

**PERCEPÇÃO PÚBLICA SOBRE O CÂNCER
ENTRE A POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DE SÃO
PAULO: VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO
DE PERCEPÇÃO DE DOENÇA ENTRE
INDIVÍDUOS SAUDÁVEIS**

CRISTIANE GONÇALVES DE PINHO

**Dissertação apresentada à Fundação Antônio
Prudente para obtenção do Título de Mestre
em Ciências**

Área de concentração: Oncologia

Orientadora: Dra. Erika Maria Monteiro Santos

Co-orientadoras: Dra. Dirce Maria Carraro e

Dra. Simone Pallone de Figueiredo

São Paulo

2011

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca da Fundação Antônio Prudente

Pinho, Cristiane Gonçalves de

Percepção pública sobre o câncer entre a população do município de São Paulo: validação do questionário de percepção de doença entre indivíduos saudáveis / Cristiane Gonçalves de Pinho – São Paulo; 2011.

115p.

Dissertação (Mestrado)-Fundação Antônio Prudente.

Curso de Pós-Graduação em Ciências - Área de concentração: Oncologia.

Orientadora: Erika Maria Monteiro Santos

Descritores: 1. PERCEPÇÃO 2. NEOPLASIAS 3. CÂNCER. 4. SAÚDE PÚBLICA. 5. ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE. 6. PREVENÇÃO.

DEDICATÓRIA

Ao meu amor Luiz Cláudio, com quem partilho muito mais do que um casamento, amor e respeito, mas infindáveis discussões que contribuem para minha maturidade pessoal e profissional; e com quem agora vou dividir a experiência de amar, incondicionalmente, uma mistura nossa!

Aos meus amados pais, por todo o apoio e carinho que me dedicam até hoje, e pela referência de dignidade e persistência. Vocês contribuíram muito com a minha formação.

Obrigada por tudo!

AGRADECIMENTOS

“Se tem olhos, vê. Se vê, enxerga”, José Saramago.

Aos gestores do Telecentro e da ThyssenKrupp, em especial a Cecília Araújo e Aline Chrispan, respectivamente, que intermediaram as atividades em cada local. E, especialmente, aos colaboradores que aceitaram participar da pesquisa, doaram seu tempo e dedicação no preenchimento do questionário, permitindo a realização deste trabalho.

À minha orientadora, Dra. Erika M. Monteiro Santos, que abraçou o projeto – antes mesmo de ele adquirir este escopo. Sua colaboração, dedicação e parceria foram essenciais no desenvolvimento do trabalho.

Às minhas co-orientadoras, Dirce Maria Carraro, pela possibilidade de integrar a pesquisa às atividades de difusão dos projetos institucionais do A.C. Camargo; e a Simone Pallone pela colaboração com os temas de percepção pública e, por me inserir no grupo de pesquisa do Labjor.

À parceria, amizade e orientações das Dras. Andréia Kurashima e Mariana Maschietto pelo entusiasmo com o trabalho! Ao Dr. Fernando Soares, que abriu as portas da pós-graduação, mesmo eu não sendo da área da saúde.

Às amigas que me acompanharam nesta jornada com tanta biologia molecular, Débora Bassi, Michele Ramos e, em especial pela amizade e parceria das queridas Fernanda Stahelin e Giovana Torrezan, dois presentes

que ganhei com este projeto! A todos os integrantes do Laboratório de Genômica e Biologia Molecular.

Ao grupo de pesquisa do Labjor, em especial às contribuições feitas por Sabine Righetti e Ana Paula Morales, no escopo do projeto; e pela oportunidade de adaptar as contribuições e resultados deste trabalho com as pesquisas do grupo.

Ao painel de juízes especialistas pela definição das adaptações do instrumento. As Dras. Flávia Natércia e Roselena Bergamasco, pelas sugestões e contribuições como membros da banca de qualificação.

À Pós-Graduação da Fundação Antônio Prudente, em especial à Ana Maria Rodrigues Kuninari, pela paciência e dedicação, e à biblioteca da Fundação Antônio Prudente, em especial à Suely Francisco pela disposição no atendimento dos alunos.

Aos amigos Nilton Hernandes, que plantou a primeira semente da vida acadêmica, e Erika Fuga Rossi, pela referência profissional e pelas trocas que ainda fazemos sobre o tema. Gostaria de ter tido vocês mais perto durante esta trajetória!

À minha experiência profissional, em especial como assessora de imprensa do Hospital A.C.Camargo, que me deu a sustentação prática para pensar na transformação dos dados, em informação acadêmica.

À todos que não foram citados, mas que participaram de alguma forma na conclusão desta dissertação.

RESUMO

Pinho CG. **Percepção pública sobre o câncer entre a população do município de São Paulo: validação do questionário de percepção de doença entre indivíduos saudáveis.** São Paulo, 2011. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente].

O câncer é considerado um problema de saúde pública e estratégias para prevenção da doença são de fundamental importância para a redução da mortalidade. Para a efetividade das estratégias de prevenção, é necessária a compreensão sobre a percepção da doença. Desta forma, este trabalho teve como objetivos identificar a percepção pública sobre o câncer em uma amostra da população do município de São Paulo, por meio da validação do instrumento IPQ-RH de percepção de doença entre indivíduos saudáveis, e da verificação da associação entre a percepção de câncer e características sociodemográficas. Trata-se de um estudo descritivo transversal. Foram incluídos indivíduos sem câncer, com idade superior a 18 anos, trabalhadores no município de São Paulo. Foram aplicados o IPQ-RH (questionário de percepção de doença entre Indivíduos saudáveis), o questionário com características sociodemográficas e sobre prevenção do câncer. Para validação do instrumento foi realizada análise fatorial, avaliação do coeficiente alfa de Cronbach. Para verificar associação entre percepção de câncer e as características sociodemográficas foi realizado teste de médias e regressão linear múltipla. A amostra foi composta por 732 indivíduos, a maioria com idade igual ou inferior a 30 anos (65,6%); do sexo feminino (54,4%); com ensino médio (60,4%); e da classe C (59,2%). O IPQ-RH apresentou solução com oito fatores, com alfa de Cronbach que variou entre 0,549 (escala tempo crônico) a 0,822 (escala representação emocional). As causas apresentaram solução com seis fatores. A variável associada com diferenças na percepção de câncer foi a experiência prévia com a doença. As variáveis associadas com a realização de prevenção

foram: idade superior a 29 anos (OR 1,74); sexo feminino (OR 2,58); religião católica (OR 2,93); saber o que é câncer (OR 3,46); achar que o câncer ode ser prevenido (OR 4,94); e as subescalas do IPQ-RH – identidade (OR 1,00); coerência (OR 0,891), representação emocional (OR 0,957).

SUMMARY

Pinho CG. **[Public perception about cancer between population of São Paulo: validation of revised illness perception questionnaire for healthy people]**. São Paulo, 2011. Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente].

Cancer is considered a public health problem and strategies for disease prevention are important to reduce mortality. For the effectiveness of prevention strategies, is necessary to understanding the public perception about the disease. Thus, the goal of this work were to identify the public perception about cancer in a sample of the population of São Paulo, through validation of instrument IPQ-HR (revised illness perception questionnaire for healthy people), and the association between the perception of cancer and sociodemographic characteristics. This is a cross-sectional descriptive study. Inclusion criteria were individuals without cancer, aged over 18 years, workers in São Paulo. The IPQ-RH, the questionnaire with sociodemographic characteristics and questions regarding cancer prevention were applied. For validation of the instrument factor analysis, assessment of Cronbach's alpha coefficient was performed. Association between perception of cancer and sociodemographic characteristics were verified through test of averages and multiple linear regression. The sample was composed of 732 individuals, most aged 30 years or less (65.6%), females (54.4%); with high school (60.4%); and socioeconomic criteria C (59.2%). The IPQ-RH presented solution with eight factors, with Cronbach's alpha which varied between 0.549 (chronic time scale) and 0.822 (emotional representation scale). The causes subscale presented a solution with six factors. The variable most frequently associated with differences in cancer perception was having prior experience with cancer. Variables associated with cancer prevention were: the age of 29 years or more (OR 1.74); female gender (OR 2.58); Catholic religion (OR 2.93); to know what is cancer (OR 3.46); the opinion that cancer can be prevented (OR 4.94); and the subscales of the IPQ-HR – identity (OR 1.00); coherence (OR 0.891), emotional representation (OR 0.957).

LISTA DE FIGURA E TABELAS E QUADROS

Figura 1	Colaboradores da ThyssenKrupp respondendo o questionário na troca de turno de trabalho. São Paulo, 2011.....	93
Tabela 1	Características sociodemográficas dos 732 entrevistados. São Paulo, 2011.....	38
Tabela 2	Distribuição dos entrevistados quanto às questões sobre conhecimento do câncer, prevenção e conhecimento sobre alguém sobre a doença. São Paulo, 2011.....	39
Tabela 3	Análise fatorial: Eigenvalues e total da variância explicada da solução fatorial do IPQ-RH. São Paulo, 2011.....	40
Tabela 4	Análise fatorial: Cargas fatoriais da solução com rotação Varimax do IPQ-RH. São Paulo, 2011.....	41
Tabela 5	Confiabilidade da Subescala Tempo agudo – Questões 1 e 4 do IPQ-RH: Coeficiente Alfa de Cronbach com a remoção do item, Correlação Item-Total São Paulo, 2011...	42
Tabela 6	Confiabilidade da Subescala Tempo (agudo/crônico) – Questões 2, 3 e 5 do IPQ-RH: Coeficiente Alfa de Cronbach com a remoção do item, Correlação Item-Total.São Paulo, 2011.....	42
Tabela 7	Confiabilidade da Subescala Consequências – Questões 6 a 9 do IPQ-RH: Coeficiente Alfa de Cronbach com a remoção do item, Correlação Item-Total.São Paulo, 2011...	43

Tabela 8	Confiabilidade da Subescala Controle Pessoal – Questões 10 a 12 do IPQ-RH: Coeficiente Alfa de Cronbach com a remoção do item, Correlação Item-Total. São Paulo, 2011.....	43
Tabela 9	Confiabilidade da Subescala Controle do Tratamento – Questões 13 a 14 do IPQ-RH: Coeficiente Alfa de Cronbach com a remoção do item, Correlação Item-Total. São Paulo, 2011.....	44
Tabela 10	Confiabilidade da Subescala Coerência – Questões 16 a 18 do IPQ-RH: Coeficiente Alfa de Cronbach com a remoção do item, Correlação Item-Total. São Paulo, 2011..	45
Tabela 11	Confiabilidade da Subescala Tempo Cíclico – Questões 19 a 21 do IPQ-RH: Coeficiente Alfa de Cronbach com a remoção do item, Correlação Item-Total. São Paulo, 2011..	45
Tabela 12	Confiabilidade da Subescala Representação Emocional – Questões 22 a 26 do IPQ-RH: Coeficiente Alfa de Cronbach com a remoção do item, Correlação Item-Total. São Paulo, 2011.....	46
Tabela 13	Análise fatorial: Eigenvalues e total da variância explicada da solução fatorial do IPQ-RH - Causas. São Paulo, 2011...	46
Tabela 14	Análise fatorial da Subescala de Causas do IPQ-RH. São Paulo, 2011.....	47
Tabela 15	Confiabilidade da Subescala Causas Emocionais do IPQ-RH: Coeficiente Alfa de Cronbach com a remoção do item, Correlação Item-Total.. São Paulo, 2011.....	48

Tabela 16	Confiabilidade da Subescala Causas Imunológicas do IPQ-RH: Coeficiente Alfa de Cronbach com a remoção do item, Correlação Item-Total. São Paulo, 2011.....	49
Tabela 17	Confiabilidade da Subescala Causas Hábitos de Vida 1 do IPQ-RH: Coeficiente Alfa de Cronbach com a remoção do item, Correlação Item-Total. São Paulo, 2011.....	49
Tabela 18	Confiabilidade da Subescala Causas Hábitos de Vida 2 do IPQ-RH: Coeficiente Alfa de Cronbach com a remoção do item, Correlação Item-Total. São Paulo, 2011.....	50
Tabela 19	Confiabilidade da Subescala Causas Existenciais do IPQ-RH: Coeficiente Alfa de Cronbach com a remoção do item, Correlação Item-Total. São Paulo, 2011.....	50
Tabela 20	Confiabilidade da Subescala Causas Físicas do IPQ-RH: Coeficiente Alfa de Cronbach com a remoção do item, Correlação Item-Total. São Paulo, 2011.....	51
Tabela 21	Coeficiente de Correlação de Pearson entre as Subescalas do IPQ-RH. São Paulo, 2011.....	53
Tabela 22	Média, desvio padrão, intervalo de confiança e significância do teste de médias da subescala identidade de acordo com as características sociodemográficas e crenças sobre o câncer. São Paulo, 2011.....	54
Tabela 23	Modelo de regressão linear para a subescala identidade . São Paulo, 2011.....	55

Tabela 24	Média, desvio padrão, intervalo de confiança e significância do teste de médias da subescala tempo agudo de acordo com as características sociodemográficas e crenças sobre o câncer. São Paulo, 2011.....	56
Tabela 25	Modelo de regressão linear para a subescala tempo agudo . São Paulo, 2011.....	57
Tabela 26	Média, desvio padrão, intervalo de confiança e significância do teste de médias da subescala tempo crônico de acordo com as características sociodemográficas e crenças sobre o câncer. São Paulo, 2011.....	58
Tabela 27	Média, desvio padrão, intervalo de confiança e significância do teste de médias da subescala consequências de acordo com as características sociodemográficas e crenças sobre o câncer. São Paulo, 2011.....	59
Tabela 28	Modelo de regressão linear para a subescala consequências . São Paulo, 2011.....	60
Tabela 29	Média, desvio padrão, intervalo de confiança e significância do teste de médias da subescala controle pessoal de acordo com as características sociodemográficas e crenças sobre o câncer. São Paulo, 2011.....	61
Tabela 30	Modelo de regressão linear para a subescala controle pessoal . São Paulo, 2011.....	62

Tabela 31	Média, desvio padrão, intervalo de confiança e significância do teste de médias da subescala controle de tratamento de acordo com as características sociodemográficas e crenças sobre o câncer. São Paulo, 2011.....	63
Tabela 32	Modelo de regressão linear para a subescala controle do tratamento . São Paulo, 2011.....	64
Tabela 33	Média, desvio padrão, intervalo de confiança e significância do teste de médias da subescala coerência de acordo com as características sociodemográficas e crenças sobre o câncer. São Paulo, 2011.....	65
Tabela 34	Modelo de regressão linear para a subescala coerência . São Paulo, 2011.....	66
Tabela 35	Média, desvio padrão, intervalo de confiança e significância do teste de médias da subescala tempo cíclico de acordo com as características sociodemográficas e crenças sobre o câncer. São Paulo, 2011.....	67
Tabela 36	Modelo de regressão linear para a subescala tempo cíclico . São Paulo, 2011.....	68
Tabela 37	Média, desvio padrão, intervalo de confiança e significância do teste de médias da subescala representação emocional de acordo com as características sociodemográficas e crenças sobre o câncer. São Paulo, 2011.....	69

Tabela 38	Modelo de regressão linear para a subescala representação emocional . São Paulo, 2011.....	70
Tabela 39	Média, desvio padrão, intervalo de confiança e significância do teste de médias da subescala causas emocionais de acordo com as características sociodemográficas e crenças sobre o câncer. São Paulo, 2011.....	71
Tabela 40	Modelo de regressão linear para a subescala causas emocionais . São Paulo, 2011.....	73
Tabela 41	Média, desvio padrão, intervalo de confiança e significância do teste de médias da subescala causas imunológicas de acordo com as características sociodemográficas e crenças sobre o câncer. São Paulo, 2011.....	74
Tabela 42	Modelo de regressão linear para a subescala causas imunológicas . São Paulo, 2011.....	76
Tabela 43	Média, desvio padrão, intervalo de confiança e significância do teste de médias da subescala causas hábitos 1 de acordo com as características sociodemográficas e crenças sobre o câncer. São Paulo, 2011.....	77
Tabela 44	Modelo de regressão linear para subescala causas hábitos 1 . São Paulo, 2011.....	78

Tabela 45	Média, desvio padrão, intervalo de confiança e significância do teste de médias da subescala causas hábitos 2 de acordo com as características sociodemográficas e crenças sobre o câncer. São Paulo, 2011.....	79
Tabela 46	Modelo de regressão linear para a subescala causas hábitos 2 . São Paulo, 2011.....	80
Tabela 47	Média, desvio padrão, intervalo de confiança e significância do teste de médias da subescala causas existenciais de acordo com as características sociodemográficas e crenças sobre o câncer. São Paulo, 2011.....	81
Tabela 48	Modelo de regressão linear para a subescala causas existenciais . São Paulo, 2011.....	82
Tabela 49	Média, desvio padrão, intervalo de confiança e significância do teste de médias da subescala causas físicas de acordo com as características sociodemográficas e crenças sobre o câncer. São Paulo, 2011.....	83
Tabela 50	Modelo de regressão linear para a subescala causas físicas . São Paulo, 2011.....	85
Tabela 51	Características sociodemográficas e crença sobre a informação sobre o câncer. São Paulo, 2011.....	86
Tabela 52	Características sociodemográficas e crença sobre a prevenção do câncer São Paulo, 2011.....	87

Tabela 53	Média das escalas do IPQ-RH de acordo com a pergunta “Você se previne contra o câncer?”.....	88
Tabela 54	Modelo de regressão linear múltipla para a questão “Você se previne contra o câncer?”. São Paulo, 2011.....	89
Quadro 1	Alterações do instrumento IPQ-RH sugeridas pelo painel de juízes. São Paulo, 2011.....	36

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	1
2	OBJETIVOS	8
2.1	Objetivo geral	9
2.2	Objetivos específicos	9
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	10
3.1	Comunicação em ciência e saúde.....	11
3.2	Percepção pública de saúde	15
3.3	A saúde e o câncer.....	20
3.4	Incentivos à difusão de conhecimento científico.....	23
4	CASUÍSTICA E MÉTODO.....	26
4.1	Tipo de Estudo	27
4.2	Casuística: Definição da amostra	27
4.2.1	Critérios de inclusão	28
4.2.2	Critérios de exclusão	28
4.3	Método.....	29
4.3.1	Escolha dos instrumentos.....	29
4.3.2	Adaptação do questionário	29
4.3.3	Aplicação dos questionários	31
4.3.4	Análise estatística.....	32
4.4	Considerações Éticas	33
5	RESULTADOS.....	35
5.1	Adaptação Transcultural.....	36
5.2	Avaliação das características psicométricas do IPQ-RH	37
5.2.1	Caracterização da amostra.....	37
5.2.2	Características psicométricas do IPQ-RH	39

5.2.3	Validade concorrente.....	51
5.3	Associação entre a percepção de câncer e as características sociodemográficas.....	54
6	DISCUSSÃO	90
7	CONCLUSÃO	106
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109

ANEXOS

Anexo 1 Instrumento: Questionário de percepção pública sobre o
câncer

Anexo 2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Anexo 3 Autorização para utilização do instrumento - validação para
o português do Brasil

Anexo 4 Instrumento original e versão adaptada para indivíduos
saudáveis

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O artigo 19º da *Universal Declaration Of Human Rights*, elaborada pela *United Nations* (UN) (1948), assim como o artigo 5º da Constituição República Federativa do Brasil, criada em 1988, expressam que todo cidadão tem direito de receber e transmitir informação, assim como à liberdade de expressão.

A comunicação, que tem o poder de modificar os significados que as pessoas atribuem às coisas pode, também, transformar crenças, valores, comportamentos e, até mesmo, a realidade em que essas pessoas estão inseridas. Dessa forma, é um importante instrumento para transferência de informação, socialização e aplicação de aprendizado (BORDENAVE 1992).

A variedade de meios para comunicar permitiu, também, que diferentes temas passassem a ser abordados pela mídia. Saúde e ciência, por exemplo, ganhou visibilidade nas mídias brasileiras e internacionais dada a sua importância para o progresso da humanidade, para a independência tecnológica e, como consequência, para a melhora da qualidade de vida do país (BUENO 2008).

Embora nos últimos anos, no mundo todo, o imaginário social e a popularização da ciência e saúde estejam sendo criados pelos meios de comunicação de massa e pela grande imprensa; no Brasil, o jornalismo científico começou a ganhar espaço nos anos 1970, quando iniciaram os congressos e os grandes jornais criaram editorias sobre o tema. Nos anos

2000 as revistas científicas especializadas: *ComCiência*, *Galileu*, *Pesquisa FAPESP*, *Scientific American Brasil* e *Superinteressante*, entre outras ganharam espaço (BUENO 2008).

O processo de alfabetização e democratização do conhecimento científico é um desafio que jornalistas e cientistas devem compartilhar, por meio da difusão ou da divulgação científica. A ‘difusão científica’ é caracterizada por todo e qualquer processo ou recurso para veiculação de informações científicas e tecnológicas. Pode ser estabelecida como difusão para especialistas ou para o público em geral (BUENO 1984), ou pode ser um modelo para democratizar o conteúdo científico, realizada nos espaços formais (sistema de ensino formal - escola), ou não-formais de educação (fora da esfera escolar) (CHAGAS 1993). Já “divulgação científica”, também denominada popularização da ciência, coincide com o conceito de jornalismo científico. Compreende o uso de recursos técnicos para a veiculação de informações científicas ao público em geral, por meio de recodificação da linguagem especializada, tornando o conteúdo acessível a uma vasta audiência (BUENO 1984).

Esta democratização permite que os cidadãos entendam o que acontece no universo da ciência e da saúde e complementem seu conhecimento formal, adquirido na escola. A população que não compreende criticamente as informações científicas tem dificuldades de exercer a prática política e a liberdade democrática em discussões sobre o tema (SAGAN 1999).

Entre as alternativas para levar esses conceitos e temas complexos, e interpretá-los para a realidade da população em geral estão a imprensa e a comunicação não-formal.

A comunicação não-formal é uma proposta para promoção da circulação da informação alinhada com os interesses do indivíduo ou da comunidade. Introduzida, de forma espontânea, na rotina social do grupo pode ser compartilhada com familiares, amigos, colegas e outros interlocutores. Funciona como um importante recurso para o exercício da cidadania, além de ser um facilitador para a difusão do conhecimento. Deve envolver agentes sociais transformadores como: educadores e jornalistas e ser realizada por meio de programas, atividades, ações e instituições que organizam campanhas, eventos, feiras e encontros para promover a interação e familiarização com o tema (CHAGAS 1993).

Desta forma, a comunicação não formal atua como um instrumento relevante para o desenvolvimento desta pesquisa, que se propõe a fomentar, entre a população, a informação de que o câncer é uma doença de caráter preventivo.

Ainda hoje, o imaginário social em relação ao câncer é repleto de crenças e falta de informação. Infelizmente, para muitas pessoas o diagnóstico da doença é como uma sentença de morte. O câncer se configura também como um problema de saúde pública. No Brasil ocupa o segundo lugar em causas de mortalidade, sendo que em 2006 ocorreram mais de 400 mil casos novos (Ministério da Saúde 2006b).

É consenso mundial que associar ações de prevenção primária (informação, conhecimento) e secundária (diagnóstico precoce) pode reduzir a mortalidade por câncer em até 15%. De acordo com o INCA (Instituto Nacional do Câncer) pelo menos 1/3 dos casos poderiam ser evitados a partir de uma mudança de hábitos e comportamentos (Ministério da Saúde 2006b).

Medidas simples de difusão de conhecimentos básicos sobre o câncer, com foco na popularização da prevenção e diagnóstico precoce da doença podem contribuir para mudar esse cenário. A ampliação do conhecimento para a população deve priorizar atividades de promoção da saúde e de diagnóstico precoce, com conteúdos alinhados estrategicamente com as necessidades e interesses da comunidade.

As intervenções devem ser baseadas em modelos não formais de comunicação: realizadas com grupos pequenos, que se tornem capazes de disseminar as informações; priorizar a utilização de recursos locais (espaços como paróquias, escolas, postos de saúde e de meio de transporte coletivo); e recursos genéricos (mídias ou outras experiências que levem a informação para o público-alvo) (KROEGER e LUNA 1992).

No Brasil, as ações de saúde pouco utilizam atividades de prevenção como intervenção junto à população. A experiência mundial com campanhas de prevenção mostra que ações realizadas junto à comunidade geram mais efeitos do que as campanhas dos meios de comunicação de massa – para a transmissão das mensagens e aderência ao que está sendo proposto. Estudos mostram sucesso na utilização de campanhas publicitárias

direcionadas ao público alvo, com a utilização de linguagem apropriada a uma determinada população; sendo indicada para transmitir mensagens que gerem comportamentos participativos por parte da população (FOTHERINGHAM 1966)

Traduzir e levar o conteúdo sobre o câncer – em linguagem simples, alinhada com a realidade e necessidade da população e com caráter informativo – pode contribuir, então, para minimizar superstições e crenças que envolvem a doença, e despertar para a importância da prevenção, tornando cada cidadão agente da mudança.

Nesse sentido, fica clara a importância de entender e medir como a população se relaciona com esse tema no cotidiano. Esta é a proposta desse trabalho: identificar a percepção pública sobre o câncer entre a população do município de São Paulo. Esse recorte específico sobre oncologia busca contribuir para a construção de indicadores específicos sobre o tema.

É importante ressaltar que as pesquisas de percepção pública não avaliam o conhecimento real das pessoas sobre o tema, atribuindo valores como certo e errado às respostas dos entrevistados; mas sim, a percepção das pessoas em relação ao seu próprio conhecimento na área, por meio de uma autodeclaração (VOGT e POLINO 2003).

Uma vez que não se dispõe de instrumentos validados para identificar a percepção sobre o câncer, optou-se pela tradução e validação do IPQ-RH - *Revised Illness Perception Questionnaire for health people*, questionário de percepção de doença entre indivíduos saudáveis.

Os resultados deste mapeamento poderão ser utilizados, ainda, para o desenvolvimento de novas estratégias de comunicação não-formal em relação à prevenção do câncer.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar a percepção pública sobre o câncer em uma amostra da população do município de São Paulo.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

São objetivos específicos deste projeto:

- 1 Validar o instrumento (IPQ - RH) de percepção de doença para indivíduos saudáveis, com recorte específico sobre câncer, entre uma amostra da população do município de São Paulo.
- 2 Verificar a associação entre a percepção pública sobre o câncer e características sócio-demográficas.

REVISÃO DE LITERATURA

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 COMUNICAÇÃO EM CIÊNCIA E SAÚDE

Se na Idade Média, o meio para comunicar era estabelecido nos vitrais das catedrais, a evolução da linguagem permitiu a criação e o desenvolvimento de diferentes meios de comunicação, que passaram a ser utilizados na transmissão maciça de mensagens, como parte, inclusive, do processo educativo formal e não-formal. Dessa forma, no mundo inteiro o rádio, a televisão e, mais recentemente a Internet formam parte da bagagem instrumental e cultural da sociedade (BORDENAVE 1992).

Há um público ávido por receber informação científica, e há a preocupação de que este conteúdo científico seja entendido por cientistas e leigos. Este é um desafio para profissionais da ciência e da comunicação numa tentativa de conciliar a distância entre os “produtores” e os “receptores” do conhecimento, também conhecidos como especialistas e leigos. (POLINO 2000).

Atualmente, o governo brasileiro conta com o apoio da mídia para alertar, informar e educar a população em relação aos riscos de diversas doenças. Esse é um recurso importante já que, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mais de 90% das residências brasileiras tem um aparelho de televisão ou de rádio e o utiliza com frequência (IBGE 2010).

A divulgação pelos meios de comunicação de massa – em especial pela Internet – propõe uma democratização, ampliando o debate e promovendo a participação da população na tomada de decisões (BUENO 2008).

Para potencializar o efeito da mensagem, é importante observar os efeitos causados no receptor e, principalmente, nos meios ou ações para se atingir a meta, como por exemplo, o tipo de mensagem emitida (verbal, não-verbal ou a combinação delas). Um programa realizado em Edimburgo, na Escócia, com um grupo de mulheres sobre a importância do exame de Papanicolaou, mostra essa diferença. Foi lançada uma campanha na mídia e, 25% das mulheres fizeram o exame depois de receberem uma carta (que falava do assunto), enquanto 91% fez o exame após participar de grupos de discussão (KNOWELDEN e PHILLIPS 1974).

Entretanto, apesar das campanhas de prevenção e das inúmeras matérias informativas sobre saúde – realizadas pelos meios de comunicação de massa – observa-se que essas ações não são efetivas para desenvolver na sociedade uma opinião pública consensual sobre a importância da prevenção. Um exemplo importante disso são as campanhas antitabagismo. Apesar de apresentarem resultados na diminuição de fumantes, a indústria do tabaco continua fazendo publicidade – em especial com crianças e adolescentes.

Mas, atribuir aos meios de comunicação a responsabilidade, exclusiva, por difundir ciência pode não ser a solução. A mídia tem um papel central na fixação da ordem do dia sobre o que deve ser discutido e o que é

conhecido nos níveis pessoais e políticos em relação a diversas questões sociais importantes, que ajudam a construir e refletir os valores, crenças e a moral da sociedade. Na cobertura de saúde, atua com o intuito de transmitir informações para melhorar a saúde, e também, como facilitador na criação de alternativas para participar ativamente nesta mudança de comportamento (MEISSER et al. 1992).

Um artigo de 2005, que propõe analisar a construção do entendimento de saúde e estilo de vida na mídia, publicado na *Journal of Health Psychology*, discute o uso da mídia para promover os benefícios da dieta saudável e prática de exercícios físicos. A prática tem sido associada com um sentimento de obrigação pessoal ou responsabilidade individual com a própria saúde (HODGETTS et al 2005).

Apesar do potencial das recomendações para uma vida saudável ajudarem na construção de crenças de saúde; os efeitos desta moralização com normas e valores que enfatizam a obrigatoriedade do indivíduo a se preocupar com sua saúde podem ser negativos, levando a vítima a se culpar por acontecimentos sobre os quais ele não tem controle. Atribuir culpa aos indivíduos por suas más condições de saúde ou doença não pode significar eximir o poder público desses cuidados e do amplo acesso aos serviços de saúde a toda a população, nem negligenciar as ações a níveis mais amplos da sociedade (WILLIAMS 1998).

De qualquer forma, quando bem desenhados, estes modelos contribuem fortalecendo o esforço mútuo entre saúde pública, profissionais de saúde e comunicadores; para o cumprimento das metas de intervenções

de comunicação de saúde por meio do estímulo aos cuidados com a própria saúde e à adoção de um estilo de vida saudável.

Os participantes da pesquisa realizada em 2006 tinham que aceitar ou rejeitar os conselhos dos meios de comunicação sobre vida saudável e contextualizar sua percepção de obrigação em se envolver em rituais de saúde. A isto dá-se o nome de *Healthism* - utilizado inicialmente por Crawford (1980), para descrever uma nova forma de consciência de saúde para a sociedade americana, com base na ascensão de práticas preventivas focadas em ações individuais. O termo descreve as maneiras como os participantes são influenciados para desenvolver hábitos saudáveis, e como explicam seu comportamento e suas ações de saúde (WILLIAMS 1998).

Ficou limitada, na pesquisa, a ilustração de como a mídia afeta as práticas dos participantes na representação e controle de sua saúde, sendo necessárias mais pesquisas para abordar o papel da mídia no *healthism*. De qualquer forma, ficou claro como a cobertura de saúde pela mídia se tornou parte integrante da vida cotidiana das sociedades e como a mídia é poderosa no cultivo popular do senso de responsabilidade para a manutenção da saúde, prevenção de doenças e no impacto da formação de crenças e valores do público. O artigo propõe que as campanhas não foquem em nenhuma ditadura de alimentação saudável ou prática de exercícios físicos (HODGETTS et al 2005).

Desta forma, a comunicação não formal pode, então, atuar como um meio para disseminar o conhecimento científico para o público geral, lembrando que o conhecimento do público pode ser limitado e os valores e

crenças em relação ao tema seja construído com base no imaginário social da população, em símbolos e metáforas (CLARKE e EVEREST 2006).

3.2 PERCEPÇÃO PÚBLICA DE SAÚDE

Os modelos de compreensão ou percepção pública estão alinhados com os conceitos de compreensão da ciência e da tecnologia, e são baseados no que se denomina “cultura científica” - um conjunto de fatores, eventos e ações do homem nos processos voltados para a produção, a difusão, o ensino e a divulgação do conhecimento científico. As pesquisas de percepção pública valorizam a análise de consumo de informação científica; entretanto, estas pesquisas não avaliam o conhecimento real das pessoas, mas sim sua percepção sobre o seu próprio conhecimento na área, por meio da autodeclaração (VOGT e POLINO 2003).

Perguntas sobre conhecimento real nestas pesquisas de percepção – os chamados indicadores de “conhecimento” ou de “alfabetização científica” são criticadas por alguns estudiosos como PARDO e CALVO (2004), que consideram que as respostas a essas perguntas parecem estar mais relacionadas à exposição das pessoas à informação, ao nível de escolaridade e a fatores culturais, e até religiosos, do que ao conhecimento factual e processual da ciência.

O Brasil realizou, desde a década de 1980, duas pesquisas nacionais de percepção de ciência e tecnologia (1987 e 2006), sem periodicidade definida e metodologia comum. O interesse do governo brasileiro em mapear

a opinião pública sobre temas científicos e tecnológicos está atrelado ao compromisso de popularizar o tema e de difundir a ciência e a tecnologia. Entretanto, em todas essas pesquisas, o tema medicina e saúde foi destaque entre todas as áreas abordadas pela pesquisa. Para aprofundar detalhes sobre esse interesse pelo tema e investigar outros objetivos, em 2009, a equipe do Laboratório de Estudos Avançados em Jornalismo (Labjor), da Unicamp, apresentou à FAPESP um projeto de percepção pública da saúde, que está em andamento em parceria com o Instituto de Saúde de São Paulo.

Uma pesquisa do Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS), realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), em 2010 avaliou a percepção da população sobre serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e incluiu perguntas sobre planos e seguros privados de saúde. Os dados foram coletados nos domicílios de 2.773 entrevistados, entre 3 a 19 de novembro de 2010.

Nesta pesquisa, a percepção da população foi medida por sua experiência pessoal, a de outros membros da família ou da comunidade na utilização dos serviços; sobre suas expectativas sobre como deveria ser o atendimento prestado pelos profissionais de saúde, e sobre uma opinião geral do que é divulgado nos meios de comunicação. Os resultados mostraram que os usuários do SUS ou seus acompanhantes avaliaram positivamente o atendimento prestado pelo Programa Saúde da Família/PSF (80,7%), a distribuição gratuita de medicamentos no SUS (69,6%), e o

atendimento por médico especialista (60,6%). Foram mal avaliados os atendimentos em centros e/ou postos de saúde (31,1%).

Esses resultados mostram que a percepção do indivíduo que está inserido no programa ou utiliza algum serviço é diferente daquele que recebe informações sobre o SUS, independente da fonte, como a mídia, por exemplo. A conclusão para os usuários do programa é que é difícil entrar no SUS via centro/posto de saúde, e a população almeja acesso mais rápido e oportuno aos serviços (IPEA 2011).

Entretanto, a maioria das pesquisas de percepção de saúde e doença são realizadas com grupos específicos de pacientes, delineando crenças e comportamentos sobre doenças específicas. Há poucos relatos na literatura sobre a relação de indivíduos saudáveis com saúde e doença; e como seu modo de pensar pode afetar seu comportamento em relação a atitudes e intenções para promoção da prevenção (FIGUEIRAS e ALVES 2007).

3.2.1 Instrumento para medir percepção de doença

O IPQ-RH - Questionário de Percepção de Doença - versão adaptada para indivíduos saudáveis foi encontrado como uma opção para a realização deste estudo. De acordo com a literatura, esta versão adaptada está validada em português, de Portugal, e foi aplicada em 2000, em uma amostra com 1.113 portugueses (FIGUEIRAS e ALVES 2007).

Na ocasião foram avaliadas as percepções de AIDS, câncer de pele e tuberculose. O objetivo foi validar o instrumento como uma alternativa

eficiente para medir a percepção de indivíduos saudáveis, para diferentes patologias (FIGUEIRAS e ALVES 2007).

O instrumento foi desenvolvido para fornecer uma avaliação quantitativa dos cinco componentes de representação de doença (identificação, consequências, cronograma, controle/cura e causa), e é um instrumento baseado no modelo Leventhal _ de senso comum da doença _ que propõe que cada indivíduo construa suas representações de saúde e de doença de acordo com suas fontes de informações disponíveis. Além disso, aborda questões de identidade (sobre sintomas) e de representação emocional (classificados em escala tipo Likert 5); e uma escala de atribuições causais, cujo Alfa de Cronbach da escala neste estudo foi de 0,87 (LEVENTHAL 1980).

As questões de coerência permitem melhor avaliação do significado da doença para o paciente (nesse caso, para o indivíduo saudável). Outras questões incluídas na versão portuguesa (IPQ-RH) foram as de representação emocional, que estão relacionadas com os componentes cognitivos das representações de doença (MOSS-MORRIS et al. 2002).

Além dos ajustes do Alfa de Cronbach, foi realizada a análise de Correlação de Pearson para itens das atribuições de causa. As dimensões se mostraram positivas com correlações significativas que variam de 0,33 para 0,82 e de 0,31 a 0,78 para toda a amostra. A maioria das atribuições causais mostrou correlações significativas, que vão de 0,28 para 0,69 e de 0,33 para 0,78 para toda a amostra (MOSS-MORRIS et al. 2002).

Devido à natureza dos dados transversais, não foi possível avaliar a validade preditiva do IPQ-RH, para percepção de doenças entre indivíduos saudáveis e suas atitudes e intenções em relação ao comportamento preventivo. Para identificar se esta versão do IPQ-RH pode contabilizar variação significativa de atitudes em relação à intenção e adesão a comportamentos preventivos foram realizadas duas equações de regressão, excluindo dimensões que não estavam ligadas às variáveis dependentes.

A pesquisa mostrou que populações saudáveis parecem ter ideias claras sobre os tipos de sintomas e causas associadas às doenças específicas. Os sintomas mais graves relacionados com cada doença são consistentes e estão associados a essas doenças. A representação emocional foi positivamente associada com identidade, mas negativamente associada ao controle de crenças (pessoal e tratamento). As atribuições causais não foram relacionadas com o emocional da doença, resultado que é contrário ao encontrado com grupos de pacientes (MOSS-MORRIS et al. 2002).

Para HUGHNER e KLEINE (2004), este tipo de instrumento pode ser útil para avaliar atividades produzidas para leigos, relacionadas com a saúde da população em geral. Os resultados do estudo mostram, também, que a representação das doenças é relacionada com significativa alteração de atitudes em relação à adoção de comportamentos preventivos, sugerindo que, independente da experiência da doença, essas representações podem influenciar comportamentos relacionados com a saúde em indivíduos saudáveis.

No entanto, outras pesquisas serão necessárias para investigar se as percepções de doença dos indivíduos saudáveis podem interferir no comportamento em relação à prevenção de doenças, por exemplo. De qualquer forma, a representação emocional de doença, neste exemplo, se mostrou bastante relevante quando associada à maneira como indivíduos saudáveis percebem a gravidade da doença. Este achado, se reforçado em outras pesquisas, pode contribuir no delineamento de intervenções para a adoção de comportamentos preventivos e para o desenvolvimento de programas de promoção da saúde.

3.3 A SAÚDE E O CÂNCER

A saúde está expressa na Constituição República Federativa do Brasil (1988) como um direito universal de todo cidadão. O conceito atual adotado pela *World Health Organization* (WHO 1946) sintetiza que a saúde é um estado de bem-estar positivo, associado à adoção de atitudes, potencialidades e qualidades e, não à mera ausência de enfermidades.

O câncer tem sido descrito como a mais temida das doenças modernas, e associado à morte, a tratamentos longos e dolorosos, punição, falta de limpeza, contágio e imprevisibilidade. O medo tem estigmatizado e isolado os portadores de câncer do convívio social (SONTAG 1978).

Entretanto, de acordo com informações da *American Cancer Society* (ACS) e da *International Union Against Cancer* (UICC), o câncer é uma doença prevenível e a orientação para redução dos casos de morte pela

doença deve ser de natureza educativa (SILVA et al 2009) (UICC 2005). Este consenso foi abordado também no *Seminario de Formación en Educación para La Salud*, realizado em 2000 pela *Asociación Española Contra el Câncer-AECC*.

É consenso mundial que associar ações de prevenção primária (informação, conhecimento) e secundária (diagnóstico precoce) pode reduzir a mortalidade por câncer em até 15%. Pesquisa de 2001 da *Harvard School of Public Health* estima que 35% das mortes por câncer no mundo podem ser atribuídas à combinação de cinco grupos de fatores de risco: dieta e sedentarismo, consumo excessivo de substâncias aditivas (tabaco e álcool), saúde sexual e reprodutiva (infecções sexualmente transmissíveis), riscos ambientais (poluição, combustíveis e tabagismo passivo) e contaminação venosa pelo vírus da hepatite B e C (DANAEL et al. 2005).

Então, a etiologia do câncer não está limitada a simplesmente definir a exposição dos indivíduos a apenas um dos fatores de risco, mas em estabelecer que combater todos os fatores de forma associada pode compor uma luta pela prevenção do câncer considerando, sobretudo, a detecção precoce e o pronto tratamento (PERERA 1997).

A prevenção do câncer depende primeiramente da compreensão de sua etiologia. É um tema que envolve diferentes níveis de fatores de risco: do social e de estilo de vida (dieta, tabagismo, etilismo e sedentarismo), econômico (políticas públicas, estatística e epidemiologia da doença) ao genético e molecular (Ministério da Saúde 2006b). Todos são relevantes porque podem contribuir para o processo de carcinogênese (alterações

genéticas e moleculares que transformam células normais em cancerosas, levando ao aparecimento de neoplasias).

Planejar ações de promoção de saúde, prevenção e detecção precoce requer investimentos em frentes que até hoje não estão plenamente estruturadas no Brasil. A informação epidemiológica é uma delas. Na década de 1960, a epidemiologia do câncer começou a ganhar visibilidade mas, até hoje, o câncer não é uma doença de notificação obrigatória. As distâncias territoriais do país também impedem um levantamento de dados equalizados, e com estatísticas comprometidas fica difícil precisar a mortalidade e a incidência e, conseqüentemente, executar políticas públicas eficazes no controle da doença (Ministério da Saúde 2006b).

O Programa Nacional de Atenção Oncológica do Ministério da Saúde (2006a) entende a necessidade da realização de ações de promoção, prevenção e diagnóstico precoce do câncer na chamada atenção primária (postos e centros de saúde), e também nas esferas de média e alta complexidades (que atuam no tratamento da doença). Além disso, o programa reconhece, sobretudo, a necessidade de melhorar o acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento.

A longa espera pelo atendimento, aliada à falta de informação, de entendimento e de atitude em relação ao câncer leva a diagnósticos em fases avançadas e, em decorrência disso, a baixos índices de prognóstico e de sobrevida, além de altas taxas de mortalidade (Ministério da Saúde 2006b).

No Brasil, os programas de rastreamento ainda não estão bem estruturados. Apesar de 60% dos brasileiros se interessarem por medicina e saúde, de acordo com dados do Ministério da Ciência e Tecnologia (2006), o que existe é um rastreamento informal e espontâneo realizado principalmente pelas mulheres. Ainda assim, essa estratégia é mais utilizada pelas pessoas com maior poder aquisitivo e com acesso privilegiado à informação e aos serviços de saúde.

Uma revisão de 1964 comparou dados de três pesquisas realizadas em 1948, 1955 e 1962, para a *American Cancer Society*, para orientar programas de educação em câncer e, sobretudo, convencer as pessoas que o câncer pode ser assintomático. A pesquisa buscava identificar a percepção da população em relação a sintomas, contágio, idade mais frequente, fatores de risco, preconceito em relação a portadores, ao diagnóstico (inclusive quem pode diagnosticar). Foram feitas questões sobre conhecimento e atitudes para avaliar a experiência do entrevistado com pacientes, se conhece alguém que teve ou tem câncer, e se considera a possibilidade de fazer diagnóstico precoce da doença. As pesquisas mostraram que houve mudança da percepção, não só no total da população, mas dentro de determinados subgrupos, e estas alterações contribuíram para uma melhor compreensão das necessidades que devem ser abordadas nos programas de educação de saúde.

3.4 INCENTIVOS À DIFUSÃO DE CONHECIMENTO CIENTÍFICO

Nos últimos anos, o mundo todo, incluindo o Brasil, tem apoiado iniciativas a favor da popularização do conhecimento científico. Iniciativas lideradas por agências de fomento como a FAPESP, e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), dão vida a projetos especiais que proporcionam o desenvolvimento da pesquisa e, sobretudo, da difusão dos resultados científicos alcançados. Alguns exemplos desses programas são as ações dos Centros de Pesquisa, Inovação e Difusão (CEPID's), da FAPESP e dos Institutos Nacionais de Ciência e Tecnologia (INCT's), das Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa (FAP's) e CNPq, que atuam articulando e promovendo o desenvolvimento de grupos de pesquisa em diversas áreas no Estado de São Paulo e no Brasil, e que têm, ainda, o compromisso de fazer difusão das atividades científicas popularizando os resultados gerados por cada centro.

Os projetos de pesquisa realizados pelo Hospital A.C. Camargo, que é um CEPID e um INCT, priorizam atividades de difusão do conhecimento sobre a gênese, prevenção e detecção precoce do câncer. Um dos produtos liderados pelo CEPID A.C. Camargo é a exposição “O combate ao câncer vai de metrô”, que em 2006 circulou em oito estações do metrô da cidade de São Paulo. Durante a exposição, uma pesquisa – cujos resultados foram publicados na revista científica *Lancet* – mostrou que mais de 85% dos entrevistados tem interesse em obter informações sobre câncer. Em 2009, a exposição foi remodelada, ganhou nova versão e foi rebatizada “Câncer:

conhecer para prevenir”; com caráter itinerante, a mostra circulou por nove parques da capital paulista em 2010 (Ibirapuera, Aclimação, Carmo, Trianon, Horto Florestal, Vila do Rodeio, Independência, Guarapiranga e Vila Prudente).

Nesse sentido, colaborar com a mudança no modo de pensar e entender a doença, influenciando a adoção de estilo de vida e de comportamento da população para a consciência da importância da prevenção do câncer é um dos desafios deste trabalho. Para isso, fica visível a necessidade de criar processos alinhados de uma forma multidisciplinar na difusão do conhecimento de prevenção e diagnóstico precoce do câncer.

A multidisciplinaridade proposta nesse projeto _ de unir as áreas da saúde e da comunicação _ visa estruturar as ações de disseminação de conceitos e informações sobre prevenção do câncer, os principais fatores de risco e suas interrelações com a doença para a população. Esse trabalho propõe auxiliar o entendimento da sociedade em relação à importância do diagnóstico precoce e, sobretudo, de que cada um se torne agente na prevenção da doença.

CASUÍSTICA E MÉTODO

4 CASUÍSTICA E MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo com corte transversal, caracterizado pelo processo de tradução e validação do “Instrumento de Percepção de Doença - edição revista para indivíduos saudáveis” e sua aplicabilidade para medir a percepção pública sobre o câncer entre uma amostra da população do município de São Paulo.

4.2 CASUÍSTICA: DEFINIÇÃO DA AMOSTRA

Foi utilizada uma amostra não probabilística, de conveniência. Seguindo a metodologia utilizada na aplicação da versão original do questionário, com indivíduos saudáveis, realizada em Portugal, o convite para participar da pesquisa foi realizado para cerca de 10 empresas localizadas na cidade de São Paulo. Por conta de disponibilidade, a pesquisa pode ser realizada com colaboradores de duas delas, sendo que os 732 indivíduos que responderam a pesquisa são colaboradores de: 1 - postos do Telecentro (um programa de inclusão digital da Secretaria de Participação e Parceria, da Prefeitura Municipal de São Paulo, que dispõe de cerca de 300 unidades localizadas, principalmente, em regiões periféricas da cidade); 2 - colaboradores da ThyssenKrupp, uma empresa de molas

localizada na zonal Sul da cidade (que abriga colaboradores das áreas de escritório e de linha de produção, na fábrica).

4.2.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídos no estudo os indivíduos que atenderam os seguintes critérios:

- Indivíduos saudáveis;
- Colaboradores/funcionários das empresas participantes do estudo;
- Indivíduos maiores de 18 anos.

4.2.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos os indivíduos que:

- Declararam ser portadores de câncer ou estar em tratamento no momento da pesquisa;
- Indivíduos que se recusaram a completar algum dado para estratificação social (Critério Brasil, principalmente);
- Indivíduos com deficiências mentais e cognitivas (comprometimento de funções intelectuais),
- Indivíduos não-alfabetizados.

4.3 MÉTODO

4.3.1 Escolha dos instrumentos

Na busca de instrumentos para medir a percepção de câncer, três questionários foram identificados – ainda que nenhum deles fosse exclusivamente para este fim. As questões do instrumento final são oriundas de uma pesquisa de opinião sobre o câncer, realizada em 2007 pelo INCA; de duas pesquisas de percepção de ciência e tecnologia, realizadas em 2003 e 2007 pelo Labjor, da Unicamp; e a estrutura completa do IPQ-RH, com as devidas adaptações permitidas pelo autor, e mais tarde sugeridas e validadas por um painel de juízes especialistas.

Depois de identificada e criada a versão final do instrumento, foi definido que a aplicação do questionário seria feita no ambiente de trabalho dos entrevistados, para facilitar a adesão e a taxa de resposta. Esta escolha foi muito rica pela oportunidade de aplicar a pesquisa com colaboradores das esferas privadas e públicas, alocados em diferentes regiões da cidade – em especial em bairros da periferia; e com colaboradores de escritório e de linha de produção, na fábrica, enriquecendo o perfil social da amostra.

4.3.2 Adaptação do questionário

Uma vez que o questionário IPQ-RH já foi traduzido para a Língua Portuguesa (Portugal), este questionário foi submetido a um painel de juízes especialistas composto por um médico oncologista e uma enfermeira especializada em educação que avaliaram a adequação da linguagem à

cultura brasileira, e a relevância dos itens do questionário para avaliação da percepção de doença.

Após a avaliação em separado por cada um dos juízes foi realizada uma reunião de consenso na qual participaram os pesquisadores do projeto para a elaboração da versão a ser aplicada na casuística.

O questionário IPQ-RH é dividido em três partes (FIGUEIRAS e ALVES 2007):

- Escala de identidade: na qual os indivíduos selecionam a partir de uma lista de 16 sintomas (por exemplo, fadiga, tonturas, etc.) aqueles que acreditam que estejam relacionados com a doença (se acreditam ou não que o sintoma é relacionado: sim ou não). A soma dos itens de pontuação (sim) representa a pontuação escala de identidade.
- Escalas tempo agudo/crônico, tempo cíclico, controle de tratamento, coerência e representação emocional da doença: nas questões destas escalas, o indivíduo deve apontar o nível de concordância das afirmações em uma escala do tipo Likert (de 1 a 5 pontos, onde 1 é discordo completamente e 5 significa concordância completa).
- Escala de causas da doença: é apresentada uma lista de causas da doença e o indivíduo deve apontar a concordância com a contribuição de cada item para o desenvolvimento da doença. As respostas também são apresentadas em escala do tipo Likert.

4.3.3 Aplicação dos questionários

O questionário foi disponibilizado em duas versões: eletrônica (para os colaboradores dos Telecentros) e impressa (para os colaboradores da ThyssenKrupp). Além do IPQ-RH, foram adicionados:

1) Questionário de caracterização social do entrevistado, avaliando:

- Idade
- Gênero (feminino e masculino);
- Grau de Escolaridade (ensino fundamental, médio, superior);
- Classificação socioeconômica (Critério de Classificação Econômica Brasil) que estima o poder de compra das pessoas e famílias urbanas (Televisão em cores, Rádio, Banheiro, Automóvel, Empregada mensalista, Aspirador de pó, Máquina de lavar, Videocassete e/ou DVD, Geladeira, Freezer);
- Religião (Católica, Protestante, Evangélico de origem pentecostal, Ateu ou agnóstico, Espírita, Afro-brasileira, Judeu, Budista ou Outra).

2) Quatro questões provenientes do questionário de concepção sobre o câncer, desenvolvido e aplicado pelo INCA, que buscam elucidar a percepção pública sobre o câncer (você sabe o que é câncer, conhece alguém que tem ou teve câncer, o câncer pode ser prevenido, você costuma receber informações sobre câncer).

Os participantes foram convidados a participar da pesquisa pela pesquisadora, com a apresentação do gestor da empresa que acompanhou as entrevistas. Antes de responder o questionário, os indivíduos preencheram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2). O preenchimento do questionário foi feito pelo entrevistado, que quando tinha dúvidas, consultava a pesquisadora/entrevistadora.

4.3.4 Análise estatística: dados coletados

Para atestar a validade de construto, optou-se por realizar a análise fatorial, que é utilizada para verificar se as escalas do instrumento original mantêm-se após a sua tradução para outra língua.

A análise fatorial é fundamentada no pressuposto de que uma série de variáveis observáveis (itens da escala) pode ser explicada por fatores que são combinações das variáveis (DANCEY e REIDY 2006; HAIR et al. 2005).

Para a extração dos fatores foi utilizado o método de componentes principais, considerando apenas os fatores que apresentaram autovalor superior a 1. Em seguida à extração dos fatores, foi utilizado o método de rotação varimax para estimar os fatores (DANCEY e REIDY 2006; HAIR et al. 2005).

Após a extração dos fatores, a matriz rotacionada foi avaliada para a determinação de quais variáveis mantêm-se nos fatores extraídos. A carga fatorial determinou em qual fator a variável está incluída (DANCEY e REIDY 2006; HAIR et al. 2005).

Uma vez confirmada a estrutura do instrumento a partir da análise fatorial, foi realizada a análise da consistência interna, que é uma das técnicas para estimar a confiabilidade do instrumento, ou seja, sua capacidade de medir sem erro, sendo o coeficiente Alfa de Cronbach o parâmetro utilizado. Nessa análise é verificada a correlação que cada item do instrumento tem com o restante dos itens da escala. O coeficiente Alfa de Cronbach varia entre 0 e 1, em que 0 indica a ausência de consistência interna dos itens, e 1 a presença de consistência de 100%. Para comparação entre grupos, é recomendável que as escalas do instrumento possuam coeficiente superior a 0,60 (DEVELLIS 2003; STREINER e NORMAN 1995).

O outro método para verificar a homogeneidade da escala é a correlação item-total. É a correlação do item com a escala omitindo o item. Para a manutenção de um item na escala, a correlação item-total deve ser superior a 0,20 (STREINER e NORMAN 1995).

Para avaliar a validade concorrente foi realizado o cálculo do coeficiente de correlação de Pearson entre as escalas de IPQ-RH.

Para verificar a associação entre a percepção da doença e as características sociodemográficas será utilizado o teste t de *student* para variáveis com duas categorias ou ANOVA para variáveis com três categorias. As variáveis com $p < 0,20$ foram selecionadas para a regressão linear múltipla, que estimou as variáveis associadas com a percepção da doença.

Para a questão sobre prevenção (questão “você se previne”), uma vez que sua resposta era dicotômica (sim ou não) foi realizada a regressão logística múltipla, com cálculo da razão de chances (OR), considerando a significância estatística em 5%.

4.4 CONDIÇÕES ÉTICAS

Este trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital A.C.Camargo sob o n. 1.450/10.

RESULTADOS

5 RESULTADOS

Os resultados são apresentados em três partes: o processo de adaptação transcultural do instrumento IPQ-RH; as características psicométricas do IPQ-RH; e a associação entre a percepção de câncer e as características sociodemográficas.

5.1 ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL

A primeira versão (português, de Portugal) do IPQ-RH, questionário de percepção de doença entre indivíduos saudáveis, era composta por três eixos: I - identificação, com uma lista de 17 sintomas; II - IPQ, com 26 questões divididas em cinco escalas (tempo cíclico, tempo agudo e crônico, coerência e representação emocional da doença); e III - com 18 causas.

O questionário IPQ-RH foi submetido, então, ao painel de juízes especialistas, para consolidação da versão final do questionário. As alterações sugeridas para o instrumento estão apresentadas no Quadro 1. Dos 17 sintomas do instrumento original, foi sugerida a exclusão de três sintomas, com a inclusão do sintoma sangramento (perda de sangue). Na escala de causas foi sugerida a inclusão de oito causas.

Quadro 1 - Alterações do instrumento IPQ-RH sugeridas pelo painel de juízes. São Paulo, 2011.

Escala	Tipo de Alteração	Descrição
Sintomas	Inclusão	Perda de sangue
	Exclusão	Dores na garanta; olhos inflamados; dificuldades em respirar
Causas	Inclusão	Tabagismo; Álcool em excesso; Relações sexuais sem preservativo; Excesso de Sol; Contato com pessoas com câncer; Falta de atividade física; Má higiene; Desígnio de Deus

5.2 AVALIAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DO IPQ-RH

5.2.1 Caracterização da amostra

A coleta de dados foi realizada com colaboradores de duas empresas da cidade de São Paulo. Entre 26 de outubro e 24 de novembro de 2010, foram realizadas 577 entrevistas com colaboradores de um programa de inclusão digital da prefeitura de São Paulo, os Telecentros, localizados principalmente em regiões periféricas da cidade. Entre 11 e 25 de fevereiro de 2011 foram realizadas 159 entrevistas com colaboradores da empresa ThyssenKrupp Brasil.

Das 736 entrevistas, quatro foram excluídas: dois participantes se declararam portadores de câncer, e dois se recusaram a responder dados do Critério Brasil. O tempo para preenchimento do questionário variou entre 10 e 30 minutos, sendo mais rápido o preenchimento da versão eletrônica.

A idade prevalente entre os participantes da pesquisa estava entre 18 e 30 anos. Em relação ao gênero, as mulheres foram maioria (54,4%), e o nível de escolaridade mais prevalente na amostra foi o ensino médio

(60,4%). Houve predomínio da classe C (59,2%) entre os entrevistados, e 45,2% se declarou católico (Tabela 1)

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas da amostra.

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos 732 entrevistados. São Paulo, 2011.

Variável		N.	%
Idade	18-30 anos	481	65,6
	31-40 anos	146	19,9
	41 -50 anos	71	9,7
	51 anos ou mais	34	4,6
Gênero	Masculino	334	45,6
	Feminino	398	54,4
Escolaridade	Ensino Fundamental e Médio	442	60,4
	Ensino Superior e Pós-Graduação	290	39,6
Critério Brasil	A	14	1,9
	B	171	23,4
	C	433	59,2
	D	114	15,6
Religião	Católica	331	45,2
	Protestante	269	36,7
	Outros	79	10,8
	Ateu/Agnóstico	53	7,2
Total		732	100,0

A Tabela 2 apresenta as questões sobre crenças do câncer, conhecimento sobre a doença e experiência prévia com a doença. A maioria dos indivíduos refere saber o que é câncer, e acredita que o câncer pode ser prevenido.

Tabela 2 - Distribuição dos entrevistados quanto às questões sobre conhecimento do câncer, prevenção e conhecer alguém que tenha ou tenha tido câncer. São Paulo, 2011.

Variável		N.	%
Sabe o que é câncer?	Não	50	6,8
	Sim	682	93,2
Acha que o câncer pode ser prevenido?	Não	58	7,9
	Sim	674	92,1
Você se previne contra o câncer?	Não	196	26,8
	Sim	536	73,2
Quem você conhece?	Não conhece	131	17,9
	Familiar 1º grau	72	9,8
	Parentes	347	47,4
	Amigos/Vizinhos	180	24,7
	Ignorados	2	0,3
Total		732	100,0

A partir da amostra anteriormente descrita, foi realizada aplicação do Instrumento, possibilitando o desenvolvimento da fase de validação.

5.2.2 Características Psicométricas do IPQ-RH

A análise fatorial do IPQ-RH apresentou uma solução com oito fatores, que correspondem a 62,95% do total da variância explicada (Tabela 3).

Tabela 3 - Análise fatorial: Eigenvalues e total da variância explicada da solução fatorial do IPQ-RH. São Paulo, 2011.

Fator	Eigenvalue	% da Variância	% Cumulativa da Variância
1	4,25	16,35	16,35
2	3,12	12,00	28,35
3	1,89	7,28	35,64
4	1,83	7,00	42,67
5	1,49	5,72	48,39
6	1,40	5,40	53,79
7	1,25	4,82	58,60
8	1,13	4,35	62,95

Ao avaliar as cargas fatoriais (Tabela 4), verifica-se que as questões se mantiveram na mesma estrutura do instrumento original, exceto as questões 1 a 5 que se dividiram em dois fatores (fator 8, questões 1 e 4; e fator 7, questões 2, 3 e 5).

Tabela 4 - Análise fatorial: Cargas fatoriais da solução com rotação Varimax do IPQ-RH. São Paulo, 2011.

Questão	Fator							
	1	2	3	4	5	6	7	8
IP1								0,763
IP2							0,744	
IP3							0,715	
IP4								0,826
IP5							0,611	
IP6		0,583						
IP7		0,718						
IP8		0,761						
IP9		0,777						
IP10					0,463			
IP11					0,855			
IP12					0,856			
IP13				0,691				
IP14				0,660				
IP15				0,642				
IP16			0,620					
IP17			0,828					
IP18			0,830					
IP19						0,582		
IP20						0,680		
IP21						0,776		
IP22	0,789							
IP23	0,819							
IP24	0,689							
IP25	0,807							
IP26	0,642							

Obs: Cargas fatoriais inferiores a 0,401 foram suprimidas para facilitar a compreensão da tabela.

A Tabela 5 apresenta a avaliação da confiabilidade da subescala tempo agudo. Foi observado Alfa de Cronbach de 0,600.

Tabela 5 - Confiabilidade da Subescala Tempo agudo – Questões 1 e 4 do IPQ-RH: Coeficiente Alfa de Cronbach com a remoção do item, Correlação Item-Total. São Paulo, 2011.

Questão	Coeficiente Alfa de Cronbach se o Item for Removido	Correlação Item-Total
IP1 – O câncer dura pouco tempo.	*	0,427
IP4 – O câncer passa depressa.	*	0,427

* não é calculado para escalas com dois itens.

A Tabela 6 apresenta a avaliação da confiabilidade da subescala Tempo crônico, com Alfa de Cronbach de 0,549, abaixo do recomendado para comparação entre grupos. Como observado, a exclusão de qualquer item não aumentaria o coeficiente.

Tabela 6 - Confiabilidade da Subescala Tempo Crônico – Questões 2, 3 e 5 do IPQ-RH: Coeficiente Alfa de Cronbach com a remoção do item, Correlação Item-Total. São Paulo, 2011.

Questão	Coeficiente Alfa de Cronbach se o Item for Removido	Correlação Item-Total
IP2 – O câncer é mais permanente que temporária.	0,473	0,335
IP3 – O câncer dura muito tempo.	0,355	0,417
IP5 – Acho que o câncer dura para o resto da vida.	0,502	0,319

A Tabela 7 apresenta a avaliação da confiabilidade da subescala consequências. Foi observado Alfa de Cronbach de 0,733. Nenhum item removido contribui para aumento do Alfa e a correlação dos itens com a escala foi superior a 0,400.

Tabela 7 - Confiabilidade da Subescala Consequências – Questões 6 a 9 do IPQ-RH: Coeficiente Alfa de Cronbach com a remoção do item, Correlação Item-Total. São Paulo, 2011.

Questão	Coeficiente Alfa de Cronbach se o Item for Removido	Correlação Item-Total
IP6 – O câncer é grave.	0,696	0,479
IP7 – O câncer afeta seriamente a forma como o doente se vê como pessoa.	0,649	0,568
IP8 – O câncer tem sérias consequências econômicas.	0,652	0,556
IP9 – O câncer causa dificuldades àqueles que estão próximos ao doente.	0,688	0,495

A Tabela 8 apresenta a avaliação da confiabilidade da subescala controle pessoal. Foi observado Alfa de Cronbach de 0,746. A exclusão do item 10 contribuiria para o aumento do Alfa, mas não foi considerado um aumento significativo, e também a questão está relacionada com a escala e a correlação item-total é superior a 0,400.

Tabela 8 - Confiabilidade da Subescala Controle Pessoal – Questões 10 a 12 do IPQ-RH: Coeficiente Alfa de Cronbach com a remoção do item, Correlação Item-Total. São Paulo, 2011.

Questão	Coeficiente Alfa de Cronbach se o Item for Removido	Correlação Item-Total
IP 10 – O que o doente faz pode determinar se o câncer melhora ou piora.	0,790	0,456
IP11 – A evolução do câncer depende do próprio doente.	0,626	0,608
IP12 – O doente tem o poder de influenciar a evolução do câncer.	0,537	0,679

A Tabela 9 apresenta a avaliação da confiabilidade da subescala controle do tratamento. Foi observado Alfa de Cronbach de 0,633. A exclusão de nenhum item contribui para aumento do Alfa de Cronbach, e a correlação item-total foi superior a 0,400 em todos os itens.

Tabela 9 - Confiabilidade da Subescala Controle do Tratamento – Questões 13 a 14 do IPQ-RH: Coeficiente Alfa de Cronbach com a remoção do item, Correlação Item-Total. São Paulo, 2011,

Questão	Coeficiente Alfa Cronbach se o Item for Removido	Correlação Item-Total
IP 13 – O tratamento é eficaz na cura do câncer.	0,556	0,417
IP14 – Os efeitos negativos do câncer poderão ser prevenidos ou evitados pelo tratamento.	0,499	0,450
IP15 – O tratamento do câncer pode controlar a doença.	0,520	0,452

A Tabela 10 apresenta a avaliação da confiabilidade da subescala coerência. Foi observado Alfa de Cronbach de 0,746. A exclusão do item 16 elevaria o Alfa de Cronbach, mas ele foi mantido, pelo fato da escala apresentar um Alfa de Cronbach satisfatório e pela sua relação semântica com a escala.

Tabela 10 - Confiabilidade da Subescala Coerência – Questões 16 a 18 do IPQ-RH: Coeficiente Alfa de Cronbach com a remoção do item, Correlação Item-Total. São Paulo, 2011.

Questão	Coeficiente Alfa de Cronbach se o Item for Removido	Correlação Item-Total
IP16 – Os sintomas do câncer me confundem.	0,859	0,137
IP17 – O câncer é um mistério para mim.	0,504	0,579
IP18 – Não compreendo o câncer.	0,511	0,692

A Tabela 11 apresenta a avaliação da confiabilidade da subescala tempo cíclico. Foi observado Alfa de Cronbach de 0,602.

Tabela 11 - Confiabilidade da Subescala Tempo Cíclico – Questões 19 a 21 do IPQ-RH: Coeficiente Alfa de Cronbach com a remoção do item, Correlação Item-Total. São Paulo, 2011.

Questão	Coeficiente Alfa de Cronbach se o Item for Removido	Correlação Item-Total
IP19 – Os sintomas do câncer vêm e vão em ciclos.	0,594	0,342
IP20 – O câncer é muito imprevisível.	0,450	0,437
IP21 – O câncer passa por fases em que melhora ou piora.	0,445	0,447

A Tabela 12 apresenta a avaliação da confiabilidade da subescala representação emocional. Foi observado Alfa de Cronbach de 0,822.

Tabela 12 - Confiabilidade da Subescala Representação Emocional – Questões 22 a 26 do IPQ-RH: Coeficiente Alfa de Cronbach com a remoção do item, Correlação Item-Total. São Paulo, 2011.

Questão	Coeficiente Alfa de Cronbach se o Item for Removido	Correlação Item-Total
IP22 - Fico deprimido quando penso sobre o câncer.	0,773	0,643
IP23 – Quando penso sobre o câncer fico perturbado.	0,760	0,688
IP24 – Se eu tivesse câncer me sentiria zangado.	0,795	0,571
IP25 – Fico ansioso quando penso sobre o câncer.	0,772	0,652
IP26 – O câncer me faz sentir medo.	0,813	0,514

A análise fatorial do eixo de causas apresentou solução com seis fatores, que correspondem a 52,86% da variância. (Tabela 13).

Tabela 13 - Análise fatorial: Eigenvalues e total da variância explicada da solução fatorial do IPQ-RH - Causas. São Paulo, 2011.

Fator	Eigenvalue	% da Variância	% Cumulativa da Variância
1	4,84	18,63	18,63
2	2,59	9,96	28,59
3	2,46	9,48	38,07
4	1,48	5,70	43,76
5	1,24	4,32	48,55
6	1,12	4,32	52,86

A Tabela 14 apresenta as cargas fatoriais da solução com rotação varimax para as causas. A Hereditariedade não se confirmou como causa associada a nenhum dos seis fatores relacionados. (Tabela 14)

Tabela 14 - Análise fatorial da Subescala de Causas do IPQ-RH. São Paulo, 2011.

Causas	Fatores					
	1	2	3	4	5	6
Problemas familiares	0,848					
Problemas emocionais	0,795					
A atitude mental	0,753					
Stress	0,721					
Excesso de trabalho	0,663					
O próprio comportamento	0,586					
Personalidade	0,577					
Não ter sido vacinado		0,738				
Má higiene		0,635				
Vírus		0,628				
Não usar preservativo		0,613				
Contato com indivíduos com câncer		0,502				
Imunidade		0,407				
Tabagismo			0,818			
Excesso de sol			0,735			
Excesso de álcool			0,681			
Não ir ao médico			0,454			
Peso				0,757		
Alimentação				0,626		
Poluição				0,440		
Hereditariedade						
Destino					0,839	
Desígnio de Deus					0,774	
Falta de atividade física						0,656
Envelhecimento						0,490
Acidente						0,420

Em razão dos agrupamentos verificados na análise fatorial, foram atribuídos nomes às subescalas de causas:

- Causas Emocionais: Problemas emocionais; atitude mental; stress; excesso de trabalho; o próprio comportamento; personalidade.

- Causas Imunológicas: Não ter sido vacinado; má higiene; vírus; contato com indivíduos com câncer; imunidade.
- Hábitos 1: Tabagismo; excesso de sol; excesso de álcool; não ir ao médico;
- Hábitos 2: Peso; alimentação; poluição;
- Causas Existenciais: Destino e Desígnio de Deus;
- Causas Físicas: Falta de atividade física; acidente; envelhecimento.

A Tabela 15 apresenta a avaliação da confiabilidade da subescala de causas emocionais. Foi observado Alfa de Cronbach de 0,852.

Tabela 15 - Confiabilidade da Subescala Causas Emocionais do IPQ-RH: Coeficiente Alfa de Cronbach com a remoção do item, Correlação Item-Total. São Paulo, 2011.

Questão	Coeficiente Alfa de Cronbach se o Item for Removido	Correlação Item- Total
Problemas familiares	0,812	0,743
Problemas emocionais	0,823	0,679
Atitude mental	0,827	0,646
Stress	0,838	0,568
Excesso de Trabalho	0,836	0,586
O próprio comportamento	0,841	0,547
Personalidade	0,843	0,532

A Tabela 16 apresenta a avaliação da confiabilidade da subescala de causas imunológicas. Foi observado Alfa de Cronbach de 0,670.

Tabela 16 - Confiabilidade da Subescala Causas Imunológicas do IPQ-RH: Coeficiente Alfa de Cronbach com a remoção do item, Correlação Item-Total. São Paulo, 2011.

Questão	Coeficiente Alfa de Cronbach se o Item for Removido	Correlação Item- Total
Não ter sido vacinado	0,590	0,517
Má higiene	0,605	0,463
Vírus	0,608	0,454
Não usar preservativo	0,636	0,391
Contato com indivíduos com câncer	0,660	0,297
Imunidade	0,663	0,293

A Tabela 17 apresenta a avaliação da confiabilidade da subescala hábitos de vida 1. Foi observado Alfa de Cronbach de 0,677.

Tabela 17 - Confiabilidade da Subescala Causas Hábitos de Vida 1 do IPQ-RH: Coeficiente Alfa de Cronbach com a remoção do item, Correlação Item-Total. São Paulo, 2011.

Questão	Coeficiente Alfa de Cronbach se o Item for Removido	Correlação Item- Total
Tabagismo	0,478	0,626
Excesso de sol	0,556	0,477
Excesso de álcool	0,536	0,498
Não ir ao médico	0,743	0,214

A Tabela 18 apresenta a avaliação da confiabilidade da subescala hábitos de vida 2, com Alfa de 0,559, abaixo do recomendado para comparação entre grupos. Como pode ser observado, a exclusão de qualquer item não resultaria em aumento do coeficiente.

Tabela 18 - Confiabilidade da Subescala Causas Hábitos de Vida 2 do IPQ-RH: Coeficiente Alfa de Cronbach com a remoção do item, Correlação Item-Total. São Paulo, 2011.

Questão	Coeficiente Alfa de Cronbach se o Item for Removido	Correlação Item-Total
Peso	0,447	0,365
Alimentação	0,344	0,435
Poluição	0,563	0,299

A Tabela 19 apresenta a avaliação da confiabilidade da subescala causas existenciais, com Alfa de 0,660, adequado para comparação entre grupos.

Tabela 19 - Confiabilidade da Subescala Causas Existenciais do IPQ-RH: Coeficiente Alfa de Cronbach com a remoção do item, Correlação Item-Total. São Paulo, 2011.

Questão	Coeficiente Alfa de Cronbach se o Item for Removido	Correlação Item-Total
Destino	*	0,488
Designio de Deus	*	0,488

* não é calculado para escalas com dois itens.

A Tabela 20 apresenta a avaliação da confiabilidade da subescala causas físicas, com Alfa de 0,362, abaixo do recomendado para comparação entre grupos. Como pode ser observado, a exclusão de qualquer item não resultaria em aumento do coeficiente.

Tabela 20 - Confiabilidade da Subescala Causas Físicas do IPQ-RH: Coeficiente Alfa de Cronbach com a remoção do item, Correlação Item-Total. São Paulo, 2011.

Questão	Coeficiente Alfa de Cronbach se o Item for Removido	Correlação Item- Total
Envelhecimento	0,099	0,274
Acidente	0,207	0,220
Falta de atividade física	0,467	0,107

5.2.3 Validade concorrente

Nesta etapa, foram calculados os coeficientes de correlação de Pearson, entre as subescalas do IPQ-RH. Entre todas as subescalas foram observadas correlações fracas.

Na subescala Identidade foi observada correlação fraca entre o eixo IPQ-RH, com a subescala de Consequências (0,213) e o eixo de causas, com a subescala de Hábitos 2 (0,286).

A subescala de Consequências apresentou correlação fraca com as subescalas de Controle Pessoal (0,240) e Tempo Cíclico (0,239); e no eixo de Causas, com as subescalas de causas emocionais (0,207) e Hábitos 1 (0,202).

Na subescala de Controle Pessoal, houve correlação com o eixo de causas, com as subescalas de causas emocionais (0,262) e de Hábitos 1 (0,209).

A subescala de Coerência mostrou correlação fraca com as subescalas de tempo cíclico (0,252) e representação emocional (0,282). Houve correlação fraca ainda entre as subescalas de tempo cíclico e de representação emocional (0,246).

No eixo de causas, a subescala de causas emocionais apresentou correlação fraca com Hábitos 2 (0,338). A subescala de causas imunológicas apresentou correlação com causas físicas (0,305). E, para finalizar este eixo, a subescala de Hábitos 1, teve correlação fraca com a de Hábitos 2. (Tabela 20).

Tabela 21 – Coeficiente de Correlação de Pearson entre as Subescalas do IPQ-RH. São Paulo, 2011.

	Ident	Tempo agudo	Tempo crônico	Conseq	Controle Pessoal	Contro le Tto	Coer	Tempo cíclico	Repr. Emoc.	Causa Emoc.	Causa Imun.	Causa Hab 1	Causa Hab 2	Causa Exis	Causa Fisc
Ident		0,001	-0,012	0,213	0,092	-0,046	-0,019	0,139	0,084	0,152	0,140	0,179	0,249	0,039	0,044
Tempo agudo			-0,252	0,068	0,023	-0,008	-0,087	0,005	-0,002	-0,077	-0,101	0,070	0,136	-0,093	-0,040
Tempo crônico				0,087	0,041	0,036	0,164	0,125	0,013	0,068	0,039	0,021	0,028	0,090	0,004
Conseq					0,240	0,039	0,140	0,239	0,222	0,207	0,033	0,202	0,146	0,077	0,089
Controle pessoal						0,126	-0,003	0,184	0,047	0,262	0,060	0,209	0,122	0,047	0,042
Controle tto							-0,006	0,126	0,005	-0,048	0,045	0,122	-0,027	-0,068	0,110
Coer								0,252	0,282	0,010	0,090	0,002	-0,056	0,153	0,003
Tempo cíclico									0,246	0,090	0,139	0,101	0,006	0,117	-0,020
Repr emoc										0,119	0,090	0,092	0,037	0,214	0,091
Causa emoc											0,192	0,139	0,338	0,160	0,264
Causa imun												0,199	0,240	0,183	0,305
Causa hab 1													0,304	-0,030	0,097
Causa hab 2														-0,004	0,273
Causa exist															0,117

Ident.: Identidade; Conseq.: Consequências; Controle tto.: Controle de tratamento; Coer.: Coerência; Repr. Emoc.: Representação Emocional; Causa Emoc.: Causas Emocionais; Causa Imun.: Causas Imunológicas; Causa hab 1: Causas hábitos 1; Causa hab 2: Causas hábitos 2; Causa exist: Causas existenciais.

5.3 ASSOCIAÇÃO ENTRE A PERCEPÇÃO DE CÂNCER E AS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

A Tabela 22 apresenta a média da subescala identidade de acordo com as características sociodemográficas.

Tabela 22 - Média, desvio padrão, intervalo de confiança e significância do teste de médias da subescala **identidade** de acordo com as características sociodemográficas e crenças sobre o câncer. São Paulo, 2011.

Variável	Categoria	Média	DP	IC 95%	p
Idade	18 – 29 anos	9,75	3,51	9,43 - 10,08	0,117
	30 – 44 anos	9,87	3,90	9,33 - 10,40	
	≥ 45 anos	8,82	4,38	7,76 - 9,88	
Sexo	Masculino	9,53	3,75	9,12 - 9,93	0,228
	Feminino	9,86	3,69	9,50 - 10,22	
Escolaridade	Ens. Fund./Médio	9,82	3,63	9,48 - 10,16	0,306
	Ensino Superior	9,53	3,85	9,09 - 9,98	
Critério Brasil	A	10,0	3,16	8,17 - 11,83	0,964
	B	9,60	3,77	9,03 - 10,17	
	C	9,75	3,78	9,39 - 10,10	
	D	9,68	3,50	9,03 - 10,33	
Religião	Católica	9,45	3,85	9,03 - 9,87	0,310
	Protestante	9,83	3,69	9,39 - 10,27	
	Outras	10,24	3,27	9,51 - 10,97	
	Ateu ou Agnóstico	9,89	3,65	8,88 - 10,89	
Conhece alguém com câncer?	Não	8,72	3,83	8,05 - 9,38	0,005
	Familiar 1º Grau	9,49	4,21	8,50 - 10,49	
	Outros Familiares	10,04	3,70	9,65 - 10,49	
	Amigos/Vizinhos	9,87	3,37	9,37 - 10,36	
Sabe o que é câncer?	Não	7,66	3,76	6,59 - 8,73	<0,001
	Sim	9,86	3,68	9,58 - 10,13	
Acha que pode ser prevenido?	Não	9,02	3,43	8,12 - 9,92	0,141
	Sim	9,77	3,74	9,48 - 10,05	

DP: Desvio Padrão; IC 95%: Intervalo de Confiança 95%; p: valor da significância estatística (ANOVA para variáveis com três ou mais categorias; Teste t para variáveis com duas categorias).

A Tabela 23 apresenta o modelo de regressão linear múltipla para a subescala Identidade. Os indivíduos que referiram saber o que é câncer e aqueles que conhecem alguém com a doença referiram um maior número de sintomas na escala.

Tabela 23 - Modelo de regressão linear para a subescala **identidade**. São Paulo, 2011.

Preditores	B	[IC 95%]	B padr	p	r ²
Idade: 18 – 29 anos	6,677	[(-0,169)-(0,967)]	0,051	0,168	0,188
Sabe o que é câncer?: Sim	1,941	[0,874-3,008]	0,132	<0,001	
Conhece alguém com câncer?: Sim	1,008	[0,376-1,800]	0,112	0,003	

B: beta; IC95%: intervalo de confiança de 95%; B padr: beta padronizado; p: significância estatística do preditor; r²: coeficiente de determinação do modelo.

A Tabela 24 apresenta a média da subescala tempo agudo de acordo com as características sociodemográficas e as crenças sobre o câncer.

Tabela 24 - Média, desvio padrão, intervalo de confiança e significância do teste de médias da subescala **tempo agudo** de acordo com as características sociodemográficas e crenças sobre o câncer. São Paulo, 2011.

Variável	Categoria	Média	DP	IC 95%	P
Idade	18 – 29 anos	7,73	1,42	7,60 - 7,86	0,747
	30 – 44 anos	7,78	1,52	7,57 - 7,99	
	≥ 45 anos	7,87	1,49	7,51 - 8,23	
Sexo	Masculino	7,73	1,54	7,56 - 7,90	0,662
	Feminino	7,78	1,38	7,64 - 7,91	
Escolaridade	Ensino Fund./Médio	7,70	1,48	7,56 - 7,83	0,176
	Ensino Superior	7,84	1,41	7,68 - 8,01	
Critério Brasil	A	7,71	1,32	6,95 - 8,48	0,606
	B	7,88	1,44	7,66 - 8,10	
	C	7,70	1,49	7,56 - 7,84	
	D	7,76	1,35	7,51 - 8,02	
Religião	Católica	7,78	1,44	7,62 - 7,94	0,003
	Protestante	7,55	1,52	7,36 - 7,73	
	Outras	8,08	1,23	7,80 - 8,35	
	Ateu ou Agnóstico	8,17	1,32	7,80 - 8,54	
Conhece alguém com câncer	Não	7,75	1,46	7,49 - 8,00	0,815
	Familiar 1º Grau	7,72	1,55	7,36 - 8,09	
	Outros Familiares	7,72	1,44	7,57 - 7,88	
	Amigos/Vizinhos	7,85	1,43	7,64 - 8,06	
Sabe o que é câncer?	Não	7,32	1,51	6,89 - 7,75	0,029
	Sim	7,79	1,45	7,68 - 7,90	
Acha que pode ser prevenido?	Não	8,09	1,44	7,71 - 8,47	0,071
	Sim	7,73	1,45	7,62 - 7,84	

DP: Desvio Padrão; IC 95%: Intervalo de Confiança 95%; p: valor da significância estatística (ANOVA para variáveis com três ou mais categorias; Teste t para variáveis com duas categorias).

Em relação à religião foi observada uma diferença significativa evidenciada pelo teste ANOVA ($p = 0,003$). O teste Tukey Post Hoc indicou diferença significativa entre o grupo Protestante em relação aos indivíduos de outras religiões ($p = 0,023$) e entre que se declararam ateu/agnóstico ($p = 0,022$).

A Tabela 25 apresenta o modelo final da análise de regressão linear múltipla para a subescala tempo agudo. Como pode ser observado, a religião protestante está associada com menor pontuação nesta escala; e o conhecimento sobre o câncer com maior pontuação na escala. O modelo foi estatisticamente significativo e o coeficiente de determinação ajustado por 0,153.

Tabela 25 - Modelo de regressão linear para a subescala **tempo agudo**. São Paulo, 2011.

Preditores	B	[IC 95%]	B padr	p	r ²
Religião: Protestante	-0,320	[(-0,539) – (-0,101)]	-0,106	0,004	0,153
Sabe o que é câncer?:					
Sim	0,440	[0,023 - 0,857]	0,076	0,039	
O câncer pode ser					
prevenido?: Sim	-0,280	[(-0,671) – (0,111)]	-0,052	0,160	
Escolaridade: Ensino					
Superior	0,139	[(-0,076) – (0,355)]	0,047	0,204	

B: beta; IC95%: intervalo de confiança de 95%; B padr: beta padronizado; p: significância estatística do preditor; r²: coeficiente de determinação do modelo.

A Tabela 26 apresenta a média da subescala tempo crônico de acordo com as características sociodemográficas. Nenhuma variável foi associada com a pontuação nesta escala.

Tabela 26 - Média, desvio padrão, intervalo de confiança e significância do teste de médias da subescala **tempo crônico** de acordo com as características sociodemográficas e crenças sobre o câncer. São Paulo, 2011.

Variável	Categoria	Média	DP	IC 95%	p
Idade	18 – 29 anos	8,81	1,70	8,65 - 8,97	0,102
	30 – 44 anos	8,85	1,59	8,63 - 9,07	
	≥ 45 anos	8,37	1,79	7,93 - 8,80	
Sexo	Masculino	8,81	1,73	8,62 - 9,00	0,646
	Feminino	8,75	1,64	8,59 - 8,92	
Escolaridade	Ensino Fund./Médio	8,74	1,68	8,58 - 8,90	0,450
	Ensino Superior	8,84	1,62	8,64 - 9,03	
Critério Brasil	A	8,21	1,18	7,53 - 8,90	0,597
	B	8,75	1,67	8,50 - 9,01	
	C	8,79	1,71	8,63 - 8,95	
	D	8,86	1,64	8,55 - 9,16	
Religião	Católica	8,77	1,78	8,58 - 8,97	0,383
	Protestante	8,89	1,58	8,70 - 9,08	
	Outras	8,59	1,71	8,21 - 8,96	
	Ateu ou Agnóstico	8,55	1,48	8,14 - 8,96	
Conhece alguém com câncer	Não	8,74	1,71	8,45 - 9,04	0,298
	Familiar 1º Grau	9,13	9,13	8,76 - 9,49	
	Outros Familiares	8,77	8,77	8,59 - 8,94	
	Amigos/Vizinhos	8,68	8,68	8,42 - 8,95	
Sabe o que é câncer?	Não	9,14	1,72	8,65 - 9,63	0,117
	Sim	8,75	1,68	8,63 - 8,88	
Acha que pode ser prevenido?	Não	9,02	1,63	8,59 - 9,45	0,264
	Sim	8,76	1,68	8,63 - 8,89	

DP: Desvio Padrão; IC 95%: Intervalo de Confiança 95%; p: valor da significância estatística (ANOVA para variáveis com três ou mais categorias; Teste t para variáveis com duas categorias).

A Tabela 27 apresenta a média da subescala consequências de acordo com as características sociodemográficas.

Tabela 27 - Média, desvio padrão, intervalo de confiança e significância do teste de médias da subescala **consequências** de acordo com as características sociodemográficas e crenças sobre o câncer. São Paulo, 2011.

Variável	Categoria	Média	DP	IC 95%	p
Idade	18 – 29 anos	15,32	2,70	15,06 - 15,57	0,720
	30 – 44 anos	15,50	2,85	15,11 - 15,90	
	≥ 45 anos	15,42	2,87	14,73 - 16,11	
Sexo	Masculino	15,19	2,99	14,86 - 15,51	0,100
	Feminino	15,53	2,55	15,27 - 15,78	
Escolaridade	Ens. Fund./Médio	15,10	2,68	14,85 - 15,35	0,001
	Ensino Superior	15,79	2,82	15,46 - 16,12	
Critério Brasil	A	16,93	2,55	15,45 - 18,40	0,056
	B	15,44	2,70	15,03 - 15,85	
	C	15,41	2,75	15,15 - 15,68	
	D	14,93	2,84	14,40 - 15,46	
Religião	Católica	15,23	2,83	14,92 - 15,53	0,467
	Protestante	15,52	2,54	15,21 - 15,83	
	Outras	15,27	2,85	14,63 - 15,91	
	Ateu ou Agnóstico	15,70	3,19	14,82 - 16,58	
Conhece alguém com câncer	Não	14,60	2,81	14,11 - 15,09	0,002
	Familiar 1º Grau	15,71	2,83	15,04 - 16,37	
	Outros Familiares	15,67	2,51	15,40 - 15,93	
	Amigos/Vizinhos	15,25	3,05	14,80 - 15,70	
Sabe o que é câncer?	Não	14,29	2,85	13,46 - 15,12	0,005
	Sim	15,45	2,74	15,24 - 15,66	
Acha que pode ser prevenido?	Não	15,07	2,78	14,33 - 15,81	0,388
	Sim	15,40	2,76	15,19 - 15,61	

DP: Desvio Padrão; IC 95%: Intervalo de Confiança 95%; p: valor da significância estatística (ANOVA para variáveis com três ou mais categorias; Teste t para variáveis com duas categorias).

Em relação a quem você conhece que tem ou teve câncer foi observada diferença significativa evidenciada pelo teste ANOVA (p 0,002). O teste Tukey Post Hoc indicou diferença significativa entre o grupo não conhece em relação aos familiares de primeiro grau (p 0,032) e outros familiares (p 0,001).

A Tabela 28 apresenta o modelo final da análise de regressão linear múltipla para a subescala consequências. Como pode ser observado a escolaridade, se conhece alguém com câncer e se sabe o que é câncer estão associados com maior pontuação na escala. O modelo foi estatisticamente significativo e o coeficiente de determinação ajustado foi 0,200.

Tabela 28 - Modelo de regressão linear para a subescala **consequências**. São Paulo, 2011.

Preditores	B	[IC 95%]	B padr	p	r ²
Escolaridade:	0,567	[0,154 - 0,980]	0,101	0,007	0,200
Ensino Superior					
Conhece alguém?:	0,728	[0,193 - 1,263]	0,101	0,008	
Sim					
Sabe o que é	0,851	[0,41 - 1,661]	0,077	0,039	
câncer?: Sim					
Sexo	0,221	[(-0,184) – (0,625)]	0,040	0,284	

B: beta; IC95%: intervalo de confiança de 95%; B padr: beta padronizado; p: significância estatística do preditor; r²: coeficiente de determinação do modelo.

A Tabela 29 apresenta a média da subescala controle pessoal de acordo com as características sociodemográficas e crenças sobre o câncer.

Tabela 29 - Média, desvio padrão, intervalo de confiança e significância do teste de médias da subescala **controle pessoal** de acordo com as características sociodemográficas e crenças sobre o câncer. São Paulo, 2011.

Variável	Categoria	Média	DP	IC 95%	P
Idade	18 – 29 anos	10,81	2,24	10,60 - 11,02	0,870
	30 – 44 anos	10,79	2,29	10,48 - 11,11	
	≥ 45 anos	10,65	2,53	10,04 - 11,26	
Sexo	Masculino	10,89	2,40	10,63 - 11,15	0,255
	Feminino	10,70	2,18	10,48 - 10,91	
Escolaridade	Ens. Fund./Médio	10,63	2,31	10,41 - 10,84	0,019
	Ensino Superior	11,03	2,22	10,77 - 11,29	
Critério Brasil	A	10,36	2,09	9,15 - 11,57	0,475
	B	10,99	2,48	10,61 - 11,36	
	C	10,77	2,20	10,56 - 10,97	
	D	10,61	2,33	10,18 - 11,05	
Religião	Católica	10,68	2,37	10,43 - 10,94	0,482
	Protestante	10,81	2,20	10,54 - 11,07	
	Outras	11,13	2,25	10,62 - 11,63	
	Ateu ou Agnóstico	10,83	2,21	10,22 - 11,44	
Conhece alguém com câncer	Não	10,44	2,45	10,01 - 10,87	0,136
	Familiar 1º Grau	11,21	1,81	10,78 - 11,63	
	Outros Familiares	10,80	2,29	10,56 - 11,05	
	Amigos/Vizinhos	10,83	2,31	10,49 - 11,17	
Sabe o que é câncer?	Não	10,16	2,35	9,49 - 10,83	0,045
	Sim	10,83	2,27	10,66 - 11,00	
Acha que pode ser prevenido?	Não	10,00	1,91	9,50 - 10,50	0,006
	Sim	10,85	2,30	10,68 - 11,03	

DP: Desvio Padrão; IC 95%: Intervalo de Confiança 95%; p: valor da significância estatística (ANOVA para variáveis com três ou mais categorias; Teste t para variáveis com duas categorias).

A Tabela 30 apresenta o modelo final da análise de regressão linear múltipla para a subescala controle pessoal. Como pode ser observado a escolaridade e se acha que o câncer pode ser prevenido estão associados com maior pontuação na escala. O modelo foi estatisticamente significativo e o coeficiente de determinação ajustado por 0,163.

Tabela 30 - Modelo de regressão linear para a subescala **controle pessoal**. São Paulo, 2011.

Preditores	B	[IC 95%]	B padr	p	r2
Escolaridade:					
Ensino Superior	0,383	[0,046 - 0,721]	0,082	0,026	0,163
Conhece alguém?:					
Sim	0,323	[(-0,113) – (0,759)]	0,054	0,147	
Sabe o que é					
câncer?: Sim	0,585	[(-0,075) – (1,246)]	0,065	0,082	
Acha que pode ser					
prevenido?: Sim	0,893	[0,284 - 1,502]	0,106	0,004	
B: beta; IC95%: intervalo de confiança de 95%; B padr: beta padronizado; p: significância estatística do preditor; r2: coeficiente de determinação do modelo.					

A Tabela 31 apresenta a média da subescala controle de tratamento de acordo com as características sociodemográficas e crenças sobre o câncer.

Tabela 31 - Média, desvio padrão, intervalo de confiança e significância do teste de médias da subescala **controle de tratamento** de acordo com as características sociodemográficas e crenças sobre o câncer. São Paulo, 2011.

Variável	Categoria	Média	DP	IC 95%	p
Idade	18 – 29 anos	11,27	3,00	10,99 - 11,55	0,239
	30 – 44 anos	10,93	2,00	10,65 - 11,20	
	≥ 45 anos	10,90	2,21	10,37 - 11,43	
Sexo	Masculino	11,27	3,38	10,90 - 11,63	0,214
	Feminino	11,02	1,92	10,83 - 11,21	
Escolaridade	Ens. Fund./Médio	11,25	3,11	10,96 - 11,54	0,139
	Ensino Superior	10,95	1,86	10,74 - 11,17	
Critério Brasil	A	11,07	1,43	10,24 - 11,90	0,867
	B	11,29	1,68	11,03 - 11,54	
	C	11,09	3,13	10,79 - 11,38	
	D	11,09	2,13	10,69 - 11,48	
Religião	Católica	11,18	3,30	10,82 - 11,54	0,768
	Protestante	11,06	2,06	10,81 - 11,31	
	Outras	10,97	2,00	10,53 - 11,42	
	Ateu ou	11,42	1,68	10,95 - 11,88	
	Agnóstico				
Conhece alguém com câncer	Não	11,18	1,77	10,87 - 11,49	0,847
	Familiar 1º Grau	11,38	1,94	10,92 - 11,83	
	Outros Familiares	11,07	3,35	10,71 - 11,42	
	Amigos/Vizinhos	11,13	1,98	10,94 - 11,33	
Sabe o que é câncer?	Não	10,98	1,91	10,44 - 11,52	0,677
	Sim	11,14	2,73	10,94 - 11,35	
Acha que pode ser prevenido?	Não	10,55	1,86	10,06 - 11,04	0,086
	Sim	11,18	2,74	10,98 - 11,39	

DP: Desvio Padrão; IC 95%: Intervalo de Confiança 95%; p: valor da significância estatística (ANOVA para variáveis com três ou mais categorias; Teste t para variáveis com duas categorias).

A Tabela 32 apresenta o modelo final da análise de regressão linear múltipla para a subescala controle do tratamento. Nenhuma característica está associada com a pontuação na escala.

Tabela 32 - Modelo de regressão linear para a subescala **controle do tratamento**. São Paulo, 2011.

Preditores	B	[IC 95%]	B padr	p	r2
Escolaridade:					
Ensino Superior	- 0,291	[(-0,689) – (0,108)]	0,203	0,153	0,083
Acha que pode ser prevenido?: Sim	0,616	[(-0,105) – (1,337)]	0,367	0,094	

B: beta; IC95%: intervalo de confiança de 95%; B padr: beta padronizado; p: significância estatística do preditor; r2: coeficiente de determinação do modelo.

A Tabela 33 apresenta a média da subescala coerência de acordo com as características sociodemográficas e crenças sobre o câncer.

Tabela 33 - Média, desvio padrão, intervalo de confiança e significância do teste de médias da subescala **coerência** de acordo com as características sociodemográficas e crenças sobre o câncer. São Paulo, 2011.

Variável	Categoria	Média	DP	IC 95%	p
Idade	18 – 29 anos	9,28	2,34	9,06 - 9,49	0,759
	30 – 44 anos	9,38	2,37	9,06 - 9,71	
	≥ 45 anos	9,16	2,41	8,58 - 9,74	
Sexo	Masculino	9,26	2,40	9,00 - 9,52	0,703
	Feminino	9,33	2,32	9,10 - 9,56	
Escolaridade	Ens. Fund./Médio	9,51	2,29	9,30 - 9,73	0,003
	Ensino Superior	8,97	2,42	8,69 - 9,25	
Critério Brasil	A	8,79	1,96	7,65 - 9,92	0,034
	B	8,95	2,42	8,58 - 9,31	
	C	9,33	2,26	9,12 - 9,55	
	D	9,75	2,56	9,27 - 10,22	
Religião	Católica	9,35	2,24	9,10 - 9,59	0,301
	Protestante	9,28	2,53	8,97 - 9,58	
	Outras	9,52	1,94	9,08 - 9,96	
	Ateu ou	8,75	2,62	8,03 - 9,48	
	Agnóstico				
Conhece alguém com câncer	Não	9,47	2,20	9,08 - 9,85	0,538
	Familiar 1º Grau	8,97	2,51	8,38 - 9,56	
	Outros Familiares	9,33	2,30	9,09 - 9,58	
	Amigos/Vizinhos	9,26	2,48	8,90 - 9,63	
Sabe o que é câncer?	Não	10,54	2,54	9,82 - 11,26	<0,001
	Sim	9,20	2,31	9,03 - 9,38	
Acha que pode ser prevenido?	Não	9,81	2,18	9,24 - 10,38	0,083
	Sim	9,25	2,36	9,07 - 9,43	

DP: Desvio Padrão; IC 95%: Intervalo de Confiança 95%; p: valor da significância estatística (ANOVA para variáveis com três ou mais categorias; Teste t para variáveis com duas categorias).

Em relação ao Critério Brasil foi observada diferença significativa evidenciada pelo teste ANOVA (p 0,034). O teste Tukey Post Hoc indicou diferença significativa entre o grupo de classe B em relação aos indivíduos da classe D (p 0,026).

A Tabela 34 apresenta o modelo final da análise de regressão linear múltipla para a subescala coerência. Como pode ser observado saber sobre o câncer e escolaridade estão associados com menor pontuação nesta escala. O modelo foi estatisticamente significativo e o coeficiente de determinação ajustado por 0,218.

Tabela 34 - Modelo de regressão linear para a subescala **coerência**. São Paulo, 2011.

Preditores	B	[IC 95%]	B padr	p	r2
Sabe o que é câncer?: Sim	-1,118	[(-1,795) – (-0,441)]	-0,120	0,001	0,218
Escolaridade: Ensino Superior	-0,504	[(-0,847) – (-0,160)]	-0,105	0,004	
Acha que pode ser prevenido?: Sim	-0,414	[(-1,052) – (0,224)]	-0,048	0,203	

B: beta; IC95%: intervalo de confiança de 95%; B padr: beta padronizado; p: significância estatística do preditor; r2: coeficiente de determinação do modelo.

A Tabela 35 apresenta a média da subescala tempo cíclico de acordo com as características sociodemográficas e crenças sobre o câncer.

Tabela 35 - Média, desvio padrão, intervalo de confiança e significância do teste de médias da subescala **tempo cíclico** de acordo com as características sociodemográficas e crenças sobre o câncer. São Paulo, 2011.

Variável	Categoria	Média	DP	IC 95%	p
Idade	18 – 29 anos	10,26	1,88	10,08 - 10,43	0,630
	30 – 44 anos	10,35	2,13	10,06 - 10,64	
	≥ 45 anos	10,09	2,36	9,52 - 10,66	
Sexo	Masculino	10,07	2,15	9,84 - 10,30	0,015
	Feminino	10,43	1,85	10,25 - 10,62	
Escolaridade	Ens. Fund./Médio	10,33	1,99	10,14 - 10,52	0,284
	Ensino Superior	10,17	2,01	9,94 - 10,40	
Critério Brasil	A	9,93	1,49	9,07 - 10,79	0,925
	B	10,24	2,01	9,94 - 10,54	
	C	10,29	1,98	10,10 - 10,47	
	D	10,28	2,14	9,88 - 10,68	
Religião	Católica	10,35	1,94	10,14 - 10,56	0,186
	Protestante	10,10	2,15	9,85 - 10,36	
	Outras	10,58	1,87	10,16 - 11,00	
	Ateu ou Agnóstico	10,08	1,74	9,60 - 10,56	
Conhece alguém com câncer	Não	9,75	2,20	9,37 - 10,14	0,010
	Familiar 1º Grau	10,42	2,10	9,92 - 10,91	
	Outros Familiares	10,33	1,88	10,19 - 10,78	
	Amigos/Vizinhos	10,48	1,99	10,13 - 10,42	
Sabe o que é câncer?	Não	10,22	1,99	9,65 - 10,79	0,864
	Sim	10,27	2,00	10,12 - 10,42	
Acha que pode ser prevenido?	Não	10,64	1,87	10,15 - 11,13	0,143
	Sim	10,24	2,01	10,08 - 10,39	

DP: Desvio Padrão; IC 95%: Intervalo de Confiança 95%; p: valor da significância estatística (ANOVA para variáveis com três ou mais categorias; Teste t para variáveis com duas categorias).

Em relação a quem você conhece que tem ou teve câncer foi observada diferença significativa evidenciada pelo teste ANOVA ($p = 0,010$). O teste Tukey Post Hoc indicou diferença significativa entre o grupo não conhece em relação a outros familiares ($p = 0,028$) e outros/vizinhos ($p = 0,008$).

A Tabela 36 apresenta o modelo final da análise de regressão linear múltipla para a subescala tempo cíclico. Como pode ser observado conhecer alguém que tem ou teve câncer representa maior pontuação na escala. O modelo foi estatisticamente significativo e o coeficiente de determinação ajustado por 0,163.

Tabela 36 - Modelo de regressão linear para a subescala **tempo cíclico**. São Paulo, 2011.

Preditores	B	[IC 95%]	B padr	p	r ²
Conhece alguém?:					
Sim	0,578	[0,194 - 0,962]	0,110	0,003	0,163
Sexo: Feminino	0,261	[(-0,034) – (0,556)]	0,065	0,083	
Acha que pode ser					
prevenido?: Sim	-0,356	[(-0,891) – (0,179)]	-0,048	0,192	
Religião:					
Ateu/Protestantes	-0,281	[(-0,572) – (0,011)]	-0,069	0,059	

B: beta; IC95%: intervalo de confiança de 95%; B padr: beta padronizado; p: significância estatística do preditor; r²: coeficiente de determinação do modelo.

A Tabela 37 apresenta a média da subescala representação emocional de acordo com as características sociodemográficas.

Tabela 37 - Média, desvio padrão, intervalo de confiança e significância do teste de médias da subescala **representação emocional** de acordo com as características sociodemográficas e crenças sobre o câncer. São Paulo, 2011.

Variável	Categoria	Média	DP	IC 95%	p
Idade	18 – 29 anos	15,44	4,52	15,03 - 15,86	0,293
	30 – 44 anos	14,91	4,26	14,32 - 15,50	
	≥ 45 anos	14,90	4,53	13,80 - 15,99	
Sexo	Masculino	14,99	4,40	14,51 - 15,47	0,162
	Feminino	15,45	4,49	15,01 - 15,89	
Escolaridade	Ens. Fund./Médio	15,57	4,46	15,15 - 15,99	0,016
	Ensino Superior	14,76	4,40	14,25 - 15,26	
Critério Brasil	A	13,14	4,34	10,63 - 15,65	0,273
	B	15,46	4,30	14,81 - 16,11	
	C	15,29	4,54	14,86 - 15,72	
	D	15,00	4,34	14,19 - 15,81	
Religião	Católica	15,67	4,31	15,20 - 16,14	0,031
	Protestante	14,79	4,56	14,24 - 15,34	
	Outras	15,65	4,23	14,70 - 16,59	
	Ateu ou Agnóstico	14,28	4,81	12,96 - 15,61	
Conhece alguém com câncer	Não	14,52	4,18	13,79 - 15,24	0,157
	Familiar 1º Grau	15,10	4,56	14,02 - 16,18	
	Outros Familiares	15,55	4,53	15,07 - 16,03	
	Amigos/Vizinhos	15,32	4,37	14,67 - 15,58	
Sabe o que é câncer?	Não	14,77	3,99	13,61 - 15,93	0,449
	Sim	15,28	4,48	14,94 - 15,61	
Acha que pode ser prevenido?	Não	16,26	4,19	15,16 - 17,36	0,070
	Sim	15,15	4,47	14,81 - 15,49	

DP: Desvio Padrão; IC 95%: Intervalo de Confiança 95%; p: valor da significância estatística (ANOVA para variáveis com três ou mais categorias; Teste t para variáveis com duas categorias).

A Tabela 38 apresenta o modelo final da análise de regressão linear múltipla para a subescala representação emocional. Como pode ser observado a escolaridade está associada com menor pontuação nesta escala; e ser católico ou conhecer alguém que tem ou teve câncer, com maior pontuação na escala. O modelo foi estatisticamente significativo e o coeficiente de determinação ajustado por 0,186.

Tabela 38 - Modelo de regressão linear para a subescala **representação emocional**. São Paulo, 2011.

Preditores	B	[IC 95%]	B padr	p	r2
Escolaridade:					
Ensino Superior	-0,850	[(-1,505) – (-0,194)]	-0,093	0,011	0,186
Religião: Católico e outros	0,775	[0,130 -1,421]	0,087	0,019	
Acha que pode ser prevenido?: Sim	-0,757	[(-1,970) – (0,457)]	-0,046	0,222	
Conhece alguém?: Sim	1,139	[0,295 - 1,983]	0,098	0,008	

B: beta; IC95%: intervalo de confiança de 95%; B padr: beta padronizado; p: significância estatística do preditor; r2: coeficiente de determinação do modelo.

A Tabela 39 apresenta a média da subescala causas emocionais de acordo com as características sociodemográficas.

Tabela 39 - Média, desvio padrão, intervalo de confiança e significância do teste de médias da subescala **causas emocionais** de acordo com as características sociodemográficas e crenças sobre o câncer. São Paulo, 2011.

Variável	Categoria	Média	DP	IC 95%	p
Idade	18 – 29 anos	19,71	5,55	19,20 - 20,22	0,375
	30 – 44 anos	19,82	5,22	19,10 - 20,53	
	≥ 45 anos	20,70	5,45	19,38 - 22,01	
Sexo	Masculino	19,25	5,54	18,65 - 19,84	0,008
	Feminino	20,33	5,32	19,80 - 20,85	
Escolaridade	Ens. Fund./Médio	19,14	5,24	18,65 - 19,63	<0,001
	Ensino Superior	20,90	5,59	20,25 - 21,54	
Critério Brasil	A	20,29	4,87	17,47 - 23,10	0,012
	B	21,02	5,65	20,16 - 21,87	
	C	19,50	5,39	18,99 - 20,01	
	D	19,28	5,23	18,31 - 20,25	
Religião	Católica	18,82	5,23	18,25 - 19,38	<0,001
	Protestante	20,88	5,63	20,20 - 21,56	
	Outras	20,73	5,03	19,61 - 21,86	
	Ateu ou Agnóstico	19,58	5,36	18,11 - 21,06	
Conhece alguém com câncer	Não	18,28	4,78	17,45 - 19,12	0,004
	Familiar 1º Grau	20,71	5,70	19,37 - 22,05	
	Outros Familiares	20,11	5,40	19,54 - 20,68	
	Amigos/Vizinhos	10,05	5,74	19,20 - 20,90	
Sabe o que é câncer?	Não	17,24	3,61	16,21 - 18,27	<0,001
	Sim	20,02	5,51	19,61 - 20,44	
Acha que pode ser prevenido?	Não	19,81	4,93	18,51 - 21,11	0,972
	Sim	19,84	5,49	19,42 - 20,25	

DP: Desvio Padrão; IC 95%: Intervalo de Confiança 95%; p: valor da significância estatística (ANOVA para variáveis com três ou mais categorias; Teste t para variáveis com duas categorias).

Em relação ao Critério Brasil foi observada diferença significativa evidenciada pelo teste ANOVA ($p = 0,012$). O teste Tukey Post Hoc indicou diferença significativa entre o grupo de classe B em relação aos indivíduos de classe C ($p = 0,011$) e os de classe D ($p = 0,041$).

Foi realizado teste post-hoc para a variável religião. O teste Tukey Post Hoc indicou diferença significativa entre o grupo Católico em relação aos indivíduos protestantes ($p < 0,001$) e entre que declararam ter outras religiões ($p = 0,023$).

Em relação a quem você conhece que tem ou teve câncer foi observada diferença significativa evidenciada pelo teste ANOVA ($p = 0,004$). O teste Tukey Post Hoc indicou diferença significativa entre o grupo não conhece em relação aos familiares de primeiro grau ($p = 0,013$), a outros familiares ($p = 0,006$), e entre outros/vizinhos ($p = 0,025$).

A Tabela 40 apresenta o modelo final da análise de regressão linear múltipla para a subescala de causas emocionais. Como pode ser observado a escolaridade, saber o que é câncer, pertencer as classes sociais A e B (conforme Critério Brasil), conhecer alguém que tem ou teve câncer e o gênero estão associados com maior pontuação nesta escala. O modelo foi estatisticamente significativo e o coeficiente de determinação ajustado por 0,296.

Tabela 40 - Modelo de regressão linear para a subescala **causas emocionais**. São Paulo, 2011.

Preditores	B	[IC 95%]	B padr	P	r ²
Religião:					
Escolaridade	1,274	[0,465 - 2,083]	0,114	0,002	0,296
Religião: Católico e outros	-1,706	[(-2,471) – (-0,942)]	-0,156	<0,001	
Sabe o que é câncer?: Sim	2,184	[0,657 - 3,711]	0,101	0,005	
Critério Brasil: A e B	1,120	[0,210 - 2,030]	0,089	0,016	
Conhece alguém?:					
Sim	1,199	[0,176 - 2,222]	0,084	0,022	
Sexo: Feminino	0,905	[0,129 - 1,681]	0,083	0,022	

A Tabela 41 apresenta a média da subescala de causas imunológicas de acordo com as características sociodemográficas.

Tabela 41 - Média, desvio padrão, intervalo de confiança e significância do teste de médias da subescala **causas imunológicas** de acordo com as características sociodemográficas e crenças sobre o câncer. São Paulo, 2011.

Variável	Categoria	Média	DP	IC 95%	P
Idade	18 – 29 anos	16,22	3,89	15,86 - 16,58	0,036
	30 – 44 anos	15,50	3,69	14,99 - 16,01	
	≥ 45 anos	16,62	3,84	15,70 - 17,55	
Sexo	Masculino	15,96	3,90	15,54 - 16,39	0,548
	Feminino	16,14	3,79	15,76 - 16,51	
Escolaridade	Ens. Fund./Médio	16,27	3,79	15,91 - 16,62	0,071
	Ensino Superior	15,74	3,91	15,29 - 16,19	
Critério Brasil	A	15,31	4,07	12,85 - 17,77	0,724
	B	15,85	3,90	15,26 - 16,44	
	C	16,16	3,78	15,80 - 16,52	
	D	16,06	3,99	15,32 - 16,80	
Religião	Católica	16,52	3,82	16,11 - 16,93	<0,001
	Protestante	16,08	3,79	15,62 - 16,54	
	Outras	15,16	3,53	14,37 - 15,96	
	Ateu ou Agnóstico	14,42	4,08	13,29 - 15,54	
Conhece alguém com câncer	Não	16,82	3,51	16,21 - 17,43	0,009
	Familiar 1º Grau	15,25	4,09	14,29 - 16,21	
	Outros Familiares	15,77	3,90	15,36 - 16,18	
	Amigos/Vizinhos	16,41	3,78	15,85 - 16,97	
Sabe o que é câncer?	Não	16,32	3,67	15,28 - 17,36	0,618
	Sim	16,04	3,86	15,75 - 16,33	
Acha que pode ser prevenido?	Não	14,76	3,52	13,83 - 15,69	0,007
	Sim	16,17	3,85	15,88 - 16,46	

DP: Desvio Padrão; IC 95%: Intervalo de Confiança 95%; p: valor da significância estatística (ANOVA para variáveis com três ou mais categorias; Teste t para variáveis com duas categorias).

Em relação a faixa etária foi observada diferença significativa evidenciada pelo teste ANOVA ($p = 0,036$). O teste Tukey Post Hoc não mostrou diferenças significativas entre os grupos.

Em relação a religião foi observada diferença significativa evidenciada pelo teste ANOVA ($p < 0,001$). O teste Tukey Post Hoc indicou diferença significativa entre o grupo Católico em relação aos indivíduos que declararam possuir outras religiões ($p = 0,024$) e entre que se declararam ateu/agnóstico ($p = 0,001$).

Em relação a quem você conhece que tem ou teve câncer foi observada diferença significativa evidenciada pelo teste ANOVA ($p = 0,009$). O teste Tukey Post Hoc indicou diferença significativa entre o grupo não conhece em relação aos familiares de primeiro grau ($p = 0,028$) e entre outros familiares ($p = 0,041$).

A Tabela 42 apresenta o modelo final da análise de regressão linear múltipla para a subescala de causas imunológicas. Como pode ser observado ser ateu, conhecer alguém que tem ou teve câncer, e ter entre 30 e 44 anos estão associados com menor pontuação nesta escala; e o achar que o câncer pode ser prevenido com maior pontuação na escala. O modelo foi estatisticamente significativo e o coeficiente de determinação ajustado por 0,206.

Tabela 42 - Modelo de regressão linear para a subescala **causas imunológicas**. São Paulo, 2011.

Preditores	B	[IC 95%]	B padr	p	r ²
Religião: Ateu	-1,685	[(-2,752) – (-0,618)]	-0,114	0,002	0,206
Conhece alguém?:					
Sim	-0,828	[(-1,554) – (-0,103)]	-0,083	0,025	
Acha que pode ser					
prevenido?: Sim	1,374	[0,353 - 2,395]	0,097	0,008	
Escolaridade:					
Ensino Superior	-0,384	[(-0,951) – (0,183)]	-0,049	0,184	
Idade: 30 e 44 anos	-0,796	[(-1,413) – (-0,179)]	-0,093	0,012	

A Tabela 43 apresenta a média da subescala de causas hábitos 1 de acordo com as características sociodemográficas.

Tabela 43 - Média, desvio padrão, intervalo de confiança e significância do teste de médias da subescala **causas hábitos 1** de acordo com as características sociodemográficas e crenças sobre o câncer. São Paulo, 2011.

Variável	Categoria	Média	DP	IC 95%	P
Idade	18 – 29 anos	16,35	2,36	16,13 - 16,57	0,320
	30 – 44 anos	16,54	2,55	16,19 - 16,89	
	≥ 45 anos	16,04	2,55	15,43 - 16,66	
Sexo	Masculino	16,38	2,54	16,11 - 16,66	0,891
	Feminino	16,36	2,35	16,13 - 16,59	
Escolaridade	Ens. Fund./Médio	16,27	2,37	16,05 - 16,50	0,190
	Ensino Superior	16,52	2,53	16,22 - 16,81	
Critério Brasil	A	16,46	2,69	14,83 - 18,09	0,193
	B	16,44	2,52	16,06 - 16,82	
	C	16,46	2,37	16,23 - 16,68	
	D	15,91	2,54	15,44 - 16,38	
Religião	Católica	16,29	2,47	16,02 - 16,56	0,707
	Protestante	16,38	2,46	16,08 - 16,67	
	Outras	16,65	2,24	16,14 - 17,15	
	Ateu ou Agnóstico	16,42	2,46	15,73 - 17,10	
Conhece alguém com câncer	Não	15,68	2,50	15,25 - 16,12	0,002
	Familiar 1º Grau	16,93	2,03	16,45 - 17,41	
	Outros Familiares	16,48	2,41	16,23 - 16,74	
	Amigos/Vizinhos	16,44	2,52	16,07 - 16,81	
Sabe o que é câncer?	Não	15,72	2,09	15,13 - 16,31	0,052
	Sim	16,42	2,46	16,23 - 16,60	
Acha que pode ser prevenido?	Não	15,43	2,54	14,76 - 16,10	0,002
	Sim	16,45	2,41	16,27 - 16,63	

DP: Desvio Padrão; IC 95%: Intervalo de Confiança 95%; p: valor da significância estatística (ANOVA para variáveis com três ou mais categorias; Teste t para variáveis com duas categorias).

Em relação a quem você conhece que tem ou teve câncer foi observada diferença significativa evidenciada pelo teste ANOVA (p 0,002). O teste Tukey Post Hoc indicou diferença significativa entre o grupo não conhece em relação aos familiares de primeiro grau (p 0,003), outros familiares (p 0,008) e entre outros/vizinhos (p 0,035).

A Tabela 44 apresenta o modelo final da análise de regressão linear múltipla para a subescala de Causas Hábitos 1. Como pode ser observado conhecer alguém que tem ou teve câncer e achar que o câncer pode ser prevenido estão associados com maior pontuação na escala. O modelo foi estatisticamente significativo e o coeficiente de determinação ajustado por 0,198.

Tabela 44 - Modelo de regressão linear para subescala **causas hábitos 1**. São Paulo, 2011.

Preditores	B	[IC 95%]	B padr	P	r ²
Conhece alguém?:					
Sim	0,723	[0,259 - 1,187]	0,113	0,002	0,198
Acha que pode ser prevenido?:					
Sim	1,049	[0,402 - 1,695]	0,116	0,002	
Sabe o que é câncer?:					
Sim	0,537	[(-0,165) – (1,239)]	0,056	0,133	
Critério Brasil: D	0,463	[(-0,023) – (0,949)]	0,069	0,062	
Escolaridade:					
Ensino Superior	0,163	[(-0,198) – (0,524)]	0,033	0,375	

B: beta; IC95%: intervalo de confiança de 95%; B padr: beta padronizado; p: significância estatística do preditor; r²: coeficiente de determinação do modelo.

A Tabela 45 apresenta a média da subescala de causas hábitos 2 de acordo com as características sociodemográficas.

Tabela 45 - Média, desvio padrão, intervalo de confiança e significância do teste de médias da subescala **causas hábitos 2** de acordo com as características sociodemográficas e crenças sobre o câncer. São Paulo, 2011.

Variável	Categoria	Média	DP	IC 95%	p
Idade	18 – 29 anos	9,83	2,11	9,64 - 10,03	0,002
	30 – 44 anos	9,40	2,14	9,11 - 9,70	
	≥ 45 anos	8,97	2,24	8,43 - 9,51	
Sexo	Masculino	9,88	2,11	9,65 - 10,11	0,004
	Feminino	9,42	2,16	9,20 - 9,63	
Escolaridade	Ens. Fund./Médio	9,44	2,09	9,25 - 9,64	0,004
	Ensino Superior	9,91	2,21	9,65 - 10,17	
Critério Brasil	A	10,57	1,65	9,62 - 11,52	0,102
	B	9,83	2,10	9,51 - 10,15	
	C	9,49	2,19	9,28 - 9,70	
	D	9,73	2,08	9,34 - 10,12	
Religião	Católica	9,52	2,14	9,29 - 9,75	0,091
	Protestante	9,68	2,18	9,42 - 9,95	
	Outras	9,44	2,09	8,97 - 9,91	
	Ateu ou Agnóstico	10,28	2,04	9,72 - 10,85	
Conhece alguém com câncer	Não	9,45	2,16	9,08 - 9,83	0,308
	Familiar 1º Grau	9,38	2,14	8,87 - 9,88	
	Outros Familiares	9,78	2,08	9,56 - 10,00	
	Amigos/Vizinhos	9,58	2,28	9,25 - 9,92	
Sabe o que é câncer?	Não	8,30	1,85	7,77 - 8,83	<0,001
	Sim	9,73	2,14	9,56 - 9,89	
Acha que pode ser prevenido?	Não	9,31	2,04	8,77 - 9,85	0,242
	Sim	9,66	2,16	9,49 - 9,82	

DP: Desvio Padrão; IC 95%: Intervalo de Confiança 95%; p: valor da significância estatística (ANOVA para variáveis com três ou mais categorias; Teste t para variáveis com duas categorias).

Em relação à faixa etária foi observada diferença significativa evidenciada pelo teste ANOVA (p 0,002). O teste Tukey Post Hoc indicou diferença significativa entre o grupo de 18-29 anos em relação aos indivíduos de 30-44 anos (p 0,045) e os com 45 anos ou mais (p 0,005).

A Tabela 46 apresenta o modelo final da análise de regressão linear múltipla para a subescala de causas: Hábitos 2. Como pode ser observado ter 45 anos ou mais e o gênero estão associados com menor pontuação nesta escala; e ter conhecimento sobre o que é câncer e a escolaridade com maior pontuação na escala. O modelo foi estatisticamente significativo e o coeficiente de determinação ajustado por 0,253.

Tabela 46 - Modelo de regressão linear para a subescala **causas hábitos 2**. São Paulo, 2011.

Preditores	B	[IC 95%]	B padr	P	r2
Sabe o que é					
câncer?: Sim	1,367	[0,759 - 1,975]	0,160	<0,001	0,253
Idade: 45 ou mais	-0,618	[(-1,143) – (-0,092)]	-0,084	0,021	
Escolaridade:					
Ensino Superior	0,358	[0,040 - 0,676]	0,081	0,027	
Sexo: Feminino	-0,493	[(-0,801) – (-0,185)]	-0,114	0,002	
Religião: Ateu	0,532	[(-0,064) – (1,128)]	0,064	0,080	

B: beta; IC 95%: intervalo de confiança de 95%; B padr: beta padronizado; p: significância estatística do preditor; r2: coeficiente de determinação do modelo.

A Tabela 47 apresenta a média da subescala de causas existenciais de acordo com as características sociodemográficas.

Tabela 47 - Média, desvio padrão, intervalo de confiança e significância do teste de médias da subescala **causas existenciais** de acordo com as características sociodemográficas e crenças sobre o câncer. São Paulo, 2011.

Variável	Categoria	Média	DP	IC 95%	P
Idade	18 – 29 anos	4,44	1,84	4,27 - 4,61	0,068
	30 – 44 anos	4,29	1,87	4,04 - 4,55	
	≥ 45 anos	3,90	1,73	3,48 - 4,31	
Sexo	Masculino	4,22	1,79	4,03 - 4,42	0,090
	Feminino	4,45	1,88	4,27 - 4,64	
Escolaridade	Ens. Fund./Médio	4,37	1,75	4,20 - 4,53	0,769
	Ensino Superior	4,32	1,98	4,10 - 4,55	
Critério Brasil	A	4,79	1,71	3,79 - 5,78	0,699
	B	4,28	1,98	3,98 - 4,58	
	C	4,33	1,83	4,16 - 4,51	
	D	4,46	1,68	4,14 - 4,77	
Religião	Católica	4,29	1,77	4,09 - 4,48	0,022
	Protestante	4,42	1,87	4,20 - 4,65	
	Outras	4,75	1,91	4,32 - 5,18	
	Ateu ou Agnóstico	3,77	1,90	3,25 - 4,30	
Conhece alguém com câncer	Não	4,38	1,81	4,07 - 4,70	0,818
	Familiar 1º Grau	4,43	1,99	3,96 - 4,90	
	Outros Familiares	4,37	1,87	4,17 - 4,57	
	Amigos/Vizinhos	4,23	1,75	3,98 - 4,49	
Sabe o que é câncer?	Não	4,28	1,81	3,76 - 4,80	0,785
	Sim	4,35	1,84	4,21 - 4,49	
Acha que pode ser prevenido?	Não	4,62	2,19	4,04 - 5,20	0,243
	Sim	4,33	1,81	4,19 - 4,46	

DP: Desvio Padrão; IC 95%: Intervalo de Confiança 95%; p: valor da significância estatística (ANOVA para variáveis com três ou mais categorias; Teste t para variáveis com duas categorias).

Em relação à religião foi observada diferença significativa evidenciada pelo teste ANOVA ($p = 0,022$). O teste Tukey Post Hoc indicou diferença significativa entre o grupo Ateu/Agnóstico e aqueles declararam ter outras religiões ($p = 0,016$).

A Tabela 48 apresenta o modelo final da análise de regressão linear múltipla para a subescala de causas existenciais. Como pode ser observado ter 45 anos ou mais e ser ateu estão associados com menor pontuação nesta escala. O modelo foi estatisticamente significativo e o coeficiente de determinação ajustado por 0,132.

Tabela 48 - Modelo de regressão linear para a subescala **causas existenciais**. São Paulo, 2011.

Preditores	B	[IC 95%]	B padr	P	r ²
Idade: 45 ou mais	-0,530	[(-0,988) – (-0,072)]	-0,084	0,023	0,132
Religião: Ateu	-0,636	[(-1,155) – (-0,117)]	-0,089	0,016	
Sexo: Feminino	0,178	[(-0,092) – (0,448)]	0,048	0,195	

B: beta; IC 95%: intervalo de confiança de 95%; B padr: beta padronizado; p: significância estatística do preditor; r²: coeficiente de determinação do modelo.

A Tabela 49 apresenta a média da subescala de causas físicas de acordo com as características sociodemográficas.

Tabela 49 - Média, desvio padrão, intervalo de confiança e significância do teste de médias da subescala **causas físicas** de acordo com as características sociodemográficas e crenças sobre o câncer. São Paulo, 2011.

Variável	Categoria	Média	DP	IC 95%	p
Idade	18 – 29 anos	5,73	2,16	5,53 - 5,93	0,257
	30 – 44 anos	5,89	2,19	5,59 - 6,19	
	≥ 45 anos	6,16	2,33	5,60 - 6,72	
Sexo	Masculino	6,38	2,42	6,11 - 6,64	<0,001
	Feminino	5,35	1,84	5,16 - 5,53	
Escolaridade	Ens. Fund./Médio	5,67	2,00	5,49 - 5,86	0,031
	Ensino Superior	6,03	2,44	5,75 - 6,31	
Critério Brasil	A	7,93	2,55	6,45 - 9,40	<0,001
	B	6,62	2,50	6,24 - 7,00	
	C	5,56	2,03	5,37 - 5,75	
	D	5,32	1,73	5,00 - 5,65	
Religião	Católica	5,99	2,22	5,75 - 6,23	<0,001
	Protestante	5,81	2,16	5,55 - 6,07	
	Outras	4,87	1,36	4,57 - 5,18	
	Ateu ou Agnóstico	6,13	2,76	5,37 - 6,89	
Conhece alguém com câncer	Não	5,78	2,03	5,42 - 6,13	<0,001
	Familiar 1º Grau	6,18	2,50	5,59 - 6,77	
	Outros Familiares	6,12	2,30	5,88 - 6,36	
	Amigos/Vizinhos	5,11	1,76	4,85 - 5,37	
Sabe o que é câncer?	Não	5,84	2,18	5,22 - 6,46	0,934
	Sim	5,81	2,19	5,65 - 5,98	
Acha que pode ser prevenido?	Não	5,19	1,96	4,67 - 5,71	0,023
	Sim	5,87	2,20	5,70 - 6,04	

DP: Desvio Padrão; IC 95%: Intervalo de Confiança 95%; p: valor da significância estatística (ANOVA para variáveis com três ou mais categorias; Teste t para variáveis com duas categorias).

Em relação ao Critério Brasil foi observada diferença significativa evidenciada pelo teste ANOVA ($p < 0,001$). O teste Tukey Post Hoc indicou diferença significativa entre os grupos de classe A em relação aos indivíduos de classes C ($p < 0,001$) e os de classe D ($p < 0,001$); de classe B em relação aos indivíduos de classes C ($p < 0,001$) e os de classe D ($p < 0,001$).

Em relação à religião foi observada diferença significativa evidenciada pelo teste ANOVA ($p < 0,001$). O teste Tukey Post Hoc indicou diferença significativa entre o grupo Católico em relação aos indivíduos de outras religiões ($p < 0,001$); e entre o grupo Protestante em relação aos indivíduos de outras religiões ($p 0,004$); e entre o grupo Outras religiões em relação aos indivíduos que se declararam Ateu/agnóstico ($p 0,006$).

Em relação a quem você conhece que tem ou teve câncer foi observada diferença significativa evidenciada pelo teste ANOVA ($p < 0,001$). O teste Tukey Post Hoc indicou diferença significativa entre o grupo não conhece em relação a outros/vizinhos ($p 0,037$); e entre o grupo familiares de primeiro grau em relação a outros vizinhos ($p 0,002$).

A Tabela 50 apresenta o modelo final da análise de regressão linear múltipla para a subescala de causas físicas. Como pode ser observado a religião outros e o gênero estão associados com menor pontuação nesta escala; e achar que o câncer pode ser prevenido com maior pontuação na escala. O modelo foi estatisticamente significativo e o coeficiente de determinação ajustado por 0,312.

Tabela 50 - Modelo de regressão linear para a subescala **causas físicas**. São Paulo, 2011.

Preditores	B	[IC 95%]	B padr	p	r ²
Conhece alguém?:					
Sim	0,230	[(-0,174) – (0,634)]	0,040	0,264	0,312
Religião: Outras	-0,840	[(-1,333) – (-0,347)]	-0,119	0,001	
Escolaridade: Ensino					
Superior	0,229	[(-0,087) – (0,546)]	0,051	0,155	
Sexo: Feminino	-0,986	[(-1,298) – (-0,674)]	-0,224	<0,001	
Acha que pode ser prevenido?: Sim	0,574	[0,011 - 1,137]	0,071	0,046	

A Tabela 51 apresenta as características sociodemográficas e a pergunta “Você se sente informado sobre o câncer?”, apenas a variável “Sabe sobre o câncer?” estava associada com a questão.

Tabela 51 - Características sociodemográficas e crença sobre a informação sobre o câncer. São Paulo, 2011.

		Você se sente informado sobre o câncer?					
Variável	Categoria	Não		Sim		Total	P
		N	%	N	%		
Idade	18-29 anos	349	76,8	105	23,2	454	0,151
	30-44 anos	151	72,2	58	27,8	209	
	45 anos	49	71,0	20	29,0	69	
Sexo	Masculino	242	72,5	92	27,5	334	0,145
	Feminino	307	77,1	91	22,9	398	
Escolaridade	E. Fund/Médio	335	75,8	107	24,2	442	0,541
	Ens. Superior	214	73,8	76	26,2	290	
Critério Brasil	A	9	64,3	5	35,7	14	0,173
	B	123	71,9	48	28,1	171	
	C	329	76,0	104	24,0	433	
	D	88	77,2	26	22,8	114	
Religião	Católica	258	77,9	73	22,1	331	0,420
	Protestante	190	70,6	79	29,4	269	
	Outras	62	78,5	17	21,5	79	
	Ateu/agnóstico	39	73,6	14	26,4	53	
Conhece alguém? *	Não conhece	108	82,4	23	17,6	131	0,710
	Familiar 1º Grau	46	63,9	26	36,1	72	
	Outros Familiares	252	72,6	95	27,4	347	
	Amigo/Vizinhos	142	78,9	38	21,1	180	
Sabe o que é câncer?	Não	45	90,0	5	10,0	50	0,011
	Sim	504	73,9	178	26,1	682	
Pode ser prevenido?	Não	46	79,3	12	20,7	58	0,430
	Sim	503	74,6	171	25,4	674	

*Dois indivíduos não indicaram nenhum conhecido, por isso a soma é 730.

A Tabela 52 apresenta as características sociodemográficas e a questão “Você se previne contra o câncer?”

Tabela 52 - Características sociodemográficas e crença sobre a prevenção do câncer São Paulo, 2011.

Você se previne contra o câncer?							
Variável	Categoria	Não		Sim		Total	P
		N	%	N	%		
Idade	18-29 anos	138	30,5	316	69,5	454	0,001
	30-44 anos	50	23,9	159	76,1	209	
	45 anos	8	11,6	61	88,4	69	
Sexo	Masculino	119	35,6	215	64,4	334	< 0,001
	Feminino	77	19,3	321	80,7	398	
Escolaridade	E. Fund/Médio	119	26,9	323	73,1	442	0,912
	Ens.Superior	77	26,6	213	73,4	290	
Critério Brasil	A	4	28,6	10	71,4	14	0,402
	B	52	30,4	119	69,6	171	
	C	96	22,2	337	77,8	433	
	D	44	38,6	70	61,4	114	
Religião	Católica	85	25,7	246	74,3	331	0,005
	Protestante	63	23,4	206	76,6	269	
	Outras	20	25,3	59	74,7	79	
	Ateu/agnóstico	28	52,8	25	47,2	53	
Conhece alguém? *	Não conhece	50	38,2	81	61,8	131	0,002
	Familiar 1 ° Grau	19	26,4	53	73,6	72	
	Outros Familiares	86	24,8	261	75,2	347	
	Amigo/Vizinhos	41	22,8	139	77,2	180	
Sabe o que é câncer?	Não	27	54,0	23	46,0	50	< 0,001
	Sim	169	24,8	513	75,2	682	
Pode ser prevenido?	Não	35	60,3	23	39,7	58	< 0,001
	Sim	161	23,9	513	76,1	674	

*Dois indivíduos não indicaram nenhum conhecido, por isso a soma é 730.

A Tabela 53 apresenta a média das escalas do IPQ-RH de acordo com a questão “Você se previne contra o câncer?”.

Tabela 53 - Média das escalas do IPQ-RH de acordo com a pergunta “Você se previne contra o câncer?”. São Paulo, 2011.

Subescala	Você se previne?		P
	Não	Sim	
Identidade	9,07	9,94	0,005
Tempo agudo	7,87	7,71	0,211
Tempo crônico	8,97	8,71	0,061
Consequências	15,33	15,39	0,798
Coerência	9,85	9,09	<0,001
Tempo cíclico	10,39	10,22	0,032
Representação emocional	15,89	15,00	0,017
Causas Emocionais	19,55	19,44	0,395
Causas Imunológicas	15,65	16,21	0,081
Causas Hábitos 1	16,07	16,48	0,043
Causas Hábitos 2	9,63	9,63	0,971
Causas Existenciais	4,42	4,35	0,508
Causas Físicas	5,97	5,76	0,235

A Tabela 54 apresenta o modelo de regressão logística múltipla para a questão “Você se previne?”, o modelo foi estatisticamente significativo ($p < 0,001$), o R ajustado foi 0,223, e o teste de Homer e Lemeshow não foi estatisticamente significativo ($p = 0,759$).

Foram associados a realização de prevenção idade, sexo, religião, crença na prevenção do câncer, conhecimento sobre a doença e as subescalas identidade, coerência e representação emocional.

Tabela 54 - Modelo de regressão logística múltipla para a questão “Você se previne contra o câncer?: Sim”. São Paulo, 2011.

Variável	OR	IC 95% OR	P
Idade: 29 ou mais	1,744	1,180-2,688	0,006
Até 29 anos	1,0 (Ref)		
Sexo: Feminino	2,585	1,784-3,745	<0,001
Masculino	1,0 (Ref)		
Religião: Católica, Protestante ou Outras	2,939	1,558-5,546	0,001
Ateu	1,0 (Ref)		
Sabe o que é câncer: Sim	3,465	1,796-6,683	<0,001
Não	1,0 (Ref)		
Acha que o câncer pode ser prevenido: Sim	4,948	2,694-9,089	<0,001
Não	1,0 (Ref)		
Subescala Identidade	1,005	1,003-1,108	0,036
Subescala Coerência	0,891	0,882-0,967	0,006
Subescala Representação Emocional	0,957	0,917-0,999	0,047

DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

Não há consenso entre a população sobre a importância da adoção de hábitos saudáveis para a prevenção do câncer. Este foi o conflito que motivou o desenho desta pesquisa. Como jornalista especializada em oncologia, percebi a necessidade de trabalhar a informação sobre prevenção do câncer para o público leigo de forma simples, e inserida no contexto de suas realidades. Entendi que, se o câncer é passivo de prevenção, é preciso quebrar a barreira que impede a população de adotar novos e saudáveis hábitos de vida.

Para aplicação deste processo será preciso ultrapassar três barreiras, duas que dependem de estratégias bem delineadas de atuação com a população: a da distância (levando a informação da importância da prevenção e do diagnóstico precoce por meio de ações e intervenções de difusão); e a da informação (traduzindo para a realidade de cada comunidade conteúdos sobre a biologia do câncer e os mecanismos de prevenção). A terceira é fruto dos resultados das duas anteriores e depende da reação da população: a da atitude (de obter conhecimento sobre a doença, buscando alternativas para prevenir e detectar precocemente).

Desta forma, os resultados desta pesquisa propõem ilustrar a percepção sobre o câncer entre indivíduos saudáveis do Município de São Paulo. A ideia é entender como a população se relaciona com o tema, identificar suas expectativas e necessidades em relação ao câncer e, a partir

dos resultados, desenhar que tipo de ações e intervenções podem ser propostas.

E, a ideia de que o imaginário social da população em relação ao câncer é cercado de crenças e de que as pessoas não compreendem claramente o que é, como se desenvolve, os principais fatores de risco associados ao câncer, e que é possível preveni-lo foi claramente demonstrada nesta pesquisa.

A composição da amostra – colaboradores de empresas privadas e públicas, alocados em diferentes regiões da cidade, em especial em bairros da periferia, das áreas de escritório e linha de produção, na fábrica – enriqueceu o perfil social da pesquisa. A adesão espontânea foi excelente; mesmo quando a aplicação dos questionários foi realizada nos turnos de madrugada, entre 5h45 e 6h00, (Figura 1). Nas rodas de conversas, era possível identificar dúvidas e esclarecimentos populares sobre causas, sintomas, além de histórias vividas por eles, relacionadas com o câncer. Estava estabelecido o apelo social do tema.



Figura 1 - Colaboradores da ThyssenKrupp respondendo o questionário na troca de turno de trabalho. São Paulo, 2011.

Homens e mulheres participaram com o mesmo entusiasmo da pesquisa. Das 732 entrevistas válidas, 65% são jovens -- entre 18 e 30 anos, 54% do sexo feminino e 60% cursou até o ensino médio. De acordo com o Critério Brasil 59% pertence à classe C e 45% é católico. Estes resultados não refletem o conhecimento real destas pessoas sobre o câncer; mas a percepção, crenças e atitudes que declaram ter sobre a doença e assuntos que a envolvem (VOGT e POLINO 2003).

Para determinar quais itens do IPQ-RH representam melhor cada uma das dimensões, as análises foram divididas em análises do IPQ-RH e de causas (FIGUEIRAS e ALVES 2007). Esta divisão foi mantida para a

validação da pesquisa com uma amostra da população do Município de São Paulo, e a primeira etapa dos objetivos: a de validação do instrumento, realizada por meio da análise fatorial.

No instrumento original, os 26 itens que representam as dimensões do IPQ-RH produziram uma solução de 7 fatores: linha do tempo (agudo/crônico), tempo cíclico, consequências, controle pessoal, controle de tratamento, coerência de doença e representação emocional; estrutura mantida nesta aplicação, exceto por conta das questões 1 a 5, que se dividiram em dois fatores: de tempo agudo (Q1: o câncer dura pouco tempo, Q4: o câncer passa depressa); e de tempo crônico (Q2: o câncer é uma doença mais permanente do que temporária, Q3: o câncer dura muito tempo, Q5: acho que o câncer dura para o resto da vida), este último a única solução com Alfa de Cronbach abaixo do recomendado para comparação entre grupos (0,54).

Desta forma, foi observado que restam dúvidas, para esta população do estudo, sobre o tempo de duração do câncer. Talvez este fator esteja relacionado as crenças e morbidade que envolvem a doença, ao sentimento de impotência diante do diagnóstico e, sobretudo, à falta de clareza em relação à eficácia da prevenção, contribuindo com as referências negativas em relação ao tempo de duração do câncer.

Em uma análise de estudos qualitativos, WALTER et al. (2004) indica que a percepção do risco de uma doença é influenciada pelas experiências com a doença na família, e quanto mais complexa e mais intensa é a trajetória da doença, maior a importância da história familiar na percepção

de risco. Apesar de não termos avaliado percepção de risco neste estudo, uma relação parecida foi observada: 82% da amostra que declarou conhecer alguém que tem ou teve câncer apresentou uma percepção diferente em relação à doença. Vivenciar a experiência do câncer, ainda que distante, parece ser um facilitador no reconhecimento de questões que a envolvem, e conseqüentemente, uma forma diferente de lidar com o câncer, independente de ser paciente, cuidador, familiar ou um conhecido.

No instrumento original, a escala de causas (composta por 18 itens) mostrou associações significativas com todas as dimensões do IPQ-RH, exceto com a representação emocional. A versão adaptada para a população paulistana é composta por 26 causas, que foram agrupadas em seis fatores. Aqui, as correlações satisfatórias ($\alpha > 0,80$) estão atreladas às causas emocionais (problemas emocionais; atitude mental; estresse; excesso de trabalho; o próprio comportamento e personalidade) e existenciais (desígnio de Deus e destino). Variáveis como peso e alimentação (causas hábitos de vida 2), e falta de atividade física e envelhecimento (causas físicas) não apresentaram correlações satisfatórias.

Destas 26 causas relacionadas, a única que não se confirmou como associada a nenhum dos seis fatores, foi a hereditariedade. Esta diferença pode ser atribuída ao fato de hereditariedade ser uma causa que não é passiva de controle pessoal – diferente das causas emocionais e existenciais, que podem ser escolhidas e, de alguma forma, controladas.

Na etapa de validade concorrente foram calculados os coeficientes de correlação de Pearson, e comparados com o instrumento original. As

correlações observadas de forma repetida nos dois estudos, embora com alfas diferentes, foram: escala de identidade, correlação com o tempo cíclico, indicando que quanto mais sintomas relacionados, mais incerta é a percepção sobre o tempo da doença (IPQ 19 - os sintomas do câncer vêm e vão em ciclos; IPQ 20 - o câncer é muito imprevisível; IPQ 21 - o câncer passa por fases em que melhora ou piora); e escala de coerência, correlação com representação emocional (IPQ 22 - fico deprimido quando penso sobre o câncer; IPQ 23 - quando penso sobre o câncer fico perturbado; IPQ 24 se eu tivesse câncer, me sentiria zangado; IPQ 25 - fico ansioso quando penso sobre o câncer; IPQ 26 - o câncer me faz sentir medo), indicando que representações emocionais mais negativas foram associadas com uma menor compreensão sobre a doença.

O cruzamento dos dados de percepção de câncer com a experiência com a doença mostrou que os indivíduos que declararam saber o que é câncer e conhecer alguém com a doença referiram pontuações maiores nas escalas de sintomas. Quando comparado com o original, os participantes do questionário sobre câncer de pele apresentaram mais sintomas relacionados com a doença. Saber o que é câncer e/ou conhecer alguém foi diferencial também nas escalas de consequências, coerência, tempo cíclico, e de representação emocional do câncer (FIGUEIRAS e ALVES 2007).

A escala de representação emocional está relacionada com os componentes cognitivos das representações de doença. Medi-la num instrumento com pessoas saudáveis permite identificar como o modo de pensar desses indivíduos é relacionado com comportamentos de saúde

(FIGUEIRAS e ALVES 2007). Nesta aplicação, a representação emocional obteve maior pontuação entre os católicos e entre indivíduos com baixos índices de escolaridade, a última, uma condição que podemos sugerir como bastante comum na observação da prática clínica. Já os protestantes veem a doença com tempo mais curto, quando comparado com indivíduos de outras religiões. Consequências, tempo crônico e cíclico foram positivamente correlacionadas com representações emocionais. Entretanto, a escala foi negativamente associada com a dimensão de coerência, que permite avaliar melhor o significado geral da doença, resultados alinhados com os encontrados no instrumento original.

A baixa escolaridade dos respondentes também está associada à menor pontuação na escala de coerência. Por outro lado, a escolaridade se mostrou um fator associado a pontuações maiores nas escalas de consequências e controle pessoal da doença. No instrumento original, as escalas de controle pessoal e de tratamento foram negativamente associadas com a representação emocional, consequências e tempo crônico. Achar que o câncer pode ser prevenido é outra variável que está associada com maior pontuação na escala de controle pessoal da doença.

Variáveis como gênero (feminino) e Critério Brasil (pertencer às classes sociais A e B) foram associadas com maior pontuação na escala de causas emocionais. Isso pode ser explicado, por exemplo, pelo fato de a percepção de saúde das mulheres ser influenciada por sua experiência pessoal e, também, pela de outros à sua volta. Como assumem, tradicionalmente, o papel de cuidadoras elas mantêm mais contato com as

experiências dos familiares, e reagem de forma diferente da dos homens (BENYAMINI et al. 2000; KOOPMANS e LAMERS 2007). Ainda na escala de causas emocionais, saber o que é câncer, conhecer alguém com a doença e a escolaridade também apresentaram fatores associados com pontuações mais altas na escala.

Foi observado que apesar de mais de 90% dos entrevistados ter declarado saber o que é, e achar que o câncer pode ser prevenido, apenas 73% diz se prevenir contra a doença. Quando questionados sobre a forma preferida de prevenção, em uma questão aberta (De que forma se previne contra o câncer?), ir ao médico foi citado por 40% dos entrevistados. Entretanto, 22,5% da amostra declarou não saber/não fazer/ não acreditar/ saber, mas não fazer prevenção.

A partir dos dados observados podemos sugerir que ficam ressaltadas: 1) a falta de clareza, para esta população, da diferença entre a prevenção que depende da atitude e adoção de hábitos saudáveis (primária) da realizada por meio de consultas com especialistas e exames médicos (secundária); 2) da incongruência entre reconhecer que o câncer pode ser prevenido, mas não fazer prevenção.

Um dos fatores de risco altamente associado ao câncer é o sedentarismo. Apesar de as pesquisas do Vigitel – inquérito telefônico entre adultos residentes das capitais brasileiras 2006 e 2009 – sugerirem que melhoraram os níveis de atividade física, ainda é baixo o percentual de adultos que realizam o nível mínimo recomendado de trinta minutos de

atividade física durante o período de lazer, pelo menos cinco dias por semana (MS - VIGITEL 2011).

Embora o Brasil não possua inquéritos nacionais sobre padrões dietéticos, pesquisas sobre compras de alimentos pelas famílias realizadas em áreas metropolitanas do Brasil entre 1970 e 2000, sugeriram que houve uma redução no consumo de alimentos básicos como arroz, feijão e hortaliças, e aumento (de até 400%) de alimentos processados, como bolachas, salgadinhos, refrigerantes, carnes processadas e pratos prontos (LEVY et al 2009). A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) até promulgou em 2010 uma resolução que regulamenta a propaganda de alimentos ricos em açúcar, sal ou gorduras não saudáveis, mas, outras providências que aumentem o acesso da população a alimentos saudáveis e desencorajem o consumo de processados, precisam ser tomadas, conforme recomendação da *Global Strategy for Diet, Physical Activity, and Health* (WHO 2004)

Uma pesquisa de opinião, realizada pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), em 2007, com 2002 entrevistados de todas as regiões metropolitanas do Brasil mostrou que 63,3% da amostra acredita que alimentação inadequada pode causar câncer. O estudo de percepção de câncer coincide com esta pesquisa. Nesse estudo, 63,6% dos entrevistados também acham que a alimentação é uma causa relacionada com o câncer. Entretanto, na questão aberta (Quais as 3 coisas mais importantes que causam câncer?), a causa mais mencionada foi o tabagismo (48,4%),

seguida de excesso de sol. A alimentação foi citada por entrevistados, mas sem expressividade significativa entre a amostra.

O Brasil tem desenvolvido diversas leis para controlar o consumo de tabaco. Em 2000, a propaganda de produtos do tabaco foi proibida e foram estampadas nas embalagens de cigarro fotos alertando os consumidores sobre os riscos de fumar, além de ter sido criado um Comitê Nacional para o Controle do Tabaco (SCHMIDT et al. 2011). Além disso, o fumo foi proibido em sete estados brasileiros, em todos os ambientes coletivos fechados, públicos ou privados (BIALOUS e MARTINS 2009). Novos projetos para controle do tabaco têm sido discutidos; mas outros avanços são necessários como, por exemplo, a elevação do preço dos cigarros (WHO 2009)

Já a política nacional do álcool, criada em 2007, inclui ações educacionais, de regulamentação de propaganda e venda de bebidas alcoólicas, e com o acirramento da lei para quem dirige alcoolizado, além de atendimento a indivíduos com problemas relacionados ao álcool. No entanto, as políticas de controle do consumo excessivo de álcool sofrem com o *lobby* das indústrias, que trabalham para manter propagandas de cervejas em eventos esportivos e culturais importantes (Presidência da Republica 2010). As intervenções para minimizar a exposição da população aos fatores de risco podem reduzir significativamente os riscos de câncer. Mesmo onde há limitação de recursos humanos, financeiros e técnicos, a prevenção é uma alternativa que pode ser praticada pela população (KICKBUSCH 1996).

Por isso é tão importante o desenvolvimento de ações integradas com as necessidades da comunidade/população; além das campanhas formais

de mídia que alertam sobre os fatores de risco, como cigarro e álcool. É preciso que as atividades aproximem os princípios da prevenção, mostre seus benefícios e, sobretudo, que a comunidade ou população seja acompanhada, para que se possa medir alguma mudança de comportamento.

O simples estabelecimento de programas de detecção precoce do câncer não garante a adesão dos indivíduos; há outras barreiras envolvidas nesse processo (SANTOS 2008). É preciso considerar que as ações mais eficazes em saúde pública geralmente são aquelas direcionadas a toda a população (KICKBUSCH 1996). Atribuir ao indivíduo a responsabilidade por um estilo de vida saudável, sem considerar outras questões sociais pode não trazer os resultados esperados.

De qualquer forma, não é o objetivo deste estudo discutir se a população não faz prevenção por ignorar sua importância ou pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde. O fato é que há uma inconsistência em relação à prática da prevenção primária -- que depende exclusivamente da atitude de cada um. Também não é proposta deste trabalho sugerir que a prevenção primária resolva o problema do câncer no Brasil. Um estudo realizado em 2007 pelo Instituto *World Cancer Research* (WCRF/AICR), de pesquisas sobre o câncer, afirma que membros de comunidades, famílias e indivíduos podem atuar para reduzir o risco de câncer (CANNON 2009).

O que propomos é estabelecer a necessidade de direcionar esforços para a promoção de saúde, com foco na escolha por hábitos saudáveis de alimentação, prática de atividades físicas regulares, e o controle de vícios

como o tabagismo e o alcoolismo, fatores essenciais da prevenção primária do câncer.

O modelo de regressão linear múltipla para a questão “Você se previne contra o câncer?”, teve R ajustado para 0,223. Desta forma, os outros 78% das variáveis relacionadas com prevenção ainda precisam ser investigadas, e não foram contempladas neste instrumento. De qualquer forma, o instrumento validado nesta pesquisa se mostrou útil para identificar a percepção sobre prevenção do câncer e, isso pode ser observado na questão (Você se previne contra o câncer?), cujas variáveis associadas com fazer prevenção foram: idade (29 anos ou mais), gênero (feminino), religião (católico, protestante ou outras), achar que o câncer pode ser prevenido e conhecimento sobre a doença. A subescala de identidade se mostrou como a mais eficiente para medir prevenção. Isso indica que trabalhar informações sobre os sintomas do câncer e aproximar o tema da população pode ser um caminho.

Por outro lado, as altas pontuações das escalas de coerência e representação emocional indicam que o indivíduo se previne menos contra o câncer; fortalecendo que há muita crença envolvendo as questões emocionais e de compreensão da doença, por falta de informação mesmo. Estes fatores precisam ser altamente considerados no desenho de estratégias de comunicação e/ou educação em câncer, que vislumbrem trabalhar o tema prevenção; sobretudo com atenção para o fato de que eles compõem mais uma mudança de crença e valor atribuído, do que de conhecimento certo e/ou errado.

Na expectativa de entender de que forma esta amostra da população se informa foi incluída a questão (Você se sente informado sobre o câncer?), cuja única variável associada foi saber o que é câncer. Outra pergunta aberta do instrumento: (O que você gostaria de saber sobre o câncer?) apresentou 29 variáveis diferentes; sendo a mais citada por 34,1% dos entrevistados prevenção, seguida de tratamento e causas do câncer. Entretanto, questões como sintomas, informações em geral e como o câncer se desenvolve foram bastante citadas.

Quando questionados sobre a forma preferida para receber informação sobre o câncer, 73% da amostra declarou que prefere a Internet, seguido de folhetos informativos (61,8%). Entretanto, 78,8% da amostra foi composta por participantes de um programa de inclusão digital; quando excluídos da amostra esses indivíduos, há empate (57,6%) entre Internet e folhetos informativos, como formas preferidas para receber informação, considerando a possibilidade de escolher mais de uma opção.

Os resultados deste estudo ajudam a fortalecer que há falta de informação envolvendo o câncer, sobretudo em relação à compreensão da doença, sintomas e fatores que a envolvem, inclusive emocionais. Conhecer as percepções de uma amostra da população e traçar suas relações com a adoção de comportamentos saudáveis, em especial sobre prevenção, nos dará subsídios para o desenvolvimento de ações que aumentem a adesão a comportamentos preventivos, além da investigação de outros fatores relacionados com comportamentos não estudados nesta pesquisa.

Outras investigações serão necessárias para superar as limitações do estudo como, por exemplo, não termos avaliado que tipo de prevenção as pessoas fazem em relação ao câncer, não termos medido como a informação pode (e se pode), por meio de ações e intervenções de comportamento, contribuir para a prevenção do câncer. Até mesmo a comparação destes resultados com os do instrumento original demonstram alguma fragilidade, já que o original buscou medir a percepção de doenças diferentes (tuberculose, AIDS e câncer de pele); apesar de câncer de pele ser bastante incidente na população mundial (exceto melanoma, cuja incidência é menor) ele não é exatamente o tipo de câncer com causas, sintomas e consequências mais traumáticas na experiência de leigos.

Outra limitação que está bem descrita na literatura, e foi observada nesse estudo, explica que não há provas de que indivíduos saudáveis estejam bem informados sobre fatores que podem afetar sua saúde e qualidade de vida, bem como medidas preventivas para evitar doenças. Os trabalhos que explicam e predizem comportamentos de saúde assumem que escolhas de comportamentos de saúde são produto de processos de avaliação racional (AJZEN 1985; ROGERS 1975).

O que está estabelecido na literatura é que os programas de controle do câncer devem focar em intervenções de prevenção, detecção precoce e rastreamento. As ações devem ser criadas em ambientes físicos e sociais e focar a importância da vida saudável (alimentação e atividade física) e da limitação à exposição a agentes cancerígenos (tabaco, álcool e sol em excessos) na prevenção do câncer (KICKBUSCH 1996).

Esta abordagem está plenamente explorada em um projeto de difusão de câncer, liderado pelo Hospital A.C.Camargo, intitulado “Câncer: conhecer para prevenir”. A exposição com 22 painéis coloridos e ilustrativos aborda o que é câncer, a importância da prevenção e do diagnóstico precoce, os principais fatores de risco, os sintomas e as características dos cânceres mais incidentes na população, além de novidades em tratamento. Os primeiros resultados de uma pesquisa que avaliou a exposição estão aguardando publicação científica. Neste momento, a exposição circula de forma itinerante por espaços públicos (estações de trem da CPTM) da cidade de São Paulo, e novas programações estão sendo desenhadas para que ela circule por outras regiões do país.

Estas informações já disponíveis na Instituição podem se tornar materiais para alimentar as mídias escolhidas pelos entrevistados deste estudo (Internet e folhetos informativos), e ainda, para o desenvolvimento de outras atividades itinerantes, com caráter lúdico e interativo, alinhada com as expectativas e necessidades destacadas pelos participantes da pesquisa.

CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

Foi avaliada a percepção sobre o câncer em uma amostra da população do município de São Paulo. Dos 736 entrevistados, foram realizadas quatro exclusões e a amostra foi composta por 732 indivíduos, dos quais 93,2% referiram saber o que é câncer; e ainda que 92,1% acreditem que o câncer pode ser prevenido, apenas 73,0% referiram fazer algum tipo de prevenção; sendo ir ao médico (inclui a realização de consultas e exames), a forma preferida de se prevenir (que apesar de ser uma atitude, demonstra uma certa redução na responsabilidade do próprio indivíduo em relação a doença).

O instrumento IPQ-RH foi validado na amostra. Quando comparadas com o instrumento original, as dimensões do IPQ-RH produziram a mesma solução, exceto pela divisão entre tempo crônico e tempo agudo. A confiabilidade, avaliada pelo alfa de Cronbach foi adequada, exceto pela escala de tempo crônico.

A associação entre a percepção pública sobre o câncer e a experiência com a doença, mostrou que indivíduos que declararam saber o que é câncer e conhecer alguém com a doença referem pontuações maiores nas escalas de sintomas, de consequências, de coerência, de tempo cíclico, e de representação emocional do câncer.

Já a escala de representação emocional obteve maior pontuação entre os católicos e entre indivíduos com baixos índices de escolaridade, além de

ter sido positivamente relacionada com consequências, tempo crônico e cíclico; e associada de forma negativa com a coerência da doença.

Os protestantes veem a doença com tempo mais curto, quando comparado com indivíduos de outras religiões. A escolaridade (baixa) está associada com menor coerência em relação ao câncer; e a escolaridade (alta) com pontuações maiores nas escalas de consequências e controle pessoal da doença.

Achar que o câncer pode ser prevenido está associado com maior pontuação na escala de controle pessoal da doença. Variáveis como gênero (feminino) e Critério Brasil (pertencer às classes sociais A e B) foram associadas com maior pontuação na escala de causas emocionais. Nesta escala, saber o que é câncer, conhecer alguém com a doença e a escolaridade também apresentaram pontuações mais altas.

O instrumento se mostrou útil para medir a prevenção do câncer, o que pode ser observado na questão (Você se previne contra o câncer?), cujas variáveis associadas com fazer prevenção foram: idade (29 anos ou mais), gênero (feminino), religião (católico, protestante ou outras), achar que o câncer pode ser prevenido e conhecimento sobre a doença. Também foram associadas com a prevenção as escalas identidade, coerência e representação emocional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ajzen I. From intentions to actions: a theory of planned behavior. In: Kuhl J, Beckam J, editors. **Action-control: from cognition to behavior**. Heidelberg: Springer-Verlag; 1985. p.11–39.

[AECC] Asociación Española Contra el Cancer. **Seminario de Formación en Educación para La Salud**. Profesionales de La Educacion. España. Madrid; 2000.

Benyamini Y, Leventhal EA, Leventhal H. Gender differences in processing information for making self-assessments of health. **Psychosom Med** 2000; 62:354-64.

Bialous SA, Martins S. Brazil: Sao Paulo takes the lead. **Tob Control** 2009; 18: 341.

Bordenave JED. **O que é comunicação**. São Paulo: Brasiliense; 1992.

Bueno WC. **Jornalismo científico no Brasil: os compromissos de uma prática dependente**. São Paulo; 1984. [Tese de Doutorado-Universidade de São Paulo].

Bueno WC. Jornalismo científico e democratização do conhecimento. **Portal Imprensa**. São Paulo; 2008. Disponível em: <URL:http://www.blogdowilson.com.br/ler_mens.asp?m=46&PN=1&i=25>. [2010 maio18]

Cannon G. Cancer prevention and population-based screening. In: Cancer control and prevention in a public health framework: social, economic and environmental as well as biological and personal factors. **Tumori** 2009; 95:597-609.

Chagas I. Aprendizagem não formal/formal das ciências: relações entre museus de ciência e as escolas. **Rev Educação** 1993; 3:51-9.

Clarke JN, Everest MM. Cancer in the mass print media: fear, uncertainty and the medical model. **Social Science Med** 2006; 62:2591-600.

Constituição República Federativa Brasil. Assembléia Nacional Constituinte. 1988. **Art. 5º, capítulo I, título II.** Disponível: <URL:http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. [2010 jun 16]

Danaei G, Vander Hoorn S, Lopez AD, Murray CJ, Ezzati M. Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of mine behavioral and environmental risk factor. **Lancet** 2005; 366:1784-93.

Dancey CP, Reidy J. **Estatística sem matemática para psicologia: usando SPSS para Windows.** 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.

DeVellis RF. **Scale development: theory and applications.** 2th ed. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2003.

Figueiras MJ, Alves NC. Lay perceptions of serious illnesses: an adapted version of the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) for healthy people. **Psychology and Healthy** 2007; 22:143-58.

Fotheringham WC. **Perspectives on persuasion.** Boston: Allyn & Bacon; 1966.

Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. **Análise multivariada de dados.** 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.

Hodgetts D, Bolam B, Stephens C. Mediation and the Construction of Contemporary Understandings of Health and Lifestyle. **J Healt Psychol** 2005; 10:123-36.

Hughner RS, Kleine SS. Views of health in the lay sector: a compilation and review of how individuals think about health. **Health** 2004; 8:395-422.

[IBGE] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Setor de tecnologia da informação e comunicação no Brasil 2003-2006**. Disponível em: <URL:<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/stic/default.shtm>>. [2010 maio 13]

[IPEA]. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas **Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS): Saúde**. 2011. Disponível em: <URL:<http://www.ipea.gov.br>>. [2011 maio 13]

Kickbusch I. Promoción de la salud: una perspectiva mundial. In: Pan American Health Organization. **Promoción de la Salud: una Antología (Publicación Científica 557)**. Washington (DC): Pan American Health Organization; 1996. p.15–24.

Knowelden J, Phillips AJ. **An evaluation of cancer control measures**. Geneva: UICC; 1974. (Technical Report Series, v.16).

Koopmans GT, Lamers LM. Gender and health care utilization: the role of mental distress and help-seeking propensity. **Soc Sci Med** 2007; 64:1216-30.

Kroeger A, Luna R. **Atención primaria de salud principios y metodos**. 2th ed. México: Editorial Pax México; 1992.

Leventhal H, Meyer D, Nerenz DR. The common sense representation of illness danger. In: Rachmand S, editors. **Contributions to medical psychology**. New York: Pergamon Press; 1980. p.17-30.

Levy RB, Claro RM, Monteiro CA. Sugar and total energy content of household food purchases in Brazil. **Public Health Nutr** 2009; 12:2084-91.

Meisser HI, Potosky AL, Convissor R. How sources of health information relate to knowledge about use of cancer-screening exams. **J Community Health** 1992; 17:153-65.

Ministério da Ciência e Tecnologia. **Percepção Pública da Ciência e Tecnologia no Brasil**. Pesquisa nacional promovida pelo MCT, em parceria com a Academia Brasileira de Ciências, coordenada pelo DEPD/SECIS/MCT e pelo Museu da Vida/COC/Fiocruz, com colaboração do Labjor/Unicamp e da Fapesp. Brasília: MS; 2006.

Ministério da Saúde. **Entendendo o SUS**. Brasília: MS; 2006a.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2006b. Causalidade; p.22-3.

Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ, Horne R, Cameron LD, Buick L. The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). **Psychol Health** 2002; 17:1-16.

Pardo R, Calvo F. The cognitive dimension of public perceptions of science: methodological issues. **Public Understand Sci** 2004; 13:203-27.

Perera FP. Environment and cancer: who are susceptible? **Science** 1997; 278:1068-73.

Polino C. “Hoy por ti, mañana por mí. Los riesgos de la complicidad en el periodismo científico”. **Redes - Rev Estudios Sociales de la Ciencia** 2000; 16:109.

Presidência da República. **Decreto Nº 6.117, de 22 de maio de 2007.** Política Nacional sobre o Álcool, 2010. Disponível em: <URL:http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6117.htm>. [2011 maio 30].

Rogers RW. A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. **J Psychol** 1975; 91:93-114.

Sagan C. **O mundo assombrado pelos demônios.** São Paulo: Shwarcz; 1999.

Santos EMM. **Modelo de crenças em saúde em familiares de pacientes com câncer colorretal.** São Paulo; 2008.

Silva GA, Teixeira MTB, Guerra MR, Moura L. Tendências e controle do câncer e os 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil; p. 370-383. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.** Brasília: MS; 2009.

Sontag S. **Illness as metaphor.** New York: McGraw-Hill; 1978.

Streiner DL, Norman GR. **Health measurement scales: a practical guide to their development and use.** Oxford: Oxford University Press; 1995.

Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. www.thelancet.com 2011; 61-74. Available from: <URL:<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>>. [2011 maio 25].

[UICC] International Union Against Cancer. **Introduction UICC global cancer control**. Geneve: Switzerland; 2005.

United Nations. **The universal declaration of human rights**. 1948. Available from: <URL: <http://www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml#a19>>. [2010 jun. 24]

Vogt C. Polino C. **Percepção pública da ciência: resultados da pesquisa na Argentina, Brasil, Espanha e Uruguai**. Campinas: FAPESP; 2003.

Walter FM, Emery J, Braithwaite D, Marteau TM. Lay understanding of familial risk of common chronic diseases: a systematic review and synthesis of qualitative research. **Ann Fam Med** 2004; 2:583-94.

[WHO] World Health Organization. **Constitution of the World Health Organization**. 1946. Available from: <URL:<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>>. [2010 maio 14]

[WHO]. **Global strategy for diet, physical activity, and health**. Geneva: World Health Organization; 2004.

[WHO]. **Report on the global tobacco epidemic, 2009: implementing smoke-free environments**. <URL:http://www.who.int/tobacco/mpower/2009/gtcr_download/en/index.html>. [2011 maio 17]

Williams S. Health as moral performance: Ritual, transgression and taboo. **Health** 1998; 2:435–58.

ANEXOS

QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO PÚBLICA SOBRE O CÂNCER

CARACTERIZAÇÃO SOCIAL DO ENTREVISTADO

Data: Local de realização da entrevista:

Nome:

Idade: Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino - Email:

Endereço Residencial:

Bairro: Cidade:

Tel.: Cel.:

Qual o seu grau de escolaridade?

- ☐ Não frequentou qualquer ciclo de escolaridade
- ☐ Ensino fundamental
- ☐ Ensino Médio
- ☐ Ensino Superior
- ☐ Pós-graduação

Informe a quantidade de cada item abaixo você possui na sua residência (CASO NÃO TENHA O ITEM ASSINALE ZERO)

TV em cores	Rádio	Banheiro	Automóvel
Empregada mensalista	Aspirador de pó	Máquina de lavar	
Videocassete/DVD	Geladeira (sem freezer isolado)	Freezer (independente ou parte de geladeira duplex)	

Qual é a sua religião?

- ☐ Católico
- ☐ Protestante
- ☐ Evangélico de origem pentecostal
- ☐ Ateu ou agnóstico
- ☐ Espírita
- ☐ Religião afro-brasileira
- ☐ Judeu
- ☐ Budista
- ☐ Outra:

PERCEPÇÃO DAS PESSOAS SOBRE O CÂNCER

	SIM	NÃO
Você sabe o que é câncer?	☐	☐
Você conhece alguém que tem ou teve câncer?	☐	☐
Quem?		
Você acha que o câncer pode ser prevenido?	☐	☐
Você se previne contra o câncer?	☐	☐
De que forma?		

Por favor indique marcando com um círculo (sim ou não) se acha que estes sintomas estão relacionados com o CÂNCER.

Este sintoma está relacionado com o câncer.

Dores	Sim	Não
Náusea	Sim	Não
Falta de ar	Sim	Não
Perda de peso	Sim	Não
Cansaço (fadiga)	Sim	Não
Surgimento de pintas na pele	Sim	Não
Diarréia	Sim	Não
Perda de sangue	Sim	Não
Tosse	Sim	Não
Dores de cabeça	Sim	Não
Indisposição de estômago	Sim	Não
Dificuldades em dormir	Sim	Não
Infeções	Sim	Não
Tonturas	Sim	Não
Perda de forças	Sim	Não

Estamos interessados na sua opinião sobre o câncer. Por favor indique se concorda ou não com as seguintes afirmações, colocando um X no quadrado que ache apropriado. Não há respostas certas nem erradas.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. O câncer dura pouco tempo					
2. O câncer é uma doença mais permanente que temporária					
3. O câncer dura muito tempo					
4. O câncer passa depressa					
5. Acho que o câncer dura para o resto da vida					
6. O câncer é grave					
7. O câncer afeta a forma como o doente se vê como pessoa					
8. O câncer tem sérias conseqüências econômicas					
9. O câncer causa dificuldades àqueles que estão próximos ao doente					
10. O que o doente faz pode determinar se o câncer melhora ou piora					
11. A evolução do câncer depende do próprio doente					
12. O doente tem o poder de influenciar a evolução do câncer					
13. O tratamento é eficiente na cura do câncer					
14. Os efeitos negativos do câncer poderão ser prevenidos ou evitados pelo tratamento					
15. O tratamento pode controlar o câncer					
16. Os sintomas do câncer me confundem					
17. O câncer é um mistério para mim					
18. Não compreendo o câncer					
19. Os sintomas do câncer vêm e vão em ciclos					
20. O câncer é muito imprevisível					
21. O câncer passa por fases em que melhora ou piora					
22. Fico deprimido (a) quando penso sobre o câncer					
23. Quando penso sobre o câncer fico perturbado (a)					
24. Se eu tivesse câncer ia ficar zangado (a)					
25. Fico ansioso (a) quando penso sobre o câncer					
26. Tenho medo do câncer					

As causas do câncer.

Gostaríamos de saber o que considera ser a causa do câncer. Como as pessoas são muito diferentes, não há respostas certas para esta questão. Estamos mais interessados nas suas opiniões, sobre as causas da doença do que nas opiniões que médicos ou outras pessoas possam ter sugerido a você. Abaixo há uma lista das possíveis causas da doença. Por favor, indique marcando com um X no quadrado apropriado, o quanto concorda ou não com estas causas.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Estresse ou preocupação					
Hereditariedade (é de família)					
Excesso de peso					
Tipo de alimentação					
Destino ou azar					
Desígnio de Deus					
Poluição do ambiente					
Problemas emocionais (exemplo: ansiedade)					
Meu próprio comportamento					
Não ir ao médico					
Acidente ou lesão					
Minha personalidade (minha maneira de ser)					
Envelhecimento					
Um micróbio ou vírus					
Minha atitude mental (exemplo: pensar na vida de forma negativa)					
Corpo fraco (imunidade baixa)					
Não ter sido vacinado					
Problemas familiares ou preocupações					
Excesso de trabalho					
Tabagismo (fumar)					
Bebida alcoólica em excesso					
Relações sexuais sem preservativo					
Excesso de exposição ao sol					
Contato com pessoas com câncer					
Falta de atividade física					
Má higiene					

Quais as 3 coisas mais importantes que causam câncer? Você pode escolher causas do quadro acima ou outras que considere importantes.

1° -

2° -

3° -

INFORMAÇÃO DAS PESSOAS SOBRE O CÂNCER

Você se sente bem informado sobre câncer? SIM ☐ NÃO ☐

O QUE VOCÊ GOSTARIA DE SABER SOBRE O CÂNCER?

De que forma você gostaria de receber informações sobre câncer? Assinale quantas achar importante.

- ☐ Folhetos informativos
- ☐ Eventos / Campanhas / Ações na comunidade
- ☐ Conversas com profissionais de saúde
- ☐ Conversas com amigos, conhecidos ou familiares
- ☐ Jornal / Revistas
- ☐ Televisão / Rádio
- ☐ Internet

Anexo 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(Obrigatório para Pesquisa Clínica com Seres Humanos – Resolução N. 196/96 e Resolução CNS 251/97 do Ministério da Saúde)

PROJETO: Percepção pública sobre o câncer entre a população do município de São Paulo - validação do questionário de percepção de doença entre indivíduos saudáveis

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

Participante: _____

Sexo: () masculino () feminino - Data de nascimento: ____/____/____

Documento de identidade: _____

Endereço: _____

Número: _____ Complemento: _____ Cidade: _____

Estado: _____ CEP: _____ TEL: _____

OBJETIVOS DO ESTUDO

Gostaríamos de convidá-lo a participar deste estudo que tem como objetivo identificar o que as pessoas acham sobre o câncer. Esta avaliação será feita por meio da adaptação de um questionário, para o português do Brasil, que avalia a percepção sobre o câncer entre indivíduos saudáveis.

PROCEDIMENTOS

Este questionário será respondido por 260 pessoas diferentes e terá duração de aproximadamente 20 minutos. Solicitamos que leia e assine este termo de consentimento, autorizando sua participação na pesquisa. Uma via deste termo será entregue a você e a outra, arquivada pelo pesquisador. Os primeiros 70 indivíduos responderão o questionário duas vezes, em um intervalo de duas semanas entre a primeira e a segunda entrevista.

BENEFÍCIOS

Com estas informações será possível identificar o que as pessoas acham sobre o câncer. Os resultados desta pesquisa devem contribuir com a promoção de informações sobre a prevenção da doença.

RISCOS

Não há riscos associados com a sua participação nesta pesquisa, que é voluntária. Você tem o direito de se retirar do estudo a qualquer momento. Sua identidade será preservada, somente membros da equipe e da Comissão de Ética terão acesso aos registros. Qualquer dúvida, você poderá entrar em contato com a Pesquisadora Érika Monteiro (11 - 2189-5113). Se as informações/esclarecimentos não forem suficientes, por favor, entre em contato com o Coordenador do Comitê de Ética do Hospital A.C.Camargo (11 - 2189 5020).

São Paulo, ____ de ____ de ____.

Assinatura do indivíduo ou responsável/representante local

Assinatura do pesquisador ou representante

Anexo 3 - Autorização para Utilização do Instrumento - Validação para o Português do Brasil

Erika M M Santos

From: Moss-Morris R.E. [R.E.Moss-Morris@soton.ac.uk]

Sent: quinta-feira, 29 de julho de 2010 12:50

To: Erika M M Santos

Subject: RE: Authorization Translation IPQ

Dear Erika

That's fine

Best wishes

Rona

From: Erika M M Santos [mailto:erikammsantos@uol.com.br]

Sent: 29 July 2010 14:13

To: Moss-Morris R.E.

Subject: Authorization Translation IPQ

Dear Rona

My name is Erika and I am nurse in Brazil. I would like to ask you permission to adapt the IPQ-R into Brazilian Portuguese. Here we follow the recommendations for adapting questionnaire from Guillemin and Beaton.

Sincerely

Erika Maria Monteiro Santos

Research Nurse

Hospital A.C. Camargo

São Paulo, Brasil

Telefone: 11-21895000 ramal 1080

ILLNESS PERCEPTION QUESTIONNAIRE (IPQ-R)

Name.....

Date.....

YOUR VIEWS ABOUT YOUR ILLNESS

Listed below are a number of symptoms that you may or may not have experienced since your illness. Please indicate by circling *Yes* or *No*, whether you have experienced any of these symptoms since your illness, and whether you believe that these symptoms are related to your illness.

	I have experienced this symptom <i>since my illness</i>			This symptom is <i>related to</i> <i>my illness</i>	
	Yes	No		Yes	No
Pain					
Sore Throat					
Nausea					
Breathlessness					
Weight Loss					
Fatigue					
Stiff Joints					
Sore Eyes					
Wheeziness					
Headaches					
Upset Stomach					
Sleep Difficulties					
Dizziness					
Loss of Strength					

We are interested in your own personal views of how you now see your current illness.

Please indicate how much you agree or disagree with the following statements about your illness by ticking the appropriate box.

	VIEWS ABOUT YOUR ILLNESS	STRONGLY DISAGREE	DISAGREE	NEITHER AGREE NOR DISAGREE	AGREE	STRONGLY AGREE
IP1	My illness will last a short time					
IP2	My illness is likely to be permanent rather than temporary					
IP3	My illness will last for a long time					
IP4	This illness will pass quickly					
IP5	I expect to have this illness for the rest of my life					
IP6	My illness is a serious condition					

	VIEWS ABOUT YOUR ILLNESS	STRONGLY DISAGREE	DISAGREE	NEITHER AGREE NOR DISAGREE	AGREE	STRONGLY AGREE
IP7	My illness has major consequences on my life					
IP8	My illness does not have much effect on my life					
IP9	My illness strongly affects the way others see me					
IP10	My illness has serious financial consequences					
IP11	My illness causes difficulties for those who are close to me					
IP12	There is a lot which I can do to control my symptoms					
IP13	What I do can determine whether my illness gets better or worse					
IP14	The course of my illness depends on me					
IP15	Nothing I do will affect my illness					
IP16	I have the power to influence my illness					
IP17	My actions will have no affect on the outcome of my illness					
IP18	My illness will improve in time					
IP19	There is very little that can be done to improve my illness					
IP20	My treatment will be effective in curing my illness					
IP21	The negative effects of my illness can be prevented (avoided) by my treatment					
IP22	My treatment can control my illness					
IP23	There is nothing which can help my condition					
IP24	The symptoms of my condition are puzzling to me					
IP25	My illness is a mystery to me					
IP26	I don't understand my illness					
IP27	My illness doesn't make any sense to me					
IP28	I have a clear picture or understanding of my condition					
IP29	The symptoms of my illness change a great deal from day to day					
IP30	My symptoms come and go in cycles					
IP31	My illness is very unpredictable					
IP32	I go through cycles in which my illness gets better and worse.					
IP33	I get depressed when I think about my illness					
IP34	When I think about my illness I get upset					
IP35	My illness makes me feel angry					
IP36	My illness does not worry me					
IP37	Having this illness makes me feel anxious					
IP38	My illness makes me feel afraid					

CAUSES OF MY ILLNESS

We are interested in what you consider may have been the cause of your illness. As people are very different, there is no correct answer for this question. We are most interested in your own views about the factors that caused your illness rather than what others including doctors or family may have suggested to you. Below is a list of possible causes for your illness. Please indicate how much you agree or disagree that they were causes for you by ticking the appropriate box.

	POSSIBLE CAUSES	STRONGLY DISAGREE	DISAGREE	NEITHER AGREE NOR DISAGREE	AGREE	STRONGLY AGREE
C1	Stress or worry					
C2	Hereditary - it runs in my family					
C3	A Germ or virus					
C4	Diet or eating habits					
C5	Chance or bad luck					
C6	Poor medical care in my past					
C7	Pollution in the environment					
C8	My own behaviour					
C9	My mental attitude e.g. thinking about life negatively					
C10	Family problems or worries caused my illness					
C11	Overwork					
C12	My emotional state e.g. feeling down, lonely, anxious, empty					
C13	Ageing					
C14	Alcohol					
C15	Smoking					
C16	Accident or injury					
C17	My personality					
C18	Altered immunity					

In the table below, please list in rank-order the three most important factors that you now believe caused YOUR illness. You may use any of the items from the box above, or you may have additional ideas of your own.

The most important causes for me:-

1. _____
2. _____
3. _____

Instruções para os utilizadores:

Onde figura a palavra *doença* em itálico, deve inscrever-se o nome da doença avaliada.

Na escala da identidade e das atribuições causais podem ser incluídos outros sintomas específicos da *doença avaliada* ou atribuições causais que não constem dessa lista e que façam sentido no contexto da investigação

Por favor indique marcando com um círculo (sim ou não) se acha que estes sintomas estão relacionados com a *doença*.

Este sintoma está relacionado com a *doença*.

Dores	Sim	Não
Dores de garganta	Sim	Não
Náusea	Sim	Não
Falta de ar	Sim	Não
Perda de peso	Sim	Não
Fadiga (cansaço)	Sim	Não
Surgimento de sinais na pele	Sim	Não
Diarreia	Sim	Não
Olhos inflamados	Sim	Não
Dificuldades em respirar	Sim	Não
Tosse	Sim	Não
Dores de cabeça	Sim	Não
Indisposição de estômago	Sim	Não
Dificuldade em dormir	Sim	Não
Infecções	Sim	Não
Tonturas	Sim	Não
Perda de forças	Sim	Não

Estamos interessados na sua opinião sobre a *doença*. Por favor indique o seu acordo ou desacordo com as seguintes afirmações, colocando uma cruz no quadrado que ache apropriado para o seu caso. Não há respostas certas nem erradas.

		Discordo plenamente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
1	A <i>doença</i> dura pouco tempo					
2	A <i>doença</i> é uma doença mais permanente que temporária					
3	A <i>doença</i> dura muito tempo					
4	A <i>doença</i> passa depressa					
5	Acho que a <i>doença</i> dura para o resto da vida					
6	Esta doença é grave					
7	A <i>doença</i> afecta seriamente a forma como o doente se vê enquanto pessoa					
8	A <i>doença</i> tem sérias consequências económicas					
9	A <i>doença</i> causa dificuldades àqueles que estão próximos do doente					
10	O que o doente faz pode determinar se a <i>doença</i> melhora ou piora					
11	A evolução da <i>doença</i> depende do próprio doente					
12	O doente tem o poder de influenciar a evolução da <i>doença</i>					
13	O tratamento é eficaz na cura da <i>doença</i>					
14	Os efeitos negativos da <i>doença</i> poderão ser prevenidos ou evitados pelo tratamento					
15	O tratamento da <i>doença</i> pode controlar a doença					
16	Os sintomas da <i>doença</i> confundem-me					
17	A <i>Doença</i> é um mistério para mim					
18	Não compreendo a <i>doença</i>					
19	Os sintomas da <i>doença</i> vêm e vão em ciclos					
20	A <i>doença</i> é muito imprevisível					
21	A <i>doença</i> passa por fases em que melhora ou piora					
22	Fico deprimido(a) quando penso sobre a <i>doença</i>					
23	Quando penso sobre a <i>doença</i> fico perturbado(a)					
24	Se eu tivesse a <i>doença</i> sentir-me-ia zangado(a)					
25	Fico ansioso(a) quando penso sobre a <i>doença</i>					
26	A <i>doença</i> faz-me sentir medo					

As causas da *doença*

Gostaríamos de saber o que considera ser a causa da *doença*. Como as pessoas são muito diferentes, não há respostas certas para esta questão. Estamos mais interessados nas suas opiniões acerca dos factores que causam esta doença, do que nas opiniões de outros, incluindo o que médicos ou outras pessoas lhe possam ter sugerido.

Abaixo encontra-se uma lista das causas possíveis para a *doença*. Por favor indique o quanto concorda ou discorda com estas causas, marcando com um X o quadrado apropriado.

	Discordo plenamente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
Stress ou preocupação					
Hereditariedade (é de família)					
Excesso de peso					
Tipo de alimentação					
Destino ou má sorte					
Poluição do ambiente					
O meu estado emocional (como por ex.: sentir-me em baixo, só, ansioso, vazio)					
O meu próprio comportamento					
Pouca assistência médica no passado					
Acidente ou lesão					
A minha personalidade (a minha maneira de ser)					
Envelhecimento					
Um micróbio ou um vírus					
A minha atitude mental como por ex.: pensar sobre a vida de uma forma negativa					
Alteração das defesas do organismo					
Não ter sido vacinado					
Problemas familiares ou preocupações					
Excesso de trabalho					

As causas mais importantes para mim são:

Por favor classifique por ordem de importância os três factores que lhe parecem poder causar a *doença*. Pode usar qualquer uma das causas referidas no quadro anterior, ou outras que considere importantes.

1. _____
2. _____
3. _____