetuado um somatório de todas as respostas e calculados os *scores*, que apresentam direção negativa, ou seja, quanto maior o *score*, menor o Grau de Literacia do Rastreio do Cancro da Mama.

Para avaliar a consistência interna desta escala, ou seja, o grau em que a variância geral dos resultados se associa ao somatório da variância item a item, bem como, o estudo da homogeneidade dos fatores, foram calculados os coeficientes de correlação e do α de *Cronbach* que permitem medir, respetivamente, se cada item se define como um todo compartilhando variância entre si, e a forma como os diversos itens se complementam na avaliação do constructo geral da escala (Dancey & Reidy, 2006).

A Tabela 1 mostra-nos os resultados de fiabilidade da Escala de Literacia do Rastreio do Cancro da Mama, em que os valores da correlação item total se situam entre 0.830 e 0.933, e os do α de *Cronbach* todos superiores ao valor de referência, 0.8 evidenciam que a consistência

interna é muito boa. O índice de fiabilidade calculado pelo método das metades (*split-half*) e o α de *Cronbach* global revelaram-se, igualmente, bons.

Os resultados das comunalidades permitem-nos verificar os elementos comuns entre os vários itens, sendo que a variância é mais aproximada entre os itens 4, 6, 7, 8 e 9, bem como, entre os restantes itens entre si.

Procurando fazer uma análise mais crítica, verificamos que os «polos» de itens que emergem desta escala relacionam-se com conceitos/expressões mais familiares para as inquiridas no âmbito do rastreio do cancro da mama, nomeadamente, **cancro da mama, mamografia, autoexame da mama, exame clínico, Liga Portuguesa Contra o Cancro**. Na nossa perspetiva, tal resultado ocorre porque estes conceitos são mais próximos do seu quotidiano, seja nos meios de comunicação social, seja aquando o contacto com os profissionais de saúde nas consultas de vigilância. Por outro lado, os itens, **radiação, Unidade de Rastreio, Convocatória, nódulo, Programa de Rastreio do Cancro da Mama** são, segundo a nossa opinião, expressões mais distantes das pessoas, uma vez que pertencem a um léxico mais técnico e mais específico do rastreio com o qual, apenas terão um contacto mais esporádico, sendo que este se realiza de dois em dois anos.

Os valores médios e respetivos desvios padrões, por item, permitem-nos afirmar que se encontram bem centrados.

Tabela 1. Consistência Interna da Escala de Literacia do Rastreio do Cancro da Mama

Nº	Itens de Literacia	Média	Dp	Correlação Item/total	α cronbach/item	Comunalidades
1	Cancro da Mama	1.07	0.347	0.933	0.968	0.901
2	Mamografia	1.10	0.385	0.878	0.969	0.817
3	Autoexame	1.10	0.383	0.867	0.970	0.802
4	Radiação	1.12	0.394	0.859	0.970	0.785
5	Exame Clínico	1.08	0.354	0.915	0.968	0.874
6	Unidade de Rastreio	1.14	0.416	0.830	0.971	0.738
7	Convocatória	1.12	0.398	0.861	0.970	0.791
8	Nódulo	1.12	0.397	0.858	0.970	0.784
9	Programa Nacional de Rastreio	1.14	0.410	0.841	0.971	0.754
10	Liga Portuguesa Contra o Cancro	1.10	0.375	0.883	0.969	0.824
Coeficiente <i>Split-half</i>		Primeira metade = 0.960 Segunda metade = 0.941				
Coeficiente α Cronbach global		0.972				

B) Escalas do Atendimento dos Prestadores de Cuidados de Saúde

O papel central que o utente vem assumindo no sistema de saúde torna essencial conhecer a sua perceção acerca dos serviços e dos prestadores de cuidados de saúde a que recorre com o intuito de monitorizar e avaliar o impacto desta relação nos ganhos em saúde, tendo em vista o aperfeiçoamento das práticas profissionais.

Como foi referido no enquadramento teórico, a satisfação do utente quanto ao atendimento dos profissionais de saúde é de natureza multidimensional, ou seja, cada utente qualifica-o de forma distinta dando mais importância, ao aspeto técnico do cuidar ou ao aspeto humano ou interpessoal conforme o seu quadro de referência (i.e. cognição do processo de saúde/doença e crenças) ou experiências anteriores. Como vimos nos estudos relatados, a satisfação do utente não só constitui um indicador importante da qualidade dos serviços, como também, parece estar diretamente relacionada com a adesão terapêutica.

Desta forma, para cada um dos profissionais de saúde (enfermeiro e médico) foi elaborada uma escala com os mesmos itens (8) e que integram três dimensões que consideramos importantes na avaliação da qualidade do atendimento dos prestadores de cuidados, como sejam: **Empatia** (**Dá-lhe tempo para que fale dos seus problemas de saúde; Mostra compreensão pelos seus problemas de saúde**); **Informação partilhada e demonstração** (**Utiliza uma linguagem clara que você entende bem; Informa-a sobre a importância de fazer o Auto Exame da Mama; Informa-a sobre a importância de ir às consultas de vigilância/rotina com regularidade; Informa-a sobre os resultados dos seus exames de saúde; Demonstra-lhe como deve ser feito o Auto Exame da Mama**); **Aconselhamento** (**Aconselha-a para que faça a mamografia de rastreio**). As respostas foram efetuadas segundo uma escala de *Likert* com cinco categorias, variando entre Nunca (1) a Sempre (5). As pontuações de todas as afirmações foram somadas e calculados os *scores* da variável, sendo que, quanto maior o *score*, melhor o atendimento fornecido pelos prestadores de cuidados segundo a perceção das mulheres.

B1) O Atendimento Médico....

A Tabela 2 mostra-nos os resultados da escala do Atendimento Médico, em que os valores da correlação item total, situam-se entre 0.247 e 0.703, e os do α de *Cronbach*, entre 0.699 e 0.778, evidenciam que a consistência interna está entre o razoável e o bom. O índice de fiabilidade calculado pelo método das metades (*split-half*) e o α de *Cronbach* global revelam-se razoáveis.

A partir dos resultados das comunalidades, a variância é mais aproximada: entre os itens 1,2,4,5 (1º grupo); os itens 3,6,7 (2º grupo); o indicador 8 apresenta significância de 0.249, valor atípico, comparando com os outros itens. Analisando estes grupos de fatores, podemos afirmar que os do primeiro grupo são proposições referentes, tanto à empatia (itens 1 e 2) como à partilha de informação, aconselhamento e demonstração do autoexame da mama (itens 4 e 5), e que representam aspetos muito particulares do atendimento médico, ou seja, a afinidade entre o «saber ser» e o «saber fazer» são, segundo o nosso ponto de vista, aspetos que diferenciam, entre si, estes profissionais de saúde sob a perspetiva das utentes.

O segundo grupo de fatores; «a clareza com que o profissional se expressa» e a «informação/aconselhamento às utentes» para realizar atividades de promoção da saúde, são características mais esperadas do atendimento médico, ou seja, aquelas que dizem respeito ao «saber fazer» em que se pressupõe que o médico seja competente tecnicamente. O valor atípico relativo à «informação sobre os resultados dos exames», julgamos que se justifica pela fraca cultura de partilha e discussão de informa

ção entre médico/utente e, também porque este último apresenta uma atitude quase passiva perante o seu próprio processo de saúde/doença.

Os valores médios e respetivos desvios padrões por item, permitem-nos dizer que se encontram dispersos variando entre, 0.614 para o item 3 e 1.878 para o item 6.

Tabela 2. Consistência Interna da Escala do Atendimento Médico

Nº	Indicadores do atendimento médico	Média	Dp	Correlação Item/total	α cronbach / item	Comunalidades
1	Dá-lhe tempo para que fale dos seus problemas de saúde	4.55	0.885	0.396	0.762	0.790
2	Mostra compreensão pelos seus problemas de saúde	4.66	0.822	0.424	0.761	0.804
3	Utiliza uma linguagem clara que você entende bem	4.75	0.614	0.247	0.778	0.452
4	Informa-a sobre a importância de fazer o Auto Exame da Mama	3.23	1.795	0.703	0.699	0.796
5	Demonstra-lhe como deve ser feito o Auto Exame da Mama	2.80	1.848	0.658	0.709	0.763
6	Aconselha-a para que faça a mamografia de rastreio	3.07	1.878	0.539	0.738	0.574
7	Informa-a sobre a importância de ir às consultas de vigilância/rotina com regularidade	3.39	1.784	0.572	0.729	0.526
8	Informa-a sobre os resultados dos seus exames de saúde	4.65	0.944	0.289	0.773	0.249
Coeficiente <i>Split-half</i>		Primeira metade = 0.555 Segunda metade = 0.679				
Coeficiente α Cronbach global		0.777				

B2) O Atendimento do Enfermeiro...

A Tabela 3 mostra-nos as estatísticas, item a item, da escala do Atendimento do Enfermeiro. Os valores da correlação item total, oscilam entre 0.100 e 0.639, e os do α de Cronbach, entre 0.612 e 0.735, o

que evidencia uma consistência interna classificada entre o razoável e bom. O índice de fiabilidade calculado pelo método das metades (*split-half*) e o α de Cronbach global revelaram valores abaixo do valor de referência ($\alpha < 0.8$).

A partir da observação dos elementos comuns entre os vários itens (comunalidades), verifica-se que a variância é mais aproximada: entre os itens 1,2,4 e 5 (1º grupo); outro grupo seria constituído pelos itens 6 e 7 (2º grupo); os indicadores 3 e 8 apresentam valores de isolamento dos outros itens.

Da mesma forma que no atendimento médico, o atendimento de enfermagem apresenta um 1º grupo com componentes do «saber ser» (empatia) e o «saber fazer» (demonstra e informa), estando estes últimos associados às práticas de cuidados destes profissionais de saúde, nomeadamente, através da Educação em saúde que é realizada durante as consultas, onde o enfermeiro tem, por missão, informar e demonstrar o autoexame da mama, não esquecendo a relação empática que deve estabelecer com a utente.

Os restantes itens não apresentam valores de comunalidades tão próximos, embora se possa identificar, no 2º grupo o aspeto de promoção da saúde através da sensibilização e aconselhamento das utentes, tanto para a realização da mamografia, como para as consultas de vigilância de saúde com regularidade. No que diz respeito ao item 3, relacionado com a clareza da linguagem, este pode ser interpretado como uma característica inerente ao atendimento do enfermeiro. O item 8, informa sobre os resultados dos exames, não é associado às competências do enfermeiro, embora algumas utentes refiram que isso aconteça em situações específicas que serão referidas mais adiante neste estudo.

Os valores médios e respetivos desvios padrões por item, permitem-nos dizer que se encontram dispersos variando entre, 0.399 para o item 3 e 1.886 para o item 5.

Tabela 3. Consistência Interna do Atendimento do Enfermeiro

Nº	Indicadores do atendimento de enfermagem	Média	Dp	Correlação Item/total	α cronbach h/ item	Comunalidades
1	Dá-lhe tempo para que fale dos seus problemas de saúde	4.59	0.884	0.318	0.697	0.797
2	Mostra compreensão pelos seus problemas de saúde	4.70	0.832	0.399	0.689	0.850
3	Utiliza uma linguagem clara que você entende bem	4.87	0.399	0.100	0.720	0.078
4	Informa-a sobre a importância de fazer o Auto Exame da Mama	3.29	1.857	0.584	0.630	0.816
5	Demonstra-lhe como deve ser feito o Auto Exame da Mama	2.91	1.886	0.639	0.612	0.805
6	Aconselha-a para que faça a mamografia de rastreio	2.67	1.873	0.556	0.638	0.638
7	Informa-a sobre a importância de ir às consultas de vigilância/rotina com regularidade	4.20	1.392	0.443	0.670	0.468
8	Informa-a sobre os resultados dos seus exames de saúde	2.40	1.812	0.191	0.735	0.100
Coeficiente <i>Split-half</i>		Primeira metade = 0.386 Segunda metade = 0.599				
Coeficiente α Cronbach global		0.708				

3.1.3. Procedimentos

Previamente à entrevista, as mulheres foram esclarecidas acerca do âmbito e objetivos do estudo, como também, da garantia de anonimato com relação às suas respostas e aos seus dados, tendo assinado o seu consentimento informado para a realização da mesma (ver Anexo IV). Consideramos também relevante sensibilizá-las para a importância da sua participação no estudo, uma vez que a aquisição de informação e conhecimentos, durante e após a entrevista, poderia repercutir-se na sua decisão de participação no PRCM.

As mulheres participantes no estudo foram contactadas em dois *settings* distintos:

(i) No domicílio foram entrevistadas as mulheres que não compareceram à execução da mamografia aquando da convocatória. No final da entrevista, foi realizada Educação em saúde, de forma personalizada, com o intuito de esclarecer as dúvidas ou lacunas de conhecimento demonstradas, para sensibilizar as participantes a realizar o seu exame ainda nesta volta de rastreio. Além disso, eram abordados aspetos relativos à organização e missão do PRCM, desenvolvido pela LPCC.

Neste contexto, deparamo-nos com algumas dificuldades, nomeadamente, relacionadas com a não atualização dos dados presentes nas listas (nomes, moradas, telefone, médico de família, centro de saúde), pelo que houve necessidade de confirmação dos mesmos através do Sistema Informático das Unidades de Saúde (SINUS). As discrepâncias dos dados eram numerosas pelo que passamos a corrigi-los nas listas que, posteriormente, seriam devolvidas à LPCC para que procedessem à sua atualização para as voltas de rastreio futuras.

(ii) No Centro de Saúde de Aveiro, junto à unidade de rastreio, foram chamadas a participar as mulheres que tinham ido fazer a sua mamografia. É de referir que, neste contexto, as participantes não eram tão expansivas nas respostas, mostravam pressa em terminar a entrevista pelo tempo que poderiam despende e por preocupações relativas aos seus afazeres, principalmente, aquelas que estavam a faltar ao emprego.

Critérios de operacionalização e validação das variáveis

A operacionalização de variáveis ou conceitos possibilitam, não só a mensuração ou classificação de respostas ou relatos de maneira que estes possam ser observados, mas também, estabelecer a ponte entre a teoria e a prática. Em suma, as definições operacionais pretendem ser enunciados de indicadores empíricos (Fortin & Nadeau, 1999).

Inicialmente, e a fim de tornar exequível a análise quantitativa dos dados, foi necessário efetuar procedimentos no sentido de operacionalizar as variáveis em estudo. Como já foi referido, a maioria das questões do instrumento de recolha de dados era de natureza mista, ou seja, apresentavam respostas categorizadas *a priori*, embora deixassem em aberto outras possibilidades de resposta, determinando uma relativa pulverização das mesmas, o que mereceu, posteriormente, um tratamento detalhado no sentido de categorização e codificação da informação resultante (Sampieri, et al., 2003).

Assim, com base na revisão de literatura e na experiência da investigadora (Strauss & Corbin, 2008) no âmbito dos cuidados de saúde relativos à deteção precoce do cancro da mama, passamos a apresentar os procedimentos e critérios de categorização e operacionalização das variáveis em estudo:

(i) Para definição da variável endógena, adesão ao PRCM, estabelecemos como critério a realização da mamografia na volta de rastreio que decorreu entre Outubro 2009 e Maio 2010;

(ii) As categorias estabelecidas para os indicadores de **conhecimentos** e **comportamentos** foram sustentadas nas *guidelines* do rastreio do cancro da mama presentes no PNPCDO (Ministério da Saúde, 2007b) e que estão descritas nos quadros a seguir;

(iii) Todas as variáveis de categoria nominal foram codificadas em variáveis quantitativas como sugere Maroco (2003).

(iv) Numa fase inicial, cada uma das respostas do instrumento de recolha mereceu tratamento estatístico como indicadores isolados (variáveis exógenas) que, posteriormente, foram agrupadas para formar as variáveis compostas, permitindo a análise dos dados segundo uma perspetiva mais assertiva e complexa do fenómeno. Desta forma, cada uma das variáveis compostas - **Perfil de conhecimentos, Perfil de comportamentos; Motivações de adesão; Acessibilidade aos Cuidados de Saúde Primários; Atendimento dos prestadores de cuidados de Saúde** – é o resultado do somatório dos itens (posteriormente codificados) dos grupos de variáveis indicadoras que as caracterizam e que apresentaremos nos quadros a seguir;

(v) Para aumentar a potência de análise, em que se pretende comparar os grupos de casos, foi necessário categorizar algumas variáveis que pertencem ao mesmo conceito (de cada variável composta) e cujas respostas se baseiam em escalas diferentes. Para tal utilizamos o «método dos grupos extremos revisto», que visa criar posições face à central a partir da fórmula: **Média \pm 0.25*dp** (Pestana & Gageiro, 2005). Para cada variável foram calculados os *scores* em dois ou três intervalos mutuamente exclusivos (conforme os cálculos), de forma a obtermos uma informação mais detalhada acerca da mesma. As variáveis indicadoras envolvidas neste estudo que obtiveram o respetivo tratamento foram: **Grau de Literacia do Rastreio do Cancro da Mama** (Bom Grau de Literacia \leq 10, Fraco Grau de Literacia \geq 11); **Grau de conhecimentos sobre a missão e funcionamento do PRCM** (Sem conhecimentos \leq 3, Fracos conhecimentos=4–6, Bons conhecimentos \geq 7); **Tipo de atendimento do enfermeiro nas consultas** (Fraco atendimento \leq 28, Moderado atendimento=29-30, Bom atendimento \geq 31); **Tipo de atendimento do médico nas consultas** (Fraco atendimento \leq 29, Moderado atendimento=30-32, Bom atendimento \geq 33).

Da mesma forma, para todas as variáveis compostas foram calculados os grupos de corte através do mesmo método: **Perfil de Conhecimentos acerca do PRCM** (Fraco perfil de conhecimentos \geq 21; Moderado perfil de conhecimentos=20, Bom perfil de conhecimentos \leq 19); **Perfil de Comportamentos de Rastreio do Cancro da Mama** (Concordantes \leq 7, Não concordantes \geq 8); **Acessibilidade aos Cuidados de Saúde Primários** (Fracas acessibilidade \geq 15, Razoável acessibilidade=14, Boa acessibilidade: \leq 13); **Atendimento dos Prestadores de Cuidados de Saúde** (Fraco atendimento \geq 10, Razoável atendimento=9, Bom atendimento \leq 8); **Motivações de adesão e não adesão ao PRCM** (Poucas motivações \geq 8, Muitas motivações \leq 7).

É de ressaltar que estas são inversamente cotadas, ou seja, quanto maior a cotação, menor é a menção qualitativa referente a cada uma delas.

Os quadros seguintes mostram a operacionalização de cada variável composta a partir das codificações e cotações para cada variável indicadora e a sua conceptualização.

A) Perfil de Conhecimentos acerca do PRCM

O quadro 3 mostra a operacionalização, cotação e definição da variável Perfil de conhecimentos acerca do PRCM a partir das variáveis indicadoras que a integram, sendo classificada em três índices: Bom, Moderado e Fraco.

Quadro 3. Categorização, definição e cotação das variáveis indicadoras do Perfil de Conhecimentos acerca do PRCM

Variáveis indicadoras	Categorização e Definição	Cotação
1-Escolaridade	-Licenciatura e mestrado/doutoramento	1
	-Secundário	2
	-2º e 3ºs ciclos	3
	-Não sabe ler nem escrever e 1º ciclo	4
2- Grau de Literacia	-Boa: Lê corretamente todas as palavras	1
	-Fraca: Não soube ler nenhuma palavra	2
3- Conhecimento dos Exames de deteção do CM	-Bons: Respondeu aos <u>três exames</u> de deteção (mamografia, Autoexame da mama, exame clínico)	1
	-Moderados: Respondeu corretamente <u>a dois exames</u> de deteção	2
	-Fracos: Respondeu corretamente <u>somente a um exame</u> de deteção	3
	-Sem conhecimentos: Não respondeu <u>a nenhum</u> exame de deteção	4
4- Conhecimento sobre a Mamografia	-Bons: Respondeu que a mamografia é um <u>exame radiológico</u> para <u>deteção de nódulos na mama</u>	1
	-Fracos: Respondeu <u>corretamente a dois dos indicadores</u> definidores sublinhados	2
	-Sem conhecimentos: Não souberam responder	3
5-Leu ou ouviu falar sobre o PRCM	-Sim	1
	-Não	2
6-Grau de conhecimentos sobre a missão e funcionamento do PRCM	-Bons: Respondeu utilizando todos os indicadores definidores (mamografia, gratuito, deteção precoce/prevenção, cancro da mama, mulheres, carta/convocatória, LPCC, unidades móveis/carrinhas)	1
	-Fracos: Respondeu utilizando pelo menos quatro (metade) dos indicadores definidores	2
	-Sem conhecimentos: Não utilizou nenhum dos indicadores definidores do PRCM	3
	-Não respondeu: Ausência de resposta	4
7-Acesso a meios de informação acerca do PRCM	-Todos os meios de informação	1
	-Meios formais: convocatória; informação nos centros de saúde; enfermeiro; médico, palestras, local de trabalho	2
	-Meios formais e de comunicação social	3
	-Meios informais e formais	4
	-Meios informais e de comunicação social	5
	-Meios de comunicação social: internet; publicidade por correio e nos locais públicos; TV; jornais	6
	-Meios informais: familiares; vizinhos; amigos; colegas de trabalho; pároco	7
	-Nenhum meio de informação	8
8-Conhecimento sobre a entidade que promove o PRCM	-Sabe responder: respondeu a <u>LPCC</u>	1
	-Não sabe responder: respondeu outra entidade qualquer	2
	-Não sabe: não respondeu nenhuma	3
9-Clareza da informação presente na convocatória	-Sim	1
	-Não	2
	-Não leu	3
	-Não recebeu a carta	4
10-Conhecimento sobre a frequência da mamografia	-Sabe responder: respondeu de <u>2 em 2 anos</u>	1
	-Não sabe responder: respondeu outra periodicidade qualquer	2
11-Conhecimento da idade de início do rastreio preconizada no PRCM	-Sabe responder: respondeu a <u>partir dos 45 anos</u> de idade	1
	-Não sabe responder: respondeu outra idade qualquer	2

B) Perfil de Comportamentos de Rastreamento do Cancro da Mama

O quadro 4 apresenta os indicadores que tomamos em consideração para a construção da variável Perfil de Comportamentos de Rastreamento do Cancro da Mama que obteve uma classificação em dois grupos extremos: **comportamentos concordantes** e **não concordantes**.

Quadro 4. Categorização, definição e cotação das variáveis indicadoras do Perfil de Comportamentos de Rastreamento do Cancro da Mama

Variáveis indicadoras	Categorização e Definição	Cotação
1-Realização de mamografias	-Sim -Não	1 2
2-Idade da primeira mamografia	-Recomendada: fez o exame aos 45 anos -Não recomendada: fez o exame com outra idade -Nunca fez mamografia	1 2 3
3-Periodicidade desde a última mamografia	-Recomendada: fez o exame há 2 anos e/ou vem fazer hoje -Não recomendada: fez o exame com outra periodicidade -Nunca fez mamografia	1 2 3
4-Regularidade entre as mamografias	-Recomendada: faz o exame a cada 2 anos -Não recomendada: faz o exame com outra regularidade -Nunca fez mamografia	1 2 3
5-Realização da mamografia na unidade de rastreio	-Sim -Não	1 2

C) Motivações de Adesão ao PRCM

O quadro 5 apresenta as variáveis indicadoras da variável composta, Motivações de adesão ao PRCM.

Relativamente às questões presentes no instrumento de colheita de dados, foram categorizadas da seguinte forma: (i) o indicador 1, referente ao Grau de importância que as mulheres concedem ao PRCM foi cotado inversamente, sendo a mais baixa cotação para a importância máxima; (ii) os indicadores 2 e 3 relativos aos Motivos que levam as mulheres a aderir e não aderir ao PRCM, foram considerados com base nas opções de escolha às questões 33 e 34 da entrevista, ou seja, foram tomados para este grupo de variáveis, os primeiros motivos respondidos pelas participantes no estudo. Não foram, portanto, considerados os motivos da resposta à questão 35 em que se pedia, às mulheres, que partilhassem outro motivo. Assim, numa fase inicial, os motivos foram categorizados segundo as dimensões da adesão apontadas pela WHO (2003): (1) motivos socioeconómicos; (2) motivos relacionados com o sistema de

cuidados de saúde; (3) motivos relacionados com o PRCM; (4) motivos relacionados com a doença; (5) motivos relacionados com a mulher.

Devido ao facto de cada mulher ter a possibilidade de resposta múltipla conduzindo a um maior número de categorias, tornou a análise, destes dados, pouco significativa pela diversidade apresentada de baixas frequências (absolutas e relativas), impossibilitando a aplicação de alguns testes estatísticos. Desta forma, optámos por categorizar em, motivos intrínsecos (motivos 4 e 5) e extrínsecos à mulher (motivos 1, 2 e 3) (re)agrupando as cinco categorias anteriores em apenas duas. As respostas foram analisadas caso a caso, tendo sido cotadas de acordo com a agregação das várias alternativas de resposta (cf. quadro 5). A variável composta assumiu, então, a classificação em, **poucas** ou **muitas motivações**.

Quadro 5. Categorização e definição das variáveis indicadoras das Motivações de adesão

Variáveis	Categorização e Definição	Cotação
1-Grau de importância do PRCM	-Muito importante	1
	-Importante	2
	-Pouco importante	3
	-Sem importância	4
	-Sem opinião	5
2-Motivos das mulheres para a adesão ao rastreio	-Motivos intrínsecos e extrínsecos	1
	-Motivos intrínsecos: relacionados com a doença e com a mulher	2
	-Motivos extrínsecos: socioeconómicos, relacionados com o sistema de cuidados e com o PRCM	3
	-Sem motivos	4
3-Motivos das mulheres para a não adesão ao rastreio	-Motivos intrínsecos e extrínsecos	1
	-Motivos intrínsecos: relacionados com a doença e com a mulher	2
	-Motivos extrínsecos: socioeconómicos, relacionados com o sistema de cuidados e com o PRCM	3
	-Sem motivos	4

D) Acessibilidade aos Cuidados de Saúde Primários

O quadro 6 mostra-nos os indicadores constituintes da variável composta, Acessibilidade aos Cuidados de Saúde Primários. Depois de calculados os grupos extremos, esta variável assumiu três *scores*, nomeadamente, **boa**, **razoável** e **fraca acessibilidade**.

Quadro 6. Categorização, definição e cotação das variáveis indicadoras da Acessibilidade aos Cuidados de Saúde Primários

Variáveis indicadoras	Categorização e Definição	Cotação
1-Frequenta o centro de saúde (CS)	-Sim	1
	-Não	2
2-Periodicidade com que vai ao CS	-Anualmente	1
	-2 vezes/ano	2
	-2-4 vezes/ano	3
	-Mais que 4 vezes/ano	4
	-Não costuma ir ao centro de saúde	5
3-Utiliza carro próprio para deslocar-se ao CS	-Sim	1
	-Não	2
	-Não vai ao CS	3
4-Desloca-se a pé para ir ao CS	-Sim	1
	-Não	2
	-Não vai ao CS	3
5-Utiliza motocicleta/bicicleta para ir ao CS	-Sim	1
	-Não	2
	-Não vai ao CS	3
6-Utiliza transportes públicos para ir ao CS	-Sim	1
	-Não	2
	-Não vai ao CS	3
7-Frequenta consultas de vigilância no CS	-Sim	1
	-Não	2
	-Não vai ao CS	3

E) Atendimento dos Prestadores de Cuidados de Saúde

No quadro 7 apresentamos as variáveis indicadoras que determinamos para a construção da variável, **Atendimento dos Prestadores de Cuidados de Saúde**. Para esta variável consideramos o tipo de atendimento por do médico, enfermeiro ou outro profissional, desde que seja o que a mulher contacta regularmente. Os três *scores* de classificação desta variável englobam: **bom, razoável e fraco atendimento**.

Quadro 7. Categorização, definição e cotação das variáveis indicadoras do Atendimento dos Prestadores de Cuidados de Saúde

Variáveis indicadoras	Categorização e Definição	Cotação
1-Profissional de saúde que contacta em caso de necessidade	-Enfermeiro	1
	-Médico de família	2
	-Ginecologista	3
	-Médico particular/especialistas	4
	-Médico do trabalho	5
	-Médico das urgências	6
	-Outros (e.g. farmacêutico, naturista)	7
	-Não recorre a nenhum	8
2-Tipo de atendimento do enfermeiro nas consultas (empatia; partilha de informação; aconselhamento)	-Bom	1
	-Moderado	2
	-Fraco	3
	-Não é atendida pelo enfermeiro (nunca ou regularmente)	4
3-Tipo de atendimento do médico nas consultas (empatia; partilha de informação; aconselhamento)	-Bom	1
	-Moderado	2
	-Fraco	3
	-Não tem médico regular	4

3.2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS: FASE 1

“Hoje sabemos ou suspeitamos que as nossas trajetórias de vida pessoais e colectivas (enquanto comunidades científicas) e os valores, as crenças e os prejuízos que transportam são a prova íntima do nosso conhecimento, sem o qual as nossas investigações laboratoriais ou de arquivo, os nossos cálculos ou os nossos trabalhos de campo constituiriam um emaranhado de diligências absurdas sem fio nem pavio.”

(Sousa Santos, 2007, p. 53)

3.2.1. Caracterização do contexto

Como já foi referido anteriormente, o domicílio e o Centro de Saúde de Aveiro (sala de espera junto à unidade de rastreio) foram os contextos físicos onde se recolheram os dados para este estudo.

Desta forma, a análise do fenómeno da adesão ao comportamento de prevenção do cancro da mama no Concelho de Aveiro desenvolveu-se nos contextos naturais onde vivem e se movem as pessoas, ambientes estes, repletos de extrema riqueza pelo que não podemos deixar de apresentar alguns excertos que a matizam, segundo as perspetivas das entrevistadas. Os autores

Anderson e Arsenault (1998, p. 119) referem que o investigador deve lograr desta oportunidade em contextos naturais por «estar no lugar certo na altura certa».

As dificuldades inerentes a um trabalho de investigação, tanto ao nível do planeamento das atividades, como da sua operacionalização devem ser avaliadas através da influência de certos fatores, que à primeira vista parecem de pouco significado, mas com efetiva capacidade para alterar, positiva ou negativamente, o decurso das atividades. De entre estes podemos destacar:

- (i) Os dados desatualizados presentes nas listas das mulheres convocadas, essencialmente, devido a questões relativas à mobilidade da população, principalmente as mulheres nas faixas etárias dos 40-50anos, por situações de emigração, mudança de residência e outros;
- (ii) As condições atmosféricas e o período diurno mais curto que caracteriza o Inverno;
- (iii) A desconfiança dos inquiridos perante pessoas estranhas, mesmo com identificação, embora esta situação seja compreensível pelo número crescente de sinistralidade.

A recolha de dados no contexto domiciliário tem sido dificultada devido à mobilidade da população alvo e aos dados desatualizados presentes nas listas que a LPCC nos facultava, semanalmente. Os principais problemas com que nos temos debatido são os seguintes: óbitos; mulheres emigradas; moradas erradas (ruas inexistentes ou desconhecidas); mudança de residência. Outros aspetos, também, determinantes para o desenrolar do trabalho: a época do ano, sendo que o Inverno dificulta o acesso às mulheres, tanto pelo clima, como pelos dias mais curtos em que as pessoas se recolhem mais cedo; outras encontram-se a trabalhar no horário em que as procuramos (segundo informação posterior das mesmas ou dos vizinhos), tendo que voltar várias vezes para, depois se recusarem responder; a desconfiança em relação aos entrevistadores (embora identificados com crachás). Muitas vezes faço as entrevistas ao fim de semana, principalmente, nas freguesias suburbanas e urbanas em que as mulheres trabalham fora de casa, o que não se verifica tão amiúde nas rurais. (Notas_1)

- (iv) A empregabilidade das mulheres desta amostra nas freguesias periurbanas e urbanas, o que dificultava o acesso e a entrevista durante o período diurno e semanal. Muitas vezes, a única opção foi o contacto ao fim de semana.

Em Esgueira (à semelhança com outras freguesias suburbanas), muita dificuldade em aceder às mulheres, sendo que às horas do dia que as encontramos em casa (muito tardias - a partir das 19:30- e nesta altura do ano é muito escuro e difícil andar na rua a fazer o inquérito), estas não tinham disponibilidade para nos atender. Alegavam que tinham acabado de chegar do trabalho; horas de se recolher; de fazer jantar...). Além deste aspeto, as pessoas são mais fechadas... não se abrem com tanta facilidade e são mais desconfiadas. Não abrem a porta e falam connosco pelo intercomunicador impossibilitando o contacto visual importante na quebra do gelo inicial. Muitas moradas não estavam ocupadas pela pessoa indicada nas listas; mudança de residência; alugada a terceiros; durante a semana não era possível encontrar ninguém em casa. As mulheres que conseguimos contactar, foram-no ao fim de semana e após várias tentativas de contacto. (Notas_13)

Foi especialmente difícil entrevistar algumas senhoras na hora em que as procurávamos. Muitas delas trabalhavam e só estavam em casa ao final do dia. Assim, houve dias em que batemos a 7 ou 8 portas e fizemos apenas uma entrevista ou nenhuma. O horário do final do dia era também complicado por ser a hora de começar a fazer o jantar e arranjar as coisas para o dia seguinte. No entanto, a generalidade das inquiridas mostrou-se bastante recetiva. E, em todo o caso, mesmo nos dias em que não estava ninguém em casa, pelo menos ficávamos já a saber a rua e morada. (Notas_AL_36)

- (v) A falta de literacia e o analfabetismo de algumas das participantes, dificultava a validação dos seus dados pessoais aquando a realização da mamografia na unidade de rastreio, o que poderá dificultar a atualização dos mesmos na base de dados da LPCC.

Durante as entrevistas no centro de saúde tive oportunidade de observar que algumas mulheres não sabem a sua morada.... Enganam-se na freguesia a que pertencem, ou então não têm a certeza do nº ou mesmo do nome da rua... pareceu-me que alguns nomes de rua se alteraram e as pessoas não tiveram conhecimento, continuando a referir-se ao nome antigo. Quando falei neste aspeto com as técnicas da unidade de rastreio, confirmaram as minhas suspeitas e acrescentaram que as utentes nem sempre levam o cartão de utente e o bilhete de identidade, o que dificulta a validação desses dados. (Notas_73)

- (vi) O desenvolvimento da empatia aquando o contato com as inquiridas permitiu desencadear algum dinamismo ao trabalho de campo e ao seu sucesso pela exploração e aprendizagens que se criaram e pelo desenvolvimento de idiosincrasias próprias destes contextos.

(...) falavam de outros aspetos da sua vida. Dificuldades financeiras; problemas de solidão; problemas familiares; problemas de saúde.... No final, agradeciam sempre a oportunidade de terem sido entrevistadas (compreendendo a importância que o seu testemunho pode ter para o estudo) e por terem sido ouvidas com atenção. (Notas_10)

A etapa da entrevista, da procura porta a porta é também muito rica pelo dinamismo e capacidade de exploração que ajuda a desenvolver no entrevistador. (...) (Notas_AL_36)

Embora as questões fossem simples e bem direcionadas, acabei sempre por saber mais sobre cada mulher entrevistada do que apenas o que as respostas a essas questões permitiam. Muitas mulheres contaram as suas histórias de vida, as suas histórias clínicas, particularmente aquelas que já tinham passado pela situação de cancro da mama ou suspeita. Assim que nos sentávamos para iniciar a entrevista e encetávamos o tema, os olhos enchiam-se de lágrimas e aquelas senhoras, que até nos haviam dito que não podiam demorar, desenrolavam os seus percursos de vida e saúde, as suas angústias, num discurso muito difícil de interromper, situações que naturalmente muito nos emocionavam também no papel de entrevistadores, por toda a sensibilidade e emocionalidade inerente ao ser humano e, de modo particular, aos estudantes da área da saúde. Era como se aquelas senhoras não falassem sobre aquilo há muito tempo e precisassem realmente de o fazer. (Notas_AL_33)

- (vii) As especificidades relacionadas com questões geodemográficas, nomeadamente, a dispersão geográfica de algumas freguesias implicou alterações na (re)distribuição

dos recursos financeiros e humanos para colmatar algumas das dificuldades acima referidas e assim tornar o processo mais célere e eficaz.

Em Esgueira, inicialmente estavam distribuídas duas pessoas da equipa para efetuar as entrevistas nesta zona e depois houve necessidade de redistribuir mais pessoas de acordo com os horários em que as mulheres mostram mais disponibilidade. Um dos entrevistadores que vivia nesta localidade ficou de contactar as mulheres da sua zona, eu fiquei ao fim de semana e ainda outro elemento procurará as restantes áreas. (Notas_13)

Na freguesia de S. Jacinto, entendemos por bem, contornar as dificuldades que se prendem com as suas características geodemográficas. Freguesia situada a Este da Ria de Aveiro e Oeste pelo Atlântico, em que o acesso diário faz-se por *ferry* ou pelo único limite terrestre com o Concelho da Murtosa o que obrigaria a deslocações de 40 Km por terra ou então por *ferry*. Desta forma, optámos por contactar, previamente, as mulheres com a colaboração da enfermeira da Unidade de Saúde de S. Jacinto, que nos forneceu indicações mais precisas das suas moradas, bem como, para aquelas mulheres que se mostrassem disponíveis, viriam a ser entrevistadas na unidade de saúde, em sala própria para o efeito. (Notas_77)

- (viii) As prioridades das inquiridas nem sempre se coadunam com as questões relacionadas com a saúde/doença, sendo as suas vidas caracterizadas por uma diversidade de fatores que podem ser, mais ou menos, facilitadores dessas escolhas.

Recordo-me de chegar a uma casa, bater à porta e a Sra. ter assumido à janela. Depois de explicar o que pretendia, diz que não podia atender-me nesse momento porque estava a ajudar uma gatinha no parto de uma ninhada... Voltei mais tarde e atendeu-me. Explicou-me todo o procedimento que realizou para fazer nascer os gatinhos e uma entrevista que duraria 15 minutos ficou por 45'. (Notas_1)

Esta mulher vive em "exílio" há vários anos (6 anos). Tem 54 anos, desempregou-se (trabalho de que gostava muito) para cuidar da mãe que está acamada. Contou-me todos os cuidados que lhe presta e fez questão de apresentar-me a mãe. Esta está um esmero, desde o posicionamento correto para impedir as úlceras de pressão, até à alimentação cuidada e à higiene geral impecável. Diz que não vai de férias desde essa altura e que se sente exausta, mas não confia, a mãe, a mais ninguém. Está com uma depressão, mas não tem tempo de ir ao médico e ainda tem de apoiar a filha que perdeu o noivo num acidente de viação, pouco tempo antes de casarem. (Notas_72)

Não obstante, entendemos ser importante salvaguardar que alguns destes constrangimentos devem ser encarados como sendo caracterizadores do contexto social da população de mulheres do Concelho de Aveiro podendo, *per si*, influenciar a participação destas no PRCM.

3.2.2. Caracterização das participantes

A amostra é constituída por 805 participantes de uma população de 13.948 (5.8%) mulheres com idades entre os 45-70 que foram convocadas para a realização da mamografia no âmbito do Programa de Rastreio do Cancro da Mama (PRCM) que decorreu entre Outubro de 2009 e Maio de 2010, no Concelho de Aveiro. No domicílio foram entrevistadas 67.5% das mulheres que haviam faltado à convocatória, no entanto, quando contactadas, 26.4% já havia realizado o exame. No centro de saúde foram entrevistadas 32.5% das mulheres, aquando a sua ida à unidade móvel para a realização da mamografia. Em síntese, do total da amostra 44.2% aderiram ao rastreio e 55.8% não o fizeram.

No que diz respeito à **idade**, esta foi agrupada, inicialmente, em seis escalões etários homogéneos, que integram as mulheres em idades de rastreio (cf. tabela 4). É de referir que no escalão etário, inferior (≤ 49 Anos) a idade mínima é de 44 anos, sendo convocadas mulheres que completavam os 45 anos no ano da recolha. O escalão superior (≥ 70 Anos), deve-se ao facto da LPCC aceitar rastrear mulheres com idades superiores aos 69 anos, se assim for o seu desejo, sendo que, nesta amostra a idade máxima é de 73 anos. O grupo etário dos 50-54 anos representa 30.2% das mulheres, seguido de 27.7% (≤ 49 anos). Os outros escalões etários, nomeadamente, 55-59 anos, 60-64 anos e 65-69 anos apresentam, respetivamente, os valores percentuais de 16.1%, 13.7% e 10.9%. Apenas 1.4% das mulheres tinham idade igual, ou superior a 70 anos. Nesta amostra, a idade mínima é de 44 anos, a máxima de 73 anos e a média de idades de 54.35. A mediana é de 53 anos, a moda 45 anos e com um desvio padrão de 7.19.

Tabela 4. A distribuição da amostra segundo os grupos etários

Grupos etários	N	%
≤ 49 Anos	223	27.7
50 - 54 Anos	243	30.2
55 - 59 Anos	130	16.1
60 - 64 Anos	110	13.7
65 - 69 Anos	88	10.9
≥ 70 Anos	11	1.4
Total	805	100

Quanto ao **estado civil**, maioritariamente (75.6%) são casadas ou vivem em união de facto, 11.2% são solteiras ou separadas. As mulheres viúvas e solteiras representam, respetivamente, 7.6% e 5.6% do total da amostra.

Na nossa amostra, a maioria (52.9%) das mulheres **reside** em localidades periurbanas, 26.2% nas zonas rurais e 20.9% na cidade.

Apenas 2.4% das mulheres deste estudo tinham **nacionalidade** estrangeira (emigrantes dos países de leste) e a maioria (97.6%) eram portuguesas ou provenientes de países de expressão portuguesa (brasileiras e africanas).

Relativamente às **habilitações literárias**, 37.4% das participantes completaram o 1º ciclo do ensino básico e 16.9%, a licenciatura. Os restantes níveis de instrução variavam entre os 12.2% (2º ciclo) e os 16.3% (secundário). Apenas 1.5% das mulheres não sabiam ler nem escrever.

As profissões consideradas neste estudo tiveram como suporte a Classificação Nacional das Profissões, que apresenta nove grupos profissionais, nomeadamente: Grupo 1-Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa; Grupo 2-Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas; Grupo 3-Técnicos e profissionais de Nível Intermédio; Grupo 4-Pessoal Administrativo e Similares; Grupo 5-Pessoal dos Serviços e Vendedores; Grupo 6-Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas; Grupo 7-Operários, Artífices e Trabalhadores Similares; Grupo 8-Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem; Grupo 9-Trabalhadores Não Qualificados (IEFP, 2010).

A percentagem entre as mulheres que desempenham uma **profissão** e as que não o fazem é muito próxima, respetivamente de 56.5% e 43.4%. Das mulheres que trabalham, o percentual mais elevado (27.9%) são trabalhadoras não qualificadas e 22.7% são especialistas das profissões intelectuais e científicas, o que está concordante com as habilitações literárias. Apenas 1.1% pertence aos quadros superiores da administração pública e empresas. Das mulheres que não trabalham, a maioria está desempregada (52.9%) e 39.4% reformada. As restantes encontram-se em situação de invalidez temporária ou definitiva.

Síntese

A nossa amostra é constituída por 805 mulheres cuja idade mínima é 44 anos e a máxima 73 anos. O grupo etário com maior frequência é o dos 50-54 anos e, o de menor, ≥ 70 anos, uma vez que estas últimas não pertencem ao grupo das mulheres convocadas pelo PRCM. A maioria das participantes é casada e de nacionalidade portuguesa. Cerca de um terço possui o 1º ciclo do ensino básico e um sexto a licenciatura. O valor percentual das mulheres que desempenham uma profissão e as que não o fazem, equivale a cerca de metade do total da amostra. Das que

desempenham uma profissão, a maior percentagem são trabalhadoras não qualificadas, seguida das especialistas das profissões intelectuais e científicas. Quanto às que não trabalham, a maioria estão desempregadas, sendo as restantes reformadas ou com invalidez temporária ou definitiva.

3.2.3. Descrição dos resultados

Características sociodemográficas

Procuraremos, neste subcapítulo, descrever a relação existente entre as variáveis sociodemográficas e a adesão ao PRCM (variável endógena). Deste grupo de variáveis exógenas, estudaremos: a idade; o estado civil; a nacionalidade; as habilitações literárias; a situação laboral.

Começando pela idade, entendemos (re)categorizar em três grupos etários que nos parecem ser os mais significativos no que diz respeito ao comportamento de adesão.

Efetivamente, na tabela 5 verificamos que, 37.6% das mulheres têm idade ≥ 56 anos, 34.7% têm idade entre os 50-55 anos e 27.7% < 50 anos. As mulheres com idades compreendidas entre 50-55 anos aderem menos ao PRCM, enquanto as mulheres dos outros grupos etários (as mais novas, idade < 50 anos; as mais velhas, idade ≥ 56 anos) aderem mais ($X^2=53.147$; $p=0.000$). Este achado na nossa amostra apresenta uma tendência diferente comparativamente com os dados estatísticos da LPCC referentes às taxas de participação nas voltas de rastreio 4, 5 e 6, sendo que as mulheres mais novas aderem menos ao rastreio.

Efetivamente, dos dados que obtivemos da LPCC, podemos observar que as taxas de participação são mais baixas nas mulheres com ≤ 45 anos de idade, na ordem do 30% enquanto nas outras faixas etárias (> 45 anos) é de 50 %.

O inusitado achado no nosso estudo pode, na nossa opinião, dever-se a três aspetos: (1) a LPCC pode ter convocado as mulheres através de listas compostas por idades e de acordo com um período de tempo onde mulheres mais novas estivessem em maior número, refletindo-se num efeito de viés na adesão; (2) pelos dados da LPCC, as taxas de adesão inferiores nas mulheres mais novas (45 anos) pode significar que estas mulheres procuram o sistema de saúde privado e menos o PRCM, mas também são nestas faixas etárias que as listas apresentam mais necessidade de atualização dos dados (e.g. efeitos de moradas erradas, mudança de residência); (3) pelos dados da LPCC, as mulheres não comparecem a primeira vez, mas já o fazem à segunda convocatória e seguintes, o que pode significar que após um momento de adesão, tanto os

dados pessoais são atualizados, como as mulheres podem ficar sensibilizadas para continuar a aderir ao programa.

Não obstante, a LPCC continua a ter um total de mulheres a convocar muito superior aos efetivos na população (um denominador mais elevado ao que verdadeiramente corresponde, pois existem mulheres que nunca vão participar e já o manifestaram), tornando urgente a atualização das listas por forma a otimizar os recursos e promover a efetividade do programa de rastreio. Desta forma, acreditamos que os resultados obtidos pela LPCC seriam mais aproximados dos do nosso estudo.

Relativamente ao **estado civil**, na nossa amostra existe uma maior percentagem de mulheres casadas (75.6%) e 24.4% de mulheres sem companheiro (solteiras, separadas e viúvas). Não existe diferença significativa entre o estado civil e a adesão e não adesão ao PRCM.

Quanto à **localidade onde residem**, os resíduos ajustados mostram uma relação estatisticamente significativa entre as mulheres que vivem na cidade e a adesão ao rastreio (26.4%), enquanto a não adesão (56.6%) acentua-se nas mulheres que vivem nas zonas periurbanas ($X^2 = 12.137$; $p = 0.002$).

A **língua materna** das mulheres pode ser um aspeto importante devido à apreensão das mensagens sobre o rastreio do cancro. Neste estudo, a quase totalidade da amostra fala a língua portuguesa (97.6%), mas as diferenças não são significativas entre as que aderem e não aderem ao rastreio.

Como **habilitações literárias**, 37.4% apresenta o ensino básico, não existindo relação, estatisticamente significativa, entre as mulheres aderentes e não aderentes ao rastreio. Com o ensino superior verificamos uma percentagem de 18.5% das mulheres, sendo que, 21.6% delas não adere ao rastreio e unicamente, 14.6% o faz. A significância estatística mais relevante situa-se ao nível do ensino universitário para as mulheres licenciadas que têm comportamentos de não adesão mais acentuados (19.6%), como se pode verificar pelo valor do resíduo ajustado.

Tabela 5. A adesão e não adesão ao PRCM em função dos grupos etários, o estado civil, a residência, a nacionalidade e as habilitações literárias

Variáveis	Aderem		Não aderem		Total		Resíduo ajustado	
	n	%	n	%	N	%	Aderem	Não aderem
Grupos Etários								
<50 Anos	125	35.1	98	21.8	223	27.7	4.2	-4.2
50-55 Anos	75	21.1	204	45.4	279	34.7	-7.2	7.2
≥ 56 Anos	156	43.8	147	32.7	303	37.6	3.2	-3.2
Estado Civil								
Solteira/Divorciada/Viúva	90	25.3	106	24.4	196	24.4	0.5	-0.5
Casada/União de facto	266	74.4	342	76.3	608	75.6	-0.5	0.5
Localidade onde reside								
Urbana	94	26.4	74	16.5	168	20.9	3.4	-3.4
Peri-urbana	172	48.3	254	56.6	426	52.9	-2.3	2.3
Rural	90	25.3	121	26.9	211	26.2	-0.5	0.5
Nacionalidade								
Países de língua portuguesa	346	97.2	440	98.0	786	97.6	-0.7	0.7
Países de língua estrangeira	10	2.8	9	2.0	19	2.4	0.7	-0.7
Habilitações literárias								
Não sabe ler e escrever	5	1.4	7	1.6	12	1.5	-0.2	0.2
1º Ciclo do ensino básico	138	38.8	163	36.3	301	37.4	0.7	-0.7
2º Ciclo do ensino básico	46	12.9	52	11.6	98	12.2	0.6	-0.6
3º Ciclo do ensino básico	47	13.2	67	14.9	114	14.2	-0.7	0.7
Ensino secundário	68	19.1	63	14.0	131	16.3	1.9	-1.9
Licenciatura	48	13.5	88	19.6	136	16.9	-2.3	2.3
Mestrado/Doutoramento	4	1.1	9	2.0	13	1.6	-1.0	1.0
Total parcelar /variável	356	100	449	100	805	100		

A tabela 6 diz respeito à **situação laboral**, sendo que 56.5% das mulheres desempenha uma profissão e as restantes 43.4% não o faz, contudo não verificamos diferenças estatisticamente significativas no comportamento de adesão e não adesão ao rastreio ($\chi^2=0.212$; $p=0.645$).

Para possibilitar a aplicação do teste qui-quadrado nesta análise, (re)agrupamos os nove grupos profissionais, anteriormente referidos, em quatro (tabela 6). Assim, as mulheres dos quadros superiores, técnicos e especialistas de profissões intelectuais e científicas são as que menos aderem ao PRCM e as trabalhadoras não qualificadas as que mais aderem, podendo afirmar-se a existência de significância estatística pelo valor do resíduo ajustado apresentado ($\chi^2= 13.705$; $p=0.003$).

Das mulheres que não trabalham, 52.9% estão desempregadas, 39.4% reformadas, 4.9% com invalidez definitiva e 2.9% com invalidez temporária. As mulheres reformadas são as que

mais aderem ao rastreio (45.6%), enquanto as desempregadas são as que menos aderem, com uma percentagem de 57.3%.

Tabela 6. A adesão e não adesão ao PRCM em função da situação laboral

Situação laboral	Aderem		Não Adesão		Total		Resíduo ajustado	
	n	%	n	%	N	%	Aderem	Não aderem
Trabalham	198	55.6	257	57.2	455	56.5	-0.5	0.5
Não trabalham	158	44.4	192	42.8	350	43.4	0.5	-0.5
Totais	356	100	449	100	805	100		
Profissão								
Profissão 1	55	27.8	96	37.4	151	33.2	-2.2	2.2
Profissão 2	54	27.3	74	28.8	128	28.1	-0.4	0.4
Profissão 3	17	8.6	32	12.5	49	10.8	-1.3	1.3
Profissão 4	72	36.4	55	21.4	127	27.9	3.5	-3.5
Totais	198	100	257	100	455	100		
Reformada	72	45.6	66	34.4	138	39.4	2.1	-2.1
Desempregada	75	47.5	110	57.3	185	52.9	-1.8	1.8
Invalidez Temporária	2	1.3	8	4.2	10	2.9	-1.6	1.6
Invalidez Definitiva	9	5.7	8	4.2	17	4.9	0.7	-0.7
Totais	158	100	192	100	350	100		

Legenda: **Profissão 1.** Quadros superiores, técnicos e especialistas profissões intelectuais e científicas; **Profissão 2.** Pessoal Administrativo e Similares e vendedores; **Profissão 3.** Agricultores, Operários, Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem; **Profissão 4.** Trabalhadoras Não Qualificadas

Síntese

As variáveis que não apresentam relação estatisticamente significativa com a adesão são, o estado civil e a nacionalidade.

Aderem mais ao PRCM, as mulheres com idades <50 anos e ≥ 56 anos, as trabalhadoras não qualificadas, as reformadas e as que vivem nas localidades urbanas. Por seu lado, as que aderem menos são as mulheres com idades compreendidas entre 50-55 anos, as licenciadas, as de categoria profissional superior, nomeadamente, as dos quadros superiores, técnicos e especialistas das profissões intelectuais e científicas, as desempregadas e as que vivem nas zonas periurbanas.

Conhecimentos e comportamentos

Como já foi abordado no enquadramento teórico, as conceções behavioristas e deterministas evoluíram para abordagens mais compreensivas dos fenómenos, em que, a adoção de comportamentos saudáveis não estão subordinadas apenas a modelos exógenos onde a causa fundamental é a precária educação da população. Numa perspetiva tradicionalista, os comportamentos inadequados do ponto de vista da promoção da saúde são decorrentes de défices de conhecimentos cuja solução passa, única e exclusivamente, pelo fornecimento da informação científica proveniente do exterior. Com efeito, alguns estudos confirmaram que o saber instituído não resulta, necessariamente, em mudança de comportamento. Desta forma, aponta-se a necessidade de integrar os vários determinantes do comportamento humano, basilares na definição de estratégias de promoção da saúde e prevenção da doença.

Nesta parte da análise averiguaremos em que medida os conhecimentos sobre saúde e deteção precoce do cancro poderão determinar o comportamento de adesão ao PRCM. No que diz respeito a este estudo em particular, o comportamento será observado não só, no que se refere à deteção precoce da doença, mas também, à vigilância em saúde (no âmbito das consultas de vigilância disponíveis nos CSP) e às conceções de saúde e doença relatadas pelas mulheres.

Os conhecimentos aqui indagados são de natureza instrumental, ou seja, os que se relacionam com o PRCM e a mamografia, fundamentais para acionar a procura destes cuidados, junto dos serviços de saúde. Identificá-los, também poderá ser um contributo para a LPCC e para os profissionais de saúde, no sentido de aproximar, as estratégias de promoção da saúde, ao quotidiano da comunidade.

A) Grau de Literacia do Rastreio do Cancro da Mama

Tal como referimos anteriormente, esta escala resultou de uma adaptação da REALM.R e foi desenvolvida e aplicada para este estudo.

Do total da amostra, foi encontrado um caso omissos (0.1%) não valorizável do ponto de vista estatístico (Pestana & Gageiro, 2005). O primeiro passo foi o de avaliar as frequências das respostas dos inquiridos, item a item, de acordo com as suas competências de leitura.

Na tabela 7 podemos observar que, das palavras presentes na Escala de Literacia do Rastreio do Cancro da Mama, 9.4% das mulheres não soube ler, **unidade de rastreio** e 8.7% não soube ler, **Programa Nacional de Rastreio**, mas por outro lado, 95.2% das mulheres soube ler

corretamente, **cancro da mama**. Na ordem dos 2.5%, não conseguiram ler nenhuma das palavras devido a dificuldades visuais.

Tabela 7. Frequências da Escala de Literacia do Rastreio do Cancro da Mama

Nº	Literacia	Soube ler		Não soube ler		Não consegue ler		Total	
		FA	%	FA	%	FA	%	N	%
1	Cancro da mama	766	95.2	17	2.1	21	2.6	804	99.9
2	Mamografia	746	92.7	35	4.3	23	2.9	804	99.9
3	Autoexame	744	92.4	38	4.7	22	2.7	804	99.9
4	Radiação	728	90.4	56	7.0	20	2.0	804	99.9
5	Exame Clínico	758	94.2	26	3.2	20	2.5	804	99.9
6	Unidade de Rastreio	708	88.0	76	9.4	20	2.5	804	99.9
7	Convocatória	732	90.9	50	6.2	22	2.7	804	99.9
8	Nódulo	725	90.1	59	7.3	20	2.5	804	99.9
9	Programa Nacional de Rastreio do Cancro da Mama	714	88.7	70	8.7	20	2.5	804	99.9
10	Liga Portuguesa Contra o Cancro	743	92.3	41	5.1	20	2.5	804	99.9

Para o cálculo das estatísticas da escala, procedeu-se ao somatório de todos os itens e constatamos que o valor mínimo e máximo, tanto para as mulheres que aderiram ao PRCM, como para as não aderentes foram de 10 e 30, respetivamente. A média para a amostra global corresponde a 11.10 valores, com um desvio padrão de 3.46 e um coeficiente de variação de 31.1%, o que sugere uma dispersão alta em torno do valor médio.

Os valores de assimetria e curtose (grau de achatamento e enviesamento de uma distribuição) indicam, tanto para as mulheres que aderem ao PRCM, como para as que não o fazem, curvas leptocúrticas e enviesadas à esquerda, sendo que a distribuição da amostra não é normal, conforme resultado do teste de *Kolmogorov-Smirnov* ($p < 0.001$).

Tabela 8. Estatísticas da Escala de Literacia do Rastreio do Cancro da Mama em função da adesão e não adesão

	Mínimo	Máximo	Média	Dp	K/erro	Sk/erro	KS
Adesão							
Aderem	10	30	10.99	3.174	94	36.9	0.000
Não aderem	10	30	11.19	3.671	78.1	36.6	0.000
Total	10	30	11.10	3.460	117.8	51.5	0.000

Tendo em conta que, quanto menor a sua cotação, melhor é o grau de literacia, cerca de 77.1% das mulheres apresentam um **bom grau de literacia** na leitura de palavras relacionadas com o rastreio do cancro da mama, no entanto, não existem diferenças estatisticamente significativas entre o grau de literacia e o comportamento de adesão (cf. tabela 9)

Tabela 9. A adesão e não adesão ao PRCM em função do Grau de Literacia do Rastreio do Cancro da Mama

Graus de Literacia	Aderem		Não aderem		Total		Resíduo ajustado	
	n	%	n	%	N	%	Aderem	Não aderem
Bom	279	78.6	341	75.9	620	77.1	0.9	-0.9
Fraco	76	21.4	108	24.1	184	22.9	-0.9	0.9
Total	355	100	449	100	804	100.0		

Julgamos que a literacia em saúde deverá ser avaliada sob o escrutínio de várias competências, sejam as de leitura, escrita e compreensão do significado dos conceitos, sendo este último aspeto de extrema importância para a mobilização dos conhecimentos. Através das notas de campo podemos observar que a literacia abarca algo mais vasto que somente a leitura de palavras.

Muitas mulheres apesar de lerem as palavras corretamente, referiram ter dúvidas acerca do seu significado, nomeadamente, **radiação, nódulo, autoexame e Unidade de Rastreio**. Garantíamos que no final da entrevista seriam elucidadas de todas as dúvidas, bem como, ser-lhes-ia fornecida informação sobre o PRCM. (Notas_62)

B) Conhecimentos sobre Métodos de Detecção Precoce do Cancro da Mama

A questão relativa a esta variável permite resposta múltipla pelo que, o total excede os 100%. Na tabela 10 verifica-se que, 86.8% do total das participantes refere a **mamografia** como sendo o principal exame de deteção precoce do cancro da mama, 50.6% a **ecografia mamária** e, 30.7% o **autoexame da mama**. Outros exames também foram apontados como por exemplo a biópsia, a ressonância magnética e as análises clínicas, todos com menor percentagem (3.7%).

À exceção da **ecografia mamária** ($\chi^2=6.986$; $p=0.030$), o conhecimento acerca dos diferentes exames de deteção não apresenta relação estatisticamente significativa com a adesão ao PRCM. As mulheres não aderem ao PRCM por (re)conhecerem a ecografia mamária como sendo um exame de deteção, por outro lado, as que não o consideram como exame de deteção, aderem mais.

Tabela 10. A adesão e não adesão ao PRCM em função dos conhecimentos das mulheres sobre os métodos de deteção do cancro da mama

		Aderem		Não Aderem		Total		Resíduo ajustado	
		n	%	n	%	N	%	Aderem	Não aderem
Conhecimentos métodos de deteção do cancro da mama									
Autoexame da	Sim	110	30.9	137	30.5	247	30.7	0.1	-0.1
Exame Clínico	Sim	36	10.1	44	9.8	80	9.9	0.1	-0.1
Mamografia	Sim	312	87.6	387	86.2	699	86.8	0.6	-0.6
Ecografia	Sim	162	45.5	245	54.6	407	50.6	-2.6	2.6
Outros exames	Sim	14	3.9	16	3.6	30	3.7	0.3	-0.3
Total parcelar/exame		356	100	449	100	805	100		
Não referiram nenhum exame		16	4.5	22	4.9	38	4.7	-0.3	0.3

Para avaliar o **grau de conhecimentos sobre os métodos de deteção** criamos os *scores* da variável, definidos no quadro 3. Desta forma, obtivemos os índices; bom, moderado, fraco e sem conhecimentos de acordo com a associação de métodos que as participantes referem.

Pelos resultados da tabela 11 verificamos que 63.5% das mulheres apresentam **fracos conhecimentos** acerca dos métodos de deteção precoce do cancro da mama, 26.2% **conhecimentos moderados**, 6.5% **não tem conhecimentos** e, unicamente, 3.9% apresenta **bons conhecimentos**. Não existem diferenças estatisticamente significativas entre o grau de conhecimentos sobre exames de deteção e a adesão ao PRCM.

Tabela 11. A adesão e não adesão ao PRCM em função do grau de conhecimentos sobre os exames de deteção

Grau Conhecimentos sobre Exames Deteção	Aderem		Não aderem		Total		Resíduo ajustado	
	n	%	n	%	N	%	Aderem	Não aderem
Bons Conhecimentos	17	4.8	14	3.1	31	3.9	1.2	-1.2
Conhecimentos moderados	88	24.7	123	27.4	211	26.2	-0.9	0.9
Fracos conhecimentos	231	64.9	280	62.4	511	63.5	0.7	-0.7
Sem Conhecimentos	20	5.6	32	7.1	52	6.5	-0.9	0.9
Total	356	100	449	100	805	100		

C) Conhecimentos sobre a Mamografia

Na tabela 12 observamos os quatro definidores (itens da variável) que entram na construção da variável **conhecimentos sobre a mamografia** e que consideramos os principais do conceito de mamografia. Relativamente aos definidores, souberam responder (SR): 89.6%, a **mamografia permite detetar**; 64.7%, a **mamografia diz respeito às mamas**; 26.5%, a **mamografia é um exame**; 13.2%, a **mamografia é uma radiografia**.

Os resultados dos resíduos ajustados indicam que as mulheres que SR que a mamografia permite detetar, são as que mais aderem ao PRCM, por outro lado, as que NSR são as que menos aderem. O facto do maior número de mulheres atribuir este definidor à mamografia pode constituir um indício de que consideram um aspeto importante deste exame e, como tal, pode contribuir para a sua adesão ao PRCM.

Tabela 12. A adesão e não adesão ao PRCM em função dos conhecimentos sobre o exame mamográfico

Itens da variável		Aderem		Não Aderem		Total		Resíduo ajustado	
		n	%	n	%	N	%	Aderem	Não aderem
(1)Mamografia é um exame	SR	93	26.1	120	26.7	213	26.5	-0.2	0.2
	NSR	263	73.9	329	73.3	592	73.5	0.2	-0.2
(2)Mamografia é uma radiografia	SR	52	14.6	54	12.0	106	13.2	1.1	-1.1
	NSR	304	85.4	395	88.0	699	86.8	-1.1	1.1
(3)Mamografia permite detetar	SR	329	92.4	392	87.3	721	89.6	2.4	-2.4
	NSR	27	7.6	57	12.7	84	10.4	-2.4	2.4
(4)Mamografia diz respeito às mamas	SR	235	66.0	286	63.7	521	64.7	0.7	-0.7
	NSR	121	34.0	163	36.3	284	35.3	-0.7	0.7
Total parcelar/item		356	100	449	100	805	100		

Quisemos também determinar o **grau de conhecimentos sobre a mamografia**, calculado a partir do somatório das cotações definidas para cada definidor da mamografia (cf. quadro 3). No mesmo quadro podemos observar as categorias atribuídas à variável: Bons conhecimentos, Fracos conhecimentos e Sem conhecimentos.

Conforme a tabela 13, constatamos que 86.6% das mulheres apresentam **fracos conhecimentos** sobre a mamografia e apenas 8.6% apresentam **bons. Sem conhecimentos** acerca deste exame, observamos a percentagem de 5.2% da totalidade da amostra.

A adesão ao PRCM acentua-se nas mulheres com **bons conhecimentos** (11.0%), enquanto a não adesão é superior nas mulheres **sem conhecimentos** (6.7%). Verificamos relação estatisticamente significativa entre o grau de conhecimentos e a adesão acerca da mamografia ($X^2= 8.424$; $p=0.015$).

Tabela 13. A adesão e não adesão ao PRCM em função do grau de conhecimentos sobre a mamografia

Grau Conhecimentos Sobre a mamografia	Aderem		Não aderem		Total		Resíduo ajustado	
	n	%	n	%	N	%	Aderem	Não aderem
Bons Conhecimentos	39	11.0	30	6.7	69	8.6	2.2	-2.2
Fracos conhecimentos	305	85.7	389	86.6	694	86.2	-0.4	0.4
Sem Conhecimentos	12	3,4	30	6.7	42	5.2	-2.1	2.1
Total	356	100	449	100	805	100		

Nos relatos de algumas mulheres verificamos a falta de credibilidade que sentem relativamente à mamografia e as suas opções quanto aos métodos deteção do cancro da mama.

Segundo a crença de algumas das inquiridas, a ecografia mamária assume o papel de exame de eleição na deteção precoce em detrimento da mamografia. O profissional de saúde (e.g. médico de família), na maioria das vezes também recomenda a ECO, não esclarecendo as utentes da importância da mamografia para a deteção precoce do cancro da mama.

“Nunca irei sujeitar-me ao exame da mamografia, nem penso ir ao rastreio, pois não acredito nos seus benefícios. O meu médico de família apoia-me nesta decisão e recomenda-me a Eco mamária” (Notas_21)

A potenciar o descrédito e o desconhecimento acerca da mamografia, temos as experiências anteriores negativas com amigos ou familiares e alguns dos limites do exame, nomeadamente, os falsos negativos que são reconhecidos como falhas da mamografia.

“Tenho uma amiga que tinha feito a mamografia há meio ano e disseram que não tinha nada, passado esse tempo já tinha cancro. Como vê, não posso confiar no exame e não o faço” (Notas_21)

Não obstante, o desconhecimento e o descrédito acerca da mamografia podem determinar a procura de outros exames ou cuidados de saúde alternativos, nomeadamente, pela descrença nos médicos e, conseqüentemente, nos exames da medicina tradicional.

“Esses exames fazem mais mal que bem e só vou ao médico em último caso” (Notas_15)

D) Realização de Mamografias

Pretendemos analisar o comportamento de realização de mamografias, mesmo não sendo através do PRCM, ou seja, as mulheres podem fazer o seu exame no rastreio, por decisão própria, ou do médico assistente noutra local que não a unidade de rastreio (i.e. no radiologista privado).

Cerca de 94.7% das mulheres **realiza mamografias**, enquanto apenas 5.3% refere **nunca ter feito nenhuma**. As que **nunca realizaram o exame**, também não aderiram a esta volta de rastreio. A adesão das mulheres ao PRCM acentua-se naquelas que **realizam mamografias** alguma vez na sua vida (100%), sendo a totalidade das que aderiram nesta volta de rastreio, enquanto a não adesão, acentua-se nas que nunca realizaram mamografias, com diferença significativa ($X^2=36.017$; $p=0.000$).

Pelos resultados obtidos parece existir um comportamento de fidelização a uma prática que terá alguma continuidade ao longo do tempo, ou seja, quem já fez a mamografia alguma vez na sua vida, poderá ser facilitador de um comportamento positivo para voltar a fazer, seja pelo PRCM ou não.

Tabela 14. A adesão e não adesão ao PRCM em função da realização de mamografias

	Aderem		Não aderem		Total		Resíduo ajustado	
	n	%	n	%	N	%	Aderem	Não aderem
Realização de Mamografias								
Realiza	356	100	406	90.4	762	94.7	6.0	-6.0
Não realiza	0	0	43	9.6	43	5.3	-6.0	6.0
Total	356	100	449	100	805	100		

E) Realização de Mamografias de acordo com a Recomendação do Médico Assistente

Analisaremos os relatos das inquiridas quanto às recomendações do médico assistente para a realização da mamografia de rastreio e o local para onde as encaminha. Este aspeto é

extremamente importante pois, permite-nos conhecer a diversidade de atores que promovem a mamografia de rastreio no âmbito do PRCM. Sendo um programa de natureza pública e, à partida, acessível a toda a população, identificar as possíveis sinergias inerentes à participação das mulheres, pode contribuir para a implementação de estratégias específicas concordantes com a natureza dos problemas levantados, nomeadamente, o porquê de encaminhar as mulheres para outras unidades de saúde não gratuitas, quando existe uma alternativa ao alcance de todos.

Na tabela 15 podemos observar a relação entre a realização de mamografias e os profissionais de saúde que habitualmente recomendam a mamografia de rastreio.

Esta questão permitia a possibilidade de respostas múltiplas, uma vez que as inquiridas podem ter acesso a vários médicos que lhes recomendam o exame, como também o encaminhamento ser diverso, dependendo do profissional. Assim, das 94.7% das mulheres que realizam a mamografia encontramos a seguinte distribuição: (i) 43.8% referem que são os médicos de família a aconselhar; (ii) 6.9% é o médico particular; (iii) 33.9% são encaminhadas pelo ginecologista.

As recomendações dos médicos diretamente para os hospitais e/ou IPO deve-se, à presença de queixas mamárias por parte das mulheres em que o profissional de saúde pretende que seja melhor estudado.

Em relação aos serviços, para os quais, os seus médicos de família encaminham: 62.6% referem que é para o radiologista privado e, apenas 30.2%, para o PRCM. Ainda 5.1% destes médicos recomendam, tanto o PRCM, como o radiologista privado. A adesão apresenta diferença significativa com a recomendação do médico de família para o PRCM ($X^2= 19.662$; $p= 0.000$) e, a não adesão, tanto se relaciona significativamente quando é recomendado o PRCM, como para o radiologista privado e os hospitais e/ou IPO. Assim, observamos que a recomendação do médico de família para a realização da mamografia através do PRCM é um fator influenciador de adesão

Uma percentagem de mulheres (6.9%) relata que o médico particular (sem ser o ginecologista) recomenda, maioritariamente, a mamografia no radiologista privado (81.1%), apenas 11.5% no PRCM e, por último, 3.8%, tanto recomendam o radiologista privado quanto o PRCM. Não existe relação significativa entre a recomendação do médico particular e a adesão ou não adesão ao PRCM.

Das 33.9% das mulheres a quem o ginecologista recomenda a mamografia, 86.9% são encaminhadas para o radiologista privado, 8.9% para o IPO/hospitais por situações mais específicas e, apenas, 3.1% dos ginecologistas recomendam o PRCM. Ainda, 1.2% tanto

recomendam o PRCM como o radiologista privado, contudo, apenas 33.2% adere ao PRCM. Não observamos significância estatística entre a recomendação do ginecologista e o comportamento de adesão.

Tabela 15. A adesão e não adesão ao PRCM em função da recomendação médica para a realização da mamografia

Recomendação médica		(1)		(2)		(3)		(4)		Resíduo ajustado			
		n	%	n	%	n	%	n	%	1	2	3	4
Médico de família	Adere N=156 46.7%	62	39.7	90	57.7	4	2.6	0	0	3.5	-1.7	-2.0	-2.5
	Não adere N=178 53.3%	39	21.9	119	66.9	13	7.3	7	3.9	-3.5	1.7	2.0	2.5
	Total	334	101	30.2	209	62.6	17	5.1	7	2.1			
Médico particular	Adere N=17 32.1%	4	23.5	12	70.6	0	0	1	5.9	1.9	-1.3	-1.0	0.6
	Não Adere N=36 67.9%	2	5.7	31	86.1	2	5.6	1	2.8	-1.9	1.3	1.0	-0.6
	Total	53	6	11.5	43	81.1	2	3.8	2	3.8			
Ginecologista	Adere N=86 33.2%	3	3.5	77	89.5	0	0	6	7.0	0.3	0.9	-1.2	-0.8
	Não Adere N=173 66.8%	5	2.9	148	85.5	3	1.7	17	9.8	-0.3	-0.9	1.2	0.8
	Total	259	8	3.1	225	86.9	3	1.2	23	8.9			

Legenda: (1) PRCM; (2) Radiologista privado; (3) PRCM e radiologista privado; (4) IPO/hospital

Importa esclarecer que para este procedimento de recomendação da mamografia de rastreio no âmbito do PRCM, não é necessária a prescrição médica de credencial para o exame mamográfico ficando, desta forma, ao critério de livre escolha da utente aderir ou não.

Este aspeto, tanto pode facilitar o acesso direto ao mesmo, como pode acontecer o inverso, devido ao eventual esquecimento pela não existência de credencial do médico ou da sua recomendação direta.

Pelo contrário, para a realização de mamografia no radiologista privado, a prescrição médica é necessária, embora nenhum dos referidos médicos (médico de família, particular ou ginecologista) aconselhe as suas utentes, maioritariamente, a efetuar o rastreio através do PRCM.

As mulheres que vão ao ginecologista/médico particular referem que é habitual este “passar o exame” sem que as utentes questionem se existem outras alternativas e, mesmo tendo recebido a convocatória, não colocam essa possibilidade ao médico. Algumas, ainda referem que levam estas prescrições do médico particular ao centro de saúde para que sejam passadas pelo serviço nacional de saúde (em credencial própria) e assim isentar o pagamento do exame no radiologista privado... “se fazemos descontos para a caixa temos esse direito”.(Notas_32_45)

Podemos pensar que existe alguma dificuldade de articulação entre os serviços públicos e privados, uma vez que havendo um programa de rastreio gratuito e acessível não deveria ser disponibilizada, por parte dos serviços públicos de saúde (i.e. o médico de família), a credencial a isentar o pagamento de um serviço proporcionado pelos mesmos e que é gratuito.

Outra situação relatada pelas mulheres relaciona-se com a receção da convocatória do PRCM após já terem feito, recentemente, a sua mamografia no radiologista privado e segundo recomendação dos seus médicos assistentes. (Notas_46)

Após a entrevista era discutido com as mulheres, os aspetos que lhes suscitavam dúvidas no que se refere ao PRCM. O curioso é que, apesar de manifestarem interesse em participar nesta ou na próxima volta de rastreio, antes preferem falar com o médico assistente para auscultarem a sua opinião sobre se devem efetuar a mamografia pelo PRCM. (Notas_51)

F) Conhecimentos e comportamentos sobre a idade de início e periodicidade da mamografia

Foram colocadas questões às participantes, que visavam identificar os seus conhecimentos que estas têm acerca da idade de início do rastreio do cancro da mama e da periodicidade do mesmo. Interessava também analisar as respostas para as mesmas questões sob o ponto de vista dos comportamentos, ou seja, pretendemos verificar se os conhecimentos sobre a idade de início e periodicidade da mamografia estão em conformidade com os comportamentos. Além disso, para as mesmas variáveis, também quisemos analisar a existência de comportamentos divergentes das *guidelines* recomendadas no rastreio de âmbito oportunista.

Assim, os resultados da tabela 16 apontam para os conhecimentos quanto à periodicidade da mamografia de rastreio: 59.4% das mulheres responderam ser de **2 em 2 anos** (sendo esta a recomendada pelo PRCM), 28.4% **anualmente**, 10.1% **desconhecem a periodicidade**, 1.6% **semestralmente** e 0.2% responderam **3 em 3 anos e 5 ou mais anos**. Relativamente à adesão,

esta acentua-se nas mulheres que responderam que a mamografia de rastreio é realizada de 2 em dois anos e, não aderem, as mulheres que dizem que esta se realiza anualmente, apresentando uma associação altamente significativa ($\chi^2= 54.898$; $p= 0.000$).

Quanto à idade de início da mamografia de rastreio, 35.4% refere ser a partir dos **45 anos**, 34.5% **entre os 40 e os 45 anos**, 17% **antes dos 40 anos** e 12.5% das mulheres **disseram não saber**. Existe associação altamente significativa de adesão ao PRCM das mulheres que responderam que a mamografia de rastreio deve iniciar-se aos 45 anos ($\chi^2= 42.958$; $p= 0.000$).

Estes resultados sugerem que as mulheres conhecedoras das guidelines sejam mais predispostas a aderir ao PRCM.

Tabela 16. A adesão e não adesão ao PRCM em função dos conhecimentos sobre a mamografia de rastreio

	Aderem		Não aderem		Total		Resíduo ajustado	
	n	%	n	%	N	%	Aderem	Não aderem
Conhecimentos Mamografia de rastreio								
Periodicidade								
Semestralmente	3	23.1	10	2.2	13	1.6	-1.5	1.5
Anualmente	60	16.9	169	37.6	229	28.4	-6.5	6.5
2 em 2 anos	260	73.0	218	48.6	478	59.4	7.0	-7.0
3 em 3 anos	1	0.3	1	0.2	2	0.2	0.2	-0.2
5 anos ou mais	0	0.0	2	0.4	2	0.2	-1.3	1.3
Não sabe	32	9.0	49	10.9	81	10.1	-0.9	0.9
A idade de início do rastreio								
< 40 anos	57	16.0	84	18.7	141	17.5	-1.0	1.0
40-45 anos	89	25.0	189	42.1	278	34.5	-5.1	5.1
>= 45 anos	168	47.2	117	26.1	285	35.4	6.2	-6.2
Não sabe	42	11.8	59	13.1	101	12.5	-0.6	0.6
Total parcelar/variável	356	100	449	100	805	100		

Na tabela 17 observam-se os resultados referentes aos comportamentos de realização da mamografia (idade da primeira; intervalos de tempo; periodicidade). É de referir que estas questões levantaram alguns problemas devido a aspetos de memorização, principalmente, no que se refere ao intervalo de tempo desde a última mamografia, o qual, as inquiridas responderam terem acabado de efetuar (isto no caso das mulheres que aderiram e que acabavam de fazer o exame na unidade de rastreio aquando a entrevista). Pelo facto de termos optado por não sugerir as respostas, registamos esta, embora tivesse sido interessante verificar a continuidade do comportamento das mulheres desde outras voltas de rastreio.

Assim, em relação ao tempo decorrido desde o último exame mamográfico, 34.4% das mulheres **realizou a mamografia no dia da entrevista** (corresponde à percentagem de adesão); 22.2% realizou o exame há **menos de 6 meses**; cerca de 11.5% **entre 6 meses e 1 ano** e **1 a 2 anos**; **há 2 anos** referem ter feito mamografia 9.3% das mulheres e 7.5% **há mais de 2 anos**. Os resíduos ajustados apontam para a existência de relação significativa entre a adesão ao PRCM no dia da entrevista (o que era expectável). A não adesão apresenta diferenças significativas em todos os outros períodos referidos ($\chi^2 = 504.913$; $p = 0.000$).

Em relação à periodicidade com que realizam as suas mamografias, a maioria das mulheres (50.2%) refere ser a **cada 2 anos**; 25.8% faz **anualmente**; 12.9% **faz irregularmente**; 3.3% com frequência **superior a 3 anos** e 5.2% **não fez mais nenhuma além da última** (que pode coincidir com a que veio fazer nesta volta ou que já fez há mais tempo). A significância estatística acentua-se nas mulheres que aderem ao PRCM a cada 2 anos (63.2%) por serem fiéis à receção da convocatória, enquanto a não adesão é mais significativa nas que fizeram apenas uma mamografia até à data (7.4%) ou anualmente (33.6%).

Tabela 17. A adesão e não adesão ao PRCM em função de comportamentos relacionados com a idade, a periodicidade com que realiza a mamografia

	Aderem		Não aderem		Total		Resíduo ajustado	
	n	%	n	%	N	%	Aderem	Não aderem
Comportamentos realização de mamografias								
Idade da 1ª mamografia								
Antes dos 29 anos	19	5.3	35	8.6	54	7.1	-1.8	1.8
30 aos 40 anos	126	35.4	158	38.9	284	37.3	-1.0	1.0
41 aos 50 anos	154	43.3	150	36.9	304	39.9	1.7	-1.7
Após os 50 anos	28	7.9	24	5.9	52	6.8	1.1	-1.1
Não se lembra	29	8.1	39	9.6	68	8.9	-0.7	0.7
Tempo desde a última								
Fez hoje	262	73.6	0	0.0	262	34.4	21.3	-21.3
< 6 meses	68	19.1	101	24.9	169	22.2	-1.9	1.9
6 meses a 1 Ano	5	1.4	84	20.7	89	11.7	-8.0	8.0
1 a 2 Anos	4	1.1	84	20.7	88	11.5	-8.4	8.4
Há 2 Anos	11	3.1	60	14.8	71	9.3	-5.5	5.5
> 2 Anos	5	1.4	52	12.8	57	7.5	-6.0	6.0
Não se lembra	1	0.8	25	6.2	26	3.4	-4.5	4.5
Periodicidade								
Semestralmente	1	0.3	6	1.5	7	0.9	-1.7	1.7
Anualmente	60	16.9	136	33.6	196	25.8	-5.2	5.2
A cada 2 anos	225	63.2	157	38.8	382	50.2	6.8	-6.8
>= 3anos	12	3.4	13	3.2	25	3.3	0.1	-0.1
Irregularmente	41	11.5	57	14.1	98	12.9	-1.0	1.0
Não se lembra	7	2.0	7	1.7	14	1.8	0.2	-0.2
Não fez mais nenhuma	10	2.8	30	7.4	40	5.2	-2.8	2.8
Total parcelar/variável	356	100	449	100	805	100		

Relativamente a estas duas variáveis, conhecimentos e comportamentos, verificamos algumas particularidades interessantes nas notas de campo que vêm trazer alguma explicação e complementaridade aos resultados anteriores, representados nas tabelas 16 e 17.

Acerca da variável **conhecimentos** sobre a idade de início da mamografia, algumas entrevistadas relatam ter «ouvido dizer» que é a partir dos 45 anos, mas acham que deveria ser muito antes (daí algumas respostas terem apontado <40 anos de idade) e apresentam alguns marcos no tempo, nomeadamente, por volta dos 20 anos ou, aquando o início da sua vida

sexual. Denota-se que estas crenças se devem essencialmente, por terem tido contacto com pessoas mais jovens com diagnóstico de cancro, o que as marcou particularmente.

Manifestam que o rastreio deveria abranger mulheres mais novas porque ouvem falar (através de amigos e comunicação social) de casos de cancro da mama nas mais jovens. Apontam vários marcos para a idade em que a mulher deve começar o rastreio: os 20 anos de idade; após o primeiro filho; aquando o início de vida sexual ativa. Também apresentam muitas dúvidas relativamente à deteção/prevenção para as filhas em idades jovens, o que denota alguma falta de conhecimento relacionada com as contra-indicações do exame mamográfico nas jovens e outros exames alternativos mais indicados para estas, como o autoexame da mama, o exame clínico e a ecografia mamária. (Notas_58)

Apesar de termos verificado anteriormente que, cerca de metade das entrevistadas tem conhecimento e, efetivamente, realiza a sua mamografia de rastreio de 2 em 2 anos, existem aquelas que consideram que os dois anos é um intervalo muito longo. Principalmente as mulheres que referem ser assistidas no médico particular e têm por hábito realizarem a mamografia de rastreio, anualmente, de acordo com as recomendações deste.

A periodicidade anual para a realização da mamografia é a, habitualmente, recomendada pelos médicos assistentes pelo que as mulheres não sentem confiança/segurança em fazer a sua mamografia apenas de 2 em 2 anos (acham que é muito tempo de intervalo), podendo vir a explicar a menor adesão destas ao PRCM. Esta desconfiança deve-se, em parte, à informação que dizem ter por parte dos seus médicos assistentes e da sua recomendação da necessidade de realizar a mamografia anualmente. As mulheres acreditam que fazer mamografia de ano a ano dá-lhes maior segurança e previne melhor o cancro. (Notas_51)

Na educação em saúde que realizávamos após a entrevista, na qual eram abordados estes indicadores de conhecimento e comportamentos, procurávamos dar a conhecer as recomendações do PRCM, tendo o cuidado de não contradizer as recomendações dos seus médicos assistentes, mas tendo em vista a educação em saúde sobre este programa de rastreio em particular.

(...) aquelas que dizem fazer mamografia anualmente, e para não colidir com aquilo que recomenda o seu médico... explicamos-lhes que podem continuar a fazer com essa periodicidade e fazer parte do PRCM em simultâneo, uma vez que podem fazer a mamografia de rastreio no ano em que são convocadas e no ano seguinte no radiologista privado, segundo prescrição do médico. Assim dão continuidade à vigilância de saúde, que já haviam iniciado. (Notas_78)

G) Conhecimentos acerca do PRCM

Na tabela 18 estão representados os resultados sobre os conhecimentos acerca do PRCM a partir de proposições ou indicadores definidores do mesmo.

Assim, numa primeira abordagem, a grande maioria das participantes (95.9%) referiu já ter ouvido falar acerca do mesmo, não existindo diferenças significativas no que diz respeito ao comportamento de adesão. Depois, quando questionadas sobre aspetos mais específicos do PRCM (funcionamento e missão), a maioria das mulheres, não sabe responder (NSR). Com efeito, 95.6% NSR que o **PRCM é promovido pela LPCC**; 93.1% NSR que **o PRCM é gratuito**; 86.1% NSR que no âmbito do **PRCM o exame realiza-se em unidades móveis**; 81.9% NSR que **no PRCM enviam-se convocatórias às mulheres**; 77.2% NSR que **no PRCM realizam-se mamografias**; 70.6% NSR que **no PRCM realiza-se a deteção precoce do Cancro da Mama**; 57.1% NSR que **no PRCM realiza-se exame de deteção precoce**; 55.4% NSR que **no PRCM a população alvo são as mulheres**.

Na Tabela 18 verificamos que as mulheres que sabem responder (SR), **no PRCM realizam-se mamografias** ($X^2= 4.273$; $p= 0.039$) e que estas **ocorrem em unidades móveis** ($X^2=3.886$; $p= 0.049$), são as que menos aderem ao PRCM (25.6% e 16.0% respetivamente).

Tabela 18. A adesão e não adesão em função dos conhecimentos em relação ao PRCM

Conhecimentos sobre PRCM		Aderem		Não Aderem		Total		Resíduo ajustado	
		n	%	n	%	N	%	Aderem	Não aderem
Conhece o PRCM	Sim	342	96.1	430	95.8	772	95.9	0.2	-0.2
Não conhece o PRCM	Não	14	3.9	19	4.2	33	4.1	-0.2	0.2
Total		356	100	449	100	805	100		
No PRCM realizam-se mamografias	SR	66	19.3	110	25.6	176	22.8	-2.1	2.1
	NSR	276	80.7	320	74.4	596	77.2	2.1	-2.1
O PRCM é gratuito	SR	21	6.1	32	7.4	53	6.9	-0.7	0.7
	NSR	321	93.9	398	92.6	719	93.1	0.7	-0.7
No PRCM realiza-se exame de deteção precoce	SR	151	44.2	180	41.9	331	42.9	0.6	-0.6
	NSR	191	55.8	250	58.1	441	57.1	-0.6	0.6
O PRCM faz deteção precoce do cancro da mama	SR	98	28.7	129	30.0	227	29.4	-0.4	0.4
	NSR	244	71.3	301	70.0	545	70.6	0.4	-0.4
A população alvo do PRCM é as mulheres	SR	155	45.3	189	44.0	344	44.6	0.4	-0.4
	NSR	189	44.0	241	56.0	428	55.4	-0.4	0.4
Neste PRCM enviam convocatórias às mulheres	SR	57	16.7	83	19.3	140	18.1	-0.9	0.9
	NSR	285	83.3	347	80.7	632	81.9	0.9	-0.9
Este PRCM é desenvolvido pela LPCC	SR	10	2.9	24	5.6	34	4.4	-1.8	1.8
	NSR	332	97.1	406	94.4	738	95.6	1.8	-1.8
Neste PRCM fazem o exame em unidades móveis	SR	38	11.1	69	16.0	107	13.9	-2.0	2.0
	NSR	304	88.9	361	84.0	665	86.1	2.0	-2.0
Total parcelar/variável		342	100	430	100	772	100		

H) Grau de conhecimentos acerca do PRCM

Para qualificar o **Grau de conhecimentos das mulheres acerca do PRCM**, procedemos à cotação de cada uma das categorias e calculamos o somatório dos diferentes indicadores, com base no «método dos grupos extremos revisto» (cf. quadro 3). Obtivemos os seguintes *scores*: Bons conhecimentos, Fracos e Sem conhecimentos.

Na tabela 19 apresentamos as estatísticas entre as aderentes e não aderentes que se situam em mínimos e máximos, entre 0 e 8, com exceção da adesão cujo valor máximo foi de 6. O valor médio global é de 1.83 com um desvio padrão de 1.413. O coeficiente de variação de 77% traduz uma dispersão alta em função dos valores médios. Os valores de curtose e assimetria apontam para curvas mesocúrticas com enviesamento à esquerda. Tendo por base o resultado

do teste *Kolmogorov-Smirnov* (K/S), por apresentar significância estatística, consideramos que a distribuição não é gaussiana.

Tabela 19. Estatísticas dos conhecimentos acerca do PRCM em função da adesão e não adesão ao mesmo

Adesão	Mínimo	Máximo	Média	Dp	K/erro	Sk/erro	K/S
Aderem	0.00	6.00	1.74	1.348	-2.155	2.522	0.000
Não aderem	0.00	8.00	1.90	1.460	1.731	4.763	0.000
Total	0.00	8.00	1.83	1.413	0.562	5.511	0.000

A partir dos resultados da tabela 20 podemos verificar que a grande maioria das mulheres (88.7%) **não apresenta conhecimentos** em relação ao PRCM, 11% **fracos conhecimentos** e **bons conhecimentos** apenas 0.3% das mulheres. Não existem diferenças estatisticamente significativas no comportamento de adesão em função do Grau de conhecimentos acerca do PRCM.

Tabela 20. A adesão e não adesão em função do grau de conhecimentos acerca do PRCM

Grau Conhecimentos PRCM	Aderem		Não aderem		Total		Resíduo ajustado	
	n	%	n	%	N	%	Aderem	Não aderem
Bons Conhecimentos	0	0	2	0.5	2	0.3	-1.3	1.3
Fracos conhecimentos	33	9.6	52	12.1	85	11.0	-1.1	1.1
Sem Conhecimentos	309	90.4	376	87.4	685	88.7	1.3	-1.3
Total	342	100	430	100	772	100		

Os relatos das mulheres vêm corroborar, de certa forma os resultados anteriores. O desconhecimento em relação ao PRCM é de variada ordem, nomeadamente, a designação do programa não lhes é familiar, o seu funcionamento e a continuidade de cuidados através da rede de referência hospitalar que colabora com a LPCC nesta conjuntura. Este aspeto pareceu-nos ser aquele que mais interesse suscitava às utentes.

Algumas mulheres referem ter ouvido falar do programa de rastreio mas não o associam a este, sobre o qual estávamos a discutir. Provavelmente, porque desconhecem a designação do mesmo. Quando lhes perguntamos o que sabem dizer acerca do PRCM, pouca informação dispõem referindo vagamente: “é a informação acerca da prevenção do cancro, em que entregam folhetos sobre o autoexame da mama”; “é um programa bom para aquelas mulheres que não têm outras possibilidades de vigilância” e “Não acho que deva tirar o lugar a essas mulheres uma vez que tenho um sistema de saúde que me dá cobertura”. (Notas_48)

Após a entrevista e durante a sensibilização efetuada às mulheres acerca do PRCM, da sua importância e benefícios, algumas mulheres referiram desconhecer a forma como este estava organizado e das vantagens no que diz respeito à continuidade de cuidados (rede de referência hospitalar deste programa) se vier a precisar. (Notas_51)

Contudo, o que mais lhes produzia desconfiança é o facto de se realizar a mamografia dentro de uma carrinha móvel, emergindo, dos seus relatos, os mais variados comentários. Algumas destas crenças acompanham-se de situações em que a experiência anterior, também, não foi a melhor na unidade de rastreio, conotando-a negativamente.

Todavia, algumas observações são pertinentes, principalmente, no que diz respeito às condições físicas da sala de espera e no momento da chamada para o exame, em que várias mulheres aguardam, a sua vez, na rua. Esta situação poderia ser evitada, sendo que, a sala de espera é mesmo ao lado, entrando uma mulher de cada vez. Um outro aspeto menos positivo apontado, diz respeito à imagem negativa que algumas mulheres têm de tudo o que são serviços públicos de saúde, pelo que, o facto deste programa se efetuar no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (associando-se ao centro de saúde) vem trazer alguma rejeição.

A gratuitidade do PRCM e o facto deste se realizar no centro de saúde pode dar uma imagem social que não querem, por serem serviços públicos conotados de má imagem. Dizem abertamente preferir o privado, onde pagam e o serviço é melhor. (Notas_59)

As mulheres parecem estabelecer uma analogia dos tempos de espera nos serviços públicos (centro de saúde) e julgam que o mesmo acontecerá para a realização do rastreio. A imagem negativa que têm dos centros de saúde, repercute-se na realização da mamografia pelo PRCM, uma vez que na convocatória vem referido o nome do centro de saúde. (Notas_44)

Um outro aspeto relaciona-se com o facto do rastreio se realizar numa carrinha móvel.... O que parece dissuadir algumas mulheres a participar. A ideia de “fazer um exame dentro de uma carrinha”, na sua perspetiva, retira credibilidade ao PRCM. (Notas_ 34)

Algumas que já tinham feito o rastreio na unidade, referiram que o “local do rastreio não é o mais indicado”, falta de condições físicas, muito tempo de espera para a mamografia e muitas mulheres de uma só vez a serem chamadas para o exame junto da carrinha. Acrescentaram que este ano devido à chuva e ao frio persistentes, foi muito desagradável estarem na rua a aguardar a vez para entrarem na carrinha. Duas das mulheres contactadas disseram ter ido embora sem fazer o exame, porque não acharam bem a forma como estava organizado. No entanto, referiram ter remarcado para um outro dia. (Notas_57)

“A ideia de um exame dentro de uma carrinha compete, inevitavelmente, com a ideia de um exame dentro de um consultório e poderá, realmente, afetar a credibilidade. Este aspeto denota também alguma falha de informação ou divulgação. Provavelmente, estas senhoras não sabem que dentro daquelas carrinhas se encontra alta tecnologia de diagnóstico médico e que os exames são analisados por equipas altamente competentes.”(Notas_AL_34)

Não obstante, algumas mulheres também consideram o PRCM uma mais-valia para a prevenção do cancro da mama, referindo-se mesmo, ao facilitismo a que a população está habituada não participando de um programa de saúde que lhes é fornecido gratuitamente.

Outras mulheres também referem que estes programas de rastreio deviam abranger outras doenças e, que tudo o que é vigilância, estão recetivas a realizar. Têm medo da doença oncológica por terem na família casos de cancro (não necessariamente cancro da mama) o que as sensibiliza para estes exames. Além disso, dizem não compreender algumas pessoas e o porquê de não virem fazer o exame, recebem uma carta a convidar; é gratuito... “só falta ir a casa buscá-las”. “Que não dão valor ao que têm de bom no serviço de saúde, menosprezando tudo o que é oferecido”. (Notas_22)

I) Conhecimento da entidade promotora do PRCM

No sentido de conhecermos a visibilidade que a LPCC tem, junto das mulheres, na sua missão na luta contra o cancro da mama, nomeadamente, na promoção da deteção precoce através do PRCM, questionamos as participantes acerca do conhecimento que têm da entidade responsável por este.

Conforme podemos observar na tabela 21, apenas 25.1% das mulheres respondeu **que é a LPCC** a entidade promotora do PRCM, mas as respostas variaram entre 7.9% para as que **desconheciam**, 1.4% para o **Ministério da Saúde**, 8.9% para o **IPO** e a maioria, 56.6%, responderam **outras entidades ou pessoas** individuais (e.g. médicos, Direção Geral da Saúde, Centros de Saúde, Cruz Vermelha; Segurança Social). Não existe, no entanto, associação entre a adesão ao PRCM e o conhecimento de que é a LPCC a entidade responsável pelo mesmo ($\chi^2=6.980$; $p=0.137$). As mulheres que deram **outras** respostas são as que menos aderem ao PRCM, conforme os resultados dos resíduos ajustados.

Tabela 21. A adesão e não adesão ao PRCM em função do conhecimento acerca da entidade promotora do PRCM

Conhece entidade promotora do PRCM	Aderem		Não aderem		Total		Resíduo ajustado	
	n	%	n	%	N	%	Aderem	Não aderem
Não conhece	31	9.1	30	7.0	61	7.9	1.1	-1.1
LPCC	99	28.9	95	22.1	194	25.1	2.2	-2.2
IPO	28	8.2	41	9.5	69	8.9	-0.7	0.7
Ministério da Saúde	5	1.5	6	1.4	11	1.4	0.1	-0.1
Outras	179	52.3	258	60.0	437	56.6	-2.1	2.1
Total	342	100	430	100	772	100		

Atendendo aos resultados anteriores verifica-se que mais de metade desconhece a entidade promotora do PRCM, pelo que a LPCC deve repensar as suas estratégias de divulgação da sua imagem junto da população alvo de rastreio do cancro da mama.

A LPCC provavelmente daria outra “credibilidade” ao rastreio, junto das mulheres, se desenvolvesse estratégias mais eficazes de divulgação do seu papel como entidade organizadora do PRCM, uma vez que é do conhecimento público, a adesão das mulheres a outros eventos promovidas pela mesma, nomeadamente, as corridas contra o cancro que regularmente são realizadas em nome desta entidade na luta contra o cancro. (Notas_34)

J) Meios de informação acerca do PRCM

Procuramos também, identificar os meios, segundo os quais, as mulheres referem aceder para obter informação acerca do PRCM. No instrumento de colheita de dados, os meios de informação que as mulheres identificaram foram registados de acordo com a ordem de importância que atribuíam aos mesmos. Nesta primeira abordagem verificamos que as três primeiras opções consideradas pelas participantes como mais importantes foram: (i) 1ª opção, 64.5% os **meios de comunicação social**; 49.7% a **convocatória da LPCC**; 24.6% **os médicos**; 22.6% os **vizinhos/amigos/familiares**, entre outros de menor significado; (ii) 2ªs e 3ªs opções recaem, igualmente, nos mesmos meios. Como 3ª opção algumas mulheres (5.6%) também referiram **os cartazes e folhetos** presentes nas instituições de saúde.

Esta análise veio a verificar-se pouco significativa devido às numerosas opções efetuadas pelas participantes. Desta forma, procedemos à sua categorização, agrupando-as de acordo com as associações de resposta dos diferentes meios de informação (meios informais e formais; meios de comunicação social). Para este procedimento, foram analisadas as respostas, caso a caso, e determinada a cotação conforme a associação realizada (ver quadro 3, item nº 7).

Assim, a tabela 22 mostra-nos os meios de informação que são mais referidos pelas mulheres, como sendo os responsáveis pelo conhecimento acerca do PRCM. Os resultados permitem-nos afirmar que os meios onde mais procuram a informação sobre o PRCM **são os formais (32%)**, seguidos do conjunto dos **formais e meios de comunicação social (23%)**. As mulheres que mais utilizam estes meios são as que mais aderem ao PRCM, apresentando relação estatisticamente significativa ($X^2= 12.197$; $p = 0.094$).

Tabela 22. A adesão e a não adesão ao PRCM em função dos meios de informação acessíveis às mulheres

Meios de informação	Aderem		Não aderem		Total		Resíduo ajustado	
	n	%	n	%	N	%	Aderem	Não aderem
Todos os meios de informação	27	7.6	41	9.1	68	8.4	-0.8	0.8
Meios formais	105	29.5	153	34.1	258	32.0	-1.4	1.4
Meios formais e de comunicação social	97	27.2	88	19.6	185	23.0	2.6	-2.6
Meios informais e formais	30	8.4	36	8.0	66	8.2	0.2	-0.2
Meios informais e de comunicação social	19	5.3	32	7.1	51	6.3	-1.0	1.0
Meios de comunicação social	50	14.0	74	16.5	124	15.4	-1.0	1.0
Meios informais	19	5.3	21	4.7	40	5.0	0.4	-0.4
Nenhum meio de informação	9	2.5	4	0.9	13	1.6	1.8	-1.8
Total	356	100	449	100	805	100		

Segundo a nossa perspetiva, se os enfermeiros desenvolvessem mais ativamente educação em saúde no âmbito do rastreio, à semelhança da que foi efetuada pelos entrevistadores no fim de cada entrevista, poderia constituir-se um dos meios mais profícuos de sensibilização das mulheres para a realização do rastreio. Não foi visível nos discursos das participantes, o papel do enfermeiro, enquanto profissional de saúde comprometido e implicado na discussão destes aspetos com as mulheres.

Podemos afirmar que foram raras as inquiridas que não se mostraram recetivas à informação/discussão acerca do PRCM no final da entrevista, dizendo mesmo que, se os profissionais de saúde lhes tivessem “falado assim teriam maior vontade de fazer o rastreio”. Seria, eventualmente, mais motivador ou facilitador de adesão pela personalização da informação e de acordo com as crenças e dúvidas das mulheres (Notas_69)

Em relação à diversificação dos papéis que os profissionais de saúde assumem, é importante que estes se desenvolvam no âmbito das suas intervenções de promoção da saúde dentro do centro de saúde, mas também, junto da comunidade em iniciativas que podem ser integradas nas várias atividades, nomeadamente, as visitas domiciliárias de diversa natureza, sejam de promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença e reabilitação, como também, junto das associações de doentes, nas escolas, entre outras.

Outra mulher depois de responder à entrevista, disse que “parecia ser um “trabalho sério” e que “ainda bem que há gente que trabalha cá fora pelas pessoas”. A ideia que tem destes “trabalhos é de que são feitos dentro dos gabinetes e não junto das pessoas” (Notas_2)

Verifica-se que, dos meios formais mais elencados pelas mulheres, a convocatória e os médicos foram as suas primeiras opções. No entanto, são os meios de comunicação social, os que comandam em termos de procura e de maior visibilidade junto das mulheres.

Parece haver pouca informação/divulgação, veiculada nos centros de saúde, acerca das datas em que decorre o programa, bem como de todo o seu processo, uma vez que as mulheres manifestam essas lacunas por parte dos médicos de família/enfermeiros. (Notas_47)

Há quem se negue a tomar conhecimento destes assuntos (prevenção do cancro da mama) através dos meios de comunicação social: “Preferia não saber nem ouvir falar acerca deste assunto. Quando passa na TV algo acerca disto, desligo pois estou farta de ouvir falar no mesmo”. (Notas_5)

K) Grau de importância do PRCM

A tabela 23 ilustra os resultados relativos ao grau de importância que as mulheres entrevistadas atribuem ao PRCM. Pretende-se com esta, verificar a valoração que as mulheres dão a programas de prevenção no âmbito da saúde.

Verificamos que, a grande maioria das mulheres (84.1%) considera o PRCM **muito importante**, 13.7% **importante**, 0.8% **pouco importante**, 0.6% **sem importância**. Uma percentagem de 0.9% não quis responder à questão. As mulheres que encaram o PRCM como sendo **muito importante** são as que mais aderem ao mesmo, enquanto as que responderam **pouco importante** são as que menos aderem, com associação altamente significativa ($\chi^2=18.003$; $p=0.001$).

Tabela 23. A adesão e não adesão ao PRCM em função do grau de importância que as mulheres atribuem ao PRCM

Grau de Importância PRCM	Aderem		Não aderem		Total		Resíduo ajustado	
	n	%	n	%	N	%	Aderem	Não aderem
Não quis responder	2	0.6	5	1.1	7	0.9	-0.8	0.8
Sem importância	1	0.3	4	0.9	5	0.6	-1.1	1.1
Pouco importante	1	0.3	5	1.1	6	0.8	-1.4	1.4
Importante	31	8.7	79	17.6	110	13.7	-3.6	3.6
Muito Importante	321	90.2	356	79.3	677	84.1	4.2	-4.2
Total	356	100	449	100	805	100		

Embora se anteveja a preocupação das mulheres com a prevenção, existe ainda aquela noção (crença) que esses assuntos interessam mais aos outros e que cabe aos médicos (ou profissionais de saúde no geral) a responsabilidade na decisão de assuntos (e.g. estilos de vida)

que, à partida, deveriam ser da esfera pessoal das mesmas, de forma a torná-las pró-ativas no que diz respeito à sua saúde. Segundo a nossa opinião, continua a existir uma desresponsabilização das pessoas devido ao paternalismo vigente na relação clínica.

Algumas das mulheres que dizem que o PRCM é muito importante, referem-se à importância que este tem para as mulheres que não costumam consultar o médico com regularidade (por terem menos possibilidades económicas). “Para estas é que é muito importante porque é uma forma de fazerem o exame como uma prevenção...”. Para si próprias acham que não será tão importante, uma vez que já são vigiadas no médico particular e que este recomenda a realização do exame quando entende que o deve fazer. (Notas_60)

L) Conhecimentos sobre o processo de convocatória do PRCM

Tencionámos, também, conhecer os relatos das mulheres acerca do processo de convocatória desenvolvido pela LPCC, no âmbito do PRCM (cf. tabela 24), nomeadamente, a receção da carta e a informação presente na mesma. Desta forma, das mulheres entrevistadas, 93.5% disseram **ter recebido a convocatória** para a realização da mamografia de rastreio, 5.5% refere **não ter recebido nesta volta** de rastreio e 1.1% **não se lembra**. A receção da convocatória é determinante para o comportamento de adesão ($X^2= 27.901$; $p= 0.000$).

Relativamente à data de receção da última convocatória, 86.2% das mulheres menciona ter sido **desde Outubro** (período em que se deu início ao processo de convocatória para esta volta de rastreio). As restantes, ou **receberam a convocatória há 2 anos, ou mais**. Também algumas mulheres (10.4%) referem **não se lembrar** de ter recebido a mesma. O valor de maior significância ($X^2= 46.710$; $p=0.000$) verifica-se na associação entre as mulheres que **receberam a convocatória durante esta volta de rastreio** e a adesão ao mesmo. As inquiridas que **receberam a carta há 2 anos ou não se lembram**, são as que menos aderiram ao PRCM nesta volta.

A maioria das mulheres (89.6%) considera clara a informação presente na convocatória, contudo é de notar aquelas que dizem **não se lembrar da informação** ou **não terem lido** a mesma. Estas duas últimas situações apresentam relação estatisticamente significativa com a não adesão ao PRCM ($X^2= 23.543$; $p=0.000$).

Tabela 24. A adesão e não adesão ao PRCM em função da receção da convocatória, da data da última e da clareza da informação presente na mesma

	Aderem		Não aderem		Total		Resíduo ajustado	
	n	%	n	%	N	%	Aderem	Não aderem
Receção da convocatória								
Sim	351	98.6	402	89.5	753	93,5	5.2	-5.2
Não	3	0.8	41	9.1	44	5.5	-5.1	5.1
Não se lembra	2	0.6	7	1.6	9	1.1	-1.1	1.1
Total	356	100	449	100	805	100		
Data da última convocatória								
Desde Outubro	334	95.2	315	78.4	649	86.2	6.7	-6.7
Há 2 anos	2	0.6	20	5.0	22	2.9	-3.6	3.6
Há mais de 2 anos	2	0.6	2	0.5	4	0.5	0.1	-0.1
Não se lembra	13	3.7	65	16.2	78	10.4	-5.6	5.6
Total	351	100	402	100	753	100		
Clareza da informação da convocatória								
Sim	331	94.3	344	85.6	675	89.6	3.9	-3.9
Não	4	1.1	5	1.2	9	1.2	-0.1	0.1
Não se lembra	2	0.6	20	5.0	22	2.9	-3.6	3.6
Não leu a carta	12	3.4	33	8.2	45	6.0	-2.8	2.8
Foi convocada por telefone	2	0.6	0	0	2	0.3	1.5	-1.5
Total	351	100	402	100	753	100		

De acordo com a análise efetuada anteriormente, apesar da maioria das mulheres referir que a convocatória é clara para o objetivo que pretende...todavia, a informação parece não ser suficiente (cf. notas de campo). Sugerem que, na convocatória, conste uma breve explicação do funcionamento do PRCM (explicitar o facto deste rastreio ser de natureza organizada para que não se confunda com outros rastreios). Algumas participantes leem apenas a informação que está a *bold* (data e hora do exame) e por isso não tomam atenção a aspetos como, alterar ou remarcar o exame em caso de necessidade. Além disso, algumas mulheres afirmaram não ter recebido a convocatória, possivelmente por extravio.

Há as que se queixam que a informação não é suficiente. Algumas das mulheres convocadas a 1ª vez referem que esta poderia trazer mais algum esclarecimento sobre o programa e o motivo porque estão a ser convocadas. Ficam com a ideia que é um rastreio oportunista à semelhança de outros que se realizam (e.g. da tensão arterial ou diabetes promovidos nos centros comerciais) e, conseqüentemente, a sua comparência ou não, é algo que não tem importância.... Julgam que é algo sem continuidade. Por isso desvalorizam, achando que não será importante a sua presença, nem avisar o motivo porque faltam. Consideram o folheto que acompanha a carta, bastante informativo. (Notas_67)

Algumas das mulheres afirmaram ter recebido a carta depois da data marcada para a realização do exame ou então, no mesmo dia, sendo impossível ter a disponibilidade imediata para irem ao rastreo. Contudo desconheciam como poderiam remarcar o exame apesar dessa informação constar da convocatória. (Notas_54)

O parco conhecimento do que consta na carta pode dever-se a não lerem a mesma, ou limitavam-se à leitura da letra a *bold* com a data e hora da realização do exame... “Faço uma leitura na diagonal” (Notas_68)

Algumas mulheres relatam não ter recebido a convocatória, mesmo com a morada correta (verificada na lista enviada pela LPCC). Nesta situação, o extravio do correio pode ser uma explicação. No entanto, observando as reações de algumas das entrevistadas quando tentava explorar mais essa questão, pareceu-me que haviam recebido e não sabiam onde a tinham colocado, não prestando a devida atenção ao assunto. De qualquer das formas, a situação de extravio é sempre uma possibilidade. (Notas_56)

M) Comparência na unidade de rastreo

A comparência alguma vez, na unidade de rastreo para a realização da mamografia permite-nos saber se o comportamento de adesão, nesta volta, se alterou. Desta forma, na tabela 25 observamos que 59.5% das mulheres já fizeram rastreo outras vezes, nesta ou noutra volta de rastreo anterior e que 40.5% nunca foram à unidade de rastreo, o que significa que nunca fizeram mamografia no âmbito do PRCM. Como seria de esperar, existe associação altamente significativa entre a ida à unidade de rastreo e o comportamento de adesão ($X^2 = 434.392$; $p = 0.000$).

Tabela 25. A adesão e não adesão ao PRCM em função da frequência à unidade de rastreo

Ida à unidade de rastreo alguma vez	Aderem		Não aderem		Total		Resíduo ajustado	
	n	%	n	%	N	%	Aderem	Não aderem
Sim	356	100	123	27.4	479	59.5	20.8	-20.8
Não	0	0.0	326	72.6	326	40.5	-20.8	20.8
Total	356	100	449	100	805	100		

Pelos resultados anteriores, parece-nos que as entrevistadas que já foram alguma vez à unidade de rastreo, mantêm-se fiéis, se lhes agradou à primeira impressão ou se os profissionais de saúde lhes mostram as vantagens. Contudo, o inverso também pode verificar-se, ou seja, as que já tiverem efetuado a mamografia no radiologista privado, continuarão a fazê-lo se o seu médico assistente não recomendar o PRCM após os 45 anos, não aderindo quando convocadas.

Verificam-se atitudes diversas com relação à ida à unidade de rastreio...existem aquelas que querem “experimentalmente” ir à unidade uma primeira vez, para ver como funciona... “vim ver se me agrada”... Outras, manifestam a determinação em continuar a fazer o exame onde sempre têm feito, estão satisfeitas e não pretendem mudar... outras referem que é mais prático, uma vez que o médico que pede o exame é aquele a quem levam o resultado, o que não acontece na unidade de rastreio... o que lhes desagrada. Além disso, os seus médicos assistentes já prescrevem a eco mamária e na unidade de rastreio não fazem esse exame. (Notas_70)

N) Informação do resultado da mamografia

Para as mulheres que aderem ao PRCM é importante que lhes seja fornecida informação relacionada com o encaminhamento do resultado do seu exame de rastreio, tanto para garantir a continuidade do seu comportamento de adesão, como para o acompanhamento da sua situação se, eventualmente, vier a ser necessário em caso de alteração do resultado. A informação do percurso do exame pode ser efetuada por qualquer profissional, desde o médico, o enfermeiro, o administrativo no centro de saúde, às técnicas de radiologia presentes na unidade de rastreio.

A Tabela 26 permite-nos visualizar este aspeto ao que verificamos, 93.3% das mulheres afirmaram ter sido informadas que o **resultado da mamografia iria ser encaminhado para o médico de família** (tal como preconizado pela LPCC), enquanto 4.2% **não recebeu qualquer informação**. Algumas mulheres **não se lembram** (1.1%) se alguém lhes facultou essa informação e outras não responderam a essa questão, porque não tinham a certeza da resposta. Quanto ao veículo dessa informação, houve alguma variedade de respostas: 86.0% refere terem sido **as técnicas da unidade**; 3.0% **o médico de família**; 1.5% através de informação a esse respeito presente na **convocatória**, bem como, 0.6% através do **folheto informativo** que acompanha a mesma. A resposta em **radiologista** deve referir-se às técnicas da unidade (cf. notas de campo, as mulheres confundem) e deram esta resposta, 0.9% das mulheres. Também aqui existiram não respostas, no total percentual de 3.9%.

Tabela 26. O fornecimento de informação sobre o percurso do resultado da mamografia em função da adesão ao PRCM

	Aderem	
	n	%
Resultado da mamografia		
Informação		
NR	5	1.4
Sim	332	93.3
Não	15	4.2
Não se lembra	4	1.1
Total	356	100
Quem fornece a informação		
NR	13	3.9
Técnicas da unidade	290	86.0
Médico de família	10	3.0
Sras. das inscrições	9	2.7
Através da convocatória	5	1.5
Radiologista	3	0.9
Familiar/amigo que frequente a unidade	5	1.5
Folheto informativo	2	0.6
Total	337	100

No folheto que acompanha a convocatória, a informação sobre o resultado do exame, está claramente explícito logo abaixo à questão: «Quando recebo o resultado?», com a seguinte resposta; «o resultado será enviado para o Centro de saúde onde realizou o Rastreio no prazo médio de 3 semanas. Solicite-o no Centro de Saúde». No entanto, não consta da convocatória a referida informação. Pensamos que as mulheres «confundem» os dois documentos, a carta e o folheto, que recebem aquando a volta de rastreio.

As técnicas de radiologia são designadas pelas mulheres como as “meninas da carrinha”. Ao ser-lhes perguntado quem lhes fornece a informação sobre, onde podem saber o resultado do seu exame, pareceu-me que as entrevistadas nem sempre tomam atenção a essa informação, preocupadas que estão em ir embora depois de feito o exame. Essa dúvida surge-lhes depois e então perguntam a uma amiga, ao médico ou ao administrativo do centro de saúde se “a mamografia já chegou ao centro de saúde”. Durante as entrevistas no centro de saúde, este era um dos aspetos que me perguntavam e tinham acabado de fazer o seu exame há momentos. (Notas_71)

Perfil de Conhecimentos

O somatório dos 11 indicadores com os quais pretendemos construir a variável composta do **Perfil de Conhecimentos** das mulheres acerca do PRCM (cf. quadro 3) apresenta valores, mínimos e máximos, entre 14 e 31. O valor médio global é de 20.74 com um desvio padrão de 3.37. O coeficiente de variação é de 16%, o que traduz uma dispersão moderada em função dos valores médios. Conforme a tabela 27, os valores de curtose e assimetria apontam para curvas platicúrticas, com enviesamento à esquerda. Tendo por base o resultado do teste *Kolmogorov-Smirnov* (K/S), por apresentar significância estatística, consideramos que estamos perante uma distribuição não gaussiana.

Tabela 27. Estatísticas do Perfil de Conhecimentos acerca do PRCM em função da adesão e não adesão ao mesmo

Adesão	Mínimo	Máximo	Média	Dp	K/erro	Sk/erro	KS
Aderem	14	29	20.21	3.17	-0.51	3.65	0.000
Não aderem	14	31	21.15	3.46	-1.46	4.26	0.000
Total	14	31	20.74	3.37	-1.19	5.86	0.000

Os resultados presentes na tabela 28 mostram-nos que, 45.7% das participantes apresenta um **Fraco Perfil de Conhecimentos** acerca do PRCM, 41% um **Bom Perfil** e 13.3% um **Perfil Moderado**. As mulheres que aderem ao PRCM, têm um **Bom Perfil de Conhecimentos** (46.6%), enquanto as não aderentes apresentam um **Fraco Perfil de Conhecimentos** (50.6%), sendo esta relação estatisticamente significativa ($X^2= 10.260$; $p=0.006$).

Tabela 28. A adesão e não adesão ao PRCM em função do Perfil de Conhecimentos das mulheres acerca do PRCM

Perfil de Conhecimentos PRCM	Aderem		Não aderem		Total		Resíduo ajustado	
	n	%	n	%	N	%	Aderem	Não aderem
Bom	166	46.6	164	36.5	330	41.0	2.9	-2.9
Moderado	49	13.8	58	12.9	107	13.3	0.4	-0.4
Fraco	141	39.6	227	50.6	368	45.7	-3.1	3.1
Total	356	100	449	100	805	100		

Perfil de Comportamentos

A variável **Perfil de Comportamentos** foi criada a partir do somatório dos 5 indicadores que consideramos serem os definidores da mesma (cf. quadro 4).

A tabela 29 apresenta os a valores, mínimos e máximos, entre 5 e 13, sendo o valor médio global de 7.35 com um desvio padrão de 1.81. O coeficiente de variação é de 24.6% o que traduz uma dispersão moderada em função dos valores médios. Os valores de curtose e assimetria apontam para curvas leptocúrticas, com enviesamento à esquerda. Tendo por base o resultado do teste *Kolmogorov-Smirnov* (K/S), por apresentar significância estatística, consideramos que estamos perante uma distribuição não gaussiana.

Tabela 29. Estatísticas do Perfil de Comportamentos de Rastreio do Cancro da Mama em função da adesão e não adesão ao mesmo

Adesão	Mínimo	Máximo	Média	Dp	K/erro	Sk/erro	KS
Aderem	5	8	6.17	0.83	-2.52	1.43	0.000
Não aderem	5	13	8.29	1.89	7.44	11.06	0.000
Total	5	13	7.35	1.81	14.72	16.17	0.000

Os resultados da tabela 30 permitem-nos afirmar que, 58.9% das mulheres participantes **realiza o seu rastreio de forma concordante** com as orientações programáticas do PRCM, contrariamente a 41.1% das mulheres que não o faz. Os resíduos ajustados apontam para uma relação de dependência entre as variáveis Perfil de Comportamentos e adesão ao PRCM, com diferença estatística bastante significativa ($X^2= 348.193$; $p=0.000$).

Tabela 30. A adesão e não adesão ao PRCM em função do Perfil de Comportamentos de Rastreio do Cancro da Mama

	Aderem		Não aderem		Total		Resíduo ajustado	
	n	%	n	%	N	%	Aderem	Não aderem
Perfil de Comportamentos PRCM								
Concordante	339	95.2	135	30.1	474	58.9	18.7	-18.7
Não concordante	17	4.8	314	69.9	331	41.1	-18.7	18.7
Total	356	100	449	100	805	100		

Síntese

As expressões da Escala de Literacia do Rastreio do Cancro da Mama que foram alvo de maior dificuldade de leitura foram, **Unidade de rastreio** e **Programa Nacional de Rastreio**, o que pode indicar o diminuto «convívio» com as mesmas ou até o total desconhecimento. Contudo, a grande maioria apresenta um **Bom Grau de Literacia**, não sendo significativa a sua relação com o comportamento de adesão.

Apesar da maioria das inquiridas referir a **mamografia como método de deteção precoce** do cancro da mama, cerca de metade também considera a **ecografia mamária**. Por isso, estas mulheres aderem menos ao PRCM por acreditarem realizar o seu rastreio do cancro da mama, unicamente, através deste exame. A grande maioria das mulheres apresenta **fracos conhecimentos acerca dos métodos de deteção precoce** do cancro da mama, não havendo, contudo, relação significativa com a adesão.

Relativamente ao **conhecimento acerca do exame mamografia**, as inquiridas que aderem mais ao PRCM, são as que referem que a **mamografia permite detetar**, sugerindo que é um fator significativo para as mesmas. Desta forma, quando o **Perfil de conhecimentos é Bom**, a adesão é mais significativa.

A quase totalidade das inquiridas já realizou mamografias e aquelas que nunca o fizeram, também não aderiram a esta volta de rastreio. A adesão ao PRCM acentua-se nas que já tinham feito mamografias, alguma vez, ao longo da sua vida.

De entre os médicos assistentes (médico de família, particular e ginecologista), aquele em que a recomendação é significativa para a adesão ao PRCM, é a do **médico de família**.

As participantes que têm conhecimento de que a mamografia de rastreio se deve **realizar de 2/2 anos** são as que mais aderem ao PRCM, enquanto as que referem ser **anualmente**, aderem menos. Em termos de comportamentos também se verifica a mesma relação, logo ter conhecimento de que deve fazer o seu exame de rastreio de **2/2 anos** reflete-se no seu comportamento, uma vez que respondem à convocatória da LPCC. As que realizam **anualmente**, fazem-no com recomendação do seu médico assistente e, como tal, não aderem ao PRCM, tanto pelo hábito já adquirido de fazer o exame no mesmo local, como por comodidade e outros motivos referidos mais à frente neste estudo. Ter **conhecimento sobre a idade de início do rastreio**, bem como, **conhecimento do funcionamento e missão do PRCM**, não parece ter associação significativa com a adesão.

A maioria das mulheres não conhece a relação existente entre a LPCC e o PRCM, o que pode indicar pouca visibilidade da mesma junto da população alvo de rastreio. Os **meios de informação** responsáveis pelo conhecimento das mulheres acerca do PRCM são os meios de

comunicação formal (e.g. médicos, enfermeiros, convocatória) e os **meios de comunicação social**, repercutindo-se no seu comportamento de maior adesão.

Da mesma forma, a maioria das inquiridas considera o PRCM **muito importante**, o que influencia a adesão. Este indicador pode indicar uma valoração positiva por parte das mulheres a programas de prevenção da doença.

A **recepção da convocatória** para a realização de mamografia de rastreio parece ser um veículo influenciador da adesão e as que dizem ter recebido a mesma há 2 ou mais anos, aderem menos ao PRCM. Desta forma, o processo de convocatória é algo que deve ser efetuado sistematicamente em cada volta de rastreio para garantir alguma adesão por parte das mulheres. Quanto à informação presente na mesma, a maioria das inquiridas refere **ser clara**. No entanto, algumas recebem a carta e **não a leem**, ou depois **não se lembram** do que consta na mesma.

Pouco mais de metade das inquiridas já **foram à Unidade de Rastreio** (nesta ou noutras voltas), sendo estas as que mais aderem ao PRCM.

Das mulheres que aderiram a esta volta de rastreio, a quase totalidade respondeu que o resultado do exame vai para o médico de família, sendo as técnicas da unidade de rastreio a fornecer a respetiva informação, o que corresponde à realidade.

Motivos de adesão e não adesão

Esta parte do estudo revela-se importante pela possibilidade de (des)ocultação dos motivos que levam as mulheres a realizarem, ou não a mamografia de rastreio. Poderá ser a partir deste diagnóstico que as entidades responsáveis/colaboradoras do PRCM, nomeadamente, a LPCC e as unidades de saúde, promovam ações integradas no sentido de irem ao encontro das necessidades ou dificuldades particulares desta população e, deste modo, tornar facilitador o seu comportamento de adesão.

A) Motivos de Adesão ao PRCM

Conhecer os motivos das mulheres que aderem é uma mais-valia pela possibilidade de potenciar forças motivadoras, no sentido da continuidade do seu comportamento.

Na Tabela 31, estão presentes os resultados das respostas das mulheres que aderiram a esta volta de rastreio. Esta questão era de resposta múltipla, sendo que o total presente na tabela excede as 356 mulheres que aderiram. O motivo «**porque poderá detetar nódulos na**

mama mais cedo» é o único que foi escolhido, pelas mulheres, até à 4ª opção. Outros foram escolhidos nas primeiras opções e depois não foram mais elencados. O motivo, «**porque o enfermeiro recomendou**» foi apenas identificado como uma 3ª opção com 0.3% de respostas. Analisando, caso a caso, os motivos mais significativos referidos pelas participantes foram:

- (i) 1ºs motivos de adesão ao PRCM: 57.9% a mamografia poder detetar nódulos na mama mais cedo; 14.6% porque recebeu a convocatória; 5.3% porque o médico de família recomendou;
- (ii) 2ºs motivos de adesão ao PRCM: 11.5% porque poderá detetar nódulos na mama mais cedo; 5.3% porque na família existem casos de cancro da mama; 5.1% porque diminui a hipótese de morrer por cancro da mama;
- (iii) 3ºs motivos de adesão ao PRCM: com a mesma percentagem, 1.7% as mulheres referiram detetar nódulos na mama mais cedo e porque na família existem casos de cancro da mama; 0.8% porque recebeu a convocatória e o médico de família recomendou.

Em suma, o motivo apontado pelas mulheres, como sendo o mais importante para a sua adesão ao rastreio foi o da **deteção precoce do cancro da mama** (52.6% escolheram como um dos seus motivos), 14.3% das mulheres disseram que foram fazer mamografia de rastreio porque **receberam a convocatória**, 8.7% porque **na família existem casos de cancro da mama** e 7% porque **o médico de família as aconselhou**.

Tabela 31. Frequência dos motivos de adesão ao PRCM segundo a importância para as mulheres

Motivos de adesão	1ª Opção		2ª Opção		3ª Opção		4ª Opção		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Porque recebeu a convocatória	52	14.6	14	3.9	3	0.8	...	...	69	14.3
Porque o médico de família aconselhou	19	5.3	12	3.4	3	0.8	...	...	34	7.0
Porque o(a) enfermeiro(a) aconselhou	...	...	...	...	1	0.3	...	...	1	0.2
Porque o médico particular aconselhou	4	1.1	3	0.8	...	...	...	...	7	1.4
Porque notou algo que não estava bem nas mamas	18	5.1	11	3.1	2	0.6	...	...	31	6.4
Porque na família existem casos de cancro da mama	17	4.8	19	5.3	6	1.7	...	...	42	8.7
Porque diminui a hipótese de morrer por cancro da mama	6	1.7	18	5.1	1	0.3	...	...	25	5.2
Porque poderá detetar nódulos na mama mais cedo	206	57.9	41	11.5	6	1.7	1	0.3	254	52.6
Porque já tinha idade	10	2.8	9	2.5	...	...	1	0.3	20	4.1
Total	332	68.7	127	26.3	23	4.7	2	0.4	483	100

B) Motivos de Não Adesão

Os resultados que se seguem mostram-nos os motivos de não adesão de 449 mulheres. O total de respostas, tal como na questão anterior, também excede este total devido à múltipla identificação de motivos por cada uma das participantes.

Porque **o médico de família encaminhou para o privado** foi o único motivo que obteve respostas até à 4ª opção, o que pode explicar a frequência elevada de respostas no motivo de **ter feito mamografia recentemente**. No entanto só apresentaremos os resultados na tabela até à 3ª opção, pois os restantes são valores pouco significativos.

Analisando motivo a motivo verifica-se:

- (i) 1ºs motivos de não adesão: 16.7% porque fez mamografia recentemente; 12.2% porque não receberam a convocatória; 12.0% porque o ginecologista/médico particular encaminhou para o radiologista privado; 10.9% porque o médico de família encaminhou para o privado; 10.2% porque não foi possível na data agendada.
- (ii) 2ºs motivos de não adesão: com a percentagem de 2.0% temos vários motivos apontados, porque o médico de família encaminhou para o privado, não podiam faltar

ao trabalho, não foi possível na data agendada e por terem medo do resultado. As mulheres também apontam motivos como, o facto de não terem recebido a convocatória e não terem tido tempo de fazer o exame por terem pessoas aos seus cuidados (cuidadores informais) e não poderem ausentar-se de casa (1.6%).

Em suma, podemos observar pela Tabela 32 que parece existir um encadeamento nas respostas, uma vez que os valores percentuais mais elevados e por ordem decrescente mostram motivos que se justificam uns pelos outros, nomeadamente, 15.6% das mulheres disseram ter **feito mamografia recentemente**; 13.8% por terem **sido encaminhadas para o radiologista privado pelos médicos particulares**; 12.3% por **não terem recebido a convocatória**; 11.3% **porque o médico de família encaminhou para o privado** e 10.5% das mulheres **porque não lhes foi possível fazer o rastreio na data agendada**.

Como motivos de não adesão observamos uma tendência das mulheres em valorizar aspetos de natureza menos pessoal, ao contrário dos motivos de adesão anteriormente apresentados. Examinando criticamente esta questão, verificamos que, a deteção precoce e a hereditariedade deste tipo de cancro, são aspetos que preocupam as mulheres aderentes, não sendo significativos os motivos relacionados com a funcionalidade do PRCM (e.g. a receção da convocatória) ou com a recomendação de terceiros (sejam médicos ou enfermeiros) para a realização do rastreio. O mesmo não acontece com os motivos de não adesão elencados que, por ordem de importância, começam por referir os relacionados com aspetos externos à vontade da própria mulher, sendo a responsabilidade dirigida para o sistema de cuidados de saúde (e.g. ter realizado mamografia recentemente no radiologista privado, por recomendação do médico assistente e não ter recebido a convocatória). O não ser possível fazer o exame na data marcada é o único, destes motivos, que sugere aspetos mais pessoais como se observa nas notas de campo.

O não fazer o exame na data marcada deve-se, na maioria das vezes, à falta de tempo e absentismo ao trabalho. Contudo, acreditamos que isto possa ser solucionado se as mulheres tiverem conhecimento de que podem remarcar o exame para um dia e hora mais favorável. Além disso, não conhecem o processo de chamada para o exame na unidade de rastreio, julgando que vão “perder” uma manhã ou uma tarde de trabalho, optando por não ir e não avisar. (Notas_79)

Tabela 32. Frequência dos motivos de não adesão ao PRCM segundo a importância para as mulheres

Motivos de não adesão	1ª Opção		2ª Opção		3ª Opção		Total	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Por ter medo do resultado	4	0.9	9	2.0	...	...	13	2.5
Por embaraço de mostrar o corpo	4	0.9	...	...	...	...	4	0.8
Por falta de tempo	16	3.6	4	0.9	...	...	20	3.8
Porque ninguém recomendou	7	1.6	4	0.9	1	0.2	12	2.3
Porque fez uma mamografia recentemente	75	16.7	6	1.3	...	...	81	15.6
Porque o companheiro ou marido não quer que faça	1	0.2	...	...	...	...	1	0.2
Porque não tinha sintomas	17	3.8	6	1.3	1	0.2	24	4.6
Porque a convocatória não explicava com clareza o que devia fazer	...	...	2	0.4	...	...	2	0.4
Porque esqueceu	26	5.8	3	0.7	...	...	29	5.5
Porque não foi possível na data/hora agendada	46	10.2	9	2.0	...	...	55	10.5
Pela radiação	5	1.1	4	0.9	3	0.7	12	2.3
Acha que não cumpria os critérios de participação no rastreio	8	1.8	4	0.9	1	0.2	13	2.5
Porque não podia faltar ao trabalho	26	5.8	9	2.0	2	0.4	37	7.1
Porque o médico de família encaminhou para o privado	49	10.9	9	2.0	1	0.2	59	11.3
Porque o ginecologista/médico privado encaminhou para o privado	54	12.0	18	4.0	...	...	72	13.8
Porque queria dar a oportunidade a outras mulheres	2	0.4	...	...	2	0.4	4	0.8
Porque não recebeu a convocatória	55	12.2	7	1.6	2	0.4	64	12.3
Não tem tempo, pois é cuidador informal	...	...	7	1.6	3	0.7	10	1.9
Exame desconfortável pela pressão que provoca	3	0.7	4	0.9	1	0.2	8	1.5
Total	398	76.1	105	20.1	17	3.2	520	100

C) Outros Motivos Partilhados

Além dos motivos respondidos anteriormente, as participantes quiseram partilhar outros, tanto para a adesão quanto para a não adesão, cujos resultados estão representados na tabela 33. Por ter havido respostas muito variadas e em grande número, optámos por categorizá-las de

acordo com as dimensões da adesão, preconizadas pela WHO (2003a). Assim, distribuímos os outros motivos de adesão e não adesão segundo a classificação anterior.

Das 356 mulheres que aderiram ao PRCM:

-**não tinham outros motivos** (68.8%) além dos que já haviam dito anteriormente apresentados na Tabela 30;

-**motivos relacionados com a mulher** (15.4%): e.g. “foi por iniciativa própria”; “quer colaborar com a LPCC”; “para ficar descansada”; “responsabilidade social”;

-**motivos relacionados com a própria doença** (9.8%): e.g. “tem displasia mamária”; “tem medo da doença”; “tem casos de cancro na família”; “custa-lhe ver outras mulheres sofrerem da doença e não quer passar pelo mesmo”;

-**motivos relacionados com o PRCM** (3.1%) e.g. “é gratuito”; “serviço bem organizado”;

-**motivos relacionados com o Sistema de Cuidados de Saúde** (2.5%) i.e. “não fez mamografia recentemente”; “programa público que garante a entrada nos serviços de referência”;

-**motivos de natureza social e económica** (0.3%) e.g. “marido pressionou para fazer exame”.

Das 449 mulheres que não aderiram:

-**não apresentaram outros motivos** (66.8%) além dos registados na tabela 33;

-**motivos relacionados com a mulher** (16.3%) e.g. “desleixo com a saúde”; “desorientação”, “trauma por morte de familiar com cancro”; “acha que não tinha idade para o rastreio”; “está saturada de exames por doença atual”;

-**motivos relacionados com o Sistema de Cuidados de Saúde** (8.5%) e.g. “faz o exame no local de trabalho”; “o serviço de saúde cobre as despesas do exame no privado”; “mais prático no privado porque assim não precisa ir ao médico de família saber o resultado do exame”;

-**motivos relacionados com o PRCM** (6.9%) e.g. “dificuldade de acessibilidade ao serviço”; “foi a 1ª vez que recebeu a carta”; “da 1ª vez que foi convocada, o mamógrafo estava avariado”;

-**motivos relacionados com a doença** (1.3%) e.g. “realiza o autoexame da mama”; “não tem historial de cancro da mama na família”;

-**motivos sociais e económicos** (0.2%) e.g. “esteve emigrada muito tempo”.

Tabela 33. A adesão e não adesão ao PRCM em função de outros motivos partilhados

Outros Motivos	Aderem		Não Aderem	
	n	%	n	%
Não tem outro motivo além dos já referidos	245	68.8	300	66.8
Motivos Socioeconómicos	1	0.3	1	0.2
Motivos relacionados com o Sistema Cuidados de Saúde	9	2.5	38	8.5
Motivos relacionados com a doença do Cancro da Mama	35	9.8	6	1.3
Motivos relacionados com o Programa de Rastreio do Cancro da Mama	11	3.1	31	6.9
Motivos relacionados com a Mulher	55	15.4	73	16.3
Total	356	100	449	100

Nas nossas notas de campo, muitos foram os registos dos aspetos derivados de crenças individuais e representações sociais que concorrem para motivar as mulheres a participar, ou não, no PRCM. Muitos deles, *a priori* podem aparentar não ter relação direta com as motivações de adesão, mas estes discursos foram surgindo, espontaneamente, no decorrer da entrevista e encerram factos e vivências do seu quotidiano, que podem contribuir para a determinação de comportamentos de saúde e prevenção.

Analisando os fragmentos dos relatos das entrevistadas, uma situação muito recorrente foi a solidão... não ter ninguém com quem falar, discutir uma ideia, um assunto de saúde, caracteriza a **falta de suporte social**. Como sabemos, o suporte social tem sido associado ao bem-estar físico e mental apontando para uma maior vulnerabilidade à doença das pessoas que não têm perceção das redes de apoio na sua vida, bem como, os efeitos protetores em situações de crise ou doença. Nestes casos, o facto de pertencer a uma associação pode ser percecionado pelas pessoas como a pertença a um grupo de ajuda, ao qual podem recorrer sempre que necessitam a fim de as assistir no processo de lidar com a doença facilitando a sua adaptação. Nestes relatos é visível a inexistência de redes de apoio, como os amigos e vizinhos, mas também alguma desarticulação e falta de aproximação entre as redes formais, nomeadamente,

os profissionais de saúde, nos quais depositam confiança para dialogar sobre problemas de vida íntima.

“-tenho muitos vizinhos com os quais me dou bem, mas não gosto de falar dos meus assuntos familiares e das minhas preocupações com eles, pois não sei até que ponto guardarão segredo”. -“Os meus dois filhos que, deixe-me dizer-lhe, são uns bons meninos têm tido azar nos amores (...) eu ando muito desgostosa com eles. Não estou a conseguir aceitar estas coisas, até porque sou muito católica e não aceito o facto de viverem juntos sem serem casados pela igreja.” (Notas_2)

É viúva e vive sozinha. Refere ter problemas de insónias graves há muitos anos. Falava alto no café sobre esses aspetos (chamar a atenção sobre si): foi a vários médicos para resolver o seu problema, mas nenhum conseguiu dar-lhe solução. Chegou a estar internada, pois teve um “esgotamento sério com vontade de se matar”. Foi o filho adolescente (18 anos) que um dia esteve a ver os medicamentos da mãe, suas indicações e posologias, e que lhe disse os que havia de tomar e os que colocava de parte. Até hoje e, desde há 7 anos atrás, são os mesmos que toma. Refere que estava a caminho da unidade de saúde para pedir mais receitas dos medicamentos. Não conhece a médica, mas vai à unidade só para pedir a medicação que necessita e esta passa-lhe. (Notas_7)

O inquérito demorou cerca de 2 horas (desde as 20h até cerca das 22h). Contou-me todos os seus problemas de saúde, a sua solidão após a morte do marido. Problemas com os filhos; a filha vive em Lisboa da qual tem dois netos de pais diferentes, é toxicodependente e só vem a casa quando precisa de dinheiro. O filho é deficiente mental e tem cerca de 30 anos. Anda a namoriscar o que a preocupa devido à situação de ambos (estão numa instituição – IPSS) e tem receio que a moça engravide e que o peso recaia sobre ela. Diz estar cansada e sentir-se sozinha. Refere necessitar distrair-se, por exemplo fazer parte de um grupo onde se sinta bem e ter pessoas com quem possa conversar. (Notas_24)

Quando cheguei a sua casa a Sra. pediu-me que entrasse para a sala e sentámo-nos. Estava a fazer-lhe as perguntas sobre os seus conhecimentos acerca do PRCM e o marido/companheiro entrou aproximando-se de nós com ar um tanto ameaçador, o que veio a confirmar-se. Questionou-me sobre o que estava a fazer em sua casa e com que direito fazia perguntas à sua mulher. Respondi que estava ali porque obtivera permissão da própria para tal. O Sr. não me deu ouvidos e mandou-me sair de sua casa, ameaçando-me. “Ainda se estivesse cá para realizar algum exame... mas só vem fazer perguntas que não vão dar mais saúde à minha mulher”. (Notas_9)

Durante a entrevista, o marido não a deixou sozinha com a entrevistadora, teimando em corrigi-la. Estava alcoolizado mas “contido” na presença de outra pessoa. (Notas_16)

A falta de suporte social, anteriormente, apontada pode culminar em situações de pura discriminação e subjugação da mulher pelo companheiro, o que lhes provoca sentimentos de abandono e de carência afetiva. É premente a solidão e a depressão...

O marido até à porta do quintal atender-me perguntando o que pretendia. Após a minha apresentação pedi-lhe para falar com a sua esposa: “ela não tem tempo para essas coisas, mas vou chamá-la”. Demonstrou alguma animosidade... quando a mulher veio falar comigo, ficamos por ali mesmo (junto ao portão) a fazer a entrevista e, o marido, apesar de não estar junto de nós, ficou por perto para ouvir a conversa... Notava-se que a Sra. estava atenta à sua proximidade, pois sempre que este se afastava mais um pouco ela acrescentava outros aspetos da sua vida como: “estive doente há dias, e ele nem quis saber de mim”. Foi preciso chegarem os meus filhos para levarem-me à urgência”. “Nem conversa comigo.” “Sou como uma empregada cá em casa”. “Tenho estado com uma depressão já faz bastante tempo”. (Notas_6)

Para umas, o medo da doença pode levá-las a tomar atitudes de prevenção, para outras, verifica-se o inverso, ou seja, a confrontação com o problema assusta-as, impedindo-as de adotar comportamentos pró-ativos na luta contra a doença. Metaforizando, podemos dizer que se comportam como a «avestruz escondendo a cabeça debaixo da areia» para não verem a «realidade». Perante estes paradoxos comportamentais, faz-nos refletir sobre que medidas devem ser implementadas de forma, a fazer sentido para crenças tão diversas... As estratégias de educação em saúde sustentadas no medo não resultam para algumas mulheres, por outro lado, as estratégias em saúde escoradas nas representações sociais poderão não ter significado para outras. Há com certeza que encontrar princípios que norteiem as intervenções, não esquecendo o verdadeiro aspeto crucial da questão, a aproximação com a comunidade.

A Sra. atendeu à porta, foi elucidada acerca do trabalho e refere que não quer responder a estes inquéritos. Esta foi relativamente amistosa, pelo que aproveitei para perguntar os seus motivos. Diz que não gosta de falar desta doença. Perguntei porquê, se tinha antecedentes da doença na família ao que ela afirmou que sim e que, por isso, não quer falar dela: “seja o que Deus quiser”...Procurei sensibilizar para a prevenção, a importância da deteção precoce do CM, o que aumenta a sobrevivência. Contudo, continuou a dizer que não queria saber. “Preferia não saber nem ouvir falar acerca deste assunto... Perguntei se tem filhas e se estas tinham a mesma atitude perante a doença ao que ela me respondeu: “cada uma tem as suas ideias” e que as filhas respeitam a sua maneira de pensar e que não a procuram dissuadir. Relembrei o facto da doença ter uma componente hereditária, mas a Sra. tornou a dizer “seja o que Deus quiser”. Quis, ainda continuar a falar com ela, mesmo sem o objetivo de preenchimento do inquérito, mas esta recusou. (Notas_5)

É funcionária numa instituição de saúde pública em Aveiro e, por ter contacto diário com doenças do foro oncológico não quer responder ao inquérito. Não atende à porta enviando a filha para se justificar, recusando. (Notas_8)

D) Informação de Retorno à Unidade de Rastreio

Um outro aspeto importante para a LPCC seria o retorno da informação, por parte das mulheres, dos seus motivos de falta ao exame de rastreio. Isso traria várias vantagens, nomeadamente, algumas seriam excluídas das listas do PRCM por critérios válidos, como também, o esclarecimento sobre «falsos» motivos. Acresce a estes, o facto do serviço poder ser potenciado com melhor gestão de recursos.

Assim, na tabela 34 podemos verificar que a grande maioria, 80.5%, **não dá essa informação** à unidade de rastreio ou à LPCC, enquanto 18.9% **informa**.

Tabela 34. A informação à unidade de rastreio dos motivos de não adesão

Informação à unidade de rastreio	Não Aderem		Total	
	n	%	N	%
Sim	85	18.9	85	18.9
Não	362	80.6	362	80.6
NR	1	0.2	1	0.2
Tentou mais do que uma vez, mas ninguém atendeu	1	0.2	1	0.2
Total	449	100	449	100

Nas notas de campo verificamos que algumas mulheres referiram já ter fornecido informação de retorno à unidade de rastreio sobre o motivo de não ter comparecido à mamografia, nomeadamente, algumas mulheres mastectomizadas, ou que, por vontade própria, optam por fazer o seu rastreio noutra local. Contudo, referem continuar a receber convocatórias nas voltas de rastreio seguintes e já desistiram de tornar a informar.

Algumas mulheres referem que noutras voltas telefonaram a justificar-se pela não participação no rastreio e, mesmo assim, continuam a convocá-las (e.g. mastectomizadas; por opção própria, não querem fazer pelo PRCM). Assim não voltaram a estabelecer contacto com a Unidade de Rastreio porque apercebem-se que essa informação não é registada para as voltas seguintes (Notas_74).

Motivações

Foi efetuado o somatório das três variáveis indicadoras da variável (cf. quadro 5), Motivações de adesão, para obter os seus resultados estatísticos representados da tabela 35. Esta apresenta valores, mínimos e máximos, entre 6 e 12, sendo o valor médio global de 7.81 com um desvio padrão de 1.03. O coeficiente de variação é de 13%, o que traduz uma baixa dispersão em função dos valores médios. Os valores de curtose e assimetria apontam para curvas leptocúrticas sem enviesamento. Tendo por base o resultado do teste *Kolmogorov-Smirnov*, por apresentar significância estatística, consideramos que estamos perante uma distribuição não gaussiana.

Tabela 35. Estatísticas das Motivações de adesão em função da adesão e não adesão ao PRCM

Adesão	Mínimo	Máximo	Média	Dp	K/erro	Sk/erro	KS
Aderem	6	10	7.63	1.07	0.98	-0.88	0.000
Não aderem	6	10	7.96	0.97	7.40	4.04	0.000
Total	6	10	7.81	1.03	6.19	1.40	0.000

Através dos resultados presentes na tabela 36, a maioria das mulheres (70.8%) apresenta **Poucas Motivações para aderir ao PRCM** e apenas 29.2% apresenta **Muitas**. Não existe dependência estatisticamente significativa entre estas duas variáveis, ou seja, entre as **Motivações** e a adesão ao PRCM ($\chi^2= 0.199$; $p=0.656$).

Tabela 36. A adesão e não adesão ao PRCM em função das Motivações das mulheres

	Aderem		Não aderem		Total		Resíduo ajustado	
	n	%	n	%	N	%	Aderem	Não aderem
Motivações de Adesão PRCM								
Muitas	105	29.5	130	29.0	235	29.2	0.2	-0.2
Poucas	251	70.5	319	71.0	570	70.8	-0.2	0.2
Total	356	100	449	100	805	100		

Síntese

Dos motivos apresentados de adesão ao PRCM, as inquiridas relatam como o mais importante o facto do exame permitir «a deteção do cancro da mama», outras porque «receberam a convocatória» e, ainda, porque «na família existem casos de cancro da mama». Verifica-se, efetivamente, uma preponderância de fatores relacionados com a própria mulher ou com o impacto que esta doença representa para a sua vida. Poderemos afirmar que as mulheres aderentes parecem preocupar-se com a prevenção da doença, tanto por questões pessoais, como por terem a noção de que esta tem um componente hereditário (cf. notas de campo). O facto de receberem a convocatória é mais um fator de influência no sentido da adesão (como já vimos anteriormente). Não parece ser tão determinante para estas, a recomendação do médico de família.

Quanto aos motivos de não adesão, relacionam-se com fatores do próprio sistema de cuidados de saúde, ou seja, as participantes afirmam «já ter feito mamografia recentemente» porque o «médico assistente encaminhou para o radiologista privado» e, por fim, algumas

referem «não ter recebido a convocatória». Conforme notas de campo, nalguns destes casos, as moradas não eram as que estavam nas listas, mas naquelas que estavam corretas, as inquiridas continuavam a afirmar que não tinham tido conhecimento da mesma. Pareceu-nos que algumas mulheres recebiam a carta e não lhes dava importância, por já terem feito o exame ou «guardei na gaveta e nem vi do que se tratava» (como afirmavam) ... Nestes casos de não adesão, também são relatados motivos relacionados com as próprias mulheres (e.g. desleixo, desconhecimento, esquecimento, desorientação). O que estas apontavam como «falhas» do sistema de cuidados de saúde (e.g. «o serviço de saúde cobre as despesas do exame no privado»; «mais prático do que ir ao médico de família buscar o resultado»).

A grande maioria das inquiridas não informa a unidade de rastreio do motivo da sua não adesão.

A maioria das mulheres apresenta poucas motivações para aderir ao PRCM, contudo os motivos que apresentam, não estão significativamente relacionados com a adesão ao mesmo.

Acessibilidade aos serviços e profissionais de saúde

Como estudo, multidimensional examinaremos as perspetivas possíveis da adesão, a um comportamento de prevenção. Como tal, consideramos que a acessibilidade aos serviços de saúde, noutros *settings* comunitários, como o local de trabalho, pode ser um fator determinante para a promoção de comportamentos saudáveis. Além disso, os serviços de saúde nem sempre oferecem as condições necessárias para que toda a população tenha igual oportunidade de escolha dos mesmos, fomentando iniquidades e desigualdades no acesso a cuidados de saúde, na sua maioria, fundamentais como garantes da saúde de determinada comunidade.

Na nossa opinião, sendo o PRCM um programa desenvolvido no âmbito dos CSP, se existirem desigualdades, essas vão repercutir-se também ao nível da adesão a programas preventivos, como é o caso.

A) Existência de profissionais de saúde no local de trabalho

Nos locais de trabalho, o empregador deve garantir serviços de segurança e saúde para o trabalhador, podendo adotar diferentes modalidades na prestação dos mesmos sem esquecer, em nenhuma das situações, a prevenção da doença, a promoção e vigilância da saúde dos seus trabalhadores, utilizando para tal, os dispositivos necessários para o efeito. A formação adequada no domínio da segurança e saúde no trabalho é garantida, particularmente, aos

trabalhadores que desempenham funções em determinado âmbito que coloque em risco a sua saúde (IAPMEI, 2009). Perante este contexto legislativo procuramos verificar se as iniciativas levadas a cabo, nos locais de trabalho, relativas à vigilância e formação dos trabalhadores, se refletem nas áreas da saúde a que se destina este estudo, nomeadamente, no comportamento de deteção precoce do cancro da mama. É de referir que, para este estudo, apenas quisemos apreciar as equipas de saúde que existem no local de trabalho, não consideramos aquelas situações em que outras empresas de prestação de cuidados de saúde têm protocolo com a unidade laboral no sentido de fornecer esses serviços aos trabalhadores externamente.

Na tabela 37, podemos observar que, apenas 33.8% das mulheres referiram **ter profissionais de saúde no local de trabalho**, enquanto 66.2% disseram **não ter qualquer profissional**. Se relacionarmos este aspeto com a adesão, não verificamos diferenças estatisticamente significativas entre as mesmas ($X^2=1.965$; $p=0.161$).

Tabela 37. A adesão e não adesão ao PRCM em função da existência de profissionais de saúde no local de trabalho

	Aderem		Não aderem		Total		Resíduo ajustado	
	n	%	n	%	N	%	Aderem	Não aderem
Existência de profissional de saúde no local de trabalho								
Sim	60	30.3	94	36.6	154	33.8	-1.4	1.4
Não	138	69.7	163	63.4	301	66.2	1.4	-1.4
Totais	198	100	257	100	455	100		

De entre os profissionais de saúde existentes nos locais de trabalho, **o médico** é o que foi referido em maior percentagem (86.4%), seguido **do enfermeiro** com 60.4%, não havendo relação entre a existência destes profissionais e a adesão (cf. tabela 38).

Conforme as notas de campo, as inquiridas nem sempre demonstraram certeza nas respostas, principalmente acerca da existência de enfermeiro na equipa de saúde do local de trabalho.

Algumas das respostas em relação aos profissionais de saúde no local de trabalho pareceram-me com pouca certeza na resposta. Não sei se por não terem conhecimento ou se não existem mesmo... também mostram dúvida se existe enfermeiro, uma vez que têm a certeza em relação ao médico. Julgo que estes terão visibilidade direta para o tipo de serviços que os trabalhadores precisam do médico do trabalho. Algumas mulheres referem ser o médico do trabalho o profissional que mais confiança têm e que procuram com mais regularidade em caso de necessidade (Notas_75)

Tabela 38. A adesão e não adesão ao PRCM em função dos diferentes profissionais de saúde existentes no local de trabalho

Profissionais no local de trabalho		Aderem		Não aderem		Total		Resíduo ajustado	
		n	%	n	%	N	%	Aderem	Não aderem
Enfermeiro	Sim	32	53.3	61	64.9	93	60.4	-1.4	1.4
	Não	28	46.7	33	35.1	61	39.6	1.4	-1.4
Médico	Sim	54	90.0	79	84.0	133	86.4	1.1	-1.1
	Não	6	10.0	15	16.0	21	13.6	-1.1	1.1
Psicólogo	Sim	7	11.7	12	12.8	19	12.3	-0.2	0.2
	Não	53	88.3	82	87.2	135	87.7	0.2	-0.2
Outros	Sim	2	3.3	7	7.4	9	5.6	-1.1	1.1
	Não	58	96.7	87	92.6	145	94.2	1.1	-1.1
Total parcelar/profissional		60	100	94	100	154	100		

Na tabela 39, verificamos que, somente 25.3% das mulheres referem que se realizam sessões de Educação em saúde no seu local de trabalho, com percentagem mais elevada de não adesão (70.4%) nos locais onde não se realizam as mesmas. No entanto, os resultados dos resíduos ajustados estandardizados permitem-nos afirmar que a diferença estatisticamente significativa situa-se nas mulheres que não aderem ao PRCM e que afirmam realizar-se sessões de educação em saúde no seu local de trabalho (29.6%). Por sua vez, a adesão é mais elevada (80.3%) da parte das mulheres que dizem **não existir sessões de Educação em saúde no local de trabalho** ($\chi^2= 5.774$; $p=0.016$).

Julgamos que esta situação espúria, das mulheres que relatam a existência de sessões de educação em saúde no local de trabalho e a não adesão ao PRCM, poderá dever-se à ausência destas temáticas sobre rastreios oncológicos nos programas de formação realizados às trabalhadoras. Não obstante, poderíamos explorar as áreas temáticas apresentadas nessas formações e quais são os profissionais de saúde que, habitualmente, as desenvolvem.

A maioria das mulheres menciona que as sessões de educação em saúde ocorrem anualmente (49.6%) apresentando, mesmo assim, uma percentagem de não adesão ao rastreio de 52.6%. Em suma, qualquer que seja a frequência das sessões de Educação em saúde nos locais de trabalho, o seu total percentual é mais elevado nas mulheres que não aderem ao PRCM (66.1%). Com efeito, quanto mais frequentes são as sessões de educação em saúde, menos adesão ao PRCM existe. Contudo, esta relação entre adesão e frequência de sessões de Educação em saúde no local de trabalho não é significativa.

Tabela 39. A adesão e não adesão ao PRCM em função da realização e frequência de sessões de educação em saúde no local de trabalho

	Aderem		Não Adesão		Total		Resíduo ajustado	
	n	%	n	%	N	%	Aderem	Não aderem
Realização de sessões no local de trabalho								
Sim	39	19.7	76	29.6	115	25.3	-2.4	2.4
Não	159	80.3	181	70.4	340	74.7	2.4	-2.4
Totais	198	100	257	100	455	100		
Frequência das sessões								
Não sabe	0	0	2	2.6	2	1.7	-0.9	0.9
Anualmente	17	43.6	40	52.6	57	49.6	0.1	-0.1
2 vezes/ano	7	17.9	13	17.1	20	17.4	0.8	-0.8
> 2 vezes/ano	13	33.3	20	26.3	33	28.7	-1.0	1.0
Outra	2	5.1	1	1.3	3	2.6	1.2	-1.2
Totais	39	100	76	100	115	100		

B) Centros de Saúde onde estão inscritas

É importante justificar o facto de termos incluído no estudo, tanto mulheres que não residiam no Concelho de Aveiro, como as que não estavam inscritas em unidades de saúde do mesmo (casos raros). Em primeiro lugar, optámos por fazê-lo porque estas constavam das listas fornecidas pela LPCC e, segundo, por questões éticas que se prendem com a natureza do estudo. Além destes aspetos, também consideramos que poderia ser importante compreender esta situação atípica. Efetivamente, o que, inicialmente constituiu um aspeto intrigante, posteriormente, veio a justificar-se quando tomamos conhecimento da forma como as listas eram obtidas em cada volta de rastreio. Assim, o critério *a priori* preconizado pela LPCC, para obtenção das listas das mulheres a convocar era sua inscrição no CS. Aveiro. Contudo, este veio a verificar-se um critério pouco válido, pois verificamos que uma mulher de qualquer zona do país, que recorresse ao referido centro de saúde devido a um episódio de doença aguda (e.g. urgência ou atendimento na consulta aberta), passava a vigorar como fazendo parte da população inscrita neste, constando como inscrição esporádica. Esta situação vem aumentar, significativamente, a lista dos ativos da LPCC, sem que efetivamente o sejam.

Na realidade, Aveiro tem uma população flutuante que, por vários motivos (e.g. férias, trabalho, estudos), poderá estar de passagem na cidade e recorrer ao centro de saúde, sem, no entanto, ter inscrição permanente no médico de família. Não obstante, se pretendíamos com

este estudo a apreensão do contexto o mais próximo possível da realidade, não o estaríamos a cumprir se ignorássemos estes importantes fatores de análise.

Os resultados mostram que as mulheres estão inscritas em 21 unidades de saúde, embora sejam 14, as freguesias do conselho de Aveiro. Uma vez que algumas respostas apresentavam baixas frequências devido ao elevado número de unidades de saúde (baixa significância), optamos por atribuir as categorias a seguir elencadas por irem ao encontro da classificação das localidades de residência, bem como, pela possibilidade de análise de diferentes dinâmicas de acessibilidade, de acordo com as diferentes localidades. Assim, classificamos da seguinte forma: (i) **CS. Urbanos** (Aveiro, Moliceiro, Ílhavo); (ii) **CS. Peri-urbanos** (Aradas, Oliveirinha, S. Bernardo, Esgueira, Santa Joana); (iii) **CS. Rurais** (Cacia, N. Sra. Fátima, Eixo, Eirol, Nariz, Requeixo, S. Jacinto, Branca, Angeja, Gafanha da Nazaré, Fermentelos, Murtosa, Avanca).

Conforme a tabela 40, a maior percentagem das mulheres da amostra está inscrita em **CS. Urbanos** (42.7%), 36% em **CS. Peri-urbanos** e 21.3% em **CS. Rurais**. A diferença estatisticamente significativa situa-se nas mulheres inscritas nos CS. Rurais, que parecem aderir menos ao PRCM ($\chi^2= 7.870$; $p=0.020$).

Na nossa opinião este é um fenómeno que não se justifica apenas devido a questões de proximidade da unidade de rastreio, mas que também poderá estar relacionado com aspetos organizacionais dos cuidados de saúde nas unidades rurais, bem como, pela menor abrangência da divulgação das voltas de rastreio nas zonas do interior do concelho.

Tabela 40. A Adesão e não adesão ao PRCM segundo o Centro de Saúde onde estão inscritas

Centro de Saúde	Aderem		Não Aderem		Total		Resíduo Ajustado	
	n	%	n	%	n	%	Aderem	Não aderem
CS urbanos	157	44.1	186	41.6	343	42.7	0.7	-0.7
CS periurbanos	139	39.0	150	33.6	289	36.0	1.6	-1.6
CS rurais	60	16.9	111	24.8	171	21.3	-2.7	2.7
Total	356	100	447	100	803	100		

C) Frequência e Periodicidade com que recorre ao Centro de Saúde

A tabela 41 ilustra a periodicidade com que as mulheres frequentam o Centro de Saúde (CS). Do total da amostra, 75.4% das mulheres refere que **costuma frequentar o CS**, enquanto 24.6% **não o faz**. As mulheres que costumam frequentar o centro de saúde, aderem mais ao PRCM e o inverso também se verifica ($\chi^2=13.824$; $p=0.000$).

Das 75.4% que costuma ir ao CS, 28.8% vão **2 vezes/ano**; 25.0% frequentam **entre 2-4 vezes/ano** e com percentagens de cerca de 15% vão **mais de 4 vezes/ano** e **anualmente**. Não existe relação estatisticamente significativa entre a periodicidade das idas ao centro de saúde e a adesão ao PRCM.

Tabela 41. A adesão e não adesão ao PRCM em função da frequência ao Centro de Saúde

	Aderem		Não aderem		Total		Resíduo ajustado	
	n	%	n	%	N	%	Aderem	Não aderem
Costuma frequentar o Centro de saúde								
Sim	291	81.7	316	70.4	607	75.4	3.7	-3.7
Não	65	18.3	133	29.6	198	24.6	-3.7	3.7
Total	356	100	449	100	805	100		
Periodicidade								
Anualmente	47	16.2	45	14.2	92	15.2	0.7	-0.7
2 vezes/ano	79	27.1	96	30.4	175	28.8	-0.9	0.9
2-4 vezes/ano	68	23.4	84	26.6	152	25.0	-0.9	0.9
4-6 vezes/ano	46	15.8	46	14.6	92	15.2	0.4	-0.4
>6 vezes/ano	51	17.5	45	14.2	96	15.8	1.1	-1.1
Total	291	100	316	100	607	100		

D) Meios de Transporte Utilizados

Pretendemos, com esta variável, verificar se as acessibilidades ao CS podem estar comprometidas devido a barreiras relativas à falta de transporte, ou se as participantes têm meios próprios, ou ainda se dependem de terceiros para deslocar-se ao CS.

Observando a tabela 42, vemos que os meios de transporte utilizados pelas mulheres quando se deslocam ao centro de saúde foram: o carro próprio, o motociclo/bicicleta, os transportes públicos e a ida a pé. O transporte mais utilizado pelas mulheres é o **motociclo/bicicleta** (91.8%), seguido dos **transportes públicos** (90.1%). O menos utilizado é o **carro próprio** (47.6%). Não existem diferenças significativas entre a utilização destes meios de transporte e a adesão e não adesão ao PRCM.

Tabela 42. A adesão e não adesão ao PRCM em função do meio de transporte utilizado

		Aderem		Não aderem		Total		Resíduo ajustado	
		n	%	n	%	N	%	Aderem	Não aderem
Meio de transporte									
Carro próprio	Sim	152	52.2	166	52.5	318	52.4	-0.1	0.1
	Não	139	47.8	150	47.5	289	47.6	0.1	-0.1
A pé	Sim	90	30.9	104	32.9	194	32.0	-0.5	0.5
	Não	201	69.1	212	67.1	413	68.0	0.5	-0.5
Motociclo/bicicleta	Sim	26	8.9	24	7.6	50	8.2	0.6	-0.6
	Não	265	91.1	292	92.4	557	91.8	-0.6	0.6
Transportes públicos	Sim	31	10.7	29	9.2	60	9.9	0.6	-0.6
	Não	260	89.3	287	90.8	547	90.1	-0.6	0.6
Total parcelar/transporte		291	100	316	100	607	100		

E) Consultas de Vigilância da Saúde

As consultas de vigilância de saúde objetivam vigiar regularmente o estado de saúde de alguns grupos da população mais vulneráveis como as crianças, grávidas, idosos, determinados grupos profissionais e pessoas com doença crónica que necessitam de uma atenção especial, pelo que devem efetuar consultas programadas e periódicas. Estas decorrem no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários e são sustentadas por orientações técnicas de programas de saúde dirigidos a cada área específica, como é o caso da vigilância de saúde oncológica (rastreios), do planeamento familiar, da diabetes, do adulto, de hipertensão, entre outras.

Estas constituem um espaço ótimo de sensibilização das utentes para comportamentos de promoção da saúde, tanto pela partilha de informação (educação em saúde personalizada), como pela demonstração do autoexame da mama que, neste caso particular, as mulheres devem realizar de forma regular e sistemática em sua casa. Estas consultas contam com a participação e colaboração interdisciplinar dos profissionais de saúde (geralmente o enfermeiro e o médico) com a vantagem de promover a continuidade dos cuidados prestados, pela periodicidade e programação que lhes estão inerentes.

As consultas mais específicas para a deteção do cancro da mama são as de vigilância oncológica de rastreio e as de planeamento familiar, nas quais são efetuados os exames de rastreio ao cancro do colo uterino e o exame clínico da mama. Contudo, pressupõe-se que uma equipa de saúde deva aproveitar todas as oportunidades de contacto com a utente, principalmente neste âmbito de consultas, para estratégias de prevenção da doença e promoção da saúde, qualquer que seja o teor da consulta. Por exemplo, numa consulta de diabetes, tendo

perante si uma utente em idade de rastreio do cancro da mama e estando a decorrer a volta de rastreio no CS, o profissional/equipa de saúde deve verificar se esta já realizou o seu exame de e, se tal não ocorreu, convidá-la a fazer.

A partir dos resultados da tabela 43 podemos fazer a seguinte leitura: do total de mulheres que costumam ir ao CS (75.4%), 51.9% **não vai a consultas de vigilância**, enquanto 48.1%, **o faz**. Existem diferenças significativas na adesão ao PRCM das mulheres que costumam frequentar consultas de vigilância no CS, bem como o seu inverso ($X^2=17.893$; $p=0.000$).

Das 48.1% que frequentam consultas de vigilância, as maiores percentagens são as de **planeamento familiar** (33.2%) e de **vigilância oncológica** (32.9%). As consultas menos frequentadas por estas mulheres são de **Diabetes Mellitus** e de **Hipertensão Arterial** com 17.8% e 19.9%, respetivamente. A frequência às consultas de planeamento familiar apresenta relação significativa com a adesão ($X^2= 3.884$; $p= 0.049$). Esta situação pode dever-se ao teor dessas consultas, onde são abrangidas as questões relacionadas com os rastreios oncológicos existentes.

As mulheres que vão às **consultas de Diabetes Mellitus** ($X^2=4.107$, $p=0.043$) e à **vigilância de saúde do adulto** ($X^2=4.427$, $p=0.035$) são as que menos aderem ao PRCM, ou seja, nestas consultas não deve ser feita sensibilização para comportamentos preventivos como a importância da realização dos rastreios oncológicos.

Tabela 43. A adesão e não adesão ao PRCM em função da frequência e tipo de consultas de vigilância no Centro de Saúde

		Aderem		Não aderem		Total		Resíduo ajustado	
		n	%	n	%	N	%	Aderem	Não aderem
Consultas de vigilância									
Vai		166	57.0	126	39.9	292	48.1	4.2	-4.2
Não vai		125	43.0	190	60.1	315	51.9	-4.2	4.2
Total		291	100	316	100	607	100		
Tipo de Consultas									
Planeamento familiar	Sim	63	38.0	34	27.0	97	33.2	2.0	-2.0
	Não	103	62.0	92	73.0	195	66.8	-2.0	2.0
Hipertensão Arterial	Sim	31	18.7	27	21.4	58	19.9	-0.6	0.6
	Não	135	81.3	99	78.6	234	80.1	0.6	-0.6
Diabetes mellitus	Sim	23	13.9	29	23.0	52	17.8	-2.0	2.0
	Não	143	86.1	97	77.0	240	82.2	2.0	-2.0
Saúde do Adulto	Sim	37	22.3	42	33.3	79	27.1	-2.1	2.1
	Não	129	77.7	84	66.7	213	72.9	2.1	-2.1
Rastreio oncológico	Sim	61	36.7	35	27.8	96	32.9	1.6	-1.6
	Não	105	63.3	91	72.2	196	67.1	-1.6	1.6
Total		166	100	126	100	292	100		

Os resultados da tabela 44 mostram que a marcação das consultas é feita, em maior percentagem (37.3%) **pela enfermeira**, 31.8% **pelo médico**, 24.7% **pela própria mulher** e 6.2% **pela administrativa**. As mulheres a quem a enfermeira marca as consultas de vigilância são as que aderem mais ao PRCM, ao contrário de quando são as administrativas a marcar ($X^2 = 13.809$; $p=0,003$). Talvez possamos afirmar, um pouco por experiência pessoal, que este é um fator importante de seguimento das utentes, sendo as enfermeiras que fazem os contactos quando estas não comparecem às consultas ou quando existem alterações nas datas das mesmas. Desta forma, consideramos que o *follow up* é mais personalizado, o que pode ser um fator de satisfação para as utentes, bem como, de regularidade na vigilância de saúde.

Tabela 44. A adesão e não adesão ao PRCM em função de quem faz a marcação das consultas de vigilância no Centro de Saúde

	Aderem		Não aderem		Total		Resíduo ajustado	
	n	%	n	%	N	%	Aderem	Não aderem
Marcação de consultas								
A própria utente	37	22.3	35	27.8	72	24.7	-1.1	1.1
A enfermeira	47	28.3	46	36.5	93	31.8	-1.5	1.5
O médico	37	22.3	35	27.8	72	24.7	-1.1	1.1
A administrativa	47	28.3	46	36.5	93	31.8	-1.5	1.5
Total	166	100	126	100	292	100		

As notas de campo complementam os resultados anteriores na medida em que permitem-nos caracterizar o contexto relacionado com a organização/funcionamento dos serviços de saúde, nomeadamente, o descontentamento com o sistema de marcação de consultas, a resposta das unidades de saúde em situação de doença aguda e a ausência de aviso prévio em caso de alteração das datas de consultas previamente programadas. As recentes reformas dos CSP vieram agravar a situação em duas principais vertentes: (i) o desconhecimento das mesmas por parte das utentes impedindo, desta forma que fizessem as suas escolhas por outros médicos de família/equipas de saúde e, conseqüentemente, por ofertas de cuidados de saúde específicos, conforme a contratualização de serviços das diversas unidades; (ii) a mobilização dos profissionais de saúde para outras unidades, para formar as equipas das unidades funcionais (nova figura do CS) às quais aderiram, ocasionou mudanças de médicos/equipa de saúde com desconhecimento das utentes, criando alguma instabilidade na relação profissional de saúde e utente.

“(…) deu-me várias informações sobre o seu descontentamento relativo ao funcionamento da unidade de saúde que frequenta, nomeadamente: o sistema de marcação de consultas em que a pessoa nunca consegue consulta para uma situação aguda; o facto de ter havido mudanças de médicos de família nos últimos tempos, devido à reforma dos Cuidados de Saúde Primários e a formação de Unidades de Saúde Familiar às quais alguns médicos aderiram.” (Notas_4)

“Na unidade X, os médicos de família têm sido alterados em resultado da reforma dos CSP, o que tem deixado a população contactada insatisfeita com os cuidados, além do sistema de marcação de consultas ser deficitário. Queixam-se também da inexistência de consultas para atendimento de situações agudas. Além disso, não têm sido contactadas aquando alterações na marcação das consultas de vigilância o que lhes provocou transtornos no trabalho.” (Notas_10)

“Muitas mulheres não têm conhecimento das reformas existentes no CS, nomeadamente, aquelas em que os médicos mudaram para uma USF, nem dos benefícios que essa filosofia de trabalho pressupõe. Horário mais alargado (até às 20h); consultas abertas para o atendimento de situações urgentes; o facto de terem um enfermeiro de referência que pudessem procurar para resolução de algum problema de saúde; tipo de consultas que a USF oferece em termos de vigilância de saúde, etc...”(Notas_64)

Falta de recursos humanos (e.g. enfermeiros e médicos) nas unidades de saúde para responder às necessidades da população.

“Nesta Unidade de saúde (...) não existe enfermeiro a tempo inteiro e médico existe uma vez por semana. As utentes referem que não existem profissionais de saúde suficientes. “Chegaram a aconselhar que, como tinha a ADSE, devia ir ao médico particular porque não tinham vagas no médico de família”.(Notas_38_39)

A procura dos serviços do CS acontece algumas vezes sem o contato direto com os profissionais de saúde, principalmente, em situações de atos médicos como: a prescrição medicamentosa, os atestados médicos e a prescrição de análises de rotina. Se esta for uma situação recorrente e sem que haja o cuidado de monitorizar de forma regular, as utentes não fazem uma vigilância correta da sua saúde, podendo, inclusive, arrastar processos de doença pela ausência de contato com as equipas de saúde ocasionando problemas de saúde às pessoas (e.g. polimedicação; complicações das doenças crónicas; enganos na dosagem da medicação).

“As que frequentam o centro de saúde anualmente ou até 2 vezes/anos vão, essencialmente, para pedir prescrições para exames e análises de rotina e atestados. As que vão mais frequentemente (mais de 4 vezes/ano) são aquelas que, na sua maioria costumam ir a consultas de vigilância e depois vão com alguma regularidade buscar os medicamentos que necessitam para controlar a sua doença (ex. diabéticas e hipertensas).” (Notas_76)

“Quando questionada se costuma ir ao centro de saúde X referiu que só quando necessita pedir medicamentos, mas que não contacta com a médica nem com as enfermeiras. Vai diretamente ao *guichet* com a lista de medicamentos que necessita e deixa ficar. A “secretária” diz-lhe em que dia deve passar para levantar a receita. E assim o faz na maioria das vezes, por isso está muito tempo sem ter consulta.” (Notas_2)

“ aqui no posto médico nunca temos consulta quando precisamos e eu não tenho dinheiro para ir a médicos particulares. Já há muito tempo que tomo os mesmos medicamentos e já não fazem efeito”. “Por isso vou às urgências quando sinto que não estou bem”. (Notas_6)

“(…) foi a vários médicos para resolver o seu problema, mas nenhum conseguiu dar-lhe solução. Chegou a estar internada, pois «tive um esgotamento sério com vontade de me matar». Foi o filho adolescente (18 anos) que um dia esteve a ver os medicamentos da mãe, suas indicações e posologias, e que lhe disse os que havia de tomar e os que colocava de parte. Até hoje e, desde há 7 anos atrás, são os mesmos que toma. Refere que estava a caminho da unidade de saúde para pedir mais receitas dos medicamentos. Não conhece a médica, mas vai à unidade só para pedir a medicação que necessita.” (Notas_7)

Raras são as situações de maior satisfação com os serviços públicos de saúde comparativamente com os privados, verificando-se uma maior insatisfação por parte das mulheres que mais se afastam do CS, o que se reflete no desconhecimento das dinâmicas do mesmo.

Uma utente contou um episódio sobre a sua experiência no ginecologista vs médica do CS nas consultas de vigilância oncológica: refere que a sua ginecologista era fria e sentia-se pouco à vontade com ela porque esta ficava de mãos nos bolsos a olhá-la despir-se, o que a deixava nervosa. Mudou para as consultas de planeamento familiar no CS e achou “um mimo” pois havia uma cabine para mudar de roupa, uma bata para vestir e no consultório um biombo com a marquesa atrás, para que a mulher tivesse maior privacidade. (Notas_19)

A população mais nova (45-49anos) ainda parece recorrer menos ao CS. Estas não utilizam os serviços públicos e não estão informadas sobre os programas de vigilância de saúde que o Centro de Saúde oferece, podendo acontecer o mesmo com o rastreio. Das mulheres desta faixa etária, aquelas que vão fazer a mamografia a primeira vez, pareceram-me ser aquelas que recorrem à consulta de planeamento familiar do CS, o que pode significar o acesso à informação/sensibilização. (Notas_43)

Muitas mulheres referem desconhecer o nome do médico de família, principalmente aquelas que recorrem ao médico particular ou onde os médicos estão sempre a mudar... perdem qualquer vontade de ir aos CS para qualquer consulta. (Notas_42)

F) Regularidade do Atendimento pelo Enfermeiro nas Consultas de Vigilância

A tabela 45 mostra-nos os resultados relativos à frequência com que o enfermeiro atende as utentes nas consultas de vigilância, o que nos permite conhecer a sua perceção do papel do enfermeiro. Das 48.1% que frequentam consultas de vigilância de saúde no CS, 60.3% refere que é atendida **sempre** pela enfermeira, 28.8% **nunca** é atendida, 6.5% **algumas vezes**, 3.4% **muitas vezes** e 1.0% **raramente** é atendida pela enfermeira. As mulheres que são **sempre** atendidas, pela enfermeira, são as que mais aderem ao PRCM ($\chi^2=16.002$; $p=0.003$). Esta relação entre as variáveis vem corroborar, em parte, a análise que fizemos sobre a importância de contatos regulares com os serviços e os profissionais de saúde.

Tabela 45. A adesão e não adesão ao PRCM em função da frequência do atendimento pelo enfermeiro nas consultas de vigilância

Frequência Atendimento do enfermeiro	Aderem		Não aderem		Total		Resíduo ajustado	
	n	%	n	%	N	%	Aderem	Não aderem
Nunca	36	21.7	48	38.1	84	28.8	-3.1	3.1
Raramente	2	1.2	1	0.8	3	1.0	0.3	-0.3
Algumas vezes	7	4.2	12	9.5	19	6.5	-1.8	1.8
Muitas vezes	5	3.0	5	4.0	10	3.4	0.4	-0.4
Sempre	116	69.9	60	47.6	176	60.3	3.9	-3.9
Total	166	100	126	100	292	100		

G) Profissional de saúde ao qual recorrem habitualmente

A fim de conhecermos a facilidade e regularidade com que as mulheres procuram os profissionais de saúde, em quem mais confiam, para colocar as suas dúvidas e problemas, apresentamos os resultados da tabela 46. Do total da amostra, verificamos que, 56.8% das mulheres recorre ao seu **médico de família** em primeira instância; 27.6% vai ao **médico particular**; 5.1% recorre aos **médicos do serviço de urgência** (tanto do hospital, como de outras instituições públicas ou privadas com serviço de urgência permanente); 3.9% procura o **médico do trabalho**; 2.7% o **ginecologista**; 1.9% **outros profissionais** (e.g. farmacêutico, naturista); 1.2% procura o **enfermeiro** e 0.9% das mulheres não recorre a **nenhum profissional de saúde** em caso de problema ou dúvida.

Para a adesão ao rastreio existe diferença estatisticamente significativa por parte das mulheres que recorrem ao médico de família e, de não adesão, daquelas que procuram o médico particular e outros profissionais ($X^2=22.158$; $p=0.002$).

Tabela 46. A adesão e não adesão ao PRCM em função do profissional que a mulher recorre regularmente em caso de dúvida ou problema

Profissional de saúde que procura regularmente	Aderem		Não aderem		Total		Resíduo ajustado	
	n	%	n	%	N	%	Aderem	Não aderem
Não vai a nenhum	2	0.6	5	1.1	7	0.9	-0.8	0.8
Enfermeiro	5	1.4	5	1.1	10	1.2	0.4	-0.4
Médico de família	229	64.3	228	50.8	457	56.8	3.9	-3.9
Ginecologista	10	2.8	12	2.7	22	2.7	0.1	-0.1
Médico das urgências	14	3.9	27	6.0	41	5.1	-1.3	1.3
Médico particular	84	23.6	138	30.7	222	27.6	-2.3	2.3
Médico do trabalho	11	3.1	20	4.5	31	3.9	-1.0	1.0
Outros (farmacêutico, naturista...)	1	0.3	14	3.1	15	1.9	-3.0	3.0
Total	356	100	449	100	805	100		

As mulheres que têm outras alternativas em termos de oferta de cuidados de saúde, nomeadamente, nos serviços privados raramente vão aos CS e procuram, preferencialmente, os médicos especialistas. Estas, apesar de parecerem em vantagem pela vasta possibilidade de escolha, referem não ter médico regular. Algumas dizem ter médico na família e, também, neste caso não procuram outros médicos. São exemplos de situações em que as mulheres não necessitam de médico de família do centro de saúde.

“Nesta localidade faltam muitas mulheres ao programa de rastreio, muitas são seguidas no médico particular. É uma zona peri-urbana em que as mulheres têm mais alternativas de escolha em termos de acesso aos cuidados de saúde. Muitas recorrem logo ao médico especialista.” (Nota_12)

Algumas mulheres recorrem ao médico de família em instituições privadas (i.e clínicas) porque no Centro de saúde é impossível conseguir consulta para quando precisam. Outras há, que referem ter médico na família e que o consultam a título particular, logo não vão ao centro de saúde.” (Notas_18)

A maioria das mulheres não recorre ao médico de família indo logo à especialidade que necessita. Na Forca está localizada a Cliria (clínica privada de Aveiro) e nas Barrocas outra Clínica (clínica privada das Barrocas), onde a maioria das pessoas recorre. Usufruem de subsistemas de saúde que têm convenção com estas clínicas, o que lhes facilita o acesso aos médicos particulares.

“Algumas também usufruem de subsistemas de saúde (ACSPT; ADSE; ACASA; SAMS...) e seguro de saúde e não necessitam de recorrer aos serviços públicos, tendo uma péssima imagem destes. (...) Muitas destas mulheres com facilidades em termos de acesso a vários profissionais de saúde, não têm um médico regular para a sua vigilância de saúde. Vão logo ao especialista, não tendo um médico que dê continuidade e que as assista nas variadas áreas da saúde de forma holística.” (Notas_44)

H) Tipo de Atendimento Médico

Consideramos que, dos indicadores referentes à acessibilidade aos serviços de saúde, uma das mais importantes variáveis para o comportamento de procura das populações, é o tipo de atendimento que estas recebem por parte dos profissionais de saúde com os quais contactam regularmente. Assim, neste estudo, o atendimento médico avaliado diz respeito ao médico a que as participantes recorrem, em caso de necessidade de saúde ou dúvidas.

Procuramos, desta forma, analisar o contexto da comunicação entre utente/profissional de saúde, transpondo para a arena comportamental relacionada com a adesão ao PRCM. Os aspetos da comunicação que apreciamos dizem respeito à empatia, à linguagem utilizada, ao aconselhamento e à partilha de informação pertinente.

Para analisar os resultados da tabela 47 consideramos como critério de resposta, o contacto regular com esse profissional de saúde. Como tal, excluimos os médicos dos serviços de urgência, os médicos particulares para episódios de doença aguda e a recente mudança de médico. Verificamos que, do total da amostra, 86.8% garantia as condições de resposta à questão do atendimento médico.

Esta pergunta reveste-se de 8 indicadores, constituindo uma escala do tipo *Likert* que varia do Nunca com pontuação 1, até Sempre (5).

As percentagens mais elevadas para todos os indicadores, à exceção do indicador nº5, recaem na resposta **Sempre**. Efetivamente, 73.5% das mulheres refere que «**o médico informa-a sobre os resultados dos seus exames**»; 71.7% refere que «**o médico utiliza uma linguagem clara de forma a entender bem**»; 68.3% diz que «**o médico mostra compreensão pelos seus problemas de saúde**» e 65.2% afirma que «**o médico dá-lhe tempo para que fale dos seus problemas de saúde**».

Os indicadores 4, 5, 6 e 7 são os que apresentam valores percentuais muito próximos entre o **Nunca** e **Sempre**, sendo estes também, os mais relacionados com os comportamentos de vigilância atinentes à prevenção do cancro da mama.

A título de síntese podemos dizer que os indicadores de âmbito geral da comunicação médico/paciente, aquando o atendimento nas consultas, são os que maior número de mulheres refere que acontecem **Sempre**. Por outro lado, os indicadores em que os valores percentuais são semelhantes (na ordem dos 30 a 40%) são aqueles que dizem respeito ao rastreio do cancro da mama, nomeadamente: (4) **importância de fazer o autoexame**; (5) **demonstrar como se faz o autoexame**; (6) **aconselhar a fazer mamografia de rastreio**; (7) **informa sobre a importância das consultas de vigilância regulares**.

Tabela 47. Frequências do atendimento médico

Indicadores do atendimento médico	Nunca		Raramente		Algumas vezes		Muitas vezes		Sempre		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
(1) Dá-lhe tempo para que fale dos seus problemas de saúde	7	0.9	24	3.0	72	8.9	71	8.8	525	65.2	699	86.8
(2) Mostra compreensão pelos seus problemas de saúde	6	0.7	19	2.4	60	7.5	64	8.0	550	68.3	699	86.8
(3) Utiliza uma linguagem clara que você entende bem	...	...	12	1.5	32	4.0	78	9.7	577	71.7	699	86.8
(4) Informa-a sobre a importância de fazer o Auto Exame da Mama	244	30.3	22	2.7	74	9.2	50	6.2	309	38.4	699	86.8
(5) Demonstra-lhe como deve ser feito o Auto Exame da Mama	333	41.4	24	3.0	48	6.0	41	5.1	253	31.4	699	86.8
(6) Aconselha-a para que faça a mamografia de rastreio	293	36.4	20	2.5	40	5.0	38	4.7	308	38.3	699	86.8
(7) Informa-a sobre a importância de ir às consultas de vigilância/rotina com regularidade	223	27.7	23	2.9	50	6.2	66	8.2	337	41.9	699	86.8
(8) Informa-a sobre os resultados dos seus exames de saúde	27	3.4	15	1.9	30	3.7	35	4.3	592	73.5	699	86.8

O somatório dos oito indicadores apresenta valores, mínimos e máximos, entre 12 e 40. O valor médio global é de 31.06 com um desvio padrão de 7.039. O coeficiente de variação é de 23%, o que traduz uma dispersão moderada em função dos valores médios. Conforme a tabela 48, os valores de curtose e assimetria apontam para curvas platicúrticas, com enviesamento à direita. Tendo por base o resultado do teste *Kolmogorov-Smirnov* (K/S), por apresentar significância estatística, consideramos que a distribuição não é gaussiana.

Tabela 48. Estatísticas do Atendimento Médico em função da adesão e não adesão ao PRCM

Adesão	Mínimo	Máximo	Média	Dp	K/erro	Sk/erro	KS
Aderem	12	40	31.49	7.021	-2.72	-3.39	0.000
Não aderem	12	40	30.69	7.042	-3.71	-1.83	0.000
Total	12	40	31.06	7.039	-4.68	-0.36	0.000

Desta forma e, tendo em conta que, quanto maior a sua cotação, melhor é o **Atendimento Médico** verificamos que, cerca de 43.6% das mulheres, refere um **Bom atendimento médico** nas consultas, 42.6% **Fraco atendimento médico** e 13.8% **Moderado**. Não existe, no entanto, diferenças estatisticamente significativas entre o tipo de atendimento médico e o comportamento de adesão (cf. Tabela 49).

Tabela 49. A adesão e não adesão ao PRCM em função do atendimento médico

Tipo de Atendimento médico	Aderem		Não aderem		Total		Resíduo ajustado	
	n	%	n	%	N	%	Aderem	Não aderem
Bom	147	46.5	157	41.2	304	43.6	1.4	-1.4
Moderado	45	14.2	51	13.4	96	13.8	0.3	-0.3
Fraco	124	39.2	173	45.4	297	42.6	-1.6	1.6
Total	316	100	381	100	697	100		

Perante os resultados anteriores verificamos que, sensivelmente, a mesma percentagem de entrevistadas considera que o atendimento do médico a que recorre em caso de dúvida ou problema de saúde é **Bom** ou **Fraco**.

Todavia, conforme as notas de campo, as mulheres manifestam alguma insatisfação relativamente aos médicos assistentes e, apesar deste fator não ser influenciador da adesão aos PRCM, deve ser tomado em consideração pela sua abrangência a vários domínios da saúde.

A cultura de partilha de informação entre médico e utente ainda não se faz sentir neste contexto, as utentes não discutem sobre as suas dúvidas com os prestadores de cuidados, no sentido de as esclarecer. Os médicos assistentes partem do pressuposto que o médico especialista abordará aspetos de promoção de saúde e por isso não o fazem

Os médicos particulares e alguns médicos de família não dão informação acerca da mamografia de rastreio, nem do autoexame da mama porque sabem que a mulher é seguida no ginecologista e pressupõem que essas questões são discutidas por este. Além disso, algumas mulheres referem ir ao médico só quando precisam, por doença aguda e, nessa situação, não vem a propósito o médico falar

sobre essas temáticas. A informação é escassa para as mulheres que não recorrem ao médico para vigilância de saúde. (Notas_66)

A disponibilidade demonstrada pelos médicos é escassa, pelo que, as entrevistadas ao tomar consciência disso, nem sempre abordam todos os seus problemas, o que poderá acarretar uma procura excessiva dos serviços a curto prazo. Também, algumas mulheres optam por efetuar uma lista dos pontos que consideram mais importantes a abordar durante as consultas. O curto tempo de atendimento não permite o estabelecer de uma relação de empatia, nem a discussão dos pontos-chave que mais preocupam as utentes.

Muitas mulheres referem que, nos centros de saúde, o atendimento está condicionado pelo tempo. Os próprios médicos referem que só têm 15 minutos para a consulta o que não dá para falar de todos os problemas ou então têm de fazer uma lista antes da consulta com os problemas que pretendem expor. (Notas_63)

A Sra. tem 69 anos e recorre ao médico de família só em último caso e que estes não têm disponibilidade de tempo para ouvir as pessoas... este costuma avisá-la que só tem 15 minutos para a consulta e isso já a deixa sem vontade de falar. Primeiro tenta resolver os seus problemas em casa, com os seus remédios caseiros. Não acredita nos médicos (...) Tem um dicionário médico em casa que a ajuda a elucidar algumas dúvidas. Evita procurar os médicos devido às muitas más experiências. Também não gosta de tomar medicamentos. (Notas_27)

Refere que a disponibilidade e a compreensão demonstrada pelos profissionais não têm resposta possível. Diz “não há volta a dar a estas situações...entra-se num ritmo tipo tufão e depois é o que se vê”. Ainda refere que não vale a pena recorrer ao médico de família porque nunca tem consulta quando necessita. (Notas_25)

Outra utente refere abertamente que não gosta do seu médico de família. Este não mostra disponibilidade, tem sempre pressa e não gosta do seu atendimento. Só recorre a este para pedir análises, exames ou medicação. Apercebe-se que os médicos do CS passam os medicamentos consoante os laboratórios (“para um mesmo problema, umas vezes são uns medicamentos outras vezes são outros. Parece ser por fases”, diz). (Notas_26)

Os médicos são os profissionais de saúde mais procurados em situações de saúde ou doença e, também, as suas recomendações relativamente à mamografia de rastreio parecem ser as mais valorizadas pelas mulheres, uma vez que não colocam em questão esse encaminhamento, mesmo que seja para o privado...

Os médicos (...) para além de serem os profissionais de saúde mais referenciados para a procura imediata, são também, os que mais direcionam para o sector privado. Tal, é um fator que ajuda a consolidar a crença de que o exame numa clínica privada, tem um valor mais importante sobre o estado de saúde. (Notas_AL_35)

Mesmo tendo algum conhecimento acerca dos seus direitos enquanto utente, por vezes temem apresentar queixa ou reclamação de um profissional de saúde (neste caso, o médico) pela possível retaliação, em termos de pior atendimento, que possam vir a sofrer.

“ (...)situações de mau atendimento por parte do médico de família. Uma utente aguardava a sua vez na sala de espera há cerca de 2 horas mas, como tem incontinência urinária, teve de ir à casa de banho. Quando chegou, o médico já havia chamado por si e não quis atendê-la. - O Sr. Dr. não agiu bem comigo e eu estava a precisar muito da consulta, pois não posso pagar outro médico. O médico virou-se para ela e disse que toda a gente tem os seus problemas e ele também. Depois continuou a passar as receitas e nem olhou mais para a utente. Não gosta do médico de família, mas não tem possibilidades de ir a outro. Já estive para apresentar queixa, mas receia que o médico a trate pior.” (Notas_20)

I) Atendimento de Enfermagem nas Consultas de Vigilância

Com relação ao Atendimento de Enfermagem foram considerados os mesmos indicadores que para o Atendimento Médico. Contudo, para o enfermeiro consideramos o espaço de atendimento nas consultas de vigilância no CS, uma vez que o âmbito de cuidados prestados por estes profissionais está mais condicionado à área das instituições públicas. É pouco provável que os utentes se dirijam a consultas de enfermagem na privada, uma vez que estas praticamente não existem, a não ser em alguns casos para cuidados curativos (e.g. tratamentos de feridas).

Antes de passarmos à análise dos resultados presentes na tabela 50 temos a considerar alguns critérios de exclusão para esta questão, nomeadamente: (i) quando as mulheres não frequentam consultas de vigilância; (ii) quando o contacto com o enfermeiro não é regular; (iii) quando a mulher referiu **Nunca** ser atendida pelo enfermeiro. Correspondeu a estes critérios uma percentagem total de 21.4%.

Observando a referida tabela, verificamos que os valores percentuais mais elevados situam-se nas respostas **Nunca** e **Sempre**. Relativamente ao enfermeiro, 74.0% das mulheres respondeu que este utiliza **Sempre uma linguagem clara**; 69.2% declarou que este mostra **Sempre compreensão pelos problemas**; 63.5% que **Sempre disponibiliza tempo** para que fale dos problemas de saúde; 55.8% que **informa Sempre** sobre a importância de frequentar consultas de vigilância. Relativamente a procedimentos que **Nunca** acontecem durante o Atendimento do Enfermeiro, os que apresentam percentagens superiores foram, 49.5% relata que **o enfermeiro Nunca informa sobre o resultado dos exames**; 43.8% **o enfermeiro Nunca aconselha para que faça mamografia de rastreio**; 38.0% **o enfermeiro Nunca demonstra como deve ser feito o autoexame**. É de ressaltar que o valor percentual para, **o enfermeiro Nunca dá a informação sobre os resultados dos exames**, justifica-se porque esta não é uma competência do mesmo, contudo, consideramos para esta questão, as respostas relativas a análises específicas (e.g. nos

diabéticos importante o controle da glicemia e da hemoglobina glicosilada), os sinais vitais, o resultado da colpocitologia (rastreamento do câncer do colo uterino), entre outros.

Tabela 50. Frequências do Atendimento de Enfermagem nas consultas de vigilância

Frequência do atendimento de enfermagem	Nunca		Raramente		Algumas vezes		Muitas vezes		Sempre		Total	
	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%	N	%
(1) Dá-lhe tempo para que fale dos seus problemas de saúde	4	1.9	4	1.9	10	4.8	22	10.6	132	63.5	172	82.7
(2) Mostra compreensão pelos seus problemas de saúde	5	2.4	2	1.0	5	2.4	16	7.7	144	69.2	172	82.7
(3) Utiliza uma linguagem clara que você entende bem	...	...	...	...	4	1.9	14	6.7	154	74.0	172	82.7
(4) Informa-a sobre a importância de fazer o Auto Exame da Mama	63	30.3	3	1.4	12	5.8	9	4.3	85	40.9	172	82.7
(5) Demonstra-lhe como deve ser feito o Auto Exame da Mama	79	38.0	6	2.9	9	4.3	8	3.8	70	33.7	172	82.7
(6) Aconselha-a para que faça a mamografia de rastreio	91	43.8	3	1.4	12	5.8	4	1.9	62	29.8	172	82.7
(7) Informa-a sobre a importância de ir às consultas de vigilância/rotina com regularidade	22	10.6	4	1.9	8	3.8	22	10.6	116	55.8	172	82.7
(8) Informa-a sobre os resultados dos seus exames de saúde	103	49.5	5	2.4	5	1.7	10	4.8	49	23.6	172	82.7

A tabela 51 representa os resultados estatísticos para o atendimento do enfermeiro. O somatório dos oito indicadores apresenta valores, mínimos e máximos, entre 12 e 40. O valor médio global é de 29.48 com um desvio padrão de 6.770. O coeficiente de variação é de 23%, o

que traduz uma dispersão moderada em função dos valores médios e os valores de curtose e assimetria apontam para curvas mesocúrticas, com distribuição simétrica. Tendo por base o resultado do teste *Kolmogorov-Smirnov* (K/S), por apresentar significância estatística, consideramos que a distribuição não é gaussiana.

Tabela 51. Estatísticas do Atendimento do Enfermeiro em função da adesão e não adesão ao PRCM

Adesão	Mínimo	Máximo	Média	Dp	K/erro	Sk/erro	KS
Aderem	16	40	29.96	6.573	-2.39	-0.68	0.000
Não aderem	12	40	28.76	7.045	-0.49	-0.99	0.059
Total	12	40	29.48	6.770	-1.90	-1.25	0.000

Seguidamente, procuramos avaliar o tipo de Atendimento do Enfermeiro nas consultas de vigilância, nomeadamente, através dos indicadores da comunicação entre enfermeiro/ paciente, anteriormente, indicados.

Os resultados presentes na Tabela 52 mostram-nos que, 50% das participantes considera o **Atendimento do Enfermeiro como Fraco**; 44.6% considera-o **Bom**; 3% aponta o **Atendimento como Moderado**. Não existem diferenças estatisticamente significativas entre o Atendimento do Enfermeiro e o comportamento de adesão e não adesão ao PRCM.

Tabela 52. A adesão e não adesão ao PRCM em função do atendimento de enfermagem nas consultas de vigilância

	Aderem		Não aderem		Total		Resíduo ajustado	
	n	%	n	%	N	%	Aderem	Não aderem
Tipo de atendimento enfermagem								
Bom	49	49.0	25	37.9	74	44.6	1.4	-1.4
Moderado	3	3.0	6	9.1	9	5.4	-1.7	1.7
Fraco	48	48.0	35	53.0	83	50	-0.6	0.6
Total	100	100	66	100	166	100		

Perante os resultados verificados anteriormente, observamos que cerca de metade da população considera o **atendimento de enfermagem** entre **fraco** e **bom**.

De acordo com as notas de campo, algumas utentes consideram, pouco relevante, o papel do enfermeiro nas consultas, pelo que a educação em saúde desenvolvida por estes profissionais de saúde parece não ser valorizada, talvez porque os próprios não reclamem a visibilidade necessária a esta atividade de enfermagem.

Como já foi referido no enquadramento teórico, a filosofia de trabalho das novas unidades funcionais dos centros de saúde (unidades de saúde familiar) vieram alterar, não só a oferta de cuidados, tomando a si valores mais próximos das famílias, subjacente à prestação de cuidados do enfermeiro e médico, mas também, a procura desses mesmos cuidadores, pela valoração deste atendimento mais personalizado que devem matizar as relações entre as utentes e os profissionais de saúde.

Mesmo quando são atendidas pelo enfermeiro nas consultas de vigilância, o cerne do seu trabalho não é visível, sendo referido como «apoio ao médico» ou então, a entrevista na consulta é considerada como um questionário, meramente administrativo e sem qualquer importância. Da mesma forma, a educação em saúde prestada por estes profissionais não é percebida pelas utentes como importante. Mesmo nas USF não parece existir, ainda, a percepção da figura do «enfermeiro de família» sendo o atendimento feito por «qualquer» enfermeiro. Desta forma, não foi possível colocar as questões relativas ao atendimento do enfermeiro a todas as participantes, uma vez que estas revelaram não existir continuidade de cuidados por parte do mesmo (e.g. ausência de enfermeiro de referência).

Algumas mulheres referem nem lembrar-se da cara das enfermeiras que as atende. Quando questionadas se são atendidas também pela enfermeira não respondem logo, porque, parecem estar a lembrar-se da resposta a essa questão; como quem não se recorda dessa situação pela pouca importância que lhe dá... ou pela pouca frequência com que acontece. (Notas_50)

Houve também quem referisse ter tido contacto com enfermeiros empáticos que apoiam a utente durante a consulta, embora o atendimento de enfermagem deva ser muito mais abrangente.

“Uma enfermeira sempre presente para ajudar a subir para a marquesa, enquanto falava comigo. Se tivesse que classificar numa escala de 1 a 5, o serviço no CS teria 5 estrelas. No privado era mais distante e frio” (Notas_19).

J) Atendimento Médico versus Atendimento de Enfermagem

Achamos que poderia ser interessante comparar o atendimento médico e de enfermagem uma vez que, nas unidades de saúde, as utentes serão atendidas pela equipa de saúde (constituída por estes dois profissionais), seja em simultâneo (e.g. na consulta de planeamento familiar), ou em consultas separadas. Na nossa opinião poderá constituir uma forma de analisar o atendimento da equipa de saúde segundo uma visão de conjunto e tornar compreensível a qualidade do atendimento da mesma.

Com efeito, ao cruzar as variáveis dos tipos de Atendimento Médico e de Enfermagem, obtivemos um total de, apenas 150 mulheres (o que corresponde a 18.6% do total da amostra) que são atendidas por ambos os profissionais de saúde, sendo que as restantes, ou são atendidas, unicamente, por um dos dois (na maioria é o médico), ou não o é por nenhum.

Na tabela 53 verificamos que, do total do **Atendimento de Enfermagem**, 62.3% das mulheres acha que este é **Bom**, 23.3% é **Fraco** e 14.5% **Moderado**. Em relação ao total do **Atendimento Médico**, 49.7% considera-o **Fraco**; 44.7% que é **Bom** e 5.7% diz ser **Moderado**.

Ressalva-se, particularmente, que 64.9% das mulheres que refere que o **Atendimento Médico é Fraco**, também o diz em relação ao **Atendimento de Enfermagem**. As que consideram o **Atendimento Médico Fraco**, 69.6% diz que o **Atendimento de Enfermagem é Moderado** e, 39.4%, que este é **Bom**. Das 24.3% participantes que revelam que o **Atendimento Médico é Bom**, 21.7% considera o **Atendimento de Enfermagem Moderado** e 57.6% acha-o **Bom**.

Conforme os resíduos ajustados existem diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres que consideram **Fraco**, tanto o **Atendimento Médico, como o de Enfermagem**. As mulheres que reconhecem que o **Atendimento Médico é Bom**, também consideram o mesmo em relação ao **Atendimento do Enfermeiro** ($X^2=18.805$; $p=0.001$).

Podemos afirmar que as mulheres que se consideram satisfeitas com o atendimento médico, também o estão com o atendimento do enfermeiro. O mesmo acontece com as participantes que identificam o **atendimento de ambos os profissionais como Fraco**, possivelmente são aquelas que apresentam menor satisfação com os serviços públicos de saúde no geral.

Tabela 53. Relação entre os Tipos de Atendimento Médico e Atendimento de Enfermagem nas consultas

Atendimento Enfermeiro \ Atendimento Médico	(1) Fraco		(2) Moderado		(3) Bom		Total		Resíduos ajustados		
	n	%	n	%	n	%	n	%	1	2	3
Fraco	24	64.9	16	69.6	39	39.4	79	49.7	2.1	2.1	-3.3
Moderado	4	10.8	2	8.7	3	3.0	9	5.7	1.5	0.7	-1.8
Bom	9	24.3	5	21.7	57	57.6	71	44.7	-2.8	-2.4	4.2
Total	37	23.3	23	14.5	99	62.3	150	100.0			

Acessibilidade aos Cuidados de Saúde Primários

Para configurar a variável **Acessibilidade aos Cuidados de Saúde Primários**, procedemos ao somatório de todas as variáveis indicadoras, num total de 7 (cf. quadro 6) e obtivemos os resultados estatísticos presentes na tabela 54. Esta apresenta valores, mínimos e máximos, entre 9 e 22, sendo o valor médio global de 14.62 com um desvio padrão de 4.31. O coeficiente de variação é de 29%, o que traduz uma dispersão moderada em função dos valores médios. Os valores de assimetria apontam para curva platicúrtica, com enviesamento à esquerda. Tendo por base o resultado do teste *Kolmogorov-Smirnov* (K/S), por apresentar significância estatística, consideramos que estamos perante uma distribuição não gaussiana.

Tabela 54. Estatísticas da Acessibilidade aos Cuidados de Saúde Primários em função da adesão e não adesão ao PRCM

Adesão	Mínimo	Máximo	Média	Dp	K/erro	Sk/erro	KS
Aderem	9	22	13.94	3.94	1.41	10.90	0.000
Não aderem	10	22	15.16	4.52	-5.38	6.78	0.000
Total	9	22	14.62	4.31	-4.20	11.93	0.000

Os resultados presentes na tabela 55 mostram-nos que, a grande maioria das mulheres (67.3%) refere que a sua **Acessibilidade aos CSP** é **Boa**, 24.6% diz que é **Fraca** e, por último, 8.1% das mulheres considera-a **Razoável**. Existe uma relação estatisticamente significativa das mulheres que revelam ter uma **Boa Acessibilidade aos Cuidados de Saúde Primários** e o seu **Comportamento de adesão ao PRCM**, enquanto as que dizem ter uma **Fraca acessibilidade** não aderem ao PRCM ($X^2=14.150$; $p=0.001$).

Tabela 55. A adesão e não adesão ao PRCM em função da Acessibilidade aos Cuidados de Saúde Primários

	Aderem		Não aderem		Total		Resíduo ajustado	
	n	%	n	%	N	%	Aderem	Não aderem
Acessibilidade aos Serviços de Saúde								
Boa	262	73.6	280	62.4	542	67.3	3.4	-3.4
Razoável	29	8.1	36	8.0	65	8.1	0.1	-0.1
Fraca	65	18.3	133	29.6	198	24.6	-3.7	3.7
Total	356	100	449	100	805	100		

Atendimento dos prestadores de cuidados de saúde

Foi efetuado o somatório das três variáveis (cf. quadro 7) que consideramos como indicadoras do Atendimento dos Prestadores de Cuidados de Saúde a fim de obtermos os resultados estatísticos. Esta apresenta valores, mínimos e máximos, entre 4 e 16, sendo o valor médio global de 8.87 com um desvio padrão de 2.53. O coeficiente de variação é de 28%, o que traduz uma dispersão moderada em função dos valores médios. Os valores de assimetria apontam para curvas mesocúrticas, com enviesamento à esquerda. Tendo por base o resultado do teste *Kolmogorov-Smirnov* (K/S), por apresentar significância estatística, consideramos que estamos perante uma distribuição não gaussiana (cf. tabela 56).

Tabela 56. Estatísticas do Atendimento dos Prestadores de Cuidados de Saúde em função da adesão e não adesão ao PRCM

Adesão	Mínimo	Máximo	Média	Dp	K/erro	Sk/erro	KS
Aderem	4	16	8.36	2.48	-0.18	1.81	0.000
Não aderem	4	16	9.27	2.48	0.42	2.43	0.000
Total	4	16	8.87	2.53	0.23	2.84	0.000

Através dos resultados presentes na tabela 57 podemos observar que, 41.5% das mulheres considera que recebe um **Bom Atendimento** por parte dos seus prestadores de cuidados de saúde, 32.7% refere que este é **Fraco** e 25.8% das participantes diz que o atendimento prestado pelos cuidadores de saúde é **Razoável**. Os valores dos resíduos ajustados indicam uma relação de dependência entre o Atendimento dos Prestadores de Cuidados de Saúde e a adesão e não adesão ao PRCM, ou seja, as mulheres que relatam ter um Bom atendimento por parte dos cuidadores de saúde, são as que aderem mais e as não aderentes referem um Atendimento Razoável a Fraco, com bastante significância ($\chi^2 = 24.398$; $p = 0.000$).

Tabela 57. A adesão e não adesão ao PRCM em função do Atendimento dos Prestadores de Cuidados de Saúde

Atendimento dos prestadores de Cuidados de Saúde	Aderem		Não aderem		Total		Resíduo ajustado	
	n	%	n	%	N	%	Aderem	Não aderem
Bom	182	51.1	152	33.9	334	41.5	4.9	-4.9
Razoável	77	21.6	131	29.2	208	25.8	-2.4	2.4
Fraco	97	27.2	166	37.0	263	32.7	-2.9	2.9
Total	356	100	449	100	805	100		

Síntese

Tanto a presença de profissionais de saúde no local de trabalho das inquiridas, como o tipo de profissional que existe, não apresentam relação com a adesão ao PRCM. Contudo, o mesmo não acontece com a realização de sessões de Educação em saúde nos locais de trabalho e a adesão, que parecem estar inversamente relacionadas, sugerindo-nos que as temáticas abordadas não são no âmbito dos rastreios. Além disso, a frequência das sessões, na sua maioria, ocorrem anualmente, o que não será decisivo para a sensibilização das mulheres no sentido de realizarem o seu rastreio.

As mulheres inscritas em CS. rurais aderem menos ao PRCM, podendo justificar-se, não apenas por questões de proximidade com a unidade de rastreio, como também, devido *à cultura de divulgação das voltas de rastreio nessas unidades.

Em termos de acessibilidade aos CSP, 75.4% costuma frequentar o centro de saúde, habitualmente, 2 vezes/ano, sendo as mais aderentes ao PRCM. Para a sua deslocação utilizam maioritariamente o motociclo ou bicicleta, seguido dos transportes públicos, não existindo relação com a adesão.

Das inquiridas que frequentam o centro de saúde, mais de metade não vai a consultas de vigilância, sendo a adesão significativa para as que vão. O tipo de consulta mais frequentado é a de planeamento familiar e a de rastreio, e quem faz a marcação das mesmas é o enfermeiro. Estas variáveis, o tipo de consulta de vigilância e quem faz a marcação, relacionam-se de forma significativa com a adesão ao PRCM. Esta situação verifica-se, também, quando as mulheres referem ser **Sempre** atendidas pela enfermeira, aquando as consultas.

No que diz respeito a indicadores relativos ao atendimento dos profissionais de saúde, observamos que o mais procurado pelas mulheres, seja em caso de dúvida ou problemas, seja por considerarem de mais fácil acesso, é o médico de família, verificando-se ter relação com a adesão ao PRCM.

As mulheres consideram que o médico estabelece um padrão de comunicação geral, uma vez que, o maior valor percentual recai nas respostas **Sempre** aos itens relacionados com a empatia, a linguagem clara, a informação transmitida. No entanto, os itens mais específicos da prevenção do cancro da mama, nomeadamente, os relacionados com o autoexame da mama, a mamografia de rastreio e as consultas de vigilância, apresentam menor valor percentual em relação aos anteriores, mas com respostas no nível **Nunca** elevadas.

As inquiridas consideram ter um **Bom** ou **Fraco** atendimento médico com percentagens na ordem dos 40% para ambas as situações. Não existe relação estatisticamente significativa entre o atendimento médico e a adesão.

No atendimento do enfermeiro, os valores percentuais mais elevados verificam-se nas respostas **Nunca** ou **Sempre**. Este profissional atenta **Sempre** para os aspetos relacionados com a empatia, a linguagem clara e o aconselhamento (consultas de vigilância). Os itens de resposta **Nunca**, estão presentes durante o atendimento do enfermeiro e, à semelhança do médico, também recaem nos aspetos relacionados com a prevenção do cancro da mama e a informação relativa aos resultados de exames. Quanto ao tipo de atendimento, este oscila entre **Fraco** e **Bom**, sem relação significativa com a adesão.

Quando cruzamos o atendimento médico e de enfermagem, apenas 18.6% do total das mulheres é atendida, tanto pelo enfermeiro, quanto pelo médico. Existe uma percentagem superior de mulheres que considera o atendimento de enfermagem **Bom**, relativamente ao do médico. Existe relação significativa entre o atendimento **Fraco** por parte do médico e do enfermeiro, bem como, quando os consideram no nível **Bom**.

A maioria das inquiridas refere existir uma **Boa acessibilidade aos CSP**, sendo esta variável determinante para o comportamento de adesão ao PRCM. Aquelas para quem a **acessibilidade é Fraca**, não aderem ao mesmo.

Cerca de 40% das mulheres refere que o **Atendimento dos prestadores de cuidados de saúde é Bom**. Estas são as que aderem mais ao PRCM, enquanto as que dizem ser **Razoável** ou **Fraco Atendimento**, não aderem ao PRCM.

Relação entre o Perfil de Conhecimentos e Comportamentos, as Motivações, a Acessibilidade aos CSP e o Atendimento dos Prestadores de Cuidados de Saúde

Com o objetivo de determinarmos como se correlacionam entre si, cada uma das variáveis, **Perfil de Conhecimentos, Perfil de Comportamentos, Acessibilidade aos CSP, Atendimento dos Prestadores de Cuidados de Saúde e Motivações para a adesão**, recorremos ao teste de correlação de *Pearson*. Os resultados da tabela 58 indicam-nos que as correlações estabelecidas oscilam entre, as não significativas e as altamente significativas. Verificamos que as correlações mais baixas situam-se entre as variáveis compostas; **Acessibilidade Vs Conhecimentos** ($r=-0.069$), **Motivações Vs Comportamentos** ($r=0.073$), **Motivações Vs Acessibilidade** ($r=0.012$) e **Motivações Vs Atendimentos dos prestadores** ($r=0.059$).

A variável, **Atendimento dos prestadores** é a que apresenta maior valor correlacional com as outras variáveis, nomeadamente, com o **Perfil de Conhecimentos, Perfil de Comportamentos** e com a **Acessibilidade aos CSP**. As variáveis, **Atendimento Vs Acessibilidade** ($r=0.437$) apresentam correlação altamente significativa ($p < 0.001$), ou seja, a perceção de um melhor

Atendimento (enfermeiro, médico) está associado a uma pior **Acessibilidade** por parte das mulheres inquiridas. Não obstante, as mulheres que recorrem menos às unidades de saúde (menor acessibilidade) terão menor percepção sobre a qualidade de atendimento dos profissionais de saúde, mostrando-se mais recetivas, eventualmente, por não terem vivências negativas em relação ao mesmo (melhor atendimento). Também é significativa a relação entre as mulheres que apresentam melhor **Perfil de conhecimentos** sobre rastreio do cancro da mama e as que se sentem menos **Motivadas** a aderir ao PRCM. Possivelmente, as mulheres que relatam ter mais conhecimentos sobre o PRCM, podem ser mais exigentes quanto à sua organização e funcionamento e, como tal, este aspeto ser determinante para a sua menor adesão. A crescente exigência das mulheres em termos de qualidade do funcionamento do PRCM (como vimos anteriormente, as mulheres referem que as condições não são as melhores, pois comparam com o radiologista privado) pode ser um fator de menor motivação para a adesão.

Tabela 58. Matriz de Correlação de Pearson entre as variáveis compostas

	Perfil de conhecimentos	Perfil de Comportamentos	Acessibilidade aos Serviços de saúde	Atendimento dos Cuidadores
Perfil de Comportamentos	0.157^{***}	....	
Acessibilidade aos CSP	-0.069 ^{n.s}	0.107^{**}	....
Atendimento dos prestadores de cuidados	0.128 ^{***}	0.210 ^{***}	0.437^{***}	....
Motivações para aderir	0.176 ^{***}	0.073 [*]	0.012 ^{n.s}	0.059 ^{n.s}

n.s. não significativa; *significativa; **bastante significativa;

***altamente significativa (p <0.001)

Doenças aparentes e/ou referidas pelas participantes...

Um dos aspetos que pensámos ser importante apreciar, foi o facto da existência de doença crónica ou aguda poder ser determinante para a participação das mulheres no PRCM, ou por estarem mais sensibilizadas para as questões da vigilância de saúde devido ao frequente contacto com as instituições e profissionais de saúde, ou ainda, por incapacidade (temporária ou permanente) em participar no PRCM. Não obstante, esta variável deve ser cuidadosamente interpretada atendendo ao facto dos dados serem, obtidos através dos relatos das mulheres (podendo constituir um viés a esta análise), como também, da nossa observação pontual

durante a entrevista. Daí que as categorias, por nós definidas, foram abrangentes conforme áreas, aparelhos ou tecidos do corpo humano de forma a obter grandes grupos para classificação dessas doenças:

- Doenças do Sistema Nervoso e órgãos dos sentidos (e.g. diminuição da acuidade visual; AVC; compreensão diminuída...);
- Neoplasias (e.g. displasia mamária; cancro da tiróide; cancro do estômago...);
- Doenças mentais (e.g. depressão)
- Doenças crónicas (e.g. diabetes, hipertensão arterial, Insuficiência renal crónica, insuficiência cardíaca)
- Doenças dos tecidos músculo-esqueléticos e conjuntivo (e.g. espondilite anquilosante, amputação do membro inferior)

Em 88.2% da amostra, não foi possível observar ou obter qualquer relato da existência de doença. Da tabela 59 podemos identificar a situação de neoplasias como a mais significativa em relação à não adesão, o que, à partida, pode parecer intrigante por pensarmos que alguém «ameaçado» por um cancro, não deixará escapar a oportunidade de detetar precocemente o cancro da mama. Contudo, também pode sugerir que o facto de terem um cancro pode assustá-las ou traumatizá-las pela possibilidade de ser encontrado um resultado positivo na mamografia.

“A utente refere ter cancro da tiróide e desde há um ano que faz exames e consultas de *follow up* do mesmo, o que a deixa saturada de médicos e de tantos exames e análises. “Quando recebi a carta em casa já sabia para o que era, mas este ano não vou fazer... ando muito cansada de ouvir falar em cancro”. (Notas_80)

“O meu ginecologista disse-me que tenho displasia mamária e que devo fazer uma mamografia anual com ecografia. Por isso não vou ao rastreio”. (Notas_81)

Tabela 59. A adesão e a não adesão ao PRCM em função da existência de doenças

Doenças observadas/referidas	Aderem		Não aderem		Total		Resíduo ajustado	
	n	%	n	%	N	%	Aderem	Não aderem
Nenhuma doença aparente	320	89.9	390	86.9	710	88.2	1.3	-1.3
Doenças do Sistema Nervoso e órgãos dos sentidos	20	5.6	21	4.7	41	5.1	0.6	-0.6
Neoplasias	3	0.8	18	4.0	21	2.6	-2.8	2.8
Doenças mentais	4	1.1	4	0.9	8	1.0	0.3	-0.3
Doenças crónicas	6	1.7	5	1.1	11	1.4	0.7	-0.7
Doenças dos tecidos músculo-esqueléticos e conjuntivo	3	0.8	11	2.4	14	1.7	-1.7	1.7
Total	356	100	449	100	805	100		

Com o objetivo de analisar a existência de diferenças entre as médias de grupos Iniciamos com o procedimento estatístico *One Way ANOVA*, tendo sido efetuado o cálculo inicial da média geral no sentido de verificar o quanto cada média individual difere da média geral. A ANOVA analisa as diferentes fontes de variação que podem ocorrer num conjunto de valores (Dancey & Reidy, 2006). Neste estudo procurou-se relacionar as variáveis exógenas, «CS onde está inscrita», «idade» e «estado civil» (sociodemográficas) com as variáveis Perfil de conhecimentos, Perfil de comportamentos, Acessibilidade aos CSP, Atendimento dos prestadores de cuidados, Motivações da adesão.

Relação entre o tipo de centro de saúde onde as mulheres estão inscritas e as variáveis compostas da adesão ao PRCM

Para verificarmos a relação existente entre a variável «**CS onde está inscrita**» e a adesão ao PRCM, efetuamos uma análise de variância a um fator (ANOVA), cujos resultados se apresentam na tabela 60. Verificamos que, cada variável apresenta os valores médios muito aproximados em função dos vários tipos de CS onde as mulheres estão inscritas, com diferenças estatisticamente significativas no **Perfil de conhecimentos** ($p=0.000$) e no **Atendimento** ($p=0.010$). Os valores médios mais elevados verificam-se, no **Perfil de conhecimentos** e na **Acessibilidade**, apresentando diferenças significativas em relação ao **Perfil de conhecimentos** e não significativas para a **Acessibilidade**.

Os valores de F são explicativos para as variáveis **Perfil de conhecimentos** e **Atendimento**, sendo a variância explicada de 9.22% e 1.14%, respetivamente.

Uma vez que as diferenças encontradas são estatisticamente significativas, somente, em duas delas, a realização do teste *Post Hoc* de *Tukey* permite-nos verificar entre que grupos se situam essas diferenças. Deste modo, a variável «**CS onde estão inscritas**», influencia no **Perfil de conhecimentos** relativo ao rastreio do cancro da mama podendo, na nossa opinião, dever-se à cultura de divulgação de informação presente nas instituições de saúde, ou seja, unidirecional ou bidirecional (mais ou menos participativa) e ao modelo de organização dos cuidados de saúde prestados.

O **atendimento**, também, apresenta diferenças entre os **CS. Urbanos Vs CS. Rurais** ($p=0.097$) e **CS. Peri-urbanos Vs CS. Rurais** ($p=0.007$). Podemos então inferir que as diferenças no **atendimento dos profissionais de saúde** são mais significativas nos **CS. Urbanos** e entre **Peri-urbanos Vs Rurais**.

Segundo o nosso ponto de vista, os **CS. Rurais** destacam-se comparativamente aos outros tipos de centros de saúde, pelo facto de se situarem em localidades onde os profissionais de saúde estão mais próximos da população, conhecem a comunidade e os seus problemas, podendo configurar diferentes aspetos de comunicação entre cuidadores/utentes e, conseqüentemente, o tipo de atendimento prestado à população.

Tabela 60. Análise de variância (ANOVA) entre variáveis compostas em função dos centros de saúde

Variáveis	CS. Urbanos (1)		CS. Peri-urbanos (2)		CS. Rurais (3)		F	p	V.E %	Teste de Tukey		
	Média	dp	Média	dp	Média	dp				1/2	1/3	2/3
Perfil de Conhecimentos	20.11	3.24	20.74	3.30	21.94	3.39	17.61	0.000	9.22	0.046	0.000	0.000
Perfil de Comportamentos	7.36	1.81	7.24	1.80	7.51	1.78	1.21	0.297	0.30	n.s	n.s	n.s
Acessibilidade aos CSP	14.79	4.36	14.58	4.38	14.25	4.05	0.90	0.409	0.22	n.s	n.s	n.s
Atendimento prestadores de cuidados	8.85	2.35	8.60	2.35	9.33	3.00	4.63	0.010	1.14	n.s	0.097	0.007
Motivação para a adesão	7.82	1.02	7.79	1.03	7.81	1.01	0.05	0.955	0.01	n.s	n.s	n.s

Perante os resultados obtidos inferimos que existe relação significativa entre as variáveis **Perfil de conhecimentos** e **Atendimento dos prestadores de cuidados** e os diferentes tipos de «**CS onde estão inscritas**» (e.g. urbanos, periurbanos e rurais), com particular destaque para as diferenças existentes, entre os CS. Rurais com os restantes.

Relação entre a idade das mulheres e as dimensões da adesão ao PRCM

No que concerne à idade, os resultados presentes na tabela 61 permitem-nos afirmar que os valores médios mais elevados ocorrem nas variáveis, **Perfil de conhecimentos** no grupo etário das mulheres com **≥56 anos**, **Acessibilidade aos CSP** e **Perfil de comportamentos** no grupo etário **50-55 anos** e a **Motivação para a adesão** nas mulheres com **50-55 anos** e com **≥56 anos**. Conforme valores de F e, com diferenças estatisticamente significativas, temos o **Perfil de conhecimentos** (p=0.000), o **Perfil de comportamentos** (p=0.012) e a **Acessibilidade aos CSP** (p=0.000).

A realização do teste *Post Hoc* de Tukey permite-nos afirmar que existem diferenças no **Perfil de conhecimentos** e que estas se situam entre as mulheres com idades **<50 anos** e **≥56**

anos e, entre este grupo etário e o de 50-55anos. No que diz respeito ao **Perfil de comportamentos**, as diferenças verificam-se entre as mulheres mais novas (<50anos) e as mais velhas (≥56anos), bem como, entre as de **50-55 anos** e as mais velhas (≥56anos). A **Acessibilidade aos CSP** é diferente entre as mulheres dos **50-55 anos Vs ≥ 56 anos**.

Tabela 61. Análise de variância das variáveis compostas em função da idade

Variáveis	<50 Anos (1)		50-55 Anos (2)		≥ 56 anos (3)		F	p	V.E %	Teste Post Hoc Tukey		
	Média	dp	Média	dp	Média	dp				1/2	1/3	2/3
Perfil de Conhecimentos	20.06	3.50	20.64	3.06	21.32	3.43	9.38	0.000	2.29	n.s	0.000	0.036
Perfil de Comportamentos	7.57	1.82	7.74	1.92	6.84	1.57	21.26	0.000	5.03	n.s	0.000	0.000
Acessibilidade aos CSP	14.67	4.66	15.15	4.50	14.09	3.80	4.45	0.012	1.09	n.s	n.s	0.008
Atendimento dos prestadores de cuidados	8.99	2.64	8.96	2.54	8.70	2.42	1.08	0.339	0.27	n.s	n.s	n.s
Motivação para a adesão	7.71	0.99	7.85	0.97	7.85	1.10	1.47	0.230	0.37	n.s	n.s	n.s

Em suma, existe relação estatisticamente significativa entre três variáveis (**Perfil de conhecimentos** e **Acessibilidade aos CSP** e **Perfil de comportamentos**) e os diferentes grupos etários. As mulheres mais velhas (≥56anos) apresentam diferenças de conhecimentos e comportamentos em relação aos outros dois grupos etários, enquanto, na acessibilidade, essa diferença destaca-se mais, quando comparada com as mulheres dos **50-55anos**. Existe relação significativa entre, o **Perfil de conhecimentos**, **Perfil de comportamentos**, **Acessibilidade aos CSP**, e os grupos etários.

Relação entre o Estado Civil e as dimensões da adesão ao PRCM

O teste de *U Mann-Whitney* possibilita verificar a igualdade de comportamentos de dois grupos de casos, os quais não são homogêneos. Neste estudo em particular pretendemos analisar se as mulheres «casadas» e as mulheres «solteiras/divorciadas/viúvas» apresentam igualdade de comportamentos para as cinco variáveis estudadas na adesão ao PRCM. Desta forma vamos comparar o centro de localização das duas amostras, como forma de detetar diferenças entre as duas populações correspondentes (Pestana & Gageiro, 2005, p. 444).

Deste modo, observa-se através da tabela 62 que os valores mais elevados, nas três primeiras variáveis (**Perfil de conhecimentos**, **Perfil de comportamentos** e **Acessibilidade aos**

CS), são para as mulheres «solteiras/divorciadas/viúvas», enquanto o **Atendimento dos prestadores de cuidados** e as **Motivações para a adesão** são mais elevadas nas «casadas». Contudo, a única diferença estatisticamente significativa situa-se entre as mulheres «solteiras/divorciadas/viúvas» que apresentam um **Perfil de conhecimentos** mais elevado ($p=0.077$).

A partir do valor de probabilidade, é possível concluir que o **Perfil de conhecimentos** das mulheres «solteiras/divorciadas/viúvas» influenciam na adesão ao PRCM.

Tabela 62. Teste de U Mann – Whitney (UMW) entre as variáveis compostas e o Estado civil

Variáveis	Solteira/divorciada/ viúva (1)	Casada (2)	UMW	p
	Ordenação média	Ordenação média		
Perfil de Conhecimentos	427.92	394.31	54601.500	0.077
Perfil de Comportamentos	410.68	399.86	57981.000	0.562
Acessibilidade aos CSP	413.31	399.01	57464.500	0.443
Atendimento dos prestadores de cuidados	394.00	405.24	57917.500	0.550
Motivações para aderir	389.49	406.72	57016.500	0.325

Síntese

Da análise bivariada da relação entre as patologias presentes ou relatadas e a adesão, mostrou existir significância estatística para as inquiridas que apresentam neoplasias e o comportamento de não adesão, podendo dever-se ao receio do resultado positivo da mamografia.

O teste de correlação de *Pearson* permitiu-nos inferir que as mulheres que recorrem menos às unidades de saúde, apresentam uma menor perceção sobre a qualidade do atendimento dos profissionais de saúde, mostrando-se mais recetivas a estes. Na nossa opinião, isto pode justificar-se por terem vivências menos negativas em relação ao atendimento. Além disso, a crescente exigência das mulheres em termos de qualidade do funcionamento e organização do PRCM pode também ser determinante para a não adesão.

Analizamos a diferença entre as médias das variáveis exógenas e a adesão e não adesão aplicando o procedimento *OneWay ANOVA* e verificamos que o perfil de conhecimentos relativo ao rastreio do cancro da mama varia conforme os CS onde as mulheres estão inscritas e que se

deve, na nossa opinião, à cultura de divulgação de informação presente nas instituições de saúde e ao modelo de organização dos cuidados de saúde. Nos CS. rurais, o atendimento varia comparativamente com os CS. urbanos e periurbanos, pelo facto de se situarem em localidades onde os profissionais de saúde estão mais próximos da população, conhecem a comunidade e os seus problemas configurando, desta forma, diferentes aspetos de comunicação entre cuidadores e pacientes.

Se compararmos os grupos etários e a adesão, as mulheres mais velhas (≥ 56 anos) apresentam diferenças de conhecimentos e comportamentos em relação aos outros dois grupos etários (<50 anos; 50-55 anos), enquanto na acessibilidade, a diferença é maior nas mulheres dos 50-55 anos, ou seja, existe relação significativa entre o perfil de conhecimentos, de comportamentos, a acessibilidade aos CSP e os grupos etários.

O teste *U Mann-Whitney* permite-nos inferir que as mulheres solteiras/divorciadas/viúvas apresentam um perfil de conhecimentos mais elevado, influenciado a adesão.

3.3. ANÁLISE INFERENCIAL

“Os seios doentes submersos profundamente debaixo dos lençóis ou da capa da enferma que se senta aos bocados na cama, são os seios que não se atreve o homem a tocar se a doença for grave. Não se pensa neles para respeitar mais a gravidade. Teme-se que não possam ressuscitar, mas no entanto respeita-se o seu esquecimento”. (La Serna, 2000, p.105)

- **Quais os fatores que determinam o comportamento de adesão e não adesão em relação ao PRCM, das mulheres dos 45 aos 69 anos residentes no Concelho de Aveiro?**
 - **Em que medida os fatores influenciam a adesão ao PRCM no Concelho de Aveiro?**

Para dar resposta às questões de investigação utilizamos algumas técnicas, nomeadamente, a função discriminante e árvore de decisão através do algoritmo CHAID (*Chi-square Automatic Interaction Detector*) que nos possibilitarão encontrar os determinantes da adesão ao PRCM para a nossa amostra, através da relação entre as variáveis estudadas e da forma como explicam o fenómeno.

Determinantes da adesão ao PRCM

A discriminante de função seleciona as variáveis exógenas que distinguem ambos os grupos (i.e. as mulheres que aderem e as que não aderem ao PRCM), de forma a que, conhecendo-se as características de um novo caso se possa prever, sobriamente, as diferenças entre os grupos e classificar à *priori* novos indivíduos nos grupos.

As funções discriminantes maximizam as diferenças entre as médias dos grupos e minimizam a probabilidade de classificações incorretas, dos casos nos grupos (Maroco, 2003; Pestana & Gageiro, 2005).

As variáveis exógenas que entraram neste modelo foram: a **idade**; o **Perfil de conhecimentos**; o **Perfil de comportamentos**; a **Acessibilidade aos CSP**; o **Atendimento prestadores de cuidados**; a **Motivações para aderir**. Como variável endógena consideramos os grupos, «mulheres que aderiram» e «mulheres que não aderiram» ao PRCM.

A tabela 63 mostra as dispersões entre as mulheres que aderem e não aderem ao PRCM, observando-se maior dispersão no grupo das não aderentes (7.9) em relação ao grupo das aderentes ao PRCM (6.5). O teste *Box's M* tem associado um nível de significância de 0.001, podendo inferir-se que as diferentes dispersões são estatisticamente significativas.

Tabela 63. Dispersões entre os grupos das aderentes e não aderentes

Grupos	Determinantes	Teste Box's M	F	p
Aderentes	6.523	243.445	24.212	0.000
Não aderentes	7.933			
Entre grupos	7.613			

Na tabela 64, o *Lambda de wilk* informa sobre as diferenças entre os grupos para cada uma das variáveis, individualmente. Obtém-se pelo rácio da variação dentro dos grupos sobre a variação total, sendo que este rácio varia entre 0 e 1. Para Pestana e Gageiro (2005), os valores elevados indicam a não existência de diferenças nesses grupos, o que efetivamente se observa nos resultados presentes na referida tabela. O *lambda de Wilk* mais baixo diz respeito à dimensão, **Perfil de comportamentos**, embora ainda seja um valor próximo de 1. Também verificamos que existem diferenças significativas nas médias das variáveis ($p=0.000$), com exceção da idade ($p=0.444$).

Podemos, então, inferir que as variáveis **Perfil de conhecimentos, Perfil de comportamentos, Acessibilidade aos CSP, Atendimento dos prestadores de cuidados e Motivações para a adesão**, possuem um poder discriminante significativo.

Utilizámos, desta forma, o método *stepwise* para selecionar, automaticamente, as variáveis com capacidade discriminativa, de modo a que as análises subsequentes sejam realizadas apenas com estas variáveis. Iniciamos com todas as variáveis e, nos passos seguintes, estas foram removidas conforme a sua contribuição para a capacidade discriminante da 1ª função. Assim, uma variável presente na função discriminante é removida se a capacidade da função discriminante não for, significativamente, reduzida pela remoção dessa variável.

Tabela 64. Teste de igualdade de médias

Variáveis	Wilk's Lambda	F	P
Idade	0.999	0.587	0.444
Perfil de Conhecimentos	0.981	15.347	0.000
Perfil de Comportamentos	0.660	413.894	0.000
Acessibilidade aos serviços de saúde	0.980	16.084	0.000
Atendimento dos Cuidadores	0.968	26.694	0.000
Motivação para a adesão	0.976	19.615	0.000

Para avaliar a contribuição de cada variável para a discriminação entre os grupos, iremos analisar a correlação entre os valores de cada variável explicativa com a função discriminante, presente na matriz de estrutura da tabela 65. Nesta, podemos observar que a variável com o coeficiente de valor absoluto mais elevado é o **Perfil de comportamentos**, o que nos permite afirmar que a função discriminante detém a informação contida nessa variável. As variáveis, **Perfil de conhecimentos** e **Atendimento dos prestadores de cuidados** não entraram na discriminante de função. Observamos também que a globalidade dos casos (81.4%) está classificada corretamente.

Tabela 65. Matriz da estrutura da análise discriminante de função

Variáveis	Função 1
Perfil de Comportamentos	0.946
Motivação para a adesão	0.206
Atendimento dos Cuidadores ^a	0.200
Acessibilidade aos serviços de saúde	0.186
Perfil de Conhecimentos ^a	0.146
Idade	-0.036

a. Variáveis que não entraram na análise discriminante de função

A tabela 66 informa sobre o sucesso de classificação de casos. Observamos que 88.5% de aderentes e 24.3% de não aderentes se encontram mal classificadas. Os casos validados indicam-nos que, na globalidade, 81.4% de casos agrupados originais estão, corretamente classificados, bem como, 81.0% de casos agrupados validados.

Tabela 66. Resultados da classificação de casos agrupados originais e validados entre as aderentes e não aderentes

			Preditores		Total
			Aderentes	Não aderentes	N
Original*	Aderentes	n	315	41	356
		%	88.5	11.5	100
	Não aderentes	n	109	340	449
		%	24.3	75.7	100
Casos validados**	Aderentes	n	314	42	356
		%	88.2	11.8	100
	Não Aderentes	n	111	338	449
		%	24.7	75.3	100

Terminamos a análise discriminante apresentando na tabela 67, os valores percentuais, a partir dos quais, os casos corretamente classificados são aceitáveis.

Os valores obtidos, evidenciam que a percentagem de classificações corretas (81.4%) é superior ao maior valor resultante entre a máxima probabilidade *a priori* (50%) e a percentagem de classificações corretas obtidas ao acaso (50%), o que demonstram a quase perfeita classificação de casos e valida os resultados da análise dos grupos de mulheres aderentes e não aderentes.

Tabela 67. Classificações corretas feitas ao acaso

	Aderentes	Não aderentes	Total
N	356	449	805
Probabilidades a priori	0.500	0.500	1.000
Classificação correta	178	224.5	402.5
% de classificação correta	22.1	27.9	50.0

*81.4% de casos agrupados originais foram corretamente classificados

**81.0% de casos agrupados validados foram corretamente classificados

Neste estudo, podemos afirmar que as variáveis, Perfil de Conhecimentos e Comportamentos, Acessibilidade aos CSP, Atendimento dos prestadores de cuidados e Motivações, possuem um poder discriminante significativo, sendo que, o Perfil de Comportamentos é a variável que apresenta maior grau de diferenciação entre os grupos das aderentes e não aderentes. As restantes variáveis são determinantes para a adesão ou não adesão ao PRCM, embora não apresentem um poder discriminante tão acentuado.

Como complemento desta última análise através da discriminante de função utilizamos, também, o procedimento de análise multivariada, árvores de decisão, através do algoritmo CHAID. Este consiste na representação gráfica das alternativas disponíveis, com origem a partir de uma decisão inicial, cuja grande vantagem é a possibilidade de decomposição de um problema complexo em diversos sub-problemas mais simples. Estes vão sendo identificados, de forma recursiva, e voltam a ser decompostos noutros ainda mais simples. No caso particular do nosso estudo pretendemos decompor a variável inicial, adesão e não adesão ao PRCM para, através de uma sequência de decisões tomadas, obtermos as respostas mais prováveis acerca das variáveis determinantes, com base na classificação dos dados.

As variáveis exógenas utilizadas para a construção da árvore de decisão, a seguir representada na figura 5 foram: os grupos etários; o estado civil; centros de saúde onde estão inscritas; perfil de conhecimentos acerca do PRCM; perfil de comportamentos; motivações para aderir; atendimento dos prestadores de cuidados e acessibilidade aos CSP. Como variável dependente consideramos, a adesão e não adesão ao PRCM. Os resultados mostram que existem três níveis de profundidade, cujas variáveis são estatisticamente significativas na explicação da adesão e não adesão ao PRCM. Como variáveis explicativas permaneceram, o tipo

de comportamentos (concordantes e não concordantes), os grupos etários (<50anos, 50-55anos e ≥56anos) e o atendimento dos prestadores de cuidados de saúde (bom, razoável ou fraco atendimento) encontrando-se distribuídas por oito nós, dos quais, cinco são terminais.

A primeira caixa que corresponde ao nó 0, ou de raiz, assinala a sombreado a categoria de **não adesão**, apresentando uma probabilidade de 55.8% de não adesão das mulheres ao PRCM, pelo que as aderentes são 44.2%.

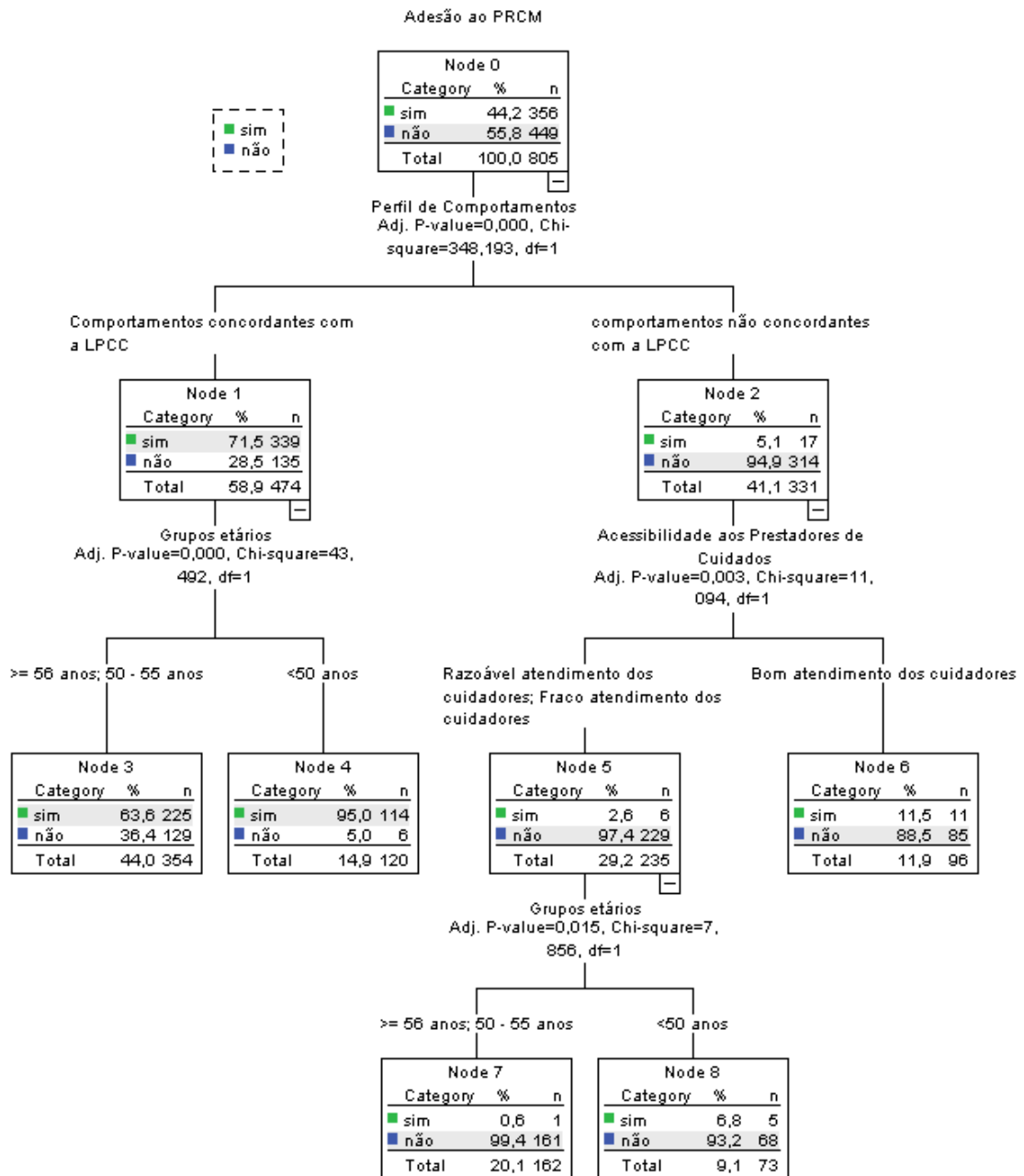
O primeiro nível de profundidade da árvore obtém-se através do **perfil de comportamentos** relacionados com o rastreio do cancro da mama indicando ser esta variável, a que melhor prediz a adesão, segmentando-se a amostra nas suas duas modalidades (comportamentos concordantes e não concordantes).

Neste nível, o método CHAID atribui 71.5% de probabilidade em pertencer à categoria alvo das mulheres que aderem ao PRCM.

Verifica-se, neste nó, que 95.2% (339/356 x 100) da totalidade das mulheres da amostra que aderem ao PRCM, se deve aos comportamentos concordantes. As mulheres que têm comportamentos não concordantes com as *guidelines* do PRCM representam 94.9% das não aderentes.

O segundo nível de profundidade mostra que são os **grupos etários**, a variável que melhor prevê o comportamento concordante das mulheres aderentes ao PRCM, originando os nós terminais 3 e 4. O nó 3 indica que se prevê que 63.6% das mulheres com idades **≥56 anos** e entre os **50-55 anos**, sejam aderentes. Para o nó 4, referente ao grupo etário <50 anos, verifica-se a existência modal de 95.0% para a mesma categoria. Ainda neste nível, verifica-se que, a variável que melhor prevê a não adesão das mulheres com comportamento não concordante, é o **atendimento dos prestadores de cuidados** e que origina os nós 5 e 6 (este último, terminal). O nó 6 mostra-nos que, 18.9% da totalidade de não aderentes da amostra referem que o atendimento dos prestadores de cuidados é Bom. Prosseguimos para o nível 3 de profundidade a partir do nó 5 que, através dos grupos etários, origina os nós terminais 7 e 8. O nó 7 indica, para as mulheres com idades **≥56 anos** e **50-55 anos**, que 99.4% é previsto não aderirem ao PRCM. O nó 8 mostra-nos que, 93.2% do grupo etário **<50 anos**, também, se prevê que não seja aderente ao PRCM.

Figura 5. Árvore CHAID da adesão ao PRCM em função dos comportamentos, grupos etários e atendimento dos prestadores de cuidados



Na tabela 68 obtivemos o número de previsões corretas e incorretas feitas pelo modelo, bem como, o risco sobre a taxa global de classificações incorretas. Na análise da classificação da adesão e não adesão ao PRCM, há 95.2% das mulheres corretamente classificadas como aderentes ao PRCM, que correspondem ao nó 1, sendo o seu peso no total da amostra de 58.9%. As classificações corretas correspondem à soma dos valores da diagonal principal, 81.1%, enquanto as classificações incorretas correspondem à soma dos valores da diagonal secundária (que coincide com o risco estimado), 18.9%. Verifica-se que o erro padrão de 0.014 permite a construção de intervalos de confiança, sendo que, a 95% dado por $0.189 \pm 1.96 * 0.014$, mostra que o risco de classificações incorretas se situa entre 2% e 3%.

Existem 339 mulheres classificadas corretamente pelo CHAID como aderentes ao PRCM, provenientes do nó terminal 1. Como não aderentes, existem 314 mulheres classificadas corretamente pelo CHAID, provenientes dos nós 5 e 6. Existem 17 e 135 mulheres mal classificadas.

Tabela 68. Classificações e riscos das previsões corretas e incorretas

Observações	Previsões		
	Aderentes	Não aderentes	Porcentagem correta
Aderentes	339	17	95.2
Não aderentes	135	314	69.9
Porcentagem Total	58.9	41.1	81.1
Risco estimado	0.189		
Erro padrão	0.014		

Síntese

Da análise discriminante inferimos que as variáveis, Perfil de Conhecimentos e Comportamentos, Acessibilidade aos CSP, Atendimento dos prestadores de cuidados e Motivações, possuem um poder discriminante significativo. Embora todas as variáveis sejam determinantes da adesão, o Perfil de Comportamentos é a que apresenta maior grau de diferenciação entre os grupos das aderentes e não aderentes.

Através da árvore de decisão verificamos que é esperado que as mulheres com comportamentos concordantes com as *guidelines* de rastreio sejam mais aderentes, sendo que dos 3 grupos etários as que mais aderem são as mulheres mais novas (<50 anos).

As mulheres que menos aderem são as que têm um comportamento não concordante com as recomendações de rastreio sendo determinante o atendimento dos profissionais de saúde... ou seja, para que as mulheres adiram ao PRCM devem ter acesso a prestadores de cuidados de saúde que lhes recomendem o PRCM... Das mulheres não aderentes apenas 18.9% referem que

o atendimento dos prestadores de cuidados é Bom. Das restantes não aderentes (99.4% com idade ≥ 56 e 50-55 anos; 93.2% com idade < 50 anos) referem que o atendimento é entre moderado e fraco. Ou seja, um atendimento moderado ou fraco por parte dos prestadores de cuidados é preditor de não adesão das mulheres em qualquer idade.

3.4. MÉTODOS: FASE 2

“Todo o, conhecimento (e consciência) que não pode conceber a individualidade e a subjectividade, nem incluir o observador na sua observação, não tem forças para pensar todos os problemas, sobretudo os problemas éticos (...) e se tornou míope para captar as realidades humanas, convertendo-se numa ameaça para o futuro humano”. (Morin, 2005, p. 62)

3.4.1. Participantes e método de colheita de dados

Dos resultados que emergiram da fase 1 deste estudo objetivamos conhecer a consistência das opiniões e os pontos compartilhados entre os principais intervenientes no contexto da saúde, mais particularmente, no respeitante ao PRCM – as mulheres em idade de rastreio do cancro da mama e os profissionais de saúde do CS. Aveiro. Chegados a esta fase houve necessidade de, também, conhecer as perspetivas dos profissionais de saúde do Centro de Saúde de Aveiro acerca das dimensões de variáveis que as utentes haviam determinado como significativas para a adesão. Desta forma, optámos pelo método *focus group* por poder ser empregue após uma fase de interpretação de estudos quantitativos e como desenho para traçar programas de intervenção (Barbour, 2005)

Este método possibilita a partilha e confrontação de diferentes perspetivas sobre um mesmo fenómeno e uma maior disponibilidade de correções pelo grupo, validando enunciados e opiniões que, à partida, acreditamos estarem vinculadas às formas de comunicação quotidianas dos atores (Flick, 2004). Quanto à tipologia dos grupos, Flick (2004) sugere a utilização de grupos reais que se interessem pelo assunto da discussão e, como tal, incluam os mesmos membros da situação de pesquisa devido às interações que compartilham no seu contexto natural onde desenvolvem atividades comuns e padrões tácitos de significado.

Assim, consideramos pertinente a seguinte distribuição dos 16 elementos convidados a participar nos *focus group* (FG):

FG1: um médico e enfermeiro de cada unidade de saúde (2 USF e 2 UCSP) perfazendo um total de 8 profissionais de saúde, dos quais apenas 4 compareceram. Neste grupo do tipo

homogéneo, o nosso objetivo foi aceder à linguagem, conceitos e conhecimentos dos profissionais de saúde, bem como observar a co-construção de significados ao se depararem com alguns dos resultados apresentados e as questões formuladas a partir destes.

FG2: grupo misto com um enfermeiro e médico das duas restantes USF's e quatro das mulheres participantes no *survey* da Fase 1 de investigação, perfazendo um total de 8 participantes.

A opção por um grupo heterogéneo prende-se com o facto de pretendermos tornar mais acessíveis os *insights* sobre comportamentos complexos, motivações e opiniões que se criam durante a interação do grupo em que se pode observar a comunicação entre as utentes e os profissionais de saúde, bem como as interpretações que ambos os atores emprestam aos resultados (Flick, 2004; Morgan, 1997). Além disso, quisemos aumentar a dinâmica da discussão de forma a promover diferentes perspetivas quebrando, eventualmente, a reserva dos participantes.

3.4.2. Procedimentos

As sessões de FG realizaram-se a 17 de Junho e 1 de Julho de 2011, respetivamente, e foram autorizadas após apresentação do projeto, em reunião com o Conselho Clínico do ACES Baixo Vouga 2, bem como da forma de operacionalização da fase 2 de investigação. O contacto com os profissionais de saúde foi efetuado formalmente pelo ACES que enviou um comunicado por correio eletrónico e também via telefónica, contactando os coordenadores das Unidades de Saúde com a finalidade de informarem os restantes profissionais sobre o estudo e solicitar a sua colaboração voluntária para a participação nos FG.

As mulheres do FG2 foram contactadas via telefónica pela investigadora que explicou sumariamente o que se pretendia da sua colaboração, a qual foi voluntária por parte das mesmas. Estes contactos foram obtidos através das listas de mulheres entrevistadas na Fase 1 que haviam demonstrado alguma disponibilidade para colaborar em fases posteriores, se viesse a ser necessário.

Todos os participantes dos FG assinaram o termo de consentimento informado após terem sido elucidados sobre os objetivos da sua participação (ver Anexo V).

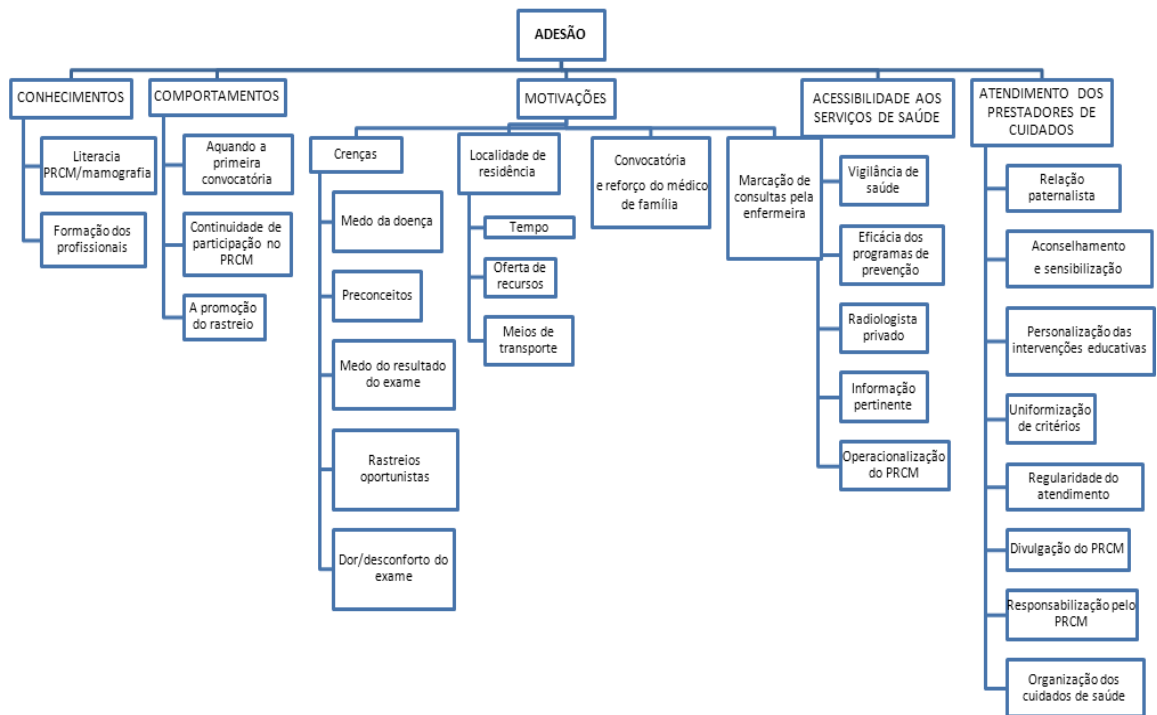
Os FG foram gravados em áudio e registados por um observador não participante com experiência em pesquisas de natureza qualitativa e com utilização de técnicas semelhantes.

Cada sessão de FG teve a duração de cerca de 90 minutos, na qual realizamos a apresentação sumária dos participantes, a exposição das conclusões e respetivas questões

enquadradoras, seguidas da discussão no grupo. As gravações foram ouvidas através do *Windows Media Player*[®] e transcritas, na íntegra, por um processador de texto da *Microsoft Word*[®] ao qual, posteriormente foi efetuada análise temática, preconizada pela análise de conteúdo e que visa a descrição dos conteúdos das narrativas dos participantes através de processos sistemáticos e objetivos, permitindo a inferência de conhecimentos (Bardin, 2009).

Depois de efetuada a transcrição das entrevistas e após a leitura do *corpus* de análise, as categorias identificadas foram aquelas sobre as quais incidiram as questões, ou sejam, as dimensões de variáveis estudadas no *survey* e que, de seguida, representamos esquematicamente na figura 6.

Figura 6. Análise categórica das variáveis



3.5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS: FASE 2

“(...) as armadilhas metafóricas que deformam a experiência dos doentes cancerosos têm consequências bem reais: inibem as pessoas de procurarem tratamento logo no início ou de desenvolverem um maior esforço para conseguir um tratamento adequado. As metáforas e os mitos, estava certa disso, matam. (...). Queria oferecer aos outros doentes e aos que se ocupam deles um instrumento capaz de dissolver tais metáforas, tais inibições.” (Sontag, 2009, p.109)

Nesta fase 2 foram apresentadas as conclusões centrais e as questões resultantes do *survey* aplicado na fase 1 do nosso estudo, mediante as quais incentivamos o pensamento crítico na análise de cada uma das variáveis em estudo (conhecimentos; comportamentos; motivações; acessibilidade aos CSP; atendimento dos prestadores de cuidados).

Pensar criticamente é uma forma de pensamento racional e reflexivo que prepara os seus agentes para agirem com poder no contexto da interação com os outros na resolução de problemas, por forma a tomarem a decisão mais adequada (Vieira & Vieira, 2003). No nosso estudo, procuramos promover a capacidade humana de pensamento crítico para que no desenrolar das sessões de FG, encontrássemos consensos entre as opiniões dos participantes sobre as possíveis formas de intervir no sentido de melhorar a adesão ao PRCM.

Para facilitar a visualização e o debate entre os elementos do grupo, apresentamos a questões norteadoras da discussão.

Questão principal

Em que medida os enfermeiros e médicos das unidades de saúde desenvolvem ações junto das mulheres para promover a adesão ao rastreio do cancro da mama? Exemplifiquem o tipo de intervenções que os profissionais de saúde podem desenvolver para promover comportamentos preventivos, nomeadamente, o rastreio do cancro da mama.

Questões secundárias por cada dimensão:

☉ Conhecimentos e Comportamentos

- > Como melhorar os conhecimentos sobre a mamografia?
- > Em que contextos isso pode ser feito? Qual a vossa opinião sobre serem nas consultas de planeamento familiar? Por quem? Como?
- > Todos conhecem a informação presente na convocatória de rastreio? Que outra informação pode ser necessária, na vossa opinião?
- > Como podem os profissionais fomentarem o rastreio de forma a haver continuidade?

☉ Acessibilidade e Atendimento dos cuidadores

- > De que forma os profissionais de saúde podem promover educação para a saúde nos locais de trabalho?
- > Na vossa opinião, a que se devem as diferenças de comportamento das unidades rurais e urbanas?
- > Qual a vossa perceção sobre a relação existente entre a melhor adesão e a marcação das consultas pela enfermeira?
- > Na vossa opinião, como é que as enfermeiras/equipas podem atender as utentes de forma regular e numa perspetiva de continuidade?

☉ Motivos

- > Que perceções têm acerca das crenças das utentes relativamente ao rastreio?
- > Na vossa opinião, que circunstâncias existem para o facto de muitas das mulheres terem feito mamografia recentemente (num prazo < a 6 meses)?
- > Como acham que pode ser resolvida a questão da ECO não ser feita no rastreio? Como pode o resultado da mamografia ser devolvido à utente para que esta o mostre ao médico assistente?
- > Na vossa opinião, de que forma os profissionais podem intervir de forma a relembrar a receção da convocatória?

CONHECIMENTOS

A) Literacia sobre o PRCM/mamografia

Um aspeto que todos os participantes parecem concordar é que as mulheres precisam de ter mais conhecimentos sobre o que é o rastreio, a sua importância, missão e eficiência. Quanto ao exame, i.e. a mamografia, alguns médicos parecem não concordar que haja desconhecimento sobre o mesmo, embora refiram que as mulheres têm baixo grau de literacia, o que parece constituir um paradoxo. Contudo, os resultados do estudo indicam que, apesar da maioria ter bom grau de literacia de leitura no rastreio do cancro da mama, algumas mulheres não sabiam dizer o que era a mamografia e o que era uma radiografia. Os profissionais de saúde parecem achar surpreendente que isso aconteça, alegando que segundo a experiência profissional não é essa a perceção que têm, o que demonstra que nem sempre as perceções dos utentes são concordantes com as dos profissionais. Também entre os próprios profissionais de saúde parecem existir diferentes graus de conhecimento relativamente ao PRCM e da sua organização.

“Em relação ao conhecimento, isto não me parece francamente importante face à grande maioria das pessoas que faltam às convocatórias. Aumentar o grau de conhecimento sobre o que é a mamografia, não... acho que se deve explicar o que é o programa de rastreio. E explicar, eventualmente, o que é preciso, o que devemos dizer a uma mulher, em termos do que é a mamografia. Mas, falar dos aspetos técnicos? Falar em taxas de sensibilidade e especificidade? Parece-me irrelevante. O que me parece importante é explicar o programa de rastreio, demora anos a perceber. É eficiente? É que há neste momento estudos suficientes para dizer que em 10 anos é possível reduzir a taxa de mortalidade, pela adesão a este tipo de programas. Isto parece-me importante (...).” **(M1- FG1)**

“Estar a falar sobre a mamografia, para além do trivial (...) agora estar a dizer o que é a mamografia, que as mamas vão ser apertadas ou mais não sei o quê!!! se algumas já se assustam por ter a unha encravada, ainda vão reagir pior.” **(M1-FG1)**.

“(...) Talvez fosse importante dar a conhecer o rastreio e o facto de que este começou na zona centro e que durante muito tempo só se fez nesta zona. Dar a saber às mulheres a importância deste. As mulheres que vão ao médico de família têm mais probabilidade de perceber a informação do que as mulheres que não vão...estas podem não dar a mesma importância à mamografia **(M3-FG2)**”.

B) Formação dos profissionais

Alguns dos profissionais de saúde desconhecem a história e a organização do programa de rastreio da zona centro. Consequentemente, o facto dos profissionais de saúde não conhecerem os aspetos da orgânica e a segurança/eficácia do rastreio na sua região poderá constituir uma barreira para encontrar as estratégias educativas adequadas no sentido de sensibilizarem as mulheres a aderir ao mesmo. Os profissionais de saúde também necessitam de formação/sensibilização sobre o rastreio.

“Posso falar eu, posso? Assim o Dr. esclarece a minha dúvida. Eu quero saber porque é que aqui na região centro se desenvolveu este programa, era porque as senhoras não tinham mamografia, era porque as senhoras não faziam, o médico de família não pedia, a pergunta, porque a base deste rastreio, se os médicos tiverem um duplicado, portanto de 2 em 2 anos vão ao rastreio se se pede mamografia, então para que é que eu vou fazer este trabalho em duplicado? É porque se calhar não tem confiança uns nos outros, não é?” **(Enf2-FG1)**

COMPORTAMENTOS

Em relação a esta dimensão, os elementos dos FG colocaram a tónica nos comportamentos de adesão de acordo com a idade. Desta forma, os resultados obtidos no *survey* e para essa amostra, em particular, indicam que as mulheres mais novas e as mais velhas são as que aderem mais ao PRCM.

A) Aquando a primeira convocatória

Segundo um dos participantes no FG1, observa-se o contrário a partir dos dados estatísticos da LPCC, nos quais as mulheres mais novas são as que menos aderem, principalmente na

primeira convocatória, enquanto as mulheres na faixa etária dos 50 anos já aderem em maior percentagem.

“ (...)São os dados oficiais, e as taxas de participação, de facto, permitem-nos claramente dizer, sem precisar de mais investigação que esta conclusão está enviesada. (...) A convocatória pela primeira vez, porque aí é que está o problema... está nas mais novas com 45 anos. Porque à segunda vez, elas já aderem, por isso o grande drama é a primeira vez.” **(M1-FG1)**

B) A continuidade da participação no PRCM

Nos grupos etários seguintes, e desde que as mulheres iniciem o rastreio, a tendência é de continuar, atingindo taxas de participação bastante satisfatórias.

“(...) Por isso o nosso problema de facto neste programa de rastreio, a nível nacional, a nível da região centro, é a primeira vez, porque a continuidade está assegurada pelas taxas de participação, são 80% a passar não é? Só 80% a passar, em quase todos os concelhos, com alguns deles a atingir 98%..” **(M1-FG1)**

C) A promoção do rastreio na primeira convocatória

Alguns dos profissionais manifestaram não compreender esta situação, pois afirmam que antes dos 45 anos falam da importância da palpação da mama e da realização da mamografia nas consultas. Admitem, contudo ser necessário mudar algumas intervenções no sentido de levar as mulheres dos 45 anos a aderirem mais. Talvez insistir no facto do exame ser gratuito e na sua qualidade. O trabalho em equipa também é importante.

Não consigo entender porque é que elas não vão aos 45 anos e já vão aos 50 anos. Não sei...Pronto, se calhar temos que voltar atrás, nós falamos sempre no planeamento que basta a palpação da mama que nós fazemos todos os anos, para que aos 45 vão fazer a mamografia. Acontece que não vão fazer. Não sei qual será o motivo (...) agora, existem mais mulheres a sair do privado e a virem fazer no planeamento, no centro de saúde, por causa dos custos também. Se calhar vou insistir mais na mamografia aos 45 anos e educar para a primeira vez, ...**(Enf1-FG1)**”

MOTIVOS

A) Crenças

A1) Preconceitos (crenças)

Uma das enfermeiras do FG1 concorda que o modo como o rastreio é implementado pode gerar crenças, medos e preconceitos acerca do mesmo, por falta de informação, ou pelo desconhecimento do mesmo. Esta coloca-se no papel de utente e da sua perceção acerca do

rastreio; para muitas mulheres o facto do exame ser realizado numa carrinha não traduz fiabilidade.

“Talvez aqui vamos ao encontro do que as senhoras disseram que o que é feito na carrinha por ser móvel, implica que não tem um radiologista, tem um técnico e que é chegar e colocar a mama em cima e despachar.”. **(Enf2-FG1)**

“Acham que não é fiável, porque o que está dentro de uma estrutura é que é fiável para elas” **(Enf1-FG1)**

A2) Medo da doença (crenças)

O medo da doença leva a mulher a procurar realizar a mamografia no privado ao fim de 6 meses. Este aspeto é referido nos estudos como uma perceção elevada de suscetibilidade à doença, podendo favorecer a adesão, embora neste caso tenhamos uma situação de sobre-diagnóstico.

“O medo da doença também pode influenciar para fazerem exame há menos de 6M, por isso vão fazer de novo (repetem-no)” **(M3-FG2)**

“As mulheres também acham que fazer mamografia de 2 em dois anos é muito tempo... têm medo da doença e vão fazer de novo quando o médico recomenda. Muitas vezes as mulheres acreditam que só a mamografia não é suficiente e que a ECO também é importante.” **(Enf3-FG2)**

A3) Medo do resultado do exame (crenças)

O medo do resultado também pode influenciar as mulheres a não aderir ao rastreio, principalmente porque a informação que lhes é fornecida refere que na presença de um exame negativo, não são avisadas...só se houver alterações no mesmo. Este aspeto deixa-as com uma sensação de desconforto e insegurança. Além disso, segundo uma das utentes dos FG, a perceção que têm é de que a mamografia não é suficiente tendo que fazer a ECO obrigatoriamente. Esta ideia também acontece porque são os próprios médicos (e.g. ginecologistas e particulares) que a perpetuam. Esta opção pela ECO também é o reflexo do receio que algumas mulheres sentem em relação às radiografias.

Segundo a opinião das utentes e dos profissionais presentes nos FG, muitas mulheres consideram que a realização da mamografia de 2 em 2 anos é muito tempo e não contempla situações inesperadas, pelo que repetem a mamografia antes desse período.

“As mulheres têm muito medo do resultado... eu fiquei ansiosa depois de fazer o rastreio pois tive de esperar um mês para saber o resultado e foi um suplício...Tenho colegas lá na escola (falamos destas coisas na sala dos professores) e olhe que elas sabem do que falam porque também são aconselhadas pelos seus médicos, assim como eu, e eles recomendam fazer as duas coisas...ECOS + mamografias

...alguns até aconselham a mulher a fazer só a ECO por que estas têm medo das radiações....Então porque assim o fazem se não fosse necessário as ECOS?” (Ut3-FG2)

“Nunca foram informadas de que a ECO poderá ser efetuada de preferência nas mulheres mais jovens (sendo o exame de eleição) enquanto nas mais velhas a mamografia é suficiente...além disso, pelo rastreio, se for necessário as mulheres serão chamadas para efetuar outros exames à *posteriori* (nas situações de aferição).” (M3-FG2)

A4) Rastreios oportunistas (crenças)

Uma outra crença deve-se ao desconhecimento das mulheres sobre a diferença entre os rastreios oportunistas (e.g. colesterol, TA, glicemia) e organizados (e.g. cancro do colo uterino e mama). Por este facto, o rastreio do cancro da mama é descredibilizado sendo comparado ao nível de testes rápidos.

Não obstante, uma enfermeira alerta que as mulheres que frequentam o CS com mais regularidade têm melhor acesso à comunicação/informação e conhecem qual o exame que se realiza na carrinha.

“Posso falar? Eu estou a falar como utente, sem ser Enfermeira, estou-me a pôr num papel que era o que nós às vezes havíamos de fazer, estou a tentar confrontar o que está a acontecer. Vamos imaginar, se não fosse Enfermeira, se fosse uma leiga, pensaria que na carrinha, é um rastreio como se faz ao colesterol, (...) lá está, nem toda a gente tem a sensibilidade, (...) que tem uma acessibilidade ao centro de saúde ou aos meios de comunicação, logo essa mulher nem está alerta para aos 45 anos ir fazer coisa nenhuma, nem tempo. Pronto, passa. Não vai ao Planeamento familiar, logo não sabe nada, é na carrinha, é na carrinha, como aqueles que vão ao continente fazer a piquinha, (...) essa é a visão do utente.” (Enf2-FG1)

“Em relação à carrinha, outras dizem que já foram fazer mamografia quando nós perguntamos ou quando perguntamos no planeamento ou no rastreio, “ah, sim à carrinha, sim já fui! (...) Não demonstram que não confiam nos dados que vêm de lá! Elas sabem muito bem que vão fazer a mamografia.” (Enf1-FG1)

A5) Dor/desconforto do exame (crenças)

Além disso, também a crença que a mamografia provoca dor pode ser, segundo a percepção dos participantes dos FG, um outro motivo para a não adesão das mulheres ao programa.

“Há algumas que dizem que magoou muito e já não vão lá mais, (...)” (Enf1-FG1)

Será, portanto, imprescindível desmistificar estas crenças como ponto de partida para o aumento das taxas de adesão e encorajar as mulheres a perguntar aos profissionais de saúde acerca dos testes e/ou exames de rastreio.

B) Localidade de residência (oferta de recursos)

Além das crenças, também parece que algumas barreiras podem constituir um entrave à adesão, nomeadamente, os transportes e a localidade onde residem as mulheres. Alguns dos participantes consideram que as mulheres das zonas urbanas aderem mais porque há uma maior proximidade entre as suas casas e a unidade de rastreio, por outro lado, outros profissionais discordam pois já trabalharam num meio rural ou peri-urbano e a perceção que têm é de que estas mulheres recorrem mais ao centro de saúde e, como tal, estão melhor informadas para participarem no rastreio. As do meio urbano têm recursos de saúde alternativos, como os privados.

Uma das enfermeiras do FG refere, ainda, que as taxas de adesão são maiores nas zonas urbanas fundamentalmente porque a unidade de rastreio encontra-se no centro da cidade. Pelo contrário, segundo a Enf2, as pessoas do meio rural não têm tanta oferta em termos de cuidados de saúde privados o que favorece a procura do centro de saúde e dos recursos que este oferece (e.g. consulta de planeamento familiar) estando, desta forma, melhor informadas do que as utentes do meio urbano, as quais encontram-se mais dispersas pelos diferentes serviços de que dispõem.

“(...) O facto da adesão ser maior nas zonas urbanas é porque a carrinha está no CS que é no centro da cidade...não será porque as pessoas da cidade aderiram mais.” **(Enf4-FG2)**

“Se os utentes dos meios rurais recorrem mais ao centro de saúde, então também recorrem mais à consulta de planeamento, portanto são muito mais informados do que os nossos utentes aqui. Nós temos um enorme problema de sermos urbanos, para aí 1/3, só temos 1/3 dos que recorrem cá, os outros estão perdidos aí, no hospital, nas clínicas privadas, estamos num meio citadino é completamente diferente.” **(Enf2-FG1)**

“Não tem muita lógica as mulheres das zonas rurais aderirem menos, porque quando trabalhei em Oliveirinha, os utentes recorriam muito mais ao centro de saúde (...)” **(Enf2-FG1)**

B1) Localidade de residência (tempo)

Um dos profissionais de saúde do FG2 apresentou um exemplo de uma zona rural no distrito de Aveiro (Vagos) em que as pessoas são convocadas para um determinado período e vão para a unidade de rastreio muito tempo antes. Uma das razões apontadas é que o motivo «falta de tempo» talvez não se coloque nas populações rurais. De certa forma, as pessoas terão uma vida menos exposta ao *stress* da vida citadina e zonas limítrofes.

“Acho que na zona de Vagos as mulheres aderem mais, talvez porque é um meio rural e têm mais tempo...fica tudo mais próximo da unidade de rastreio e as mulheres às vezes têm marcação para a tarde e de manhã já estão lá para fazer o seu exame.” (M3-FG2)

C) Meios de transporte

Mais particularmente em relação aos meios de transporte, uma utente refere que nas zonas periurbanas estes são insuficientes, o que pode ser um fator não facilitador de adesão. Além disso, também aponta a não atualização dos dados das mulheres a convocar como um condicionante da adesão, bem como a não deslocação da unidade de rastreio por outras freguesias (muitas não têm viatura própria e os transportes públicos quando existem, não conferem a acessibilidade necessária devido aos horários muito espaçados).

“Normalmente, as pessoas que mais aderem em todas as coisas, são talvez as que menos necessitam. A desatualização das moradas é um fator importante. Se a carrinha fosse a cada freguesia talvez houvesse maior adesão. Isto poderia acontecer nas zonas mais periféricas, pelo menos. Os transportes nas zonas periurbanas já são quase inexistentes (principalmente quando acabam as aulas, retiram alguns dos horários dos autocarros), então imagine-se nessas zonas... o que não facilita a deslocação das pessoas.” (Ut3-FG2)

D) Convocatória e reforço do médico de família

Uma das utentes considera que a receção da carta da LPCC e o reforço pelo médico de família é uma mais-valia para a adesão da mulher ao rastreio. Considera, pois, primordial o papel do médico de família no reforço da informação junto das mulheres, de que vão receber uma carta e a sua recomendação para a realização do exame. Reconhece, também, que as pessoas demonstram pouco interesse e responsabilidade para com estas áreas da sua saúde. Esta utente tem a opinião de que as mulheres são «preguiçosas» na leitura da convocatória e que desprezam a mesma, deitando-a fora.

“(…)As pessoas são preguiçosas na leitura e muitas vezes deitam fora a carta. Se as mulheres recebem a carta e se o MF conhece a lista das mulheres que vão ser convocadas e reforça a informação, a adesão será maior.” (Ut3-FG2)

E) Marcação de consultas pela enfermeira

A marcação das consultas de vigilância de saúde pela enfermeira é importante para a sensibilização da mulher. As enfermeiras referem que durante esse ato, podem aproveitar a oportunidade para esclarecer algum aspeto e/ou reforçar outros, promovendo assim a sensibilização para a adesão tanto a este rastreio em particular, como a outras vigilâncias

periódicas. Estas consideram o enfermeiro como um facilitador da comunicação com o utente que, normalmente, as procura com maior regularidade para a resolução de problemas, devido à existência de menores barreiras burocráticas, comparando com o médico. Além disso, o enfermeiro também tem maior credibilidade aos olhos dos utentes pelo reconhecimento das suas competências.

“A questão da marcação das consultas com a enfermeira...pode ser importante para a adesão, talvez porque quando marcam as consultas a enfermeira transmite mais informação...a enfermeira nunca faz este ato isoladamente, junto com essa atividade pode também verificar a vacinação se está atualizada, se tem faltado às consultas e assim aproveitar a oportunidade para reforçar aspetos que podem estar negligenciados pelo utente... como a importância de vigilância periódica, a realização do rastreio, etc” (Enf3-FG2)

“Talvez haja maior proximidade com a enfermeira nem que seja por uma questão de ordem médica. O facto de ser marcada pelo médico e enfermeira tem um maior reconhecimento do que se for por um administrativo...os utentes reconhecem as competências destes dois profissionais para as áreas da saúde...mais depressa ouvem e sabem do que as pessoas têm para dizer... O enfermeiro pode ser um facilitador na comunicação com o utente, uma vez que este não tem tantas barreiras burocráticas como para chegar ao médico. É muitas vezes através do enfermeiro (o qual procuram com regularidade) que o utente consegue resolver os seus problemas...mas estas situações acontecem para aqueles que costumam recorrer ao CS e que à partida já sabem a quem se dirigir, pois conhecem o sistema.” (Enf4-FG2)

Mediante as unidades de texto respeitantes ao FG1 denota-se uma **opinião discordante** entre Médico e Enfermeira de diferentes USF's relativamente ao facto das mulheres aderirem mais, ou não, ao rastreio, de acordo com a localização da carrinha. A Enf2 da USF2 concorda com os resultados do estudo, em que as mulheres inscritas em centros de saúde de zonas rurais não aderem tanto ao programa de rastreio com justificação da permanência da carrinha na Sede, longe de suas casas, tendo que percorrer uma maior distância (e muitas sem transporte próprio); por outro lado o M1 da USF 1 descredibiliza a mesma hipótese. No entanto, a mesma enfermeira ressalva que perante a sua experiência profissional em zonas rurais, tem presente que as pessoas recorrem mais ao CS do que as pessoas que vivem nas zonas urbanas já que têm outras ofertas de serviços à sua disposição, seja hospital ou clínicas privadas.

ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Pela sua transversalidade em unidades de texto anterior, a acessibilidade aos serviços e aos prestadores de cuidados apresenta-se como um reflexo da influência das outras variáveis, nomeadamente, dos conhecimentos, do comportamento, dos motivos e das crenças das pessoas em relação ao PRCM. Além disso, também apresenta influências de cariz contextual, resultantes de políticas de saúde, programas instituídos e formas de organização dos serviços.

A) Vigilância de saúde

A oferta, somente de consultas de planeamento familiar podem ser um espaço de consulta redutor para a sensibilização das mulheres, sendo necessário aliar com outras oportunidades para que, de facto, se atinjam os objetivos da adesão ao PRCM, neste caso particular. Existem estudos que demonstram esta ligação, ou seja, a adesão ao rastreio aumenta quando as mulheres têm hábitos de vigilância de saúde noutras áreas da sua saúde (e.g. rastreio do cancro do colo uterino).

“(...)a maioria das mulheres que vão ao PF, não é a população alvo do rastreio da mama, porque esta é a partir dos 45 anos. Uma vez que a esmagadora maioria das mulheres que vai ao PF tem menos de 45 anos, este espaço é extremamente redutor, para fazer este trabalho. Agora, PF mais as consultas de rastreio, com certeza... um momento é qualquer oportunidade para a mulher com mais de 45 anos, nós confrontamos os registos, os da mamografia, a mamografia está em falta, e explicar à mulher, quando vem o carro” **(M1-FG1)**

B) Eficácia dos Programas de Prevenção

Um dos médicos do FG1 esclarece que ao nível da oferta de programas de prevenção oncológica existem três em funcionamento (e.g. mama, colo do útero, cólon e reto). Para a mama, o teste que está comprovado para a deteção do cancro é a mamografia sendo, por isso, o exame prioritário a ser feito. Através do programa de rastreio, a ECO também poderá ser realizada se houver necessidade de aferição do resultado da mamografia. Por isso, este médico considera uma falácia o colocar em questão a eficácia deste programa, pelo facto de não serem feitas as ecografias.

“E aqui há outra questão, se houver patologia por detrás, porque muitas vezes a mamografia precisa de ser complementada pela ecografia...” **(M2-FG1)**

“(...) Como vocês sabem, só há três programas de rastreio validados, certo? Só há três! Mama, colo do útero e cólon e reto, não existe rastreio mais nenhum, a nível oncológico. Por isso, porquê? Porque estudos, duplamente, aleatorizados se comprova que o impacto do custo que a sociedade disponibiliza para a tática sistemática de duplicação de um teste, é que um rastreio é um teste, a gente esquece muitas vezes isso. (...) Teste é a mamografia. É isto que está validado internacionalmente, como programa de rastreio que aplicado de forma sistemática, permite diminuir a mortalidade por cancro da mama. Esta é a questão, e é daqui que a gente tem de partir. Temos uma metodologia para diminuir o cancro da mama na nossa população.” **(M1-FG1)**

C) Radiologista privado

Contudo, uma outra médica considera ser importante identificar as várias situações, nomeadamente, na presença de patologia mamária, as mulheres podem necessitar de fazer o exame duas vezes ao ano, sendo mais fácil utilizar o mesmo serviço, o radiologista privado.

“Mas se a mulher faz 2 mamografias no mesmo ano, uma é para o rastreio e outra é para a patologia, não é? **(M2-FG1)**

“Eu compreendo que uma mulher que tenha uma patologia da mama, precise de fazer exames anualmente (...) e que não participe no rastreio da mama porque já faz esse exame no privado...não é? **(M2-FG1)**

D) Informação pertinente

A acessibilidade aos serviços e aos profissionais de saúde prende-se, também, com o acesso à informação pertinente. Os próprios profissionais não têm acesso à informação através dos mesmos meios, originando diferentes formas de atuação e não a desejável uniformização de critérios segundo recomendações aceites internacionalmente e constantes nos programas de saúde.

“Nós também somos imensos profissionais, mas contam-se pelos dedos, quem é que conhece todo o circuito de rastreio. Talvez alguns médicos conheçam, não sei se os Enfermeiros todos conhecem o circuito de rastreio. Eu acho que conheço o rastreio, mas em alguns aspetos estamos completamente à margem. Nós informamo-nos, mas se eu conhecer os passos e tiver uma noção muito próxima do utente, consigo envolvê-lo muito melhor (...) Eu falo por mim própria, eu não tenho conhecimento do folheto, só sei quando é que vem a carrinha, e informo as utentes o melhor que posso, mas não tenho conhecimento completo do processo.” **(Enf2-FG1)**

A Enf.4 aponta outras formas de divulgação do rastreio, nomeadamente, os meios de comunicação social como a rádio, pois outros eventos são bem aceites e resultam na adesão. Considera, também que o resultado da mamografia de rastreio deveria ser enviado às mulheres (facto várias vezes referido por outros profissionais e utentes, participantes dos FG).

“ (...) Se a LPCC envia convocatória deveria, também, pensar em enviar a resposta do resultado às mulheres. A LPCC poderia enviar uma administrativa a cada CS para preparar as listas...poderia ser mais eficaz e assim muitos dos dados poderiam ser atualizados.” **(Enf4-FG2)**

“poderia ser importante que a LPCC divulgasse o rastreio na rádio, assim como faz quando existe uma corrida da mulher e outros eventos...chamaria mais a atenção para o programa. Quando existem esses acontecimentos as mulheres participam de uma maneira geral...Também parece existir alguma falta de ligação entre os CS e a LPCC, pois o rastreio de retinopatia é muito eficaz” **(Enf4-FG2)**

E) Operacionalização do PRCM

O mesmo médico também alerta para a responsabilidade da ARS Centro relativamente às listas desatualizadas, sendo esse um dos motivos porque muitas mulheres faltam ao rastreio. Seria desejável que existisse mais colaboração entre a ARS e a LPCC, na monitorização dos dados das mulheres a convocar. Particularmente, as mulheres mastectomizadas devem ser indicadas pelo médico de família ao centro coordenador, para evitar que estas mulheres sejam convocadas para a realização da mamografia. Além disso, o Sistema de Apoio ao Médico (SAM), programa informático de apoio na consulta, deveria ser versátil de forma a ser possível retirar as mulheres com critérios de exclusão das listas.

“Porque depois há outro drama, há outro drama que as equipas não têm responsabilidade nenhuma, mas a qual há muitos anos as listagens da Liga são aquelas dadas pela ARS do centro (...) porque volto a lembrar, o programa é da ARS do Centro, e ela é que é responsável por ter listas com dados atualizados e que não cumpre. E por isso é que muita gente falha.” **(M1-FG1)**

“Nós não nos sentimos mal, quando sabemos que uma nossa utente que foi mastectomizada, foi chamada ao rastreio???? Claro que sim!!! Por isso, se eu detetar uma situação destas, eu acho que devo pegar no dado e a seguir contactar o centro coordenador. Há aqui um conjunto de coisas que nós vamos aprendendo a fazer e não é indicação minha. O centro coordenador não vai saber, não vai saber que a Sra X. foi mastectomizada aos 43 anos. Não é? Até porque nós no SAM não temos a possibilidade de excluir mulheres no programa de rastreio. Não é? O que é uma deficiência grave no sistema.” **(M1-FG1)**

M1 refere que já verificaram a possibilidade de fazer uma seleção de listas das mulheres a convocar, por médico de família para, mais facilmente, poderem contactar as mulheres e/ou atualizar os dados a partir dos processos clínicos e enviar à LPCC para proceder à convocatória. Contudo, este processo não foi possível operacionalizar devido a erros no sistema informático, fornecendo listas com dados imprecisos. Não obstante, as listas de mulheres que serão convocadas a primeira vez (com idades, até seis meses antes de completar os 45 anos), presentes no ficheiro de determinado médico podem ser pesquisadas em termos de patologia mamária (e.g. mastectomizadas e outras situações) e serem excluídas da lista das convocadas melhorando, desta forma, a taxa de participação.

“Acha que eu tenho tempo? O problema é que não dá, surge-nos uma listagem de mulheres, algumas não são minhas utentes, algumas são de outros médicos, algumas já morreram. Mas a lista não está correta! Tem lá mulheres que não são suas. Estou-lhe a garantir! Nós tentamos fazer isso... tentar tirar as listagens para enviar aos colegas todos e não deu” **(M1-FG1)**

“Agora, há uma outra coisa, que temos vindo a ver há alguns tempos que é; o programa começa em Novembro, estamos a 6 meses da nova volta de rastreio. Começamos a fazer uma listagem das mulheres novas, se o nosso problema é a adesão, é pegar nas mulheres que fazem 44 anos e meio que é um critério de inclusão e começar a tentar fazer, ver quantas são, mandar isso para o centro coordenador, não serão muitas, são duas ou três com cancro da mama, limpamos e eu acho que isto é

um trabalho feito individualmente, demora meia dúzia de minutos, vai-se ao SINUS, tira-se a listagem, ou a algumas que a gente conhece de cor (...) podemos mandar ao centro coordenador e dizer assim: atenção, vejam lá que estas já não fazem parte da listagem. E isto é o que a gente pode fazer para aumentar a primeira vez.” **(M1-FG1)**

A Enf2 destaca que alguns médicos pedem mamografias às mulheres no radiologista privado, mesmo sabendo que o início do rastreio está para breve. Contudo existem situações (i.e. perante queixas da utente) em que é necessário tranquilizar a utente, não sendo possível esperar pela unidade de rastreio para enviar a mulher a fazer o exame. Um outro momento em que isto acontece e que faz parte das boas práticas clínicas é aquando a primeira mamografia que ficará como referência das seguintes. Todavia, os profissionais deveriam aproveitar esta oportunidade para informar as utentes que esta primeira mamografia obedece a determinados critérios que são diferentes daqueles preconizados pelos PRCM.

Todo o programa depende do envolvimento do profissional e da forma como trabalha com as pacientes: a informação prestada pelo primeiro ajuda na resolução de determinadas situações (patologia mamária, realização da mamó há menos de 6 meses) e contribui para o sucesso do rastreio.

“Na nossa prática diária, sabemos que há médicos que pedem o exame, mesmo sabendo que o carro vem lá. Há médicos que pedem a mamografia e depois dizem, olhe não se esqueça que se receber a convocatória em casa, vá lá dizer que já fez e que agora só fará para daqui a dois anos.” **(Enf2-FG1)**

“Muitos ginecologistas desconhecem o rastreio ou então são outras causas. Acontece o mesmo que com o rastreio do cancro do colo. Para as mulheres que já fazem fora do rastreio, este não devia ser subsidiado, ou seja, as mulheres que optam pelo privado deviam pagar do bolso delas e os médicos de família não deviam passar a requisição da mamografia, pois o dinheiro está a sair do Estado. Se as mulheres fizeram a sua opção pelo privado devem fazer tudo por lá, até porque o médico de família não teria capacidade para atender toda a gente das suas listas.” **(M3-FG2)**

“ (...) se eu tenho mesmo que marcar uma mamografia, por qualquer suspeita não vou esperar pelo carro. Aquilo que dizemos às senhoras é o seguinte: olhe, vai fazer agora porque quero tranquilizá-la (...)no entanto o carro está cá em Novembro, não é conveniente fazer antes dos 6 meses, mas como o carro está cá até Maio, o que eu lhe peço é que contacte o *call center* e diga que foi convidada mas que como tem menos de 6 meses ainda pode ir no final da volta. Assim, fica logo para os dois anos.” **(M1-FG1)**

Em termos de propostas de intervenção no sentido de melhorar a adesão ao PRCM, os elementos dos FG referem que é possível sensibilizar as mulheres que vêm ao médico de família no CS, o mesmo não acontecendo com as pacientes que não o fazem.

Uma utente do FG 2 refere a sua experiência em termos de sessões de educação em saúde no âmbito da sua atividade profissional no sentido de melhorar a adesão a comportamentos de saúde no geral e apresenta algumas recomendações aquando a convocatória e ao tipo de informação que deve ser proporcionada, nomeadamente: (1) convocar fora dos horários laborais; (2) utilizar informação oral para além da escrita (*posters* e panfletos); (3) pedir

colaboração de pessoas significativas da comunidade como rede de divulgação da informação; (4) possibilitar às mulheres, o acesso ao resultado da mamografia para que possam levar ao médico particular. Parece ser consensual que estas medidas poderiam melhorar a adesão ao rastreio.

“No âmbito da educação, a minha experiência enquanto docente, quando queremos fazer alguma formação no âmbito da saúde, convocamos as pessoas para o final do dia e envolvemos pessoas da comunidade, como o presidente da junta de freguesia, que são pessoas significativas para os utentes, também procuramos convidar os profissionais de saúde que eles conhecem e assim as pessoas comparecem. Se a informação for apenas por papel, as pessoas não leem. Os folhetos, os *posters* raramente são lidos...olha-se para as imagens e não para a escrita. Juntar a esta informação a oral, esta torna-se mais eficaz e se for no contexto da comunidade onde pertencem as pessoas ainda mais...(Ut3-FG2)

“As mulheres não têm desconhecimento da mamografia e da gravidade da doença. Mas estão mais sensibilizadas, as mulheres cujo médico (particular ou do CS) incide sobre esse aspeto. A palavra do médico tem muito peso e também conta muito a proximidade que o médico tem com a utente, bem como a sua postura e o tipo de atendimento que este desenvolve durante a consulta. Se a carrinha não ficasse estacionada só no CS, a acessibilidade seria melhorada.” (Ut3-FG2)

Em suma, relativamente a esta categoria denota-se alguma discordância entre profissionais médicos das USF presentes no FG, nomeadamente, no que respeita à dualidade do conceito de rastreio e respetivas características e a requisição de mamografias/ecografias no radiologista privado durante a volta de rastreio. Apesar da mamografia ser o exame de eleição para o rastreio do cancro da mama, em situações de patologia mamária a mulher que adira ao PRCM também será convocada para aferição, podendo realizar a ECO mamária. Desta forma, a não realização de ECO mamária no PRCM é um falso pretexto para a não adesão ao mesmo.

Um outro aspeto em discussão diz respeito ao destino das mamografias no PRCM. Sempre que a mulher faz mais do que uma mamografia no mesmo período, pode ser por dúvida de presença de patologia ou, simplesmente, porque a primeira não é conclusiva. Além destas questões, também se salienta o facto de médicos passarem credenciais de mamografia de forma desmedida. Podemos concluir que há uma desigualdade de conhecimentos entre os profissionais de saúde acerca dos mecanismos de que é constituído o rastreio, o que condiciona a acessibilidade aos cuidados de saúde e à consequente adesão sendo, por isso, fundamental que se institua medidas de intervenção no sentido da acessibilidade.

ATENDIMENTO DOS PRESTADORES DE CUIDADOS

Relativamente a questões colocadas que se inserem na categoria “Atendimento dos prestadores de cuidados” observamos respostas que traduzem ações ou pensamentos opostos

entre diferentes profissionais de saúde das duas USF. Nesta categoria, poucas foram as unidades de texto em que se exprimiram as quatro utentes que participaram no FG2.

Desta forma, são os próprios profissionais que demarcam a importância da sua atuação enquanto equipa que conjuga esforços num mesmo sentido, visando os mesmos fins.

A) Relação paternalista

Um outro aspeto, também, aqui contemplado é a demissão dos profissionais de saúde do seu papel de formador, preferindo assumir atitudes paternalistas que poderão vir a refletir-se no comportamento passivo das utentes perante recomendações de saúde.

O médico da USF1 aponta como exemplo o rastreio do colo do útero, em que alguns ginecologistas fazem a citologia mais do que uma vez ao ano, e depois as mulheres veem pedir a credencial ao serviço público e, muitas das vezes, os médicos de família passam-na pelo serviço público quando não o deviam fazer. Os profissionais de saúde não devem compactuar com situações que, à partida, não sejam as recomendadas nas *guidelines* do plano oncológico.

(...)Também há ginecologistas a fazer papanicolau de 6 em 6 meses, e tu passas a credencial? A gente não se pode demitir do nosso papel. Há evidência científica, Qual é a validade científica disto? Calma, nós temos suporte. Temos organizações de saúde por trás a dizer que é assim.” **(M1-FG1)**

B) Aconselhamento/Sensibilização

A Enf.3 considera que apenas o envio da convocatória não é suficiente para a adesão da mulher, sendo necessária a sensibilização feita pelos profissionais de saúde o que, muitas vezes, não acontece porque as mulheres não frequentam o CS. Não obstante, um médico do FG2 apontou, como exemplo de bom funcionamento, o rastreio da retinopatia diabética em que as listas das mulheres convocadas são geridas pela equipa de saúde, permitindo a monitorização e atualização das mesmas (atendendo a critérios de exclusão e outros). Reportando, novamente para o rastreio do cancro da mama, uma enfermeira coloca a hipótese da falta de ligação entre a LPCC e os CS, ao contrário do que se passa com o do rastreio da retinopatia diabética.

“a informação é importante, mas se for só por carta não chega a todos, uma vez que a mulher que não vai às consultas de PF, os profissionais não têm como reforçar a informação sobre o rastreio.” **(Enf3-FG2)**

“o rastreio de retinopatia diabética é um exemplo dos positivos: é enviada para os CS listas das convocadas, assim o médico de família a partir da listagem das suas utentes que devem ir ou não ao rastreio...pois este conhece os dados do processo dos seus utentes e mais facilmente faz a triagem segundo os critérios de inclusão. Se no rastreio do CM assim fosse era uma vantagem porque o

médico de família fazia uma limpeza às listas, pelo menos das mulheres mastectomizadas, dos óbitos, das que optaram pelo privado e das que não vão à consulta ao CS.” **(M4-FG2)**

Na opinião médica, a sensibilização deve começar aos 40, quando a mulher deve fazer a primeira ECO e, assim, aproveitar para o esclarecimento de dúvidas, o fornecimento de informações úteis e apropriadas a cada mulher para que aos 45 elas adiram.

As enfermeiras apontam todos os contactos com as mulheres como oportunidades importantes para abordar este tema (seja em consultas de PF ou outra vigilância de saúde).

“Eu acho que todos os contactos que tenhamos com a mulher, quer seja uma vacina, perguntamos, se a mamografia já está feita. Ou até quando estão com os miúdos nas consultas de vigilância de saúde.” **(Enf2 -FG1)**

“Numa consulta de clinica geral, ou no planeamento, em qualquer ato em que temos o contacto com a utente tal como vimos o boletim de vacinas perguntamos: “olhe, já fez a sua mamografia. Porque se forem convocadas num horário que coincida com o horário laboral, elas não vão...o mesmo acontece com as consultas delas” **(Enf1-FG1)**

Uma enfermeira sugere a utilização de recursos comunitários existentes para fazer passar a informação de que a volta de rastreio vai dar início. Só assim se poderá estabelecer educação em saúde de forma congruente, capacitando as mulheres para a tomada de decisão de participar, ou não, no programa.

Parece, no entanto existir alguma dúvida sobre qual o papel que os profissionais terão na promoção do rastreio sendo apontado, fundamentalmente, o da informação e aconselhamento como referem médicos e enfermeiros.

“Agora em relação à enfermeira, não é a enfermeira de família que vai acompanhar esta parte do rastreio, não é? Quando muito em termos de informação tanto o enfermeiro como o médico podem antecipar e informar sobre o rastreio. É em conjunto, é a equipa, não é só o enfermeiro nem o médico.” **(M2-FG1)**

“Antes do início do rastreio e do aparecimento da convocatória devia existir uma preparação....por exemplo, sessões de educação para a saúde realizada por profissionais a alertar para o rastreio. E se forem na comunidade ainda melhor...também nos locais de trabalho.” **(Enf4-FG2)**

C) Personalização das intervenções educativas

As equipas de saúde devem respeitar as opções das mulheres e flexibilizar as intervenções educativas, nomeadamente, podem apresentar alternativas para a realização do rastreio que seja consensual com as vontades das mulheres, i.e. as que realizam o rastreio no privado, podem continuar a fazê-lo anualmente, como a maioria do estudo refere, mas no ano em que a unidade

está no CS, sugerir às mulheres que façam pelo programa. Assim, fazem alternadamente nos dois locais.

“O que pode acontecer é que num ano as mulheres façam no privado e no ano a seguir façam a mamografia pela Liga. E assim fazem a sua vigilância anual conforme indicação médica” **(M2-FG2)**

Ainda, relativamente aos aspetos que podem interferir na adesão, uma das utentes refere que o facto de ter recebido esclarecimento e sensibilização de forma personalizada sobre o programa de rastreio, a influenciou na tomada de decisão para participar no rastreio pois ficou, agradavelmente, surpreendida com a organização e funcionamento do mesmo.

“Quando recebi a convocatória não tinha pensado ir...a ideia que tinha é que depois não teria a informação. Nessa altura tinha aulas e o horário não me convinha mas depois de ser abordada pelo aluno, que me alertou para a sua importância deste rastreio fiquei motivada. Fiz a remarcação do exame e fiquei muito bem impressionada. Julguei que iria chegar ali e que seria despir e vestir sem olharem para mim. Que o tratamento seria muito impessoal, mas as meninas da carrinha foram muito simpáticas e atenciosas explicando tudo o que deveria fazer. Tinha um compartimento próprio para despir. E não fiquei muito tempo à espera, como julgara. Estava bem organizado.” **(Ut3-FG2)**

D) Uniformização de critérios

Ainda em relação ao conhecimento do PRCM por parte dos profissionais de saúde, também parece ser da opinião de uma das médicas que muitos ginecologistas o desconhecem. Este facto poderia ser minimizado se fossem alvo de educação/formação sobre a organização do rastreio; estes passam um exame que já é duplamente participado pelo estado, o que não está correto. Ou seja, este não devia ser participado e os médicos de família não deviam passar uma segunda via a partir dos serviços de saúde públicos, o que dá acesso ao exame no privado gratuitamente e, novamente, à custa do Estado.

“Muitos ginecologistas desconhecem o rastreio ou então são outras causas...acontece o mesmo que com o rastreio do cancro do colo...as mulheres que já fazem fora do rastreio, este não devia ser subsidiado... ou seja, as mulheres que optam pelo privado deviam pagar do bolso delas e os MF não deviam passar a requisição da mamografia, pois o dinheiro está sair do Estado. Se as mulheres fizeram a sua opção pelo privado devem fazer tudo por lá...até porque o MF não teria capacidade para atender toda a gente das suas listas.” **(M3-FG2)**

Verificamos alguma discrepância entre procedimentos nas diferentes USF presentes no FG, designadamente, no destino dos resultados da mamografia. Enquanto um dos profissionais (M1) considera inexequível que a LPCC envie os resultados para todas as mulheres, a Enf2 refere que é possível de ser operacionalizado e que já tem sido colocado em prática na sua USF, sendo os resultados enviados às utentes pelo correio. A Enf1 acrescenta a título de exemplo, que na sua

USF o resultado das colpocitologia são entregues às utentes, caso elas venham às consultas. Podemos inferir quês estes procedimentos não parecem estar uniformizados nas diversas unidades, ficando ao critério das equipas de saúde a sua melhor exequibilidade, de acordo com os recursos existentes.

“Possivelmente ali no resultado, o ideal seria ou a LPCC, ou nós enviarmos o resultado para elas. **(Enf2-FG1)**

“Ou mandarem via e-mail...Nós já mandamos. Nós mandamos o resultado para elas não é assim, Dra.? (...) são mandados pelo correio para as utentes. E os resultados são todos devolvidos às utentes. Na nossa unidade é assim.” **(Enf2-FG1)**

“Nós fazemos assim, até com as citologias, quando vinham não é? Às vezes não conseguíamos contactar todas, não é? (...) Agora já não estamos a fazer assim. Quando a utente vier, ou quando vier perguntar, entregamos.” **(Enf1-FG1)**

E) Regularidade do atendimento

Os profissionais referem não ser eles a fazerem a marcação para o rastreio e que, por isso, não têm a noção de quando as mulheres são convocadas. Contudo, podem alertar as utentes que o rastreio vai decorrer e que irão receber uma convocatória. Um médico ainda refere que apenas ficam a saber se a utente foi fazer o rastreio, quando recebem o resultado do exame.

Um outro aspeto focado é a importância do atendimento por um profissional de saúde de referência, ou seja, parece ser importante na promoção da adesão, a regularidade com que são atendidas pelo mesmo profissional de saúde.

“Não é o médico de família, nem o enfermeiro de família que faz a marcação, nós quando muito podemos alertar para o facto de a partir dos 45 anos começar a fazer o rastreio mas depois a marcação não é por nós.” **(Enf1-FG1)**

“Nós só sabemos se a utente foi ou não, só quando vem o resultado. (...)” **(M2-FG1)**

“Nem temos como saber quando é que elas recebem a convocatória para o rastreio.” **(M2-FG1)**

“A única forma que eu estou a ver desta pergunta é se formos sempre os mesmos a dar a cara, o médico ou o enfermeiro de família, é uma pessoa de referência.” **(Enf2-FG1)**

F) Divulgação do PRCM

Atendendo a que nem todos os profissionais de saúde recebem a informação atempada de que o rastreio vai decorrer, um dos médicos refere que isso é feito de várias formas, nomeadamente, cartazes e bilhetes com dados sobre o local e as datas onde realizar o mesmo.

O rastreio é devidamente publicitado e, sejam profissionais de saúde ou leigos, têm à sua disposição informação acerca da realização do mesmo, acrescentando o facto de que o centro coordenador envia atempadamente a lista das mulheres inscritas no rastreio, para todos os profissionais de saúde. Para informar as mulheres, o telefonema não será exequível, segundo a opinião de uma enfermeira, talvez pelos recursos gastos (humanos e financeiros). Será importante que se procurem outras opções aprofundando-se, por exemplo, as atividades de sensibilização, dado que a LPCC necessita que os profissionais continuem envolvidos no desenrolar de todo o processo.

“O centro coordenador indica, atempadamente, os dados a todos os profissionais de saúde, costumam mandar bilhetes, costumam mandar cartazes, costumam dar informação sobre os dados (...) sobre as datas, o local aonde vai se desenrolar o rastreio...” **(M1-FG1)**

“A cobertura em consulta, elas não vêm todas. Ligávamos a todas a dizer, “olhe não se esqueça” ...como é que nós fazíamos isso?” **(Enf2-FG1)**

G) Responsabilização pelo PRCM

Um dos médicos atenta, novamente, para o facto já citado de que as equipas não se preocupam em atualizar-se relativamente ao rastreio, não procuram informar-se e esclarecer a suas próprias dúvidas. Acrescenta que este Programa não é só da LPCC, é também do Ministério da Saúde, sendo assim, da responsabilidade de todos os profissionais e das instituições de saúde. Os profissionais de saúde salientam a importância da educação em saúde no âmbito do rastreio do cancro da mama, sendo que esta deve começar, por exemplo, quando o médico de família pede a primeira mamografia antes dos 45 anos. É importante negociar com a mulher, a realização do rastreio através do programa ou outras alternativas do interesse da mesma. Esta, enquanto utente de um serviço de saúde tem o direito de escolha.

O médico M1 também sugere que a mulher deve ligar à sua equipa de saúde se por acaso não receber a convocatória da LPCC ou procurar a enfermeira ou o médico a dar conta da situação.

“E depois este programa é nosso. Quando eu recebo a informação de que vou ter a carrinha no meu concelho, parece-me a mim que teremos alguma responsabilidade também em ser proactivos e começar, provavelmente, a fazer um reforço na sua sensibilização. Nós não podemos nos demitir e dizer que este programa é da LPCC porque não é somente. Por isso, nós recebemos informação de quando ele vai começar.” **(M1-FG1)**

“ (...)as pessoas têm a liberdade de aderir ou não aderir, têm o direito de ser informadas e nós temos o dever de informar, agora não podemos estar sozinhos à espera que a LPCC faça tudo, porque esta presta um serviço e ponto final e nós temos responsabilidades. Por isso é uma boa questão, começar a envolver as mulheres, explicando quando é que começa o rastreio (...)tento negociar isto com as minhas utentes.” **(M1-FG1)**

“ (...) E uma coisa que nós fazemos, há muito tempo e com algum resultado é, quando as mulheres começam a chegar aos 43, 44 anos, começamos a lembrar-lhes, depois da última volta, que se, para o ano não for convocada, deve telefonar. Venha ter connosco, venha falar com a Sr.^a Enfermeira. Pronto, e isto acho que é o que nós podemos fazer.” **(M1-FG1)**

H) Organização dos cuidados de saúde

Os profissionais referem como vantajoso para a continuidade de cuidados, o facto dos cuidados de saúde estarem organizados por equipas de saúde familiar (USF). As utentes têm, assim, ambos os profissionais como referência, embora as enfermeiras sejam vistas como tendo um papel nuclear na sensibilização das mulheres para participarem no rastreio.

“Com o novo modelo de organização que nós estamos a implementar, as senhoras enfermeiras, são nucleares nesta estrutura...” **(M1-FG1)**

“E muitas quando vão à unidade, não pedem para falar com o médico, pedem para falar com a Enfermeira.” **(M2-FG1)**

“Na perspetiva da continuidade é a mesma coisa, somos pessoas de referência quer o enfermeiro, quer o médico, (...)” **(Enf2-FG1)**

“Se a mulher não for fazer o exame, na sensibilização para o rastreio é avisada. Se houver algum problema, (...) ligar para a unidade que estará à sua disposição. E depois (...) quer eu, quer a enfermeira, estamos preocupados com este programa, e como tal vamos ver e se a maior parte não está comigo (...) eu digo olhe depois passe pela Enfermeira (...) E é essencial, e aí é também uma oportunidade, de voltar a reforçar a participação dela (...)” **(M1-FG1)**

Esta análise vem corroborar os resultados apresentados, anteriormente, na fase 1 deste trabalho onde é visível a influência dos comportamentos e conhecimentos dos profissionais de saúde, bem como, o tipo de atendimento e relação que mantêm com as suas pacientes, de forma a promover a sua autodeterminação no sentido da adesão.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As doenças mais temíveis são as consideradas não apenas letais, mas também literalmente desumanizantes. (Sontag, 2009, p.132)

A análise dos dados mostrou várias associações importantes entre as variáveis de nível individual e ambiental e a adesão ao PRCM, tendo emergido, aspetos que merecem a sua correção do ponto de vista educacional para que se promovam práticas de rastreio do cancro da mama concordantes com as *guidelines* de um programa de base populacional como é o nosso. Alguns destes aspetos foram discutidos nas reuniões de FG que tiveram como objetivos, essencialmente, a partilha e a confrontação de diferentes perspetivas decorrentes dos resultados da 1ª fase uma vez que, em grupo, as pessoas apresentam maior disponibilidade de correção através das suas opiniões, validando a informação obtida. Desta forma, nesta discussão procuramos integrar os resultados da triangulação das técnicas e metodologias utilizadas em ambas as fases do estudo.

Segundo uma perspetiva geral dos resultados da fase 1, podemos afirmar que, na análise bivariada, a maioria dos indicadores estudados mostraram ser determinantes da adesão, com exceção; «Perfil de Conhecimentos» (e.g. conhecimentos relacionados com o PRCM, nível de literacia), «Acesso aos Cuidados de Saúde Primários» (e.g. meios de transporte utilizados) e «Atendimento dos Prestadores de Cuidados» (e.g. atendimento do médico). Além disso, e resultante da análise das cinco variáveis estudadas, apenas as «Motivações» das mulheres não apresentaram significância estatística com a adesão ao PRCM.

Decorrente da análise multivariada, as variáveis, Perfil de Conhecimentos e Comportamentos, Acessibilidade aos CSP, Atendimento dos Prestadores de Cuidados e Motivações, são determinantes significativos da adesão e não adesão, sendo o Perfil de Comportamentos a variável que apresenta maior grau de diferenciação entre os grupos das aderentes e não aderentes.

Relativamente à idade, na nossa amostra, as mulheres com idades compreendidas entre os 50-55 anos aderem menos ao PRCM, enquanto as mulheres dos outros grupos etários (as mais novas, idade <50 anos; as mais velhas, idade ≥ 56 anos) aderem mais ($X^2=53.147$; $p=0.000$).

Alguns estudos corroboram estes resultados mostrando, igualmente, estes comportamentos distintos entre mulheres de faixas etárias distintas. Nomeadamente, as mulheres mais velhas quando aderem ao rastreio é, essencialmente, por hábitos já adquiridos, tanto no âmbito preventivo aquando a vigilância e manutenção da saúde das suas doenças

crónicas (Achat, et al., 2005; Calvocoressi, et al., 2005; Fulton, et al., 1991; Katapodi, et al., 2010; Lagerlund, et al., 2002; Törnberg, et al., 2005).

Num estudo efetuado na nossa população, as mulheres mais idosas apresentam comportamentos mais ativos em termos de cuidados de saúde o que pode ser determinante para o crescimento da taxa de sobrevivência devendo-se, segundo a autora, à forma como as mulheres se movem em sociedade (e.g. através de redes sociais de apoio) e aos estilos de vida mais saudáveis (Fernandes, 2008). Segundo a nossa opinião, as pessoas mais idosas, apresentam condições crónicas que as comprometem a uma assistência mais regular nos serviços de saúde, principalmente os públicos, até porque, como referem Fernandes, Perelman & Mateus (2009), esta população também está mais sujeita à pobreza não apresentando outros recursos em termos de acesso a cuidados de saúde no privado. Desta forma, as equipas de saúde familiar dos centros de saúde são quem conhecem esta franja da população, o que é facilitador para a sensibilização dos rastreios (cf. FG).

Por outro lado, nos estudos em que, também, se verifica uma maior adesão das mulheres mais novas (Flamant, et al., 2006; Peek & Han, 2004; Vernon, et al., 1990), os autores apontam que se deve, fundamentalmente, ao início precoce de comportamentos de adesão ao rastreio ou, ainda, por comportamentos de vigilância de saúde (e.g. planeamento familiar e realização de outros rastreios e consultas de saúde reprodutiva), aproveitando estas oportunidades para também efetuarem o exame mamográfico.

Ainda em relação ao grupo etário das mulheres mais novas (40-49 anos), Calvocoressi et al. (2005) encontraram como preditor mais significativo, a recomendação do prestador de cuidados para a realização da mamografia, o que pode sugerir uma dependência deste, comparativamente com as mulheres mais velhas, para as quais, a adesão é o reflexo de um comportamento enraizado. A partir de modelos teóricos que sustentam os comportamentos de adesão, nomeadamente, o modelo de crenças na saúde, alguns autores explicam que as mudanças de comportamento de prevenção podem ter como indicadores de ação, tanto motivadores internos (e.g. sintomas físicos), como externos sendo exemplo disso, a recomendação de um profissional de saúde (Janz, et al., 2002). Outros fatores motivadores para estas mulheres realizarem a mamografia é perceberem alguma vulnerabilidade à doença, acreditarem na eficácia do teste e que este é indolor, bem como, o terem recebido recomendações formais e informais de membros da família para a realização do rastreio (Pereira, et al., 2009; Soskolne, et al., 2007).

Além disso, a autoeficácia demonstrou ser um determinante na intenção futura para a realização de comportamentos de promoção da saúde. Com efeito, a mudança de

comportamento a longo prazo requer uma grande confiança para atingir o sucesso (Ham, 2005; Tolma, et al., 2006).

No geral, quando as pessoas consideram os resultados em saúde, importantes e incentivadores a nível pessoal, elas decidem, no decurso desse comportamento continuar a insistir pois acreditam que atingirão os resultados que, por vezes, apenas são dependentes do seu desejo ou intenção de experimentar essas ações num futuro imediato (Brawley & Culos-Reed, 2000).

Contudo, o achado da adesão das mulheres mais novas no nosso estudo apresenta uma tendência diferente se formos comparar com os dados estatísticos da LPCC referentes às taxas de participação nas voltas de rastreio 4, 5 e 6, em que se verifica menor adesão ao rastreio por parte das mulheres com 44-45 anos. Estas diferenças podem dever-se à não aleatoriedade (conveniência da amostra) e atualização dos dados das mulheres convocadas presentes nas listas. Julgamos que se estes fossem atualizados, as listas disporiam de mulheres que, à partida, constituiriam os ativos mais ou menos regulares do programa de rastreio (i.e. estariam fora as mulheres com critérios de exclusão e moradas atualizadas) sendo que esta situação se refletiria no aumento da taxa de participação ao rastreio por parte destas mulheres.

A relação idade *versus* adesão foi sobejamente discutida pelos elementos dos FG, os quais também apontaram a não aleatoriedade como responsável por este achado.

Embora alguns estudos tenham demonstrado existir uma relação entre o estado civil e a adesão, na medida em que, o ser casada é um fator preditivo importante devido ao suporte social que os companheiros podem prestar às mulheres nesta fase da vida (Achat, et al., 2005; Donato, et al., 1991; Flamant, et al., 2006; Lagerlund, et al., 2002; Pereira, et al., 2009), pelo contrário, no nosso estudo não apresentou relação significativa.

A corroborar o nosso estudo, as mulheres com maior nível de educação apresentam comportamentos de menor adesão (Donato, et al., 1991; Lagerlund, et al., 2002; Zackrisson, et al., 2004). As mulheres licenciadas são as que aderem menos ao PRCM apresentando, eventualmente, justificações relacionadas com o contexto do funcionamento e organização do próprio programa de rastreio e do sistema de saúde onde este está integrado, mas também, podemos inferir pelos estudos analisados que as mulheres estão mais informadas e interessadas na sua saúde e, como tal realizam esta vigilância de saúde mais cedo no radiologista privado pois, de uma maneira geral, apresentam melhor estatuto socioeconómico. Efetivamente, as mulheres de categoria profissional superior, nomeadamente, as dos quadros superiores, técnicos e especialistas das profissões intelectuais e científicas são as que menos aderem ao

PRCM, enquanto as trabalhadoras não qualificadas são as que mais aderem, porque estas não têm poder económico para recorrer aos médicos e serviços de saúde privados.

A relação emprego *versus* adesão indica que as mulheres desempregadas não aderem ao rastreio (Lagerlund, et al., 2002; Zackrisson, et al., 2004), por não estarem tão bem informadas sobre a prevenção, partindo do pressuposto de que o ambiente de trabalho pode ser favorável à veiculação de conhecimentos nestas áreas da saúde (Stokols, et al., 2003).

Ao contrário do que acontece nas zonas rurais (Peek & Han, 2004), as mulheres que vivem nas localidades urbanas parecem mais predispostas a aderir ao PRCM, podendo indicar que a proximidade dos recursos de saúde é preditiva da adesão (Coughlin, et al., 2008). Todavia, no nosso estudo, apesar da unidade de rastreio se encontrar no centro da cidade, também podemos considerar este meio competitivo em termos de serviços de radiologia privada, o que não deixa de ser facilitador para o acesso das mulheres cidadinas. Da mesma forma, as mulheres das zonas rurais ou periurbanas têm melhor acesso ou preferência de proximidade pelos centros de saúde da sua área de residência, o que favorece o contacto com os profissionais de saúde que as podem recomendar para o PRCM (cf. FG). Uma outra barreira comentada pelos elementos do FG foi os meios de transporte que, segundo a sua perceção, são escassos nas zonas periurbanas podendo dificultar a adesão ao rastreio.

Apesar do nosso estudo não demonstrar relação entre o nível de literacia e a adesão ao PRCM, pensamos que se justifica, em próximos estudos, a utilização de outros instrumentos que avaliem outras dimensões da literacia que não, apenas a literacia de leitura, mas também, a comunicativa e a crítica, como sugere Nutbeam (2000). O mesmo autor é de opinião que a literacia na saúde pode ser ainda mais negativa do que a literacia no geral, porque sendo específica do contexto, é provável que falte aos indivíduos de todos os níveis de literacia, a compreensão sobre o controlo do cancro e as recomendações de rastreio. Este tipo de literacia (designada de funcional) subentende o ser capaz de funcionar eficazmente em situações quotidianas, nomeadamente, no âmbito do contexto da saúde. Além disso, a literacia na saúde pode agravar-se conforme aumenta a idade, sendo maior as dificuldades de compreensão da informação devido ao desconhecimento dos vocábulos ou conceitos. Não obstante, a fraca literacia não está, somente, associada à limitação de vocabulário, mas também à compreensão dos conceitos no âmbito dos rastreios e da sensibilização para os seus benefícios (Davis, et al., 2002).

É neste processo de sensibilização que os profissionais de saúde desempenham um papel preponderante na disseminação dos rastreios (Achat, et al., 2005; Sharp, et al., 1996), não apenas em relação ao exame, mas também acerca dos diferentes métodos de deteção precoce e

do funcionamento do PRCM que a maioria das mulheres (88.7%) relataram desconhecer. Contudo, isto nem sempre acontece, devido aos diferentes níveis de conhecimento existentes entre os profissionais de saúde acerca dos programas de rastreio como apontam os relatos do FG. Desta forma e, por terem chegado à mesma preocupação nos seus estudos, os autores sugeriram que os próprios profissionais fossem alvo de formação/ sensibilização nesta área (Breen, et al., 1996; Chukmaitov, et al., 2008; Lane & Messina, 1999).

Como outros possíveis meios de veiculação da informação, mais utilizados pelas mulheres, os resultados do estudo de Secginli & Nahcivan (2006) também apontam os *media* (e.g. TV e rádio) como sendo significativos para o acesso ao conhecimento acerca do cancro da mama. Efetivamente, estes documentaram uma forte associação entre alguma vez «terem ouvido falar» ou «terem lido» acerca da mamografia e a adesão ao exame. Daí que é urgente aumentar a sensibilização das mulheres de forma a familiarizá-las com o processo de desenvolvimento das mamas e procurar ajuda junto dos profissionais de saúde assim que notarem alguma alteração. Também Ham (2005) sugere que se utilize os *media* como meios de promoção do conhecimento acerca do cancro da mama e da importância dos métodos de deteção precoce para garantir o sucesso deste programa. No nosso estudo, acresce a importância de promover através destes meios, o papel e o reconhecido mérito que a entidade organizadora do PRCM (a LPCC) tem desenvolvido na luta contra o cancro.

Nos FG, as opiniões foram consonantes sobre a necessidade de conhecimento acerca do PRCM, embora alguns profissionais de saúde não tivessem a perceção de que as mulheres desconheciam a mamografia, o que nos leva a afirmar que nem sempre as perceções entre profissionais/pacientes são coincidentes, pelo que urge ouvir os atores destes contextos.

O envio de lembretes, nomeadamente, a convocatória no âmbito do rastreio também parece ser influenciador da adesão, como demonstram os nossos resultados. Além disso, alguns autores também acrescentam outras formas de contacto com as mulheres de forma a garantir a sua adesão, designadamente, o contacto por telefone, por mensagem no telemóvel e através de correio eletrónico (Phillips, et al., 1998).

De forma semelhante ao que ocorreu noutros estudos em que a adesão aumentou (Lagerlund, 2002; Phillips, et al., 1998; Puschel & Thompson, 2011), o contacto telefónico também foi aplicado na nossa população, às mulheres que haviam faltado ao exame, como complemento da convocatória. No entanto, não temos resultados deste efeito mas se atentarmos à taxa de participação no PRCM da volta 6 no Concelho de Aveiro, verificamos que houve um aumento em todos os grupos etários, podendo dever-se a vários procedimentos

efetuados, designadamente, outras formas de contacto com as mulheres faltosas e à ação de sensibilização a que foram sujeitas durante a abordagem para a aplicação do *survey*.

No que diz respeito à informação presente na convocatória, apesar das mulheres não se terem queixado de falta de clareza, talvez valesse a pena incluir informação acerca de como se processa o atendimento na unidade de rastreio (Ham, 2005) e esclarecer sobre os benefícios da mamografia (Lagerlund, et al., 2000).

A nossa sugestão de esclarecimento sobre o atendimento na unidade de rastreio será com o intuito de desmistificar crenças sobre a forma como decorre o atendimento na unidade de rastreio. Algumas mulheres referiram que não vão fazer o exame à unidade de rastreio porque acreditam na existência de tempos de espera elevados, o que lhes transtorna a vida, principalmente para as trabalhadoras, embora, pelo contrário outras tivessem ficado surpreendidas pela positiva, quando foram pela primeira vez à unidade (cf. notas de campo). Além deste aspeto, também se verificou algum descrédito no exame pelo facto deste ser efetuado numa carrinha móvel, desconhecendo a qualidade do equipamento mamográfico e a competência e formação específica dos profissionais que lá trabalham (cf. notas de campo).

Além das ferramentas utilizadas com o objetivo de convocar para a realização do exame, a LPCC também poderia enviar alertas através dos telemóveis por SMS (*Short Message Service*) e/ou por correio eletrónico antes de cada volta de rastreio para avisar as pacientes e os profissionais de saúde (Fulton, et al., 1991) para que possam recomendar atempadamente o PRCM. Assim, poderiam evitar-se as situações de mamografias efetuadas nos radiologistas privados pouco antes do começo da volta de rastreio, achado que também foi encontrado por alguns autores (Achat, et al., 2005; Donato, et al., 1991; Lidbrink, et al., 1995; Sutton, et al., 1994; Zackrisson, et al., 2004).

Além disso, se a convocatória incluísse referência ao profissional/equipa de saúde que segue as pacientes regularmente, este procedimento poderia constituir um incentivo para participarem nos rastreios. De facto, vários estudos concluíram que, além da importância da recomendação dos profissionais de saúde para a adesão ao rastreio, também esta é influenciada pela regularidade com que a mulher realiza a vigilância de saúde e com que procura o mesmo médico (Breen, et al., 1996; Calvocoressi, et al., 2005; Cruz, et al., 2008; Fulton, et al., 1991; George, 2000; Phillips, et al., 1998).

Não é por acaso que no estudo anterior de Cruzeiro (1995), sobre adesão ao rastreio do cancro da mama com uma amostra de mulheres portuguesas, também, se evidenciou a importância da recomendação dos profissionais de saúde, e quando este esclarece sobre o exame mamográfico. Ao contrário do que poderia ser expectável e de outros estudos em que o

rastreio não é gratuito, a gratuidade da mamografia e a acessibilidade à unidade móvel de rastreio revelaram-se como fatores independentes da adesão, ou seja, não pesam na decisão de realização do rastreio indicando que, apesar de existir igualdade de acesso ao sistema de cuidados de saúde para toda a população, ainda existem subgrupos que não utilizam os serviços de saúde por outros motivos que não os diretamente relacionados com o PRCM.

O nosso estudo também revela que, apenas 41.4% das mulheres fazem mamografias conforme recomendações das *guidelines*, mas nem todas realizam através do PRCM. Do total da amostra, cerca de um quarto das mulheres nunca haviam participado neste programa. Alguns estudos concluíram que a adesão aumenta com outros comportamentos de vigilância de saúde, ter um médico regular e com o aconselhamento dos profissionais de saúde. Com efeito, no contexto dos CSP, a adesão é favorecida pela ênfase na continuidade dos cuidados preventivos por um profissional de saúde regular (Barr, et al., 2001; Breen, et al., 1996; Cruz, et al., 2008; Fulton, et al., 1991; George, 2000; Phillips, et al., 1998).

No nosso estudo verificamos relação entre ter conhecimento de que deve fazer o seu exame de rastreio bianualmente e o comportamento de adesão. Tanto a predisposição, como os hábitos e a confiança também influenciam o comportamento, assim concluíram Katapodi et al (2010) que analisaram a influência da predisposição e da confiança na variável «tempo desde a última mamografia».

Nas notas de campo também é visível o compromisso das mulheres com as indicações dos profissionais de saúde que visitam regularmente e nos quais depositam confiança, embora não pareça ser tão determinante para a adesão, a recomendação do médico de família. Esta situação pode dever-se ao facto dos médicos privados, nomeadamente, os ginecologistas serem os que mais referenciam as mulheres para a mamografia pela natureza das suas consultas que se relacionam com os aspetos da saúde da mulher (Barr, et al., 2001). Contudo, no nosso estudo, essas recomendações são, maioritariamente, para a realização do exame de rastreio nos radiologistas privados, em detrimento do PRCM. Além disso, um outro motivo que nos parece influenciador para o não cumprimento das *guidelines* relativas ao intervalo entre os exames, prende-se com o medo da doença manifestado pelas pacientes (cf. notas de campo), o que, tanto pode ser um fator favorecedor da adesão pelo reconhecimento da sua suscetibilidade, como o inverso, por não quererem aguardar os dois anos pelo PRCM e, aquando o contacto com o seu médico, pedirem para antecipar o exame. A variável «medo» face à mamografia varia inversamente à realização do rastreio (Pereira, et al., 2009). As crenças que as pacientes manifestam em relação à eficácia e à importância da ecografia mamária, também surgem nas

notas de campo e nos FG como um outro motivo para antecipar a realização de mamografia, para anualmente, sendo prescritas pelos médicos assistentes.

Na realidade, a probabilidade de 75.4% frequentar o centro de saúde é maior naquelas pacientes que procuram consultas de vigilância de saúde e que vão mais de 4 vezes no ano à instituição. Todavia, segundo o referido nas notas de campo nem sempre estas têm contacto direto com profissionais de saúde, sendo contactos do foro administrativo para pedir receituário médico. Na nossa opinião, os funcionários administrativos sendo elementos da equipa de saúde familiar e aqueles que muitas vezes são o primeiro elo de contacto com a instituição de saúde e como mediador entre as pacientes e os profissionais de saúde, também podem ser aliados no alerta para o início do rastreio no concelho.

Relativamente aos hábitos de acesso aos serviços de saúde, verificamos que o género feminino influencia, tanto a procura e utilização dos serviços (Cleary, et al., 1982; Verbrugge, 1982), como também, as mulheres são mais preocupadas com a saúde no geral (Jonsson, et al., 2006). Desta forma, também são estas que, em comparação com o sexo masculino, manifestam a sua maior insatisfação sobre os cuidados e apresentam reivindicações mais válidas no que concerne aos cuidados de saúde. No referente ao tipo de visitas, verificamos que são as mulheres com idades inferiores a 65 anos, as que mais procuram os médicos especialistas (Fernandes, et al., 2009).

Também a mulher é capaz de ser perscrutora de uma maior sociabilidade, o que promove a rede familiar e social e os estilos de vida saudáveis, contribuindo, assim para o seu bem-estar, principalmente na fase mais idosa (Fernandes, 2008). No nosso estudo, as notas de campo dão conta de que alguns motivos para a não adesão ao rastreio prendem-se com o papel de cuidadora que muitas das mulheres desempenham, nomeadamente, com os netos ou os cônjuges. Com efeito, no seio familiar a saúde assume-se como das áreas menos valorizadas pelas famílias, embora os profissionais de saúde insistiam na sua importância o que revela diferenças no processo de diagnóstico das necessidades das famílias, podendo estas «intervenção bem-intencionadas» resultar em efeitos indesejáveis, designadamente, a restrição das alternativas de mudança e da criatividade e competência das pessoas na família (Sousa, 2004a, 2004b).

Os resultados decorrentes da análise multivariada são consistentes com a literatura ao reconhecer a importante associação entre o comportamento humano e o contexto, o que tanto pode facilitar, ou limitar a oferta de cuidados de saúde (Breen & Meissner, 2005; Katapodi, et al., 2010). Isto verifica-se porque os comportamentos das pessoas devem ser construídos numa base de promoção e manutenção da saúde, desenvolvida, de preferência, por profissionais de

saúde e de uma forma sistemática e contínua durante os múltiplos contactos com as suas pacientes.

As consultas de vigilância de saúde são um exemplo de atividades planeadas pelas equipas de saúde, no âmbito dos CSP, cujo principal objetivo é a monitorização regular do estado de saúde das pessoas (i.e. através das consultas de planeamento familiar onde são realizadas a citologia uterina e o exame clínico às mamas, bem como as recomendações para aderir ao PRCM). Estas consultas são sustentadas por programas de saúde com objetivos e resultados em saúde claramente definidos, onde é fundamental o papel dos profissionais de saúde, devendo encorajar-se o trabalho em equipa como um meio para ir ao encontro das necessidades da população, o que requer abordagens multi e interdisciplinares. Com o intuito de cumprir estas premissas é essencial os profissionais de saúde estarem motivados e serem competentes, principalmente ao nível dos conhecimentos e das habilidades comunicacionais.

Algumas circunstâncias podem, todavia dificultar a relação entre pacientes e profissionais de saúde e mesmo o acesso aos cuidados de saúde e algum descrédito nos serviços desenvolvidos na comunidade, designadamente, conforme relatos presentes nas notas de campo referentes às reformas nos CSP. Não obstante, estas reformas orientadas para modelos de medicina familiar poderiam constituir a altura ideal para iniciativas pró-ativas de promoção da qualidade e acessibilidade ao sistema de saúde, com o objetivo da obtenção de resultados de saúde positivos (Chukmaitov, et al., 2008) e, conseqüentemente, a adesão ao rastreio do cancro da mama e até outros.

Envolver as equipas dos CSP na promoção da adesão ao PRCM pode ser conseguida se aproveitarmos o contexto de outras atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, designadamente aquando a realização de citologia uterina (Breen, et al., 1996).

Os nossos resultados também sugerem que a interação entre paciente/profissional de saúde desempenha uma importante influência na adesão (Breen, et al., 1996; George, 2000; Secginli & Nahcivan, 2006), em particular os cuidados de enfermagem durante as consultas de vigilância, uma vez que representam oportunidades únicas de educação em saúde. Tal como observamos na análise multivariada, apesar de apenas 20% das mulheres terem contacto com os enfermeiros (Secginli & Nahcivan, 2006), a qualidade do seu atendimento é um preditor da adesão ao PRCM.

Falar de qualidade em saúde implica desde, atentar para objetivos, missão e serviços que vão ao encontro das necessidades dos utentes, até a sua satisfação em termos de atendimento e qualidade dos cuidados prestados. É neste sentido que Mezomo (2001) salienta a importância

do compromisso que as organizações/instituições deverão assumir para com a comunidade que servem.

A avaliação da qualidade engloba, não apenas a criação de instrumentos de medida que permitem avaliar as instituições de saúde, como também a promoção e disseminação de uma cultura de melhoria contínua da qualidade para benefício dos cidadãos, utilizadores do sistema de saúde, e a satisfação dos seus profissionais. Esta responsabilidade assumida pela atividade das próprias instituições pressupõe um desempenho global e equitativo, uma capacidade de resposta atempada, o envolvimento do cidadão e da sociedade civil, bem como a aceção do seu valor social e desenvolvimento contínuo (Gonçalves & Ramos, 2010).

Não obstante, a participação da comunidade no âmbito do sistema de saúde traduz uma linha de evolução progressiva na procura da democratização dos serviços que pressupõe, a identificação de prioridades, a representação efetiva e a participação ativa no processo de definição de políticas de saúde. Contudo, a capacitação das pessoas, ou seja, o seu *empowerment*, não é algo que se possa fornecer, devendo antes, ser algo que o próprio cidadão vai conquistando em simultâneo com condições favoráveis do contexto (Laverack, 2007). Este nível de participação das pessoas pode ser tão direto quanto for possível, através da liberdade de escolha dos profissionais e das organizações de saúde onde pretendem ser seguidas no seu processo de saúde/doença (Nicolau & Escoval, 2010).

Além disso, também, o processo de tomada de decisão, que se desenrola aquando a relação com os prestadores de cuidados é o reflexo de um sistema de saúde mais humanista e heurístico que olha a pessoa na sua unicidade. Prevê-se que os intervenientes partilhem informação, adotem medidas de participação na tomada de decisão e cheguem a um acordo em relação ao desenvolvimento de determinada ação (Sheridan, et al., 2004). Os autores acreditam que a importância de envolver o paciente neste processo de partilha na tomada de decisão deve-se à necessidade de assegurar que este é respeitado nos seus desejos, nas suas decisões e preferências e como garante de que receba a educação e o suporte necessário para participar no seu processo de auto cuidado.

Em suma, as intervenções de promoção do rastreio do cancro da mama devem, pois ser dirigidas a um conjunto de fatores como indicam os resultados deste estudo, tanto através dos relatos das mulheres entrevistadas, como da observação dos seus contextos de vida (presentes nas notas de campo), mas também, sustentadas na opinião dos profissionais de saúde e mulheres dos FG.

5. PROPOSTAS EDUCATIVAS DE PROMOÇÃO DO RASTREIO DO CANCRO DA MAMA

“A educação do futuro deverá ser um ensino primeiro e universal centrado na condição humana. Estamos na era planetária; uma aventura comum apodera-se dos humanos onde quer que estejam. Estes devem reconhecer-se na sua humanidade comum e, ao mesmo tempo, reconhecer a diversidade cultural inerente a tudo quanto é humano.” (Morin, 2002, p.51)

Neste capítulo elencaremos as propostas educativas de promoção do Programa de Rastreio do Cancro da Mama que emergiram dos resultados, tanto do *survey* aplicado às mulheres durante a 6ª volta de rastreio que decorreu no Concelho de Aveiro complementado com as notas de campo (1ª fase do estudo), como a partir dos *Focus Group* realizados (2ª fase do estudo) com elementos da população alvo de rastreio (mulheres inquiridas na 1ª fase) e profissionais de saúde representantes das equipas das unidades de saúde do Centro de Saúde de Aveiro. Além disso, procuramos também trazer propostas dos autores consultados que havíamos pesquisado aquando a revisão bibliográfica e que julgamos serem consonantes com a nossa realidade e as necessidades manifestas de todos os participantes envolvidos no estudo.

Como já referimos no capítulo 2, aquando a abordagem concetual e paradigmática da educação em saúde, esta não é apenas um esboço de ações a implementar onde a informação é fornecida de forma paternalista pelos profissionais de saúde, que apesar de bem-intencionados, são eles que decidem o rumo da vida das pessoas sem auscultar os significados das suas realidades contextuais. Sabemos, também, que a informação *per se* não é geradora de atitudes e comportamentos que se relacionam apenas com a área da saúde e que os profissionais de saúde não são os únicos detentores do conhecimento pertinente, não sendo legítimo instituírem normas comportamentais que podem marcar a vida das pessoas, de forma mais ou menos positiva.

Assim, as nossas propostas corroboram uma filosofia mais democrática de educação em saúde onde serão apontadas perspetivas que envolvem processos mais participativos por parte dos seus intervenientes no sentido de criarem eles mesmos condições (ambientais e individuais) mais favoráveis, para a auto-consciencialização e envolvência na negociação de estratégias que promovam o bem-estar, e que se repense a reorganização e reorientação dos cuidados de saúde no sentido de dar voz às populações, deixando-lhes espaço para desenvolverem as competências a que têm direito.

(1) Realização de educação em saúde sobre a importância e o objetivo da mamografia como exame de eleição para a deteção precoce do cancro da mama. Isto permitirá desmistificar algumas crenças das mulheres relativamente à efetividade de outros métodos de rastreio, designadamente, o AEM, a ECO mamária e a utilização de produtos do naturista como prevenção para a doença. É importante que esta sensibilização aconteça no meio em que a mulher está inserida (i.e. comunidade).

- Aquando o planeamento e operacionalização das sessões em grupo, considerar vários aspetos logísticos que podem condicionar o sucesso das intervenções, nomeadamente, a hora, o envolvimento de pessoas da comunidade, o estudo prévio dos interesses e necessidades das utentes em relação aos temas que devem ser desenvolvidos.

(2) Conjugação da comunicação oral e escrita. A informação deve ser fornecida mediante várias estratégias; somente em papel (e.g. panfletos, cartazes, *posters*, *moopies*) pode ser inadequada para as mulheres com nível de instrução ou literacia baixa, por isso deve ser complementada com informação oral ou demonstração ou, com utilização de outras técnicas (e.g. meios audiovisuais). Desta forma, poderá ter um impacto maior se forem criados momentos de interação pessoal, em que se possa sensibilizar a mulher através do discurso direto. O que a LPCC tem feito no âmbito do rastreio é a divulgação por *moopies* ou cartazes/*posters* nos centros de saúde o que, segundo as participantes dos FG, não será muito profícuo uma vez que estas veem as imagens e não leem a mensagem escrita.

(3) Utilização de todas as oportunidades de contacto com as mulheres (e.g. em qualquer tipo de consulta e em particular, na de planeamento familiar ou de rastreio) para identificar a sua intenção em realizar a mamografia no âmbito do PRCM, bem como, sensibilizar para a sua importância. Estabelecer como uma intervenção educativa prioritária e transversal no âmbito das consultas e de outros programas de saúde (e.g. rastreios do cancro do colo uterino e coloretal).

- As mulheres que não frequentam as consultas de vigilância no centro de saúde devem ser abordadas neste sentido sempre que estabeleçam qualquer contacto com os serviços de saúde (e.g. episódios de doença aguda, pedidos de receituário, atestados, entre outros) podendo ser efetuado por qualquer um dos profissionais de saúde (e.g. enfermeiros, médico, administrativos).

- A existência de alertas nos programas informáticos de apoio às consultas utilizados pelos profissionais de saúde, no sentido da identificação das mulheres que ainda não tenham efetuado o seu exame. Para a sua consecução a LPCC e os CSP deveriam estabelecer articulação de forma a partilharem as bases de dados das utentes.

- Importância da consulta de enfermagem, onde o enfermeiro é apontado como sendo um dos principais agentes no sistema de saúde com um papel preponderante na promoção da saúde, pela natureza da relação terapêutica que estabelece com as pessoas. É também o profissional privilegiado dentro da equipa multidisciplinar, devido ao seu abrangente âmbito de atuação, o que lhe permite identificar as necessidades das utentes de forma holística.

(4) É também importante que seja a própria mulher a decidir a sua participação voluntária e ativa no PRCM, uma vez que este processo de capacitação das pessoas para a adesão a comportamentos de saúde é essencial para a continuação dos mesmos. Nesta interação entre profissional de saúde e paciente, não deve ser esquecida a negociação do compromisso de adesão e a monitorização sistemática do mesmo.

(5) Encaminhamento do resultado da mamografia para a mulher. As equipas de saúde do centro de saúde devem fazê-lo segundo os recursos disponíveis (via correio ou e-mail), de forma a que esta o possa mostrar ao médico particular ou outro, conforme seja o seu desejo e direito. Aquando o envio do resultado, a equipa deve aproveitar para relembrar da importância de continuar a participar no PRCM, independentemente do médico que consulta.

(6) Atualização das listas das mulheres a convocar, tendo em conta os critérios de exclusão estipulados pela LPCC. Cada equipa de saúde (das várias unidades de saúde existentes no CS) poderia fazer essa avaliação antes do início de cada volta de rastreio, uma vez que conhece as suas utentes e as suas situações de vida. É também uma forma de tomar conhecimento das mulheres que serão convocadas e poder fazer a monitorização destas situações.

(7) Aconselhamento das mulheres no sentido de participarem no PRCM quando recebem a convocatória;

- Este procedimento pode constituir-se de um processo de sensibilização mais personalizado se forem utilizadas outras formas de recomendação, designadamente, através de carta dirigida pela sua equipa de saúde, enfermeiro e médico de família, a explicar o procedimento e a importância de participar.

- Existem outras estratégias apontadas nos diferentes estudos consultados, nomeadamente, *e-mail* (nas mais novas pode ser eficaz), telefonema personalizado com sensibilização, SMS, reconvocatórias, visita domiciliária (embora com altos custos).

- Utilizar, também outras estratégias de âmbito mais abrangente, através dos *media* e outras pessoas significativas da comunidade. Apesar das campanhas através dos *media* não se terem mostrado muito eficazes na promoção da saúde, esta continua a ser uma ferramenta fundamental desde que bem utilizada, designadamente, integrar na sua mensagem as circunstâncias sociais que levam a determinada decisão comportamental e focalizar-se em

ajudar as pessoas a desenvolver as competências sociais e pessoais necessárias para escolhas de comportamentos de saúde positivas.

- Os grupos da comunidade também podem ser utilizados para a divulgação da informação e partilha de experiências, designadamente, o grupo de voluntárias da associação «Viver e Vencer», que colabora com a LPCC no apoio às mulheres mastectomizadas;

- Além das diversas formas de convocar as mulheres para a realização das mamografias, também a estrutura e a informação da convocatória poderá ter a sua influência na adesão. Desta forma, pode ser determinante complementar com informação fornecida pessoalmente, não esquecendo de aspetos como a data, o local e o tempo aproximado que demora o exame, deixando claro que o horário pode ser flexível de acordo com as necessidades das pessoas. Embora deva estar presente os benefícios do exame, também pode ser prestada uma breve explicação acerca do desconforto que o exame pode provocar e o motivo, sendo importante esclarecer que durante o ciclo menstrual, existem períodos menos dolorosos. Além do que a mulher poderá sentir durante o exame, também o que pode fazer e o que vai acontecer.

- Os estudos consultados também referem ser benéfico o envio da convocatória pelo médico de família/equipa de saúde, no sentido de reduzir a preocupação ou ansiedade das mulheres, uma vez que estas podem ser encorajadas a contactar o seu prestador de cuidados para colocar dúvidas ou problemas. Esta pode ser uma forma de aproximar as pacientes que têm poucos contatos com o sistema de saúde.

- O número de convocatórias aumenta a possibilidade de adesão aos rastreios. Porquanto, as reconvocatórias devem constituir uma estratégia de intervenção eficaz;

- A sensibilização para os rastreios (e.g. útero, mama, colon e reto) das mulheres mais novas (≤ 45 anos, aderem menos segundo dados da LPCC) deve ser iniciada o mais precocemente possível e sempre que existir contacto dos profissionais de saúde com as mesmas. Pretende-se, desta forma, promover a adesão à primeira convocatória;

- Segundo os resultados do nosso estudo, as zonas periurbanas devem ser cobertas com maior atenção uma vez que as mulheres aderem menos. Para a consecução deste objetivo, as equipas das unidades de saúde, podem assumir um papel mais ativo pela sua proximidade à comunidade onde trabalham;

- As equipas de saúde devem deixar espaço às mulheres para que sejam elas a tomar a decisão sobre onde querem realizar o seu exame. Contudo, podem apresentar alternativas personalizadas de acordo com a vontade e particularidades de vigilância das mamas das utentes.

(8) Valorização e desmistificação das crenças das mulheres sobre o exame de rastreio, designadamente:

- A dor, podendo ser contornada através de mensagens de que qualquer desconforto é breve e que a maioria das mulheres não tem essa queixa, enfatizando a necessidade de realizar o exame de deteção precoce. Contudo, dizem os estudos que se devem reconhecer a diferença de tolerância à dor entre as diferentes pessoas;

- O medo do resultado, deve ser reduzido através do esclarecimento oportuno sobre o facto da maioria das mamografias ser normal. Contudo, isto pode ser minimizado se a LPCC e as equipas de saúde enviarem o resultado da mamografia num espaço de tempo mais curto. Quando uma equipa de saúde identifica as utentes que ficam mais ansiosas, deve esclarecer-lhes as dúvidas;

- A preocupação com a radiação também pode ser desmistificada se for referido que as mamografias atuais são mais seguras e eficazes. Comparar com situações do quotidiano pode ser utilizada como estratégia para esclarecer;

- A falsa conceção de que a ECO mamária deve ser realizada como método de rastreio. Os profissionais de saúde devem ajudar a formar estas mulheres, explicando-lhes que no âmbito do programa de rastreio, a mulher é convocada pela LPCC para uma consulta de aferição, nos casos de dúvidas após a dupla leitura oculta da radiografia, onde serão efetuados outros exames, como a ECO para complementar a mamografia. As equipas de saúde não devem optar pelo facilitismo quando se trata de promover a educação em saúde sobre o rastreio do cancro, devem sim encorajar à participação das pacientes nos cuidados;

- As experiências anteriores desagradáveis com amigos e familiares, bem como, os resultados falsos negativos ou positivos podem aumentar o descrédito no exame de rastreio, pelo que as mulheres devem ser elucidadas sobre estas situações no sentido de que cada uma situação é particular.

(9) Criação de uma plataforma informática de interação que permita às mulheres terem acesso a toda e qualquer informação sobre o cancro da mama e o programa de rastreio, para além de lhes facultar a possibilidade de interagir com outras mulheres, seja através da educação por pares, ou por iniciativas desenvolvidas por grupos de mulheres que constroem e gerem o conhecimento sobre esta matéria como estratégia educacional para um compromisso mútuo, as chamadas «comunidades de prática».

(10) Formação/atualização dos profissionais de saúde no âmbito do rastreio. É visível a falta de uniformização e de conhecimentos sobre a organização do PRCM. Nem todos os profissionais de saúde conhecem o programa de rastreio havendo, desta forma, sistemas de

atuação diferentes, o que pode confundir as mulheres relativamente à regularidade e idade de início do exame. Desta forma, a LPCC poderia ter um papel ativo nesta formação, tanto dos profissionais como da população. Se os profissionais têm poucos conhecimentos ou apresentam diferentes formas de atuar, dificilmente poderão desmistificar crenças, responder a perguntas sobre a organização e missão do rastreio, bem como, ter dificuldades em abarcar extensivamente este assunto com as mulheres pois não se sentem à vontade de falar sobre um assunto que não conhecem na sua totalidade. Além deste aspeto, também se denota algumas falhas na divulgação das voltas de rastreio, o que pode condicionar toda a intervenção por parte das equipas de saúde. Para colmatar esta situação poderiam ser enviadas às equipas de saúde, não apenas informação escrita (e.g. circulares informativas), como também, sistemas de lembretes informáticos.

- Além da formação também podem ser desenvolvidos protocolos de atuação dentro das equipas no sentido da uniformização de conhecimentos e práticas.

(11) Discussão com a LPCC sobre a possibilidade de deslocação da unidade móvel de rastreio pelas localidades, principalmente, nas mais afastadas do CS de Aveiro. Acreditamos que, no que concerne a este aspeto, será necessário aferir a relação custos/benefícios no sentido da efetividade desta intervenção.

- Importante dar a conhecer a unidade de rastreio e as suas condições físicas e técnicas em termos de recursos de forma a desmistificar falsas conceções demonstradas por algumas mulheres neste estudo que resultam no descrédito da mesma;

- Além disso, as inquiridas também referiram que poderia ser melhorado o processo de chamada para o exame na unidade de rastreio, nomeadamente: (i) encurtar o tempo de espera se o número de mulheres marcadas para a mesma hora for menor; (ii) evitar chamar várias mulheres em simultâneo para junto da unidade de rastreio, pois as inquiridas manifestam algum desconforto principalmente se estiver a chover ou frio no exterior da sala de espera que é próxima da unidade;

(12) Promoção de uma articulação mais efetiva entre a LPCC e o centro de saúde (e.g. o rastreio da retinopatia) no sentido de atualização de dados, o envolvimento mais ativo dos profissionais e encaminhamento dos resultados dos exames.

(13) Divulgação mais efetiva do PRCM e da sua entidade promotora (LPCC). O nosso estudo mostra que as mulheres procuram a informação junto dos meios de comunicação social e dos meios formais, como os profissionais de saúde e a convocatória, devendo utilizar-se, essencialmente, estes meios para chegar à população. Também, os vários *settings* da

comunidade podem ser locais privilegiados, nomeadamente, no local de trabalho, nas universidades, os centros de saúde, Juntas de Freguesia, entre outros.

(14) Divulgação dos resultados dos estudos que se venham a realizar nos serviços de saúde e na população para que estes atores do contexto em evidência tenham conhecimento das medidas a implementar e sintam maior motivação, para em conjunto, encontrar estratégias de ação. É nossa intenção utilizar este procedimento com os resultados deste estudo, para além de fornecer os dados à LPCC como compromisso assumido no início desta pesquisa, com a finalidade de melhoria de práticas no âmbito do PRCM.

(15) Criação de um Guia sobre prevenção das doenças, com lugar de destaque para a deteção precoce dos cancros que circulasse na comunidade e pudesse ser consultado pela comunidade e profissionais de saúde, no sentido de incorporarem mais eficazmente, as recomendações aí presentes.

(16) Criação de uma *Cal Centre* no Centro de Saúde de Aveiro e LPCC onde as pessoas pudessem procurar informações, remarcar as suas mamografias e tirar dúvidas. Julgamos que estes sistemas proximais são mais eficazes pela sua pronta articulação entre os serviços no terreno e as pessoas no seu contexto de vida.

6. CONCLUSÃO

“Uma ética nova pressupõe uma ótica nova. (...) precisamos de mais educação, de mais formação e de mais informação. Obviamente, importa socializar os conhecimentos, aumentar a massa crítica da humanidade e democratizar os processos de empoderamento dos cidadãos. Certamente o saber é imprescindível. Sem ele não debelamos os fígadais inimigos da humanidade como a fome, a doença, a incomunicação. O saber nos confere poder.” (Boff, 1999, p.22)

Neste último capítulo, além de uma breve reflexão retrospectiva do processo pessoal que implica a realização de um trabalho desta natureza, incluiremos as principais conclusões do estudo. Numa segunda parte apresentaremos as limitações do mesmo, os pontos fortes, as implicações para a investigação e políticas de saúde no âmbito do rastreio do cancro da mama, bem como, linhas futuras de investigação.

Um trabalho desta dimensão epistémica, fundacional e edificante constitui-se um processo onde o conhecimento tácito é (re)elaborado e as crenças pessoais, os sentimentos e os pensamentos acerca de conceitos e teorias, são interpretados à luz do que somos para, numa dimensão produto, validar perspetivas, em conhecimento explícito e cimentar um saber pessoal. Tornou-se assim, inevitável e coerente, para a passagem ao «saber pessoal», um comprometimento com algumas linhas norteadoras, as quais procuramos consagrar neste trabalho (Sá-Chaves, 2007b):

- Assertividade e congruência, na medida em que é essencial ter consciência da forma como o conhecimento é apresentado;
- Conhecimento com significado de acordo com um referencial cultural que dê sentido às ideias;
- Relevância e «deslumbramento» pelo cariz inovador durante este percurso de aprendizagem, de crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional;
- Plausibilidade, com fundamentação e sustentabilidade das opiniões, sem esquecer, todavia, a abertura suficiente para outras perspetivas cognitivas consubstanciadas pelas múltiplas representações do conhecimento que advém dos vários atores deste sistema (e.g. participantes e investigadores). Perante estas conjunturas saber munir-se da humildade suficiente, tanto no percurso pessoal, quanto profissional e alcançar a flexibilidade cognitiva necessária para a transferência de conhecimento.

A coerência connosco próprios é, pois, uma necessidade que, não se desvinculando completamente de valores subjacentes a uma comunidade científica deve, essencialmente,

procurar esclarecer questões pertencentes ao universo dos significados, comportamentos e motivações que regem a vida do ser humano.

Desta forma, face à tendência que a perspectiva tradicional tem para reduzir as questões da saúde e das doenças, a problemas meramente técnicos (visão tecnicista), em que os discursos vigentes se configuram segundo processos de objetivação e racionalização, tornaram-se emergentes, pontos de vista bastante mais intuitivos, relacionais e dinâmicos.

Estas preocupações são consonantes com uma necessária perspectiva heurística e comunitária que visa a compreensão dos comportamentos relacionados com a saúde em função de contextos sociais e culturais. A educação e a saúde constituem-se assim, campos férteis de novas formas de ver a realidade sob diferentes ângulos de análise e nas suas diversas dimensões.

Nestes sistemas vivos, a educação em saúde surge, pois, como um vínculo que se estabelece entre sistema e ambiente no sentido da compreensão dos determinantes do processo saúde-doença, numa população, concreta com características históricas e sociais próprias. Estas orientações haviam sido bem definidas na Carta de Ottawa, orientada para a promoção e educação em saúde, na qual se assumem valores como a equidade, a participação, a preocupação pelas perceções subjetivas das pessoas, a promoção de ambientes saudáveis, o desenvolvimento de competências pessoais e a reorientação dos serviços de saúde.

Julgamos, com este estudo ter trazido à discussão, a envolvimento de aspetos pessoais e de saúde comunitária que devem determinar a investigação de fenómenos desta amplitude em prol de uma sociedade mais equitativa, com interesse genuíno por todos os seus membros onde, como sabemos, ainda abundam as disparidades de acesso aos cuidados de saúde. Será nosso desejo que os resultados possam exhibir algumas prioridades de intervenção/educação sustentadas na análise das relações entre os vários determinantes do comportamento das mulheres para a adesão ao rastreio do cancro da mama. Estas prioridades, uma vez reconhecidas, poderão ajudar a estabelecer melhores opções, políticas e operacionais, ao nível dos cuidados de saúde neste âmbito.

A) Conclusões do Estudo

Mediante os resultados deste estudo podemos afirmar que a adesão é determinada, tanto por fatores de nível individual como ambiental. Com efeito, encontramos explicações diversas do comportamento de adesão desde, relativas a variáveis sociodemográficas, mas também, às

características inerentes a este tipo de programa organizado e de âmbito nacional, ao contexto dos cuidados de saúde e, finalmente, a processos idiossincráticos das pessoas.

Assim, um dos aspetos analisados neste estudo foi o ambiente de investigação envolvente, ou seja, as dificuldades e sinergias do trabalho de campo, que nos pareceu fornecer, *per se* um retrato do contexto onde o fenómeno da adesão foi examinado, o que nos trouxe uma visão do todo mais compreensiva e integradora que explica alguns dos resultados obtidos.

Se por um lado, algumas das inquiridas manifestaram alguma hostilidade perante pessoas estranhas, por outro, também houve quem demonstrasse, desde logo, vontade em colaborar indo, inclusivamente, mais longe e fornecendo dados da sua vida pessoal extremamente enriquecedores que nos levaram a pensar no que seria interessante para o desenvolvimento de um trabalho de cariz etnográfico.

Muitos destes dados tomaram forma em notas de campo que revelaram um ambiente muito diversificado e imprevisível, se observarmos as características de urbanidade de cada localidade (interior rural e litoral). Além da mentalidade das pessoas ser diferente, o que se reflete nas crenças sobre a saúde e a doença, e a conseqüente valoração que emprestam aos programas preventivos, também se denotam diferenças significativas na forma como os cuidados de saúde estão organizados no concelho. Todavia temos consciência de que as reformas nos CSP que estavam a decorrer aquando o trabalho de campo vieram matizar este ambiente já de si, complexo. Também se destacam outros aspetos relacionados com a operacionalização do PRCM no terreno, nomeadamente, as lacunas de variada ordem presentes nas listas das mulheres convocadas, o que pode alterar os resultados de eficácia deste programa. Julgamos que as entidades envolvidas na promoção do PRCM poderiam conjugar esforços no sentido de tornar possível a atualização das listas antes do início de cada volta de rastreio.

Relativamente às variáveis analisadas, este estudo evidencia comportamentos de maior adesão por parte das mulheres com idades <50 anos e \geq 56 anos, as trabalhadoras não qualificadas, as reformadas e as que vivem nas localidades urbanas. Por seu lado, as que aderem menos são as mulheres com idades compreendidas entre 50-55 anos, as licenciadas, as de categoria profissional superior, nomeadamente, as dos quadros superiores, técnicos e especialistas das profissões intelectuais e científicas, as desempregadas e as que vivem nas zonas periurbanas. Estes resultados presentes na análise bivariada entre a adesão e os grupos etários mostraram ser diferentes dos dados estatísticos que a LPCC apresentou nas últimas três voltas de rastreio em que se verificam taxas de adesão inferiores nos grupos etários das mulheres mais novas, ou seja, nas que são convocadas a primeira vez (44 anos e 45-49 anos) e

superiores nos grupos etários dos 55-59 anos e 60-64 anos. Julgamos que o nosso achado atípico pode dever-se à composição das listas por idades, tendo sido convocadas primeiramente as mulheres mais novas provocando este viés (amostra não aleatória), como também, pela presença incorreções nos dados pessoais das mulheres mais novas.

Apesar da grande maioria das entrevistadas apresentar um «bom» grau de literacia do rastreio do cancro da mama e esta variável não ter significância com a adesão, algumas das inquiridas demonstraram dificuldades de leitura e de compreensão de alguns dos conceitos da escala de literacia.

Tanto a mamografia como a ecografia mamária foram os métodos de deteção precoce do cancro da mama mais referidos. Verificou-se que a ecografia é substituída pela mamografia nas que aderem menos ao PRCM por acreditarem ser o exame de rastreio para o cancro da mama. Algumas também o fazem em complementaridade com a mamografia, pois recebem essa indicação do médico assistente, o que forma a crença de que são necessários os dois exames para um rastreio da doença de forma eficaz, podendo ser por este motivo que não fazem a mamografia no âmbito do PRCM.

Com efeito, a grande maioria das mulheres apresentou «fracos» conhecimentos acerca dos métodos de deteção precoce do cancro da mama não havendo, contudo, relação significativa com a adesão. As que conhecem o exame «mamografia», a «idade de início do rastreio» e a sua «periodicidade» são as que mais aderem ao PRCM, verificando-se a mesma relação nestes comportamentos. As que sabem que a mamografia deteta precocemente a doença aderem mais, o que sugere a importância deste aspeto para as inquiridas. Desta forma, quando o perfil de conhecimentos é «bom», a adesão é mais significativa.

Relativamente aos comportamentos, a quase totalidade das inquiridas já realizou mamografias e aquelas que nunca o fizeram, também não aderiram a esta volta de rastreio, sendo que a adesão ao PRCM acentua-se nas que já tinham feito, alguma vez, o exame ao longo da sua vida. Podemos inferir que fazer a mamografia a primeira vez, poderá ser percussor para a continuidade desse comportamento.

De entre os médicos assistentes (médico de família, particular e ginecologista), aquele em que a recomendação é significativa para a adesão ao PRCM, é a do médico de família.

Uma vez que os meios de comunicação formal e social são os meios de eleição das mulheres para buscar informação acerca do PRCM, repercutindo-se no seu comportamento de maior adesão pelo que, deveriam ser utilizados para dar a conhecer a entidade responsável do referido programa fornecendo a visibilidade que a LPCC merece na sua missão na luta contra o

cancro. Não obstante, a maioria das inquiridas, considera o PRCM muito Importante, o que influencia a adesão, indicando uma valoração positiva a programas de prevenção da doença.

A receção de carta a convocar para a mamografia de rastreio parece ser um instrumento influenciador da adesão, pois as participantes que relatam ter recebido há 2 ou mais anos, aderem menos ao PRCM. Desta forma, o processo de convocatória é algo que deve ser efetuado sistematicamente em cada volta de rastreio para garantir alguma adesão por parte das mulheres. Quanto à informação presente na mesma, a maioria das inquiridas refere ser clara, contudo, algumas recebem a carta e não a leem, ou depois não se lembram do que consta na mesma, mostrando um certo desinteresse ou colocando outros problemas da vida quotidiana à frente da sua saúde. Outras mulheres referem que a carta devia ter mais informação, pois desconhecem como todo o processo do PRCM se processa na unidade móvel de rastreio, demonstrando ideias preconcebidas da falta de condições técnicas, físicas e profissionais sem que alguma vez tenham frequentado a mesma.

Com efeito, pouco mais de metade das inquiridas já foram anteriormente à Unidade de Rastreio (nesta ou noutras voltas), sendo estas as que mais aderem ao PRCM.

A quase totalidade das participantes sabe que o resultado do exame mamográfico é encaminhado para o médico de família, embora este aspeto se tenha verificado algo controverso para as que têm outro médico assistente. Estas relatam que isso não as motiva a aderir porque depois não podem levar o resultado do exame ao seu médico.

Analisando particularmente os motivos de adesão, as inquiridas relatam como mais importante, o exame permitir «a deteção do cancro da mama», por terem «recebido a convocatória» e porque «na família existem casos de cancro da mama». Verifica-se, efetivamente, uma grande preocupação no âmbito de fatores relacionados com o impacto que esta doença pode representar para a vida da mulher.

Quanto aos motivos de não adesão, estes relacionam-se com fatores do próprio sistema de cuidados de saúde, ou seja, o encaminhamento do seu médico assistente para a mamografia no radiologista privado um pouco antes da volta de rastreio. Na nossa opinião e segundo os elementos dos FG isto pode dever-se, essencialmente, a três fatores: o desconhecimento dos médicos do início da volta de rastreio, à falta de articulação entre os serviços de saúde público-privados e o precário envolvimento dos profissionais de saúde neste programa talvez devido à maior responsabilização da LPCC. O desleixo com a saúde, o esquecimento e a desorientação também foram alguns dos motivos apontados pelas mulheres embora tivessem culpabilizado o sistema de cuidados de saúde para essas «falhas», referindo a cobertura das despesas do exame no privado pelo SNS e a impraticabilidade de levantar o resultado do exame se não frequentam

o médico de família. A grande maioria das mulheres apresenta «poucas» motivações para aderir ao PRCM embora esta variável não tenha apresentado significância estatística com a adesão.

No que diz respeito às variáveis da acessibilidade e atendimento dos profissionais de saúde, também obtivemos resultados significativos. Embora a presença de profissionais de saúde no local de trabalho das inquiridas, não apresentem relação com a adesão ao PRCM, este pode ser um *setting* oportuno para a realização de sessões de educação em saúde sobre a temática do rastreio do cancro da mama.

As mulheres inscritas em CS rurais aderem menos ao PRCM, podendo justificar-se, não apenas por questões de proximidade com a unidade de rastreio, como também, devido à cultura de divulgação das voltas de rastreio nessas unidades. A frequência aos CS pelo menos 2 vezes/ano, influencia a adesão ao PRCM, embora mais de metade das inquiridas não utilizem os mesmos na vigilância da sua saúde. As consultas que mais procuram é a de planeamento familiar e a de rastreio e quem faz a marcação das mesmas é o enfermeiro, sendo variáveis significativas para a adesão ao PRCM. Esta situação também se verifica, quando as mulheres são «sempre» atendidas pelo enfermeiro, aquando as consultas de vigilância e que estes profissionais são empáticos, utilizam uma linguagem clara e aconselham as mulheres a vigiar a sua saúde, embora as respostas com maior frequência tenham sido «nunca» na prevenção do cancro da mama.

Não obstante, o profissional de saúde mais procurado pelas mulheres é o médico de família, seja em caso de dúvidas ou problemas e por considerarem o de mais fácil acesso, o que determina a adesão ao PRCM. As mulheres também afirmam que o médico estabelece um padrão de comunicação geral, uma vez que, o maior valor percentual recai nas respostas «sempre» aos itens relacionados com a empatia, a linguagem clara e a informação transmitida durante as consultas. No entanto, os itens mais específicos da prevenção do cancro da mama, nomeadamente, os relacionados com o autoexame da mama, a mamografia de rastreio e as consultas de vigilância, apresentam menor valor percentual em relação aos anteriores.

Quando cruzamos o atendimento médico com o de enfermagem, apenas uma pequena franja de participantes (18.6%) é atendida, tanto pelo enfermeiro, quanto pelo médico, evidenciando-se uma percentagem superior do «bom» atendimento de enfermagem, comparativamente ao do médico. Uma «boa» acessibilidade aos CSP e um «bom» atendimento dos prestadores de cuidados são determinantes da adesão.

O teste de correlação de *Pearson* mostra que o atendimento dos prestadores é a variável que apresenta maior valor correlacional com as variáveis anteriores. A perceção de um melhor atendimento (enfermeiro, médico) está associada a uma pior acessibilidade por parte das mulheres inquiridas, possivelmente, devido à sua fraca perceção sobre a qualidade dos serviços

que habitualmente não utiliza. Também é significativa a relação entre um melhor perfil de conhecimentos sobre rastreio do cancro da mama e as que se sentem menos motivadas a aderir ao PRCM, podendo dever-se à maior exigência quanto à sua organização e funcionamento por parte das mulheres com mais conhecimentos.

Resultantes da análise multivariada, podemos inferir que as variáveis, perfil de conhecimentos e comportamentos, acessibilidade aos CSP, atendimento dos prestadores de cuidados e motivações, possuem um poder discriminante significativo, sendo que, o perfil de comportamentos é a variável que apresenta maior grau de diferenciação entre os grupos das aderentes e não aderentes, embora as restantes variáveis também sejam determinantes.

Como variáveis explicativas resultantes da árvore de decisão CHAID, permaneceram, o perfil de comportamentos (concordantes e não concordantes), os grupos etários (<50 anos, 50-55anos e ≥56anos) e o atendimento dos prestadores de cuidados de saúde. As mulheres mais novas (<50 anos) com Perfil de comportamentos «concordantes» com as *guidelines* são as que aderem mais, comparativamente com os outros grupos etários. Por outro lado, as não aderentes necessitam de um «bom» atendimento dos prestadores de cuidados para se tornarem aderentes ao PRCM.

Tanto as notas de campo resultantes da observação e comentários da investigadora, como a discussão dos FG também mostram a importância de fatores de ordem individual e do meio envolvente nos comportamentos de adesão ao PRCM. No que se refere a aspetos psicossociais, destaca-se a importância das crenças (e.g. medo da doença, do resultado do exame e da dor, os preconceitos, a confusão com os rastreios oportunistas) podendo uma mesma crença refletir tanto um comportamento de adesão como de não adesão, sendo um exemplo disto, «o medo da doença» que pode impulsionar as mulheres a comportamentos de prevenção, como de negação da mesma. Também foram discutidos aspetos relativos a fatores ambientais menos facilitadores como a falta de transportes, a falta de tempo das pessoas e a oferta de recursos, principalmente se existirem radiologistas privados como alternativa ao PRCM. Também os elementos dos FG têm a mesma perceção de que uma das motivações para a adesão é a recomendação dos profissionais de saúde para o PRCM, bem como a marcação de consultas pela enfermeira, que pode ser uma oportunidade de contacto para a sensibilização.

Contudo, particularmente no que diz respeito ao papel do enfermeiro muito há a fazer para que estes profissionais tenham a visibilidade que lhes é devida nas equipas de saúde. Além de apresentarem um vasto leque de competências, o que lhes permite um lugar de mediador de destaque na equipa multidisciplinar, também são excelentes educadores em saúde. Os enfermeiros, assim como outros profissionais de saúde devem, não só, defender as práticas de

rastreio, como também, debater, junto das utentes, os riscos e os benefícios para que estas possam tomar decisões informadas e seguras para a sua saúde. Os esforços para a divulgação da informação também devem ser efetuados, principalmente, tendo em atenção as populações rurais ou as mais renitentes em participar nestas iniciativas ou mesmo em aceder aos cuidados de saúde, focalizando-se nas várias formas de intervenção que permitam diminuir as lacunas de conhecimento.

Acreditamos que a filosofia de trabalho perspetivada pelas reformas nos CSP que vêm trazer às dinâmicas da prestação de cuidados, a conceção do «enfermeiro de família», possam contribuir para uma maior efetividade nas suas intervenções. Não obstante, a organização dos cuidados de saúde mediante o trabalho em equipa parecem ser a melhor forma de todos os elementos conjugarem esforços no sentido da obtenção de melhores resultados em saúde para as famílias e a comunidade que servem.

Não podemos, todavia, esquecer que além destes intervenientes do sistema de cuidados de saúde públicos, também devemos contemplar os médicos e outros profissionais do âmbito privado aos quais não tivemos acesso neste estudo mas que, pelos resultados é evidente a sua influência na tomada de decisão das mulheres na adesão ao PRCM. Este aspeto deverá ser analisado de forma a traçar medidas de atuação abrangendo todos os profissionais de saúde, nomeadamente, na sua formação contínua nesta área numa lógica de responsabilização, colaboração e envolvimento em termos de educação em saúde sobre a importância de cuidados preventivos no sentido de garantir um efetivo e eficaz funcionamento do PRCM e a continuidade de um programa gratuito e de âmbito nacional que deveria ser preservado no interesse, da atual crise económica que atravessa o país, como também, da qualidade de vida das mulheres envolvidas. Da mesma forma, também não podemos desprezar a monitorização desta atividade programática para avaliar a consecução dos objetivos traçados pela LPCC, para assim estabelecer de forma concreta a continuidade do PRCM, exercício fomentado neste estudo de investigação.

Em relação à categoria acessibilidade, os hábitos de vigilância de saúde nos centros de saúde e a perceção do funcionamento dos programas de saúde, parecem ser determinantes para a adesão ao PRCM. Com efeito, o tipo e a regularidade no atendimento dos profissionais de saúde, a relação paternalista entre profissional de saúde/paciente e o aconselhamento, a personalização das intervenções educativas, a divulgação que estes fazem do PRCM junto das suas pacientes, bem como, a organização do modelos de cuidados de saúde das unidades de saúde e a forma como os profissionais se envolvem e tomam a responsabilização por um programa desta natureza são fatores condicionantes da adesão.

Em suma, verificamos, em ambas as fases do estudo uma particular ênfase na recomendação dos profissionais de saúde como predominante para o comportamento de adesão ao rastreio, embora existam fatores de ordem individual que devem ser tomados em consideração ao traçar medidas educativas, uma vez que pode tornar-se complexo contemplar as idiossincrasias de todos os elementos envolvidos. Na nossa opinião, além da combinação de múltiplas estratégias que integram os diferentes níveis de intervenção, organizacional e ambiental, é no âmbito das relações das equipas com as suas utentes que esse desafio toma forma e consagra toda uma dinâmica de atuação que se irá refletir nos comportamentos de vigilância de saúde das pessoas.

B) Pontos Fortes

Como pontos fortes deste estudo salientamos:

- (i) A análise do fenómeno da adesão não foi efetuada, unicamente, às mulheres que participam nos rastreios ou que têm uma melhor acessibilidade aos serviços de saúde, mas também, procuramos ir ao encontro destas nos seus espaços de vida - domicílios – principalmente, aquelas com menor contacto com os serviços de saúde para, através do inquérito, compreendermos os fatores determinantes desse comportamento de não adesão.
- (ii) A triangulação de técnicas (e.g. notas de campo, FG, *survey*), o que contribuiu para o enriquecimento dos resultados e consequente compreensão do fenómeno, na medida em que permitiram a revelação de alguns dos significados mais particulares de vida das pessoas envolvidas no estudo, designadamente, as suas escolhas, vontades, crenças e necessidades, tornando mais robusta a análise das relações entre os fatores de adesão. Como metodologia de estudo utilizamos uma abordagem mista, em duas fases, a primeira quantitativa com aplicação do *survey* e, de seguida, a qualitativa, o que veio complementar e enriquecer os achados.
- (iii) A análise da adesão segundo várias dimensões, a nível psicossocial e organizacional do ponto de vista dos cuidados de saúde e do PRCM e da acessibilidade aos CSP. Assim, não só avalia indicadores do comportamento de adesão segundo as *guidelines* do PRCM, como também, a relação que as participantes têm com os serviços de saúde no geral.
- (iv) A não utilização de uma teoria ou modelo teórico como suporte concetual para a análise e compreensão do fenómeno da adesão, permitindo-nos uma maior liberdade

para explorar a diversidade de perspetivas, conceitos e dimensões que na, nossa opinião, enriquecem esta investigação. Como vimos no capítulo 1, uma das desvantagens dos modelos pode ser a insuficiência dos conceitos teóricos na que explicação de fenómenos mais complexos.

- (v) A amostra de dimensão razoável, atendendo às condicionantes já referidas nos contextos inerentes a trabalhos desta índole, neste caso particular, decorrentes da existência de falhas nos dados das listas de mulheres convocadas.

C) Limitações

Este estudo também apresenta algumas limitações:

- (i) A definição da adesão foi efetuada com base no tipo de estudo de corte transversal, ou seja, a variável endógena e dicotómica, «adesão e não adesão», foi definida segundo a participação das mulheres na 6ª volta de rastreio, sendo a colheita de dados em simultâneo. Talvez pudéssemos ter cruzado os nossos dados com os das bases de dados da LPCC de forma a obter uma medida da adesão ao longo de um certo período de tempo. Acreditamos que, para obter uma medida mais objetiva da adesão, não é suficiente apreender este comportamento em apenas um momento como foi o caso deste estudo transversal, sendo importante estudar este fenómeno através de análises longitudinais.
- (ii) A presença de alguns vieses na avaliação da adesão ao PRCM baseada em autorrelatos, pois estes podem ser alvo de esquecimento devido aos dados serem sujeitos a aspetos relacionados com a memorização de datas (dados retrospectivos), nomeadamente, os motivos apresentados para a não adesão podem ter sido fruto da exposição ao entrevistador e aquelas mulheres que nunca haviam pensado em alguns deles, podem ter sido levadas a sugerir um deles sem que, na realidade, o motivo de adesão tenha sido o que mais pesou na sua decisão. Todavia, segundo a nossa opinião são os utentes dos serviços que prestam um contributo único e indispensável para a definição da qualidade dos cuidados prestados e para o estabelecimento dos padrões pelos quais os cuidados devem ser avaliados. Além disso, também procuramos diminuir estes vieses utilizando diferentes medidas do comportamento de rastreio que definem o perfil de comportamentos (e.g. mamografias efetuadas, idade de início do exame, o intervalo entre os exames, a frequência com que o fazem, mamografias efetuadas na unidade de rastreio).

- (iii) Não foi feita a avaliação dos possíveis benefícios da educação em saúde sobre o PRCM que efetuamos após a entrevista às não aderentes. Este procedimento ter-nos-ia permitido monitorizar a adesão das mulheres após a sensibilização para o rastreio no âmbito do PRCM. Além disso, também poderíamos ter questionado sobre a intenção futura de participar no programa para identificar a possibilidade de comportamentos de continuidade.
- (iv) O tipo de amostragem não aleatória, apesar de representativa, não permite generalizar os resultados. Se tivéssemos tido essa possibilidade teríamos optado por uma amostragem aleatória e estratificada por grupos etários.
- (v) A ausência de validação das escalas numa outra população com características semelhantes à do estudo, devido à falta de recursos humanos para as entrevistas e à falta de tempo, uma vez que tivemos acesso à população num curto período de tempo durante a referida volta de rastreio.

D) Futuras linhas de investigação

Admitindo a natureza contínua do processo de formação que constitui a elaboração de uma tese, verificamos que a produção de conhecimento para nós próprios, preenche algumas lacunas, mas abrem-se outras continuamente – «inacabamento» - pela procura incessante de significados e sentido numa perspetiva de reconstrução identitária, mas também, pelo desejo de solucionar problemas relativos ao bem coletivo, regidos por princípios éticos como a equidade, a justiça e a dignidade humana (I. Sá-Chaves, 2007a).

Com efeito, este trabalho levantou algumas questões que podem levar, não só a outras investigações, mas também, a uma reflexão sobre o atual funcionamento dos serviços de saúde, designadamente, os CSP e o PRCM, a formação contínua e a atuação dos profissionais de saúde e, por fim, sobre os comportamentos das pessoas em relação à prevenção da doença. Paralelamente, há que fomentar a formação em contexto de trabalho dinamizando espaços e tempos de reflexão/discussão dentro das equipas de saúde e de partilha centrados na aquisição de saberes empíricos, experienciais e práticos e, conseqüentemente, o desenvolvimento de competências.

- (i) Aprofundamento desta área de investigação tanto para identificar, como analisar os motivos dos prestadores de cuidados de não recomendarem a mamografia de rastreio no âmbito do PRCM;

- (ii) Desenvolvimento de outros estudos com várias abordagens metodológicas (e.g. relatos dos prestadores de cuidados sobre as suas práticas nestas áreas dos comportamentos preventivos, observação de práticas clínicas, recolha de dados a partir dos processos clínicos, estudos longitudinais, abordagens qualitativas) de forma a aceder ao conhecimento acerca do fenómeno da adesão a comportamentos de saúde preventivos;
- (iii) Realização de estudos de investigação-ação para avaliar algumas das propostas de educação em saúde que elencamos no capítulo anterior.
- (iv) Investigação do impacte que os grupos de voluntariado (e.g. grupo de voluntárias «viver e vencer») têm junto da população podendo, contribuir para a criação de grupos de autoajuda na tomada de decisões para a adesão ao PRCM.
- (v) Investigação das redes de apoio mais significativas para este grupo de mulheres, nomeadamente, a família e os amigos e a sua influência nos comportamentos de adesão a programas preventivos.
- (vi) Integração de modalidades de investigação clínica sobre cancro da mama com estudos do género do nosso trabalho, onde a visão desta problemática seja apresentada, não apenas segundo uma perspetiva biomédica em que se estabelecem as relações causais entre fatores de risco e doença, mas também, onde se procuram compreender a interligação das diversas dimensões do contexto de vida das pessoas envolvidas.

E) Implicações para a política de saúde no âmbito do PRCM

Embora tenhamos consciência de que os resultados da investigação não se traduzem em medidas imediatas no que se refere a políticas de saúde, acreditamos que este estudo possa contribuir, por um lado, para confirmar as intervenções e os procedimentos que a LPCC tem desenvolvido no âmbito do PRCM como sendo as mais legítimas para esta população do Concelho de Aveiro, por outro, como cariz inovatório, na medida em que poderá revelar significados muito particulares do contexto e das pessoas.

Desta forma, mediante os resultados obtidos relacionados com aspetos de nível político e comunitário, e segundo a nossa visão em que os vários intervenientes assumem uma maior participação neste sistema complexo que é a saúde, ousamos sugerir, que urge fomentar a articulação entre as diferentes entidades envolvidas neste programa e nos diversos patamares do seu desenvolvimento, nomeadamente, a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e a sua responsabilização e fidelização à LPCC na entrega dos dados presentes nas listas de

mulheres convocadas, e a articulação necessária entre as unidades de saúde dos CSP, bem como, a aproximação aos cuidados de saúde prestados pelos privados. Além disso, ao nível mais micro, as unidades de saúde, devem estipular no seu Plano de Ação, intervenções mais efetivas por parte das suas equipas multidisciplinares no sentido da promoção do PRCM.

F) Divulgação do conhecimento produzido no âmbito deste estudo

A investigação científica reveste-se de epistemologias dialéticas, quer de carácter pessoal, quer coletivo e social que impulsionam a procura de um «saber original» que possa emergir do conhecimento partilhado com uma comunidade científica onde, por sua vez, confluem as visões híbridas de cidadãos viventes numa sociedade globalizante, cada vez mais complexa e diversificada em que se deve insistir na dimensão ontológica (Sá-Chaves, 2007a). Digamos que o conhecimento parte de nós, para os outros, para de novo, voltar a nós devido ao permanente questionamento e autorreflexão que as outras perspetivas lançaram com o que produzíamos....

Apresentação de poster em Congresso Internacional

Freitas, Célia; Costa, Nilza; Tura, Luiz. *Breast Cancer Screening in Aveiro Municipality (Portugal): from the determinants factors of adherence to emerging educational proposals*. In The 11th European Doctoral Conference in Nursing Science. Charité Universitätsmedizin Berlin, Medical University of Graz, Maastricht University (orgs.). Berlim, September, 2010. pp.122-123.

Artigo científico na ISI

Freitas, Célia; Tura, Luiz; Costa, Nilza; Duarte, João. (2011) *European Journal of Cancer Care A Population-based Breast Cancer Screening Programme: conducting a comprehensive survey to explore adherence determinants*. Accepted 29 September 2011. DOI: 10.1111/i.1.365-2354.2011.01.305.x

REFERÊNCIAS

- Abelson, J. (2007). *Voices and Choices: Public Engagement in Health Care Policy. A summary of the 2007 health policy conference*. The University of British Columbia.
- Achat, H., Close, G., & Taylor, R. (2005). Who has regular mammograms? Effects of knowledge, beliefs, socioeconomic status, and health-related factors. *Prev Med, 41*(1), 312-320. doi: 10.1016/j.ypmed.2004.11.016
- ACS. (2007). Detailed Guide: Breast Cancer. Do We Know What Causes Breast Cancer? Retrieved 20/7/08, 2008, from http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_4_2X_What_are_the_risk_factors_for_breast_cancer_5.asp?nav=cri
- Administração Regional de Saúde do Alentejo. (2009). Relatório de Actividades de 2008: Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P.
- Aharony, L., & Strasser, S. (1993). Patient satisfaction: what we know about and what we still need to explore. *Med Care Rev, 50*(1), 49-79.
- Albanes, D., Weinberg, G. B., Boss, L., & Taylor, P. R. (1988). A survey of physicians breast cancer early detection practices. *Preventive Medicine, 17*(5), 643-652. doi: 10.1016/0091-7435(88)90057-6
- Alfonso, L. M., & Abalo, J. A. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud, 14* 89-99.
- Allen, N. E., Beral, V., Casabonne, D., Kan, S. W., Reeves, G. K., Brown, A., & Green, J. (2009). Moderate alcohol intake and cancer incidence in women. *J Natl Cancer Inst, 101*(5), 296-305. doi: 10.1093/jnci/djn514
- Alm El-Din, M. A., Hughes, K. S., Finkelstein, D. M., Betts, K. A., Yock, T. I., Tarbell, N. J., Taghian, A. G. (2009). Breast cancer after treatment of Hodgkin's lymphoma: risk factors that really matter. *Int J Radiat Oncol Biol Phys, 73*(1), 69-74. doi: 10.1016/j.ijrobp.2008.03.066
- Alto Comissariado da Saúde. (2010a). *Atlas do Plano Nacional de Saúde*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- Alto Comissariado da Saúde. (2010b). *Atlas do Plano Nacional de Saúde*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde Retrieved 24/05/2011, from <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/2010/03/14/atlas-pns/>
- Amaral, P., Miguel, R., Mehdad, A., Cruz, C., Monteiro Grillo, I., Camilo, M., & Ravasco, P. (2010). Body fat and poor diet in breast cancer women. *Nutr Hosp, 25*(3), 456-461.
- Anderson, G., & Arsenault, N. (1998). *Fundamental of Educational Research* (2ª Edição ed.). London: Taylor & Francis.

- Andersson, I., Aspegren, K., Janzon, L., Landberg, T., Lindholm, K., Linell, F., Sigfusson, B. (1988). Mammographic screening and mortality from breast cancer: the Malmo mammographic screening trial. *BMJ*, 297(6654), 943-948.
- Angus, J., Seto, L., Barry, N., Cechetto, N., Chandani, S., Devaney, J., Odette, F. (2011). Access to Cancer Screening for Women with Mobility Disabilities. *J Cancer Educ*. doi: 10.1007/s13187-011-0273-4
- Arber, S., Gilbert, G. N., & Dale, A. (1985). Paid employment and women's health: a benefit or a source of role strain? *Sociology of Health & Illness*, 7(3), 375-400. doi: 10.1111/1467-9566.ep10834014
- Armitage, C. J., & Conner, M. (2001). Efficacy of the Theory of Planned Behaviour: a meta-analytic review. *Br J Soc Psychol*, 40(Pt 4), 471-499.
- Aro, A. R., de Koning, H. J., Absetz, P., & Schreck, M. (1999). Psychosocial predictors of first attendance for organised mammography screening. *J Med Screen*, 6(2), 82-88.
- ARS, d. C. (2006). Plano de Acção 2006-2008 Retrieved 09/03/08, 2008, from <http://www.arsc.online.pt/>
- Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor. (1993). Cuidados de Saúde em Portugal. *DECO Proteste*, 129, 14-19.
- Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor. (2001). Utentes fazem diagnóstico. Centro de Saúde muito doentes. *Teste Saúde 2001*, 30, 9-13.
- Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor. (2004). Centros de Saúde de baixa: 5 mil utentes fazem diagnóstico. *Teste Saúde 2004*, 48, 9-13.
- Baan, R., Straif, K., Grosse, Y., Secretan, B., El Ghissassi, F., Bouvard, V., Cogliano, V. (2007). Carcinogenicity of alcoholic beverages. *Lancet Oncol*, 8(4), 292-293.
- Baganha, M. I., Ribeiro, J., & Pires, S. (2002). O sector da Saúde em Portugal. Funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional. *Paperback. Oficina do CES*, (182). Retrieved from <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/182/182.pdf>
- Bago d'Uva, T., Jones, A. M., & van Doorslaer, E. (2009). Measurement of horizontal inequity in health care utilisation using European panel data. *J Health Econ*, 28(2), 280-289. doi: 10.1016/j.jhealeco.2008.09.008
- Bailey, K. (2000). The nurse's role in promoting breast awareness. *Nurs Stand*, 14(30), 34-36.
- Baines, C. J. (1984). Impediments to recruitment in the Canadian National Breast Screening Study: Response and resolution. *Controlled Clinical Trials*, 5(2), 129-140. doi: 10.1016/0197-2456(84)90119-3
- Baker, D. W. (2006). The Meaning and the Measure of Health Literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 878-883. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x

- Bambra, C., Pope, D., Swami, V., Stanistreet, D., Roskam, A., Kunst, A., & Scott-Samuel, A. (2008). Gender, health inequalities and welfare state regimes: a cross-national study of 13 European countries. (1470-2738 (Electronic)).
- Bankhead, C. R., Brett, J., Bukach, C., Webster, P., Stewart-Brown, S., Munafo, M., & Austoker, J. (2003). The impact of screening on future health-promoting behaviours and health beliefs: a systematic review. *Health Technol Assess*, 7(42), 1-92.
- Barbour, R. S. (2005). Making sense of focus groups. *Med Educ*, 39(7), 742-750. doi: 10.1111/j.1365-2929.2005.02200.x
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo* (5ª ed. ed.). Lisboa: Edições 70.
- Baron, J. A. (1984). Smoking and estrogen-related disease. *Am J Epidemiol*, 119(1), 9-22.
- Baron, R. C., Melillo, S., Rimer, B. K., Coates, R. J., Kerner, J., Habarta, N., Leeks, K. J. (2010). Intervention to Increase Recommendation and Delivery of Screening for Breast, Cervical, and Colorectal Cancers by Healthcare Providers: A Systematic Review of Provider Reminders. *American Journal of Preventive Medicine*, 38(1), 110-117. doi: 10.1016/j.amepre.2009.09.031
- Baron, R. C., Rimer, B. K., Breslow, R. A., Coates, R. J., Kerner, J., Melillo, S., Briss, P. A. (2008). Client-Directed Interventions to Increase Community Demand for Breast, Cervical, and Colorectal Cancer Screening: A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*, 35(1), S34-S55.
- Barr, J. K., Franks, A. L., Lee, N. C., Herther, P., & Schachter, M. (2001). Factors Associated with Continued Participation in Mammography Screening. *Preventive Medicine*, 33(6), 661-667. doi: DOI: 10.1006/pmed.2001.0942
- Barros, P. (2005). *Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos*. Coimbra: Almedina.
- Barros, P. P., & Simões, B. (1999). *Livro de Homenagem a Augusto Mantas* Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde.
- Barton, M. (2006). Rastreio do Cancro da Mama: Benefícios, riscos e controvérsias actuais. *Postgraduate Medicine*, 26, 15-20.
- Bass, P. F., 3rd, Wilson, J. F., & Griffith, C. H. (2003). A shortened instrument for literacy screening. *J Gen Intern Med*, 18(12), 1036-1038.
- Bass, P. F., Wilson, J. F., & Griffith, C. H. (2003). Brief Report: A Shortened Instrument for Literacy Screening. *Journal of General Internal Medicine* 18(12), 1036 -1038
- Baum, A., Newman, S., Weinman, J., West, R., & McManus, C. (1997). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Baxter, N. (2001). Preventive health care, 2001 update: should women be routinely taught breast self-examination to screen for breast cancer? *CMAJ*, 164(13), 1837-1846.

- Benavente, A., Rosa, A., Firmino da Costa, A., & Ávila, P. (1996). *A Literacia em Portugal: Resultados de uma pesquisa extensiva e monográfica*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Conselho Nacional de educação.
- Bentes, M., Dias, C., Sakellarides, C., & Bankauskaite, V. (2004). Health care systems in transition: Portugal Vol. Vol. 6. W. R. O. f. E. o. b. o. t. E. O. o. H. S. a. Policies (Ed.) (pp. Nº 1). Retrieved from http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/107843/e82937.pdf
- Beral, V. (2003). Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet*, 362(9382), 419-427.
- Beral, V., Reeves, G., Bull, D., & Green, J. (2011). Breast cancer risk in relation to the interval between menopause and starting hormone therapy. *J Natl Cancer Inst*, 103(4), 296-305. doi: 10.1093/jnci/djq527
- Berlo, D. K. (2003). *O processo da comunicação. Introdução à teoria e à prática*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bernstein, J., Mutschler, P., & Bernstein, E. (2000). Keeping mammography referral appointments: motivation, health beliefs, and access barriers experienced by older minority women. *J Midwifery Womens Health*, 45(4), 308-313.
- Berrington de Gonzalez, A., Curtis, R. E., Gilbert, E., Berg, C. D., Smith, S. A., Stovall, M., & Ron, E. (2010). Second solid cancers after radiotherapy for breast cancer in SEER cancer registries. *Br J Cancer*, 102(1), 220-226. doi: 10.1038/sj.bjc.6605435
- Biesheuvel, C., Weigel, S., & Heindel, W. (2011). Mammography Screening: Evidence, History and Current Practice in Germany and Other European Countries. *Breast Care (Basel)*, 6(2), 104-109. doi: 10.1159/000327493
- Bingham, S. A., Luben, R., Welch, A., Wareham, N., Khaw, K. T., & Day, N. (2003). Are imprecise methods obscuring a relation between fat and breast cancer? *Lancet*, 362(9379), 212-214. doi: 10.1016/s0140-6736(03)13913-x
- Biscaia, A. R. (2006). A reforma dos cuidados de saúde primários e a reforma do pensamento. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 67-79.
- Boerma, W. (2003). *Profiles of general practice in Europe*. Utrecht: Netherlands Institute for Health Services Research.
- Boerma, W. G., Groenewegen, P. P., & Van der Zee, J. (1998). General practice in urban and rural Europe: the range of curative services. *Soc Sci Med*, 47(4), 445-453.
- Boerma, W. G., van der Zee, J., & Fleming, D. M. (1997). Service profiles of general practitioners in Europe. European GP Task Profile Study. *Br J Gen Pract*, 47(421), 481-486.
- Boff, L. (1999). *Saber cuidar: Ética do humano - compaixão pela Terra*. Petrópolis: Vozes.

- Boyd, N. F., Stone, J., Vogt, K. N., Connelly, B. S., Martin, L. J., & Minkin, S. (2003). Dietary fat and breast cancer risk revisited: a meta-analysis of the published literature. *Br J Cancer*, *89*(9), 1672-1685. doi: 10.1038/sj.bjc.6601314
- Boyle, P. (2007). New European Cancer Figures - World Cancer Agency says Major Efforts needed toward prevention in Europe. *ARCPress Release nº 174*.
- Boyle, P., Autier, P., Bartelink, H., Baselga, J., Boffetta, P., Burn, J., zur Hausen, H. (2003). European Code Against Cancer and scientific justification: third version (2003). *Ann Oncol*, *14*(7), 973-1005.
- Boyle, P., & Leake, R. (1988). Progress in understanding breast cancer: epidemiological and biological interactions. *Breast Cancer Res Treat*, *11*(2), 91-112.
- Branco, A. G., & Ramos, V. (2001). Cuidados de Saúde Primários em Portugal. *Revista Portuguesa de saúde Pública*, 5-12.
- Branco, M. J., Nunes, B., & Contreiras, T. (2005). Um estudo sobre a prática de cuidados preventivos nos cancros da mama e do colo do útero, em Portugal continental. . Lisboa: Observatório Nacional de Saúde.
- Brawley, L. R., & Culos-Reed, S. N. (2000). Studying adherence to therapeutic regimens: overview, theories, recommendations. *Control Clin Trials*, *21*(5 Suppl), 156S-163S.
- Breen, N., Kessler, L. G., & Brown, M. L. (1996). Breast cancer control among the underserved--an overview. *Breast Cancer Res Treat*, *40*(1), 105-115.
- Breen, N., & Meissner, H. I. (2005). Toward a system of cancer screening in the United States: trends and opportunities. *Annu Rev Public Health*, *26*, 561-582. doi: 10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144703
- Brinton, L. A., Daling, J. R., Liff, J. M., Schoenberg, J. B., Malone, K. E., Stanford, J. L., Hoover, R. N. (1995). Oral contraceptives and breast cancer risk among younger women. *J Natl Cancer Inst*, *87*(11), 827-835.
- Brodersen, J., Jorgensen, K. J., & Gotzsche, P. C. (2010). The benefits and harms of screening for cancer with a focus on breast screening. *Pol Arch Med Wewn*, *120*(3), 89-94.
- Cabral, M. V., & Silva, P. A. (2009). *O estado da saúde em Portugal*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Caldas, A. C. (2008). *Viagem ao Cérebro e a algumas das suas competências*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- California Environmental Protection Agency. (2005). Proposed Identification of Environmental Tobacco Source as a Toxic Air Contaminant Retrieved 20/7/08, 2008, from <http://repositories.cdlib.org/context/tc/article/1194/type/pdf/viewcontent/>
- Calnan, M. W., Chamberlain, J., & Moss, S. (1983). Compliance with a class teaching breast self examination. *J Epidemiol Community Health*, *37*(4), 264-270.

- Calvocoressi, L., Stolar, M., Kasl, S. V., Claus, E. B., & Jones, B. A. (2005). Applying recursive partitioning to a prospective study of factors associated with adherence to mammography screening guidelines. *Am J Epidemiol*, 162(12), 1215-1224. doi: 10.1093/aje/kwi337
- Campos, A. C. d. (2007). Reforma dos cuidados de saúde primários – reconfiguração dos centros de saúde from <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/discursos+e+intervencoes/arquivo/reforma+csp.htm>
- Campos, L., Saturno, P., & Carneiro, A. V. (2010). Plano Nacional de Saúde 2011-2016: A Qualidade dos Cuidados e dos Serviços: Centro de Estudos Baseados na Evidência.
- Candeias, N. M. F. (1997). Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Revista de saúde Pública*, 31, 209-213.
- Carvalho, A. S., & Osswald, W. (2008). *Ensaio de Bioética* (Vol. 1). Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Champion, V., Skinner, C. S., Hui, S., Monahan, P., Juliar, B., Daggy, J., & Menon, U. (2007). The effect of telephone versus print tailoring for mammography adherence. *Patient Educ Couns*, 65(3), 416-423. doi: 10.1016/j.pec.2006.09.014
- Chan, M. F., Dowsett, M., Folkard, E., Bingham, S., Wareham, N., Luben, R., Khaw, K. T. (2007). Usual physical activity and endogenous sex hormones in postmenopausal women: the European prospective investigation into cancer-norfolk population study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 16(5), 900-905. doi: 10.1158/1055-9965.epi-06-0745
- Chukmaitov, A., Wan, T. T., Menachemi, N., & Cashin, C. (2008). Breast cancer knowledge and attitudes toward mammography as predictors of breast cancer preventive behavior in Kazakh, Korean, and Russian women in Kazakhstan. *Int J Public Health*, 53(3), 123-130.
- Cleary, P. D., & Edgman-Levitan, S. (1997). Health care quality. Incorporating consumer perspectives. *JAMA*, 278(19), 1608-1612.
- Cleary, P. D., & McNeil, B. J. (1988). Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry*, 25(1), 25-36.
- Cleary, P. D., Mechanic, D., & Greenley, J. R. (1982). Sex differences in medical care utilization: an empirical investigation. *J Health Soc Behav*, 23(2), 106-119.
- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. (1996). Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53 297 women with breast cancer and 100 239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. *Lancet*, 347(9017), 1713-1727.
- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. (2002). Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet*, 360(9328), 187-195. doi: 10.1016/s0140-6736(02)09454-0

- Consedine, N. S., Magai, C., Krivoshekova, Y. S., Ryzewicz, L., & Neugut, A. I. (2004). Fear, anxiety, worry, and breast cancer screening behavior: a critical review. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 13(4), 501-510.
- Cooligan, H. (2009). *Research Methods and Statistics in Psychology* (5ª Edição ed.). London: Hodder Education.
- Costa, E. I., & Jurado, R. A. (2006). Interação em Saúde. *Referência, II.ª Série-nº2*, 43-49.
- Coughlin, S. S., Leadbetter, S., Richards, T., & Sabatino, S. A. (2008). Contextual analysis of breast and cervical cancer screening and factors associated with health care access among United States women, 2002. *Social Science & Medicine*, 66(2), 260-275. doi: DOI: 10.1016/j.socscimed.2007.09.009
- Covita, H. (2006). O papel das comunidades de práticas na prestação de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 81-89.
- Crosby, R., Kegler, M., & DiClemente, J. (2002). Understanding and applying theory in health promotion practice research. In J. DiClemente, R. Crosby & M. Kegler (Eds.), *Emerging Theories in Health Promotion Practice and Research: Strategies for Improving Public Health* (Vol. 1, pp. 1-15). San Francisco: Jossey-Bass.
- Cruz, A. L. H., Chung, W., Huh, J., Blas, L. A., Cruz, L. A. C., Hubbell, F. A., & Wenzel, L. (2008). Breast cancer screening among Chamorro women in California. *Cancer Detection and Prevention*, 32(1, Supplement 1), 16-22. doi: 10.1016/j.cdp.2007.12.003
- Cruzeiro, C. M. (1995). *Fatores de Participação em Rastreamento de Cancro da Mama: contributo para uma intervenção comunitária no âmbito da saúde pública*. Mestrado Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra. (42750)
- Cymbalist, Y., & Wolff, A. (1988). Patient attitudes to general practice services. A rural experience. *Aust Fam Physician*, 17(9), 789, 792-783, 795.
- Dancey, C., & Reidy, J. (2006). *Estatística sem Matemática para a Psicologia - Usando SPSS para Windows* (L. Viali, Trans. 3ª Edição ed.). Porto Alegre: Artmed Editora, SA.
- Davis, T. C., Arnold, C., Berkel, H. J., Nandy, I., Jackson, R. H., & Glass, J. (1996). Knowledge and attitude on screening mammography among low-literate, low-income women. *Cancer*, 78(9), 1912-1920.
- Davis, T. C., Long, S. W., Jackson, R. H., Mayeaux, E. J., George, R. B., Murphy, P. W., & Crouch, M. A. (1993). Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Fam Med*, 25(6), 391-395.
- Davis, T. C., Williams, M. V., Marin, E., Parker, R. M., & Glass, J. (2002). Health literacy and cancer communication. *CA Cancer J Clin*, 52(3), 134-149.
- Deapen, D., Liu, L., Perkins, C., Bernstein, L., & Ross, R. K. (2002). Rapidly rising breast cancer incidence rates among Asian-American women. *Int J Cancer*, 99(5), 747-750. doi: 10.1002/ijc.10415

- Decruyenaere, M., Evers-Kiebooms, G., Welkenhuysen, M., Denayer, L., & Claes, E. (2000). Cognitive representations of breast cancer, emotional distress and preventive health behaviour: a theoretical perspective. *Psycho-Oncology*, 9(6), 528-536. doi: 10.1002/1099-1611(200011/12)9:6<528::aid-pon486>3.0.co;2-#
- DeVita, V. T., Hellman, S., & Rosenberg, A. (2005). *Cancer - Principles and Practice of Oncology* (6 ed.): Lippincott Williams and Wilkins.
- DeWalt, D. A., Berkman, N. D., Sheridan, S., Lohr, K. N., & Pignone, M. P. (2004). Literacy and Health Outcomes. *Journal of General Internal Medicine*, 19(12), 1228-1239. doi: 10.1111/j.1525-1497.2004.40153.x
- DGS. (2003). Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida Retrieved 10/01/07, 2007, from http://static.publico.clx.pt/docs/pesoemedia/DGS_Programa_Nacional_Intervencao_Integrada_Determinantes_Saude_Relacionados_Estilos_Vida_2003.pdf
- Resolução do Conselho de Ministros n.o 157/2005, 196 C.F.R. (2005).
- DiMatteo, M. R., & DiNocola, D. D. (1982). *Achieving patient compliance: the psychology of the medical practitioners role*. New York: Pergamon Press.
- Criação das Unidades Orgânicas Flexíveis e Estrutura Matricial - Despacho N.º 7238/2010 (2010).
- Doak, L. G., Doak, C. C., & Meade, C. D. (1996). Strategies to improve cancer education materials. *Oncol Nurs Forum*, 23(8), 1305-1312.
- Donabedian, A. (1984). *La Calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación*. México: Prensa Medica Mexicana.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743-1748.
- Donabedian, A. (1990a). La Dimensión Internacional de la Evaluación y Garantía de la Calidad. *Salud Publica del Mexico*, 32, 113-117.
- Donabedian, A. (1990b). The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med.*, 114(11), 1115-1118.
- Donato, F., Bollani, A., Spiazzi, R., Soldo, M., Pasquale, L., Monarca, S., Nardi, G. (1991). Factors associated with non-participation of women in a breast cancer screening programme in a town in northern Italy. *J Epidemiol Community Health*, 45(1), 59-64.
- Downie, R., Tannahill, C., & Tannahill, A. (2000). *Health Promotion. Models and values* (2ª ed.). Oxford: University Press.
- Drury, M., Greenfield, S., Stilwell, B., & Hull, F. M. (1988). A nurse practitioner in general practice: patient perceptions and expectations. *J R Coll Gen Pract*, 38(316), 503-505.
- Elledge, R., & Fuqua, A. (2000). *Estrogen and progesterone receptors*: Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Elmore, J. G., Armstrong, K., Lehman, C. D., & Fletcher, S. W. (2005). Screening for breast cancer. *JAMA*, 293(10), 1245-1256. doi: 10.1001/jama.293.10.1245
- Elwood, M., McNoe, B., Smith, T., Bandaranayake, M., & Doyle, T. C. (1998). Once is enough-- why some women do not continue to participate in a breast cancer screening programme. *N Z Med J*, 111(1066), 180-183.
- Eng, E. (1993). The Save our Sisters Project. A social network strategy for reaching rural black women. *Cancer*, 72(3 Suppl), 1071-1077.
- Escoval, A., Ribeiro, R. S., & Matos, T. (2010). A contratualização em Cuidados de Saúde Primários: o contexto internacional. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*(9), 41-57.
- Euhus, D. M., Leitch, A. M., Huth, J. F., & Peters, G. N. (2002). Limitations of the Gail model in the specialized breast cancer risk assessment clinic. *Breast J*, 8(1), 23-27.
- European Cancer Organization. (2008). Hereditary breast cancer – a high cost to patient and healthcare provider alike Retrieved 18/7/08, 2008, from http://www.ecco-org.eu/News/Press-room/Press-release/page.aspx/439?xf_itemId=259&xf_catId=27&xf_overviewPageIndex=5
- European Comission. (2006a). *European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis* (4ª Edição ed.). Belgium: Health & Consumer Protection Directorate-General.
- European Comission. (2006b). *European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis*. In E. Puthaar (Ed.), (4ª Edição ed.). Belgium: Health & Consumer Protection Directorate-General.
- Ewles, L., & Simnett, I. (1999). *Promoting Health. A practical guide* (4ª ed.). London: Baillière Tindall.
- Farquhar, D. (2002). Oral contraceptives and the risk of breast cancer. *CMAJ*, 167(7), 782.
- Félix, A. M. T. (2010). *Quem Cuida do Cuidador? O custo invisível do acto de cuidar*. Doutoramento, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Fenton, J. J., Rolnick, S. J., Harris, E. L., Barton, M. B., Barlow, W. E., Reisch, L. M., Elmore, J. G. (2007). Specificity of clinical breast examination in community practice. *J Gen Intern Med*, 22(3), 332-337. doi: 10.1007/s11606-006-0062-7
- Ferlay, J., Autier, P., Boniol, M., Heanue, M., Colombet, M., & Boyle, P. (2007). Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Ann Oncol*, 18(3), 581-592. doi: 10.1093/annonc/mdl498
- Fernandes, A. (2008). *Questões demográficas*. Lisboa: Edições Colibri.
- Fernandes, A., Perelman, J., & Mateus, C. (2009). Health and health care in Portugal: does gender matter? . Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

- Ferreira, P. L. (1999). A voz dos doentes. Satisfação com a Medicina Geral e Familiar. Questionário Europep. (1ª ed.). Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Ferreira, P. L. (2000). Avaliação dos doentes de cuidados primários: enquadramento conceptual. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, vol. 16, 53-62.
- Ferreira, P. L. (2001). Avaliação dos doentes de cuidados primários: aspectos da clínica geral mais importantes para os doentes. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, vol. 17, 15-45.
- Ferreira, P. L., & Antunes, P. (2009a). Monitorização da satisfação dos profissionais das USF. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC).
- Ferreira, P. L., & Antunes, P. (2009b). Monitorização da Satisfação dos Utilizadores das USF: Sondagem às Primeiras 146 USF. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC).
- Flamant, C., Gauthier, E., & Clavel-Chapelon, F. (2006). Determinants of non-compliance to recommendations on breast cancer screening among women participating in the French E3N cohort study. *Eur J Cancer Prev*, 15(1), 27-33.
- Fletcher, S. W., Black, W., Harris, R., Rimer, B. K., & Shapiro, S. (1993). Report of the International Workshop on Screening for Breast Cancer. *J Natl Cancer Inst*, 85(20), 1644-1656.
- Fletcher, S. W., O'Malley, M. S., Earp, J. L., Morgan, T. M., Lin, S., & Degnan, D. (1990). How best to teach women breast self-examination. A randomized controlled trial. *Ann Intern Med*, 112(10), 772-779.
- Flick, U. (2004). *Uma introdução à pesquisa qualitativa* (2ª ed ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica* (2ª ed.). Lisboa: Monitor.
- Fortin, M. F., & Nadeau, M. (1999). A medida em investigação. In M. F. Fortin (Ed.), *Processo de investigação: da concepção à realização* Loures: Lusociência.
- Fox, S. A., Klos, D. S., & Tsou, C. V. (1988). Underuse of screening mammography by family physicians. *Radiology*, 166(2), 431-433.
- Freire, P. (1996). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra.
- Freire, P. (2005). *Pedagogia do oprimido* (47ª ed ed.). Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Fulton, J. P., Buechner, J. S., Scott, H. D., DeBuono, B. A., Feldman, J. P., Smith, R. A., & Kovenock, D. (1991). A study guided by the Health Belief Model of the predictors of breast cancer screening of women ages 40 and older. *Public Health Rep*, 106(4), 410-420.
- Gazzinelli, M. F., Gazzinelli, A., Reis, D. C., & Penna, C. M. M. (2005). Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cad. Saúde Pública*, 21, 200-206.

- George, S. A. (2000). Barriers to breast cancer screening: an integrative review. *Health Care Women Int*, 21(1), 53-65.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (2005). *O Inquérito: Teoria e Prática* (4ª Edição ed.). Oeiras: Celta Editora.
- Gilburt, H., Rose, D., & Slade, M. (2008). The importance of relationships in mental health care: A qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. *BMC Health Services Research*, 8(1), 92.
- Gilleard, C., & Reed, R. (1998). Validating a measure of patient satisfaction with community nursing services. *J Adv Nurs*, 28(1), 94-100.
- Giovanella, L. (2006). A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad. saúde pública*, 22(5), 951-963.
- Glasgow, R. E., Marcus, A. C., Bull, S. S., & Wilson, K. M. (2004). Disseminating effective cancer screening interventions. *Cancer*, 101(S5), 1239-1250. doi: 10.1002/cncr.20509
- Gomes, M. d. C. (2003). Literexclusão na vida quotidiana. *Sociologia*(41), 63-92.
- Gonçalves, C., & Ramos, V. (2010). *Cidadania e Saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- González, M. I. (2002). *La Educación para la Salud del Siglo XXI: Comunicación e Salud* (2ª ed.). Madrid: Diaz de Santos.
- Gozum, S., Karayurt, O., Kav, S., & Platin, N. (2010). Effectiveness of peer education for breast cancer screening and health beliefs in eastern Turkey. *Cancer Nurs*, 33(3), 213-220. doi: 10.1097/NCC.0b013e3181cb40a8
- Green, B. B., & Taplin, S. H. (2003). Breast cancer screening controversies. *J Am Board Fam Pract*, 16(3), 233-241.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1991). *Health promotion planning, an educational and environmental approach* (2ª ed.). Mountain View: Mayfield Publishing Company.
- Grillo, I. M. (2001). *Carcinoma Precoce da Mama: Importância do Controlo Local - Estudo Clínico e Epidemiológico*. Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa.
- Grol, R., Wensing, M., Mainz, J., Ferreira, P., Hearnshaw, H., Hjortdahl, P., Szecsenyi, J. (1998). Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP). (0263-2136 (Print)).
- Grol, R., Wensing, M., Mainz, J., Jung, H. P., Ferreira, P., Hearnshaw, H., Szecsenyi, J. (2000). Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *Br J Gen Pract*, 50(460), 882-887.

- Grover, S., Gagnon, G., Flegel, K. M., & Hoey, J. R. (1983). Improving appointment-keeping by patients new to a hospital medical clinic with telephone or mailed reminders. *Can Med Assoc J*, *129*(10), 1101-1103.
- Guadagnoli, E., & Ward, P. (1998). Patient participation in decision-making. *Social Science & Medicine*, *47*(3), 329-339. doi: 10.1016/s0277-9536(98)00059-8
- Guedes, M. V. C., Silva, L. F., & Freitas, M. C. (2004). Educação em Saúde: objeto de estudo em dissertações e teses de enfermeiras no Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *57*, 662-665.
- Ha, J. F., & Longnecker, N. (2010). Doctor-patient communication: a review. *Ochsner J*, *10*(1), 38-43.
- Hackshaw, A., Roughton, M., Forsyth, S., Monson, K., Reczko, K., Sainsbury, R., & Baum, M. (2011). Long-term benefits of 5 years of tamoxifen: 10-year follow-up of a large randomized trial in women at least 50 years of age with early breast cancer. *J Clin Oncol*, *29*(13), 1657-1663. doi: 10.1200/jco.2010.32.2933
- Hakama, M., Coleman, M. P., Alexe, D. M., & Auvinen, A. (2008). Cancer screening: evidence and practice in Europe 2008. *Eur J Cancer*, *44*(10), 1404-1413. doi: 10.1016/j.ejca.2008.02.013
- Ham, O. K. (2005). The intention of future mammography screening among Korean women. *J Community Health Nurs*, *22*(1), 1-13. doi: 10.1207/s15327655jchn2201_1
- Hamajima, N., Hirose, K., Tajima, K., Rohan, T., Calle, E. E., Heath, C. W., Jr., Meirik, O. (2002). Alcohol, tobacco and breast cancer--collaborative reanalysis of individual data from 53 epidemiological studies, including 58,515 women with breast cancer and 95,067 women without the disease. *Br J Cancer*, *87*(11), 1234-1245. doi: 10.1038/sj.bjc.6600596
- Hares, T., Spencer, J., Gallagher, M., Bradshaw, C., & Webb, I. (1992). Diabetes care: who are the experts? *Qual Health Care*, *1*(4), 219-224.
- Hartmann, L. C., Sellers, T. A., Frost, M. H., Lingle, W. L., Degnim, A. C., Ghosh, K., Visscher, D. W. (2005). Benign breast disease and the risk of breast cancer. *N Engl J Med*, *353*(3), 229-237. doi: 10.1056/NEJMoa044383
- Hayes, C., O'Herlihy, B., Hynes, M., & Johnson, Z. (1999). The impact of reminder letters on attendance for breast cancer screening. *Irish Journal of Medical Science*, *168*(1), 29-32. doi: 10.1007/bf02939577
- Haynes, B., McKibbon, A., & Kanani, R. (1996). Systematic review of randomised trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medications. *The Lancet*, *348*(9024), 383-386. doi: 10.1016/s0140-6736(96)01073-2
- Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. (1999). *JAMA*, *281*(6), 552-557.

- Hill, M. M., & Hill, A. (2000). *Investigação por questionário* (1ª Edição ed.). Lisboa: Edições Sílabo, LDA.
- Hopkins, A. (1990). *Measuring the Quality of Medical Care*. London: Royal College of Physicians of London.
- Humphrey, L. L., Helfand, M., Chan, B. K., & Woolf, S. H. (2002). Breast cancer screening: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*, 137(5 Part 1), 347-360.
- IAPMEI. (2009). Lei nº 102/2009: Regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho 2010, from <http://www.iapmei.pt/iapmei-leg-03p.php?lei=7421>
- IARC. (2004). *Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans* (Vol. 83).
- IARC. (2007). New European Cancer Figures - World Cancer Agency says Major Efforts needed toward prevention in Europe. *ARCPress Release nº 174* Retrieved 12/03/2008, from http://www.e-participacija.si/files/2006_iarc_press_release_-_european_cancer_figures.pdf
- IEFP, I. d. E. e. F. P. (2010). Classificação Nacional das Profissões, 2010, from <http://www.iefp.pt/formacao/CNP/Paginas/CNP.aspx>
- Immergut, E. (1992). *Health politics - interest and institutions in Western Europe*. New York: Cambridge University Press.
- Instituto Nacional Estatística. (2010). Superfície (km²) do território nacional por Localização geográfica, Anual Retrieved 12/03/2012, 2012, from http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3
- International Council of Nurses. (2009). Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento - Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (H. Castro, Trans.). In O. d. Enfermeiros (Ed.): Ordem dos Enfermeiros.
- IPATIMUP. (2007 (no artigo s/data)). Cancro da Mama: Agregação Familiar e Cancro da Mama Hereditário Retrieved 2/9/07, 2007, from <http://www.ipatimup.pt/medprev/Mama2.pdf>
- IPATIMUP. (s/data). Cancro da Mama: Agregação Familiar e Cancro da Mama Hereditário Retrieved 02/09/07, 2007, from <http://www.ipatimup.pt/medprev/Mama2.pdf>
- Irwin, R. S., & Richardson, N. D. (2006). Patient-focused care: using the right tools. *Chest*, 130(1 Suppl), 73S-82S. doi: 10.1378/chest.130.1_suppl.73S
- Janz, N., Champion, V., & Strecher, V. (2002). The Health Belief Model. In K. Glanz, B. K. Rimer & F. M. Lewis (Eds.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice* (3ª ed.). San Francisco: Jossey-Bass.

- Jensen, B. B. (1997). A case of two paradigms within health education. *Health Education Research, 12*(4), 419-428. doi: 10.1093/her/12.4.419
- Johansson, P., Oléni, M., & Fridlund, B. (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 16*(4), 337-344. doi: 10.1046/j.1471-6712.2002.00094.x
- John, E. M., Phipps, A. I., Knight, J. A., Milne, R. L., Dite, G. S., Hopper, J. L., . . . Whittemore, A. S. (2007). Medical radiation exposure and breast cancer risk: findings from the Breast Cancer Family Registry. *Int J Cancer, 121*(2), 386-394. doi: 10.1002/ijc.22668
- Jonsson, P. M., Schmidt, I., Sparring, V., & Tomson, G. (2006). Gender equity in health care in Sweden--minor improvements since the 1990s. *Health Policy, 77*(1), 24-36. doi: 10.1016/j.healthpol.2005.07.012
- Jorgensen, K. J., & Gotzsche, P. C. (2009). Overdiagnosis in publicly organised mammography screening programmes: systematic review of incidence trends. *BMJ, 339*, b2587.
- Jorgensen, K. J., Zahl, P. H., & Gotzsche, P. C. (2010). Breast cancer mortality in organised mammography screening in Denmark: comparative study. *BMJ, 340*, c1241.
- Jung, H. P., Wensing, M., Olesen, F., & Grol, R. (2002). Comparison of patients' and general practitioners' evaluations of general practice care. *Quality and Safety in Health Care, 11*(4), 315-319.
- Kakizaki, M., Kuriyama, S., Sone, T., Ohmori-Matsuda, K., Hozawa, A., Nakaya, N., Tsuji, I. (2008). Sleep duration and the risk of breast cancer: the Ohsaki Cohort Study. *Br J Cancer, 99*(9), 1502-1505. doi: 10.1038/sj.bjc.6604684
- Katapodi, M. C., Pierce, P. F., & Facione, N. C. (2010). Distrust, predisposition to use health services and breast cancer screening: Results from a multicultural community-based survey. *International Journal of Nursing Studies, 47*(8), 975-983. doi: DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2009.12.014
- Keleher, H., & Hagger, V. (2007). Health Literacy in Primary Health Care. *Australian Journal of Primary Health, 13*(2), 24-30.
- Keleher, H., Parker, R., Abdulwadud, O., & Francis, K. (2009). Systematic review of the effectiveness of primary care nursing. *International Journal of Nursing Practice, 15*(1), 16-24.
- Kelsey, J. L., & Gammon, M. (1991). The epidemiology of breast cancer. *Cancer, 41*, 146-165.
- Kelsey, J. L., & Horn-Ross, P. L. (1993). Breast cancer: magnitude of the problem and descriptive epidemiology. *Epidemiol Rev, 15*(1), 7-16.
- Kerlikowske, K., Grady, D., Rubin, S. M., Sandrock, C., & Ernster, V. L. (1995). Efficacy of screening mammography. A meta-analysis. *JAMA, 273*(2), 149-154.

- Kerlikowske, K., Molinaro, A., Cha, I., Ljung, B. M., Ernster, V. L., Stewart, K., Waldman, F. (2003). Characteristics associated with recurrence among women with ductal carcinoma in situ treated by lumpectomy. *J Natl Cancer Inst*, 95(22), 1692-1702.
- Key, J., Hodgson, S., Omar, R. Z., Jensen, T. K., Thompson, S. G., Boobis, A. R., Elliott, P. (2006). Meta-analysis of studies of alcohol and breast cancer with consideration of the methodological issues. *Cancer Causes Control*, 17(6), 759-770. doi: 10.1007/s10552-006-0011-0
- King, M. C., Marks, J. H., & Mandell, J. B. (2003). Breast and ovarian cancer risks due to inherited mutations in BRCA1 and BRCA2. *Science*, 302(5645), 643-646. doi: 10.1126/science.1088759
- Kopans, D. B. (1999). The breast cancer screening controversy and the National Institutes of Health Consensus Development Conference on Breast Cancer Screening for Women Ages 40-49. *Radiology*, 210(1), 4-9.
- Korde, L. A., Calzone, K. A., & Zujewski, J. (2005). Avaliação do Risco de Cancro da Mama: os factores genéticos não são tudo. *Postgraduate Medicine Edição Portuguesa*, 24, 17-40.
- Kriege, M., Brekelmans, C. T., Boetes, C., Besnard, P. E., Zonderland, H. M., Obdeijn, I. M., Klijn, J. G. (2004). Efficacy of MRI and mammography for breast-cancer screening in women with a familial or genetic predisposition. *N Engl J Med*, 351(5), 427-437. doi: 10.1056/NEJMoa031759
- Kvale, G., & Heuch, I. (1988). Menstrual factors and breast cancer risk. *Cancer*, 62(8), 1625-1631.
- La Serna, R. G. d. (2000). *Seios*. Lisboa: Edições Antígona.
- Lagerlund, M. (2002). *Factors affecting attendance at population-based mammography screening*. Karolinska Institutet Stockholm.
- Lagerlund, M., Hedin, A., Sparén, P., Thurfjell, E., & Lambe, M. (2000). Attitudes, Beliefs, and Knowledge as Predictors of Nonattendance in a Swedish Population-Based Mammography Screening Program. *Preventive Medicine*, 31(4), 417-428. doi: DOI: 10.1006/pmed.2000.0723
- Lagerlund, M., Maxwell, A. E., Bastani, R., Thurfjell, E., Ekblom, A., & Lambe, M. (2002). Sociodemographic predictors of non-attendance at invitational mammography screening – a population-based register study (Sweden). *Cancer Causes and Control*, 13(1), 73-82. doi: 10.1023/a:1013978421073
- Lagerlund, M., Sparen, P., Thurfjell, E., Ekblom, A., & Lambe, M. (2000). Predictors of non-attendance in a population-based mammography screening programme; socio-demographic factors and aspects of health behaviour. *Eur J Cancer Prev*, 9(1), 25-33.
- Lahmann, P. H., Friedenreich, C., Schuit, A. J., Salvini, S., Allen, N. E., Key, T. J., Riboli, E. (2007). Physical activity and breast cancer risk: the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 16(1), 36-42. doi: 10.1158/1055-9965.epi-06-0582

- Lane, D. S., & Messina, C. R. (1999). Methodology for targeting physicians for interventions to improve breast cancer screening. *Am J Prev Med*, 16(4), 289-297.
- Laverack, G. (2007). *Health promotion practice: building empowered communities*. London: McGraw-Hill.
- Lee, E. C., & Maguire, G. P. (1975). Proceedings: Emotional distress in patients attending a breast clinic. *Br J Surg*, 62(2), 162.
- Lee, L., Stickland, V., Wilson, R., & Andrew, E. (2003). *Fundamentals of Mamography* (2^a ed.): Churchill Livingstone.
- Levi, F., Bosetti, C., Lucchini, F., Negri, E., & La Vecchia, C. (2005). Monitoring the decrease in breast cancer mortality in Europe. *Eur J Cancer Prev*, 14(6), 497-502.
- Ley, P. (1997). Compliance among patients. In A. N. Baum, S.; Weinman, J.; West, R.; McManus, C. (Ed.), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (pp. 281- 284). Cambridge: University Press.
- Lidbrink, E., Frisell, J., Brandberg, Y., Rosendahl, I., & Rutqvist, L. E. (1995). Nonattendance in the Stockholm mammography screening trial: relative mortality and reasons for nonattendance. *Breast Cancer Res Treat*, 35(3), 267-275.
- Liga Portuguesa Contra o Cancro, & Núcleo Regional do Centro. (2011). Taxas de Participação no Rastreio do Cancro da Mama no Concelho de Aveiro .
- Lostao, L., Joiner, T. E., Pettit, J. W., Chorot, P., & Sandin, B. (2001). Health beliefs and illness attitudes as predictors of breast cancer screening attendance. *Eur J Public Health*, 11(3), 274-279.
- Lourenço, O., Quintal, C., Ferreira, P., & Barros, P. (2007). A Equidade na Utilização de Cuidados de Saúde em Portugal: uma avaliação em modelos de contagem. *Notas Económicas*, 6-26.
- LPCC. (s/data). Programa Nacional de Rastreio de Cancro da Mama: Resenha Histórica e Metodológica (pp. 1-6): Liga Portuguesa Contra o Cancro.
- LPCC, L. P. C. o. C.-. (2006). Programa Nacional de Rastreio de Cancro da Mama: Resenha Histórica e Metodológica (pp. 1-6): LPCC.
- Luo, J., Margolis, K. L., Wactawski-Wende, J., Horn, K., Messina, C., Stefanick, M. L., Rohan, T. E. (2011). Association of active and passive smoking with risk of breast cancer among postmenopausal women: a prospective cohort study. *BMJ*, 342, d1016.
- MacFarlane, M. E., & Sony, S. D. (1992). Women, breast lump discovery, and associated stress. *Health Care Women Int*, 13(1), 23-32. doi: 10.1080/07399339209515975
- Macía, D., & Méndez, F. X. (1999). Líneas actuales de investigación en psicología de la salud. In M. A. Simón (Ed.), *Manual de Psicología de la Salud: Fundamentos, metodología Y aplicaciones* (pp. 217-258). Madrid: Biblioteca Nueva.

- Macinko, J., Starfield, B., & Shi, L. (2003). The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res, 38*(3), 831-865.
- Mackenbach, J., Stirbu, I., Roskam, A. J., Schaap, M., Menvielle, G., Leinsalu, M., & Kunst, A. E. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. (1533-4406 (Electronic)).
- Marchetti, P., Di Rocco, C. Z., Ricevuto, E., Bisegna, R., Cianci, G., Calista, F., Ficorella, C. (2004). Reducing breast cancer incidence in familial breast cancer: overlooking the present panorama. *Ann Oncol, 15 Suppl 1*, I27-I34. doi: 10.1093/annonc/mdh654
- Maroco, J. (2003). *Análise Estatística - Com utilização do SPSS* (1ª edição ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Marquis, M. S., Davies, A. R., & Ware, J. E., Jr. (1983). Patient satisfaction and change in medical care provider: a longitudinal study. *Med Care, 21*(8), 821-829.
- Martins, T., Lacerda, M. M. P. d., & Figueiredo, P. B. S. d. (2002). Factores genéticos modificadores do risco de cancro da mama e/ou ovário associado ao BRCA1/2 Retrieved 02/09/2007, 2007, from <http://www.fct.mctes.pt/projectos/pub/2002/index.asp?dados=true&ficha=true&pID>
- Maruti, S. S., Willett, W. C., Feskanich, D., Rosner, B., & Colditz, G. A. (2008). A prospective study of age-specific physical activity and premenopausal breast cancer. *J Natl Cancer Inst, 100*(10), 728-737. doi: 10.1093/jnci/djn135
- McConnell-Imbriotis, A. (2001-11). 'Take this brochure...' : an analysis of current educational materials given to clients with diabetes. *Australian Journal of Adult Learning, 41*(3), 335-358.
- McIntyre, T., & Silva, S. (1999). Estudo aprofundado da satisfação dos utentes dos serviços de saúde na região norte: relatório final sumário. Minho ARS Norte e Universidade do Minho.
- McPherson, K., Steel, C. M., & Dixon, J. M. (2000). ABC of breast diseases. Breast cancer-epidemiology, risk factors, and genetics. *BMJ, 321*(7261), 624-628.
- Mealiffe, M. E., Stokowski, R. P., Rhee, B. K., Prentice, R. L., Pettinger, M., & Hinds, D. A. (2010). Assessment of clinical validity of a breast cancer risk model combining genetic and clinical information. *J Natl Cancer Inst, 102*(21), 1618-1627. doi: 10.1093/jnci/djq388
- Megdal, S. P., Kroenke, C. H., Laden, F., Pukkala, E., & Schernhammer, E. S. (2005). Night work and breast cancer risk: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cancer, 41*(13), 2023-2032. doi: 10.1016/j.ejca.2005.05.010
- Meichenbaum, D., & Turk, D. (1987). *Facilitating treatment adherence: A practitioner's guidebook*. New York: Plenum Press.

- Meissner, H. I., Smith, R. A., Rimer, B. K., Wilson, K. M., Rakowski, W., Vernon, S. W., & Briss, P. A. (2004). Promoting cancer screening: Learning from experience. *Cancer*, *101*(5 Suppl), 1107-1117. doi: 10.1002/cncr.20507
- Meissner, H. I., Vernon, S. W., Rimer, B. K., Wilson, K. M., Rakowski, W., Briss, P. A., & Smith, R. A. (2004). The future of research that promotes cancer screening. *Cancer*, *101*(5 Suppl), 1251-1259. doi: 10.1002/cncr.20510
- Mettlin, C. (1991). Breast Cancer Risk Factors: Contributions to Planning Breast Cancer Control. *Cancer*, vol. 69(S7), 1904-1910.
- Mezomo, J. C. (2001). *Gestão da qualidade em saúde: princípios básicos*. São Paulo: Manole.
- Michels, T. C., Taplin, S. M., Carter, W. B., & Kugler, J. P. (1995). Barriers to screening: the theory of reasoned action applied to mammography use in a military beneficiary population. *Mil Med*, *160*(9), 431-437.
- Despacho Normativo nº 97/83 - Regulamento do Centros de Saúde (1983).
- Ministério da Saúde. (1997). A Saúde em Portugal: Conceito e Contexto. In Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde (Ed.), *A Saúde dos Portugueses*. Lisboa.
- Decreto-Lei Nº 157/99 - Regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde, Nº 108 C.F.R. (1999).
- Ministério da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010* (Vol. Vol. I - Prioridades Vol. II - Orientações Estratégicas). Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Decreto-Lei n.º 298/2007, 161 C.F.R. (2007a).
- Ministério da Saúde. (2007b). Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010 (PNPCDO): Orientações Programáticas. Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas Retrieved 1/07/08, 2008, from http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/F1EE7092-2F30-4987-9A46-D7F105854521/0/PNPCDO_2007.pdf
- Regime Jurídico das USF. Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto (2007c).
- Ministério da Saúde. (2008). *Agrupamentos de Centro de Saúde (ACES): Linhas de Acção para a sua implementação e desenvolvimento*. Lisboa: Ministério da saúde Retrieved from http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_125/3_ACES_Como_implementar.pdf.
- Ministério da Saúde. (2009). *Programa Nacional de Acreditação em Saúde*. Lisboa: Retrieved from http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_46/programanacionaldeacreditacaoemsaude.pdf.
- Ministério da Saúde. (2010). *Progresso da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários - Relatório 1*. Lisboa: Retrieved from http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_46/relatorio_de_progressoversao03dez.pdf.

- Ministério da Saúde, & Administração Regional de Saúde do Centro. (2006). Plano de Acção 2006-2008, 2007, from <http://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/Documents/plano%20de%20ac%C3%A7%C3%A3o%202006-2008.pdf>
- Ministério da Saúde/Alto Comissariado da Saúde. (2007). Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010 (PNPCDO): Orientações Programáticas. Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas Retrieved 1/07/08, 2008, from http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/F1EE7092-2F30-4987-9A46-D7F105854521/0/PNPCDO_2007.pdf
- Ministério da Saúde/ARS Centro. (2010). Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Vouga II. Aveiro: Administração Regional de Saúde do Centro.
- Miranda, F. J., Chamorro, A., Murillo, L. R., & Vega, J. (2010). An importance-performance analysis of primary health care services: managers vs. patients perceptions. *The Free Library*. Retrieved from <http://www.thefreelibrary.com/An>
- Mirowsky, J., & Ross, C. E. (1983). Patient satisfaction and visiting the doctor: a self-regulating system. *Soc Sci Med*, 17(18), 1353-1361.
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários. (2006a). *Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Retrieved from http://www.portugal.gov.pt/pt/Documentos/Governo/MS/Linhas_Cuidados_Saude_Primarios.pdf.
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários. (2006b). *Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários* Retrieved 18/04/2011, from http://www.portugal.gov.pt/pt/Documentos/Governo/MS/Linhas_Cuidados_Saude_Primarios.pdf
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários. (2008). *Sucessos e problemas das Unidades de Saúde Familiar: Um estudo qualitativo*. Lisboa: Retrieved from http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page_46/Sucessos_Problemas_USF_20080224.pdf.
- Modeste, N. N., Caleb-Drayton, V. L., & Montgomery, S. (1999). Barriers to early detection of breast cancer among women in a Caribbean population. *Rev Panam Salud Publica*, 5(3), 152-156.
- Monninkhof, E. M., Elias, S. G., Vlems, F. A., van der Tweel, I., Schuit, A. J., Voskuil, D. W., & van Leeuwen, F. E. (2007). Physical activity and breast cancer: a systematic review. *Epidemiology*, 18(1), 137-157. doi: 10.1097/01.ede.0000251167.75581.98
- Montaño, D., & Kasprzyk, D. (2002). The Theory of Reasoned Action and the Theory of Planned Behavior. In K. Glanz, B. K. Rimer & F. M. Lewis (Eds.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice* (3ª ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Moreno, A., Gracia, E., & Campos, P. (2003). Paradigmas y modelos en educación para la salud. In L. Alvear, A. Moreno, C. Bes, A. García, A. Tormo & S. Ramón (Eds.), *Salud Pública y Enfermería Comunitaria* (2ª ed., pp. 455-480). Madrid: McGraw-hill.

- Morgan, D. (1997). *Focus Group as Qualitative Research* (2ª ed. Vol. 16 vol). London: Sage Publications.
- Morin, E. (1999). *As grandes questões do nosso tempo*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Morin, E. (2002). *Os sete saberes para a educação do futuro*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Morin, E. (2005). *O método 6: ética* (2ª ed ed.). Porto Alegre: Editora Sulina.
- Nees, A. (2008). Digital Mammography: Are There Advantages in Screening for Breast Cancer? *Academic Radiology*, 15(4), 401-407.
- Nees, A. V. (2008). Digital mammography: are there advantages in screening for breast cancer? *Acad Radiol*, 15(4), 401-407. doi: 10.1016/j.acra.2008.01.004
- Nicolau, V., & Escoval, A. (2010). Cidadão e Comunidade: que relevância no processo de contratualização? *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 9.
- Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A., & Kindig, D. (2004). Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Washington, DC: Committee on Health Literacy, Board on Neuroscience and Behavioral Health, Institute of Medicine of the National Academies.
- NIH. (1997). National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: breast cancer screening for women ages 40-49, January 21-23, 1997. National Institutes of Health Consensus Developmental Panel. *J Natl Cancer Inst Monogr*(22), vii-xviii.
- Noar, S. M. (2005). A health educator's guide to theories of health behavior. *Int Q Community Health Educ*, 24(1), 75-92. doi: 10.2190/dalp-3f95-gct3-m922
- Nunes, J. M. (2010). *Comunicação em Contexto Clínico*. Lisboa: Edições Bayer Health Care.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. [Article]. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Nystrom, L., Andersson, I., Bjurstam, N., Frisell, J., Nordenskjold, B., & Rutqvist, L. E. (2002). Long-term effects of mammography screening: updated overview of the Swedish randomised trials. *Lancet*, 359(9310), 909-919. doi: 10.1016/s0140-6736(02)08020-0
- O'Anderson, B. (2006). Breast Healthcare and Cancer Control in Limited-resource Countries: a framework for change Retrieved 4 de Abril, 2008, from www.nature.com/clinicalpractice/onc
- O'Anderson, B., Shyyan, R., Eniu, A. E., Smith, R. A., Yip, C.-H., Bese, N. S., Carlson, R. W. (2007). El Cancer de mama en los países con recursos limitados: Sinopsis de las Normativas del 2005 de la Iniciativa Mundial de Salud de Mama. *The Breast Journal*, 13(1), S1 - S15.
- OECD, & Canada, S. (2000). Literacy in the Information Age: Final Report of the International Literacy Study. Paris/Ottawa: Minister of Industry.

- Ogden, J. (2003). Some problems with social cognition models: a pragmatic and conceptual analysis. *Health Psychol*, 22(4), 424-428.
- Olsen, A. H., Njor, S. H., Vejborg, I., Schwartz, W., Dalgaard, P., Jensen, M. B., Lyng, E. (2005). Breast cancer mortality in Copenhagen after introduction of mammography screening: cohort study. *BMJ*, 330(7485), 220. doi: 10.1136/bmj.38313.639236.82
- OMS. (2004a). Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción Retrieved from <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.pdf>
- OMS. (2004b). *Programas Nacionales de Control del Cáncer: Políticas y Pautas para la Gestión*. Ginebra: Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud.
- OMS/WHO. (1986). Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde; Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde Retrieved 21/06/2011, from http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Ottawa.htm
- Or, Z., Jusot, F., & Yilmaz, E. (2008). Impact of Health Care System on Socioeconomic Inequalities in Doctor Use for the European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Paris: Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (pp. 15-20). Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (pp. 39-42). Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). Satisfação dos utentes face aos Cuidados de Enfermagem. Lisboa.
- Otto, S. J., Fracheboud, J., Looman, C. W., Broeders, M. J., Boer, R., Hendriks, J. H., . . . de Koning, H. J. (2003). Initiation of population-based mammography screening in Dutch municipalities and effect on breast-cancer mortality: a systematic review. *Lancet*, 361(9367), 1411-1417. doi: 10.1016/s0140-6736(03)13132-7
- Page, D. L., Schuyler, P. A., Dupont, W. D., Jensen, R. A., Plummer, W. D., Jr., & Simpson, J. F. (2003). Atypical lobular hyperplasia as a unilateral predictor of breast cancer risk: a retrospective cohort study. *Lancet*, 361(9352), 125-129. doi: 10.1016/s0140-6736(03)12230-1
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, 49(4), 41-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A Multi-item Scale Measuring Consumer Perceptions of Service Quality". *Journal of Retailing*, 64(1), 12-37.
- Parlamento Europeu. (2003). Cancro da mama na União Europeia: Resolução do Parlamento Europeu sobre o cancro da mama na União Europeia (2002/2279(INI)) (pp. 1-9): Parlamento Europeu.
- Parsons, T. (1965). *Il sistema sociale*. Torino Edizioni: Comunità.

- Pasick, R. J., & Burke, N. J. (2008). A critical review of theory in breast cancer screening promotion across cultures. *Annu Rev Public Health, 29*, 351-368. doi: 10.1146/annurev.publhealth.29.020907.143420
- Patrão, I., & Leal, I. (2004). Abordagem do impacto psicossocial no adoecer da mama. *Psicologia, Saúde e Doenças, vol. 5*(1), 53-73.
- Pazdur, R., Coia, L. R., Hoskins, W. J., & Wagman, L. D. (2002). *Cancer Management: A Multidisciplinary Approach. Medical, Surgical & Radiation Oncology* (7 ed.).
- Peek, M. E., & Han, J. H. (2004). Disparities in screening mammography. Current status, interventions and implications. *J Gen Intern Med, 19*(2), 184-194.
- Pereira, A. C. (2008). *Promoção de comportamentos de saúde: Intervenção diagnóstica no cancro da mama*. Mestre, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Pereira, A. C., Pereira, A., & Rodrigues, V. (2009). Comportamentos de saúde: O rastreio do cancro da mama. In J. Bonito (Ed.), *Educação para a Saúde no Século XXI: Teorias, Modelos e Práticas* (Vol. 2, pp. 459-464). Évora: Fergráfica - Artes Gráficas, SA.
- Pereira, J. (2002). Prestação de cuidados de acordo com as necessidades? Um estudo empírico aplicado ao sistema português. In S. F. Piola & S. M. Vianna (Eds.), *Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde*. (3ª ed., pp. 141-166.). Brasília: IPEA.
- Pereira, J., & Lopes, S. (2006). Income-related inequality in health care in relation to inequalities in need. *European Journal of Health Economics, 7*((Suppl. 1)), S77.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais - A Complementaridade do SPSS* (4ª Edição ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Peto, J., Collins, N., Barfoot, R., Seal, S., Warren, W., Rahman, N., Stratton, M. R. (1999). Prevalence of BRCA1 and BRCA2 gene mutations in patients with early-onset breast cancer. *J Natl Cancer Inst, 91*(11), 943-949.
- Petrolino-Roche, S. (2004). *Factores Influencing Breast Cancer Screening Practices*. Doctor of Nursing Science, Columbia University, Columbia.
- Phillips, K. A., Kerlikowske, K., Baker, L. C., Chang, S. W., & Brown, M. L. (1998). Factors associated with women's adherence to mammography screening guidelines. *Health Serv Res, 33*(1), 29-53.
- Pilnick, A., & Dingwall, R. (2011). On the remarkable persistence of asymmetry in doctor/patient interaction: a critical review. *Soc Sci Med, 72*(8), 1374-1382. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.02.033
- Pirie, K., Beral, V., Peto, R., Roddam, A., Reeves, G., & Green, J. (2008). Passive smoking and breast cancer in never smokers: prospective study and meta-analysis. *Int J Epidemiol, 37*(5), 1069-1079. doi: 10.1093/ije/dyn110
- Pisco, L. (2007). A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. *Cadernos de Economia, 60-66*.

- Pollock, R. (2006). *Manual de Oncologia Clínica da UICC* (8ª Edição ed.). São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo.
- Portugal.Direcção-Geral da Saúde.Direcção de Serviços de Planeamento. (2002). Rede de Referência Hospitalar de Oncologia. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Prochaska, J., Redding, C., & Evers, K. (2002). The Transtheoretical Model and Stages of Change. In K. Glanz, B. K. Rimer & F. M. Lewis (Eds.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice* (3ª ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Puschel, K., & Thompson, B. (2011). Mammogram screening in Chile: Using mixed methods to implement health policy planning at the primary care level. *The Breast, 20, Supplement 2(0)*, S40-S45. doi: 10.1016/j.breast.2011.02.002
- Raffle, A., & Gray, J. A. M. (2007). *Screening: evidence and practice*. New York: Oxford University Press.
- Rakowski, W., & Breslau, E. (2004). Perspectives on Behavioral and Social Science Research on Cancer Screening. Promoting Cancer Screening: Lessons Learned and Future Directions for Research and Practice. Supplement to Cancer. American Cancer Society (Vol. 5, pp. 1118-1130): American Cancer Society.
- Rebbeck, T. R., Lynch, H. T., Neuhausen, S. L., Narod, S. A., Van't Veer, L., Garber, J. E., Weber, B. L. (2002). Prophylactic oophorectomy in carriers of BRCA1 or BRCA2 mutations. *N Engl J Med, 346(21)*, 1616-1622. doi: 10.1056/NEJMoa012158
- Reedy, B. (1972). The general practice nurse. *Update 5*, 75-78.
- Reedy, B. L. E. C. (1977). FAMILY NURSE PRACTITIONERS. *The Lancet, 309(8011)*, 607-607. doi: 10.1016/s0140-6736(77)92041-4
- Reeves, G. K., Pirie, K., Beral, V., Green, J., Spencer, E., & Bull, D. (2007). Cancer incidence and mortality in relation to body mass index in the Million Women Study: cohort study. *BMJ, 335(7630)*, 1134. doi: 10.1136/bmj.39367.495995.AE
- Ribeiro, A. L., Silva, C., & Pereira, H. (2000). *Enfermagem em Oncologia* (S. P. d. E. Oncológica, Trans.): Lusociência.
- Rimer, B. K. (1995). Audiences and Messages for Breast and Cervical Cancer Screenings. *Wellness Perspectives: Research, Theory, and Practice, 11(2)*, 13-39.
- Rimer, B. K., Keintz, M. K., Kessler, H. B., Engstrom, P. F., & Rosan, J. R. (1989). Why women resist screening mammography: patient-related barriers. *Radiology, 172(1)*, 243-246.
- Rinaldi, S., Peeters, P. H., Bezemer, I. D., Dossus, L., Biessy, C., Sacerdote, C., Kaaks, R. (2006). Relationship of alcohol intake and sex steroid concentrations in blood in pre- and postmenopausal women: the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. *Cancer Causes Control, 17(8)*, 1033-1043. doi: 10.1007/s10552-006-0041-7

- Robinson, D., Holmberg, L., & Moller, H. (2008). The occurrence of invasive cancers following a diagnosis of breast carcinoma in situ. *Br J Cancer*, 99(4), 611-615. doi: 10.1038/sj.bjc.6604524
- Robinson, M., & Gilmartin, J. (2002). Barriers to communication between health practitioners and service users who are not fluent in English. *Nurse Educ Today*, 22(6), 457-465.
- Rochon, A. (1996). *Educación para la salud. Guia practica para realizar um proyecto*. Barcelona: Masson.
- Rosenthal, T. C., & Puck, S. M. (1999). Screening for genetic risk of breast cancer. *Am Fam Physician*, 59(1), 99-104, 106.
- Rotar-Pavlic, D., Svab, I., & Wetzels, R. (2008). How do older patients and their GPs evaluate shared decision-making in healthcare? *BMC Geriatrics*, 8(1), 9.
- Roworth, M. A., McLlwaine, G. M., & Wallace, A. M. (1993). Women's views of the scottish breast screening programme: A national consumer opinion survey. *Public Health*, 107(3), 185-192. doi: 10.1016/s0033-3506(05)80440-8
- Ruseski, J. E. (2006). Analysis of Healthcare Financing, Supply and Utilisation Trends in the New EU Countries. *Applied Health Economics and Health Policy*, 5(4), 215-234. doi: <http://adisonline.com/healthconomics/pages/issuelist.aspx>
- Sá-Chaves, I. (2007a). Cultura, Conhecimento e Identidade: Universidade e Contemporaneidade. *Saber e Educar*. Porto: ESSE de Paula Frassinetti, 12, 9-28.
- Sá-Chaves, I. (2007b). *Notas de campo das aulas da disciplina Cultura, Conhecimento e Identidade no âmbito do Doutoramento de Base Curricular em Didáctica e Formação*. Departamento de Educação. Universidade de Aveiro. Aveiro.
- Safeer, R. S., & Keenan, J. (2005). Health literacy: the gap between physicians and patients. *Am Fam Physician*, 72(3), 463-468.
- Sakellarides, C., Reis, V., Escoval, A., Conceição, C., & Barbosa, P. (2005). O futuro do Sistema de Saúde Português: "Saúde 2015". Retrieved from <https://infoeuropa.euroid.pt/registo/000036272/>
- Saltman, R., Rico, A., & Boerma, W. (2006). Primary care in the driver's seat? Organizational Reform in European Primary Care E. O. o. H. S. a. P. Series (Ed.)
- Salzmann, P., Kerlikowske, K., & Phillips, K. (1997). Cost-effectiveness of extending screening mammography guidelines to include women 40 to 49 years of age. *Ann Intern Med*, 127(11), 955-965.
- Sampieri, R. H., Collado, C. H., & Lucio, P. B. (2003). *Metodologia de Pesquisa*. São Paulo: McGraw-Hill
- Santos, S. (2005). *Pilares para uma cultura de liberdade*. Lisboa: Editorial Minerva.

- Sarafino, E. P. (2002). *Health psychology : biopsychosocial interactions* (4ª edição ed.). New York: Wiley & Sons.
- Savage, S. A., & Clarke, V. A. (1996). Factors associated with screening mammography and breast self-examination intentions. *Health Educ Res*, *11*(4), 409-421.
- Saywell, R. M., Jr., Champion, V. L., Zollinger, T. W., Maraj, M., Skinner, C. S., Zoppi, K. A., & Muegge, C. M. (2003). The cost effectiveness of 5 interventions to increase mammography adherence in a managed care population. *Am J Manag Care*, *9*(1), 33-44.
- Scammon, D. L., Smith, J. A., & Beard, T. (1995). The role of "free" mammograms in motivating first-time screening: a community experiment. *J Ambul Care Mark*, *6*(1), 59-71.
- Schernhammer, E. S., & Hankinson, S. E. (2009). Urinary melatonin levels and postmenopausal breast cancer risk in the Nurses' Health Study cohort. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, *18*(1), 74-79. doi: 10.1158/1055-9965.epi-08-0637
- Schofield, P. E., Cockburn, J., Hill, D. J., & Reading, D. (1994). Encouraging attendance at a screening mammography programme: determinants of response to different recruitment strategies. *J Med Screen*, *1*(3), 144-149.
- Schopper, D., & de Wolf, C. (2009). How effective are breast cancer screening programmes by mammography? Review of the current evidence. *Eur J Cancer*, *45*(11), 1916-1923. doi: 10.1016/j.ejca.2009.03.022
- Sebastião, J., Ávila, P., Firmino da Costa, A., & Gomes, M. d. C. (2001). *Estudios internacionales de literacia de adultos: resultados comparados y problemas metodológicos*. Paper presented at the VII Congreso Español de Sociología Convergencias e Divergencias en la Sociedad Global, Salamanca.
- Secginli, S., & Nahcivan, N. O. (2006a). Breast Self Examination remains an important component of breast health: A response to Tarrant (2006). *International Journal of Nursing Studies*, *43*(4), 521-523. doi: DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2006.02.002
- Secginli, S., & Nahcivan, N. O. (2006b). Factors associated with breast cancer screening behaviours in a sample of Turkish women: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, *43*(2), 161-171. doi: DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2005.02.004
- Secginli, S., & Nahcivan, N. O. (2011). The effectiveness of a nurse-delivered breast health promotion program on breast cancer screening behaviours in non-adherent Turkish women: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, *48*(1), 24-36. doi: DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2010.05.016
- Semiglazov, V. F., Sagaidak, V. N., Moiseyenko, V. M., & Mikhailov, E. A. (1993). Study of the role of breast self-examination in the reduction of mortality from breast cancer. The Russian Federation/World Health Organization Study. *Eur J Cancer*, *29A*(14), 2039-2046.
- Shapiro, S. (1989). Report on the International Workshop on Information Systems in Breast Cancer Detection. *Cancer*, *64*(12 Suppl), 2645-2650.

- Shapiro, S., Coleman, E. A., Broeders, M., Codd, M., de Koning, H., Fracheboud, J., Ballard-Barbash, R. (1998). Breast cancer screening programmes in 22 countries: current policies, administration and guidelines. International Breast Cancer Screening Network (IBSN) and the European Network of Pilot Projects for Breast Cancer Screening. *Int J Epidemiol*, 27(5), 735-742.
- Sharp, D. J., Peters, T. J., Bartholomew, J., & Shaw, A. (1996). Breast screening: a randomised controlled trial in UK general practice of three interventions designed to increase uptake. *J Epidemiol Community Health*, 50(1), 72-76.
- Sheridan, S. L., Harris, R. P., & Woolf, S. H. (2004). Shared decision making about screening and chemoprevention: A suggested approach from the U.S. Preventive Services Task Force. *American Journal of Preventive Medicine*, 26(1), 56-66.
- Shohet, L. (2002). Health Literacy: perspectives in 2002. Retrieved from http://www.staff.vu.edu.au/alnarc/onlineforum/AL_pap_shohet.htm
- Silva, L. F. (1999). Saúde das Mulheres. O Género, Determinante Cultural de Saúde. *Revista de Epidemiologia. Arquivos de Medicina*, 13, p. 33.
- Siminoff, L. A., Graham, G. C., & Gordon, N. H. (2006). Cancer communication patterns and the influence of patient characteristics: disparities in information-giving and affective behaviors. *Patient Educ Couns*, 62(3), 355-360. doi: 10.1016/j.pec.2006.06.011
- Simões, J. (2004). *Retrato Político da Saúde Dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho*. Coimbra: Almedina.
- Simões, J., Barros, P. P., & Pereira, J. c. (2008). *A Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde*: Ministério da Saúde - Secretaria Geral.
- Sitzia, J., & Wood, N. (1997). Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Social Science & Medicine*, 45(12), 1829-1843. doi: Doi: 10.1016/s0277-9536(97)00128-7
- Slovic, P. (1999). Trust, Emotion, Sex, Politics, and Science: Surveying the Risk-Assessment Battlefield. *Risk Analysis*, 19(4), 689-701. doi: citeulike-article-id:7132302
- Smith, R., Standiford, C., & Saraiya, M. (2006). Atualizações sobre o rastreio do cancro do cólon, do colo do útero, da mama e da próstata. *Patient Care*, 11, 20-37.
- Soerjomataram, I., Louwman, W. J., Lemmens, V. E., de Vries, E., Klokman, W. J., & Coebergh, J. W. (2005). Risks of second primary breast and urogenital cancer following female breast cancer in the south of The Netherlands, 1972-2001. *Eur J Cancer*, 41(15), 2331-2337. doi: 10.1016/j.ejca.2005.01.029
- Sontag, S. (2009). *A Doença como Metáfora e a Sida e as Suas Metáforas*. Lisboa: Quetzal.
- Soskolne, V., Marie, S., & Manor, O. (2007). Beliefs, recommendations and intentions are important explanatory factors of mammography screening behavior among Muslim Arab women in Israel. *Health Educ Res*, 22(5), 665-676. doi: 10.1093/her/cyl132

- Sousa, L. (2004a). Diagnósticos e Problemas: Uma Perspectiva Sistémica Centrada nas Famílias Multiproblemáticas Pobres. *Psychologica*, 147-167.
- Sousa, L. (2004b). Padrões de Interação disfuncionais entre Profissionais de Saúde, Pacientes e suas Famílias: Uma Abordagem Sistémica. *Psychologica*, 169-185.
- Sousa, M. R., Peixoto, M. J., & Martins, T. (2008). Satisfação do doente diabético com os cuidados de enfermagem: influência na adesão ao regime terapêutico. *Revista Referência*(8), 59-67.
- Sousa, P. A. (2009). *O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios*.
- Sousa Santos, B. d. (2007). *Um discurso sobre as ciências* (15ª edição ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Spradley, J. P. (1980). *Participant Observation* United Kingdom: Wadsworth Group, Thomson Learning.
- Starfield, B. (2002). Atenção primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia Retrieved from <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/ue000039.pdf>
- Stewart, M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*, 152(9), 1423-1433.
- Stewart, P. (2008). A qualitative study exploring the relationship between nursing and health promotion language, theory and practice. *Nurse Education Today*, 28(2), 186-193. doi: 10.1016/j.nedt.2007.03.010
- Stilwell, B., Greenfield, S., Drury, M., & Hull, F. M. (1987). A nurse practitioner in general practice: working style and pattern of consultations. *J R Coll Gen Pract*, 37(297), 154-157.
- Stokols, D., Grzywacz, J. G., McMahan, S., & Phillips, K. (2003). Increasing the health promotive capacity of human environments. *Am J Health Promot*, 18(1), 4-13.
- Straif, K., Baan, R., Grosse, Y., Secretan, B., El Ghissassi, F., Bouvard, V., Coglianò, V. (2007). Carcinogenicity of shift-work, painting, and fire-fighting. *Lancet Oncol*, 8(12), 1065-1066.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2008). *Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada* (2ª Edição ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Sutton, S., Bickler, G., Sancho-Aldridge, J., & Saidi, G. (1994). Prospective study of predictors of attendance for breast screening in inner London. *J Epidemiol Community Health*, 48(1), 65-73.
- Tabar, L., Fagerberg, G., Duffy, S. W., Day, N. E., Gad, A., & Grøntoft, O. (1992). Update of the Swedish two-county program of mammographic screening for breast cancer. *Radiol Clin North Am*, 30(1), 187-210.

- Tabar, L., Yen, M. F., Vitak, B., Chen, H. H., Smith, R. A., & Duffy, S. W. (2003). Mammography service screening and mortality in breast cancer patients: 20-year follow-up before and after introduction of screening. *Lancet*, *361*(9367), 1405-1410. doi: 10.1016/s0140-6736(03)13143-1
- Taylor, A. J., Winter, D. L., Stiller, C. A., Murphy, M., & Hawkins, M. M. (2007). Risk of breast cancer in female survivors of childhood Hodgkin's disease in Britain: a population-based study. *Int J Cancer*, *120*(2), 384-391. doi: 10.1002/ijc.22261
- Teixeira, J. C. (2004). Comunicação em saúde: Relação Técnicos de Saúde - Utentes. *Aná. Psicológica*, vol.22(nº 3), 615-620.
- Thiebaut, A. C., Kipnis, V., Chang, S. C., Subar, A. F., Thompson, F. E., Rosenberg, P. S., Schatzkin, A. (2007). Dietary fat and postmenopausal invasive breast cancer in the National Institutes of Health-AARP Diet and Health Study cohort. *J Natl Cancer Inst*, *99*(6), 451-462. doi: 10.1093/jnci/djk094
- Thomas, D. B., Gao, D. L., Ray, R. M., Wang, W. W., Allison, C. J., Chen, F. L., Self, S. G. (2002). Randomized trial of breast self-examination in Shanghai: final results. *J Natl Cancer Inst*, *94*(19), 1445-1457.
- Thuler, L. C. (2003). Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. *Revista Brasileira de Cancerologia*, *49*(4), 227-238.
- Tolma, E. L., Reininger, B. M., Evans, A., & Ureda, J. (2006). Examining the theory of planned behavior and the construct of self-efficacy to predict mammography intention. *Health Educ Behav*, *33*(2), 233-251. doi: 10.1177/1090198105277393
- Tones, K., & Tilford, S. (1994). *Health Education. Effectiveness, efficiency and equity*. London: Chapman & Hall.
- Tornberg, S., Kemetli, L., Svane, G., Rosen, M., Stenbeck, M., & Nystrom, L. (2005). Pattern of participation in a cohort aged 50-60 years at first invitation to the service-screening programme with mammography in Stockholm county, Sweden. *Prev Med*, *41*(3-4), 728-733. doi: 10.1016/j.ypmed.2005.07.004
- Törnberg, S., Kemetli, L., Svane, G., Rosén, M., Stenbeck, M., & Nyström, L. (2005). Pattern of participation in a cohort aged 50-60 years at first invitation to the service-screening programme with mammography in Stockholm county, Sweden. *Preventive Medicine*, *41*(3-4), 728-733. doi: DOI: 10.1016/j.ypmed.2005.07.004
- Trafimow, D., Sheeran, P., Conner, M., & Finlay, K. A. (2002). Evidence that perceived behavioural control is a multidimensional construct: perceived control and perceived difficulty. *Br J Soc Psychol*, *41*(Pt 1), 101-121.
- Treacy, J. T., & Mayer, D. K. (2000). Perspectives on cancer patient education. *Semin Oncol Nurs*, *16*(1), 47-56.

- Turk, D. C., & Meichenbaum, D. (1989). Adherence to self-care regimens: The patient's perspective. In J. Sweet, R. Rozensky & S. M. Tovian (Eds.), *Handbook of Clinical Psychology in Medical Settings* (pp. 249-266). New York: Lenum Press. Retrieved from http://books.google.com/books?id=etj9SJO0ul8C&pg=PA249&dq=isbn:0306435500&hl=pt-PT&source=gbp_toc_r&cad=4#v=onepage&q&f=false.
- Tyczynski, J. E., Plesko, I., Aareleid, T., Primic-Zakelj, M., Dalmas, M., Kurtinaitis, J., Parkin, D. M. (2004). Breast cancer mortality patterns and time trends in 10 new EU member states: mortality declining in young women, but still increasing in the elderly. *Int J Cancer*, 112(6), 1056-1064. doi: 10.1002/ijc.20514
- U.S. Department of Health and Human Services. (2006). *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General*. Retrieved 20/7/08, 2008, from <http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/factsheets/factsheet6.html>
- Vala, J. (1986). A análise de conteúdo. In A. Santos Silva & J. Madureira Pinto (Eds.), *Metodologia das ciências sociais*. Porto: Edições Afrontamento.
- Van der Aalst, C. M., van Klaveren, R. J., & de Koning, H. J. (2010). Does participation to screening unintentionally influence lifestyle behaviour and thus lifestyle-related morbidity? *Best Pract Res Clin Gastroenterol*, 24(4), 465-478. doi: 10.1016/j.bpg.2010.06.001
- Van Doorslaer, E., & Masseria, C. (2004). OECD Health Equity Research Group Members. Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries. In O. H. W. Paper (Ed.), (pp. 14).
- Verbrugge, L. M. (1982). Sex differentials in health. *Public Health Rep*, 97(5), 417-437.
- Verkasalo, P. K., Lillberg, K., Stevens, R. G., Hublin, C., Partinen, M., Koskenvuo, M., & Kaprio, J. (2005). Sleep duration and breast cancer: a prospective cohort study. *Cancer Res*, 65(20), 9595-9600. doi: 10.1158/0008-5472.can-05-2138
- Vermeire, E. (2005). The study of research evidence synthesis, applied to adherence of treatment recommendations in people living with type 2 diabetes mellitus.
- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P., & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *J Clin Pharm Ther*, 26(5), 331-342.
- Verne, J. E. C. W., Aubrey, R., Love, S. B., Talbot, I. C., & Northover, J. M. A. (1998). Population based randomised study of uptake and yield of screening by flexible sigmoidoscopy compared with screening by faecal occult blood testing. *BMJ*, 317(7152), 182-185. doi: 10.1136/bmj.317.7152.182
- Vernon, S. W., Laville, E. A., & Jackson, G. L. (1990). Participation in breast screening programs: A review. *Social Science & Medicine*, 30(10), 1107-1118. doi: 10.1016/0277-9536(90)90297-6

- Vieira, R. M., & Vieira, C. T. (2003). A formação inicial de professores e a didáctica das ciencias como contexto de utilização do questionamento orientado para a promoção de capacidades de pensamento critico. *Revista Portuguesa de Educação, 16*, 231-252.
- Vitolins, M. Z., Rand, C. S., Rapp, S. R., Ribisl, P. M., & Sevick, M. A. (2000). Measuring Adherence to Behavioral and Medical Interventions. *Controlled Clinical Trials, 21*(5, Supplement 1), S188-S194. doi: Doi: 10.1016/s0197-2456(00)00077-5
- Volk, N., & Pompe-Kirn, V. (1997). Second primary cancers in breast cancer patients in Slovenia. *Cancer Causes Control, 8*(5), 764-770.
- Vuori, H. (1987). Patient satisfaction--an attribute or indicator of the quality of care? *QRB Qual Rev Bull, 13*(3), 106-108.
- Vuori, H. (1991). Patient satisfaction--does it matter? *Qual Assur Health Care, 3*(3), 183-189.
- Wardle, J., Steptoe, A., Smith, H., Groll-Knapp, E., Koller, M., Smith, D., & Brodziak, A. (1995). Breast self-examination: attitudes and practices among young women in Europe. *Eur J Cancer Prev, 4*(1), 61-68.
- Webb, P. (1997). *Health Promotion and Patient Education: a professional's guide*. London: Stanley Thornes Ltd.
- Wenger, C., E. , & Snyder, W. M. (2000). Communités of Practice: The Organizational Frontier. *Harvard Business Review*.
- Wensing, M., Mainz, J., Ferreira, P., Hearnshaw, H., Hjortdahl, P., Olesen, F., Grol, R. (1998). General practice care and patients' priorities in Europe: an international comparison. *Health Policy, 45*(3), 175-186.
- WHO. (2003a). Adherence to long-term therapies: Evidence for action E. Sabate (Ed.) Retrieved from http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf
- WHO. (2003b). World Cancer Report. In B. W. Stewart & P. Kleihues (Eds.). Lyon: International Agency for Research on Cancer (IARC).
- WHO. (2007a). Cancer Control: Knowledge into Action. Who guide for effective programmes. Prevention Retrieved 3/01/08, 2008, from <http://www.who.int/cancer/modules/Prevention%20Module.pdf>
- WHO. (2007b). Cancer Control: Knowledge into Action. Who guide for effective Programmes. Early Detection Retrieved 14/7/08, 2008, from <http://www.who.int/cancer/modules/Prevention%20Module.pdf>
- WHO Europe. (2003). EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys Vol. 57. A. Nosikov & C. Gudex (Eds.), Retrieved from <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/eurohis-developing-common-instruments-for-health-surveys>
- WHO/European Observatory on Health Systems and Policies. (2010). Implementing health financing reform: Lessons from countries in transition Retrieved 24/06/2011, from http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0014/120164/E94240.pdf

- WHO/UNICEF. (1978). Primary Health Care : report of the International Conference of Primary Care. Geneva: WHO.
- Williams, B. (1994). Patient satisfaction: a valid concept? *Soc Sci Med*, 38(4), 509-516.
- Xue, F., Willett, W. C., Rosner, B. A., Hankinson, S. E., & Michels, K. B. (2011). Cigarette smoking and the incidence of breast cancer. *Arch Intern Med*, 171(2), 125-133. doi: 10.1001/archinternmed.2010.503
- Yabroff, K. R., & Mandelblatt, J. S. (1999). Interventions targeted toward patients to increase mammography use. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 8(9), 749-757.
- Yarbrough, S. S., & Braden, C. J. (2001). Utility of health belief model as a guide for explaining or predicting breast cancer screening behaviours. *J Adv Nurs*, 33(5), 677-688.
- Zackrisson, S., Andersson, I., Manjer, J., & Janzon, L. (2004). Non-attendance in breast cancer screening is associated with unfavourable socio-economic circumstances and advanced carcinoma. *Int J Cancer*, 108(5), 754-760. doi: 10.1002/ijc.11622
- Zapka, J. G., & Lemon, S. C. (2004). Interventions for patients, providers, and health care organizations. *Cancer*, 101(5 Suppl), 1165-1187. doi: 10.1002/cncr.20504

ANEXOS

ANEXO I: Declaração da LPCC a autorizar a aplicação do estudo à população alvo do programa de rastreio do cancro da mama

De: "Secretaria Administrativa - NRCentro. Liga Portuguesa Contra o Cancro"
<sadm.nrc@ligacontracancro.pt>

Assunto: resposta

Date: Thu, 16 Jul 2009 14:17:48 +0100

Para: <cfreitas@ua.pt>

Cc: "Miguel Pina" <mpina@ligacontracancro.pt>



Exma. Senhora Enfermeira Célia Pires:

Na sequência dos contactos havidos relativos ao seu pedido para desenvolvimento do projecto intitulado "Rastreo do Cancro da Mama no Concelho de Aveiro: do estudo aos factores determinantes da adesão às propostas emergentes", no âmbito do Curso de Doutoramento de base Curricular da Universidade de Aveiro e através do qual solicita da possibilidade de realização de entrevistas às utentes convocadas no decurso da próxima volta do Rastreo de Cancro da Mama no Concelho de Aveiro, temos a informar o seguinte:

1. Está autorizada a proceder a inquérito às utentes que participam no rastreo de Cancro da Mama desenvolvido pela Liga Portuguesa Contra o Cancro (6ª volta no concelho de Aveiro), mediante o respectivo consentimento informado;
2. Desenvolver os contactos com as utentes convocadas e não rastreadas, mediante os dados que são disponibilizados semanalmente ao Centro de Saúde de Aveiro, no âmbito do processo de rastreo (reconvocatória);
3. Garantir, através de documento por escrito, a confidencialidade da informação recolhida e a entrega, quer de uma cópia da base de dados quer de dois exemplares do trabalho final a esta Instituição.

Deverá também entregar com a maior brevidade possível e antes do início da recolha dos dados da entrevista, um exemplar do questionário que pretende desenvolver.

Volto a manifestar a disponibilidade para, no decurso no mês de Setembro, ser agendada uma formação sobre o protocolo do Programa de Rastreo e tendo em vista a informação que deverá transmitir às utentes.

Com os melhores cumprimentos,

Pel' A Direcção do Núcleo

Miguel Pina

Coordenador Executivo

Liga Portuguesa Contra o Cancro. NRC

R.Dr.António José de Almeida, nº 329 – 2º SI56

3000-045 Coimbra – Portugal

Telefone: 239 487 490 – Fax: 239 484 882

[@] sadm.nrc@ligacontracancro.pt

[w] www.ligacontracancro.pt

ANEXO II: Compromisso ético de confidencialidade dos dados pelos entrevistadores

À Direção do
Núcleo Regional do Centro da
Liga Portuguesa Contra o Cancro

_____estudante
do Curso de Licenciatura em Enfermagem na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro aceitou colaborar, voluntariamente, no projeto de investigação intitulado “**Rastreio do Cancro da Mama no Concelho de Aveiro: do estudo dos fatores determinantes da adesão às propostas educativas emergentes**” com a supervisão da doutoranda e investigadora Célia Pires.

A sua atividade neste estudo compreende a realização de entrevistas às mulheres dos 45-69 anos, que residem no Concelho de Aveiro e que serão convocadas para a 6ª volta do Programa de Rastreio do Cancro da Mama desenvolvido pela Liga Portuguesa Contra o Cancro.

Desta forma, a (o) estudante assume o compromisso de confidencialidade dos dados e o anonimato das pessoas entrevistadas, durante a sua participação aquando a aplicação do instrumento de colheita de dados.

Assinatura _____

ANEXO III: Instrumento de colheita de dados

Doutoramento de Base Curricular em Didáctica
Investigador: Célia Pires

Data ____/____/____

--	--	--	--	--

Este questionário destina-se a avaliar os factores que influenciam a adesão das mulheres ao Programa de Rastreio de Cancro da Mama da Liga Portuguesa Contra o Cancro.

PARTE I - DADOS BIOGRÁFICOS E SÓCIO-ECONÓMICOS

1. Data de nascimento: ____/____/____

2. Estado civil: Solteira Casada/união de facto Divorciada/Separada

Viúva

3. Freguesia que reside: _____

4. Nacionalidade: Portuguesa Estrangeira Qual? _____

5. Qual o nível de escolaridade que completou?

Não sabe ler nem escrever Primária (4º ano ou menos) 6º Ano

9º Ano

12º Ano Licenciatura Mestrado \ Doutoramento

6. Está empregada?

Sim

Não Porquê? Inactiva: Reformada Desempregada (passa à questão 12)

Invalidez: Temporária Definitiva (passa à questão 12)

7. Qual é a sua profissão? _____

8. No seu local de trabalho tem algum profissional de saúde?

Sim Não (passa à questão 10) Não sabe (passa à questão 10)

9. Que profissional (s)?

Enfermeiro Médico Outro _____

10. No seu local de trabalho realizam-se sessões de informação sobre temas da saúde?

Sim Não (passa à questão 12) Não sabe (passa à questão 12)

11. Com que frequência ocorrem?

Anualmente

2 vezes/ano

Mais do que duas vezes/ano

PARTE II - CONHECIMENTOS E COMPORTAMENTOS

12. Só se pergunta se souber ou conseguir ler. Faça o melhor que puder para ler todas as palavras e se houver alguma que não consiga ler (ou demore mais que 5 segundos) passe para a seguinte. Anotar as que leu correctamente.

<input type="checkbox"/> Cancro da mama	<input type="checkbox"/> Mamografia	<input type="checkbox"/> Auto-exame	<input type="checkbox"/> Radiação
<input type="checkbox"/> Exame clínico	<input type="checkbox"/> Unidade de rastreio	<input type="checkbox"/> Convocatória	
<input type="checkbox"/> Nódulo	<input type="checkbox"/> Programa Nacional de Rastreio	<input type="checkbox"/> Liga Portuguesa Contra o Cancro	

13. Quais os exames ou métodos que conhece como os mais adequados para detectar o cancro da mama?

Auto-exame da Mama Palpação feita pelo médico Mamografia Ecografia
mamária Análises clínicas Não sabe Outro Qual? _____

14. Diga por palavras suas, o que é e para que serve a mamografia? (assinalar as palavras referidas)

Exame	
Radiografia/raios X	
Detectar nódulos / caroços	
Mamas	

15. Tem feito mamografias?

Sim

Não (passa à questão 20)

Não sabe (passa à questão 20)

16. Onde é que o seu médico aconselha que as faça? (assinale com uma cruz **X**)

	LPCC/Programa de rastreio	Radiologista privado
Médico de família		
Médico particular		
Ginecologista		

17. Com que idade fez a sua primeira mamografia?

- Antes dos 29 Dos 30 aos 40 Dos 41 aos 50 Após os 50 anos Não se

lembra

18. Quando foi que fez a última mamografia (mês e ano)?

____/____ Não se lembra

19. Após a primeira mamografia, com que frequência fez as restantes? (apenas uma opção)

- Pelo menos 1 vez/ ano A cada 2 anos Mais de 3 anos
 Irregularmente Não se lembra Não fez mais nenhuma

SEGUEM-SE ALGUMAS QUESTÕES RELACIONADAS COM O PROGRAMA DE RASTREIO DO CANCRO DA MAMA:

20. Já ouviu falar do Programa de Rastreio do Cancro da Mama?

- Sim Não (passa à questão 24) Não se lembra (passa à questão 24)

21. Diga por palavras suas o que sabe acerca do Programa de Rastreio do Cancro da Mama?
(assinalar as opções abaixo)

Mamografia/ radiografia/raios X	<input type="checkbox"/>	Mulheres	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Convite/ Convocatória/ Carta	<input type="checkbox"/>
Gratuito	<input type="checkbox"/>	LPCC (LIGA)	<input type="checkbox"/>
Detecção precoce/ Prevenção	<input type="checkbox"/>	Unidades móveis (carrinhas junto ao CS)	<input type="checkbox"/>
Cancro da mama	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

22. Como obteve a informação acerca do Programa de Rastreio do Cancro da Mama?
(enumerar as opções por ordem crescente)

Carta convocatória/LPCC	
Centro de Saúde (cartazes/folhetos)	
Enfermeiro	
Médico	
Publicidade na caixa de correio	

Familiar/vizinho/amigo	
Pároco (missa dominical)	
Meios de comunicação social (TV e jornais)	
Publicidade em locais públicos	
Internet	

23. Quem é que promove o Programa de Rastreio do Cancro da Mama?

_____ Não sabe

24. Qual a importância que atribui ao Programa de Rastreio do Cancro da Mama?

Sem importância	Pouco importante	Importante	Muito importante
①	②	③	④

25. Alguma vez recebeu uma carta da Liga Portuguesa Contra o Cancro a convocá-la para fazer a mamografia de rastreio?

Sim Não (passa à questão 28) Não se lembra (passa à questão 28)

26. Quando recebeu a última convocatória? (mês e ano) ____ / ____ Não se lembra

27. A informação contida nessa carta era clara para si?

Sim Não Não se lembra Não leu a carta

28. Sabe de quanto em quanto tempo a mulher deve fazer a mamografia de rastreio?

Anualmente De 2 em 2 anos De 3 em 3 anos 5 anos ou mais
 Outra periodicidade Qual? _____ Não sabe

29. A partir de que idade é recomendada a mamografia de rastreio?

- Antes dos 40 anos Dos 40 aos 45 anos Depois dos 45 anos Não sabe

30. Alguma vez foi à Unidade de Rastreio (carrinha) junto ao centro de saúde para fazer a mamografia?

- Sim Não (passa à questão 34)

31. Fez a mamografia de rastreio nessa altura?

- Sim Não (passa à questão 34)

32. Alguém informou-a sobre, como obter o resultado da mamografia?

- Sim Quem? _____ Não Não se lembra

SEGUEM-SE ALGUMAS QUESTÕES RELACIONADAS COM OS SEUS MOTIVOS PARA A REALIZAÇÃO DA MAMOGRAFIA DE RASTREIO

33. Se respondeu **SIM** à questão 31. Quais os motivos que a levaram a fazer a mamografia de rastreio? (enumerar por ordem crescente de resposta)

Porque recebi a convocatória	
Porque o médico de família me aconselhou	
Porque o(a) enfermeiro(a) me aconselhou	
Porque o médico particular me aconselhou	
Porque notei algo que não estava bem nas mamas (ex. um nódulo).	
Porque na minha família existem casos de cancro da mama	
Porque diminui a hipótese de morrer por cancro da mama (sobrevivência)	
Porque poderá detectar nódulos na mama mais cedo (prevenção / detecção precoce)	
Porque já tinha idade	

34. Se respondeu **NÃO** à questão 31. Quais os motivos porque não fez a mamografia de rastreio? (enumerar por ordem crescente de resposta)

Por ter medo do resultado	
Por embaraço de mostrar o corpo	
Por falta de tempo	

Porque ninguém me recomendou	
Porque fiz uma mamografia recentemente	
Porque o meu companheiro/marido não quer que faça	
Porque não tinha sintomas	
Porque a convocatória não explicava com clareza o que devia fazer	
Porque me esqueci	
Porque não foi possível na data agendada	
Pela radiação	
Porque fui à unidade de rastreio e disseram-me que não podia fazer a mamografia nessa altura (critérios de participação)	
Porque não podia faltar ao trabalho	
Porque o meu médico de família me encaminhou para o privado	

35. Tem mais algum motivo que queira partilhar (se respondeu à 33 ou à 34)?

Sim Qual? _____ Não

36. Se NÃO foi fazer a mamografia de rastreio informou a Unidade de Rastreio do motivo?

Sim Não Não se lembra

PARTE III - ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS E PRESTADORES DE CUIDADOS

37. Qual o seu Centro / Unidade de Saúde?

US. Aradas	
US. Cacia	
US. Oliveirinha	
US. S. Bernardo	
US. N. Sra. Fátima	
US. Eixo	
US. Eirol	

US. Esgueira	
US. Nariz	
US. Requeixo	
US. S. Jacinto	
C.S. Aveiro	
USF. Santa Joana	
USF. Molicheiro	

38. Costuma ir ao seu centro de saúde?

Sim Não

39. Com que frequência vai ao centro de saúde?

2 vezes no ano 2 a 4 vezes no ano 4 a 6 vezes no ano mais do que 6 vezes no ano

40. Qual o meio de transporte que costuma utilizar quando vai ao Centro de Saúde?

- Tem carro próprio Utiliza transportes públicos Utiliza carro próprio
- Motociclo/ bicicleta Transporte dos bombeiros Desloca-se a pé
- Carrinha do centro de dia Ferryboat/barco outro Qual? _____

41. Costuma ir a consultas de vigilância/rotina no seu centro de saúde?

- Sim Não (passa à questão 45)

42. Quais? (pode assinalar mais do que uma opção)

- Consulta de Planeamento Familiar Consulta de Saúde Materna Consulta de Hipertensão
- Consulta de Diabetes Consulta de Saúde do Adulto
- Rastreio Oncológico: Cancro do colo do útero Cancro da

mama

Outra _____

43. Nessas consultas de vigilância costuma ser atendida também pela(o) enfermeira(o)?

Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
①	②	③	④	⑤

44. As suas consultas de vigilância (rotina) costumam ser marcadas por quem?

- Por si Pela enfermeira Pelo médico Pela administrativa
- Outra Qual? _____

45. Se tiver alguma dúvida sobre a sua saúde, qual o profissional de saúde a que recorre mais facilmente?

- Enfermeiro Médico de família Outro Qual? _____

AS QUESTÕES QUE SE SEGUEM DEVEM SER COLOCADAS SEPARADAMENTE PARA CADA PROFISSIONAL.

Se respondeu **NUNCA** à 43 não coloque as questões seguintes para o Enfermeiro.

Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
①	②	③	④	⑤

	Enfermeiro	Médico
46. Dá-lhe tempo suficiente para que fale dos seus problemas de saúde?	①②③④⑤	①②③④⑤
47. Mostra compreensão pelos seus problemas de saúde?	①②③④⑤	①②③④⑤
48. Utiliza uma linguagem clara que você entende bem?	①②③④⑤	①②③④⑤
49. Informa-a sobre a importância de fazer o Auto Exame da Mama?	①②③④⑤	①②③④⑤
50. Demonstra-lhe como deve ser feito o Auto Exame da Mama?	①②③④⑤	①②③④⑤
51. Aconselha-a para que faça a mamografia de rastreio?	①②③④⑤	①②③④⑤
52. Informa-a sobre a importância de ir às consultas de vigilância/rotina com regularidade?	①②③④⑤	①②③④⑤
53. Informa-a sobre os resultados dos seus exames de saúde?	①②③④⑤	①②③④⑤

Registe alguma incapacidade física ou mental que observe na mulher _____

ANEXO IV: Consentimento informado das inquiridas do *survey*

Termo de Consentimento Livre e Informado

Célia Maria Abreu de Freitas Pires, doutoranda do Departamento de Didática e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro pretende estudar a adesão ao Programa de Rastreio do Cancro da Mama sob a orientação da Prof. Nilza Costa. Neste sentido irá entrevistar, no domicílio e junto à Unidade de Rastreio, mulheres com idades compreendidas entre os 45 e os 69 anos que estejam inscritas no Centro de Saúde de Aveiro.

Deste modo, solicita-se a sua colaboração no sentido de responder o mais exata possível às questões que lhe vamos colocar. Todas as informações que fornecer serão anónimas e permanecerão confidenciais, sendo usadas somente para este estudo.

A sua participação é completamente voluntária e a decisão de não participar é sua, não tendo qualquer prejuízo para si, nem qualquer risco para a sua vida ou saúde.

Se após a leitura deste texto ainda tiver dúvidas, estarei ao dispor para as esclarecer.

Se se considera bem informada e aceita participar, por favor assine este documento.

Assinatura _____

Aveiro, ____ de _____ de 200

Assinatura do entrevistador: _____

ANEXO V: Consentimento informado dos participantes dos *focus groups*

Termo de Consentimento Livre e Informado: Focus Group

Célia Maria Abreu de Freitas Pires, doutoranda do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro pretende estudar a adesão ao Programa de Rastreio do Cancro da Mama, bem como, apresentar propostas de educação em saúde no sentido de promover a adesão ao mesmo, sob a orientação dos Prof. Nilza Costa e Luiz Tura.

Deste modo, solicita-se a sua colaboração na entrevista de *Focus Group* (grupo de discussão), que será precedida da apresentação dos resultados do primeiro momento de investigação, no qual foi realizado um inquérito a 805 mulheres convocadas para o rastreio do cancro da mama, no Concelho de Aveiro, durante o período de Outubro de 2009 a Maio de 2010 (na 6ª volta de rastreio). O anonimato e a confidencialidade de dados pessoais serão salvaguardados tendo, somente, em vista a sua utilização neste estudo.

A sua participação é completamente voluntária e a decisão de não participar é sua, não tendo qualquer prejuízo para si, nem qualquer risco para a sua vida ou saúde.

Se após a leitura deste texto ainda tiver dúvidas, estarei ao dispor para as esclarecer.

Se, se considera bem informada(o) e aceita participar, por favor preencha a tabela abaixo e assine.

Coloque uma cruz se pertence ao grupo dos profissionais de saúde	Coloque uma cruz se pertence ao grupo de mulheres participantes no estudo	Para os profissionais de saúde, indique a Unidade de Saúde a que pertence	Assinatura

Aveiro, 17 de Junho de 2011