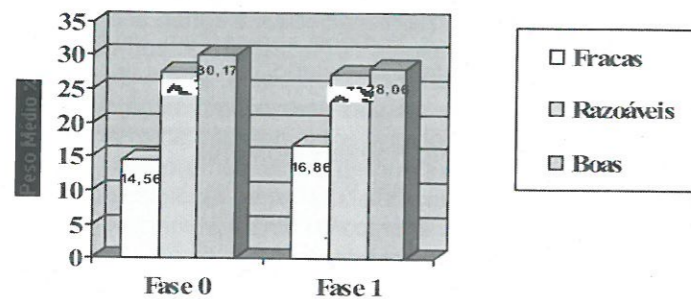


- quanto melhores forem as relações interpessoais, melhores são os índices médios de autoconceito do doente, com uma maior expressão durante o internamento.

Autoconceito/Relações Interpessoais



No entanto, tendo em consideração as limitações inerentes ao carácter do nosso estudo (transversal), consideramos que os resultados obtidos devem ser interpretados de forma cautelosa.

Pois, um plano não experimental, implica um controlo menos rigoroso das variáveis estranhas, com o consequente aumento de probabilidade das ameaças à validade interna (rigor do plano) e externa (possibilidade de generalização dos resultados), não permitindo a generalização dos resultados.

Embora conscientes que as opções e as possibilidades de investigação propiciadas pelas áreas do autoconceito e doença são incalculáveis, pensamos, que algumas sugestões assumem uma relevância mais imediata, no sentido de conferirem continuidade à nossa investigação que permitam dar resposta à necessidade de um maior aprofundamento da mesma. Admitindo também que permanecem algumas questões em aberto, mas que excedem os objectivos e os condicionamentos metodológicos e formais do nosso estudo, pelo que devem ser exploradas com base noutros desenhos de investigação.

## BIBLIOGRAFIA

- BURNS, R. B. – Self concept – Theory, measurement, development and behaviour. New York: Longman, 1979.
- CARPENITO, Linda Juall – Manual de diagnósticos de enfermagem. Artes Médicas, Porto Alegre, 6ª ed. 1997.
- EYSENCK, H.J.; EYSENCK, S.B. - Manual for the Eysenck Personality Inventory. London: University Press, 1964.
- FORTIN, Maria Fabiene - O processo de investigação: da concepção à realização. 2ª ed., Loures: Lusociência, 2000.
- MATOS, Ana Paula Soares – Factores psicológicos na doença coronária. Coimbra: Faculdade de Psicologia, 1995.
- MARSH, Herbert W.; HATTIE, John – Theoretical Perspectives on the Structure of self-concept. In Bracken, B.A. (ed) Handbook of self concept: Developmental, social and clinical considerations (p 38-90). New York: John Wiley e Sons, Inc 1996.
- ROSENBERG, M. – Conceiving the self. New York: Basic Books, 1979.
- SERRA, A.V. – A importância do auto-conceito. Coimbra: *Revista de Psiquiatria Clínica*, vol. 7, nº2 p. 57-66, 1986.
- SERRA, A.V – Transtornos mediados pela ansiedade: perspectivas actuais do seu tratamento. Psicologia: Lisboa vol. 7 nº1, 1989.

## - Rastreio do cancro da mama e do colo do útero numa coorte de mulheres no distrito de Viana do Castelo

Odete Alves (Escola Superior de Enfermagem de Viana do Castelo); Denisa Mendonça, (Instituto Ciências Biomédicas de Abel Salazar); Paula Clara Santos (Escola Superior Tecnologia da Saúde do Porto) e Alcindo Maciel-Barbosa (Administração Regional de Saúde do Norte)

## RESUMO

O objectivo deste estudo foi analisar a adesão aos programas de rastreio do cancro da mama e do colo do útero no distrito de Viana do Castelo. Realizou-se um estudo do tipo coorte, numa amostra representativa do distrito de Viana do Castelo, constituída por 448 mulheres que tiveram um parto em 1997, observando-as ao longo de um período de 2 anos.

Para a recolha de dados foram consultados os suportes informativos referentes à Revisão do Puerpério (RP), Planeamento Familiar (PF) existentes nos respectivos Centros de Saúde e uma entrevista estruturada realizada a estas mulheres na comunidade.

Verificou-se que durante os períodos de observação após o parto, mais de metade das mulheres foram submetidas a exame ginecológico, no entanto, só aproximadamente metade das mulheres realizou a citologia cervico-vaginal. Também, apenas metade das mulheres com idade recomendada para a realização de mamografia a efectuou.

Os motivos para a não realização dos exames apresentados, foram, essencialmente, não fazer consulta de PF, desvalorização da consulta e não indicação médica para o fazer. Mais de metade das mulheres mencionou efectuar habitualmente o auto-exame da mama. As que não o efectuaram desvalorizam tal prática, por falta de informação ou dificuldade na realização da técnica e na identificação do que encontrar, assim como, ter medo/angústia relativamente ao resultado.

Independentemente da mulher ter o hábito de realizar ou não o auto-exame da mama, a fonte de informação mais relevante relativa à importância deste procedimento foi o médico/enfermeiro. O Centro de Saúde foi o local onde a mulher recebeu a informação necessária para a realização do auto-exame da mama, seguindo-se o consultório privado.

*Palavras-chave:* rastreio, cancro, mama e colo do útero.

## INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, têm sido objecto de programas específicos na área da saúde da mulher, dois tipos de cancros – o da mama e do colo do útero. A eficácia dos programas de detecção precoce depende da qualidade dos serviços, mas está fortemente influenciada pela taxa de participação da população para a qual estão destinados. A falta de informação e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde têm influenciado negativamente as taxas de participação<sup>1</sup>.

De acordo com informação do relatório de 1996 da Comissão Europeia, relativamente à realização no ano anterior ao inquérito, de um esfregaço vaginal para colpocitologia, do auto-exame da mama e da mamografia, as mulheres portuguesas ocupavam as piores posições na hierarquia europeia<sup>1</sup>. A detecção precoce continua a ser o factor principal para a sobrevivência das mulheres com cancro da mama. Para além da educação para a saúde, as mulheres deveriam efectuar rastreio periódico de acordo com a idade, o qual inclui a mamografia, exame clínico da mama e ensino sobre o auto-exame da mama<sup>2</sup>.

Os programas de educação e detecção, através de mamografias são prioridade para as mulheres com mais de 50 anos de idade<sup>3</sup>, mas aquelas que apresentam factores de risco acrescido devem realizá-la anualmente após os 40 anos.

Estudos têm demonstrado a eficácia do rastreio mamográfico, para mulheres com 50 ou mais anos de idade, enquanto que a utilidade da mamografia para as mulheres entre os 40 e 49 anos tem provocado controvérsia.

Um artigo publicado em 1993, pelo *National Cancer Institute*, declarava que os estudos desenvolvidos demonstravam não haver redução significativa da mortalidade nas mulheres, com menos de 50 anos, que tinham efectuado mamografias de rotina para rastreio do cancro da mama (Kaluzny *cit. in* Jones, 1999). Por outro lado, a *American Cancer Society* continua a recomendar a mamografia a partir dos 40 anos, especificando que deve ser efectuado um exame clínico da mama anual e o rastreio mamográfico com 1 ou 2 anos de intervalo. Para mulheres com 50 anos ou mais, este exame deve ser realizado anualmente<sup>2</sup>.

Por parte da Sub-Região de Saúde de Viana do Castelo (SRSVC) tem sido e continua a ser preocupação, no âmbito da prevenção primária, a divulgação de informação sobre a forma de prevenir o cancro da mama, através do ensino sobre a auto-palpação mamária, realizado nas consultas de vigilância no Centro de Saúde ou mesmo na comunidade. Também o rastreio por palpação e mamografia pretende abarcar todas as mulheres que tenham entre 45 e os 75 anos e que residam na área de abrangência da SRSVC.

As taxas de mortalidade específica por cancro do colo uterino têm vindo a diminuir, nas últimas duas décadas, nos países onde existem programas bem organizados de detecção precoce e tratamento. O controlo dos factores de risco evitáveis é determinante para a prevenção<sup>4</sup>.

Os programas de diagnóstico precoce, através de colpocitologias realizadas de forma sistemática, constituem um método eficaz e económico de luta contra o cancro do colo do útero e devem ser realizados a nível dos Cuidados de Saúde Primários<sup>3</sup>.

Os aspectos fundamentais do desenvolvimento do projecto de prevenção do cancro do colo do útero SRSVC, englobam a informação sobre os factores de risco e importância da detecção precoce, assim como, o rastreio citológico deste tipo de cancro, a todas as mulheres, desde o início da actividade sexual até aos 65 anos, que pertençam a esta Sub-Região.

Estes aspectos são reforçados pelas recomendações da *Preventive Services Task Force Americana*, que apontam que o início da realização dos testes de "Papanicolaou" deve ser no começo da vida sexual ou por volta dos 18 anos. As mulheres sexualmente activas deveriam realizar um teste com intervalos de um a três anos. Ainda se recomenda que uma mulher após ter três ou mais exames anuais consecutivos, com resultados negativos ou com achados citológicos normais, o teste de *Pap* poderá vir a ser efectuado com menor frequência<sup>2</sup>, nas mulheres sem factores de risco acrescido e de acordo com o conselho médico<sup>5</sup>.

No entanto, o *American College of Obstetricians and Gynecologists*, citado por Jones, defende a realização do teste anualmente, apresentando as seguintes razões: nos últimos anos tem-se verificado um aumento da incidência da neoplasia intraepitelial; os testes *Pap* têm uma elevada taxa de falsos negativos; muitas mulheres aumentam o tempo recomendado entre os exames<sup>2</sup>.

Isto vem reforçar a ideia de que cada mulher deve conhecer o seu grau de risco, face às doenças de maior prevalência para a sua idade e fase de desenvolvimento pessoal, assim como estar preparada para os incidentes críticos que irão ocorrer e que poderão alterar a sua saúde física e/ou mental<sup>3</sup>.

Este estudo teve como objectivo:

- Analisar a adesão aos programas de rastreio do cancro da mama e do colo do útero numa coorte de mulheres no distrito de Viana do Castelo.

## METODOLOGIA

Para o presente estudo considerou-se a coorte utilizada pela Direcção Geral de Saúde, numa investigação que decorreu no distrito de Viana do Castelo em 1997/98 sobre as necessidades não satisfeitas em Saúde Materna e Revisão do Puerpério<sup>6</sup>. Nessa investigação foi utilizada uma amostra aleatória, estratificada por concelho, representativa da população de mulheres que tiveram uma parto em 1997 no distrito de Viana do Castelo, constituída por 80% de todos os partos ocorridos nos meses de Junho, Julho e Agosto desse mesmo ano, tendo cada concelho uma representatividade proporcional ao número de nascimentos, correspondendo ao total de 448 mulheres.

Para o presente estudo, a recolha de dados foi efectuada em 2001, utilizando-se a consulta directa de todos os suportes de informação existentes nos Centros de Saúde (fichas individuais de SM, de PF e respectivas folhas de consulta, que constam dos processos familiares e das fichas piloto de cada uma das actividades referidas) e a entrevista estruturada na comunidade, contactando as mulheres no seu domicílio.

Esta entrevista permitiu actualizar e/ou complementar a informação existente no Boletim da Saúde da Grávida e no Boletim de Planeamento Familiar. Toda a informação foi recolhida por uma única investigadora, o que permitiu que a recolha e registo dos dados se processasse sempre com os mesmos critérios<sup>7</sup>.

Este grupo de mulheres tem a especificidade de terem todas contactado com os serviços de saúde (no pré-parto, no parto e no pós-parto), terem pelo menos uma criança e não serem exclusivamente mulheres em idade fértil, independentemente de terem ou não efectuado vigilância nas instituições do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Para a elaboração do instrumento de recolha de dados foram contactados os elementos da Unidade Coordenadora Funcional (UCF) da SRSVC, com o intuito de englobar todas as variáveis consideradas importante a analisar na área específica da Saúde da Mulher. Várias reuniões contribuíram para a definição de critérios de adequação da vigilância em saúde.

Para este estudo, o critério de adequação em PF no período de dois anos após um parto definido pela UCF, dependeu do que foi considerado adequado para a consulta de RP. Esta consulta deveria ser realizada até aos 60 dias (*oito semanas*). Desta forma, a realização de uma vigilância adequada em PF implicou que a mulher tivesse realizado a RP adequadamente, seguida de pelo menos uma consulta em cada ano subsequente. Assim, consideramos na análise que efectuamos dois períodos: o primeiro, que vai desde o parto em 1997 até fim de 1998 e o segundo que corresponde ao ano de 1999.

Para o rastreio do colo do útero considerou-se a realização do exame ginecológico e da citologia cervico-vaginal de acordo com o critério de adequação em PF no período de dois anos após um parto, definido pela UCF.

Relativamente ao rastreio do cancro da mama salienta-se a importância do auto-exame da mama e a realização de pelo menos uma mamografia em mulheres com idade igual ou superior a 40 anos. Para este estudo, a realização de ecografia mamária foi considerada facultativa por esta UCF.

## ANÁLISE ESTATÍSTICA

Procedeu-se à análise descritiva, uni e bivariável da informação para a caracterização da amostra do estudo de acordo com os objectivos. Nesta apresentam-se frequências absolutas e relativas para as variáveis correspondentes às mulheres e tabelas de contingência. Na análise estatística inferencial a associação entre duas variáveis foram estudadas usando o *Teste de Fisher* ou de *Qui-quadrado* tendo-se considerado a correcção para a continuidade (*Yates*) no caso de ambas as variáveis serem dicotómicas. Considerou-se o nível de significância de  $\alpha=0,05$ .

## RESULTADOS

Na Tabela 1 apresentamos um resumo da realização do exame ginecológico e dos diferentes exames auxiliares de diagnóstico utilizados pelas mulheres (448), no 1.º e 2.º períodos, assim como, são sinalizados para alguns exames o critérios de adequação definidos segundo a UCF.

Tabela 1 – Exame ginecológico e exames auxiliares de diagnóstico

		Efectuou	
		n.º	%
Exame ginecológico	1º período**	348	78,2
	2º período*	227	51,2
	2 períodos**	374	84,0
	Adequado*	249	56,2
Citologia cervico-vaginal	1º período**	331	74,4
	2º período*	208	47,0
	2 períodos**	367	82,5
	Adequada*	221	49,9
Mamografia	1º período***	11	2,5
	2º período***	20	4,5
	2 períodos***	30	6,8
	Adequada <sup>a</sup>	3	50,0
Ecografia mamária (Facultativa)	1º período*	26	5,9
	2º período*	45	10,2
	2 períodos*	60	13,5

\*desconhecidos: ausentes (4); faleceu (1); \*\*desconhecidos: ausentes (2); faleceu (1); \*\*\*desconhecidos: ausentes (5); faleceu (1); <sup>a</sup> inclui 6 mulheres com >= 40 anos.

### Exame ginecológico

Cerca de 78,2% das mulheres foram submetidas a *exame ginecológico* no 1.º período tendo esta percentagem baixado para 51,2% no 2º período pós-parto.

No 1º período, 3,7% das mulheres que realizaram este exame apresentavam alterações, enquanto que no 2º período esse valor foi de 1,7%. Destaca-se que três mulheres que apresentaram exames *anormais* no 1º período, frequentavam as consultas no Centro de Saúde, não voltaram a realizar a exame ginecológico no 2º período, justificando tal motivo pelo facto de se *sentirem bem e estarem ocupadas profissionalmente*.

Durante os dois períodos pós-parto, 84,0% das mulheres foram examinadas pelo menos uma vez, mas de acordo com o critério apresentado como adequado, foram submetidas a exame ginecológico pouco mais de metade das mulheres (56,2%).

Os motivos apresentados por aquelas que não foram submetidas a exame ginecológico (16,0%) são: *não faz consulta de PF* (66,2%), *desvalorização da mesma consulta* (22,5%), *sem indicação médica para a sua realização* (8,5%) e *desconhecimento da sua necessidade* (2,8%) (Quadro 1).

Quadro 1 – Motivo para a não realização de exames auxiliares de diagnóstico e ginecológico nos 2 períodos

	Ex. ginec.**		Cit. Cerv. Vag.**		Mamografia***		Eco mamária*	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Sem indicação clínica para realizar	6	8,5	7	9,0	1	33,3	324	84,6
Não faz planeamento familiar	47	66,2	49	62,8	1	33,3	57	14,9
Desvalorização da consulta	16	22,5	20	25,6	1	33,3	2	0,5
Desconhecimento da necessidade	2	2,8	2	2,6	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>	<b>78</b>	<b>100,0</b>	<b>3<sup>a</sup></b>	<b>100,0</b>	<b>383</b>	<b>100,0</b>

\*desconhecidos: ausentes (4); faleceu (1); \*\*desconhecidos: ausentes (2); faleceu (1); \*\*\*desconhecidos: ausentes (5); faleceu (1); <sup>a</sup> inclui mulheres com >= 40 anos

#### Exame citológico cervico-vaginal

O *exame citológico cervico-vaginal* (rastreamento do carcinoma do colo uterino) baixou a sua percentagem de realização do 1º período para o seguinte, ou seja, de 74,4% para 47,0% (Tabela 1).

Desta análise salienta-se que 17,4% das mulheres não efectuam qualquer citologia cervico-vaginal no período aproximado de dois anos após um parto (Tabela 1).

Das mulheres que apresentavam exames *anormais* no 1º período, 3,3% (15) não repetiram citologia cervico-vaginal no 2º período. Salienta-se que todas elas frequentavam as consultas de Planeamento Familiar no Centro de Saúde da área de residência.

Considerando para este exame o mesmo critério utilizado para o *exame ginecológico* de realização *adequada*, verificamos que aproximadamente metade das mulheres realizou a citologia cervico-vaginal segundo critério apresentado.

Os motivos apresentados por aquelas que não efectuaram qualquer citologia cervico-vaginal estão apresentados no Quadro 1. As mulheres que *não fazem PF* e as que *desvalorizam a consulta* são as que apresentam a percentagem superior para a não realização deste exame com 62,8% e 25,6%, respectivamente.

#### Mamografia

No 1º período todas as mulheres (2,5%) que efectuaram *mamografia* tiveram o seu resultado *normal*. No segundo período a percentagem de realização passou para os 4,5% tendo sido detectados por este método, numa mulher um *nódulo*, cujo relatório indicava *necessidade de vigilância* e numa outra *ectasia ductal mamária bilateral*.

São 6,7% as mulheres que efectuaram pelo menos uma mamografia durante o período de dois períodos pós-parto.

Como um dos critérios para a realização de mamografia é ter idade igual ou superior a 40 anos, verificamos que metade das mulheres deste grupo a realizou, obtendo resultados dentro da *normalidade*. Os motivos apresentados pelas mulheres deste grupo etário, para a não realização basearam-se nos factos: *não frequentar a consulta de PF*, *sem indicação médica* para o fazer e o *desvalorizar a consulta*, respectivamente (Quadro 1).

#### Ecografia mamária

5,9% as mulheres que efectuaram *ecografia mamária* durante o 1º período pós-parto (Tabela 1). Os resultados foram considerados *normais* para todas elas com a excepção de duas mulheres que necessitavam de vigilância, uma por apresentar *nódulos* e a outra por ser portadora de um *fibroadenoma*.

Para as *ecografias* realizadas no 2º período (10,2%) salientamos os resultados de *anormalidade* das duas mulheres com *nódulos em vigilância* que repetiram este exame e a obtiveram o mesmo resultado e de mais duas mulheres que a efectuaram pelo mesmo motivo, assim como, o aparecimento neste 2º período de uma mulher com o resultado de *ectasia ductal mamária bilateral*.

No período global em análise, das mulheres que realizaram este exame, 80,0% fizeram apenas uma ecografia, contudo, verificamos que uma mulher efectuou cinco ecografias, todas elas sem alterações.

Mesmo tendo sido considerada facultativa a realização da ecografia mamária, apresentamos os motivos das mulheres para a não realização da mesma, ao longo destes dois períodos, que incidiram na sua maioria (84,6%) na ausência de indicação médica para a sua realização, o facto de não fazer consultas de PF foi referido por 14,9% das mulheres e a desvalorização da consulta por duas mulheres.

Da análise por grupo etário para cada um dos exames estudados até ao momento, verificamos que: a realização de ecografia mamária foi ligeiramente superior a partir dos 35 anos; são as mais jovens (< 19 anos) que menos fizeram exame citológico cervico-vaginal; como referido anteriormente, as mulheres com >= 40 anos realizaram em maior percentagem a mamografia; e, por último, como acontece com a citologia, quem menos se submete à realização do exame ginecológico são as mais jovens e em maior número as mulheres entre 30-34 anos (Quadro 2).

Quadro 2 – Distribuição das mulheres pelos diferentes exames em cada grupo etário nos 2 períodos

	Eco. mamária *		Cit. cerv. vag. **		Mamografia ***		Ex. ginec. **	
	n.º	% <sup>a</sup>	n.º	% <sup>a</sup>	n.º	% <sup>a</sup>	n.º	% <sup>a</sup>
≤ 19 anos	-	-	10	71,4	-	-	10	71,4
20 – 24 anos	10	11,8	70	80,5	1	1,2	70	80,5
25 – 29 anos	23	13,2	145	83,3	5	2,9	147	84,5
30 – 34 anos	18	14,8	103	84,4	14	11,5	107	87,7
35- 39 anos	8	19,0	34	81,0	7	16,7	35	83,3
≥ 40 anos	1	16,7	5	83,3	3	50,0	5	83,3
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>13,5</b>	<b>367</b>	<b>82,5</b>	<b>30</b>	<b>6,8</b>	<b>374</b>	<b>84,0</b>

\*desconhecidos: ausentes (4); faleceu (1); \*\*desconhecidos: ausentes (2); faleceu (1); \*\*\*desconhecidos: ausentes (5); faleceu (1); <sup>a</sup> % por grupo etário

#### Auto-exame da mama

Do total das mulheres, 63,0% das mulheres mencionaram que efectuavam habitualmente o auto-exame da mama. Os restantes 37,0% referem não efectuarem o auto-exame da mama e apresentam os motivos seguintes: *desvalorização do auto-exame* (50,9%); *falta de informação ou dificuldade na realização da técnica e na identificação do que encontrar* (41,7%); e, *manifestação de sentimento de medo/angústia em relação ao resultado* (7,4%).

Salienta-se deste estudo que aproximadamente 13,8% das mulheres *nunca tinham ouvido falar do auto-exame da mama*.

A forma como a mulher obteve este tipo de informação e o respectivo local vão ser apresentados nos Quadros 3 e 4. Mesmo aquelas que referiram não o realizar consideraram ter sido informadas ou tinham adquirido alguns conhecimentos por outros meios.

Quadro 3 – Fontes de informação sobre o auto-exame da mama

Quem informou	Auto-exame da mama				Total	
	Sim		Não		Total	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Médico/enfermeiro	211	55,5	74	19,5	285	75,0
Mãe/familiares próximos	7	1,8	4	1,1	11	2,9
Professores	3	0,8	-	-	3	0,8
Técnico mamografia	1	0,3	-	-	1	0,3
Amigas/colegas	10	2,6	5	1,3	15	3,9
Leituras	26	6,8	10	2,6	36	9,5
Formação académica	5	1,3	-	-	5	1,3
Cultura geral	8	2,1	4	1,1	12	3,2
Televisão	7	1,8	5	1,3	12	3,2
<b>Total *</b>	<b>278</b>	<b>73,2</b>	<b>102</b>	<b>26,8</b>	<b>380</b>	<b>100,0</b>

\*desconhecidos: ausentes (6); faleceu (1); excluído: sem informação (61)

Quadro 4 – Local de obtenção de informação sobre o auto-exame da mama

Local de obtenção de informação	Auto-exame da mama				Total	
	Sim		Não		Total	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Centro de Saúde	130	42,6	42	13,8	172	56,4
Centro Saúde + Privado	5	1,6	-	-	5	1,6
Centro Saúde + Hospital	1	0,3	-	-	1	0,3
Maternidade	21	6,9	9	3,0	30	9,8
Hospital (internamento)	3	1,0	1	0,3	4	1,3
Consultório privado	46	15,1	21	6,9	67	22,0
Local de trabalho	12	3,9	5	1,6	17	5,6
Escola	9	3,0	-	-	9	3,0
<b>Total *</b>	<b>227</b>	<b>74,4</b>	<b>78</b>	<b>25,6</b>	<b>305</b>	<b>100,0</b>

\*desconhecidos: ausentes (6); faleceu (1); excluído: não se aplica o local (75); sem informação (61)

Independentemente da mulher ter o hábito de realizar ou não o auto-exame da mama, a fonte de informação mais relevante é o *médico/enfermeiro*, com 75,0% das mulheres que referem possuir informação.

Não são incluídas nesta análise as mulheres que não obtiveram qualquer informação e quando a fonte de informação é a *mãe/familiares próximos*, a *cultura geral* e a *televisão*. Uma mulher obteve informação pela *leitura* de um *cartaz* afixado no Centro de Saúde e duas pela mesma forma mas no local de trabalho. As restantes mulheres (33) que adquiriram a informação pela *leitura* sem referir o local.

O Centro de Saúde é, portanto, o local onde a mulher recebe mais frequentemente a informação necessária para a realização do auto-exame da mama, seguindo-se o consultório privado (Quadro 4). Não se encontrou associação estatisticamente significativa entre a prática actual do auto-exame da mama com o nível de escolaridade ( $p=0,866$ ). As mulheres que possuem o ensino secundário e o curso médio/superior são as que referem, em maior percentagem, a realização do auto-exame da mama (Quadro 5), no entanto, são as mulheres mais velhas que menos participam neste tipo de rastreio (33,0%) em relação às mais novas (54,5%).

Quadro 5 – Escolaridade das mulheres e a realização do auto-exame da mama

Escolaridade	Auto-exame				Total
	Sim		Não		Total
	n.º	%	n.º	%	n.º
≤ 1º ciclo	51	60,7	33	39,3	84
2º ciclo	124	62,9	73	37,1	197
3º ciclo	26	59,1	18	40,9	44
Secundário	49	68,1	23	31,9	72
Curso médio/superior	28	63,6	16	36,4	44
<b>Total *</b>	<b>278</b>	<b>63,0</b>	<b>163</b>	<b>37,0</b>	<b>441<sup>1)</sup></b>

\*desconhecidos: ausentes (6); faleceu (1).

## DISCUSSÃO

A nível nacional verifica-se uma redução da mortalidade por tumor maligno do colo do útero, facto provavelmente relacionado com uma melhor prestação de cuidados de saúde à população, enquanto que o tumor maligno da mama feminina tem aumentado, neste caso condicionado pela progressiva adopção de estilos de vida menos saudáveis, entre outros factores determinantes<sup>1</sup>.

Habitualmente são desenvolvidas nas actividades de PF os rastreios do cancro da mama e do cancro do colo do útero. Constatamos que uma grande percentagem das mulheres estudadas ainda não os cumpre.

O presente trabalho refere-se apenas às mulheres que tiveram pelo menos um parto e não à totalidade das mulheres em idade fértil. A ausência de trabalhos que utilizem este tipo de população de mulheres no pós-parto leva-nos a utilizar os valores apresentados nos vários estudos realizados no âmbito da vigilância em PF apenas como ponto de referência.

Neste estudo, verificamos que durante os dois períodos pós-parto mais de 80,0% das mulheres foram submetidas, pelo menos uma vez, a *exame ginecológico* e a *exame citológico cervico-vaginal*. Segundo o critério de *adequação* apresentado, mais de metade das mulheres foram submetidas a *exame ginecológico*, no entanto, só aproximadamente metade das mulheres realizou a *citologia cervico-vaginal*. Salienta-se, no entanto, o facto de mulheres que frequentavam as consultas de Planeamento Familiar no Centro de Saúde apresentarem estes exames *anormais* no 1.º período, não os voltaram a realizar no 2.º período.

Considerando como critério para a realização de mamografia o ter idade  $\geq 40$  anos, verificamos que só metade das mulheres deste grupo a realizou, obtendo todos resultados dentro da *normalidade*. Mesmo tendo sido considerada facultativa a realização da ecografia mamária, 5,9% das mulheres efectuaram-na no 1.º período pós-parto passando para o dobro no 2.º período.

**Os motivos para a não realização dos exames apresentados, foram, essencialmente, não fazer consulta de PF e desvalorização da consulta. Encontramos também como motivo para a não realização da mamografia e da ecografia mamária a não indicação médica para o fazer.**

Um dos métodos acessíveis para detectar precocemente alterações da mama é o auto-exame da mama. Os profissionais de saúde e, em especial o enfermeiro, devem ensinar a todas as mulheres, desde a adolescência, o porquê, como e quando realizar o auto-exame da mama, assim como, o que fazer no caso de descobrir alguma alteração.

Encontramos 63,0% das mulheres que mencionaram efectuar habitualmente o auto-exame da mama. Relativamente às restantes que não efectuam o auto-exame, metade desvalorizou tal prática, a falta de informação ou dificuldade na realização da técnica e na identificação do que encontrar, assim como, a manifestação de sentimento de medo/angústia, foram os principais motivos para a não realização e confirmam os resultados de outros estudos<sup>2</sup>.

Independentemente da mulher ter o hábito de realizar ou não o auto-exame da mama, a fonte de informação mais relevante é o *médico/enfermeiro*, com  $\frac{3}{4}$  das mulheres a referirem possuir informação. O Centro de Saúde é o local onde mais de metade das mulheres recebe a informação necessária para a realização do auto-exame da mama, seguindo-se o consultório privado.

Da análise por grupo etário, para cada um dos exames, verificamos que: são as mais jovens ( $\leq 19$  anos) que menos fizeram exame citológico cervico-vaginal e que menos se submetem à realização

do exame ginecológico, enquanto que, em maior proporção encontramos as mulheres entre 30-34 anos. A realização de ecografia mamária foi ligeiramente superior a partir dos 35 anos.

Comparativamente com outros autores<sup>2</sup>, neste estudo são também as mulheres mais velhas, o grupo que menos participa no auto-exame da mama ( $p > 0,05$ ), mas contrariamente ao mencionado por eles, estas são as que recorrem em maior frequência à mamografia.

No nosso estudo, tal como já foi verificado noutros estudos<sup>8</sup>, não se encontrou associação estatisticamente significativa entre a prática actual do auto-exame da mama com o nível de escolaridade, no entanto, são as mulheres com o ensino secundário ou curso médio/superior as que referem uma maior realização do auto-exame da mama e são as mulheres mais velhas que menos participam neste tipo de rastreio em relação às mais novas.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde – *A saúde da mulher em Portugal*. Lisboa: DGS, 1999 a), 166 p.
- (2) JONES, Linda Corson; TRABEAUX, Shirleen – Saúde da mulher: problemas e abordagens de saúde à família e ao indivíduo. In: STANHOPE, Mónica; LANCASTER, Jeanette – *Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Lisboa: Lusociência, 1999, p. 593-615
- (3) PORTUGAL. Ministério da Saúde – *Saúde um compromisso. A estratégia para virar do século 1998-2002*. Lisboa: MS, 1999, 103 p.
- (4) SASIENI, PD; ADAMS J.- Effect of screening on cervical cancer mortality in England and Wales: Analysis of trends with an age period cohort model. *BMJ*, 1999; 318: 1244-5.
- (5) PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde – *Cancro: mais vale prevenir do que remediar*. Lisboa: DGS, 1998, 5 p.
- (6) PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. *Necessidades não satisfeitas em saúde materna e planeamento familiar: relatório do estudo realizado em 1997/98*. Lisboa: DGS, 2000, 73 p.
- (7) ALVES, O. – *Programa de Saúde da Mulher e da Criança. Necessidades não satisfeitas em Planeamento Familiar e Saúde Infantil no distrito de Viana do Castelo* (dissertação de mestrado). Porto: Universidade do Porto, 2002.
- (8) USA. National Center for Health Statistics (NCHS) - *Health promotion and disease prevention: United States, 1990, Series 10, n.º 163, DHHS Pub n.º 185, Hyattsville, Md, 1993, US Department of Health and Human Services.*

#### - Consumo de Tabaco em estudantes do ensino superior na cidade de Vila Real

Conceição Rainho; Isabel Barroso; Ana Romano; Amâncio Carvalho; Anoberta Santos; Elza Lemos; Maria João Monteiro (Escola Superior de Enfermagem de Vila Real)

#### RESUMO

**Palavras chave:** consumo de tabaco; dependência de nicotina, motivação para deixar de fumar.

O presente estudo realizou-se durante uma das actividades desenvolvidas no âmbito do Dia Mundial Sem Tabaco, no dia 31 de Maio de 2005. Foi aplicado um questionário, que incluía as escalas de Fagerstrom e de Richmond (auto-administrado), a uma amostra intencional de 399 estudantes. Pretendia-se caracterizar o padrão de consumo de tabaco nos estudantes a frequentar o ensino superior na cidade de Vila Real, avaliar o nível de dependência da nicotina e motivação para deixar de fumar. Foi também determinado o nível de monóxido de carbono no ar expirado. Dos participantes no estudo 60,9% eram do sexo masculino e 39,1% do feminino, a média de idades era de 22,1 (dp.2,9) anos. A prevalência de consumo de tabaco nos últimos 30 dias foi de 37,5%. Destes, 52,7% referiram consumo diário. Foi observada uma proporção significativamente superior de consumidores diários nos rapazes (69,8%) do que nas raparigas (30,2%),  $p < 0,05$ . As razões apontadas para não fumar não diferiram entre fumadores e não fumadores, salientando-se as duas consideradas mais importantes: "preservar a saúde" e "aparecimento de certos sintomas". Quanto às razões referidas para fumar, as mais frequentemente referenciadas foram "o prazer e o relaxamento proporcionado pelo consumo de tabaco".

Em relação ao nível de dependência de nicotina, observou-se que 30,2% dos estudantes apresentavam dependência física. Na sua maioria, os estudantes fumadores apresentaram níveis de monóxido de carbono elevados no ar expirado.

Relativamente à motivação para deixar de fumar, a maioria dos estudantes (66,0%) apresentava uma motivação fraca.

#### 1 – INTRODUÇÃO

O consumo de tabaco é, hoje, nos países desenvolvidos, a principal causa de doença e de mortes evitáveis. Caso as tendências actuais se mantenham, em 2020, o tabaco será responsável por 20% do total de mortes (OMS, 1997; WHO, 2000). Segundo dados da OMS, cerca de 4,9 milhões de pessoas morrem anualmente em todo o mundo, como resultado do consumo de tabaco. No continente europeu o consumo de tabaco também é um factor de risco importante: 50% dos fumadores regulares irão morrer devido ao tabaco, dos quais metade durante a meia idade (OMS, 1997). O objectivo da Comissão Europeia é prevenir o tabagismo entre as camadas populacionais mais novas, os adolescentes entre os 15 e 18 anos e os jovens adultos dos 18 aos 30 e fazer com que estes grupos etários deixem de fumar.

Face a este quadro, o problema do consumo de tabaco assume relevância na promoção da saúde e na prevenção de algumas doenças, uma vez que o abandono do hábito tabágico, em especial se ocorrer antes da meia-idade, contribui para uma redução do risco de doença atribuível ao consumo do tabaco, que atinge passados 10 a 15 anos de abstinência, valores semelhantes ao dos não fumadores (Direcção Geral de Saúde, 2002).

O problema do consumo de tabaco, para além de ser uma das principais causas evitáveis de doença, é especialmente importante neste grupo etário dado que:

- A maioria dos adultos fumadores iniciaram o consumo quando adolescentes (Townsend *et al.*, 1992);
- Quanto mais cedo for iniciado o hábito, menor tendência existirá para o seu abandono (Townsend *et al.*, 1992; Catford *et al.*, 1984);
- Têm sido demonstradas consequências adversas para a saúde, incluindo alterações a nível pulmonar e das lipoproteínas, em adolescentes fumadores (Myers e Brown, 1994);
- Constituem o grupo populacional que apresenta maior risco de adquirir o hábito de fumar, sendo o grupo etário mais vulnerável (Catford *et al.*, 1984).