



Campus Universitário de Almada

Instituto de Estudos Interculturais e Transdisciplinares de Almada

Sheila Aparecida de Almeida Santos

**Perceção do Cancro da Mama e Comportamentos Preventivos Entre  
Portuguesas e Brasileiras com Ausência da Doença**

**Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde**

Orientador: Prof. Doutor Miguel Marques da Gama Barbosa

Almada, 2021



Campus Universitário de Almada

Instituto de Estudos Interculturais e Transdisciplinares de Almada

Sheila Aparecida de Almeida Santos

**Perceção do Cancro da Mama e Comportamentos Preventivos Entre Portuguesas e Brasileiras com Ausência da Doença**

Dissertação de Mestrado apresentada com vista à obtenção do 2º ciclo de estudos conducentes ao grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, ao abrigo do Despacho nº 14804/2011 Diário da República, 2ª série – nº 10-15 de Janeiro de 2010).

**Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde**

Orientador: Prof. Doutor Miguel Marques da Gama Barbosa

Almada, 2021

## **DECLARAÇÃO DE AUTENTICIDADE**

A presente dissertação foi realizada por Sheila Aparecida de Almeida Santos do Ciclo de Estudos de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, no ano letivo de 2020/2021. A sua autora declara que:

(i) Todo o conteúdo das páginas que se seguem é de autoria própria, decorrendo do estudo, investigação e trabalho de seu autor.

(ii) Este trabalho, as partes dele, não foi previamente submetido como elemento de avaliação nesta ou em outra instituição de ensino/formação.

(iii) Foi tomado conhecimento das definições relativas ao regime de avaliação sob o qual este trabalho será avaliado, pelo que se atesta que o mesmo cumpre as orientações que lhe foram impostas.

(iv) Foi tomado conhecimento de que a versão digital deste trabalho poderá ser utilizada em atividades de deteção eletrónica de plágio, por processos de análise comparativa com outros trabalhos, no presente e/ou no futuro.

31 de Outubro de 2021.

Sheila Aparecida de Almeida Santos

Assinatura

## **Agradecimentos**

Todo o meu agradecimento à minha querida e linda filha Mariana.

## **Resumo**

O cancro da mama corresponde a uma das doenças oncológicas mais fatais em mulheres, o que configura um sério problema em saúde pública no mundo devido a sua prevalência e mortalidade. A possibilidade de cura aumenta com diagnóstico precoce. Mulheres que possuem conhecimentos sobre a doença e sentimentos de suscetibilidade a mesma são as que mais realizam o rastreio. O presente estudo teve como objetivo investigar a percepção do cancro da mama e prevenção entre mulheres portuguesas e brasileiras com ausência da doença. Trata-se de uma investigação exploratória, com uma amostra de 30 mulheres residentes em Portugal, com idades compreendidas entre 30 e 60 anos, e 30 mulheres residentes no Brasil, com idades dos 30 aos 64 anos. Para alcançar o objetivo proposto foi aplicado o questionário “Prevenção do Cancro da Mama – conhecimento, atitude e práxis” com a finalidade de recolher, analisar e comparar informações sobre os conhecimentos e percepções sobre o cancro da mama. Os resultados indicaram que ambas as amostras de mulheres relacionam o surgimento do cancro da mama com a herança genética, sendo, estes apenas 10% dos casos, desconhecem inúmeros fatores de risco da doença e conceitos básicos sobre o rastreio. Esta escassez de informações influencia na forma como as mulheres percebem a doença e aderem menos os métodos preventivos. Por fim, nos fez compreender que mulheres inseridas em culturas distintas podem possuir percepções e comportamentos semelhantes sobre uma determinada doença.

**Palavras-chave:** Autoexame da mama; Cancro da Mama; Mamografia; Percepção do Cancro; Prevenção do Cancro.

## **Abstract**

Breast cancer is one of the most fatal cancer diseases in women, which is a serious public health problem in the world due to its prevalence and mortality. The possibility of cure increases with early diagnosis. Women who have knowledge about the disease and feelings of susceptibility to it are the ones who perform the most screening. The present study aimed to investigate the perception of breast cancer and prevention among Portuguese and Brazilian women without the disease. This is an exploratory investigation, with a sample of 30 women residing in Portugal, aged between 30 and 60 years, and 30 women living in Brazil, aged between 30 and 64 years. To achieve the proposed objective, the questionnaire “Breast Cancer Prevention – knowledge, attitude and practice” was applied in order to collect, analyze, and compare information on knowledge and perceptions about breast cancer. The results indicated that both samples of women relate the emergence of breast cancer with genetic inheritance, and these only 10% of cases are unaware of numerous risk factors for the disease and basic concepts about screening. This lack of information influences the way women perceive the disease and adhere less to preventive methods. Finally, it made us understand that women from different cultures may have similar perceptions and behaviors about a certain disease.

**Keywords:** Breast Self-exam; Breast Cancer; Mammography; Cancer Perception; Pancer Prevention.

## Índice

DECLARAÇÃO DE AUTENTICIDADE.....	i
Agradecimentos.....	ii
Resumo.....	iii
Abstract .....	iv
Índice de Figuras .....	vii
Índice de Tabelas.....	viii
1. Introdução .....	1
2. Enquadramento Teórico .....	3
2.1. O cancro.....	3
2.2. Características clínicas da mama.....	4
2.3. O cancro da mama .....	5
2.3.1. Os fatores de risco associados ao cancro da mama.....	6
2.3.2. O rastreio.....	8
2.3.3. Diagnóstico do Cancro da Mama.....	9
2.3.4. Tratamento .....	10
2.4. Cancro da mama – Aspetos Psicológicos .....	13
2.5. Crenças de saúde e perceção do cancro da mama .....	15
2.6. Comportamentos saudáveis .....	17

3. Método .....	19
3.1. Objetivo Geral .....	19
3.2. Objetivos específicos.....	19
3.3. Desenho do estudo.....	19
3.4. Participantes .....	19
3.5. Procedimento.....	20
3.7. Análise estatística .....	21
4. Resultados .....	22
4.1. Caracterização da amostra.....	22
4.2. Objetivo 1 .....	23
4.3. Atitudes e comportamentos .....	27
5. Discussão.....	30
6. Limitação e futuros estudos .....	34
7. Conclusão.....	35
8. Referências .....	36

## **Índice de Figuras**

Figura 1 - Tecido normal do seio.....	4
---------------------------------------	---

## **Índice de Tabelas**

Tabela 1 - Classificação TNM.....	11
Tabela 2 - Características sociodemográficas e informações relevantes .....	22
Tabela 3 - Resposta à pergunta: “Se notar alguma alteração na mama, deve:” .....	24
Tabela 4 - Resposta à pergunta: “Se não tem alterações, só é preciso ir ao médico:” .....	24
Tabela 5 - Resposta à pergunta: “A informação dada pelo médico é:” .....	26
Tabela 6 - Resposta à pergunta: “O que entende sobre o assunto” .....	26
Tabela 7 - Motivos para a não realização da mamografia .....	28

## **1. Introdução**

O cancro da mama é uma das doenças oncológicas com maior prevalência na população feminina a nível global. Por ano, são diagnosticadas aproximadamente 1.050.000 mulheres (INCA, 2021).

No Brasil, estima-se que anualmente a doença atinja cerca de 48.930 mulheres, das quais 11.860 falecem. O cancro da mama representa uma das principais causas de morte em mulheres, o que configura um grave problema para a saúde pública nacional brasileira (Duarte & Andrade, 1999).

Em Portugal, os dados não são diferentes, sendo o tumor mais frequente no sexo feminino e a doença que vitimiza mais mulheres. Em 2002, cerca de 4.300 mulheres foram vítimas da doença, das quais 1.500 faleceram, 17% do total de mortes por razões oncológicas (Ferlay et al, 2004).

As causas do cancro da mama são consideradas multifatoriais e estão relacionadas com fatores endócrinos, hereditários e de estilo de vida: ser do sexo feminino, envelhecimento, histórico clínico familiar e nuliparidade, além de hábitos não saudáveis como o consumo de álcool e gorduras em excesso e falta de atividade física, entre outros. A doença, além de ser complexa, tem um impacto físico, psicológico, social e na autoestima (Simões, 2014).

Quanto mais precocemente a mulher é diagnosticada com a doença, maior a probabilidade do tratamento terapêutico ser bem-sucedido e aumentar as hipóteses de sobrevivência da paciente. O método mais eficaz no diagnóstico precoce do cancro da mama é a mamografia, pelo que é fundamental incentivar a população feminina a realizar o exame de rastreio de forma regular (Pinheiro, 2002).

O cancro da mama pode ser detetado numa fase inicial através de consultas de rastreio. Contudo, uma parte considerável das mulheres são diagnosticadas com o carcinoma da mama numa fase avançada e com a presença de sintomas, nomeadamente a existência de um caroço, que, por vezes, já se encontra disseminado por outras partes do corpo. Assim, quando a doença

é detetada num estado tão grave, nem sempre os objetivos do tratamento são alcançados tornando-se fatal (Simões, 2014).

A adoção de comportamentos preventivos constitui uma responsabilidade das mulheres e está relacionada diretamente com as suas perceções referentes aos fatores de risco, sentimentos de suscetibilidade e a importância do rastreio e diagnóstico precoce da doença. Quanto maior o conhecimento, maior a probabilidade de adoção de comportamentos de saúde para identificar o cancro antes que o mesmo apresente qualquer sintoma.

O presente estudo tem como objetivo geral comparar duas amostras de mulheres, com ausência da doença, residentes em Portugal e no Brasil, com vista a compreender as suas noções e perceções sobre fatores de risco, sinais de alerta, rastreio, tratamento e comportamentos voltados para a prevenção do cancro da mama. Desta forma, torna-se imprescindível apresentar nesta dissertação um enquadramento teórico que descreva as principais temáticas que norteiam o cancro da mama, para posteriormente avaliar a perceção das mulheres sobre a doença.

Face ao cenário apresentado, destacamos a importância da realização desta investigação para o contributo do estudo de uma doença com um potencial de mortalidade como o do cancro da mama. Os resultados advindos desta investigação poderão auxiliar os profissionais de saúde a criar estratégias no sentido de ajudar as mulheres a superarem certos impedimentos para o rastreio da doença.

Neste contexto, consideramos essencial o desenvolvimento de estudos que possam resultar no aumento do número de mulheres com maior consciência da necessidade de adoção de comportamentos preventivos contra o cancro. Desta forma, aumentarão a probabilidade de serem diagnosticadas precocemente, e, conseqüentemente da sua hipótese de cura, contribuindo, para uma diminuição do número de mulheres vítimas do carcinoma da mama.

## 2. Enquadramento Teórico

### 2.1. O cancro

O corpo humano é constituído por milhares de células que em conjunto formam os tecidos do organismo humano. As células são capazes de se reproduzirem a partir da divisão celular e, nesse mecanismo, as células velhas morrem e são substituídas por novas. É importante que o processo do ciclo de vida das células se realize de forma ordenada para que o organismo permaneça saudável. Caso contrário devido a alterações genéticas, as células podem começar a multiplicar-se de forma desregulada, e, por consequência, as células envelhecidas não morrem, o que resulta na formação de uma massa muscular à qual se dá a denominação de tumor (Azevedo, 2004).

De acordo com Vieira (2009), os tumores podem ser classificados como benignos e malignos, existindo características importantes que os diferenciam:

**Tumor benigno** – é definido como sendo um cisto, que se desenvolve lentamente a partir de células defeituosas, restrito por uma espécie de cápsula. O seu crescimento caracteriza-se por ser de forma expansiva, não invadindo outros tecidos, como, por exemplo, os quistos mamários. O tumor benigno não apresenta qualquer risco de vida, pode ser removido por meio de cirurgia e não volta a aparecer.

**Tumor Maligno (cancro)** – corresponde a um crescimento desordenado de células cancerígenas que se multiplicam e formam uma massa tumoral denominada de cancro. Durante esse processo, as células podem adquirir a capacidade de se infiltrar nos vasos linfáticos ou sanguíneos e são transportadas pelo corpo, podendo, posteriormente, reproduzir-se em outros órgãos e formar, assim, um novo tumor. Tal processo invasor é denominado de metástase. Apesar de ser uma doença tratável, muitas vezes o cancro pode ser mortal.

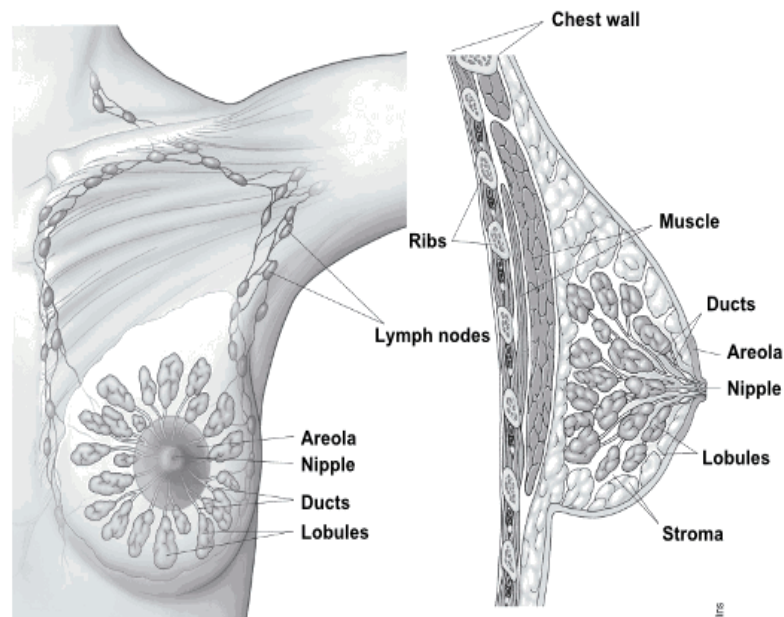
A causa exata das doenças neoplásicas é desconhecida. No entanto, inúmeros estudos associam o aparecimento do cancro a um conjunto de fatores hereditários e ambientais, tais como o estilo de vida, o uso de tabaco, ingestão regular de álcool, consumo de alimentos

hipercalóricos, o stress e a idade. Quanto mais anos se vive maior será a exposição aos efeitos das agressões ambientais. Os cancros hereditários são influenciados por fatores genéticos e manifestam-se independentemente da idade e da exposição ao meio (Simões, 2014).

## 2.2. Características clínicas da mama

As mamas são duas glândulas arredondadas responsáveis pela produção de leite durante o período de aleitamento (Seeley, 1997). Localizadas nas paredes anteriores e laterais do tórax, cada mama é composta por tecidos de sustentação, gordura, nervos, vasos sanguíneos, tecidos, músculos, lobos e ductos. Cada lobo é composto por pequenos lóbulos, que produzem a secreção láctea transportada pelos ductos até aos mamilos (Azevedo, 2005).

Figura 1 - Tecido normal do seio



### Normal breast tissue

Fonte: Oncoguia, 2021

A estrutura das mamas varia de mulher para mulher. O tamanho da mama é influenciado pela idade e hormonas que atuam no desenvolvimento dos tecidos mamários, crescimento e produção de leite. “A mama média estende-se da porção anterior da segunda costela (clavícula) até a sexta ou a sétima costela (...) até a axila.” Externamente é possível visualizar a auréola, uma zona mais pigmentada com formato circular composta por glândulas sebáceas com a função de manter o peito lubrificado durante a fase de amamentação da mulher (Bontrager, 2006).

### **2.3. O cancro da mama**

O cancro da mama desenvolve-se a partir da proliferação descontrolada de células cancerígenas na mama. Pode ser detetado através do rastreio ou ser sentido em forma de um caroço. A maior incidência da doença é no público feminino, sendo muito raro nos homens (American Cancer Society, 2021). O cancro mais comum nasce nos ductos e a sua percentagem é de aproximadamente 90%. Apenas 10% dos casos surgem a partir dos alvéolos responsáveis pela produção de leite durante a fase de lactação. Alguns cancros podem surgir em outras partes da mama, mas são bastante raros (Lawson, 2000).

As características da doença diferenciam-se amplamente de paciente para paciente, desde o crescimento e a progressão da metástase à resposta aos tratamentos. As peculiaridades do tumor mamário estão relacionadas com as mutações das células de origem existentes na mama. (Skibinski, 2015).

O sintoma clássico do cancro da mama é o aparecimento de um caroço no seio. Porém, existem outros sintomas particulares, tais como: a modificação no formato ou na densidade da mama, alterações na textura ou na cor da pele (vermelhidão), depressão do seio, sensação de ardor, comichão, calor, corrimento, sangramento, dor ou desconforto. O peito também pode estar virado para uma posição diferente (Oden, 2004).

O cancro da mama é classificado de acordo com o grau de agressividade e estágio da doença. Os mais comuns incluem os invasivos (*in situ*) e os não invasivos (INCA, 2020).

- O cancro não invasivo origina-se nos ductos ou lóbulos e corresponde ao cancro no seu estágio inicial, quando as células cancerígenas se mantêm e desenvolvem apenas na camada mais superficial dos tecidos. De forma geral, é curável, se tratado antes de se espalhar a outras partes do corpo.

- O cancro invasivo (*in situ*) corresponde a uma fase mais avançada da doença, quando as suas células doentes se espalham pelos tecidos mamários circundantes. Assim, que desenvolvem a capacidade de entrar na corrente sanguínea ou linfática invadem outros órgãos do corpo (metástase) espalhando a doença.

### **2.3.1. Os fatores de risco associados ao cancro da mama**

A causa específica do cancro da mama é desconhecida, mas sabe-se que existe uma forte influência da interação entre fatores genéticos e ambientais designados como fatores de risco, os quais, em conjunto, podem aumentar a probabilidade de desenvolvimento da doença (Otto, 2000; Simões, 2014).

Posteriormente, serão apresentados os principais fatores de risco para o cancro da mama:

- Sexo e o envelhecimento – O principal fator de risco da doença é ser do sexo feminino, sendo raro nos homens, com percentil de apenas 1% (Otto, 2000). O cancro da mama raramente atinge mulheres antes dos 35 anos. A incidência aumenta conforme a mulher vai envelhecendo, principalmente a partir dos 60 anos de idade (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2021).

- História pessoal de cancro da mama – Mulheres que têm um histórico clínico de cancro da mama possuem um maior risco de reincidência da doença, seja na mesma mama ou na outra (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2021).

- História familiar – a mulher tem um maior risco de desenvolver cancro da mama se tiver algum parente de primeiro grau (mãe, irmã ou tia) que padeceu da doença, principalmente antes dos 40 anos. (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2021).

- Raça - A incidência é maior em mulheres brancas (caucasianas) comparativamente às asiáticas, latinas e afro-americanas (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2021).

- Alterações genéticas – Alguns cancros têm a sua origem relacionada com alterações genéticas num dos três grupos de genes, aceleradores, travões e desestabilizadores. Quando os aceleradores sofrem alterações genéticas (oncogénicos) passam a ser considerados patogénicos, pois contribuem para a produção acelerada das células. Os genes travões possuem a função de travarem a produção exagerada das células, mantendo o equilíbrio no organismo. Quando sofrem alterações anormais no ADN (antioncogenes), perdem a função de equilibrar a multiplicação celular e como consequência as divisões celulares passam a acontecer de forma desgovernada. O terceiro grupo (desestabilizadores) são caracterizados por manterem a estabilidade genética. Eles garantem a correção dos erros que ocorrem durante os biliões de divisões celulares que acontecem diariamente no organismo humano. Quando ocorre alguma alteração no funcionamento normal desses genes, as correções dos erros genéticos nas oncogéneses e anticongéneses poderá favorecer o aparecimento do cancro (Simões, 2014). Aproximadamente 10% dos casos de cancro da mama estão associados a mutações na linhagem germinativa, especificamente, nos genes BRCA1 e BRCA2, genes responsáveis por impedir o aparecimento de tumores e manter o equilíbrio das células, corrigindo erros existentes na formação das mesmas. Quando sofrem alguma mutação genética deixam de ter um papel de reparação, o que facilita o desenvolvimento do cancro (Vieira, 2019).

- História menstrual longa – a exposição prolongada à hormona estrogénio está relacionada com o aumento da incidência do cancro da mama. Em vários eventos da vida da mulher esse aumento pode intensificar-se, por exemplo, a menarca precoce, antes dos 12 anos, e a menopausa tardia, depois dos 50 anos. Além disso, mulheres que nunca tiveram filhos e não amamentaram, também possuem um ligeiro risco para o cancro da mama (Otto, 2000).

- Estilo de vida – existem evidências de que mulheres que possuem um estilo de vida mais sedentário, sem a prática de atividade física e que consomem bebidas alcoólicas ao longo da

sua vida podem aumentar o risco de desenvolver o cancro da mama (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2021).

- Obesidade após a menopausa – de acordo com alguns estudos, as mulheres obesas após o período da menopausa, apresentam um maior risco para o cancro da mama, isso porque alguns estrogénios são produzidos no tecido adiposo. Logo, as mulheres obesas apresentam uma maior quantidade da referida hormona no organismo e uma maior probabilidade de desenvolver o cancro da mama (Simões, 2014).

### **2.3.2. O rastreio**

O cancro da mama é uma das doenças mais mortais para o sexo feminino. É impossível evitar o seu aparecimento, mas quanto mais precocemente a doença é detetada, maior a possibilidade de cura. Desta forma, o rastreio é fundamental no diagnóstico precoce da doença. O principal objetivo do rastreio é identificar as fases iniciais do processo de desenvolvimento neoplásico, antes do surgimento de qualquer sintoma, idealmente, quando não pode ser apalpado e não se espalhou (American Cancer Society, 2021).

O diagnóstico precoce deteta as lesões pré-malignas e as lesões malignas iniciais que podem ser tratadas mais facilmente, com a remoção cirúrgica ou com destruição local como a cauterização (Simões, 2014).

Segundo Otto (2000), os principais métodos de rastreio do cancro da mama são o autoexame, a mamografia e o exame clínico.

- Mamografia de rastreio – A mamografia de rastreio permite identificar lesões não palpáveis. O exame é realizado a partir de um aparelho que permite captar a imagem da mama em 2D. O principal objetivo é detetar o cancro da mama num estágio inicial, antes de poder ser sentido pelo toque físico. Também é utilizada para avaliar lesões em estágios mais avançados, como microcalcificações, infiltrações de tecidos adjacentes, lesões multifocais, multicêntricas e bilaterais. É recomendável que as mulheres façam o exame a partir dos 40 anos, a cada 2 anos ou a todos os anos, dependendo do risco de cada mulher, avaliado por um médico. A partir dos

45 anos, as mulheres devem repetir a mamografia bianualmente (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2021)

- Autoexame da mama - A mulheres que menstruam recomenda-se que o autoexame da mama seja realizado na semana seguinte após a menstruação. Caso estejam na menopausa ou com ausência do fluxo menstrual a verificação da mama deve ser feita num dia fixo do mês. O objetivo desta averiguação é identificar um nódulo ou qualquer alteração anormal na mama, seja no formato ou na tonalidade. O autoexame da mama deve ser feito em três posições diferentes: em frente ao espelho, em pé e deitada. Em frente ao espelho, ao levantar e descer o braço, possibilita analisar a existência de alguma alteração nas mamas ou se as mesmas possuem alguma diferença uma para outra. Em pé, é aconselhado realizar o autoexame durante o banho, com o corpo molhado e as mãos ensaboadas. Deve-se levantar o braço e colocar a mão atrás da cabeça e com o outro braço livre apalpar a mama do lado oposto e fazer movimentos circulares, repetindo o mesmo processo com a outra mama. Deitada, deve-se colocar a mão esquerda na nuca e com a mão direita apalpar a mama do lado esquerdo e repetir o mesmo com a mama direita (Vieira, 2019).

- Exame clínico da mama: O exame clínico da mama é uma técnica de rastreio muito comum, realizada por um profissional de saúde especializado que consiste na inspeção e apalpação dos seios. É feito com a mulher sentada virada para frente, com mãos na cabeça. Então, o especialista analisa a presença de quaisquer alterações na pele, pigmentação, abaulamentos ou retrações (Otto, 2000).

### **2.3.3. Diagnóstico do Cancro da Mama**

De acordo com a *American Cancer Society* (2021) existem diversos exames que podem ser utilizados para detetar e diagnosticar o cancro da mama. Se, após a realização da mamografia de rastreio ou do exame clínico da mama, a mulher apresentar algum sintoma da doença, deverá ser submetida a outros testes para confirmar a presença de neoplasia mamária.

São considerados exames específicos que em conjunto possibilitam diagnosticar o cancro da mama:

- **Mamografia de diagnóstico:** é um exame de imagem utilizado para analisar a mama da mulher que apresenta algum sintoma ou quando alguma lesão é identificada na mamografia de rastreio. Esse exame tem a característica de ser mais minucioso que a mamografia de rastreio, pois consegue captar imagens mais detalhadas do tecido mamário. A sua principal finalidade é a identificação de nódulos, microcalcificações ou alguma distorção nalguma parte dos tecidos mamários, que possam confirmar a presença de um tumor maligno ou ajudar os profissionais da saúde a decidir se serão necessários outros exames. Atualmente, a mamografia está mais desenvolvida e permite a captação de imagens em 3 D. Assim, a mama pode ser visualizada em diversas camadas o que possibilita a deteção de mais de 43% dos cancros comparativamente a 2D (Vieira, 2019).

- **Ultrassonografia mamária:** corresponde a um exame de imagem computadorizada do interior da mama com a função de averiguar certas alterações mamárias que dificilmente são captadas pela mamografia. Este exame possui a capacidade de diferenciar se a composição do cisto é líquida (normalmente não é cancro) ou é uma massa sólida (American Cancer Society, 2021).

- **Biópsia:** quando os exames de imagem indicam suspeita de cancro na mama é preciso recorrer ao exame de biópsia para confirmar a presença de células cancerígenas. A biópsia é um exame invasivo, realizado com agulha, para retirar a tecido lesionado. A biópsia de aspiração com agulha fina é a mais utilizada para recolher amostras de tecido celular e/ou líquido nos tumores palpáveis (American Cancer Society, 2021).

#### **2.3.4. Tratamento**

Após a realização do estadiamento do cancro, o médico conseguirá traçar um plano de tratamento da doença. O termo estadiamento é utilizado para designar uma avaliação do grau de desenvolvimento do carcinoma baseado em critérios pré-estabelecidos pela União Internacional de Combate ao Cancro (UICC) que classifica o cancro em T = tumor N= nódulo e M = metástase (TNM). Além do mais, essa avaliação possibilita enquadrar o cancro, de acordo com as suas características de desenvolvimento, em estágios: I, II, III e IV. Desta forma, o

estadiamento é importante para definir a extensão da doença, gravidade e evolução da mesma e, posteriormente, contribuir para que o médico possa definir o tratamento mais adequado (Bontrager, 2005).

Tabela 1 - Classificação TNM

<b>Classificação TNM</b>	
<b>Estádio 1</b>	T1 Tumor de 2 cm ou menos
	N0 Não há gânglios axilares palpáveis
	M0 Não há metástases evidentes
<b>Estádio 2</b>	T0 Não há tumor palpável
	T1 Tumor de 2 cm ou menos
	T2 Tumor com menos de 5 cm
	N1 Gânglios axilares palpáveis com provas histológicas de malignidade da mama
	M0 Não há metástases evidentes
<b>Estádio 3</b>	T3 Tumor com mais de 5 cm, pode estar fixado ao músculo ou fáscia
	N1 ou N2 Gânglios fixados
	M0 Não há metástases evidentes
<b>Estádio 4</b>	T4 Tumor de qualquer dimensão com fixação à parede torácica ou à pele; presença de edema, incluindo “casca de laranja”; ulceração; nódulos cutâneos; carcinoma inflamatório
	M3 Gânglios supraclaviculares ou intraclaviculares ou edema no braço
	N1 Presença ou suspeita de metástases à distância

Fonte: Redfield & Molbo, 1995

O tratamento do carcinoma da mama pode ser dividido em local (cirurgia e radioterapia) ou sistémico (quimioterapia, hormonoterapia e imunoterapia). A técnica terapêutica a ser escolhida pelo médico está relacionada com a classificação do estágio de desenvolvimento do cancro (estadiamento). O tratamento local corresponde à remoção ou destruição do cancro numa área específica por meio de cirurgia ou radioterapia. Se apresentar a proliferação do tumor noutras áreas do corpo (metástase), pode ser realizado um tratamento sistémico, com técnicas de hormonoterapia e quimioterapia, com foco na destruição ou controlo do cancro por todo o corpo. Outras finalidades do tratamento sistémico é nos cuidados paliativos, a fim de controlar o carcinoma e na prevenção do reaparecimento da doença (Azevedo, 2004).

O tipo de cirurgia escolhida dependerá de um conjunto de características a serem analisadas pelo médico, tais como: o tamanho da mama, o tamanho do tumor em centímetros, o envolvimento do carcinoma com outras partes da mama ou do corpo, presença de nódulos linfáticos e o tipo de reconstrução a ser feita na mama (Azevedo, 2004)

O tratamento com cirurgia conservadora é indicado para a remoção de cancros até 3 cm de diâmetro. A cirurgia permite retirar o tumor e uma pequena área que o circunda e possui a vantagem de preservar uma proporção maior da mama, pelo que, do ponto de vista estético, é mais favorável para o bem-estar psicológico da mulher (Instituto Nacional do Câncer, 2002).

A cirurgia de remoção total da mama (mastectomia) e, às vezes, parte da axila, é indicada, nos casos de presença de tumores malignos com tamanho superior a 3 cm. O seu principal objetivo, além de excluir o nódulo, é impedir que a doença prolifere para outros órgãos do corpo. Possui a desvantagem de, ao mutilar a glândula mamária da mulher, causar um impacto negativo na sua autoestima (Instituto Nacional do Câncer, 2002).

A radioterapia é um tratamento médico oncológico local, que utiliza a energia ionizante no tratamento paliativo ou curativo. A técnica promove a penetração da radiação na mama com a função de destruir o tumor ou impedir a sua evolução. Existem dois tipos de radioterapia, a externa e a interna. A primeira consiste na utilização de um aparelho externo que emite radiação diretamente no local onde se encontra o cancro. A segunda, como o próprio nome remete,

compreende a inserção direta da radiação dentro da mama afetada (American Cancer Society, 2021).

O tratamento sistémico engloba a quimioterapia e a hormonoterapia. A quimioterapia é um recurso terapêutico que administra fármacos com a finalidade de destruir as células cancerígenas, e retardar o processo metastático das células doentes. Os principais efeitos colaterais da quimioterapia são: a queda de cabelo, náuseas, vômitos, diarreia e anemia. Também afeta as células normais, como os glóbulos brancos, o que influencia o surgimento de infecções frequentes. A administração pode ser via oral ou endovenosa (Otto, 2009). A hormonoterapia é utilizada após a intervenção cirúrgica para retardar ou prevenir a evolução do cancro. Sabe-se que a maioria dos tumores malignos da mama desenvolvem-se pelo estímulo da hormona estrogénio. A hormonoterapia atua, basicamente, para bloquear o estrogénio destinado à mama, impedindo a evolução do tumor (Harrison, 1999).

Numa última fase, após os tratamentos e a cirurgia de mastectomia é recomendada a reconstrução da mama. Trata-se da realização de uma cirurgia plástica de reparação da mama com pele, gordura e músculo extraídos do abdómen ou através da colocação de uma prótese de silicone (Ogden, 2004).

#### **2.4. Cancro da mama – Aspetos Psicológicos**

A sociedade, na sua generalidade, considera que uma das piores situações que pode acontecer a um indivíduo é ser diagnosticado com cancro. Tal conceção baseia-se nas crenças populares de que esta doença é incurável, com tratamentos dolorosos, associados a algum tipo de mutilação física e que rapidamente poderá conduzir à morte (Spiegel, 1997).

Quando é anunciado o diagnóstico de cancro da mama, a mulher entra num estado de instabilidade emocional a par de sentimentos como: a incerteza, medo de morrer, preocupação com o sofrimento que poderá ser causado pelo tratamento, tristeza, isolamento social, luto, entre

outros. Estas reações são naturais, considerando o impacto que o cancro acarretará, de um modo geral, na vida da mulher (Bergamasco, 2001).

Neste contexto, a paciente precisará de apoio social, sobretudo dos seus familiares, eles próprios também fragilizados e inseguros perante a incerteza da situação. Desta forma, estes últimos nem sempre terão condições de promover um apoio emocional devido à paciente.

É neste contexto que o trabalho do Psicólogo se torna fundamental, tanto para a família como para a paciente. O suporte emocional de um profissional possibilitará à mulher falar abertamente sobre as suas angústias e desesperos e, principalmente, sobre o medo da morte (Spiegel, 1997).

Além de enfrentar todo o processo de tratamento contra a doença que pode ser bastante penoso fisicamente, a mulher terá de ultrapassar várias etapas emocionais despertadas no decorrer do ciclo de diagnóstico, tratamento e após o seu término. Num primeiro momento, a mulher e a família poderão entrar em estado de choque, tendo em mente a ideia de incurabilidade e mortalidade associados à doença (Venâncio, 2004).

Inicialmente, a paciente poderá rejeitar a ideia de que tem a doença e poderá procurar outros médicos para obter um outro diagnóstico. A mulher poderá passar por vários lutos durante as fases de averiguação da doença, confirmação, da necessidade de uma mastectomia, assim como o luto relacionado com os efeitos colaterais causados pelos tratamentos terapêuticos a longo prazo (Spiegel, 1997).

Após o diagnóstico da doença, uma das grandes preocupações da mulher é a perda ou mutilação da mama, quando existe a indicação de cirurgia para remoção do tumor. Segundo Tait (1996), é um sentimento natural diante de toda a representatividade que a mama significa dentro da sociedade, seja como símbolo da maternidade (amamentação), seja como símbolo da sensualidade e feminilidade ligados à identidade da mulher.

Nestas circunstâncias, durante todas as etapas do percurso da doença, o psicólogo oncológico atuará com recurso às suas técnicas profissionais na escuta ativa das reclamações

da paciente, com a finalidade de apoiar e contribuir para que a mesma consiga enquadrar mentalmente a sua doença, encorajando-a a encontrar estratégias para enfrentar as diversas situações de stress inerentes ao processo. Além disso, o psicólogo estará atento a qualquer manifestação de doença psicológica, como a ansiedade e depressão, comuns em pacientes oncológicos (Venâncio, 2004).

O psicólogo irá intervir em todas as variáveis psicológicas que emergem na paciente e nos seus familiares, atuando como ponte de mediação entre estas duas equipas multidisciplinares. O objetivo é a promoção de uma comunicação eficiente entre todos, contribuir para melhorar o tratamento oncológico, as expectativas de sobrevivência da mulher e o seu bem-estar (Venâncio, 2004).

## **2.5. Crenças de saúde e perceção do cancro da mama**

A evolução da medicina, juntamente com o desenvolvimento de medicamentos como os antibióticos, possibilitou a cura e a diminuição da incidência de doenças infecciosas na população. Por outro lado, houve um aumento significativo de doenças crónicas com causas relacionadas com o estilo de vida dos indivíduos. Desta forma, tornou-se fundamental o enfoque em aspetos sociais e psicológicos na área da saúde (Coleta, 2010).

Leventhal e colaboradores (1984) foram pioneiros na pesquisa sobre a importância dos fatores psicossociais nos cuidados individuais de saúde e doença. Os autores desenvolveram a teoria do automodelo de regulação em saúde ou de autorregulação do senso comum, baseada na ideia de que cada pessoa, individualmente, constrói esquemas mentais focados na saúde e na doença, de acordo com as suas experiências pessoais ou vivências diretas com pessoas com algum quadro de doença grave ou não. Adicionalmente, sustentaram que tais esquemas mentais exercem influência nos comportamentos em prol da saúde (Leventhal et al., 1984).

Outra teoria que tenta explicar comportamentos promotores e protetores de saúde é o modelo de crenças em saúde, desenvolvido por Becker e outros estudiosos ao longo dos anos 70 e 80,

nos Estados Unidos, com o objetivo de compreender as razões que levavam algumas pessoas a não fazerem a prevenção de doenças que já possuíam vacinas e testes, como a poliomielite. Concluíram que a motivação para a adoção de comportamentos preventivos/ não preventivos baseia-se nas crenças que cada um possui sobre saúde e doença, influenciadas por quatro variáveis psicológicas: percepção da suscetibilidade à doença; percepção da gravidade da doença; percepção dos benefícios de determinadas atitudes; os sacrifícios relacionados com essas atitudes (Coleta, 1999).

Por outras palavras, a disposição do indivíduo para implementar comportamentos benéficos para a sua saúde relaciona-se com a sua suscetibilidade percebida de contrair uma enfermidade específica e a sua severidade, avaliada de acordo com as suas consequências (dor, morte, gastos, modificação do estilo de vida, etc.). Além disso, os custos com o investimento de dinheiro, tempo, problemas podem estar associados às crenças de não adesão às ações. Tais percepções serão influenciadas por uma panóplia de características do sujeito como a sua classe social, idade, etnia, contato prévio com a doença, etc. (Coleta, 2010).

O modelo de crenças em saúde prevê que mulheres saudáveis com crenças de suscetibilidade à doença, percebida como grave, têm uma maior possibilidade de realizar a mamografia de forma regular em detrimento das que não se sentem ameaçadas pelo cancro. E entendem os custos baixos da prevenção comparativamente aos benefícios, pois a doença poderá ser identificada numa fase inicial, com maior oportunidade de cura através de tratamentos menos invasivos (Champion, 1999).

Outro ponto importante que motiva os comportamentos preventivos é a quantidade de informação que a mulher possui e se está devidamente esclarecida sobre todos os aspetos da doença. Normalmente estes conhecimentos são adquiridos através de folhetos informativos, Internet e profissionais de saúde (Ogden, 1999).

A mulher tem um papel crucial na prática de ações em benefício da sua saúde, principalmente na realização de mamografias de forma regular com a finalidade de detetar precocemente o cancro. Estas atitudes vigilantes são influenciadas pela maneira como a mulher acredita que poderá desenvolver a doença, o quanto entende a sua gravidade, os benefícios da

prevenção e as suas expectativas quanto ao tratamento, bem como experiências anteriores, principalmente com pessoas próximas. Assim, é fundamental conhecer tanto as crenças quanto o conhecimento etiológico que as mulheres possuem sobre o carcinoma da mama (Paulo, 2010).

Muitas mulheres, quando não conhecem de forma clara os fatores de risco, associam a doença a fatores genéticos. Assim, quando não possuem histórico familiar da doença, consideram que não se irá manifestar, não sendo necessário realizar o rastreio (Fugita et al., 2006).

Assim, com base na teoria de Becker, a melhor forma de combater os comportamentos de não adesão ao rastreio do cancro da mama é através da modificação das crenças que a mulher possui em relação à doença, e principalmente, conhecer a gravidade da enfermidade, assim como os seus fatores de risco e a importância da detecção precoce.

## **2.6. Comportamentos saudáveis**

Pensar em saúde como ausência de doença remete para um modelo de assistência médica, em que um sujeito que está doente é diagnosticado por um profissional de saúde, é medicado, a enfermidade é "removida", e ele volta ao seu estado biológico de equilíbrio normal. Esta era a percepção que se tinha desse termo em tempos remotos (Scully, 2004).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, ser saudável não significa apenas ausência de doenças, mas envolve o bem-estar físico, mental e social. Embora a definição não esteja completamente errada, passou a ser questionada e amplificada por muitos estudiosos, que equacionam a saúde muito além desta definição simplista. Assim, a saúde é influenciada pelo contexto sociocultural, pelas necessidades do sujeito a nível social, psicológico, emocional, e físico e percepções da forma de experienciar a vida (Scully, 2004).

O conceito de saúde está, pois, diretamente relacionado com a qualidade de vida, ou seja, a prática de hábitos saudáveis como a prática de atividade física e alimentação saudável, hábitos que em conjunto contribuem para a diminuição do risco de diversas doenças físicas e mentais.

Simultaneamente, é importante praticar certas ações para evitar a doença, tais como: vacinação; incentivar a amamentação; ter uma dieta equilibrada e nutritiva; manter o convívio social e trocar informações; participar de oficinas criativas, que despertem o convívio social e a catarse.

Esta forma de definir a procura por uma vida saudável permite ampliar o conceito para o indivíduo que está inserido dentro da sociedade e que possui necessidades a serem supridas, nomeadamente físicas, psicológicas e sociais. Neste contexto, também é da responsabilidade do sujeito ter esses cuidados com o próprio bem-estar de um modo geral.

Contudo, nem sempre é possível, manter um estilo de vida saudável. Nos últimos anos, o papel da mulher na sociedade sofreu muitas alterações, com a diminuição do número de filhos, inclusão crescente e expansiva no mercado de trabalho, contribuindo para o rendimento familiar, além da possibilidade de estudar (Coelho, 2009). Contudo, comparativamente aos homens, a grande maioria das mulheres, fora do horário laboral remunerado, exerce, ainda, a função de mãe e dos cuidados com a casa (Coelho, 2009).

Face ao exposto, é importante perceber que para evitar o aparecimento do cancro da mama, é necessário alterar os fatores de risco modificáveis e compatíveis com as ações para se manter saudável, como alimentação saudável, prática de desporto, realização de rastreios etc.

O conceito de saúde ou estar saudável é bastante amplo, não é apenas ausência de doença, mas está relacionada com o bem-estar físico, biológico e psicológico nos seres humanos (Júnior, 2004).

### **3. Método**

#### **3.1. Objetivo Geral**

Pretende-se avaliar a percepção do cancro da mama e os comportamentos preventivos da doença, numa amostra de mulheres residentes em Portugal e no Brasil.

#### **3.2. Objetivos específicos**

Avaliar e comparar as amostras, tendo em vista os seguintes objetivos:

- i. Identificar quais são os conhecimentos sobre fatores de risco, sinais de alerta e tratamento do cancro da mama.
- ii. Identificar quais são os conhecimentos sobre o rastreio do carcinoma da glândula mamária da mama e os comportamentos adotados face a esta medida preventiva.

#### **3.3. Desenho do estudo**

Este estudo integra uma pesquisa transversal, observacional e descritivo.

#### **3.4. Participantes**

As amostras deste estudo são constituídas por 30 mulheres portuguesas, com idades compreendidas entre 30 e 60 anos e 30 mulheres de nacionalidade brasileira com um intervalo de idades entre 30 e 64 anos, com os seguintes critérios de inclusão:

1. Ser mulher.
2. Ter idade igual ou superior a 30 anos.
3. Não ter cancro da mama.
4. Saber ler e escrever.
5. Ser brasileira e portuguesa.

### **3.5. Procedimento**

A recolha de dados foi realizada através de um inquérito disponibilizado numa plataforma *online*, pertencente à aplicação docs do Google (formulários Google), divulgado por correio eletrónico e um vídeo, publicado nas redes sociais *facebook* e *instagram*, a solicitar a participação das mulheres nesta investigação.

Foram criados dois formulários na plataforma supracitada, com *links* independentes, um destinado às participantes brasileiras e o outro às portuguesas, devido à utilização de questionários nas versões portuguesa e brasileira. Esta distinção foi necessária pois, em cada um, foram utilizados vocabulários mais familiares a cada país. A título de exemplo, a palavra cancro é bastante usada em Portugal, enquanto no Brasil é utilizada a palavra câncer. Outra palavra alterada foi desodorizante para antitranspirante, no questionário sobre Prevenção do Cancro da Mama – conhecimento, atitude e práxis. Esta substituição de palavras foi crucial para evitar dúvidas no preenchimento do questionário pelas inquiridas. Na página inicial dos inquéritos, estava explícito para as participantes os objetivos e critérios de participação bem como. uma introdução destacando que a participação era voluntária, e que todos os dados eram anónimos e confidenciais. Também foi disponibilizado um endereço de correio eletrónico, com o intuito de esclarecer eventuais dúvidas. No entanto, não foi rececionado nenhum *email* com pedidos de esclarecimento.

### **3.6. Instrumentos**

Ao ser definido um tema focado no cancro da mama e com vista a alcançar os objetivos propostos, tornou-se indispensável a utilização de um questionário simples, objetivo e de fácil compreensão, com a finalidade de analisar o grau de entendimento que o público-alvo possui sobre a doença. Recorreu-se a um questionário criado pela Doutora Ana Catarina Gonçalves, utilizado na sua tese de conclusão de mestrado integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Faculdade de Coimbra, com o tema “Prevenção do Cancro da Mama – Conhecimento, Atitude e Praxis”, defendida no ano de 2015.

O questionário é composto por 18 perguntas fechadas com respostas únicas ou de múltiplas escolhas. Dividido em 3 partes:

- a primeira secção inclui os dados sociodemográficos, idade, estado civil, grau de escolaridade e local de residência.
- a segunda é composta por 10 questões fechadas sobre fatores de risco, sinais de alerta, método de rastreio, tratamento, probabilidade de cura, práticas e frequência dos exames de rastreio.
- a terça e última contem 4 perguntas relacionadas com os meios pelos quais a mulheres buscam informações sobre a doença, como elas recebem as informações do médico e como entendem sobre este assunto.

A autora realizou um pré-teste, com a escolha aleatória de 10 mulheres como respondentes, com a finalidade de analisar possíveis dificuldades de entendimento textual, perguntas respondidas de forma incompleta ou deixadas sem responder, bem como eventuais sugestões de alteração. Após o pré-teste, foram feitas pequenas alterações no questionário e a versão final foi reaplicada. O tempo médio de preenchimento variou entre 5 e 7 minutos.

### **3.7. Análise estatística**

No geral, todos os resultados obtidos foram destinados à análise estatística descritiva. Os dados foram transferidos para uma base de dados para análise estatística com recurso ao programa Excel, e exemplificados no trabalho em forma de tabelas, para facilitar a descrição do principal objetivo - comparar as características das mulheres brasileiras e portuguesas.

## 4. Resultados

### 4.1. Caracterização da amostra

A amostra utilizada é constituída por 60 mulheres, sendo 30 de nacionalidade portuguesa e 30 de nacionalidade brasileira com as seguintes características:

Tabela 2 - Características sociodemográficas e informações relevantes

	<b>Variáveis</b>	<b>Freq. (n)</b>	<b>Perc. (%)</b>	<b>Freq. (n)</b>	<b>Perc. (%)</b>	
		<b>Portuguesas</b>	<b>Portuguesas</b>	<b>Brasileiras</b>	<b>Brasileiras</b>	
<b>Idade</b>	25-35	15	50	15	50	
	36-46	8	26,7	11	36	
	47-57	4	13,3	2	7	
	58-68	3	10	2	7	
	Média/desvio padrão	43,3 - 9,71		38,47 - 9,21		
<b>Estado Civil</b>	Solteira	8	26,6	9	30	
	Casada	13	43,3	14	46,7	
	Divorciada	5	16,7	2	3,3	
	Viúva	1	3,3	-	-	
	União estável	3	10	5	16,7	
<b>Grau de escolaridade</b>	Ensino básico 1º Ciclo (4º ano)	1	3,3	2	6,6	
	Ensino básico 2º Ciclo (6º ano)	1	3,3	-	-	
	Ensino básico 3º Ciclo (9º ano)	6	20	-	-	
	Ensino secundário	13	43,3	6	20	
	Licenciatura Incompleta	-	-	3	10	
	Ensino superior licenciatura)	5	16,7	16	53,3	
	Ensino Pós-graduado (Mestrado/Doutoramento)	4	13,3	3	10	

## 4.2. Objetivo 1

Analisar e comparar a percepção do cancro da mama e comportamentos preventivos da doença, numa amostra de mulheres residentes em Portugal e Brasil.

No que diz respeito aos conhecimentos sobre os fatores de risco para o cancro da mama, 90% das mulheres portuguesas indicaram corretamente a opção antecedentes familiares, 36,7% o tabaco, 23,3% o álcool, 60% a idade, 30% os contraceptivos orais, 16,7% a obesidade, 26,7% o sedentarismo, 30% o género e 10% a dieta.

De modo comparável, 90% das mulheres brasileiras assinalaram antecedentes familiares, 60% o tabaco, 46,7% o álcool, 50% a idade, 36,7 a obesidade, 53,3 o sedentarismo, 13,3% o género, 50% contraceptivo oral e 6,7% a dieta.

Quanto aos fatores de risco indicados incorretamente pelas mulheres portuguesas, destacamos os seguintes percentuais: traumatismo mamário 63,3%, o stress 46,7%, soutien apertado 23,3%, drogas 20%, desodorizante 6,7%, amamentação 6,7%, quaisquer medicamentos 3,3%, gravidez 3,3%, outro vestuário 3,3%, exercício físico 6,7% e relações sexuais 3,3%.

As mulheres brasileiras acreditam, erroneamente, que os seguintes itens são fatores de risco para o carcinoma da mama: traumatismo mamário (30%), stress (60%), soutien apertado (3,3%), drogas (36,7%), desodorizante (26,7%), amamentação (3,3%), quaisquer medicamentos (3,3%), gravidez (3,3%) e relações sexuais em (6,7%). No que concerne aos conhecimentos sobre os sinais de alerta para o carcinoma da mama, verificou-se que quando questionadas, 100% das mulheres portuguesas indicaram corretamente o aparecimento de um “caroço” ou espessura numa mama ou axila, 53,3% a mudança de forma ou posição de um dos mamilos, 57,7% qualquer deformação ou enrugamento, 80% corrimento do mamilo, 57,7% qualquer ondulação ou vermelhidão, 76,7% a dor ou desconforto que sinta só numa mama, e, por fim, 53,3% o aumento de volume de qualquer mama. Incorretamente indicaram como sinal de alerta, comichão na mama (26,7%).

De modo correspondente, 93,3% da amostra brasileira apontou o aparecimento de um “caroço” ou espessura numa mama ou axila, 43,3% a mudança de forma ou posição de um dos mamilos, 43,3% qualquer deformação ou enrugamento, 76,7% corrimento do mamilo, 63,3% qualquer ondulação ou vermelhidão, 63,3% dor ou desconforto que sinta só numa mama e 46,7% aumento de volume de qualquer mama.

Erroneamente, indicaram duas opções: mamas de tamanhos diferentes desde a nascença (13,3%) e comichão na mama (26,7%).

No que se refere às atitudes a serem tomadas quando notarem alguma alteração no mamilo:

Tabela 3 - Resposta à pergunta: “Se notar alguma alteração na mama, deve:”

<b>Variáveis</b>	<b>Freq.(n) Portuguesas</b>	<b>Perc.(%) Portuguesas</b>	<b>Freq.(n) Brasileiras</b>	<b>Perc.(%) Brasileiras</b>
Esperar	1	3,3%	1	3,3%
Ir ao médico	29	96,7%	29	96,7%
Perguntar à vizinha	0	0%	0	0%

Se não existe qualquer alteração nas mamas, os intervalos de tempo que as amostras entendem que é necessário consultar com um médico são:

Tabela 4 - Resposta à pergunta: “Se não tem alterações, só é preciso ir ao médico:”

<b>Variáveis</b>	<b>Freq.(n) Portuguesas</b>	<b>Perc.(%) Portuguesas</b>	<b>Freq.(n) Brasileiras</b>	<b>Perc.(%) Brasileiras</b>
De 5 em 5 anos	4	13,3%	1	3,3%
Uma vez por ano	26	86,7%	28	93,3%
Nunca	0	0%	1	3,3%

Relativamente à resposta sobre a idade para a realização da mamografia, 30% das mulheres portuguesas responderam corretamente, dos 45 aos 69 anos e 34,3% indicaram, incorretamente, em toda idade adulta, 23,3% responderam dos 18 aos 80 anos e apenas 3,3% acreditam que o exame deve ser realizado somente após ter filhos.

No que diz respeito às respostas das mulheres brasileiras, 33,3% indicaram a resposta correta (dos 45 aos 69 anos), enquanto 56,7% indicaram, incorretamente, em toda idade adulta e 10% dos 18 aos 80 anos.

Sobre a questão do intervalo de tempo entre a realização das mamografias, 46,7% das mulheres portuguesas responderam corretamente (a cada 2 anos) e, erradamente, 46,7% indicaram todos os anos e 6,7% de 5 em 5 anos. Adequadamente, 16,7% das inquiridas brasileiras acreditam que o exame mamográfico deve ser realizado com intervalo de 2 anos, 80% acreditam que a mamografia deve ser realizada uma vez por ano e 3,3% a cada 5 anos. Acertadamente, 83,3% das mulheres portuguesas responderam que é falsa a ideia de que “O tratamento do cancro da mama é sempre o mesmo para todas as mulheres”, e 16,7% responderam erradamente que a referida informação está certa.

Ao comparar a escolha de respostas das mulheres brasileiras, verificamos que 50% acreditam que o tratamento do cancro pode variar de acordo com cada caso, em contrapartida 50% deste grupo de mulheres consideram que o tratamento é o mesmo para todos os diagnósticos.

Relativamente à questão “Se tiver um cancro da mama descoberto cedo e bem tratado, a probabilidade de desaparecer, é:”, 70% das mulheres portuguesas acertaram, ao apontar a opção 90%, 20% erraram ao responder que a probabilidade de cura é de 50%, igualmente, 6,7% indicaram 25%, e 3,3% acredita que não há cura.

No que respeita às respostas das mulheres brasileiras sobre esta questão, 76,7% responderam corretamente (90%), e erroneamente 13,3% indicou 50% e 10% optou pela resposta 25%.

Relativamente à informação dada pelo médico, 56,7% das mulheres portuguesas responderam ser clara e suficiente, 30% apontaram ser clara e insuficiente e 13,3% consideraram confusa. Quanto às respostas das mulheres brasileiras, observou-se que 50% consideram que a informação disponibilizada pelo médico é clara e suficiente, enquanto 40% consideram-na clara e confusa e 10% confusa.

Tabela 5 - Resposta à pergunta: “A informação dada pelo médico é:”

<b>Variáveis</b>	<b>Freq.(n)</b>	<b>Perc.(%)</b>	<b>Freq.(n)</b>	<b>Freq.(%)</b>
	<b>Portuguesas</b>	<b>Portuguesas</b>	<b>Brasileiras</b>	<b>Brasileiras</b>
Clara e suficiente	17	56,7	15	50
Clara e insuficiente	9	30	12	40
Confusa	4	13,3	3	10

Referente a questão sobre o quanto as mulheres entendem sobre o tema cancro da mama, temos os seguintes resultados:

Tabela 6 - Resposta à pergunta: “O que entende sobre o assunto”

<b>Variáveis</b>	<b>Freq.(n)</b>	<b>Perc.(%)</b>	<b>Freq.(n)</b>	<b>Perc.(%)</b>
	<b>Portuguesas</b>	<b>Portuguesas</b>	<b>Brasileiras</b>	<b>Brasileiras</b>
Não entendo nada	0	0	2	6,7
Entendo pouco	16	53,3	18	60
Entendo grande Parte	13	43,3	10	33,3
Entendo tudo	1	3,3	0	0

### **4.3. Atitudes e comportamentos**

Verificou-se 66,7% das inquiridas portuguesas que costumam fazer o autoexame da mama, 30% faz, mas não sabe bem como o fazer, e 3,3% não fazem a averiguação da mama.

Relativamente às mulheres brasileiras, 53,3% confirmam a realização do autoexame da mama, 30% faz, mas não sabe bem como se faz e 16,7% não fazem.

72,4% das mulheres portuguesas responderam que fazem o autoexame da mama apenas quando se lembram, 10,3% várias vezes ao mês, 6,9% todos os dias e 10,3% analisam a mama no período adequado (todos os meses, na semana após a menstruação).

80,8% das mulheres brasileiras fazem o autoexame ao peito apenas quando se lembram, 15,4% várias vezes ao mês e 3,8% fazem todos os dias.

Da amostra portuguesa relativamente às mulheres que não fazem o autoexame da mama, 25% não sabem como o fazer e 75% indicaram outros motivos.

Das participantes brasileiras, 27,3% justificaram que não praticam a averiguação preventiva da mama por receio do que possam vir a encontrar, 18,2% não sabem fazer o autoexame e 54,5% indicaram a opção outros motivos.

53,3% do grupo de mulheres portuguesas não fazem o exame radiológico dos seios, em contrapartida, 46,7% têm por hábito fazê-lo.

Metade das inquiridas brasileiras (50%) não costumam fazer a mamografia, e a outra metade refere ser habitual fazer o exame clínico da mama.

Às mulheres portuguesas que costumam realizar a mamografia, foi questionado o intervalo de tempo entre cada exame. Assim, observaram-se as seguintes percentagens: 53,4% todos os anos, 33,3% a cada dois anos e 13,3% de vez em quando.

81,2% das mulheres brasileiras costumam o fazer todos os anos e 18,8% de vez em quando.

Quando se trata das razões que impedem as mulheres em buscarem ajuda médica, temos os seguintes resultados:

Tabela 7 - Motivos para a não realização da mamografia

<b>Variáveis</b>	<b>Freq.(n) Portuguesas</b>	<b>Perc. (%) Portuguesas</b>	<b>Freq.(n) Brasileiras</b>	<b>Perc. (%) Brasileiras</b>
“Tenho medo de descobrir que tenho cancro da mama”	0	0	0	0
“Acho que o exame deve ser desconfortável”	1	5,9	1	6,3
“O exame tem pouca importância”	0	0	0	0
“Por falta de tempo”	1	5,9	2	12,5
“O médico não aconselha a realização do exame”	9	52,9	3	18,7
“Outra justificação”	6	35,3	10	62,5

Relativamente às opções de fontes de pesquisa, a fim de obterem mais informação sobre o cancro da mama, as mulheres portuguesas recorrem a livros e revistas (36,7%), jornais (23,3%), computador/internet (73,3%), televisão (30%), família e amigos (30%) e outras pessoas com a doença (33,3%).

Quando procuram informações sobre a doença, 26,7% das mulheres brasileiras recorrem a livros e revistas, 16,7% a jornais, 83,3% ao computador/internet, 36,7% à televisão, 23,3% à família e amigos, 13,3% a outras pessoas com a doença e 6,7% não recorrem a nenhum meio para obter conhecimento sobre a doença.

Na questão sobre as atitudes das mulheres portuguesas ao receberem informação sobre a doença, 60% quer saber toda a informação, seja boa ou má, 36,7% apenas recebe a informação do médico, não procurando saber mais, 3,3% quer mais informação apenas se for uma boa notícia.

Do total de mulheres brasileiras que responderam à questão sobre a sua atitude ao receber a informação sobre o carcinoma da mama, 73,3% das inquiridas referiu querer saber toda a informação, seja boa ou má, 16,7 % prefere saber mais informação apenas se foram boas notícias, e 10% apenas deseja receber a informação do médico, não procurando saber mais nada.

Na questão sobre as atribuições causais, as mulheres brasileiras tiveram pontuação de 3,54 nas atribuições psicológicas e 3,72 em fatores gerais, enquanto as mulheres portuguesas obtiveram média 3 em atribuições psicológicas e 3.53 a fatores gerais.

## 5. Discussão

Na análise exploratória sobre a percepção do cancro da mama, em duas amostras de mulheres brasileiras e portuguesas com ausência da doença, analisou-se e comparou-se os seus conhecimentos sobre os temas básicos do carcinoma da glândula mamária.

No presente estudo, os resultados relativos à compreensão dos fatores de risco do cancro da mama, demonstraram que, maioritariamente, ambas as amostras, associaram a doença ao fator hereditário. Por outras palavras, as suas percepções sobre o surgimento da doença relacionam-se com mulheres que possuem algum familiar com histórico clínico do referido carcinoma. Este resultado, assemelha-se à conclusão de uma investigação realizada em Mato Grosso do Sul (Brasil) em 2008, com a participação de 393 mulheres. A maioria, acreditava que a origem da doença está relacionada com mutações genéticas herdadas (Bastiston, Tamaki, Souza, & Santos, 2011).

Assim, devemos destacar que tanto as mulheres brasileiras como as portuguesas que foram entrevistadas, sobre os fatores que aumentam a probabilidade da ocorrência do cancro da mama e relacionam a sua etiologia com uma predisposição genética familiar. Tal percepção pode levar estas mulheres a ignorarem a doença, dado que desconhecem a existência de outros fatores que influenciam o aparecimento do tumor maligno. Esses fatores podem fazer parte da vida de qualquer mulher, e neles se incluem, a menstruação precoce, menopausa tardia, obesidade, ausência de gravidez, reposição hormonal, estilo de vida, etc. Quanto mais esclarecidas as mulheres estiverem sobre as razões que podem influenciar a predisposição para o cancro mamário, mais se sentem suscetíveis à doença e, conseqüentemente, tendem a terem atitudes voltadas para o rastreio (Fugita, 2006).

No que se refere ao conhecimento sobre os sinais de alerta para a manifestação da doença, os resultados demonstraram que praticamente todas as mulheres compreendem que o nódulo é o principal sinal de presença do tumor maligno na mama. Tal evidência pode estar relacionada com o facto de que as ações preventivas do cancro da mama, mais divulgadas pelos meios de comunicação, focam, sobretudo, o autoexame da mama, recomendando a sua realização com vista a descobrir se existe algum caroço/nódulo no seio (Linard et.al, 1998). Outros indícios

apontados pelas inquiridas foram dor e o corrimento na mama. Por outro lado, outras características importantes como a mudança na forma do mamilo/enrugamento; vermelhidão; aumento do volume e comichão não são identificados como possíveis sinais de cancro da glândula mamária. Tais resultados vêm ao encontro de um estudo realizado em mulheres universitárias nos Emirados Árabes Unidos, o qual concluiu que o sinal de alerta mais associado ao carcinoma da mama foi a descoberta de um nódulo e que, tal como na nossa investigação, o conhecimento das participantes sobre os fatores de risco e sintomas/sinais de alerta eram escassos (Rahman et. al., 2019).

Contudo, considera-se que havendo alguma mudança nos seios, essa já se torna uma causa de preocupação. O aparecimento de nódulos, por exemplo, é uma das principais razões pela qual as mulheres procuram a consulta ginecológica, pois é identificada como sintoma do cancro da mama (Santos & Leidersnaider, 2010).

De salientar que as participantes foram unânimes em afirmar que, caso notassem alterações nas mamas procurariam ajuda médica. Esta atitude constitui um fator positivo, pois entrar em contato com o médico possibilita a realização de um possível diagnóstico e intervenção terapêutica. Com efeito, modificações no seio podem indicar um sintoma do tumor maligno e o ideal é que essas mulheres procurem a assistência de um profissional de saúde para realizarem exames de rastreio, antes mesmo do surgimento de qualquer sinal/sintoma, pois é a forma mais eficaz de aumentar a probabilidade de cura da doença através de tratamento menos invasivos. (American Cancer Society, 2021). Os resultados alcançados então em sintonia com os apresentados por Santos e Chubaci (2011), que verificaram que 70% das mulheres investigadas encontraram um caroço na mama antes de qualquer rastreio ou diagnóstico de neoplasia mamária.

No que se refere ao intervalo de idade para realizarem a mamografia, segundo o questionário utilizado nesta tese a opção correta é dos 45 aos 69 anos, poucas entrevistadas indicaram esta opção. Contudo, de acordo com as pesquisas realizadas ao longo do desenvolvimento desta dissertação de mestrado, foi possível verificar que, entre diversas entidades ligadas à área da saúde, não existe um consenso quanto ao intervalo de idades para a realização do exame clínico da mama. Assim, segundo a Sociedade Americana do Cancro esse

exame deverá ser feito a partir dos 45 anos; o Ministério da Saúde brasileiro indica que o ideal é a partir dos 50 anos; enquanto a Sociedade Brasileira de Mastologia aconselha a sua realização desde os 40 anos, opinião partilhada pela Liga Portuguesa contra o Cancro. Esta divergência de opiniões pode constituir um fator de dúvida e hesitação para as mulheres, uma vez que as próprias instituições de referência não são unânimes em apontar a idade adequada para realização da mamografia (Sociedade Brasileira de Mastologia, 2021).

Ainda sobre o exame mamográfico, o estudo identificou que 16,7% das mulheres brasileiras e 46,7% das portuguesas responderam corretamente aquando se deve realizar o exame (bianualmente). Apesar de as últimas terem mais consciência do período correto para realizar o exame de rastreio, trata-se de menos de metade da amostra, o que não deixa de ser uma percentagem baixa, e que nos leva a perceber que, nesta questão, as inquiridas possuem um conhecimento escasso. De igual modo, metade das mulheres que integram os dois grupos estudados não costumam realizar a mamografia, o que é um resultado preocupante. Estes resultados estão de acordo com uma pesquisa realizada a mulheres sauditas, com idades a partir dos 40 anos. Segundo os autores do estudo, no geral, as participantes possuíam poucos conhecimentos sobre a mamografia e que apenas 40% das mesmas costumavam realizar o exame, apesar de muitas delas apresentarem fatores de risco como possuírem familiares com o histórico da doença (Al-Wassia, Farsi, Merdad & Hagi, 2017)

Um ponto importante a ressaltar é que a maioria das mulheres, de ambas as nacionalidades, procuram informação sobre o cancro da mama através de pesquisa na Internet. Uma questão que fica em aberto é saber “quais são esses sites?”. Um estudo realizado em 2018 com o objetivo de analisar as informações contidas na plataforma digital Pinterest, cujo público é, essencialmente, feminino, revelou que, quando o assunto é cancro da mama, o site disponibiliza informações incorretas. O estudo salienta a importância de os profissionais de saúde comunicarem às mulheres que existe muita informação na internet que engloba mitos e incongruências, pelo que é importante consultar plataformas fidedignas e de referência na área da saúde (Wilner, & Holton, 2020).

Quando o diagnóstico do cancro da mama é realizado precocemente a probabilidade de cura é de cerca de 90%. Nesta pesquisa verificou-se que 70% das participantes portuguesas e 76,7% das brasileiras possuem uma percepção correta desse facto, pelo que estão cientes da importância do diagnóstico precoce, bem como da necessidade de as mulheres serem orientadas pelos profissionais de saúde. Com efeito, as mulheres reconhecem a importância da identificação correta dos sinais e sintomas da doença, assim como acesso rápido aos serviços de saúde (OMS, 2007).

O autoexame não é considerado um exame preventivo do cancro da mama, mas possibilita à mulher conhecer o seu próprio corpo e dar-lhe a oportunidade de analisar as suas mamas em busca de alguma alteração ou nódulo. O período mais adequado para a sua realização é na semana após o período menstrual, sendo que as mulheres com ausência do fluxo menstrual devem escolher um dia de cada mês para o realizar. Um levantamento feito no Brasil, em 2010, constatou que 84,5% das mulheres investigadas sabiam fazer o autoexame da mama e que entre essas, 68,33% o fazem de forma regular (Santos, 2010). Outra pesquisa transversal observacional de 2015, realizada em Portugal, averiguou que 80,2% das mulheres afirmaram realizar a palpação das mamas, dessas 14,1% fazem-no no período adequado e 60% apenas quando se lembram. Na presente investigação, os resultados obtidos foram inferiores aos supracitados, revelando que apenas 66,7% das mulheres portuguesas fazem a análise das mamas, e somente 10,3% fazem-no na semana após a menstruação. Do outro lado do Atlântico, verificou-se que 53,3% das mulheres brasileiras fazem o autoexame mamário, mas, deste total, mais da metade não sabem ao certo como o executar e 80,8% somente o faz quando se lembra e nenhuma delas confirmou que o realiza no período apropriado. Tais resultados levam-nos a concluir que, apesar das mulheres, em grande parte, realizarem o autoexame da mama, pouquíssimas o fazem no período correto.

Face ao exposto, concluímos, com base nos resultados encontrados, que tanto as participantes de nacionalidade brasileira como as de nacionalidade portuguesa possuem conhecimentos superficiais sobre as principais temáticas relacionadas com o cancro da mama, sobretudo no que diz respeito aos fatores de risco, métodos de rastreio e tratamento. Esta constatação pode limitar as suas crenças sobre a doença, o que prejudica diretamente o seu

comportamento relativamente à realização de exames de rastreio, bem como, à prática correta do autoexame da mama.

Assim, consideramos ser importante e urgente a criação de novas estratégias, a fim de clarificar e disseminar os conhecimentos sobre o carcinoma da mama entre o público feminino, sendo que o principal meio de divulgação são os profissionais da área da saúde. Quanto mais e melhor forem os conhecimentos que as mulheres possuem sobre esta doença, maior será a sua motivação para a adoção de comportamentos de saúde e de prevenção desta doença.

## **6.Limitação e futuros estudos**

O presente estudo apresentou algumas limitações, nomeadamente, no que respeita ao instrumento utilizado para a recolha de dados - por meio das redes sociais/internet - o que excluiu a participação de mulheres que não utilizam esses meios de comunicação/interação.

Inicialmente, a investigação direcionou-se para mulheres saudáveis, mas, durante a construção do referencial teórico, verificou-se que ser saudável não é apenas ausência de doença, dado que se trata de um termo muito complexo e amplo que envolve principalmente o bem-estar físico e psicológico. Logo, com base nos dados recolhidos, não podemos afirmar que as participantes são “saudáveis”, no sentido lato da palavra, pelo que se redirecionou a investigação para mulheres com ausência de carcinoma da mama.

Apesar das limitações identificadas e outras que podem ser apontadas, considera-se que o estudo realizado permitiu ampliar um pouco mais os conhecimentos sobre o cancro da mama, nomeadamente no que se refere às perceções de mulheres que residem em Portugal e no Brasil.

Futuras investigações podem optar por escolher amostras de participantes com idades a partir dos 45 anos, faixa etária em que já é recomendada a realização da mamografia a cada 2 anos, e que apresenta maiores probabilidade do surgimento da doença. Simultaneamente, recomenda-se ampliar a pesquisa a outras regiões de ambos os países.

## **7. Conclusão**

Esta investigação teve como principal objetivo analisar e comparar as perceções de duas amostras de mulheres brasileiras e portuguesas sobre o cancro da mama.

Com base nos resultados obtidos foi possível concluir que as participantes de ambas as amostras possuem conhecimentos semelhantes em relação à doença e que estão pouco esclarecidas sobre temas importantes relacionados com a mesma, como os fatores de risco, rastreio, sinais de alerta e tratamento. Adicionalmente, verificámos que, independentemente do país em que estas mulheres residem, quando se trata de cuidados preventivos, o que mais influencia as suas atitudes são as suas perceções, conhecimentos e experiências com a doença.

Esta pesquisa não é conclusiva e constitui apenas um contributo para alargar o conhecimento sobre as perceções das mulheres a respeito do cancro da mama, com participantes que residem no continente europeu e na América do Sul. Atendendo à importância do tema, considera-se que existe ainda muito por investigar e descobrir, pelo que se aconselha a realização de estudos futuros.

## 8. Referências

- Al-Wassia, R. K., Farsi, N. J., Merdad, L. A., & Hagi, S. K. (2017). Patterns, knowledge, and barriers of mammography use among women in Saudi Arabia. *Saudi medical journal*, 38(9), 913–921.
- Assis, C. F., & Mamede, M. (2016). A Mamografia e seus Desafios: Fatores Socio educacionais Associados ao Diagnóstico Tardio do Câncer de Mama. *Iniciação Científica Cesumar*, 18(1), 63-72.
- Azevedo, D. R. (2004). *Psicooncologia e interdisciplinaridade: uma experiência na educação à distância*. Porto Alegre: Edipucrs.
- Bäckström, B. (2009). *Saúde e imigrantes: as representações e as práticas sobre a saúde e a doença na comunidade cabo-verdiana em Lisboa*. ACIDI, IP.
- Batiston, A. P., Tamaki, E.M., Souza, L.A., & Santos, M.L.D.M. (2011). Conhecimento e prática sobre os fatores de risco para o câncer de mama entre mulheres de 40 a 69 anos. *Rev Bras Saúde Matern Infant*, 11(2): 163-171.
- Belo, J. C. L. (2009). *Os rastreios do cancro da mama, do cancro do colo do útero e do cancro do cólon do recto*. Dissertação de mestrado. Coimbra: Universidade de Medicina de Coimbra.
- Bergamasco, R. B., & Angelo, M. (2001). Câncer de mama: Como o diagnóstico é experienciado pela mulher. *Revista brasileira de cancerologia*, 47(3), 277-82.
- Bontrager, K. & Lampignano, J. P. (2006). *Tratado e posicionamento radiográfico e anatomia associada*. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora.

- Ciconelli, R.M. (1997). *Tradução para o português e validação do Questionário Genérico de Qualidade de Vida "Medical outcomes study 36 - item short-form health survey (SF-36)"*. Tese de Doutorado em Medicina. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo (Escola Paulista de Medicina).
- Coelho, S., & Porto, Y. F. (2009). Saúde da mulher. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1826>.
- Coleta, M. F. D. (2010). Crenças sobre comportamentos de saúde e adesão à prevenção e ao controle de doenças cardiovasculares. *Mudanças-Psicologia da saúde*, 18(1-2), 69-78.
- Coleta, M. F. D. (1999). O modelo de crenças em saúde (HBM): uma análise de sua contribuição à psicologia da saúde. *Temas em psicologia*, 7(2), 175-182.
- Czeresnia, D. (2003). *O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Duarte, T. P., & Andrade, A. N. D. (2003). Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. *Estudos de psicologia*, 8(1), 155-163.
- Ferreira, P. L. (2000). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I – Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13(1/2), 55-66.
- Ferreira, P.L. (2000). Criação da Versão Portuguesa do MOS SF – 36. Parte – II – Testes de Validação. *Act Med Port.*, 119 – 127.
- Fugita, R. M. I., & Gualda, D. M. R. (2006). A causalidade do câncer de mama à luz do Modelo de Crenças em Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(4), 501-506.

- Ganz, PA (2008). Aspectos psicológicos e sociais do câncer de mama. *Oncology*, 22 (6), 642.
- Gibbons, A., & Groarke, A. (2016). Can risk and illness perceptions predict breast cancer worry in healthy women? *Journal of Health Psychology*, 21(9), 2052-2062.
- Gonçalves, M., S. M. C., & Dias, M. R. (1999). A prática do auto-exame da mama em mulheres de baixa renda: um estudo de crenças. *Estudos de psicologia*, 4(1), 141-159.
- Harrisson, (1999). *Medicina Interna: compêndio*. (14ª ed.). Alfragide: Editora McGrawHill.
- Helman, C. G. (1994). *Cultura, saúde e doença*. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Instituto nacional de câncer (Brasil). (2009). *Sumário Executivo. Políticas e Ações para Prevenção do Câncer no Brasil. Alimentos, Nutrição e Atividade Física*. Rio de Janeiro: INCA.
- Instituto nacional de câncer (Brasil). (2002). *Falando sobre Câncer de Mama*. Rio de Janeiro: INCA.
- Instituto Nacional de Câncer; Ministério da Saúde. (2003). *Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional*, vol. 3. Rio de Janeiro: INCA.
- Instituto Nacional de Câncer. (2020). *Câncer de mama*. Rio de Janeiro; INCA.
- Junior, S., & de Miranda, L. S. (2004). Desconstruindo a definição de saúde. *Jornal do Conselho Federal de Medicina (CFM)*, 15-16.
- Kneece, J. (2005). *Your breast cancer treatment handbook: your guide to understanding the disease, treatments, emotions and recovery from breast cancer*. 6th Edition. Charleston: EduCare

- Lawson, A. & Lawson, J. (2000). *Cancro da mama: pode prevenir-se? Amadora*: Editora McGraw. H. H. de Portugal, Lda
- Leventhal, H., Nerenz, D. & Steele, D. (1984). Illness representations and coping with health threats. In Baum, A., Singer, J. (Eds.). *Handbook of Psychology and Health* (42–65). New York: Erlbaum.
- Linard AG, Amorim FC, Machado FAS. (1998). Detecção precoce do câncer de mama: os efeitos da comunicação de mama na opinião de mulheres. In: Carvalho EC, (Org.) *Comunicação em enfermagem: relatos de pesquisas do 6º Simpósio Brasileiro de comunicação em enfermagem*. Ribeirão Preto, SP: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Fundação Instituto de Enfermagem de Ribeirão Preto.
- Lowdermilk, D. L., & Perry, S. E. (2011). *Saúde da mulher e enfermagem obstétrica*. Brasil: Elsevier.
- Maughan, K. L., Lutterbie, M. A., & Ham, P. S. (2010). Treatment of breast cancer. *American family physician*, 81(11), 1339–1346.
- Maluf, M. F. M.; Mori, L. J. & Barros, A. C. S. D. (2005). O impacto psicológico do câncer de mama. Departamento de Mastologia do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, *Revista Brasileira de Cancerologia*; 51(2): 149-154 149.
- Malzyner, A., & Caponero, R. (2013). *Câncer e prevenção*. MG Editores.
- Marzo-Castillejo, M., & Vela-Vallespín, C. (2018). Sobrediagnóstico en cáncer [Overdiagnosis in cancer]. *Atencion primaria*, 50 Suppl 2(Suppl 2), 51–56.
- Marinho L.A.B, Costa-Gurgel M.S, Cecatti J.G, Osis M.J.D. (2003). Conhecimento, atitude e prática do autoexame das mamas em centros de saúde. *Rev Saúde Pública*. 37: 57682.

- Ministério da Saúde do Brasil (2009). *Tipos de câncer*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer-INCA.
- National Breast and Ovarian Cancer Centre. (2009). *Breast cancer risk factors: a review of the evidence*. Sydney: NBOCC.
- Ogden, J. (2004). *Compreender o cancro da mama*. Climepsi: Lisboa.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde*. Climepsi : Lisboa
- Oliveira, J. M., Silva, R. M., Melo, D. C., Barbosa, S. E., & Araújo, F. M. (2016). Educação em saúde para prevenção do câncer de mama no município de Piripiri-pi: atuação do pet-saúde. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, 5(4).
- Otto, S. E. (2000). *Enfermagem em Oncologia*. (3ª ed.). Loures: Lusociência.
- Parkin, D. Max, et al. (2002). Global Cancer Statistics. *CA: a cancer journal for clinicians* 55.2, 74-108.
- Pinheiro, P. S. (2002). *Câncer in Portugal-Cancro Em Portugal* (Vol. 38) Lisboa: IARC.
- Potter, P. (2014). *Fundamentos de enfermagem*. Elsevier Brasil.
- Pöhls, U. G., Renner, S. P., Fasching, P. A., Lux, M. P., Kreis, H., Ackermann, S., & Beckmann, M. W. (2004). Awareness of breast cancer incidence and risk factors among healthy women. *European journal of cancer prevention*, 13(4), 249-256.
- Quadros, A. C. O. (2005). *Câncer de mama: a cura pode estar em você*. Brasília: Thesaurus,

- Rahman, S. A., Al-Marzouki, A., Otim, M., Khayat, N. E. H. K., Yousef, R., & Rahman, P. (2019). Awareness about breast cancer and breast self-examination among female students at the University of Sharjah: A cross-sectional study. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 20(6), 1901
- Redfield, C. S. & Molbo, D. M. (1995). *Intervenções em Pessoas com Problemas da Mama. Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica* (2ªed.), In Phipps, W. J.; Long, B. C.; Wodds, N. F. & Cassmeyer, V. L. (coord). Lisboa: Lusodidacta.
- Reis, J., & Fradique, F. (2002). Desenvolvimento sociocognitivo de significações leigas em adultos: causas e prevenção das doenças. *Análise Psicológica*, 20(1), 5-26.
- Ribeiro, H. I. D. A. (2017). *Adesão ao Rastreio do Cancro da Mama e Colo do Útero*. Tese de Doutoramento. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Rowe, J. L., Montgomery, G. H., Duberstein, P. R., & Bovbjerg, D. H. (2005). Health locus of control and perceived risk for breast cancer in healthy women. *Behavioral Medicine*, 31(1), 33-42.
- Rodrigues, V. (2009). Prevenção secundária do cancro da mama feminina. *Oliveira C., coord. Manual de Ginecologia. Lisboa. Permanyer Portugal*, 191-201.
- Ross, J. D. R. (2016). *Estratégias para a cobertura do rastreamento populacional do câncer de colo de útero e de mama em uma área rural da estratégia de Saúde da Família de Caxias-Maranhão*. Dissertação de mestrado, Universidade Vale do Rio dos Sinos, Porto Alegre.
- Santos, G., & Chubaci, R. (2011). O conhecimento sobre o câncer de mama e a mamografia das mulheres idosas frequentadoras de centros de convivência em São Paulo (SP, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (5), 2533-2540.

- Scully, J. L. (2004). What is a disease? Disease, disability and their definitions. *EMBO reports*, 5(7), 650-653.
- Seeley, R., Stephens, T. & Tate, P. (1997). *Anatomia & Fisiologia*. (3ª ed.). Loures: Lusociência.
- Sledge, G. W., Mamounas, E. P., Hortobagyi, G. N., Burstein, H. J., Goodwin, P. J., & Wolff, A. C. (2014). Past, present, and future challenges in breast cancer treatment. *Journal of Clinical Oncology*, 32(19), 1979.
- Simões, M. S. (2016). *O cancro*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Spiegel, D., & Nemeroff, CB (1997). *Psychosocial aspects of breast cancer treatment*. In *Seminars in Oncology-Suplementos* (Vol. 24, No. 1, pp. 36-47). New York: Grune & Stratton.
- Skibinski, A., & Kuperwasser, C. (2015). The origin of breast tumor heterogeneity. *Oncogene*, 34(42), 5309-5316.
- Tait, A. (1996). Psychological aspects of breast cancer. In *Breast cancer nursing* (pp. 15-45). Springer, Boston, MA.
- Vaydia, J.S. (2014). *Fast Facts: Breast Cancer: Fifth Edition*
- Venâncio, J. L. (2004). Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. *Revista brasileira de cancerologia*, 50(1), 55-63.
- Viana, V. C. (2011). *Saúde mental, qualidade de vida e acesso aos cuidados de saúde na comunidade brasileira de Lisboa*. ACIDI, IP

Wilner, T., & Holton, A. (2020). Breast Cancer Prevention and Treatment: Misinformation on Pinterest, 2018. *American journal of public health, 110*(S3), S300–S304.

#### Referências Eletrónicas

Direção Geral de Saúde (2014). *Programa Nacional Para Doenças Oncológicas*. Acedido a 20 de Julho de 2018 em [http://www.apah.pt/media/Outros\\_Docs\\_TecnicosRelatorios\\_Tematicos/DGS\\_Relatorio\\_Avaliacao\\_e\\_MonitorizacaoDosRastreiosOncologicosOrganizadosDeBasePopulacionalDePortugalContinental\\_Ano2013\\_Setembro2014.pdf](http://www.apah.pt/media/Outros_Docs_TecnicosRelatorios_Tematicos/DGS_Relatorio_Avaliacao_e_MonitorizacaoDosRastreiosOncologicosOrganizadosDeBasePopulacionalDePortugalContinental_Ano2013_Setembro2014.pdf)

Mendes S. (2015). Diagnóstico precoce e cancro da mama. *J Notícias*. Disponível em: [www.trofasaude.com](http://www.trofasaude.com).

O Rastreio Nacional Para Doenças Oncológicas (2012). *Orientações Pragmática*. Acedida a 18 de Julho de 2018 em <https://www.dgs.pt>.

Seabra, C., Peuker, A. C., Armiliato, M. J., Alves, M., & Castro, E. (2017). Early detection of breast cancer: the role of risk perception and family history. *Psicooncologia*, 14(1), 83-92. Doi: <http://doi.org/10.5209/PSIC.55813>

Sociedade Brasileira de Mastologia (2021).

<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/estudo-de-cancer-reacende-debate-sobre-mamografias-periodicas/13201/7/>

World Health Organization (WHO). (2007). Prevention. Geneva, (Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes). Disponível em: <http://www.who.int/cancer/modules/Prevention%20Module.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2018.