

Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Programa de Pós Graduação em Psicologia

Mestrado em Psicologia Clínica

Linha de Pesquisa: Processo de Saúde-Doença em Contextos Institucionais

Carolina Seabra

Bolsista CAPES

Percepção da doença e de risco e autocuidado para a detecção precoce do câncer de mama no contexto da saúde pública

Orientadora:

Profa. Dra. Elisa Kern de Castro

Co-Orientadora:

Profa. Dra. Ana Carolina W. Baldino Peuker

São Leopoldo
2016

CAROLINA SEABRA

Percepção da doença e de risco e autocuidado para a detecção precoce do câncer de mama no contexto da saúde pública

Dissertação apresentada como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Orientadora:

Profa. Dra. Elisa Kern de Castro

Co-Orientadora:

Profa. Dra. Ana Carolina W. Baldino Peuker

São Leopoldo
2016

S438p Seabra, Carolina

Percepção da doença e de risco e autocuidado para a detecção precoce do câncer de mama no contexto da saúde pública / por Carolina Seabra. — 2016.

84 f.: il., 30 cm.

Dissertação (mestrado) — Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2016.

Orientação: Profa. Dra. Elisa Kern de Castro ; Coorientação: Profa. Dra. Ana Carolina W. Baldino Peuker.

1. Câncer de mama. 2. Detecção precoce. 3. Percepção da doença. 4. Autorregulação. 5. Psico-oncologia. I. Título.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me permitir trilhar este caminho e ter me dado forças para não desistir do objetivo apesar das intempéries. À Nossa Senhora de Caravaggio pelo amparo.

À minha família pelo apoio incondicional, pelos cuidados e estímulo. Por compreenderem minhas ausências. Em especial ao meu marido Marcus pela compreensão, incentivo e carinho. Às minhas amigas que mesmo longe estiveram sempre presentes me ouvindo, acolhendo e me distraíndo; a terapia do riso sempre será uma ótima opção.

Às mulheres que responderam a esta pesquisa e se colocaram disponíveis para fornecer informações sobre o câncer, uma doença que estava distante da realidade delas, mas ao mesmo tempo encontra-se tão próxima de todos nós. À equipe de saúde da mulher do IAPI por nos receber em seu cotidiano de trabalho e nos proporcionar condições para a coleta de dados.

À minha orientadora Prof. Elisa pelo acolhimento disponibilidade e compreensão diante das minhas dificuldades. À minha co-orientadora Ana Carolina pela sua motivação e estímulo a reflexões tão pertinentes e criativas sobre a atuação em saúde. Aos bolsistas de iniciação científica, Miguel, Maria, Luisa, Lilian e Natalia pela extrema dedicação, empenho e o envolvimento com todas as etapas da pesquisa. Vocês serão sempre lembrados com muito carinho! Ao Bruno pela dedicação e auxílio na revisão sistemática.

Às professoras do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UNISINOS pelos conhecimentos, reflexões e críticas que me proporcionaram inúmeras aprendizagens. Em especial a prof. Ilana Andretta pela sensibilidade e acolhimento que foram fundamentais para o seguimento deste curso. Às colegas de mestrado pela parceria, acolhimento, cafés descontraídos e pela troca de conhecimentos.

RESUMO

A presente dissertação está composta por dois artigos resultantes de pesquisa teórica e empírica sobre os aspectos psicológicos e comportamentais que poderão contribuir para a prevenção e detecção precoce do câncer de mama. O primeiro estudo (Seção I) corresponde a um artigo de revisão sistemática intitulado “Modelo de Autorregulação em Saúde e câncer de mama: uma revisão sistemática de literatura”. Neste estudo, foram encontrados 12 artigos internacionais publicados nos últimos dez anos. Os estudos revelaram que uma percepção desajustada sobre a doença pode ocasionar alterações psicológicas tais como: ansiedade, depressão e *distress*. O segundo artigo intitulado “Percepção da doença e de risco e autocuidado para a detecção precoce do câncer de mama” (Seção II) apresenta e discute os resultados da investigação sobre a percepção do câncer de mama em mulheres saudáveis e suas implicações para o autocuidado e prevenção. A amostra foi composta de 211 mulheres acima de 40 anos e sem histórico pessoal de câncer de mama. Observou-se que existe relação entre a percepção de risco, da doença e autocuidado em mulheres saudáveis. Os resultados indicaram que as mulheres mais escolarizadas e mais jovens apresentaram percepção da doença e de risco ajustadas. Mulheres sem histórico familiar percebiam o CM com um curso mais cíclico e acreditavam que compreendiam mais a doença. Em conjunto, os resultados dos dois artigos revelam que aspectos psicológicos, sintomatologia, idade, escolaridade e histórico familiar devem ser considerados no delineamento de campanhas de detecção precoce do CM.

Palavras-chave: câncer de mama; detecção precoce; percepção da doença; autorregulação; psico-oncologia.

ABSTRACT

This master thesis is composed of two articles resulting from theoretical and empirical research on the psychological and behavioral aspects that may contribute to the prevention and early detection of breast cancer. The first study (Section I) corresponds to a systematic review article entitled "Self-Regulation Model for Health and breast cancer: a systematic review of literature." In this study, we reviewed 12 international articles found on the topic and published in the last ten years. Studies have shown that an inadequate perception of the disease can lead to psychological disorders such as anxiety, depression and distress. The second article entitled "Illness perception and risk and self-care for the early detection of breast cancer" (Section II) presents and discusses the results of research on the perception of breast cancer in healthy women and its implications for self-care and prevention. The sample consisted of 211 women over 40 years with no personal history of breast cancer. It was observed that there is a relationship between perceived risk and disease, and self-care in healthy women. The results indicated that women more educated and younger showed awareness of the disease and risk adjusted. Women with no family history perceived as cyclical disease and believed that most understand the CM. It is identified that psychological aspects, symptoms, age, education and family history should be included in the design of early detection campaigns CM.

Key-words: breast cancer; early detection; illness perception; self-regulation; psycho-oncology.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	8
Seção I – Artigo teórico	11
1 INTRODUÇÃO	12
2 MÉTODO	14
2.1 Protocolo e registro	14
2.2 Critérios de elegibilidade	15
2.3 Fontes de informação	15
2.4 Estratégia de pesquisa	15
2.5 Seleção dos estudos e avaliação de qualidade	15
2.6 Síntese dos dados e de análise	16
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	17
3.1 Abordagem teórica dos estudos	29
3.2 Limitações dos estudos	31
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS.....	34
Seção II – Artigo Empírico	38
1 INTRODUÇÃO	39
2 MÉTODO	43
2.1 Amostra.....	43
2.2 Instrumentos.....	43
2.3 Procedimentos de coleta de dados e éticos:	45
2.4 Análise dos dados	46
3 RESULTADOS	46
3.1 Análises descritivas:	46
3.2 Correlações.....	51
3.3 Comparações entre mulheres com e sem histórico familiar de câncer de mama (U de Mann-Whitney e Qui quadrado).....	52
4 DISCUSSÃO	52
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
REFERÊNCIAS.....	61
Considerações finais da dissertação.....	70
APÊNDICE A - Questionário sociodemográfico, clínico e de comportamentos em saúde	74
APÊNDICE B - Revised Illness Perception Questionnaire for Healthy People (IPQ-RH)	76

APÊNDICE C - Escala de percepção de risco.....	79
APÊNDICE D – Inventário sobre o autoexame das mamas.....	80
APÊNDICE E – Termo de Aprovação do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Porto Alegre (SMSPA)	81

APRESENTAÇÃO

Essa dissertação relata uma pesquisa sobre a percepção de câncer de mama em mulheres saudáveis e foi realizada em uma unidade de atenção básica da cidade de Porto Alegre (RS). Este trabalho foi orientado pela Profa. Dra. Elisa Kern de Castro e co-orientado pela Profa. Dra. Ana Carolina Peuker, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, vinculadas à linha de pesquisa “Processo de Saúde-Doença em Contextos Institucionais”.

O interesse pela temática surgiu pela inserção profissional da autora na psico-oncologia a partir da observação das dificuldades (sofrimento físico, emocional e prognóstico reservado) no tratamento de mulheres com diagnóstico avançado de câncer de mama. A realidade atual do Rio Grande do Sul é de alta prevalência da doença. O Estado registra a segunda maior taxa esperada para câncer de mama (87,7 por 100 mil mulheres) no país (Instituto Nacional de Câncer, 2015). Neste sentido, investigando sobre a doença, identifica-se a alta incidência de diagnósticos tardios realizados nos serviços de saúde todos os dias. Tal fato deve-se não somente à aspectos relacionados à escassez de recursos financeiros que impõe dificuldades ao sistema de saúde, falta de treinamento adequado dos profissionais, baixa escolarização da população, mas também está associado com a falta de prevenção e autocuidado das mulheres. Esta falta de prevenção pode ser ocasionada pela incompreensão do seu risco real de desenvolver a doença, por falta de conhecimento e outros fatores individuais envolvidos neste processo de cuidado em saúde. Para o controle do câncer de mama, além de ações técnico/científicas e de adequado tratamento médico, são necessárias também mudanças substanciais no estilo de vida e no autocuidado das pessoas. Dessa forma, identifica-se a necessidade de políticas públicas de saúde que abordem as mulheres antes de desenvolverem o câncer para que possam detectá-lo precocemente.

Este trabalho teve como objetivo examinar aspectos psicológicos que podem estar envolvidos no processo de saúde e doença. Para tanto, avaliou-se a percepção de risco, a percepção da doença e o autocuidado (autoexame, consultas médicas, mamografia e ecografia mamária) de mulheres saudáveis com relação ao câncer de mama. Além disso, buscou-se examinar possíveis diferenças nessas variáveis em relação ao histórico familiar de câncer de mama. A dissertação compreende dois artigos, o primeiro trata-se de uma revisão sistemática e o segundo apresenta um estudo empírico sobre a percepção de mulheres saudáveis sobre o câncer de mama. Em ambos os artigos se contemplou a perspectiva teórica do Modelo Teórico de Autorregulação Senso Comum (MSC). Esse modelo é internacionalmente aceito e, ainda pouco explorado, em âmbito nacional. O Grupo de Estudos Avançados em Psicologia da Saúde (GEAPSA), liderado pela Professora Dra. Elisa Kern de Castro, tem sido pioneiro ao explorar esse modelo teórico no contexto brasileiro e as evidências produzidas por meio das pesquisas deste grupo tem consolidado o conhecimento sobre os aspectos psicológicos que podem mediar o comportamento em saúde.

No contexto da prevenção e detecção precoce do câncer de mama observa-se que as evidências se direcionam, fundamentalmente, para os fatores demográficos que poderão prever comportamentos ligados à saúde como, por exemplo, as variáveis sociodemográficas associadas a realização – ou não – da mamografia. Contudo, ainda assim, os comportamentos em saúde continuam sendo difíceis de prever. Para que os modelos de comportamento em saúde ganhem maior precisão é necessário que teorias robustas embasem os estudos no campo. Nesse sentido, deve-se explorar em profundidade fatores subjacentes ao comportamento, como a influência dos aspectos psicológicos que podem contribuir para a manutenção da saúde. Por isso, o Modelo do Senso Comum revela-se promissor ao sustentar que as crenças a respeito da saúde e da doença – como a

percepção do indivíduo acerca do grau de ameaça de determinada doença – guiam as decisões de realizar determinados comportamentos, como as ações preventivas e de autocuidado, por exemplo.

Dessa forma, o primeiro estudo (Seção I) corresponde a uma revisão sistemática intitulada “Modelo de Autorregulação em Saúde e câncer de mama: uma revisão sistemática de literatura”, que apresenta o aprofundamento teórico sobre o tema, a partir da revisão da produção científica, nacional e internacional, compreendida nos últimos dez anos (2004-2015). O segundo artigo (Seção II) denominado de “Percepção da doença e de risco e autocuidado para a detecção precoce do câncer de mama”, apresenta e discute os resultados sobre a percepção da doença, de risco e autocuidado em mulheres saudáveis.

Seção I – Artigo teórico

Revisão sistemática de literatura sobre o Modelo de Autorregulação do Senso comum e câncer de mama

Resumo: As percepções ou crenças que o indivíduo tem sobre determinada doença, seja ele doente ou saudável, relacionam-se com suas condutas para a manutenção ou restabelecimento de sua saúde. O objetivo deste artigo foi investigar as contribuições do Modelo de Autorregulação do Senso Comum (MSC) em pesquisas científicas sobre o câncer de mama, verificar se o MSC é integrado a outros constructos teóricos nos estudos identificados e discutir os aspectos metodológicos dos estudos incluídos nessa revisão. Foram selecionados estudos empíricos sobre percepção do câncer de mama no período de agosto de 2004 a junho de 2015 nas bases de dados Medline, Pubmed e PsycInfo. Doze artigos foram incluídos na análise. Os estudos acessaram os participantes majoritariamente por meio de clínicas e hospitais com amostras de mulheres com a doença. As pesquisas revelaram que uma percepção desajustada sobre a doença pode ocasionar alterações psicológicas tais como: ansiedade, depressão e *distress*.

Palavras-chave: câncer de mama; câncer; percepção da doença; autorregulação; psico-oncologia.

Systematic review of literature on the self-regulation model of common sense and breast cancer
Abstract: Perceptions or beliefs that the individual has about a particular disease, whether sick or healthy, are related to their conduct for the maintenance or restoration of the health, self-regulating their behavior about this situation. The aim of this paper was to investigate the contributions of Self-Regulation Model of Common Sense (MSC) in scientific research on breast cancer, verify that the MSC is integrated with other theoretical constructs on the identified studies and discuss the methodological aspects of the studies included in this review. Empirical studies were selected on awareness of breast cancer from August 2004 to June 2015 in Medline, Pubmed and PsycInfo. Twelve articles were included in the analysis. The study participants accessed mostly through clinical and hospital sample of women with the disease. Studies have shown that inadequate perception of the disease can cause psychological disorders such as anxiety, depression, and distress.

Key-words: breast cancer; cancer; illness perception; self-regulation; psycho-oncology

1 INTRODUÇÃO

O modelo de Autorregulação em saúde ou modelo de Autorregulação do Senso Comum (MSC) foi proposto por Leventhal, Nerenz e Steele (1984) e tem como principal premissa a ideia de que as pessoas constroem individualmente esquemas mentais sobre o significado da saúde e da doença que vão repercutir no seu comportamento em saúde. De acordo com esta perspectiva teórica, o indivíduo, ao se deparar com uma condição clínica (diagnóstico de uma doença) recorrerá a estes esquemas para identificar as possibilidades de cura e a adoção de comportamentos direcionados para a prevenção ou para o reestabelecimento do seu estado de saúde (Leventhal et al., 2012).

Através do MSC é possível examinar as percepções sobre saúde/doença mantidas pelos indivíduos, saudáveis ou doentes. Diante disso, concebe-se o comportamento em saúde como passível de autorregulação. O indivíduo, a partir da sua percepção de doença, poderá adotar condutas para a manutenção ou restabelecimento de sua saúde. O MSC pode ser aplicado a diferentes doenças e possui caráter dinâmico, sendo possível a modificação dos esquemas individuais a partir de uma intervenção interna ou externa (por exemplo: 1. Intervenção interna: modificação nos sintomas percebidos do câncer de mama irá mudar a percepção de como ele se apresenta; 2. Intervenção externa: uma psicoeducação sobre os sintomas do câncer poderá modificar os esquemas do paciente relativos à doença) (Leventhal et al., 2003; Leventhal et al., 1984).

O MSC foi estruturado inicialmente a partir de cinco dimensões (Leventhal et al., 2003; Leventhal et al., 1984): percepções individuais sobre a identidade da doença (seus sintomas), duração, causas, consequências e controle/cura. A identidade refere-se ao significado da doença e quais os sintomas identificados. A duração representa o tempo de permanência dos sintomas e da doença (aguda, crônica ou cíclica). A dimensão causas relaciona-se às possíveis etiologias do quadro clínico. As consequências são apresentadas a

partir do quanto a doença é grave e qual o impacto futuro em todos os âmbitos da vida do indivíduo. Por fim, a dimensão controle/ cura refere-se à crença sobre as possibilidades de controle ou da cura da doença.

Este modelo inicial sofreu algumas modificações, nas quais a dimensão controle/cura foi dividida em controle pessoal (percepção do quanto o doente pode controlar ou curar a doença) e controle do tratamento (eficácia do tratamento no controle ou cura da doença) e duas novas dimensões foram incorporadas ao modelo: 1) coerência da doença: percepção da compreensão individual da doença; 2) representação emocional: as emoções envolvidas no adoecimento. A representação emocional abarca as emoções envolvidas no adoecimento (Moss-Moris et al., 2002).

A avaliação que o indivíduo faz dos sintomas de certa doença, o conhecimento, as crenças e as percepções de risco estão relacionadas à autorregulação emocional. Apesar de muitas pessoas passarem por experiências semelhantes, a construção das percepções da doença é individual (Leventhal & Benyamini, 1997; Leventhal et al., 2003). Diante disso, a representação que uma mulher pode ter sobre o câncer de mama e a sua percepção de risco para desenvolver esta doença poderá influenciar na adesão a comportamentos de autocuidado em caráter preventivo ou de tratamento (Wendt, 2005). A percepção de que o câncer é um evento externo, excessivamente ameaçador e fora do controle poderá influenciar na não adesão às condutas de autocuidado, bem como na falta de adesão a tratamentos, como por exemplo, quimioterapia, radioterapia, assistência psicológica e cuidado nutricional (Aflakseir & Abbasi, 2012). Por outro lado, crenças ajustadas sobre a doença podem possibilitar a percepção do risco real e favorecer a autonomia diante do cuidado com sua própria saúde (Leventhal et al., 2003).

Através do MSC é possível identificar, por meio de suas dimensões, as crenças mantidas pelas pessoas sobre uma doença. O instrumento de investigação amplamente

utilizado para identificar as crenças sobre saúde/doença mantidas pelos indivíduos é denominado questionário de percepção de doença (IPQ – *Illness Perception Questionnaire*) (Moss-Moris et al., 2002). Existe ainda uma versão revisada do questionário inicial, o IPQ-R (*Illness Perception Questionnaire Revised*) (Weinman, Petrie, Moss-Moris & Horne, 1996), uma versão reduzida (*Brief Illness Perception Questionnaire*)(Broadbent, Petrie, Maina & Weinman, 2006) e outra para pessoas saudáveis (*Illness Perception Questionnaire for healthy people; IPQRH*)(Figueiras & Alves, 2007).

Diante do exposto, conhecer as percepções que mulheres possuem sobre o câncer de mama se apresenta de grande importância para compreender os seus comportamentos de cuidado com sua saúde, visando favorecer a detecção precoce e a redução da mortalidade pela doença. O conhecimento desta realidade poderá subsidiar intervenções para que possíveis percepções distorcidas sobre o câncer de mama se tornem mais ajustadas, próximas da realidade. Desta forma, pode-se fomentar as condutas de autocuidado, favorecendo o rastreamento da doença e a detecção precoce. Esta revisão sistemática foi desenvolvida com o objetivo de investigar: (a) contribuições do MSC em pesquisas científicas relacionadas ao câncer de mama (b) descrever e discutir os principais resultados e (c) discutir os aspectos metodológicos dos estudos incluídos.

2 MÉTODO

2.1 Protocolo e registro

A revisão sistemática foi conduzida conforme a metodologia *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (Moher, Liberati, Tetzlaff & Altman, 2009).

2.2 Critérios de elegibilidade

Foram selecionados estudos empíricos sobre percepção da doença (câncer de mama - CM) tendo como base teórica o MSC. Os critérios de elegibilidade para inclusão dos estudos na revisão sistemática foram: estudos com amostras compostas por mulheres adultas (idade maior ou igual a 18 anos) com histórico pregresso ou atual de câncer de mama e/ou por mulheres saudáveis, mas que tivessem como tema central o CM e o modelo teórico do Senso Comum.

2.3 Fontes de informação

Os estudos foram selecionados no período de agosto de 2004 a junho de 2015 nas bases de dados *Medline, Pubmed e PsycInfo*.

2.4 Estratégia de pesquisa

Foram pesquisados nas referidas bases os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e operadores booleanos: “*breast cancer OR illness perception OR illness representation OR illness beliefs*”.

2.5 Seleção dos estudos e avaliação de qualidade

A análise inicial dos títulos e resumos do levantamento bibliográfico foi realizada por dois pesquisadores independentes. Os artigos selecionados foram lidos na íntegra para determinar sua elegibilidade. Foram excluídos: livros, capítulos de livros, resenhas, cartas,

dissertações e teses, estudos de revisões de literatura, pesquisas com a amostra composta por crianças e adolescentes, artigos que possuíam amostra heterogênea (outros tipos de câncer e/ ou doenças crônicas), estudos para validação de instrumento e os artigos que não estavam em Inglês, Espanhol ou Português. O fluxograma (Figura 1) abaixo ilustra o processo de seleção dos artigos desta revisão.

2.6 Síntese dos dados e de análise

A análise sistemática dos artigos foi realizada em duas etapas. A primeira etapa incluiu a descrição do ano de publicação, autores, local, objetivo da pesquisa, delineamento do estudo, características da amostra e procedimentos de coletas de dados, instrumentos e resultados (Tabela 1). Na segunda etapa, realizou-se a discussão dos resultados encontrados nos artigos selecionados. Além disso, foram identificadas e discutidas as principais limitações metodológicas, bem como as contribuições dos achados para o campo de estudo.

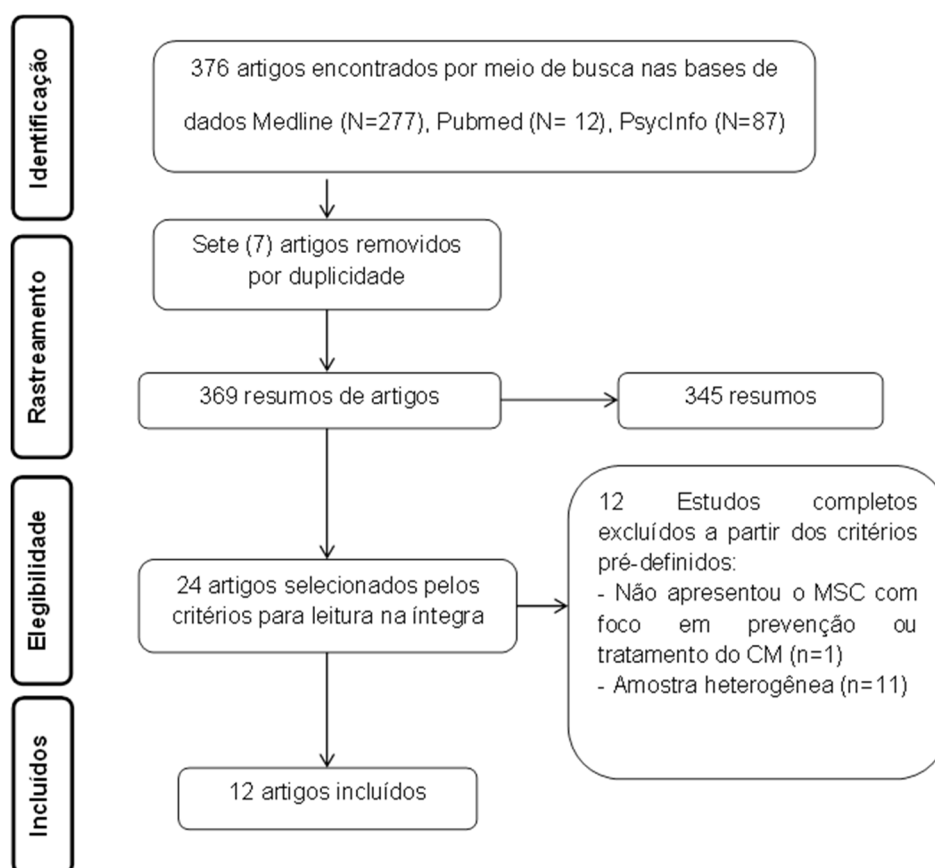


Figura 1 – Fluxograma de seleção dos artigos para a Revisão Sistemática

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As 12 pesquisas encontradas foram desenvolvidas em países da América do Norte (Rabin, Goodin & Leventhal, 2004), Europa (Millar, Purushotham, McLatchie, George & Murray, 2005; Anagnostopoulos & Spanea, 2005; Silva, Moreira & Canavarro, 2012; Fischer et al., 2013; McCorry et al., 2013; Anagnostopoulos et al., 2012; Rozema, Völlink & Lechner, 2009), Ásia (Iskandarsyah, et al., 2013) e Oceania (Corter, Findlay, Broom, Porter & Petrie, 2013; Cameron, et al., 2005; Petrie, Myrtveit, Partridge, Stephens & Stanton, 2015) e todas estavam disponíveis na língua inglesa. No que se refere a escolha do método, sete estudos utilizaram delineamento transversal (Cameron et al., 2005; Anagnostopoulos et al., 2005; Rozema et al., 2009; Anagnostopoulos et al., 2012; Corter et al., 2013; Iskandarsyah et al., 2013; Petrie et al., 2015) e cinco delineamento longitudinal

(Rabin et al., 2004; Millar et al., 2005; Silva et al., 2012; Fischer et al., 2013; McCorry et al., 2013). Foram identificados estudos com delineamento longitudinal que incluíram seguimento dos participantes (follow-up). Estudos que acompanhem a percepção da doença ao longo do tempo são fundamentais para compreensão da percepção de doença, pois permitem que modificações possam ser identificadas. A percepção da doença é um constructo dinâmico que pode sofrer alterações de acordo com as experiências de saúde-doença dos indivíduos, e também mediante intervenções orientadas para este objetivo. Por meio de estudos longitudinais, pode-se investigar a influência de variáveis independentes na modificação da percepção da doença em um determinado período (ex. antes e depois do tratamento quimioterápico ou antes e depois de uma intervenção). A revisão revelou que, especialmente nos estudos com delineamento longitudinal, observou-se a utilização de recursos alternativos e tecnológicos (internet, telefone e correspondência) para acessar a amostra (Rozema et al., 2009; Petrie et al., 2015). Esse fato sugere que tais recursos podem se caracterizar como opções custo-efetivas, além de evitar perdas no seguimento.

Os artigos incluídos se tratavam de pesquisas nas quais os participantes foram recrutados em clínicas e hospitais especializados no tratamento do câncer de mama públicos (Millar et al., 2005; Anagnostopoulos, et al., 2005; Silva et al., 2012; Fischer et al., 2013; Corter, et al., 2013; Iskandarsyah et al. , 2013; Petrie et al., 2015) e privados (Cameron et al., 2005), bem como por meio de follow-up por correspondência. A única exceção foi um estudo epidemiológico de Anagnostopoulos et al. (2012). Em relação às características da amostra, dez estudos contaram somente com mulheres doentes, com câncer de mama (Rabin, Goodin & Leventhal, 2004; Millar et al., 2005; Silva, Moreira & Canavarro, 2012; Fischer et al., 2013; McCorry et al., 2013; Rozema et al., 2009; Iskandarsyah et al., 2013; Corter et al., 2013; Cameron et al., 2005; Petrie et al., 2015) e apenas dois estudos incluíram mulheres saudáveis (Anagnostopoulos et al., 2005;

Anagnostopoulos et al., 2012). Destes últimos, no primeiro estudo foram comparados três grupos (mulheres com CM, com alterações benignas da mama e saudáveis) e no segundo foram investigadas mulheres sadias frente à prevenção do CM.

No que se refere aos instrumentos, duas pesquisas (Millar et al., 2005; Anagnostopoulos et al., 2005) mensuraram a percepção da doença por meio do questionário de percepção de doença (*Illness Perception Questionnaire – IPQ*) articulando seus resultados com características de personalidade e ajustamento mental. Nos outros estudos (Cameron et al., 2005; Rozema et al., 2009; Anagnostopoulos et al., 2012; Fischer et al., 2013; McCorry et al., 2013) foram utilizados o questionário de percepção de doença revisado (*Illness Perception Questionnaire Revised – IPQ-R*) associado a outras medidas de sintomatologia psiquiátrica (ansiedade e depressão), impacto na saúde, percepção de risco e *coping*. A forma breve do questionário de percepção da doença foi utilizada em três pesquisas (*Brief Illness Perception Questionnaire*) para acessar dimensão consequências (Silva et al., 2012) e causas da doença (Petrie et al., 2015), bem como para relacionar a percepção sobre o câncer de mama com as informações sobre doença/ tratamento (Iskandarsyah et al., 2013) e a crenças sobre medicação e efeitos colaterais (Corter et al. 2013).

Ainda sobre os instrumentos, apenas uma pesquisa (Rabin et al., 2004) não utilizou nenhuma versão do questionário de percepção de doença. Os autores avaliaram algumas dimensões da percepção da doença através de duas outras medidas: medo de recorrência (*Fear of recurrence*) e percepção sobre a duração da doença (*Perceived timeline of cancer*), associadas aos sintomas de ansiedade e depressão mensuradas pela escala hospitalar de ansiedade e depressão (HADS). Entretanto, os questionários validados com este objetivo são mais adequados para acessar a percepção de doença dos pacientes. O IPQ-R, bem como sua versão para pessoas saudáveis (IPQ-RH) são instrumentos

amplamente utilizados na literatura internacional por permitirem mapear todas as dimensões do MSC e acessar a percepção da doença de forma completa e apropriada. A versão breve deste instrumento (*IPQ-brief*) é uma ferramenta útil para investigação da percepção de doença, tendo em vista que sua aplicação pode ser realizada em menor tempo. A maior brevidade é especialmente importante, pois agiliza a coleta de dados e minimiza possíveis desconfortos decorrentes da aplicação em populações de indivíduos doentes e em contextos nos quais o acesso à amostra é mais restrito (ex. hospitais). Além disso, pela menor complexidade pode ser uma ferramenta quando a amostra for composta de pessoas de baixa escolaridade.

Os resultados dos estudos serão aqui discutidos a partir das dimensões do MSC visando a apresentar de que forma elas relacionam-se ao CM. No que se refere à dimensão Identidade, observou-se que a percepção mais elevada dos sintomas do CM foi preditora de *distress*¹ (Millar et al., 2005). Os autores Millar et al. (2005) observaram que a variação individual do estado psicológico após a realização da cirurgia do CM apontou para a manutenção de altos índices *distress* no ano seguinte à intervenção cirúrgica.

¹ Optou-se por utilizar o termo em inglês por não possuir tradução adequada ao português. *Odistress* caracteriza-se por uma resposta do indivíduo à uma vivência emocional desagradável, ocasionada por diversos fatores, que poderá interferir na habilidade de lidar com as doenças, tais como o câncer (Decat, Laros & Araujo, 2009).

Tabela 1 - *Resumo dos Artigos Analisados.*

Autor, ano/ Origem	Objetivo do estudo	Delineamento	Descrição da amostra	Procedimentos de coleta de dados	Instrumentos	Resultados/ Conclusão
Rabin et al., 2004 New Jersey	Identificar os preditores de <i>distress</i> após o tratamento quimioterápico para o CM, considerando a percepção da duração da doença.	Longitudinal	69 pacientes (CM)	Mulheres atendidas em três clínicas de tratamento oncológico Avaliações realizadas três semanas antes do final da quimioterapia (presencial – T1) e dois <i>follow-ups</i> telefônicos (um mês pós-tratamento – T2 e três meses pós-tratamento – T3).	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</i> <i>Escala de medo de recorrência do câncer</i> <i>Percepção da duração do câncer (Perceived timeline of cancer)</i>	Houve modificação na classificação da duração da doença em dois tempos (T1 e T3) de coleta. No T1 o CM foi referido como mais crônico ou cíclico e no T3 o CM como mais agudo. Houve associação entre a percepção sobre a duração da doença e o <i>distress</i> . Pacientes que percebiam o CM como crônico ou cíclico (duração) eram mais ansiosas, deprimidas e preocupadas com a recorrência do CM do que aqueles que percebiam o CM como uma doença aguda. A forma que o paciente percebe sua doença influencia mais os níveis de <i>distress</i> pós-tratamento do que indicadores objetivos de probabilidade da recorrência.
Cameron et al., 2005 Auckland	Identificar o papel da percepção da doença, fatores de regulação emocional e características sociodemográficas como preditores da adesão a um grupo de apoio de mulheres com CM	Transversal	110 mulheres com diagnóstico recente de CM (até oito semanas após o diagnóstico)	Mulheres recrutadas em uma clínica privada de tratamento de CM	<i>Illness perception questionnaire-revised - IPQ-R</i> <i>The avoidance subscale of the revised of impacts events scale</i> <i>State-trait anxiety inventory</i> <i>Center for epidemiologic studies depression</i>	Identificou-se que a participação das mulheres nos grupos foi mediada pelas crenças sobre as causas do câncer. Mulheres com a percepção de que o câncer era causado pela alteração na imunidade, com maiores índices de angústia, baixas tendências de evitação e jovens (idade) tinham maior adesão ao grupo de apoio.

Millar et al., 2005 Reino Unido	Realizar uma análise detalhada da variação individual do estado psicológico no ano seguinte a realização da cirurgia do CM. Como objetivo secundário examinou-se a percepção de doença das pacientes.	Longitudinal	371 mulheres que passaram por cirurgia CM.	Mulheres foram selecionadas de forma randomizada em um hospital público e os dados foram coletados em três tempos: três meses após a cirurgia (T1), seis meses após a cirurgia (T2) e 12 meses após (T3)	<i>General Health Questionnaire</i> <i>Illness perception questionnaire</i> <i>Mental adjustment to cancer scale</i> <i>Eysenck Personality Scales</i>	Não houve variação no estado psicológico no ano seguinte da intervenção cirúrgica. Entretanto, os índices de <i>distress</i> foram elevados em todo o período (T1, T2 e T3). Os subgrupos de pacientes com <i>distress</i> elevado foram caracterizados por fatores de personalidade (maior neuroticismo) e percepções mais negativas sobre a duração da doença. A dimensão identidade (impacto dos sintomas) também se apresentou como preditor significativo do <i>distress</i> .
Anagnostopoulos, et al., 2005 Grécia	Analisar as diferenças entre mulheres saudáveis e de pacientes com câncer de mama sobre as representações deste câncer.	Transversal	147 mulheres sem doenças da mama ou com condições benignas da mama e 102 pacientes com CM	Mulheres recrutadas em hospital público	<i>Illness perception questionnaire</i>	As representações de doença das mulheres sem doenças da mama foram caracterizadas por crenças negativas quanto à cura/ controle, consequências físicas, sociais e econômicas em virtude do câncer de mama. Além disso, estas mulheres tinham crenças fortes sobre o papel dos fatores ambientais na causa do câncer comparado às mulheres doentes.
Rozema et al., 2009 Holanda.	Examinar a relação da percepção da doença com as estratégias de coping e a percepção de saúde de pacientes com CM	Transversal	119 mulheres com CM diagnosticado nos últimos dois anos. Foram excluídas as mulheres com outra doença crônica, metástases ou diagnóstico a mais de dois anos.	Recrutamento via internet (site de auxílio aos pacientes). Os questionários foram enviados às mulheres que preencheram os critérios de elegibilidade	<i>Illness Perception Questionnaire-Revised</i> <i>Utrecht coping questionnaire</i> <i>RAND-36</i>	A dimensão controle (pessoal e do tratamento) foi correlacionada positivamente com a saúde física e mental. Não foi observada correlação das estratégias de coping com a saúde percebida. Diferente do esperado, o estudo demonstrou que a percepção de doença (representações) está fortemente relacionada com a saúde quando comparada ao <i>coping</i>

Silva et al., 2012 Coimbra	Analisar o crescimento pós-traumático em mulheres que receberam tratamento para câncer de mama.	Longitudinal	78 mulheres com CM que passaram por quimioterapia ou radioterapia	Mulheres recrutadas em hospital público. Foram selecionadas no momento do diagnóstico CM e acompanhadas durante quatro meses de tratamento.	<i>Portuguese versions of the Posttraumatic Growth Inventory World Health Organization for QoL-Bref – escala de ansiedade e depressão Brief Illness Perception Questionnaire</i> -subescala de consequências	O crescimento pós-traumático associou-se a angústia. A percepção mais negativa sobre as consequências do CM foi significativamente associada com a angústia emocional, limitações físicas e psicológicas. Perceber mudanças positivas advindas do CM tem efeito protetivo para as mulheres, favorecendo o crescimento.
Anagnostopoulos et al., 2012 Grécia	Investigar como as crenças em saúde e as percepções da doença estão relacionadas com as práticas de rastreamento do câncer de mama.	Transversal	408 mulheres gregas, sem histórico pessoal de câncer com idade maior ou igual a 40 anos.	Amostra randomizada com base no levantamento populacional do país	<i>Illness Perception Questionnaire-Revised Health Beliefs Percepção de risco sobre câncer de mama Questionário sobre práticas de detecção precoce</i>	As mulheres que realizaram a mamografia possuíam uma representação emocional mais positiva sobre o CM. A repetição do exame foi associada ao conhecimento sobre os benefícios de realizar o rastreamento e a preocupação sobre o desenvolvimento da doença. Algumas ações (lembretes pelo serviço de saúde) favoreceram a repetição do exame. As mulheres que identificaram maiores barreiras, menos benefícios e que tinham uma representação mais negativa do CM não realizaram o rastreamento. A maioria das dimensões da representação de doença não foram preditoras da realização do exame.
Fischer et al., 2013 Holanda	Avaliar os efeitos de um grupo psicoeducativo nas percepções individuais e coping em	Longitudinal	57 mulheres com câncer de mama.	Mulheres recrutadas em um centro médico de oncologia (público) Avaliações realizadas no início (T1), após a	<i>Illness Perception Questionnaire-Revised COPE (Inventário de coping) Hopkins Symptom Check</i>	A percepção do CM com duração cíclica foram preditoras de <i>distress</i> no início do estudo. Após o final da intervenção, a intensidade das emoções sobre o CM foi reduzida. Crenças mais fortes sobre

	mulheres com câncer de mama.			oitava sessão de intervenção (T2), e um ano após o T1 (T3)	<i>List HSCL-25</i>	percepção de duração cíclica estava relacionada a uma melhoria no bem-estar emocional dos pacientes ao longo do tempo.
McCorry et al., 2013 Irlanda do Norte	Examinar de que forma as estratégias de coping e a percepção de doença relacionam-se ao <i>distress</i> .	Longitudinal	75 mulheres com CM. Excluídas pacientes com histórico prévio de câncer.	Mulheres recrutadas em um hospital Primeira coleta (T1) realizada uma a duas semanas após o diagnóstico (<i>intake</i>) presencial e a segunda (T2) após seis meses (<i>follow-up</i>) por correspondência.	<i>Illness Perception Questionnaire-Revised Cancer coping questionnaire Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</i>	A análise de cluster identificou dois perfis: um com cognições mais negativas sobre o CM e no outro com cognições mais positivas. O primeiro grupo (perfil negativo) demonstrou menor controle pessoal e do tratamento e menor coerência sobre a doença. Observou-se uma melhoria nos escores de ansiedade ao longo do tempo, entretanto as dimensões da percepção de doença se mantiveram estáveis.
Corter, et al., 2013 Auckland	Examinar as associações entre o medo de recidiva do câncer, percepção da doença, crenças sobre a medicação e efeitos colaterais do tratamento em mulheres submetidas à terapia endócrina adjuvante.	Transversal	153 mulheres no pós-menopausa, compatíveis com a terapia de reposição hormonal, em estágio inicial do CM	Mulheres selecionadas a partir dos prontuários em hospital público. Contatadas por correspondência.	<i>Fear of cancer recurrence Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) Brief Illness Perception Questionnaire Beliefs about medicines questionnaire Treatment side effects</i>	O medo da recidiva do câncer foi significativamente associado às dimensões da percepção de doença, exceto controle pessoal. Os índices elevados do medo de recidiva estavam associados a crenças sobre as consequências do câncer, maiores preocupações sobre o prognóstico e emoções negativas associadas ao diagnóstico. As mulheres identificaram o estresse como causa do CM. Não foi observada associação entre o medo de recorrência e as variáveis clínicas do tratamento. Os resultados sugerem que as crenças desadaptativas sobre o CM favorecem o medo da recorrência.

Iskandarsyahet al., 2013. Indonésia	Avaliar o nível de satisfação dos pacientes sobre o câncer de mama e seu tratamento e explorar a relação da percepção de doença e qualidade de vida.	Transversal	70 mulheres com CM sem diagnóstico psiquiátrico ou outro diagnóstico de câncer	Mulheres foram recrutadas no serviço de oncologia do hospital público.	<i>Satisfaction with cancer information profile</i> <i>Brief Illness Perception Questionnaire</i> -subescala de consequências <i>World Health Organization for QoL-Bref</i>	86% das pacientes relataram ter recebido informações insuficientes sobre a gravidade do CM e sobre o tratamento. As pacientes que ficaram satisfeitas com as informações recebidas demonstraram: maior compreensão sobre a doença, maior crença de controle sobre a doença e menos preocupações sobre seu estado de saúde.
Petrie et al., 2015 Auckland	Avaliar a relação entre as crenças sobre o CM e a decisão de realizar a mastectomia bilateral.	Transversal	2.269 mulheres sobreviventes de CM que realizaram mastectomia bilateral.	Mulheres recrutadas numa instituição não governamental de pesquisa (Dr. Susan Love Foudation army of women). Questionários enviados por correspondência eletrônica.	<i>Brief Illness Perception Questionnaire</i> (questão:Qual o fator mais importante você pensa que esteve envolvido com seu CM?)	As crenças de que o câncer foi causado pelo fator genético foram associadas a realização de mastectomia bilateral nas mulheres.

Já a pesquisa de McCorry et al. (2013) apontou que a dimensão identidade associada ao controle (pessoal e do tratamento) e a coerência da doença, estão relacionadas a cognições negativas sobre o câncer. De acordo com os autores quanto mais sintomas são percebidos, a pessoa apresenta menor controle pessoal, menor controle do tratamento e menor coerência da doença.

A dimensão Duração da doença (*timeline*) foi preditora de *distress* após o tratamento do CM (Rabin et al., 2004). Através de um estudo longitudinal, demonstrou-se que a percepção de duração esteve associada de forma significativa a maiores níveis de ansiedade, depressão e medo de recidiva. As pacientes com CM (n=69) foram avaliadas antes (seis meses) e depois do tratamento (um a três meses depois de completar o tratamento). Constatou-se que pacientes que conceitualizaram o seu CM como uma doença crônica ou cíclica eram mais ansiosas, deprimidas e preocupadas com a recidiva do que aquelas que percebiam como uma doença aguda (Rabin et al., 2004). Em outro estudo, a duração da doença também foi relacionada ao índice de *distress* no pós-operatório do CM. Segundo os autores, uma percepção da duração como aguda pode implicar em um pessimismo sobre a sobrevivência, especialmente no primeiro ano após o tratamento e gerar maior *distress* (Millar et al., 2005).

Ainda no que diz respeito à dimensão Duração, observou-se que a duração cíclica foi preditora de *distress* (Fischer et al., 2013). O estudo, que avaliou os efeitos de um grupo psicoeducativo nas percepções individuais e *coping* de mulheres com CM, revelou que, após o final da intervenção psicoeducativa, a intensidade das emoções sobre a doença foi reduzida. Crenças sobre percepção de duração cíclica estava relacionada a uma melhoria no bem-estar emocional dos pacientes ao longo do tempo.

O controle pessoal e do tratamento também estiveram associados à saúde mental das mulheres. Isso sugere que quanto mais as mulheres consideram que elas mesmas e o

tratamento podem contribuir para o controle da sua doença, maior adaptação emocional elas obtêm. Um estudo comparativo sobre as representações do CM em mulheres saudáveis e com diagnóstico da doença apontou que as representações de mulheres saudáveis foram caracterizadas como negativas quanto à cura/ controle comparadas às mulheres doentes que possuíam percepções mais positivas e realistas (Anagnostopoulos et al., 2005). Em outro estudo, a percepção de maior controle pessoal e do tratamento foi associado positivamente à saúde física e mental quando investigado em pacientes com câncer de mama diagnosticadas há menos de dois anos (Rozema et al., 2009). Uma pesquisa sobre o impacto da informação acerca da doença na percepção do câncer de mama apontou que as pacientes que ficaram satisfeitas com as informações recebidas demonstraram maior compreensão sobre a doença e uma crença maior de controle pessoal (Iskandarsyah et al., 2013). Já em outra investigação o controle pessoal e do tratamento foi associado ao medo de recorrência do câncer, isto é, pessoas que acreditavam ter maior controle apresentavam menos medo de o câncer voltar. (Corter et al., 2013).

A percepção sobre as Causas do CM foi associada à maior participação em grupos de apoio (Cameron et al., 2005) bem como à ansiedade, depressão e medo de recorrência da doença (Rabin et al., 2004). Quanto mais controlável a causa do CM é percebida maior a autonomia das pacientes no autocuidado e na adesão a tratamentos.

Mulheres saudáveis e com alterações benignas da mama possuíam crenças de que a causa do câncer estaria associada à fatores ambientais de forma a serem controláveis e modificáveis, não apontando o acaso/ destino como fator externo relevante para a doença (Anagnostopoulos et al., 2005). Em outro estudo com mulheres diagnosticadas com CM identificou-se, entre outras questões, que essas mulheres atribuíram a causa do câncer majoritariamente ao estresse (Corter et al., 2013). Tal fato

aponta que a atribuição de causa a aspectos emocionais faz com que as mulheres a julguem como um fator externo pelo qual não possuem controle e, dessa forma, comprometer seus comportamentos de autocuidado. Outra pesquisa identificou que a crença de que o câncer de mama era causado por fatores genéticos foi associada à maiores índices de mastectomia bilateral nas mulheres (Petrie et al., 2015).

A coerência da doença foi identificada como uma dimensão associada às cognições positivas sobre o CM. No estudo desenvolvido por McCorry et al. (2013) a percepção sobre o CM em mulheres doentes foi avaliada ao longo de um período de seis meses, sem focar nas dimensões específicas, mas por uma análise de *clusters* (dois). Os resultados identificaram que as mulheres com cognições negativas (“*O câncer de mama tem consequências graves e muitos sintomas*”) sobre a doença demonstraram menor coerência sobre a doença. Constatou-se ainda que, a percepção de doença destas mulheres permaneceu estável no período de seis meses.

Os resultados sobre a dimensão consequências do CM foram apresentados em dois estudos. No primeiro deles, um estudo longitudinal com mulheres após o diagnóstico da neoplasia da mama que se submeteram ao tratamento de radioterapia e quimioterapia, mostrou que percepções mais negativas sobre as consequências da doença estavam associadas com maior angústia e à prejuízos físicos e psicológicos (Silva et al., 2012). Em outro estudo (Anagnostopoulos et al., 2005) esta dimensão foi relacionada à representação social do CM. Os autores identificaram que mulheres sem câncer de mama possuíam a tendência em superestimar as consequências negativas que o câncer pode trazer à vida dos pacientes, por outro lado a experiência pessoal das mulheres com este diagnóstico proporcionava uma percepção mais realística e positiva relacionada ao câncer de mama. Este impacto negativo nas percepções das mulheres saudáveis estava associado à construção social negativa do câncer (implicações na

autoimagem, sofrimento e ausência de cura). A dimensão Representação emocional foi explorada em um levantamento realizado com mulheres sem histórico de câncer de mama, no qual constatou-se que uma representação emocional mais negativa do CM se associou à não realização da mamografia (Anagnostopoulos et al., 2012).

De forma geral, os estudos apresentaram a percepção da doença como um constructo dinâmico, passível de alteração. Apesar disso, observou-se ainda que, os estudos revelam modificações principalmente em sintomas psicológicos associados à doença, como por exemplo, sintomas de ansiedade (McCorry et al., 2013), depressão (Rabin et al., 2004), *distress* (Millar et al., 2005), enquanto a percepção da doença tende a se manter estável. Por exemplo, comparado às características ansiosas em pacientes ao longo do tempo, as representações do câncer de mama mantiveram-se estáveis enquanto a ansiedade foi reduzida (McCorry et al., 2013). Constatou-se, a partir desta revisão, que as mudanças nas dimensões de percepção da doença são mais prováveis quando ocorre intervenção orientada para o ajustamento das crenças. Por exemplo, constatou-se que mulheres com CM, após a participação em um grupo terapêutico, tiveram suas percepções individuais relacionadas à duração, identidade e representação emocional do CM modificadas. Após o grupo as participantes apresentavam crenças mais fortes sobre percepção de duração (cíclica) e sintomas do CM e, assim, uma diminuição da intensidade nas emoções negativas sobre a doença (Fischer et al, 2013).

3.1 Abordagem teórica dos estudos

De acordo com os critérios de inclusão, todos os artigos fundamentaram-se no MSC. Entretanto, alguns estudos articularam este modelo teórico a outras teorias e/ou conceitos. Silva et al. (2012) utilizaram o MSC relacionando ao crescimento pós-

traumático (CPT). Neste estudo, o MSC foi utilizado parcialmente (dimensão consequências) para explorar as modificações na percepção das consequências do câncer de mama ao longo do tempo a partir do processo de CPT. Constatou-se que o crescimento pós-traumático apresentou relação com as percepções das consequências da doença, na qual percepções positivas sobre as consequências do CM tinham efeito protetivo para as mulheres, favorecendo o CPT.

A pesquisa de Fischer et al. (2013) associou as representações cognitivas e emocionais do MSC ao *coping*. Neste estudo, a percepção do CM como cíclico e com consequências negativas ocasionaram um estilo de *coping* evitativo nas pacientes. Rozema et al. (2009) utilizou este conceito, assim como McCorry et al. (2013), estabelecendo uma relação semelhante, na qual a percepção positiva do CM estaria associadas positivamente ao enfrentamento das pacientes. Millar et al. (2005) relacionou a percepção do câncer de mama com traços de personalidade (neuroticismo) a partir da teoria dos cinco fatores de personalidade. Neste estudo, o neuroticismo apresentou relações com as percepções negativas da doença e um pior ajustamento das pacientes diante do câncer. Por fim, o modelo de crenças em saúde (Health Belief Model - HBM) é utilizado por Anagnostopoulos et al. (2012) junto ao MSC para identificar barreiras e benefícios pessoais percebidos para o rastreamento do câncer de mama. As representações da doença e as preocupações sobre o CM estavam relacionadas à alta probabilidade de repetição da mamografia, bem como à adesão as práticas de rastreamento.

3.2 Limitações dos estudos

O critério de seleção dos participantes foi apontado pelos autores (Cameron et al., 2005; Anagnostopoulos, et al., 2005; Corter et al., 2013; Rozema et al., 2009; Iskandarsyah et al., 2013; Silva et al., 2012) como uma limitação importante impossibilitando a generalização dos resultados. Os autores Corter et al. (2013) evidenciaram que a escolha do delineamento transversal impossibilitou também a realização de análises preditivas que seriam fundamentais para melhor compreensão da relação entre as representações emocionais da doença com o medo de recidiva. Dessa forma, estudos longitudinais são fundamentais para apresentar previsões sobre as modificações na percepção da doença. Em concordância, Silva et al. (2012) apontaram ainda que o estudo transversal dificulta a compreensão do processo dinâmico de ajustamento das pacientes e suas relações com o crescimento pós-traumático.

Os critérios de seleção da amostra (recrutamento de mulheres com acesso a internet a partir de sites alusivos ao CM) foram dificultadores na generalização dos resultados para pessoas saudáveis ou outras populações (Rozema et al., 2009), em virtude da especificidade da população. A maioria dos estudos (Rabin et al., 2004; Millar et al., 2005; Anagnostopoulos, et al., 2005; Silva et al., 2012; McCorry et al., 2013; Fischer et al., 2013; Corter, et al., 2013; Iskandarsyah et al., 2013) foi realizada em instituições de saúde, onde, em geral, os indivíduos possuem informações sobre o câncer que pode influenciar na sua percepção da doença.

O autorrelato e a ausência de informações adequadas sobre o quadro clínico também foram apontados como desfavoráveis aos resultados (Corter et al., 2013; Fischer et al., 2013). Ainda sobre o acesso aos dados por meio do autorrelato, Anagnostopoulos et al. (2012) evidenciaram, no seu estudo de base populacional, que

as participantes poderiam não ter acesso aos cuidados regulares de saúde e conseqüentemente não estarem inseridas numa rotina de rastreamento, o que influenciaria nos conhecimentos e preocupações sobre o câncer de mama. Entretanto, este fato permitiu uma maior representatividade da amostra permitindo generalização dos resultados.

Em relação ao MSC, a dimensão Identidade - sintomas atribuídos ao câncer de mama - não pode ser identificada nos resultados da pesquisa de Corter et al. (2013) por não ter sido avaliada. McCorry et al. (2013) apresentaram a necessidade de intervenções específicas para modificação da percepção de doença que não foram testadas neste estudo. Por fim, Anagnostopoulos et al. (2005) abordaram apenas os aspectos cognitivos do MSC e não as representações emocionais envolvidas no modelo caracterizando uma limitação importante pelo processamento e influência mútua. Além disso, grande parte dos estudos foi focada no câncer de mama (tratamento) e apenas um com o foco na prevenção do câncer (Anagnostopoulos et al., 2012).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na apreciação dos estudos revisados observou-se relevância nas dimensões do MSC para compreensão dos fatores psicológicos envolvidos no adoecimento por CM. Este modelo articulado a outros constructos pode favorecer ainda mais esta compreensão. Considerando-se as dimensões do MSC, os estudos sinalizaram que uma percepção inadequada da doença pode impactar diretamente em alterações psicológicas (ansiedade, depressão, maiores níveis de *distress*), ressaltando a importância da continuidade de investigações com este objetivo. Ademais, pontua-se a relevância do estudo da percepção da doença como preditor de variáveis psicológicas (ex. níveis de

depressão, ansiedade), após o tratamento (ex. relação negativa entre a dimensão duração e *distress*).

Em sua maioria, os estudos revisados acessaram os participantes por meio de clínicas e hospitais, evidenciando a preocupação com a percepção sobre o CM em mulheres doentes. Isso revela uma lacuna importante na literatura, na qual permanece em aberto a investigação sobre percepção da doença em mulheres saudáveis. Diante disso, identifica-se a necessidade de mais pesquisas nesta área com foco na prevenção e detecção precoce do CM em mulheres saudáveis. Novos estudos poderão explorar ainda, de forma detalhada, as diferenças encontradas na percepção sobre o CM de mulheres saudáveis e aquelas doentes.

Futuras pesquisas devem ser desenvolvidas, incluindo delineamentos mais robustos, especialmente estudos longitudinais. Assim, podem-se planejar intervenções com acompanhamento pré e pós-intervenção no sentido de abarcar o dinamismo da percepção de doença. Por fim, observou-se que os estudos nesta área, restringem-se a países desenvolvidos e não se conhece, por exemplo, as percepções do câncer de mama de mulheres da América Latina sinalizando a necessidade de publicações nesta região geográfica.

REFERÊNCIAS

- Aflakseir, A., & Abbasi, P. (2012). Health Beliefs as Predictors of Breast Cancer Screening Behaviour in a Group of Female Employees in Shiraz. *Iranian journal of cancer prevention*, 5(3), 124-129. Retrieved from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4294534/pdf/IJCP-05-124.pdf>
- Anagnostopoulos, F., & Spanea, E. (2005). Assessing illness representations of breast cancer: a comparison of patients with healthy and benign controls. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(4), 327-334. Retrieved from:
[http://www.jpsychores.com/article/S0022-3999\(04\)00682-8/abstract](http://www.jpsychores.com/article/S0022-3999(04)00682-8/abstract).
- Anagnostopoulos, F., Dimitrakaki, C., Fitzsimmons, D., Potamianos, G., Niakas, D., & Tountas, Y. (2012). Health beliefs and illness perceptions as related to mammography uptake in randomly selected women in Greece. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 19(2), 147-164. doi: 10.1007/s10880-011-9272-1
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of psychosomatic research*, 60(6), 631-637.
doi:10.1016/j.jpsychores.2005.10.020
- Cameron, L. D., Booth, R. J., Schlatter, M., Ziginas, D., Harman, J. E., & Benson, S. R. (2005). Cognitive and affective determinants of decisions to attend a group psychosocial support program for women with breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 67(4), 584-589. Retrieved from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16046371>
- Corter, A. L., Findlay, M., Broom, R., Porter, D., & Petrie, K. J. (2013). Beliefs about medicine and illness are associated with fear of cancer recurrence in women taking

- adjuvant endocrine therapy for breast cancer. *British journal of health psychology*, *18*(1), 168-181. doi: 10.1111/bjhp.12003
- Decat, C. S. A., Laros, J. A., & Araújo, T. C. C. F. D. (2009). Termômetro de distress: validação de um instrumento breve para avaliação diagnóstica de pacientes oncológicos. *Psico USF*, *14*(3), 253-260. Retrieved from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=401036076002>.
- Figueiras, M. J., & Alves, N. C. (2007). Lay perceptions of serious illnesses: An adapted version of the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) for healthy people. *Psychology and Health*, *22*(2), 143-158. doi: 10.1080/14768320600774462.
- Fischer, M. J., Wiesenhaan, M. E., Heijer, A. D. D., Kleijn, W. C., Nortier, J. W., & Kaptein, A. A. (2013). From despair to hope: A longitudinal study of illness perceptions and coping in a psycho-educational group intervention for women with breast cancer. *British journal of health psychology*, *18*(3), 526-545. doi: 10.1111/j.2044-8287.2012.02100.x
- Iskandarsyah, A., de Klerk, C., Suardi, D. R., Soemitro, M. P., Sadarjoen, S. S., & Passchier, J. (2013). Satisfaction with information and its association with illness perception and quality of life in Indonesian breast cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, *21*(11), 2999-3007. doi: 10.1007/s00520-013-1877-5
- Leventhal H., Brissette I., & Leventhal, E. A. (2003) The common-sense model of Self-regulation of health and illness. In Cameron, L.D., Leventhal H. (Eds.), *The self-regulation of health and illness behavior* (42-65). London: Routledge.
- Leventhal, H., & Benyamini, Y. (1997). Lay beliefs about health and illness. In Baum, A., Newman, S., Weinman, J., West, R., & McManus, C. (Eds.) *Cambridge Handbook of Psychology* (131–135). Cambridge University Press: Cambridge.

- Leventhal, H., Bodnar-Deren, S., Breland, J. Y, Hash-Converse, J., Phillips, L. A.,
Leventhal, E. A., & Cameron, L. (2012) Modeling health and illness behavior: the
approach of the commonsense model. In Bawn, A., Revenson, T. A. & Singer, J.
Handbook of Health Psychology (3-35). New York: Taylor & Francis group.
- 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*
(221–252). New York: Erlbaum.
- McCorry, N. K., Dempster, M., Quinn, J., Hogg, A., Newell, J., Moore, M., ... & Kirk,
S. J. (2013). Illness perception clusters at diagnosis predict psychological distress
among women with breast cancer at 6 months post diagnosis. *Psycho-*
Oncology, 22(3), 692-698. doi: 10.1002/pon.3054
- Millar, K., Purushotham, A. D., McLatchie, E., George, W. D., & Murray, G. D. (2005).
A 1-year prospective study of individual variation in distress, and illness perceptions,
after treatment for breast cancer. *Journal of psychosomatic research*, 58(4), 335-342.
Retrieved from: [http://www.jpsychores.com/article/S0022-3999\(04\)00696-8/abstract](http://www.jpsychores.com/article/S0022-3999(04)00696-8/abstract)
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items
for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLOS Medicine*,
6(7), 1-6. doi:10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L., & Buick, D. (2002).
The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and health*, 17(1),
1-16. doi: 10.1080/08870440290001494
- Petrie, K. J., Myrtveit, S. M., Partridge, A. H., Stephens, M., & Stanton, A. L. (2015).
The relationship between the belief in a genetic cause for breast cancer and bilateral
mastectomy. *Health Psychology*, 34(5), 473-476. doi: 10.1037/hea0000118

- Rabin, C., Leventhal, H., & Goodin, S. (2004). Conceptualization of disease timeline predicts posttreatment distress in breast cancer patients. *Health Psychology, 23*(4), 407-412. Retrieved from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15264977>
- Rozema, H., Vollink, T., & Lechner, L. (2009). The role of illness representations in coping and health of patients treated for breast cancer. *Psycho-oncology, 18*(8), 849-857. doi: 10.1002/pon.1488
- Silva, S. M., Moreira, H. C., & Canavarro, M. C. (2012). Examining the links between perceived impact of breast cancer and psychosocial adjustment: the buffering role of posttraumatic growth. *Psycho-Oncology, 21*(4), 409-418. doi: 10.1002/pon.1913
- Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R., & Horne, R. (1996). The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and health, 11*(3), 431-445. Retrieved from: <http://folk.uib.no/phpbs/Petrie/articles/The%20illness%20perception%20questionnaire.pdf>
- Wendt, S. J. (2005). Perception of future risk of breast cancer and coronary heart disease in female undergraduates. *Psychology, health & medicine, 10*(3), 253-262. doi: 10.1080/13548500412331334145

SEÇÃO II – ARTIGO EMPÍRICO

Percepção da doença e de risco e autocuidado para a detecção precoce do câncer de mama

Resumo: A detecção precoce do câncer de mama (CM) apresenta melhor prognóstico e reduz significativamente as taxas de mortalidade. Para tanto, a mulher deve adotar comportamentos de autocuidado em saúde, que são influenciados pelas percepções individuais sobre a doença e seu risco. Este estudo teve como objetivo examinar a percepção de risco, a percepção da doença e o autocuidado (autoexame, consultas médicas, mamografia e ecografia mamária) de mulheres saudáveis com relação ao câncer de mama. Participaram 211 mulheres (M=59,11 anos; DP=8,54) acima de 40 anos e sem histórico pessoal da doença. Observou-se, a partir dos resultados, que existe relação entre a percepção de risco e da doença, e autocuidado em mulheres saudáveis. Identificou-se que as mulheres apresentaram compreensão razoável da doença (M=3,18) e consideraram a doença com duração mais crônica que aguda (M=3,22), razoavelmente cíclica (M=3,56), com consequências severas à saúde (M=4,22), e relativamente ameaçadora (M=3,15). A percepção do CM, a percepção de risco e o autocuidado são variáveis inter-relacionadas em mulheres saudáveis. Identifica-se que aspectos psicológicos, sintomatologia, idade, escolaridade e histórico familiar devem ser incluídos no delineamento de campanhas de detecção precoce do CM.

Palavras-chave: autorregulação, câncer de mama, detecção precoce, percepção da doença, psico-oncologia

Illness and risk perception and self-care for early detection breast cancer

Abstract: Breast cancer (BC) detected early have a good prognosis and significantly reduces mortality rates from the disease. Early detection requires that women adopt behaviors of self treatment, which can be related to individual perceptions about the disease and its risk. This study aimed to examine risk perception, the perception of the disease and self-care (self-examination, medical examinations, mammography and breast ultrasound) of healthy women regarding breast cancer. Attended by 211 women (M = 59.11 years, SD = 8.54) over 40 years with no personal history of the disease. It was observed from the results that there is a relationship between perceived risk and disease, and self-care in healthy women. It was found that women had a reasonable understanding of the condition (M = 3.18) and considered the disease more chronic than acute duration (M = 3.22), fairly cyclical (M = 3.56), with severe consequences to health (M = 4.22), and for threatening (M = 3.15). The illness perception, risk perception and self-care are interrelated variables in healthy women. It is identified that psychological aspects, symptoms, age, education and family history should be included in the design of early detection campaigns CM.

Key-words: self-regulation, breast cancer, early detection, illness perception, psycho-oncology

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama (CM) é uma doença que corresponde a 25% do total de casos de câncer e segunda causa de óbito por tumores malignos no mundo, sendo a causa mais comum de morte entre as mulheres (INCA, 2015a; Ferlay et al., 2013). Entretanto, o CM detectado precocemente apresenta excelente prognóstico e reduz significativamente as taxas de mortalidade na mulher. Sua incidência aumenta a partir dos 40 anos de idade (Martins, et al., 2009), quando é recomendado o rastreamento que envolve exame clínico das mamas, mamografia e ecografia, respeitando as particularidades da paciente (Urban et al., 2012). Sobre a idade inicial preconizada para adesão às práticas preventivas, existem divergências na literatura. No Brasil, a Lei nº 11.664 (2008) prevê a realização da mamografia (Lei nº 11.664, 2008; Peregrino, et al., 2010; INCA, 2015a) pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para todas as mulheres acima de 40 anos de idade. Entretanto, em nota técnica posterior, o Ministério da Saúde recomenda a realização da mamografia a partir dos 50 anos (INCA, 2013). Para idades inferiores, a mamografia é realizada apenas por indicação médica.

Os fatores de risco para o CM (Inumaru, Silveira & Naves, 2011) são: sexo (feminino), obesidade (aumento das medidas antropométricas) e uso frequente do álcool. Há estudos que sugerem ainda que a causa do câncer de mama pode estar associada à idade, história familiar, suscetibilidade genética e exposição excessiva a hormônios (Snape et al., 2012; Pharoah, Day, Duffy, Easton & Ponder, 1997). Não existem medidas práticas específicas direcionadas à prevenção primária do câncer de mama aplicáveis à população, uma vez que a doença só é descoberta quando há um nódulo palpável ou visível em exames de imagem, caracterizando as práticas preventivas de cunho secundário ou de detecção precoce (Straub, 2014). São possíveis apenas medidas de prevenção primária no caso de teste genético para pacientes com

histórico familiar (Snape, et. al, 2012). Além disso, o autoexame (AE) (ou auto palpação) mensal pode se constituir como um importante recurso de autoeficácia (Pajeres & Olaz, 2008; Silva, 2004), no qual a mulher, por meio do autoconhecimento (corporal), poderá identificar alterações nas mamas que serão posteriormente verificadas por exames clínicos e de imagem (Hajian-Tilaki & Auladi, 2014). Fatores relacionados a comportamentos modificáveis da mulher também estão envolvidos no aumento do risco do CM, tais como tabagismo, alcoolismo, obesidade e sedentarismo. O estímulo à amamentação pode reduzir a incidência de CM, e os avanços tecnológicos mais importantes têm sido direcionados para o diagnóstico precoce e para o tratamento (Gonçalves et al., 2007).

Para que a neoplasia seja detectada precocemente, é fundamental que a mulher adote comportamentos de autocuidado em saúde, por meio de métodos de detecção precoce da doença (Castro & Moro, 2012). Uma das formas mais eficazes para o diagnóstico inicial é a mamografia (Urban et al., 2012; Bleyer & Welch, 2012; Marinho, Costa-Gurgel, Cecatti & Osis, 2002). Sabe-se que mulheres com histórico familiar de câncer de mama, tabagistas, com baixo nível educacional e socioeconômico apresentaram menores índices de adesão ao exame (Caleffi, et al., 2010). Ainda, muitas mulheres acima dos 40 anos realizam o rastreamento mamográfico, mas a sua repetição no tempo recomendado (anual ou bianual) é pequena. Esses resultados denotam uma baixa adesão às recomendações no rastreamento oportunístico (Marchi & Gurgel, 2010).

A adesão ao rastreamento preventivo tem relação com a percepção de risco de ter a doença (Gallagher, Updegraff, Rothman & Sims, 2011). Embora existam fatores ambientais que podem prejudicar a detecção precoce (morosidade do sistema e falta de conhecimento, por exemplo), aspectos psicológicos e comportamentais relativos ao autocuidado têm um papel importante.

A percepção de risco é definida pela noção individual de vulnerabilidade frente à doença. Sabe-se que esta percepção poderá motivar a adoção de comportamentos profiláticos de autocuidado (ex. realizar a mamografia ou não) (Oshiro, Bergmann & Silva, 2014; Urban et al., 2012; Figueiras, 2007; Wendt, 2005; Leventhal, Brissette & Leventhal, 2003). Mulheres com percepção de risco exacerbada, em decorrência de histórico familiar de CM, quando comparadas a mulheres que não tem o histórico familiar ou que possui de outro tipo de câncer, apresentam maiores taxas de repetição a mamografia (Haber, Ahmed & Pekovic, 2012).

Além da percepção de risco, a percepção ou crença sobre o CM também pode ter implicações sobre o autocuidado. De acordo com o Modelo teórico de Autorregulação do Senso Comum (MSC) (Leventhal, Nerenz & Steele, 1984), os indivíduos organizam seus pensamentos diante de uma doença (diagnosticada ou em hipótese/ possibilidade, no caso de pessoas saudáveis), por meio de esquemas mentais – a percepção de doença. Diante de um diagnóstico, o indivíduo recorrerá a estes esquemas para identificar as possibilidades de cura e/ou do restabelecimento do estado de saúde na adoção de comportamentos (Leventhal, Nerenz & Steele, 1984; Leventhal, Brissette & Leventhal, 2003).

O MSC é estruturado a partir de sete dimensões: 1) identidade: significado da doença e quais os sintomas identificados; 2) duração: qual a crença sobre a permanência dos sintomas e da doença, que pode ser aguda, crônica ou cíclica; 3) causas: relacionada às crenças sobre a etiologia do quadro clínico; 4) consequências: o quanto a pessoa acredita que a doença é grave e qual o impacto futuro em todos os âmbitos da vida do indivíduo; 5) controle pessoal e do tratamento: percepção do quanto o doente pode controlar ou curar a doença e crença na eficácia do tratamento no controle ou cura da doença; 6) coerência da doença: percepção da compreensão individual da doença; 7)

representação emocional: crenças sobre as emoções envolvidas no adoecimento (Leventhal, Nerenz, Steele, 1984; Moss-Moris et al., 2002).

A avaliação dos sintomas e a percepção da doença, o conhecimento e a percepção de risco estão atrelados à autorregulação emocional. Através do MSC é possível identificar os fatores envolvidos no desenvolvimento da representação individual sobre a doença e como as pessoas orientam o planejamento de estratégias de autorregulação em saúde. Assim, apesar das pessoas passarem por experiências semelhantes, a construção dessas percepções da doença é idiossincrática (Leventhal, Benyamini, 1997; Leventhal, Brissette & Leventhal, 2003).

Com relação especificamente ao câncer de mama, a percepção de que se caracteriza por evento externo, excessivamente ameaçador e fora do controle poderá influenciar na não adesão às condutas de autocuidado, especialmente na realização da mamografia (Anagnostopoulos et al, 2012). De outro modo, crenças ajustadas sobre a doença podem possibilitar a percepção do risco real e favorecer a autonomia diante do cuidado à sua própria saúde (Leventhal, Brissette & Leventhal, 2003; Kaptein et al., 2015).

Uma revisão sistemática de literatura (Seabra, Peuker & Castro, 2015) que investigou a percepção do câncer de mama a partir de estudos com mulheres saudáveis ou doentes no período de 2004 a 2015, verificou que, das 12 pesquisas incluídas, apenas duas contemplaram mulheres saudáveis (Anagnostopoulos & Spanea, 2005; Anagnostopoulos et al, 2012). Estes estudos apontaram que a representação emocional negativa sobre o CM foi associada a não realização da mamografia (Anagnostopoulos et al, 2012), bem como as representações do CM em mulheres saudáveis foram caracterizadas como negativas quanto ao controle/cura da doença (Anagnostopoulos &

Spanea, 2005). Estes achados denotam que as percepções sobre CM das mulheres saudáveis são importantes para a abordagem efetiva da doença.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivos examinar a percepção de risco, a percepção da doença e o autocuidado (autoexame, consultas médicas, mamografia e ecografia mamária) de mulheres saudáveis com relação ao câncer de mama. Além disso, buscou-se examinar possíveis associações nessas variáveis em relação ao histórico familiar de câncer de mama.

2 MÉTODO

Delineamento: Transversal e correlacional (Sampieri, Callado & Baptista, 2013).

2.1 Amostra

A amostra foi composta por mulheres acima de 40 anos atendidas no Setor de Saúde da Mulher de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Porto Alegre, RS. Do total de 308 mulheres convidadas, 77 recusaram-se a participar e 16 coletas iniciadas foram interrompidas (motivos: falta de tempo da usuária para completar os questionários, incompreensão da paciente e interrupção para ir à consulta médica). Ainda, outras quatro mulheres foram excluídas por possuir histórico pessoal de câncer de mama, resultando numa amostra com 211 participantes. Esta amostra corresponde a 47% de mulheres atendidas no Serviço durante o período de coleta (três meses).

2.2 Instrumentos

1. Questionário sociodemográfico, clínico e de comportamentos em saúde (Seabra, Peuker & Castro, 2014) - (Apêndice A): (idade, situação conjugal, escolaridade, atividade laboral, histórico clínico, acompanhamento psicológico e psiquiátrico, exames, consultas ao gineco/mastologista, histórico familiar de CM, entre outras.).

2. *Revised Illness Perception Questionnaire for Healthy People (IPQ-RH)* (Figueiras & Alves, 2007) - (Apêndice B): O instrumento está dividido em três sessões: a primeira corresponde à dimensão *identidade*, onde são apresentados 17 sintomas (ex. dores, falta de ar, fadiga, entre outros) que os participantes relacionam ou não ao CM. A soma do número de respostas “Sim” determina o escore global da subescala identidade. A segunda sessão, com 26 afirmações, envolve as dimensões duração aguda/crônica, consequências, controle pessoal, controle do tratamento, coerência, duração cíclica e representação emocional. A terceira sessão, composta por 18 itens, relaciona-se às possíveis causas da enfermidade. É solicitado, também, que a participante enumere, livremente, três causas que considere estar relacionadas com o desenvolvimento da doença. A segunda e terceira subescalas contemplam uma escala *Likert* (desde discordo plenamente a concordo plenamente). O *Alpha de Cronbach* (consistência interna) das dimensões foram 0,85 (representação emocional), 0,73 (coerência), 0,61 (duração aguda crônica), 0,60 (consequências), 0,58 (duração cíclica). Foram excluídas as subescalas controle pessoal e controle do tratamento por ter *alphas* baixos ($\geq 0,55$). As respostas variam de 1 a 5 e a partir da soma de cada dimensão é realizada a média. Quanto maior a média mais acentuada é a percepção daquela dimensão.

3. Escala de percepção de risco: escala analógica que varia em intensidade e contempla quatro questões relativas ao risco individual de desenvolver e contribuir para a própria redução do risco de CM (adaptada de Figueiras, 2014). Para avaliação das respostas é utilizada a média dos escores de cada item e a média total (Apêndice C)

4. Inventário sobre o autoexame das mamas (Apêndice D): instrumento criado pela autora com base na literatura existente (INCA, 2004; Farlex Medical Dictionary, 2009; INCA, 2015b), sendo composto por oito imagens, das quais cinco corretas, retratando comportamentos supostamente relacionados à execução do autoexame das mamas). O inventário foi elaborado em caráter experimental: as imagens foram elaboradas por um designer e foram submetidas à análise de seis juízes (mastologistas e enfermeiros especializados em Saúde da Mulher) para a análise técnica sobre a qualidade da informação. Os juízes apontaram que cinco imagens das oito estão corretamente relacionadas ao autoexame das mamas. A análise deste instrumento se deu pela frequência das respostas corretas e incorretas das mulheres para cada imagem.

2.3 Procedimentos de coleta de dados e éticos:

A coleta de dados foi realizada no período de abril a julho de 2015, totalizando três meses. As mulheres foram convidadas a participar nas salas de espera do Serviço de Saúde da Mulher da UBS por pesquisadores acadêmicos (graduação e mestrado em Psicologia) da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS. A média de tempo de resposta aos questionários foi de 30 minutos. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISINOS e da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, conforme parecer consubstanciado número 960.963. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que foram arquivados separadamente aos instrumentos visando resguardar o sigilo e confidencialidade das informações obtidas.

2.4 Análise dos dados

Os dados foram analisados por meio do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 21.0. A análise dos dados ocorreu por meio de estatística descritiva das variáveis estudadas para distribuição de frequências, escores, médias e desvio padrão. Para verificar a distribuição normal da amostra utilizou-se o teste de *Shapiro-Wilk*. Empregou-se o teste de correlação não paramétrico de *Spearman* para analisar a força e a direção das relações estabelecidas entre as dimensões do IPQ-RH com a percepção de risco e as variáveis sociodemográficas. Foi realizado o teste U de *Mann-Whitney* para comparar resultados das mulheres com e sem histórico familiar de CM. Além disso, empregou-se a análise do Qui-quadrado para verificar associações entre o histórico familiar e o autocuidado entre as mulheres. As respostas abertas das causas da doença foram classificadas no seu conteúdo baseadas nos critérios utilizados na literatura (Peuker, Armiliato, Vital & Castro, 2015; Shiloh, Rashuk-Rosenthal & Benyamini, 2002). Dois juízes independentes e especialistas no assunto avaliaram e categorizaram todas as respostas, e nos casos de discordância um terceiro juiz definiu a categoria adequada. O coeficiente Kappa de concordância entre eles foi de 0,97, considerado um bom índice de confiabilidade. Para todas as análises foi utilizado um valor de $p \leq 0,05$ (intervalo de confiança de 95%).

3 RESULTADOS

3.1 Análises descritivas:

3.1.1 Dados Sociodemográficos e Clínicos da Amostra

Das 211 mulheres da amostra, 53,1% possuíam companheiro fixo, com média de idade de 59,11 anos (DP=8,54) e tinham em média 2,37 filhos (DP=1,29). Destas, 31% (n=62) utilizavam medicamentos psicotrópicos (Fluoxetina®, Amitriptilina®, Rivotril®). A idade média de realização da primeira mamografia foi de 39,91 anos (DP=8,84). A tabela um mostra os dados sociodemográficos da amostra.

Tabela 1 - *Dados sociodemográficos (N=211)*

		(n)	(%)
Escolaridade	Sem escolaridade	04	1,9
	Até Ensino Fundamental completo	66	31,3
	Até Ensino Médio completo	106	50,2
	Até Ensino Superior completo	35	16,6
Situação ocupacional	Trabalha	78	37
	Não trabalha	133	63
Situação conjugal	Com companheiro fixo	22	53,1
	Sem companheiro fixo	99	46,9
Histórico familiar de câncer de mama	Com histórico	55	26,1
	Sem histórico	156	73,9

Na avaliação subjetiva sobre seu estado de saúde, as mulheres avaliaram seu estado pessoal de saúde como “excelente” (n=22, 10,4%), “bom” (n=106; 50,2%), “regular” (n=69; 32,7%), “ruim” (n=8; 3,8%) e “péssimo” (n=6; 2,8%). Destas mulheres, 51,1 % (n=96) relataram diagnóstico de alguma doença crônica (hipertensão, diabetes, hipotireoidismo).

3.1.2 Percepção da doença

Com relação à percepção das mulheres sobre a sintomatologia do câncer de mama (identidade da doença), foram examinadas as frequências e porcentagens atribuídas por elas para cada possível sintoma. Também foi feita uma soma de todos os

sintomas atribuídos ao CM. Em média, as mulheres atribuíram 7,43 sintomas (DP = 4,68), dos 17 listados pelo instrumento. Os sintomas mais atribuídos ao CM foram a fadiga (74,9%), perda de peso (69,2%) e infecções (62,1%). Os dados estão descritos a seguir na Tabela 2.

Tabela 2 - *Sintomatologia atribuída ao CM (N=211)*

	(n)	(%)
Fadiga	158	74,9
Perda de peso	146	69,2
Infecções	131	62,1
Perda de forças	130	61,6
Surgimento de sinais na pele	113	53,6
Dores	110	52,1
Tonturas	108	51,2
Dificuldade em dormir	104	49,3
Dores de cabeça	89	42,2
Náusea	85	40,3
Indisposição de estômago	84	39,8
Dificuldades em respirar	83	39,3
Falta de ar	54	25,6
Diarreia	54	25,6
Tosse	45	21,3
Dores de garganta	43	20,4
Olhos inflamados	27	12,8

As demais dimensões do IPQ-RH serão apresentadas de forma descritiva (médias, desvio padrão, mínimo e máximo) na tabela 3.

Tabela 3 - *Média, desvio-padrão, mínimo, máximo e variação das dimensões do IPQ-RH*

	Média	DP	Min.	Max.	Variação
Duração aguda/ crônica	3,22	0,66	1,2	5	1-5
Duração cíclica	3,56	0,68	1,3	5	1-5
Consequências	4,22	0,52	2,7	5	1-5
Coerência	3,18	0,98	1	5	1-5
Representação emocional	3,15	1,06	1	5	1-5
Causas atribuições psicológicas	3,17	0,81	1	5	1-5
Causas riscos gerais	3,24	0,49	1	5	1-5

As mulheres consideraram a doença com duração mais crônica que aguda (M=3,22), razoavelmente cíclica (M=3,56) e de consequências severas à saúde

(M=4,22). Em relação à dimensão coerência (M=3,18), as mulheres julgam compreender razoavelmente bem a doença, tendo em vista o valor situado acima do ponto médio da escala *Likert* (3). Quanto à representação emocional (medo, ansiedade e tristeza) referentes ao CM, as mulheres percebiam a doença como relativamente ameaçadora (M=3,15).

Na terceira sessão do IPQ-RH relativa às causas da doença observou-se que as mulheres atribuíram a etiologia da doença mais a riscos gerais do que a questões psicológicas (tabela 3). As causas atribuídas espontaneamente ao câncer de mama pelas participantes estão descritas na tabela 4.

Tabela 4 - *Frequência e percentagem das causas espontâneas*

Categoria	Causa 1		Causa 2		Causa 3	
	n	%	n	%	n	%
Atribuição Psicológica	39	18,48	47	22,27	42	19,91
Fatores de Risco Biológico	94	44,55	41	19,43	40	18,96
Fatores de Risco Comportamental	45	21,33	53	25,12	48	22,75
Falta de acesso a recursos	8	3,79	15	7,11	19	9,00
Lesão Física	13	6,16	18	8,53	8	3,79
Má Sorte/Destino	1	0,47	6	2,84	2	0,95
Agentes químicos	0	0	4	1,90	2	0,95
Não sabe	11	5,21	27	12,80	49	23,22

3.1.3 Percepção de risco

Com relação à percepção de risco total observou-se um escore médio (M=5,07; DP=1,67), sugerindo que as mulheres se percebiam com uma vulnerabilidade moderada de ter a doença (pontuação máxima de 10 pontos). Quando questionadas sobre o seu controle para redução do próprio risco as mulheres consideraram que poderiam reduzir significativamente seu risco (M=8,00; DP=2,78). Entretanto, consideraram que apresentavam baixo risco pessoal (M=4,17; DP=3,27) mesmo quando se comparavam a outras mulheres da mesma idade (M=4,87; DP=3,09). Sobre a gravidade do CM as mulheres sinalizaram que é muito grave (M=9,25; DP= 1,69).

3.1.4 Autocuidado e autoeficácia na realização do autoexame

Os dados clínicos sobre a frequência de realização dos comportamentos preventivos serão apresentados na tabela 5.

Tabela 5 - *Frequência e porcentagem dos dados clínicos (N=211)*

		(n)	(%)
Autoexame	Não realiza	63	29,9
	Raramente	43	20,4
	Eventualmente	31	14,7
	Semanalmente	37	17,5
	Mensalmente	37	17,5
Consultas médicas	Não realiza	7	3,3
	A cada seis meses	40	19
	Uma vez por ano	129	61,1
	Por encaminhamento	8	3,8
	Menos de seis meses	8	3,8
	Dois anos ou mais	15	7,1
Mamografia	Mais de um ano	2	0,9
	Não realiza	9	4,3
	A cada seis meses	16	7,54
	Uma vez por ano	143	67,8
	Uma vez a cada dois anos	29	13,7
	Dois anos ou mais	8	3,8
Ecografia mamária	Realizou e não repetiu	2	0,9
	Não realiza	70	33,2
	A cada seis meses	10	4,7
	Uma vez por ano	82	38,9
	Uma vez a cada dois anos	23	10,9
	Menos de seis meses	8	3,8
	Dois anos ou mais	5	2,4
	Realizou e não repetiu	7	3,3
Eventualmente	4	1,8	

Considerando a análise do instrumento sobre o “Autoexame das mamas”, no qual foram apresentadas imagens com alternativas sobre a forma correta de realizar o autoexame, a maior parte das mulheres assinalou que ao realizar o toque nas mamas

deve-se observar a presença de alterações na pele (87,9%), a apalpação das axilas (73,3%), a manipulação do mamilo para identificar a presença de secreção (58,7%), seguido pelo toque em movimentos circulares (64,6%). Entretanto, o exame visual não foi considerado tão relevante pelas mulheres dessa amostra (34,5%). As respostas estão descritas na tabela 6.

Tabela 6 - Frequência e porcentagem das respostas AE

	Descrição da imagem	Classificação	(n)	(% de acertos)	Ordem da frequência das respostas
Questão 1	Toque nas mamas observando a presença de alterações na pele	Correta	181	87,90%	1º
Questão 2	Manipulação do mamilo para identificar secreção	Correta	121	58,70%	5º
Questão 3	Apertar as mamas com as duas mãos	Incorreta	103	50%	7º
Questão 4	Pressionar fundo os dedos no mamilo identificando presença de dor	Incorreta	116	56,30%	6º
Questão 5	Exame visual em frente ao espelho	Correta	71	34,50%	8º
Questão 6	Colocar mãos nas costelas e pressionar	Incorreta	170	82,50%	2º
Questão 7	Realizar a apalpação em movimentos circulares nas duas mamas	Correta	133	64,60%	4º
Questão 8	Apalpar as axilas	Correta	151	73,30%	3º

3.2 Correlações

O teste de *Shapiro-Wilk* mostrou que a distribuição da amostra para as variáveis das dimensões da percepção da doença não foi normal. Portanto, optou-se por utilizar análises bivariadas não paramétricas. A análise de correlação de *Spearman* revelou que algumas dimensões da percepção da doença foram associadas a variáveis sociodemográficas e percepção de risco. A dimensão cíclica correlacionou-se positivamente com a coerência ($\rho=0,366$; $p<0,01$), com a representação emocional ($\rho=0,310$; $p<0,01$), com a identidade ($\rho=0,227$; $p<0,01$) e negativamente com a escolaridade ($\rho=-0,251$; $p<0,01$). As consequências correlacionaram-se positivamente com a coerência ($\rho=0,201$; $p<0,01$) e com a representação emocional ($\rho=0,160$; $p<0,05$). A dimensão coerência correlacionou-se positivamente com a representação emocional

($\rho=0,528$; $p<0,01$) e negativamente com a escolaridade ($\rho=-0,282$; $p<0,01$). A representação emocional correlacionou-se positivamente com a identidade ($\rho=0,165$; $p<0,05$), com a percepção de risco ($\rho=0,139$; $p<0,05$) com a idade da primeira mamografia ($\rho=0,184$; $p<0,01$) e negativamente com a escolaridade ($\rho=-0,295$; $p<0,01$). A identidade correlacionou-se positivamente com a percepção de risco ($\rho=0,138$; $p<0,05$) e negativamente com a idade ($\rho=-0,139$; $p<0,05$). Além disso, a variável idade da primeira mamografia foi correlacionada negativamente com a escolaridade ($\rho=-0,214$; $p<0,01$).

3.3 Comparações entre mulheres com e sem histórico familiar de câncer de mama (U de Mann-Whitney e Qui quadrado)

Foi realizado o teste U de *Mann-Whitney* para comparar os resultados de mulheres com e sem histórico familiar de CM. Foi identificada diferença significativa com relação ao histórico familiar, na qual as mulheres sem histórico familiar percebiam a doença mais cíclica ($U=2965,00$; $p<0,01$) e acreditavam que compreendiam mais a doença ($U=3233,00$; $p<0,01$).

A análise do Qui-quadrado para verificar possíveis associações entre histórico familiar e autocuidado (consultas com o ginecologista ou mastologista, realização do autoexame, da mamografia e da ecografia mamária) não encontrou associações significativas entre as variáveis.

4 DISCUSSÃO

Observou-se, a partir dos resultados, que existe relação entre a percepção de risco e da doença, e autocuidado em mulheres saudáveis. Algumas dimensões da

percepção da doença (identidade e representação emocional) estão relacionadas com a percepção de risco, além das correlações entre as dimensões do próprio conceito de percepção da doença. Ainda, observou-se a importância da escolaridade no autocuidado (realização da primeira mamografia) e a relação com a percepção do quanto a mulher entende sobre o câncer de mama (dimensão coerência).

Com relação à percepção da doença, na dimensão identidade (sintomas), identificou-se que as mulheres não tinham uma percepção muito clara acerca dos sintomas que fazem parte da doença. A maioria dos sintomas apontados por elas são identificados em pacientes em tratamento (por ex., fadiga e perda de peso), e não estão necessariamente relacionados aos sintomas do CM. Esse resultado pode sinalizar que as mulheres saudáveis podem confundir os sintomas do câncer com os efeitos colaterais do tratamento. Como sintomas da doença aponta-se, por exemplo, a presença de sinais na pele, nódulos e secreção mamária (Silva & Riul, 2011).

A percepção sobre a sintomatologia está correlacionada à representação emocional da doença. Há evidência de que mulheres com CM tendem a perceber muitos sintomas em relação à doença, acarretando maior sofrimento emocional (McCorry et al., 2013, Millar et al., 2005). Assim, intervenções preventivas, tais como intervenções psicoeducativas com mulheres saudáveis sobre os sintomas, alterações importantes na saúde da mama e possibilidades diagnósticas para detecção precoce (Aziz, Akl & Ibrahim, 2009) podem ser eficazes para a aquisição de conhecimento sobre os sintomas e para a adesão ao rastreamento no pós-teste, ampliando o conhecimento das mulheres e esclarecendo crenças errôneas sobre os reais sintomas do CM.

As mulheres associaram a cronicidade da doença à representação emocional negativa. O CM foi identificado como uma doença demasiadamente ameaçadora e traumática. De acordo com a literatura, o sofrimento ocasionado pelo câncer, por ser

uma doença crônica e com tratamento invasivo, pode ser responsável pelo desenvolvimento de transtornos mentais, tais como distúrbios de imagem corporal (Santos & Vieira, 2011), transtorno de estresse pós-traumático (O'Connor, et al., 2011), depressão e ansiedade (Walker, et al., 2013, Maassa, et al. 2015). Isso indica que o câncer pode gerar sofrimento emocional tão intenso de forma que isso acarrete transtornos graves psiquiátricos, especialmente em pessoas com histórico de transtornos mentais (Van Esch, et al., 2012), necessitando de atendimento especializado para não agravamento do quadro. Estes dados sugerem que, ao considerarem o câncer como uma doença grave e de grande sofrimento, as mulheres saudáveis podem sentir-se impactadas negativamente na adoção de comportamentos para preveni-lo (Anagnostopoulos, et al., 2012).

Em relação à dimensão consequências do CM, as mulheres identificaram a doença com severas consequências à sua saúde e à sua vida, associando-as à representação emocional negativa. Estudos com mulheres doentes confirmam este resultado, apontando que quanto mais consequências negativas percebidas, maior o prejuízo emocional (Rabin, Leventhal & Goodin, 2004; Anagnostopoulos & Spanea, 2005). Esta dimensão (consequências) correlacionou-se também com a compreensão percebida (coerência) da doença. As consequências negativas são percebidas como extremamente impactantes (representação emocional negativa) afetando o nível de compreensão das mulheres sobre a doença (McCorry, et al., 2013).

De acordo com os resultados, as mulheres saudáveis atribuíram poucas causas psicológicas ao CM. A literatura tem demonstrado que mulheres com câncer de mama tendem a se culpabilizar e a atribuir a etiologia da doença a questões emocionais e pessoais (ex. problemas familiares, mágoas, preocupações) (Peuker, Armiliato, Vital & Castro, 2015; Kaptein, et al, 2015; Thompson, et al., 2014). No caso das mulheres

saudáveis, constatou-se que elas consideravam a causa do CM associada a riscos biológicos e comportamentais, mais do que causas de origem emocional.

Considerando que a percepção sobre a doença tem caráter dinâmico e é passível de modificação (Leventhal, Brissette & Leventhal, 2003), é possível que, quando a mulher passa da condição de saudável a doente, essas percepções possam se modificar. Dessa forma, mulheres saudáveis que pensam na doença de forma hipotética, não tendo vivenciado-a de fato como é o caso desta amostra, podem representá-la como mais distante da sua realidade. Além disso, neste estudo a maioria das mulheres caracterizou seu estado de saúde como “bom”, o que a distancia ainda mais esta representação e, dessa forma, não se considerar tão responsável pela condição de doente. Assim, a partir de um acontecimento importante como é o adoecimento por câncer, as percepções sobre a doença, em especial as atribuições causais, se modificarão espontaneamente para que a pessoa possa dar sentido à sua doença (Shiloh, Rashuk-Rosenthal & Benyamini, 2002), o que já foi verificado em mulheres com câncer de mama (Peucker, Armiliato, Vital & Castro, 2015) e cervical (Castro, Aretz, Lawrenz, Romeiro & Haas, 2013) em amostras brasileiras.

Com relação à realização de mamografia, identificou-se que mulheres com maior escolaridade buscaram realizá-la mais cedo. A literatura aponta que mulheres mais jovens e mais escolarizadas conhecem melhor os fatores de risco para o CM (Lizama, et al. 2015). Dessa forma, mulheres com mais estudo estão mais esclarecidas sobre a doença, seus riscos, seu papel diante dela, favorecendo a prevenção da doença. Nesse sentido, os programas de prevenção do câncer de mama precisam estar mais atentos justamente nas mulheres mais velhas e com menor escolaridade, que podem ter mais dificuldades para adotar comportamentos de prevenção. Contudo, esse aspecto que envolve a escolaridade e o comportamento em saúde é mais complexo e precisa ser mais

bem investigado em futuros estudos. Por exemplo, sabe-se que a ‘alfabetização em saúde’ (*health literacy*) vai além da escolaridade do indivíduo, pois diz respeito à capacidade de obtenção, processamento e gerenciamento das informações em saúde. Ela é fundamental para prover autonomia e empoderamento na tomada de decisão no processo saúde e doença (Sorensen, et al., 2012). Aspectos emocionais podem contribuir para este conhecimento, tendo em vista que o medo do diagnóstico (e outras variáveis emocionais) pode impedir uma compreensão clara sobre as informações (Silva, Aquino & Santos, 2008; Veit & Barros, 2008).

No que tange ao conhecimento acerca do autoexame das mamas, os resultados apontaram que, em geral, as mulheres deste estudo sabem realizá-lo corretamente, mas o fazem com pouca frequência. Pesquisas conduzidas anteriormente e no contexto internacional (Murray & McMillan, 1993; Aflakseir & Abbasi, 2012) indicam que a maioria das mulheres realiza o autoexame. Atualmente, existem divergências nas recomendações dos profissionais sobre esta prática. As políticas públicas que norteiam os profissionais em oncologia no Brasil (INCA, 2015b) e no mundo (The Canadian Task Force on Preventive Health Care, 2011; American Cancer Society, 2015; Senkus, et al., 2015) atualmente desestimulam a realização deste procedimento por não considerarem seu valor diagnóstico.

Dessa forma, as mulheres acabam sendo desencorajadas pelos profissionais a realizar o AE, o que pode impactar a sua não realização. Discute-se sobre a eficácia do autoexame como alternativa diagnóstica, visto que a mulher pode não identificar alterações e, com isso negligenciar outras ações preventivas (Menke & Delazeri, 2010; INCA, 2015b). Outro argumento utilizado contra a realização do AE é a possibilidade de que a mulher, ao se tocar e perceber alterações que são inofensivas, aumentar sua preocupação a respeito do diagnóstico de CM e, com isso, desejar a realização de

procedimentos invasivos desnecessários (como, por exemplo, biópsias da mama, exposição à radiação) (Menke & Delazeri, 2010; INCA, 2015b). Ainda, argumenta-se que não são encontradas evidências na literatura que comprovem a redução da mortalidade por CM associada a realização do AE, favorecendo a recomendação contrária pelos profissionais (INCA, 2015b). Por outro lado, outros autores referem que o AE pode ser adotado com o objetivo de educação sobre a saúde das mamas, proporcionando um autoconhecimento corporal e estimulando a autonomia da mulher sobre sua saúde (Hajian-Tilaki & Auladi, 2014). Embora esta ação educativa não tenha efeito diagnóstico, pode caracterizar-se como um recurso de autoeficácia e ser um adjuvante no rastreamento do CM (Pajeres & Olaz, 2008; Silva, 2004).

Observou-se neste estudo que as mulheres referiram se prevenir por meio das recomendações atuais para detecção precoce do câncer de mama (Urban et al., 2012; Bleyer & Welch, 2012; Marinho, Costa-Gurgel, Cecatti & Osis, 2002) com índices satisfatórios de realização de consultas com ginecologistas/ mastologistas e da mamografia. Por tratar-se de uma amostra não clínica e usuária do serviço público de saúde, esse resultado pode mostrar apenas um lado da realidade. É importante que futuros estudos busquem conhecer mulheres que não costumam usar os serviços de saúde para compreender seus comportamentos e dificuldades para lidar com a prevenção de doenças, em especial o CM.

Na comparação entre grupos com e sem histórico familiar de CM, mulheres sem o histórico percebiam a doença com maior duração cíclica, apontando para uma percepção inadequada de duração, tendo em vista que o câncer é uma doença crônica (Ferlay, et al., 2013). Além disso, as mulheres sem histórico familiar julgavam compreender mais a doença (dimensão coerência) do que aquelas com histórico. Este dado sugere que a experiência de um familiar pode influenciar percepção de

compreensão da doença. Mulheres com o histórico familiar apresentam uma boa compreensão dos prejuízos ocasionados pelo câncer, com isso desenvolvem condutas de proteção por meio da alta adesão a exames de rastreamento (Haber, Ahmed & Pekovic, 2012). Ainda, é preciso esclarecer a população sobre a cronicidade do CM.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo propiciou conhecer que a percepção do CM, a percepção de risco, o autocuidado e a escolaridade são variáveis inter-relacionadas em mulheres saudáveis. Mulheres jovens, com histórico familiar e com maior escolaridade apresentam a percepção de doença e de risco mais ajustadas e, com isso, desenvolvem melhor o autocuidado.

As mulheres atribuíram a causa do CM a aspectos modificáveis denotando que conhecem o seu papel na prevenção da doença (autoeficácia). Vale ressaltar que, por mais que as mulheres considerem compreender a doença, apresentaram baixa compreensão. Os sintomas da doença e a sua duração (crônica) também foram identificados como fatores que devem ser abordados em intervenções para ajustamento na percepção destas mulheres.

Não foi possível comparar a percepção de risco e da doença entre as mulheres que realizaram a mamografia e aquelas que não o fizeram no período dos últimos cinco anos tendo em vista que a maioria da amostra realizou o exame neste período. Entende-se que a percepção da doença é importante de ser avaliada, mas não é suficiente para explicar a complexidade dos fatores envolvidos no autocuidado e na prevenção de doenças. Apesar dessas limitações, os resultados aqui apresentados são relevantes para compreender as representações das mulheres saudáveis e auxiliar no delineamento de ações específicas a esta população.

Para futuros estudos, poderão ser incluídas mulheres oriundas de outros contextos (residências, trabalho, contexto privado de saúde entre outros), pois os dados deste estudo contemplaram usuárias de uma unidade básica de saúde. Acrescenta-se ainda a possibilidade de inclusão de outras variáveis pertinentes, como aquelas relativas a transtornos emocionais (depressão e ansiedade, por exemplo) visando integrar esses fatores à compreensão das crenças sobre o CM. Além disso, novos estudos podem abarcar questões sobre o estilo de vida pessoal (tabagismo, etilismo, prática de atividades físicas), que estão intimamente ligadas aos comportamentos de saúde. Estudos com delineamento longitudinal também poderão ser desenvolvidos no sentido de identificar, a partir das crenças, mantidas pelas mulheres os preditores do autocuidado.

Em termos de implicações práticas, este estudo permitiu identificar que as mulheres sadias percebem o câncer como relativamente ameaçador, com consequências severas à saúde e com representação emocional negativa. Por isso, as campanhas de prevenção do CM devem considerar as dimensões do MSC (identidade, duração, coerência, causas, controle, consequências e representação emocional) na elaboração de intervenções e materiais de orientação para ampliação do conhecimento das mulheres a este respeito. É importante que as políticas públicas também estejam voltadas a mulheres mais velhas e com menor escolaridade, tendo em vista que elas participam menos do rastreamento do câncer.

Além disso, aspectos psicológicos podem constituir barreiras à adequada prevenção, por isso, é importante que as mulheres sejam orientadas, por meio de campanhas de educação em saúde, planejadas de modo cuidadoso. A estruturação das mensagens deve ser realizada de forma minuciosa, tendo em vista que não podem ser impactantes demais de forma a agravar a percepção de risco, mas também não devem

ser superficiais. Assim, as mulheres conseguirão perceber o risco real diante do CM e desenvolver o autocuidado efetivamente.

REFERÊNCIAS

- Aflakseir, A. & Abbasi, P. (2012). Health Beliefs as Predictors of Breast Cancer Screening Behaviour in a Group of Female Employees in Shiraz. *Iranian journal of cancer prevention*, 5(3), 124-129. Retrieved from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4294534/pdf/IJCP-05-124.pdf>
- American Cancer Society (2015) Breast Cancer Prevention and Early Detection.
 Recuperado em 10 de dezembro de 2015, de
<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003165-pdf.pdf>
- Anagnostopoulos, F., & Spanea, E. (2005). Assessing illness representations of breast cancer: a comparison of patients with healthy and benign controls. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(4), 327-334. Retrieved from:
[http://www.jpsychores.com/article/S0022-3999\(04\)00682-8/abstract](http://www.jpsychores.com/article/S0022-3999(04)00682-8/abstract).
- Anagnostopoulos, F., Dimitrakaki, C., Fitzsimmons, D., Potamianos, G., Niakas, D., & Tountas, Y. (2012). Health beliefs and illness perceptions as related to mammography uptake in randomly selected women in Greece. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 19(2), 147-164. doi: 10.1007/s10880-011-9272-1
- Aziz, H. M. A. E., Akl, O. A. & Ibrahim, H. K. (2009) Impact of A Health Education Intervention Program about Breast Cancer among Women in a Semi-urban Area in Alexandria, Egypt. *J Egypt Public Health Assoc*, 84(1), 219-243. Retrieved from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15992568>
- Bleyer, A. & Welch, G. (2012). Effect of Three Decades of Screening Mammography on Breast-Cancer Incidence. *The New England Journal of Medicine*, 367(21), 1999-2005. doi: 10.1056/NEJMoa1206809
- Brasil, Ministério da Saúde/ INCA (2013). Nota técnica conjunta sobre o rastreamento do câncer de mama. Recuperado em 03 de novembro de 2015, de:

<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/a7973e0041bda572b9fef4c0453ee90/Nota+conjunta+mamografia+2013.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=a7973e0041bda572b9fef4c0453ee90>.

Brasil, Ministério da Saúde/ INCA (2015b). *Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil*. Recuperado em 03 de novembro de 2015, de

http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2014/diretrizes_deteccao_precoce_cancer_mama_consulta_publica

Brasil, Ministério da Saúde/ INCA. (2004). *Controle do Câncer de Mama: Documento do Consenso*. INCA: Rio de Janeiro.

Brasil, Ministério da Saúde/ INCA. *Câncer de mama* (2015a) Recuperado em 15 de agosto de 2015, de http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=336

Caleffi, M., Ribeiro, R. A., Bedin Jr, A. J., Viegas-Butzke, J. M. P., Baldisserotto, F. D.G., Skonieski, G. P., Giacomazzi, J., Camey, S. A. & Ashton-Prolla, P. (2010). Adherence to a Breast Cancer Screening Program and Its Predictors in Underserved Women in Southern Brazil. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, *19*, 2673-2679. doi: 10.1158/1055-9965

Castro, E. K. de, Aretz, M., Lawrenz, P., Romeiro, F. B. & Haas, S. A. (2013) Illness perceptions in brasilian women with a cervical cancer, women with a precursory lesions and healthy women. *Psicooncología*, *10* (2-3), 417-423. doi: 10.5209/rev_PSIC.2013.v10.n2-3.43459

Castro, E. K. de & Moro, L. (2012) Factores psicosociales relacionados con el autocuidado en la prevención, tratamiento y postratamiento del cáncer de mama. *Psicooncología*, *9*(2-3), 453-465. doi: 10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40916

Decreto Lei nº 11.664/08, de 29 de Abril (2008). Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos

cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Recuperado em 15 de agosto de 2015, de

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2008/lei/l11664.htm

Farlex medical dictionary (2009). *Breast self-examination*. Retrieved from:

<<http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/Breast+Self-Examination>>.

Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin

DM, Forman D & Bray, F. (2013) GLOBOCAN 2012 v1.0: Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase, (11), *International Agency for Research on Cancer*, Lyon, France. Recuperado em 10 de agosto de 2015, de:

<http://globocan.iarc.fr>.

Figueiras, M. J. (2007). Percepção individual de risco: abordagens em contexto de

saúde. *Revista Factores de Risco*, 5, 87-89. Retrieved from:

https://www.researchgate.net/publication/260125393_Figueiras_MJ_2007_Percepcao_Individual_de_Risco_Abordagens_em_Contexto_de_Saude_Sociedade_Portuguesa_de_Cardiologia_Revista_Factores_de_Risco_n5ano_2_Abr-Jun_pag87-89.

Figueiras, M. J. (2014). Escala de percepção de risco para cancro da mama. Instrumento não publicado.

Figueiras, M. J. & Alves, N. C. (2007) Lay perceptions of serious illnesses: An adapted version of the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) for healthy people. *Psychology & Health*, 22 (2), 143-158. doi: 10.1080/14768320600774462

Gallagher, K. M., Updegraff, J. A., Rothman, A. & Sims, L. (2011) Perceived susceptibility to breast cancer moderates the effect of gain and loss-framed messages on use of screening mammography. *Healthy Psychology*, 30(2), 145-152. doi: 10.1037/a0022264

- Gonçalves, A. C. T., Jobim, P. F. C., Vanacor, R., Nunes, L. N., Albuquerque, I. M. & Bozzeti M. C. (2007) Câncer de mama: mortalidade crescente na Região Sul do Brasil entre 1980 e 2002. *Cad. Saúde Pública*, 23(8), 1785-1790. doi: 10.1590/S0102-311X2007000800005
- Haber, G., Ahmed, N. U., & Pekovic, V (2012) Family history of cancer and its associations with breast cancer risk perception and repeat mammography. *American Journal of public healthy*, 102(12), 2322-2329. doi: 10.2105/AJPH.2012.300786
- Hajian-Tilaki, K. & Auladi, S. (2014) Health belief model and practice of breast examination and breast cancer screening in Iranian women. *Breast Cancer*, 21, 429-434. doi: 10.1007/s12282-012-0409-3
- Inumaru, L. E., Silveira, E. A. & Naves, M. M. V. (2011). Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*, 27(7), 1259-1270. doi: 10.1590/S0102-311X2011000700002
- Kaptein, A. A., Schoones, J. W., Fischer, M. J., Thong, M. S. Y., Kroep, J. R. & Hoeven, K, J. M. van der (2015) Illness perceptions in Women with breast cancer – a systematic literature review. *Curr. Breast Cancer*, 7, 117-126. doi: 10.1007/s12609-015-0187-y
- Leventhal H., Brissette I. & Leventhal, E. A. (2003) The common-sense model of Self-regulation of health and illness. In: Cameron: LD, Leventhal H, editor. *The self-regulation of health and illness behavior* (42-65). London: Routledge.
- Leventhal, H. & Benyamini, Y. (1997). Lay beliefs about health and illness. In: Cambridge Handbook of Psychology, *Health and Medicine* (131–135), Baum, A., Newman, S., Weinman, J., West, R. & McManus, C. (eds). Cambridge: Cambridge University Press.

- Leventhal, H., Nerenz, D., & Steele, D. (1984). Illness representations and coping with health threats. In *Handbook of Psychology and Health* (221–252) Baum, A., & Singer, J. (eds). New York: Erlbaum.
- Lizama, N., Rogers, P., Thomson, A., Slevin, T., Fritschi, L., Saunders, C., & Heyworth, J. (2015) Women's beliefs about breast cancer causation in a breast cancer case-control study. *Psycho-oncology*, *18*, 1-7. doi: 10.1002/pon.3869
- Maassa, S.W., Roordaa, C., Berendsena, A.J., Verhaaka, P.F & Bock, G.H. de (2015). The prevalence of long-term symptoms of depression and anxiety after breast cancer treatment: A systematic review. *Maturitas*, *82*(1), 100–108. doi: 10.1016/j.maturitas.2015.04.010
- Marchi, A. A. & Gurgel, M. S. C. (2010) Adesão ao rastreamento mamográfico oportunístico em serviços de saúde públicos e privados. *Rev Bras Ginecol Obstet.*, *32*(4), 191-197. doi: 10.1590/S0100-72032010000400007
- Marinho, L. A. B., Costa-Gurgel, M. S., Cecatti, J. G. & Osis, M. J. D. (2002) O papel do autoexame mamário e da mamografia no diagnóstico precoce no câncer de mama. *Rev. Ciênc. Méd. Campinas*, *11*(3), 233-242.
- Martins, E., Freitas Jr., R., Curado, M. P., Freitas, N. M. A., Oliveira, J. C. & Silva, C. M. B. (2009). Evolução temporal dos estágios do câncer de mama ao diagnóstico em um registro de base populacional no Brasil central. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, *31* (5), 219-223. Retrieved from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n5/v31n5a03.pdf>
- McCorry, N. K., Dempster, M., Quinn, J., Hogg, A., Newell, J., Moore, M., & Kirk, S. J. (2013). Illness perception clusters at diagnosis predict psychological distress among women with breast cancer at 6 months post diagnosis. *Psycho-Oncology*, *22*(3), 692-698. doi: 10.1002/pon.3054

Menke, C. H. & Delazeri, G. J. (2010). Autoexame ou autoengano? *Femina*, 38 (1), 3-6.

Retrieved from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n1/a002.pdf>

Millar, K., Purushotham, A. D., McLatchie, E., George, W. D., & Murray, G. D. (2005).

A 1-year prospective study of individual variation in distress, and illness perceptions, after treatment for breast cancer. *Journal of psychosomatic research*, 58(4), 335-342.

Retrieved from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15992569>

Moss-Morris, R.; Weinman, J.; Petrie, K. J.; Horne, R.; Cameron, L. D. & Buick, D.

(2002) The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17 (1), 1-16. doi: 10.1080/08870440290001494

Murray. M. & McMillan, C. (1993) Health beliefs, locus of control, emotional control and women's cancer screening behaviour. *British Journal of Clinical Psychology*

32, 87-100. doi: 10.1111/j.2044-8260.1993.tb01032.x

O'Connor, M., Christensen, S., Jensen, A. B., Moller, S & Zachariae, R. (2011) How traumatic is breast cancer? Post-traumatic stress symptoms (PTSS) and risk factors for severe PTSS at 3 and 15 months after surgery in a nationwide cohort of Danish women treated for primary breast cancer. *British Journal of Cancer*, 104, 419–426. doi: 10.1038/sj.bjc.6606073

Oshiro, M. L., Bergmann, A., Silva, R. G., Costa, K. C., Travaim, I. E. B., Silva, G.B. & Thuler, L.C.S. (2014) Câncer de Mama Avançado como Evento Sentinela para Avaliação do Programa de Detecção Precoce do Câncer de Mama no Centro-Oeste do Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 60(1), 15-23. Retrieved from: http://www.inca.gov.br/rbc/n_60/v01/pdf/04-artigo-cancer-de-mama-avancado-como-evento-sentinela-para-avaliacao-do-programa-de-deteccao-precoce-do-cancer-de-mama-no-centro-oeste-do-brasil.pdf

- Pajeres, F. & Olaz, F. (2008). Teoria Social Cognitiva e autoeficácia: uma visão geral. In: Bandura, A., Azzi, R. G., Polydoro, S. Teoria social cognitiva: conceitos básicos (97-114). Porto Alegre, Artmed.
- Peregrino, A. A., Vianna, C. M. M., Caetano, R., Gonzalez, G. B., Almeida, C. E. V. & Machado, S. C. (2010) Análise de Custo-Efetividade da Idade de Início do Rastreamento Mamográfico. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 56 (2), 187-193. Retrieved from: http://www.inca.gov.br/rbc/n_56/v02/pdf/03_artigo_analise_custo_inicio_rastreamento.pdf
- Peuker, A. C., Armiliato, M. J., Vital, L. & Castro, E. (2015) Causal attribution among breast cancer women, no prelo.
- Pharoah, P. D. P., Day, N. E., Duffy S., Easton, D. F., & Ponder, B. A. (1997). Family history and risk of breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Cancer*, 71 (5), 800-809. doi: 10.1002/(SICI)1097-0215(19970529)71:5<800::AID-IJC18>3.0.CO;2-B
- Rabin, C., Leventhal, H., & Goodin, S. (2004). Conceptualization of disease timeline predicts posttreatment distress in breast cancer patients. *Health Psychology*, 23(4), 407-412. doi: 10.1037/0278-6133.23.4.407
- Sampieri, R. H., Callado, C. F. & Baptista, M. D. P. L. (2013). *Metodologia de pesquisa*. Porto Alegre: Editora Penso.
- Santos, D. B. & Vieira, E. M. (2011) Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. *Ciênc. saúde coletiva*, 16 (5), 2511-2522. doi: 10.1590/S1413-81232011000500021.
- Seabra, C. R., Peuker, A. C. W. B. & Castro, E. K. (2015) Modelo de autorregulação em saúde e câncer de mama: uma revisão de literatura. *Revista Saúde e*

desenvolvimento humano, 3(2), 79-105. doi: 10.1590/S1413-81232011000500021.

- Senkus, E., Kyriakides, S., Ohno, S., Penault-Llorca, F., Poortmans, P., Rutgers, E., Zackrisson, S. & Cardoso, F. (2015) Primary breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 26 (5), 8–30. Retrieved from: <http://www.esmo.org/Guidelines/Breast-Cancer/Primary-Breast-Cancer>.
- Shiloh, S., Rashuk-Rosenthal, D. & Benyamini, Y. (2002). Illness causal attributions: an exploratory study of their structure and associations with other illness cognitions and perceptions of control. *Journal of Behavioral Medicine*, 25(4), 373-393. Retrieved from: <http://link.springer.com/article/10.1023%2FA%3A1015818532390>
- Silva, A. M. M. (2004) Teoria da autoeficácia. In: Coleta, M. F. D. Modelos para pesquisa e modificação de comportamentos de saúde (131-168). Brasília, Cabral Editora.
- Silva, P.A. & Riul, S. S. (2011) Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(6),1016-1021.
- Silva, S. S., Aquino, T. A. A. & Santos, R. M (2008). O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico. *Rev. bras. ter. cogn.*, 4 (2), 73-89.
- Snape, K., Ruark, E., Tarpey, P., Renwick, A., Turnbull, C., Seal, S., Murray, A., Hanks, S., Douglas, J., Stratton, M, R. & Rahman, N. (2012). Predisposition gene identification in common cancers by exome sequencing insights from familial breast cancer. *Breast cancer research and treatment*, 134 (1), 429-433.
- Sorensen, C., Broucke, S. V. D., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. & Brand, H. (2012) Health literacy and public health: A systematic review and

integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80-93. doi:
10.1186/1471-2458-12-80

Straub, R. O. (2014) Permanecendo saudável. In Straub, R. O. *Psicologia da Saúde: uma abordagem biopsicossocial* (191-229). Porto Alegre: Artmed.

The Canadian Task Force on Preventive Health Care (2011) Recommendations on screening for breast cancer in average-risk women aged 40–74 years. *CMAJ*, 183(17). doi: 10.1503/cmaj.110334.

Thompson, A.K., Heyworth, J. S., Girschik, J., Slevin, T., Saunders, C. & Fritschi, L (2014). Beliefs and perceptions about the causes of breast cancer: a case control study. *BCM research notes*, 7, 558-665. doi: 10.1186/1756-0500-7-558

Urban, L. A. B. D., Schaefer, M .B., Duarte, D. L., Santos, R. .P., Maranhão, N. M. A., Kefalas, A. L., Canella, E. O. ... & Sondermann, V. R. (2012). Recomendações do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia para rastreamento do câncer de mama por métodos de imagem. *Radiol Bras.* 45 (6), 334-339. doi: 10.1590/S0100-39842012000600009

Van Esch, L. V., Roukema, J.A., Ernst, M.F., Nieuwenhuijzen, G.A., & Vries, J. (2012) Combined anxiety and depressive symptoms before diagnosis of breast cancer. *Journal Affect Disorder*, 136(3), 895-901. doi: 10.1016/j.jad.2011.09.012

Veit, M. T. & Barros, L. H. de C. (2008) Intervenções em psico-oncologia em instituições. In Carvalho, V. A., Franco, M. H. P., Kovacs, M.J., Liberato, R., Macieira, R. de C., Veit, M. T., Gomes, M. J. B. & Barros, L. H. de C. *Temas em Psico-oncologia* (362-372). São Paulo: Summus.

Walker, J., Hansen, C. H., Martin, P., Sawhney, A. Thekkumpurath, P., Beale, C., Symeonides, S., Wall, L. Murray, G. & Sharpe, M. (2013). Prevalence of

depression in adults with cancer: a systematic review. *Annals of Oncology*, 24, 895–900. doi: 0.1093/annonc/mds575

Wendt, S. J. (2005) Perception of future risk of breast cancer and coronary heart disease in female undergraduates. *Psychology, Healthy & Medicine*, 10 (3), 253-262. doi: 10.1080/13548500412331334145

CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO

Este estudo teve como um dos objetivos revisar a literatura sobre o Modelo de Autorregulação do Senso Comum no contexto do câncer de mama. Por meio da pesquisa empírica, buscou-se também examinar a percepção de risco, a percepção da doença e o autocuidado de mulheres saudáveis com relação ao câncer de mama. A

investigação foi conduzida no contexto de saúde da mulher (atenção secundária) na rede pública da cidade de Porto Alegre.

Na revisão de literatura, observou-se que o MSC, embora pouco explorado em âmbito nacional, caracteriza-se como um importante fundamento teórico para compreensão dos aspectos psicológicos envolvidos tanto na prevenção quanto no adoecimento por CM. Identificou-se, a partir da revisão sistemática da literatura internacional, que o desajustamento da percepção da doença pode impactar diretamente em alterações psicológicas (ansiedade, depressão, maiores níveis de *distress*). Esses dados evidenciam a associação entre percepção da doença e variáveis psicológicas. Além disso, a maioria dos estudos inclui mulheres doentes e em contextos de saúde (clínicas e hospitais), revelando a necessidade da investigação sobre percepção da doença em mulheres saudáveis.

Neste sentido, a pesquisa empírica foi delineada visando conhecer a percepção do CM, a percepção de risco e o autocuidado. Os resultados apontaram que as mulheres jovens, com histórico familiar de CM e com maior escolaridade apresentaram a percepção de doença e de risco mais ajustadas e desenvolvem melhor o autocuidado. Além disso, as mulheres sadias percebem o câncer como relativamente ameaçador, de consequências severas à saúde e com representação emocional negativa. As causas foram atribuídas a fatores comportamentais e biológicos. Os sintomas da doença e a sua duração (crônica) também foram identificados como fatores que devem ser abordados em intervenções para ajustamento na percepção destas mulheres.

Dessa forma, os resultados obtidos nesta dissertação permitiram conhecer, em maior profundidade, a percepção de risco e da doença de mulheres sem câncer de mama utilizando o MSC. Espera-se que as contribuições geradas por este trabalho favoreçam a compreensão e sejam úteis para o delineamento de ações que visam prevenir e detectar

precocemente a doença. De acordo com isso, a seguir serão elencadas algumas recomendações práticas:

- A percepção da doença é um constructo variável e, por isso, pode ser representada de formas distintas por mulheres saudáveis e doentes. Portanto, sugere-se que as ações preventivas sejam delineadas contemplando as peculiaridades inerentes às crenças das mulheres saudáveis (representação emocional negativa, consequências severas à saúde), doentes, com histórico familiar e pessoal da doença, por exemplo;
- A literatura aponta que a maioria das campanhas de prevenção enfatiza aspectos sociodemográficos da população como fatores de risco importantes no desenvolvimento da doença. Entretanto, existem aspectos psicológicos (crenças) e comportamentais que devem ser abordados por serem passíveis de modificação. Por isso, o psicólogo da saúde tem papel fundamental na prevenção do CM e na promoção da saúde da mulher;
- O psicólogo da saúde tem uma atribuição relevante na disseminação dos conhecimentos sobre os aspectos psicológicos que podem estar envolvidos no processo de saúde e doença, como por exemplo, as crenças sobre a doença e seu papel no autocuidado;
- Recomenda-se fortemente que os aspectos psicológicos sejam considerados no planejamento de mensagens, visando favorecer a compreensão real da doença (e não exacerbadamente ameaçadora), dos riscos de desenvolvê-la e das possibilidades de prevenção e tratamento;

- Ressalta-se ainda, a importância da abrangência das políticas de prevenção à mulheres mais velhas e com menor escolaridade, tendo em vista que elas participam menos do rastreamento do câncer.

Em suma, espera-se que, as contribuições deste estudo possam subsidiar cientificamente intervenções educativas considerando as especificidades da população no sentido de ampliar o rastreamento e conseqüentemente à detecção precoce do CM.

APÊNDICE A - Questionário sociodemográfico, clínico e de comportamentos em saúde

1.	Data de nascimento	___/___/___
2.	Idade atual	___ anos.
3.	Situação conjugal atual:	(1) Com companheiro(a) fixo(a) (2) Sem companheiro(a) fixo(a)
4.	Estado civil atual:	(1) Solteiro(a) (2) Casado(a) ou vive com companheiro(a) (3) Separado(a) (4) Viúvo(a)
5.	Você tem filhos?	(1) Sim (0) Não
6.	Se a resposta à pergunta anterior seja SIM, quantos filhos você tem?	___ filhos.
7.	Escolaridade atual	(1) Sem escolaridade formal (2) Ens. Fundamental Incompleto (3) Ens. Fundamental Completo (4) Ens. Médio Incompleto (5) Ens. Médio Completo (6) Ens. Superior Incompleto (7) Ens. Superior Completo
8.	Qual sua escolaridade em tempo de estudos?	___ anos.
9.	Você trabalha atualmente?	(1) Sim (0) Não
10.	Caso a resposta à pergunta anterior seja SIM, qual sua ocupação?	_____.
11.	Você possui plano de saúde?	(1) Sim (0) Não
12.	Como você avalia atualmente seu estado de saúde?	(1) Excelente (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Péssimo
13.	Você tem algum familiar com história de câncer de mama?	(1) Sim (0) Não
14.	Caso tenha respondido SIM à pergunta anterior: qual o grau de parentesco com o familiar diagnosticado com câncer de mama?	(1) Mãe (2) Irmã (3) Avó Materna (4) Avó Paterna (5) Outra. Qual? _____.
15.	Há quanto tempo seu familiar teve o diagnóstico?	() ___ meses ou () ___ anos
16.	Qual foi o desfecho da doença familiar?	(1) Sobreviveu (2) Faleceu (3) Sobreviveu com sequelas. Quais?
17.	Você realiza acompanhamento psicológico atualmente?	(0) Não (1) Sim. Há quanto tempo? _____
18.	Você realiza acompanhamento psiquiátrico atualmente?	(0) Não (1) Sim. Há quanto tempo? _____
19.	Você faz uso de algum medicamento psicofarmacológico atualmente?	(0) Não (1) Sim. Há quanto tempo? _____
20.	Caso sua resposta seja SIM: qual medicamento e a dosagem você usa?	_____.
21.	Com que frequência você realiza o	(1) Semanalmente (2) Mensalmente (uma vez por

	autoexame das mamas?	mês) (3) Eventualmente (uma vez a cada seis meses) (4) Raramente (uma vez por ano ou menos) (5) Não realizo o autoexame das mamas
22.	Com que frequência você realiza consultas de rotina no ginecologista/ mastologista?	(0) Não realizo (1) A cada seis meses (2) Uma vez por ano (3) Outro. Especifique:_____.
23.	Com que frequência você realiza consultas de rotina com outras especialidades médicas?	(0) Não realizo (1) A cada seis meses (2) Uma vez por ano (3) Outro. Especifique:_____.
24.	Qual?	_____.
25.	Com que frequência você realiza consultas de rotina com outros profissionais da saúde (enfermeiro, psicólogo, assistente social, nutricionista, etc)?	(0) Não realizo (1) A cada seis meses (2) Uma vez por ano (3) Outro. Especifique:_____.
26.	Qual?	_____.
27.	Na consulta houve indicação de algum exame pelo médico?	(1) Exame de sangue (exemplo: hemograma) (2) Ecografia (3) Mamografia (4) Preventivo/Papanicolau (5) Outro. Especifique _____.
28.	Caso não tenha realizado os exames solicitados, indique o motivo:	(1) Esquecimento (2)Medo (3) Dificuldade de agendamento Qual? _____ (4) Limitação financeira (5)Outro. Especifique: _____
29.	Com que frequência você realiza exame de mamografia?	(0) Não realizo (1) A cada seis meses (2) Uma vez por ano (3) Uma vez a cada dois anos (4) Outro. Especifique:_____.
30.	Com que idade você fez sua primeira mamografia?	_____ anos OU () Nunca realizei.
31.	Com que frequência você realiza exame de ecografia mamária?	(0) Não realizo (1) A cada seis meses (2) Uma vez por ano (3) Uma vez a cada dois anos (4) Outro. Especifique:_____.
32.	No exame clínico (médico) foi identificada alguma alteração?	(0) Não (1) Sim. Especifique:_____.
33.	Com que frequência você realiza exame preventivo (Papanicolau)?	(0) Não realizo (1) A cada seis meses (2) Uma vez por ano (3) Uma vez a cada dois anos (4) Outro. Especifique:_____.
34.	No preventivo (Papanicolau) foi identificada alguma alteração?	(0) Não (1) Sim. Especifique:_____.
35.	Na mamografia foi identificada alguma alteração?	(0) Não (1) Sim. Especifique:_____.
36.	Além destes exames, foi realizado outro?	(0) Não (1) Sim. Especifique _____.
37.	Caso tenha sido identificada alguma alteração em algum exame, o que você fez em seguida?	(1) Retorno ao médico. Qual médico? _____ (2) Novos exames (3) Nenhuma conduta
38.	Você teve câncer de mama?	(1) Sim (0) Não
39.	Você teve algum outro tipo de câncer?	(1) Sim (0) Não
40.	Se sim, qual tipo?	Câncer de _____.

APÊNDICE B - **Revised Illness Perception Questionnaire for Healthy People (IPQ-RH)**

Instrução: Por favor, indique marcando com um círculo (sim ou não) se acha que estes sintomas abaixo estão relacionados com o **Câncer de Mama**.

Este sintoma está relacionado com o câncer de mama:

1.	Dores	Sim	Não
2.	Dores de garganta	Sim	Não
3.	Náusea	Sim	Não
4.	Falta de ar	Sim	Não
5.	Perda de peso	Sim	Não
6.	Fadiga (cansaço)	Sim	Não
7.	Surgimento de sinais na pele	Sim	Não
8.	Diarreia	Sim	Não
9.	Olhos inflamados	Sim	Não
10.	Dificuldades em respirar	Sim	Não
11.	Tosse	Sim	Não
12.	Dores de cabeça	Sim	Não
13.	Indisposição de estômago	Sim	Não
14.	Dificuldade em dormir	Sim	Não
15.	Infecções	Sim	Não
16.	Tonturas	Sim	Não
17.	Perda de forças	Sim	Não

Instrução: Estamos interessados sobre a forma como você pensa sobre o **Câncer de Mama**. Por favor, indique o quanto concorda ou discorda com essas causas, circulando o número que corresponde a sua resposta. Em caso de erro, marque um **X** em cima do número errado, anulando a resposta.

	Discordo plenamente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
1 - O câncer de mama dura pouco tempo.	1	2	3	4	5
2 - O câncer de mama é mais permanente que temporário.	1	2	3	4	5
3 - O câncer de mama dura muito tempo.	1	2	3	4	5
4 - O câncer de mama passa depressa.	1	2	3	4	5
5 - Acho que o câncer de mama dura para o resto da minha vida.	1	2	3	4	5
6 - O câncer de mama é grave.	1	2	3	4	5
7 - O câncer de mama afeta seriamente a forma como o doente se enxerga enquanto pessoa.	1	2	3	4	5
8 - O câncer de mama tem sérias consequências econômicas.	1	2	3	4	5

	Discordo plenamente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
9 - O câncer de mama causa dificuldades àqueles que estão próximos ao doente.	1	2	3	4	5
10 - O que o doente faz pode determinar se o câncer de mama melhora ou piora.	1	2	3	4	5
11 - A evolução do câncer de mama depende do próprio doente.	1	2	3	4	5
12 - O doente tem o poder de influenciar e evolução do câncer de mama.	1	2	3	4	5
13 - O tratamento é eficaz na cura do câncer de mama.	1	2	3	4	5
14 - Os efeitos negativos do câncer de mama poderão ser prevenidos ou evitados pelo tratamento.	1	2	3	4	5
15 - O tratamento do câncer de mama pode controlar a doença.	1	2	3	4	5
16 - Os sintomas do câncer de mama confundem-me.	1	2	3	4	5
17 - O câncer de mama é um mistério para mim.	1	2	3	4	5
18 - Não compreendo o câncer de mama.	1	2	3	4	5
19 - Os sintomas de mama vêm e vão em ciclos.	1	2	3	4	5
20 - O câncer de mama é muito imprevisível.	1	2	3	4	5
21 - O câncer de mama passa por fases em que melhora ou piora.	1	2	3	4	5
22 - Fico deprimido(a) quando penso sobre o câncer de mama.	1	2	3	4	5
23 - Quando penso sobre o câncer de mama fico perturbado(a).	1	2	3	4	5
24 - Se eu tivesse câncer de mama me sentiria zangado(a).	1	2	3	4	5
25 - Fico ansioso(a) quando penso sobre o câncer de mama.	1	2	3	4	5
26 - O câncer de mama me faz sentir medo.	1	2	3	4	5

Causas da doença

Instrução: Gostaríamos de saber o que você considera ser a causa do **Câncer de Mama**. Como as pessoas são muito diferentes, não há respostas certas para esta questão. Estamos mais interessados nas suas opiniões acerca dos fatores que causam essa doença, do que nas opiniões de outros, incluindo o que médicos ou outras pessoas lhe possam ter sugerido. Abaixo se encontra uma lista de possíveis causas do **Câncer de Mama**. Por favor, indique o quanto concorda ou discorda com essas causas, circulando o número que corresponde a sua resposta. Em caso de erro, marque um **X** em cima do número errado, anulando a resposta.

	Discordo plenamente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
1 - Estresse ou preocupação	1	2	3	4	5
2 - Hereditariedade (é de família)	1	2	3	4	5
3 - Excesso de peso	1	2	3	4	5
4 - Tipo de alimentação	1	2	3	4	5
5 - Destino ou má sorte	1	2	3	4	5
6 - Poluição do ambiente	1	2	3	4	5
7 - O estado emocional (ex. sentir-se só ou ansioso)	1	2	3	4	5
8 - O comportamento da pessoa	1	2	3	4	5
9 - Pouca assistência médica no passado	1	2	3	4	5
10 - Acidente ou lesão	1	2	3	4	5
11 - A personalidade (maneira de ser)	1	2	3	4	5
12 - Envelhecimento	1	2	3	4	5
13 - Um micróbio ou um vírus	1	2	3	4	5
14 - Atitude mental (ex. pensar na vida de forma negativa)	1	2	3	4	5
15 - Alterações nas defesas do organismo	1	2	3	4	5
16 - Não ter sido vacinado	1	2	3	4	5
17 - Problemas familiares ou preocupações	1	2	3	4	5
18 - Excesso de trabalho	1	2	3	4	5

Por favor, classifique por ordem de importância os três fatores que lhe parecem poder causar o **Câncer de Mama**. Pode usar qualquer uma das causas referidas no quadro anterior, ou outras que considere importantes. As causas mais importantes para mim são:

1. _____
2. _____
3. _____


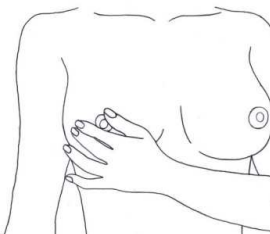
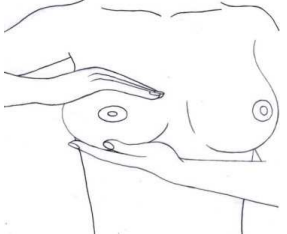

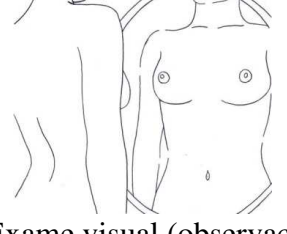
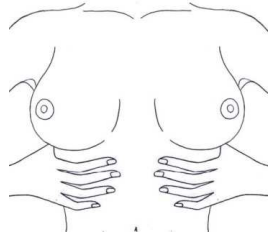


APÊNDICE C - Escala de percepção de risco

Instrução: Para cada uma das questões abaixo, por favor, assinale com um **X** o número que corresponde à sua opinião.

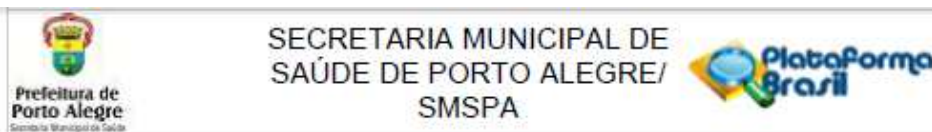
PR1 - Em que medida você considera que pode contribuir para reduzir o risco de ter câncer de mama?												
Em nada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muitíssimo
PR2 - Em que medida você considera que está em risco de vir a ter câncer de mama?												
Sem risco	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Alto risco
PR3 - Comparando-se com uma pessoa da sua idade e sexo, em que medida você considera que está em risco de vir a ter câncer de mama?												
Sem risco	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Alto risco
PR4 - Em que medida você considera que o câncer de mama é grave?												
Nada grave	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muito Grave

APÊNDICE D – Inventário sobre o autoexame das mamas

Instrução: A seguir, há oito (8) imagens que apresentam opções sobre como deve ser feito o autoexame das mamas, das quais cinco (5) imagens estão corretas. Marque com um X as imagens que você identifica que fazem parte do autoexame das mamas.

 <p>(1) Toque levemente as mamas e mamilos com os dedos e observe se a pele parece enrijecida, inchada, irregular ou com caroços.</p>	 <p>(2) Aperte o mamilo para identificar se há secreção estranha.</p>
 <p>(3) Aperte a mama exercendo força com as duas mãos, uma em cima outra embaixo.</p>	 <p>(4) Pressione fundo os dedos no mamilo e verifique se há dor.</p>
 <p>(5) Exame visual (observação de alteração no tamanho, formato e mamilos).</p>	 <p>(6) Coloque as mãos nas costelas e pressione.</p>
 <p>(7) Deitada sobre um travesseiro, realize a apalpação em movimento circular nas duas mamas.</p>	 <p>(8) Apalpe as axilas.</p>

APÊNDICE E – Termo de Aprovação do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Porto Alegre (SMSPA)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Percepção da doença e detecção precoce do câncer de mama

Pesquisador: Carolina Seabra

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 39147114.8.3001.5338

Instituição Proponente: Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 960.363

Data da Relatoria: 12/01/2015

Apresentação do Projeto:

O câncer de mama é o que mais causa morte entre as mulheres no Brasil, e é apontado como um dos mais temidos pelas mulheres devido à sua alta prevalência e aos efeitos psicológicos que podem afetar a percepção da sexualidade, da feminilidade e da imagem corporal. Não existem medidas práticas direcionadas à prevenção primária da doença, uma vez que ela só é descoberta quando há um nódulo palpável ou visível em exames de imagem. Embora existam fatores ambientais que prejudicam a detecção precoce, aspectos individuais relativos às variáveis psicológicas, como a percepção de risco e da doença, podem influenciar as condutas de autocuidado. O estudo visa investigar a relação entre percepção de risco e percepção da doença com o autocuidado, expresso pelos comportamentos em saúde em mulheres saudáveis. O presente projeto, de delineamento transversal e correlacional, tem como objetivo geral investigar a relação entre percepção de risco, percepção sobre o câncer de mama e autocuidado em mulheres sadias usuárias de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Participarão cerca de 200 mulheres saudáveis (entre 40 e 69 anos) atendidas em duas UBS de Porto Alegre. Serão aplicados instrumentos de percepção da doença, percepção de risco, além de dados sociodemográficos e clínicos coletados em prontuário. A coleta de dados ocorrerá nas UBS, nos dias de consultas das mulheres no serviço de ginecologia. Os dados serão analisados através de estatística descritiva, correlacional e comparativa.



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/
SMSPA



Continuação do Parecer: 960.363

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Investigar a relação entre percepção de risco e percepção da doença com o autocuidado, expresso pelos comportamentos em saúde em mulheres saudáveis.

Objetivo Secundário:

- Examinar possíveis diferenças na percepção de risco e percepção de doença em mulheres saudáveis que realizaram a mamografia e aquelas que não o fizeram nos últimos cinco anos;
- Correlacionar os níveis de percepção da doença e de risco sobre o câncer de mama com a frequência da mamografia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Durante a aplicação dos instrumentos a mulher pode se sentir incomodada em virtude de sua fragilidade emocional relacionada ao tema e/ou estado de saúde. Tal incômodo será trabalhado por meio da assistência psicológica do pesquisador e encaminhado para acompanhamento psicológico na rede pública de saúde caso necessário.

Benefícios:

As participantes não terão benefícios diretos, porém os resultados apontarão informações relevantes para uma abordagem mais qualificada e específicas às crenças relacionadas ao câncer de mama que exercem influência no auto cuidado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisador responsável: Carolina Seabra

Instituição: Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Tipo de estudo: Mestrado

Número de participantes: 200

Local de realização: Gerência NEB (UBS Noroeste) e Gerência NHNI (UBS IAPI)



Continuação do Parecer: 980.363

Data de término: 15/02/2016

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios foram apresentados.

Recomendações:

No projeto de pesquisa, o anexo 03 - Questionário sociodemográfico, clínico e de comportamentos em saúde, no item 19, a pergunta sobre a frequência de consultas com ginecologista/mastologista poderia ser ampliada, visto que no âmbito da atenção básica as atividades de prevenção e rastreamento de câncer de mama e de colo de útero também são realizados por outros profissionais como enfermeiros e médicos de família e não apenas pelo especialista. Recomenda-se adequar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Apresentar o Parecer de aprovação do CEP SMSPA nos locais de realização do estudo.

Enviar relatório semestral e final ao CEP SMSPA.

PORTO ALEGRE, 23 de Fevereiro de 2015

Assinado por:

MARIA MERCEDES DE ALMEIDA BENDATI
(Coordenador)

APÊNDICE F – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidada a participar de um projeto de pesquisa que busca entender como mulheres como você compreendem o Câncer de Mama. Sua participação é muito importante para que possamos compreender aspectos do comportamento de prevenção do câncer de mama em mulheres saudáveis. Com a sua participação, por meio de resposta a questionários, você nos ajudará a elaborar ações específicas e mais adequadas para promover a saúde feminina e prevenir o câncer de mama. Os dados serão coletados na própria UBS que você costuma frequentar, e a duração da sua participação é de aproximadamente 30 minutos.

Ao concordar em participar da pesquisa, seus dados serão mantidos de forma confidencial e não serão divulgados individualmente. Será dado um número para cada formulário e os instrumentos serão guardados separadamente dos TCLE para evitar identificação. Sua participação é voluntária, isenta de despesas, e sem ganhos diretos advindos dessa pesquisa. Se alguma pergunta lhe causar desconforto, você poderá não respondê-la, sem qualquer prejuízo. Você também poderá deixar de integrar este estudo a qualquer momento.


Os resultados desta pesquisa poderão ser publicados em formato de artigo científico e em congressos, porém sempre serão apresentados de forma geral resguardando a identidade das participantes. Serão omitidas as informações que porventura permitam identificá-la. Este termo será assinado em duas vias, ficando uma em seu poder e outra com a pesquisadora. Se necessário, poderá solicitar esclarecimentos do estudo antes, durante ou após o mesmo. A pesquisa está sendo desenvolvida pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UNISINOS. O projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (CEP/SMSPA) e pelo Comitê de Ética da UNISINOS. Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pela coordenadora do projeto, professora Elisa Kern de Castro (UNISINOS), fone (51) 3591-1122 ramal 1259, ou pelo e-mail elisakc@unisinors.br; ou no CEP/ SMSPA pelo telefone (51) 3289-5517. Caso seja do seu interesse, poderá solicitar maiores esclarecimentos e informações sobre o resultado do estudo com a coordenadora através do fone ou e-mail mencionado.

Pesquisadora Responsável:

Local e data

Nome e assinatura do participante

Local e data


Comitê de Ética em Pesquisa
PMPA/SMS
End. Capitão Montanha, 27º Andar
POA - RS