

**MODELO DE CRENÇAS EM SAÚDE EM
FAMILIARES DE PACIENTES COM
CÂNCER COLORRETAL**

ERIKA MARIA MONTEIRO SANTOS

**Tese apresentada à Fundação Antônio
Prudente para obtenção do Título de Doutor
em Ciências**

Área de Concentração: Oncologia

Orientador: Dr. Benedito Mauro Rossi

**Co-Orientadora: Dra. Maria Teresa Duarte
Pereira da Cruz Lourenço**

São Paulo

2008

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca da Fundação Antônio Prudente

Santos, Érika Maria Monterio

Modelo de crenças em saúde em familiares de pacientes com câncer colorretal / Érika Maria Monterio Santos – São Paulo, 2008.

188p.

Tese (Doutorado)-Fundação Antônio Prudente.

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

Orientador: Benedito Mauro Rossi

Descritores: 1. CÂNCER COLORRETAL/prevenção & controle. 2. CONDUTA DE SAÚDE. 3. ESTUDOS DE VALIDAÇÃO. 4. IMPACTO PSICOSSOCIAL.

“Care is the essence of nursing and the dominant,
and unifying domain of nursing”

Madeleine Leininger

[Leininger M. Reflections on Nightgale with a Focus on Human Care Theory and Leadership. In: Notes on Nursing: What it is, What it is not. By Florence Nightingale. Commemorative Edition. Philadelphia, J.B. Lippincott Company, 1992]

DEDICATÓRIA

Aos pacientes e suas famílias

AGRADECIMENTOS

A conclusão deste trabalho foi possível graças à colaboração direta e indireta de inúmeras pessoas. Manifesto minha estima e gratidão a todas elas.

Ao Doutor Benedito Mauro Rossi, cuja presença, confiança e compreensão nesta travessia foram fundamentais na minha trajetória acadêmica.

À Dra Maria Tereza Lourenço pelo apoio e orientação, que mesmo à distância foi muito importante.

Ao Prof. Dr. Ricardo Renzo Brentani, pelo exemplo como pesquisador a ser seguido.

Ao Dr. Luiz Fernando Lima Reis e ao Prof. Dr. Fernando Augusto Soares, pelo apoio nos momentos profissionais decisivos.

Ao Prof. Dr. Ademar Lopes pelo exemplo como profissional.

Aos médicos e funcionários do Departamento de Cirurgia Pélvica, pelo companheirismo.

À equipe da Biblioteca da Fundação Antonio Prudente pelo atendimento sempre eficiente e amável.

À Ana Maria e a Luciana, que além da amizade, que mantêm a organização da Pós-graduação de maneira exemplar.

À Aglael e Adail que forneceram uma visão da Lingüística antes obscurecida.

Aos tradutores que se dispuseram a me auxiliar.

À Leda que me ouviu e me faz refletir.

À Cida pela edição do texto que vai além da correção do conteúdo.

Às minhas amigas Andréa, Elisabete, Janaína, Rita e Sandra pelo apoio e companheirismo nos momentos difíceis.

À minha família e ao meu mais novo amiguinho.

RESUMO

Santos EMM. **Modelo de crenças em saúde em familiares de pacientes com câncer colorretal**. São Paulo; 2008. [Tese de Doutorado-Fundação Antônio Prudente]

A compreensão dos comportamentos de saúde dos indivíduos a cerca do câncer colorretal (CCR) possibilita o estabelecimento de intervenções que podem aumentar a adesão dos indivíduos a programas de detecção precoce. Objetivou-se nesta tese descrever quatro conceitos do Modelo de Crenças em Saúde (MCS) - percepção de susceptibilidade, gravidade, benefícios e barreiras e a preocupação com o câncer relacionados ao CCR, em indivíduos com história familiar de CCR; verificar a associação entre características sociodemográficas, a história familiar de câncer colorretal, com as variáveis do MCS e a preocupação com o câncer; traduzir e validar os questionários Champion's Health Belief Model Scale (CHBMS) e Lerman's Cancer Worry Scale (CWS). Para tanto, foram estabelecidos metodologia e procedimentos descritos a seguir: o CHBMS e o CWS foram traduzidos para o português utilizando um comitê e alterações foram sugeridas pelo painel de juízes. Participaram da pesquisa familiares de indivíduos com CCR com história familiar registrada no Registro de Câncer Colorretal Hereditário do Hospital A.C. Camargo. Após autorização do probando, uma entrevista foi realizada por telefone e foram utilizados questionário com características sociodemográficas, percepção de risco e realização de colonoscopia; o CHBMS e o CWS. Para a validação das escalas foi utilizada a análise fatorial e a análise de confiabilidade. Para verificar a associação entre as variáveis sociodemográficas e os conceitos do MCS foi utilizado o teste de médias e regressão múltipla (linear e logística). Observaram-se os seguintes resultados: o alfa de Cronbach da CHBMS variou entre 0,759 e 0,892. A CWS apresentou solução com um fator e alfa de Cronbach de 0,880. Foram entrevistados 125 indivíduos,

51,2% pertencentes a famílias com Síndrome de Lynch. A média da percepção de risco populacional para CCR foi 47,6% e a pessoal 53,9%. Os fatores preditores da percepção de susceptibilidade foram: religião, óbito de familiares por câncer, número de familiares com CCR, e recebimento de informações sobre o risco de CCR. Para a escala de percepção de gravidade foram os preditores fatores: escolaridade, religião, classificação de risco, idade média ao diagnóstico do CCR, primos com CCR e conhecimento sobre colonoscopia. Foram fatores preditores na percepção de benefícios: presença de filhos e a escala de percepção de susceptibilidade. A escolaridade, realização da colonoscopia e a escala de percepção de gravidade foram às variáveis associadas com a percepção de barreiras. Foram variáveis preditoras da CWS: idade média de diagnóstico de CCR na família, primos com CCR, a as escalas de susceptibilidade, gravidade e barreiras do CHBMS. Concluiu-se que: a CHBMS e a CWS são escalas válidas e confiáveis para avaliação do MCS e da preocupação com o câncer; variáveis sociodemográficas e a história familiar de câncer contribuem para o MCS relacionado ao CCR.

SUMMARY

Santos, EMM. **[Health belief model in relatives of colorectal cancer patients]**. São Paulo; 2008. [Tese de Doutorado-Fundação Antônio Prudente]

In order to establish effective interventions to increase early detection programs' compliance it is necessary to understand health beliefs related to colorectal cancer (CRC). This study aims included: to describe four Health Belief Model (HBM) concepts – perception of susceptibility, severity, benefits and barriers and cancer worry in individuals with family history of CRC; to verify the association between demographic variables, cancer family history and the HBM variables and cancer worry; to translate and validate into Portuguese the Champion's Health Belief Model Scale (CHBMS) and the Lerman's Cancer Worry Scale (CWS). The CHBMS and the CWS have been translated into Portuguese through a committee technique and changes were suggested by a panel of judges. The participants of this study were relatives of CRC patients (proband) whose cancer family history was included at A.C. Camargo Hospital Hereditary Colorectal Cancer Registry. The proband acquiescence to the study was followed by an indication of their relatives. The approach of the relatives included explanation of the study, acceptance to participate and telephone interview. A questionnaire with sociodemographic characteristics, risk perception and colorectal screening history, and the CHBMS and the CWS was filled out. To validate the CHBMS and CWS, factor analysis and reliability analysis were used. To verify the association between variables, mean test and linear and logistic regression analysis was performed. The following results were observed: Cronbach's alpha of CHBMS scales varied from 0.759 to 0.892. The CWS had one factor solution with a Cronbach's alpha of 0.880. A hundred and twenty-five individuals were interviewed, 51.2% of them belonged to Lynch Syndrome families. The mean populational risk perception was 47.6% and the personal

risk perception was 53.9%. Characteristics that predicted higher perception of susceptibility were: religion, death of family members, number of relatives with CRC, previous information regarding CRC risk. Variables that predicted perception of severity were: educational level, religion, classification of risk, mean age of CRC diagnosis in family members, cousins with CRC and previous knowledge about colonoscopy procedure. Perception of susceptibility and having children predicted perception of benefits. Variables associated with perception of barriers were educational level, previous screening and perception of severity. Mean age of CRC diagnosis in family members, cousins with CRC, perception of susceptibility, perception of severity and barriers were the variables that predicted cancer worry. The CHMBS and CWS were valid reliable scales to evaluate the HBM and cancer worry in individuals at risk for CRC. Sociodemographic characteristics and family history were associated with HBM variables and cancer worry.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Probandos do Registro de Câncer Colorretal Hereditário selecionados e respostas retornadas. São Paulo, 2008	92
Figura 2	Gráfico da distribuição de 123 indivíduos entrevistados* quanto à percepção de risco pessoal de CCR de acordo com a escala verbal. São Paulo, 2008	108
Figura 3	Gráfico da média e intervalo de confiança 95% da percepção de risco populacional e pessoal de acordo com a percepção de risco escala verbal. São Paulo, 2008	109
Figura 4	Gráfico da distribuição dos 124 indivíduos entrevistados* quanto à percepção de risco de acordo com a escala verbal comparativa. São Paulo, 2008	110
Figura 5	Gráfico da média e intervalo de confiança 95% da percepção de risco populacional e percepção de risco pessoal de acordo com a escala verbal comparativa. São Paulo, 2008	111
Figura 6	Gráfico da distribuição das respostas dos 125 indivíduos entrevistados à questão: “Você costuma pensar na sua chance de ter câncer?” da CWS. São Paulo, 2008	122
Figura 7	Gráfico da distribuição das respostas dos 125 indivíduos entrevistados à questão: “Você fica estressado com isto?” da CWS. São Paulo, 2008	123
Figura 8	Gráfico da distribuição das respostas dos 125 indivíduos entrevistados à questão: “Isto afeta sua vida?” da CWS. São Paulo, 2008	123
Figura 9	Gráfico da distribuição das respostas dos 125 indivíduos entrevistados à questão: “O quanto você se preocupa em ter câncer?” da CWS. São Paulo, 2008	124
Figura 10	Gráfico da distribuição das respostas dos 125 indivíduos entrevistados à questão: “Você se preocupa com isto muitas vezes?” da CWS. São Paulo, 2008	125
Figura 11	Gráfico da distribuição das respostas dos 125 indivíduos entrevistados à questão: “Esta preocupação é um problema para você?” da CWS. São Paulo, 2008	125
Figura 12	Gráfico da distribuição das respostas dos 125 indivíduos entrevistados à questão: “Qual é o seu nível de ansiedade com o resultado da próxima colonoscopia?” da CWS. São Paulo, 2008	126

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos 125 indivíduos entrevistados quanto à faixa etária, sexo, escolaridade, renda familiar, ocupação, religião, número de filhos. São Paulo, 2008	94
Tabela 2	Distribuição dos 125 indivíduos entrevistados quanto à classificação de risco e história familiar de câncer. São Paulo, 2008	96
Tabela 3	Distribuição dos 125 indivíduos entrevistados quanto ao recebimento de informações sobre o risco de câncer. São Paulo, 2008	97
Tabela 4	Distribuição dos 125 indivíduos entrevistados quanto à realização da colonoscopia. São Paulo, 2008	97
Tabela 5	Cargas fatoriais, autovalores, e variância explicada do instrumento CHBMS. São Paulo, 2008	98
Tabela 6	Correlação item-total, Correlação intra-classe, Alfa de Cronbach com a exclusão do item, Alfa de Cronbach das escalas da CHMBS. São Paulo, 2008	100
Tabela 7	Cargas fatoriais, autovalor e variância explicada da CWS. São Paulo, 2008	101
Tabela 8	Correlação item-total, Correlação intra-classe, Alfa de Cronbach com a exclusão do item, Alfa de Cronbach da CWS. São Paulo, 2008	101
Tabela 9	Média, mediana e desvio padrão, valores mínimo e máximo da percepção de risco populacional e pessoal e da diferença entre o risco populacional e pessoal de 101 indivíduos entrevistados. São Paulo, 2008	102
Tabela 10	Características sociodemográficas dos 125 indivíduos entrevistados e a média da percepção de risco populacional e pessoal segundo a escala numérica. São Paulo, 2008	103
Tabela 11	História Familiar dos 125 indivíduos entrevistados e a média da percepção de risco populacional e pessoal segundo a escala numérica. São Paulo, 2008	104
Tabela 12	Conhecimento sobre o risco de CCR e colonoscopia dos 125 indivíduos entrevistados e a média da percepção de risco populacional e pessoal segundo a escala numérica. São Paulo, 2008	106

Tabela 13	Regressão linear múltipla para a percepção de risco populacional, percepção de risco pessoal e diferença entre a percepção de risco populacional e pessoal. São Paulo, 2008	107
Tabela 14	Características sociodemográficas de 125 indivíduos entrevistados e a percepção de risco pessoal e comparativo de acordo com escala verbal. São Paulo, 2008	113
Tabela 15	História familiar de câncer de 125 indivíduos entrevistados e a percepção de risco pessoal e comparativo de acordo com escala verbal. São Paulo, 2008	114
Tabela 16	Conhecimento do risco de câncer e colonoscopia, e realização da colonoscopia dos 125 indivíduos entrevistados e a percepção de risco pessoal e comparativo de acordo com escala verbal. São Paulo, 2008	115
Tabela 17	Regressão logística múltipla para a percepção de risco pessoal com a escala verbal e verbal comparativa. São Paulo, 2008	116
Tabela 18	Média, desvio padrão, valores mínimos e máximos das escalas do CHBMS. São Paulo, 2008	117
Tabela 19	Distribuição das respostas dos 125 indivíduos entrevistados sobre as questões da escala de susceptibilidade do CHBMS. São Paulo, 2008	118
Tabela 20	Distribuição das respostas dos 125 indivíduos entrevistados sobre as questões da escala de gravidade do CHBMS. São Paulo, 2008	119
Tabela 21	Distribuição das respostas dos 125 indivíduos entrevistados sobre as questões da escala de benefícios do CHBMS. São Paulo, 2008	120
Tabela 22	Distribuição das respostas dos 125 indivíduos entrevistados sobre as questões da escala de barreiras do CHBMS. São Paulo, 2008	121
Tabela 23	Coefficiente de correlação de Pearson e significância estatística entre as escalas do CHBMS e a CWS. São Paulo, 2008	127
Tabela 24	Características sociodemográficas dos 125 indivíduos entrevistados, média das escalas do CHBMS e a CWS. São Paulo, 2008	130
Tabela 25	História familiar de câncer dos 125 indivíduos entrevistados, média das escalas do CHBMS e da CWS. São Paulo, 2008	132

Tabela 26	Conhecimento sobre colonoscopia, realização da colonoscopia e número de colonoscopias realizadas dos 125 indivíduos entrevistados, média das escalas do CHBMS e da CWS. São Paulo, 2008	134
Tabela 27	Regressão linear múltipla para as escalas da CHBMS e da CWS. São Paulo, 2008	135

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Conceitos do modelo de crenças em saúde, definições e aplicações	38
Quadro 2	Resultado da tradução e adaptação cultural dos itens da escala de susceptibilidade da CHBMS. São Paulo, 2008.	83
Quadro 3	Resultado da tradução e adaptação cultural dos itens da escala de gravidade da CHBMS. São Paulo, 2008.	85
Quadro 4	Resultado da tradução e adaptação cultural dos itens da escala de benefícios da CHBMS. São Paulo, 2008.	87
Quadro 5	Resultado da tradução e adaptação cultural dos itens da escala de barreiras da CHBMS. São Paulo, 2008.	89
Quadro 6	Resultado da tradução e adaptação cultural dos itens da escala da CWS. São Paulo, 2008.	91

LISTA DE ABREVIATURAS

ANOVA	Análise de Variância
APC	Adenomatous Polyposis Coli
BAR	Escala de Percepção de Barreiras
BEN	Escala de Percepção de Benefícios
BMPR1A	Bone Morphogenetic Protein Receptor, Type IA
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CCR	Câncer Colorretal
CHBMS	Escala do Modelo de Crenças em Saúde de Champion
CWS	Escala de Preocupação com o Câncer
DNA	Ácido desoxirribonucléico
FAP	Polipose Adenomatosa Familiar
PSOF	Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes
GRA	Escala de Percepção de Gravidade
hMLH1	MutL, E. Coli, Homolog Of, 1
hMSH2	MutS, E. Coli, Homolog Of, 2
hMSH6	MutS, E. Coli, Homolog Of, 6
HNPCC	Câncer Colorretal Hereditário sem Polipose
LKB1	Serine/Threonine Protein Kinase 11
IC95%	Intervalo de Confiança de 95%
IMC	Índice de Massa Corpórea
MCS	Modelo de Crenças em Saúde

MMR	Mismatch Repair
MYH	MutY, E. Coli, Homolog of
OR	Razão de Chances
PAPM	Modelo da Adoção de Precaução
PMS1	Postmeiotic Segregation Increased, S. Cerevisiae, 1
PTEN	Phosphatase And Tensin Homolog
RCCH	Registro de Câncer Colorretal Hereditário
RR	Risco Relativo
SL	Síndrome de Lynch
SMAD4	Mothers Against Decapentaplegic, Drosophila, Homolog Of, 4
SUS	Escala de Percepção de Susceptibilidade
TGFβ	Transforming Growth Factor, Beta-1
TPB	Teoria do Comportamento Planejado
TRA	Teoria da Ação Raciocinada
TTM	Modelo de Estádios de Mudança

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	1
1.1	Câncer Colorretal Esporádico, Familiar e Hereditário	4
1.1.1	Síndrome de Lynch	5
1.1.2	Polipose Adenomatosa Familiar	9
1.1.3	Outras Síndromes Polipóides	10
1.2	Rastreamento e Detecção Precoce do Câncer Colorretal	12
1.3	Registro de Câncer Colorretal Hereditário	15
1.4	Comportamentos de Saúde	16
1.4.1	Teorias	18
1.4.2	Modelo de Crenças em Saúde	22
1.4.3	Preocupação com o Câncer	23
1.5	Tradução e Adaptação de Instrumentos	26
2	OBJETIVOS	31
2.1	Objetivos Gerais	32
2.2	Objetivo Específico	32
3	REVISÃO DE LITERATURA	343
3.1	Histórico do Modelo de Crenças em Saúde	343
3.2	Descrição do Modelo de Crenças em Saúde	377
3.2.1	Percepção de Susceptibilidade	38
3.2.2	Percepção de Gravidade	40
3.2.3	Benefícios Percebidos	41
3.2.4	Barreiras Percebidas	41
3.2.5	Estratégias para a Ação	422
3.2.6	Auto-eficácia	422
3.2.7	Outras Variáveis	433
3.3	Validade e Críticas ao Modelo de Crenças em Saúde	433

3.4	Modelo de Crenças de Saúde e Câncer	455
3.4.1	Câncer de Mama	455
3.4.2	Câncer de Colo de Útero	50
3.4.3	Câncer Colorretal	51
3.4.4	Outros Tumores	577
3.5	Preocupação com Câncer	599
4	MATERIAL E MÉTODOS	644
4.1	Tipo de Estudo	655
4.2	População de Estudo	655
4.3	Procedimentos	666
4.4	Instrumentos	688
4.4.1	Questionário com características sociodemográficas; realização de colonoscopia; e Percepção de Risco	688
4.4.2	Champion's Health Belief Model Scale (CHBMS)	699
4.4.3	Lerman's Cancer Worry Scale (CWS)	700
4.4.4	Questionário da História Familiar de Câncer	71
4.5	Tradução dos Instrumentos CHBMS e CWS	71
4.6	Validação dos Instrumentos CHBMS e CWS	733
4.7	Associação Entre Características Sociodemográficas, a História Familiar de Câncer Colorretal, com as Variáveis do MCS e a Preocupação com o Câncer	744
4.7.1	Variáveis independentes	744
4.7.2	Variáveis dependentes	777
4.7.3	Testes estatísticos	788
4.7.4	Significância Estatística	799
4.8	Cálculo do Tamanho da Amostra	80
4.9	Questões Éticas	80
5	RESULTADOS	81
5.1	Tradução dos Instrumentos	82
5.2	Validação dos Instrumentos	92

5.2.1	Características da Amostra	92
5.2.2	Análise Fatorial e Análise de Confiabilidade	988
5.3	Percepção de Risco nos Familiares de Indivíduos com Câncer Colorretal	102
5.4	Modelo de Crenças em Saúde e Preocupação com o Câncer nos Familiares de Indivíduos com Câncer Colorretal	1177
6	DISCUSSÃO	1388
7	CONCLUSÕES	16767
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	17070

ANEXOS

Anexo A	Carta-convite ao Probando
Anexo B	Consentimento Pós-Informado do Probando
Anexo C	Nome, Endereço e Telefone dos Familiares
Anexo D	Carta-convite aos Familiares
Anexo E	Consentimento Pós-Informado aos Familiares
Anexo F	Roteiro para Entrevista
Anexo G	Características Sociodemográficas, Colonoscopia, Percepção de Risco, CHBMS e CWS
Anexo H	História Familiar de Câncer
Anexo I	Autorização Para Tradução da CHBMS
Anexo J	Autorização para a Tradução da Escala de Barreiras
Anexo L	Autorização para a Tradução da CWS
Anexo M	Autorização da Comissão de Ética em Pesquisa

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O câncer colorretal (CCR) representa um problema de saúde pública mundial: depois do câncer de mama é o câncer mais prevalente. Estima-se que mais de 900.000 casos novos de CCR foram diagnosticados no mundo durante o ano de 2000, representando 9,4% do total de casos novos de câncer (DUARTE-FRANCO e FRANCO 2005).

No Brasil, o câncer colorretal é o terceiro na região Sudeste (19/100.000 habitantes) entre os homens. Nas regiões Sul (21/100.000 habitantes) e Centro-Oeste (10/100.000) ocupa a quarta posição. Nas mulheres, é o segundo mais freqüente na região Sudeste (21/100.000 habitantes), o terceiro mais freqüente na Região Sul (22/100.000), Centro-Oeste (11/100.000) e Nordeste (6/100.000), e o quinto na região Norte (4/100.000) (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER 2007).

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento de CCR são história familiar, idade e hábitos alimentares (DUARTE-FRANCO e FRANCO 2005).

Como ocorre com a maior parte das neoplasias, a incidência do CCR aumenta de forma exponencial com a idade, independentemente do sexo: CCR diagnosticado antes dos 45 anos de idade está geralmente associado a fatores hereditários (DUARTE-FRANCO e FRANCO 2005).

Há diferenças na incidência e mortalidade por câncer nos Estados Unidos. A incidência de CCR é de 72,9/100.000 em negros e 61,7/100.000

em brancos. Os negros americanos não só desenvolvem CCR em uma taxa mais alta, mas também têm diagnóstico tardio: nos brancos 20% dos tumores de cólon e 15% dos tumores de reto são diagnosticados em estágio avançado (com metástase), enquanto nos negros estas frequências são de 26% e 18%, respectivamente (KAUH et al. 2007). Em outros países, no entanto, o impacto da etnia no desenvolvimento do CCR é pouco estudado. Hábitos alimentares (baixo consumo de frutas e verduras e alto consumo de carne e gordura) e desordens metabólicas, como diabetes e obesidade, são considerados fatores de risco para CCR (DUARTE-FRANCO e FRANCO 2005). Em uma análise de 14 estudos coorte prospectivos KOUSHIK et al. (2007) verificaram que o consumo de 800g ou mais de frutas e vegetais comparado com o consumo inferior a 200g/dia produz um RR de 0,74 (IC 95% 0,57 a 0,95), no risco de câncer de cólon distal e um RR de 1,02 (IC 95% 0,82 a 1,24), no risco de câncer de cólon proximal.

A obesidade também é associada com aumento no risco de CCR. PISCHON et al. (2006) em um estudo multicêntrico prospectivo na Europa, verificaram que o peso e o índice de massa corpórea (IMC) estavam associados a um aumento no risco de CCR (RR 1,43 IC 95% 1,02 a 2,02) nos homens, mas o fato não foi observado nas mulheres. No entanto, a circunferência da cintura foi positivamente associada com o risco de CCR em homens e mulheres (PISCHON et al. 2006).

Outros fatores que refletem o estado metabólico, também, estão associados a um aumento no risco de CCR: diabetes mellitus, síndrome

metabólica, hipertrigliciridemia e hiperinsulinemia (GIOVANNUCCI e MICHAUD 2007).

O risco acumulado de desenvolvimento de CCR ao longo da vida é de 6%. No entanto, condições hereditárias podem estar associadas a um aumento do risco em até 100% (DUARTE-FRANCO e FRANCO 2005).

BUTTERWORTH et al. (2006), em uma metáanálise, identificaram 59 estudos publicados entre 1958 e 2004 sobre o risco de CCR. O risco relativo agrupado para CCR de indivíduos com história familiar foi de 2,14 (IC 95% 1,98 a 2,32). O risco relativo para indivíduos com dois familiares de primeiro grau com CCR foi 3,97 (IC 95% 2,60 a 6,06). O risco absoluto de CCR aos 75 anos foi 2,5% para a população geral, 4,7% para os indivíduos com um familiar de primeiro grau com CCR, e 9,6% para indivíduos com dois ou mais familiares afetados (BUTTERWORTH et al. 2006).

Mesmo para indivíduos com familiares com adenomas, o risco de CCR é aumentado: foi verificado que para indivíduos com um familiar com adenoma têm risco relativo de 1,99 de desenvolver CCR (JOHNS e HOULSTON 2001).

1.1 CÂNCER COLORRETAL ESPORÁDICO, FAMILIAR E HEREDITÁRIO

O CCR pode ser dividido, de acordo com a história familiar, em esporádico, familiar ou hereditário (ROCHA 2005). Acredita-se que a

proporção de casos considerados familiares esteja entre 20% e 25% (DE LA CHAPELLE 2004).

O câncer esporádico corresponde a aproximadamente 75% a 80% dos CCRs, nos quais os principais fatores de risco são ambientais ou exógenos, apresentando-se como casos isolados na família e em idade avançada (ROCHA 2005).

No grupo de CCR familiar pesam fatores ambientais e fatores genéticos múltiplos. Em algumas famílias observa-se maior número de casos de CCR, porém, sem a identificação de um padrão mendeliano de herança. Acredita-se que esses casos sejam causados por genes de baixa penetrância, ou modificadores de risco (DE LA CHAPELLE 2004; ROCHA 2005).

Entre as síndromes de câncer hereditário, causadas por genes de alta penetrância, estão o câncer colorretal hereditário sem polipose (HNPCC), a polipose adenomatosa familiar (FAP), e as poliposes hamartomatosas (LYNCH et al. 2005).

1.1.1 Síndrome de Lynch

O termo câncer colorretal hereditário sem polipose (HNPCC) não descreve claramente a síndrome, uma vez que esta síndrome não predispõe apenas ao CCR. Recomenda-se o emprego do termo Síndrome de Lynch (SL) (BOLAND 2005). A SL é uma síndrome de predisposição não só ao CCR, mas também, a outros tumores, tais como: endométrio, estômago,

ovário, intestino delgado, epitélio hepatobiliar, vias excretoras urinárias e cérebro (DE LA CHAPELLE 2004).

A SL apresenta padrão de herança autossômico dominante, estando associada a mutações nos genes de reparo de DNA (MMR – mismatch repair) – principalmente hMLH1, hMSH2, hMSH6 e PMS1. Os genes hMLh1 e hMSH2 são os genes mais freqüentemente mutados (PELTOMAKI 2005). A proporção de CCR atribuída à SL está entre 1% e 3% e se o risco cumulativo de CCR é de 5%, a incidência proporcional da SL está entre 1:20.000 e 1:660, o que a torna uma das condições hereditárias mais comuns (DE LA CHAPELLE 2005).

Indivíduos portadores de mutações nos genes de reparo estão predispostos a um risco de 80% de desenvolver CCR; risco de até 60% de as mulheres desenvolverem câncer de endométrio, para algumas mutações específicas; e risco de 20% para desenvolver outros tumores. A idade média de diagnóstico de CCR em indivíduos com a Síndrome de Lynch é 40 anos, inferior à média de diagnóstico em indivíduos com CCR esporádico (54 anos em homens, 60 anos em mulheres) (CHURCH et al. 1994; DOUGLAS e BURN 2005; LINDOR et al. 2006; LYNCH e DE LA CHAPELLE 2003).

A SL pode ser definida por dois aspectos: a presença de mutação identificada nos genes de reparo (diagnóstico molecular) ou o preenchimento dos critérios clínicos (critérios de Amsterdam I e II) (DE LA CHAPELLE 2005). O diagnóstico clínico da síndrome se dá pelo preenchimento dos critérios de Amsterdam I ou II. Os critérios de Amsterdam I foram propostos

em 1991, e o diagnóstico clínico de HNPCC é realizado se a família preenche todos os seguintes critérios: (VASEN et al. 1991):

- Pelo menos três membros da família com CCR;
- Um dos membros parente em primeiro grau dos outros dois;
- Pelo menos duas gerações sucessivas acometidas;
- Pelo menos um dos membros com CCR e idade menor que 50 anos;
- Exclusão da FAP.

Os critérios de Amsterdam II foram propostos em 1999, e consideram, além do CCR, o adenocarcinoma de endométrio, adenocarcinoma de intestino delgado e o carcinoma de células transicionais de vias excretoras urinárias, como critérios para o diagnóstico da SL (VASEN et al. 1999).

Um marcador molecular da SL é a instabilidade de microssatélites observada em amostras tumorais. Os microssatélites são seqüências repetidas de nucleotídeos sem função codificadora. Aproximadamente 90% dos indivíduos com mutação no sistema de reparo apresentam alterações na seqüência dos microssatélites denominadas instabilidade de microssatélites. Assim, a instabilidade de microssatélite pode ser utilizada como método a seleção de indivíduos com suspeita de SL (BOLAND et al. 1998; SALOVAARA et al. 2000).

Para selecionar candidatos à pesquisa de instabilidade de microssatélite, foram criados em 1997 os critérios de Bethesda (RODRIGUEZ-BIGAS et al. 1997), que, em 2002, foram revistos para serem mais abrangentes (UMAR et al. 2004). Os indivíduos devem ser submetidos

à pesquisa de instabilidade de microssatélites, se preencherem um dos seguintes critérios: (UMAR et al. 2004):

- CCR diagnosticado em paciente com menos de 50 anos;
- Presença de CCR sincrônico, metacrônico, ou outro tumor associado ao espectro do HNPCC, independentemente da idade;
- CCR com infiltração linfocitária, reação linfocitária tipo Crohn, diferenciação mucinosa/anel de sinete ou padrão medular de crescimento em indivíduo com menos de 60 anos de idade;
- CCR diagnosticado em dois ou mais parentes de primeiro ou segundo grau, com tumor relacionado ao espectro do HNPCC, independentemente da idade.

Em face da alteração de microssatélites, pode ser realizada a imunistoquímica para as proteínas no gene de reparo (MLH1, MSH2, MSH6, PMS2). Pacientes com tumores que apresentam deficiência de reparo somática (instabilidade de microssatélites e ausência de expressão protéica) devem ser submetidos ao seqüenciamento do gene. A identificação da mutação germinativa em um dos genes de reparo é o diagnóstico molecular da SL. Após a identificação da mutação no primeiro indivíduo da família, o teste pode ser oferecido a indivíduos assintomáticos, e aqueles com mutação são de alto risco para câncer, enquanto que os que não herdaram a mutação apresentam o risco semelhante ao populacional (DE LA CHAPELLE 2004).

1.1.2 Polipose Adenomatosa Familiar

A FAP é uma síndrome de predisposição ao CCR com caráter de herança autossômica dominante, causada por uma mutação germinativa no gene APC. É definida pela presença de mais de 100 adenomas colorretais, com penetrância próxima a 100% (CHURCH et al. 1994; CHURCH e FAZIO 2005).

A incidência da FAP está entre 1:10.000 a 1:7.000; a proporção dos tumores colorretais atribuídos à FAP é inferior a 1% (DE LA CHAPELLE 2004).

A mutação germinativa no gene APC predispõe o epitélio colorretal ao desenvolvimento de múltiplos adenomas em idade precoce, e um ou mais destes pólipos podem se tornar um carcinoma se o intestino não for removido. Aos 10 anos, 70% dos portadores da mutação têm adenomas; aos 20 anos, mais de 90% dos indivíduos com mutação têm adenomas. A média de idade de óbito por CCR nos indivíduos cujo intestino não é removido é de 44 anos (CHURCH et al. 1994; CHURCH e FAZIO 2005).

Aproximadamente 20% dos pacientes com FAP não têm história familiar. Alguns pacientes desenvolvem a mutação germinativa no gene APC durante a concepção. Os pais e irmãos desses pacientes não são afetados e não estão sob risco, mas a sua prole tem 50% de risco de herdar a mutação (CHURCH e FAZIO 2005).

Indivíduos com mutação no gene APC, também, podem apresentar tumores extracolônicos, como o carcinoma periampular, carcinoma gástrico, carcinoma de tireóide, tumores desmóide e tumores cerebrais. Indivíduos

com FAP, também, apresentam manifestações extracolônicas benignas, tais como, hiperpigmentação congênita da retina, osteomas, dentição anômala e cistos epidermóides (CHURCH et al. 1994; CHURCH e FAZIO 2005).

Existe uma variante atenuada da FAP, na qual um número menor de adenomas é observado (em geral dezenas, mas podendo chegar a centenas). A polipose adenomatosa familiar atenuada, também, está relacionada a mutações no gene APC, no entanto, nas extremidades do gene (CHURCH e FAZIO 2005).

1.1.3 Outras Síndromes Polipóides

As síndromes hamartomatosas polipose juvenil, Síndrome de Cowden, Síndrome Bannayan-Riley-Ruvalcaba e Síndrome de Peutz-Jeghers, apesar de raras, estão relacionadas a um aumento no risco de CCR (DE LA CHAPELLE 2004; LYNCH e DE LA CHAPELLE 2003).

A Síndrome de Cowden tem padrão de herança autossômico dominante, caracterizada por múltiplos hamartomas e alto risco para o desenvolvimento de câncer de mama, tireóide, e aumento no risco de CCR. Estima-se que a incidência da Síndrome seja de 1 caso para cada 200.000 indivíduos, e o gene associado à Síndrome é o PTEN, identificado em 80% dos casos com critério clínico para a Síndrome (ENG 2000).

Outra síndrome que também é associada a mutações no gene PTEN é a Síndrome de Bannayan-Riley-Ruvalcaba (LONGY et al. 1998), caracterizada pela presença de pólipos no trato gastrintestinal, macrocefalia,

retardo mental, atraso no desenvolvimento, miopatia, tireoidite de Hashimoto e hiperpigmentação da genitália (GORLIN et al. 1992).

A síndrome de Peutz-Jeghers é uma síndrome hereditária de polipose, que tem como características hamartomas gastrintestinais e pigmentação mucocutânea de melanina. Cerca de 50% dos casos da Síndrome estão relacionados a mutações no gene LKB1 (DE LA CHAPELLE 2004). O risco relativo para o desenvolvimento de CCR é 84; e há também risco aumentado para desenvolvimento de tumores de mama, endométrio e intestino delgado (CHESSIN et al. 2005).

A polipose juvenil é uma síndrome hamartomatosa rara, caracterizada pela presença de múltiplos pólipos juvenis distribuídos mais freqüentemente no cólon e no estômago; e está relacionada a mutações nos genes SMAD4 e BMPR1A, que codificam uma proteína envolvida na sinalização de TGF β (BURKE 2005). A incidência de CCR é de até 20% em pacientes com polipose juvenil com menos de 35 anos, o que leva a um risco cumulativo de 68% para o desenvolvimento de CCR até os 60 anos (BURKE 2005).

Além das síndromes relatadas, em 2002, foi descrito que mutações no gene MYH estão relacionadas ao aumento no risco de CCR, porém, a síndrome é autossômica recessiva. Mutações no gene MYH causam câncer pelo acúmulo somático de transversões G:C-T:A no gene APC, o que leva a um fenótipo de polipose e ao CCR. A contribuição das mutações no MYH na incidência de CCR é inferior a 1% (AL-TASSAN et al. 2002).

1.2 RASTREAMENTO E DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER COLORRETAL

O objetivo principal da prevenção primária e secundária (diagnóstico precoce) é a redução da morbidade e da mortalidade associada ao câncer. As recomendações para medidas preventivas são baseadas em diversos fatores, dentre os quais dois se destacam: o comportamento biológico da doença e a característica dos métodos, em termos de sensibilidade e especificidade (FLETCHER e FLETCHER 2006).

E em CCR, a compreensão do comportamento biológico da doença tem contribuição fundamental do estudo de pacientes portadores de síndromes hereditárias de CCR, que foram descritas anteriormente. O modelo adenoma-carcinoma foi um dos primeiros modelos de progressão tumoral, e só foi possível em razão do estudo de pacientes com FAP que apresentavam adenomas múltiplos.

A partir desta compreensão e da avaliação do desempenho dos testes, se aceita que há modalidades de rastreamento que reduzem a incidência e a mortalidade em CCR (BRAWLEY e KRAMER 2005).

Em uma revisão sistemática, verificou-se que o uso do teste de sangue oculto nas fezes (PSOF) reduz o risco de morte por CCR em 16% (RR 0,84 IC95% 0,78-0,90) (HEWITSON et al. 2007). Em estudo clínico com seguimento de 15 anos, observou-se que colonoscopias regulares em indivíduos de alto-risco reduziram a incidência e a mortalidade por CCR (JARVINEN et al. 2000).

No entanto, a observação de pacientes com síndromes hereditárias também contribuiu para determinar a necessidade de recomendações de rastreamento diferenciadas. Na SL, uma vez que há evidências de que a carcinogênese é acelerada - um adenoma pode transformar-se em carcinoma em dois ou três anos, ao contrário dos oito a dez anos observados na população geral - o intervalo dos exames de rastreamento não pode ser semelhante ao da população sem a síndrome (LYNCH e DE LA CHAPELLE 2003).

Quanto ao risco de CCR, a população pode ser dividida em dois grupos: risco médio (populacional, de indivíduos com 50 anos sem outro fator de risco) e risco alto. Para os indivíduos com risco hereditário populacional, ou seja, sem nenhum fator de risco adicional, recomenda-se, a partir dos 50 anos, uma das seguintes opções de prevenção: (1) PSOF anual; (2) sigmoidoscopia flexível a cada cinco anos; (3) enema baritado a cada cinco anos; (5) colonoscopia a cada dez anos (SMITH et al. 2006).

A American Cancer Society-ACS considera indivíduos de alto risco para CCR: história de pólipos adenomatosos; história pessoal de CCR; história familiar de CCR ou adenomas diagnosticados em um familiar de primeiro grau antes dos 60 anos; história pessoal de doença intestinal inflamatória; e pertencentes a famílias de síndromes hereditárias de câncer colorretal, tais como polipose adenomatosa familiar e Síndrome de Lynch (SMITH et al. 2006).

Indivíduos com um familiar de primeiro grau com CCR devem realizar a primeira colonoscopia aos 40 anos, ou 10 anos antes do CCR

diagnosticado em idade mais jovem. A colonoscopia deve ser repetida a cada cinco anos, ou em intervalo menor a depender dos achados (NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK 2007).

Em indivíduos assintomáticos de famílias com SL, com mutação identificada, a estratégia é o seguimento rigoroso com colonoscopia em intervalos de um ano, iniciando-se aos 20 ou 25 anos de idade, a depender da idade de aparecimento de CCR na família. Estes indivíduos, apesar da controvérsia, devem ser orientados para realizar também ultrassonografia abdominal e pélvica (e transvaginal nas mulheres) anuais; endoscopia digestiva alta a cada 1-3 anos; dosagem de CA125 anual; e citologia urinária anual. Quando o teste de predisposição genética não é realizado, ou quando o teste é inconclusivo, o seguimento deve ser rigoroso, em todos os descendentes sob risco, à semelhança dos portadores de mutação (BURKE et al. 1997; LINDOR et al. 2006; NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK 2007; ROSSI et al. 2005).

O rastreamento para indivíduos com antecedentes familiares de FAP consiste na realização de: sigmoidoscopia anual até o diagnóstico dos pólipos; colonoscopias com início na idade de aparecimento de pólipos na família, o que pode ocorrer entre os 12 e 15 anos de idade (CHURCH e FAZIO 2005; GOULART et al. 2005; NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK 2007).

1.3 REGISTRO DE CÂNCER COLORRETAL HEREDITÁRIO

As recomendações para o grupo de pacientes de alto risco devem ser distintas das recomendações para os indivíduos com risco populacional, com uma assistência individualizada ao risco. O ponto de partida para a identificação dos indivíduos de alto risco é a história familiar, que deve ser parte do sistema de aconselhamento genético e ferramenta para o diagnóstico, tratamento e seguimento dos pacientes com ou sob risco de desordens genéticas (DEAN et al. 2000).

O armazenamento da história de uma família é relativamente simples, mas ao considerarmos as centenas de famílias e milhares de indivíduos, esta tarefa torna-se muito mais complexa. Para isso foram criados os registros de câncer hereditário. Um registro de câncer hereditário é uma lista com o registro da história familiar, porém, existe um número maior de funções além do armazenamento de dados: têm funções educativas, clínicas e de pesquisa (CHURCH e MCGANNON 1995). BÜLOW (2003) demonstrou que um registro de câncer hereditário pode reduzir a mortalidade por câncer colorretal em indivíduos de alto risco.

Em 1992, no Hospital A.C. Camargo, teve início o Registro de Câncer Colorretal Hereditário (RCCH), que atualmente conta com aproximadamente 280 famílias. No RCCH, indivíduos recebem orientações sobre seu risco e estratégias de seguimento (OLIVEIRA et al. 2004; SANTOS 2006c).

Uma das atividades do RCCH é a orientação dos indivíduos quanto ao seu risco de câncer e sobre as medidas para a redução do risco

(SANTOS 2006c). Com o desenvolvimento das atividades educativas e assistenciais surgiram questionamentos que direcionaram o surgimento deste estudo: como os indivíduos percebem seu risco de câncer? O que pensam sobre a realização da colonoscopia?

Uma vez que uma das principais funções do registro é a função educativa, há uma preocupação com o delineamento de ações que possibilitem a adesão dos indivíduos às recomendações de seguimento, sem que isto traga sofrimento desnecessário. Diante destas questões foi realizada uma revisão na literatura que possibilitou identificar uma área que tem obtido atenção crescente dos profissionais envolvidos na prevenção e detecção precoce das doenças crônicas: os comportamentos de saúde.

1.4 COMPORTAMENTOS DE SAÚDE

O estudo dos comportamentos de saúde tem adquirido importância, pois para que os programas de seguimento atinjam seus objetivos, estes devem ser baseados na compreensão dos comportamentos de saúde e do contexto em que ocorrem.

Segundo Gochman, citado por GLANZ et al. (2002, p.???)
comportamento de saúde é definido por atributos como crenças, expectativas, valores, percepções, e outros elementos cognitivos; características de personalidade, incluindo estados afetivos e emocionais; e padrões de comportamentos, ações e hábitos que são relacionados à manutenção de saúde, restauração e melhora da saúde. Os

comportamentos de saúde podem ser classificados em três categorias: (GLANZ et al. 2002)

Comportamento preventivo de saúde: qualquer atividade realizada por um indivíduo que acredita ser saudável, com o propósito de prevenir ou detectar uma doença em estado assintomático;

Comportamento de adoecimento: qualquer atividade realizada por um indivíduo que se percebe doente com a finalidade de definir o seu estado de saúde e descobrir um tratamento;

Comportamento de recuperação: qualquer atividade realizada por um indivíduo que se considera doente, com o propósito de curar-se; incluindo receber tratamento.

O objetivo dos pesquisadores interessados em comportamentos de saúde é compreender os determinantes destes comportamentos e o processo de mudança destes (NOAR e ZIMMERMAN 2005). As pesquisas nesta área têm duas implicações: melhor compreensão sobre o comportamento de saúde e a formação de uma base para o desenvolvimento de intervenções para melhorar a saúde das populações. SCHWARTZ et al. (2001) sugerem que indivíduos com história familiar de câncer de mama podem se beneficiar de intervenções psicossociais que melhorem sua percepção de risco, com redução da angústia psicológica, e como resultado final aumentem sua adesão às recomendações de rastreamento.

1.4.1 Teorias

Para a compreensão dos comportamentos de saúde, recomenda-se a utilização de uma teoria de comportamento de saúde para (GREEN 2000; MCQUEEN 1996; NOAR e ZIMMERMAN 2005; U.S.DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES 2006):

- Determinar o que será estudado e como será avaliado;
- Definir o que não é compreendido;
- Identificar populações-alvo;
- Desenvolver intervenções apropriadas e avaliar a sua efetividade.

Teoria é um conjunto de conceitos, definições e proposições, que apresentam uma visão sistemática de eventos ou situações, através das relações entre as variáveis com o objetivo de explicar e prever eventos ou situações (GLANZ et al. 2002). Os conceitos são os elementos primários de uma teoria, são o que a constituem. Os construtos são conceitos desenvolvidos ou adotados para uma teoria. As variáveis são as formas operacionais dos construtos. As variáveis definem como um construto é medido. Os modelos ajudam a compreender um problema em um contexto específico, podem não ser tão específicos quanto uma teoria (U.S.DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES 2006).

As teorias relacionadas aos comportamentos de saúde podem ser divididas em teorias explicativas e teorias de mudança. As teorias explicativas descrevem as razões pelas quais um problema existe; já as teorias de mudança guiam o desenvolvimento das intervenções e oferecem

uma base para a avaliação dos programas (U.S.DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES 2006).

As teorias podem ser ainda divididas de acordo com o nível de influência: intrapessoal, interpessoal e comunitário. No âmbito intrapessoal estão teorias que estudam as características individuais que influenciam o comportamento, tais como, conhecimento, atitudes, crenças e personalidade. No âmbito interpessoal estão as teorias que avaliam os processos de grupos, tais como, família e amigos, que fornecem identidade social, suporte e definição dos papéis. Finalmente no âmbito comunitário estão fatores institucionais, tais como: regras, regulações e políticas; redes sociais, normas e padrões; e leis que regulam a saúde (U.S.DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES 2006).

O nível individual é o mais básico, a unidade fundamental dos comportamentos de saúde. As teorias de comportamento de saúde são categorizadas como cognitivas-comportamentais, e três conceitos fundamentais são observados em todas as teorias (U.S.DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES 2006):

O comportamento é mediado por cognições – o que a pessoa sabe e pensa afeta como age;

O conhecimento é necessário, mas não é suficiente para produzir mudanças de comportamento;

Percepções, motivações, habilidades e o meio social são influências-chave no comportamento.

Dentre as teorias individuais ou intrapessoais estão: o Modelo de Crenças em Saúde (Health Belief Model); o Modelo de Estágios de Mudança ou Transteórico (Transtheoretical Stages of Change Model); a Teoria do Comportamento Planejado (Theory of Planned Behavior) e o Modelo da Adoção de Precaução (Precaution Adoption Process Model) (U.S.DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES 2006).

As teorias de comportamentos de saúde apresentam pontos em comum. Para que um indivíduo adote um determinado comportamento (vacinar-se, usar preservativos, ou submeter-se a uma mamografia, por exemplo), ele deve ter uma motivação para realizar tal comportamento. Para isso, deve ter um mínimo de informação sobre o comportamento, e deve considerar-se capaz para adotar esse comportamento, além de verificar que há pressão da sociedade para realizá-lo. A motivação para adotar este comportamento surge da expectativa que a ação pode reduzir a probabilidade ou gravidade do dano. Todas as teorias consideram que os benefícios na redução do risco devem ser pesados contra os custos esperados (ELDER et al. 1999; WEINSTEIN 1993).

O Modelo de Estágios de Mudança (Transtheoretical Stages of Change Model - TTM) afirma que comportamento é um processo de mudança, e não um evento. Na medida em que o indivíduo tenta mudar um comportamento, ele atravessa cinco estágios – pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção. Neste modelo, o indivíduo realiza uma avaliação dos pontos positivos e negativos em efetuar uma mudança. Este modelo também considera a auto-eficácia no processo de

mudança. A auto-eficácia é a confiança do indivíduo em enfrentar a situação de risco (PROCHASKA et al. 2002; U.S.DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES 2006; WEINSTEIN et al. 1998).

A teoria da ação raciocinada (TRA) considera a intenção do indivíduo como papel central na realização de um dado comportamento. Quanto mais forte a intenção de engajar-se em um comportamento, mais provável é que esse comportamento venha a ser realizado. Esta teoria assume uma cadeia causal entre as crenças comportamentais e as crenças normativas com a intenção e o comportamento. A TRA não especifica as crenças a serem medidas sobre um comportamento, para a sua aplicação são necessárias entrevistas com questões abertas e fechadas (MONTAÑO e KASPRZYK 2002).

Assim como na TRA, na Teoria do Comportamento Planejado (TPB) os fatores motivacionais individuais são determinantes da probabilidade em realizar um determinado comportamento. A TPB é complementar a TRA, na medida em que, além dos fatores da TRA, considera o controle comportamental percebido um fator que pode alterar a intenção de um indivíduo. Assim, uma pessoa irá realizar um determinado comportamento se sua percepção de controle for elevada (MONTAÑO e KASPRZYK 2002).

No Modelo da Adoção de Precaução (Precaution Adoption Process Model - PAPM) postula-se que, para a adoção de uma nova precaução ou cessação de um comportamento de risco, é necessária ação deliberada. Este modelo identifica sete estágios que levam à ação: desconhecimento do assunto; conhecimento, sem engajamento; decisão sobre a ação; decisão em agir ou

em não agir; ação e manutenção. O modelo descreve estágios em seqüência pelos quais os indivíduos passam, no entanto, um movimento aos estágios anteriores pode ocorrer, ainda que não seja possível retornar aos dois primeiros estágios. Esta teoria tem diversas semelhanças com o TTM (WEINSTEIN et al. 1998; WEINSTEIN e SANDMAN 2002).

1.4.2 Modelo de Crenças em Saúde

Por cinco décadas, o modelo de crenças em saúde (MCS) tem sido uma das teorias mais utilizadas no estudo dos comportamentos em saúde para explicar as mudanças e a manutenção dos comportamentos relacionados à saúde, e como guia para intervenções (MAIMAN e BECKER 1974).

O MCS está relacionado às teorias sobre o processo decisório (decision making), uma vez que tenta explicar uma ação diante de uma situação em que é necessária a tomada de decisão (CLARKE et al. 2000).

O MCS tem quatro conceitos principais: percepção de susceptibilidade ou percepção de risco; percepção de gravidade; percepção de benefícios; e percepção de barreiras (CLARKE et al. 2000; JANZ et al. 2002; U.S.DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES 2006).

O MCS é empregado em diversos estudos que avaliam as crenças de saúde e adesão a programas de rastreamento. Ao avaliar os construtos do MCS relacionados ao câncer de mama, em 301 mulheres, CHAMPION (1984) verificou que as mulheres que relatam um menor número de barreiras, também, relatam maior frequência de realização de auto-exame

de mamas. No estudo de WALLACE e GUPTA (2003), as variáveis preditivas para a realização do teste de sangue oculto, para detecção de CCR são: benefícios percebidos; barreiras percebidas; estado civil; e receber a informação sobre a necessidade de rastreamento.

JACOBS (2002) descreveu a associação entre os construtos do MCS e a participação nos programas de rastreamento entre 90 familiares de primeiro grau de indivíduos com câncer colorretal. Verificou que os indivíduos, que relatam menos barreiras ao rastreamento e que percebem o CCR como uma doença séria, têm maior probabilidade em comparecer a consultas médicas (JACOBS 2002).

GREEN e KELLY (2004) avaliaram as crenças de saúde de 100 afro-americanos sobre CCR e as características sociodemográficas. Mulheres e indivíduos com menor escolaridade relataram mais barreiras em relação à colonoscopia. Na medida em que o nível educacional aumenta, aumenta a percepção de ameaça do CCR (percepção de susceptibilidade e gravidade) (GREEN e KELLY 2004).

Outro aspecto relacionado aos comportamentos de saúde, que pode influenciar a adesão a uma recomendação de seguimento, é a preocupação com o câncer.

1.4.3 Preocupação com o Câncer

A preocupação com o câncer (cancer worry) é definida como uma resposta emocional à ameaça do câncer. No modelo de crenças em saúde,

a preocupação com o câncer é um aspecto da susceptibilidade e gravidade (HAY et al. 2005).

A preocupação é um processo que prepara um indivíduo para uma ameaça externa; esse processo pode produzir emoções como medo e ansiedade. A preocupação pode ser não-adaptativa e adaptativa. A preocupação não-adaptativa, patológica, está relacionada com a crença de que o mundo é ameaçador e incontrolável. Em contraste, a preocupação adaptativa e não-patológica é um mecanismo comum em indivíduos saudáveis, que os mantém alerta para a ameaça e pode direcionar uma ação protetora (HAY et al. 2005).

Em revisão sobre preocupação com o câncer, HAY et al. (2005) verificaram que estudos sobre preocupação com câncer em indivíduos de alto risco, com amostras maiores, indicaram níveis de preocupação com câncer de baixo a moderado, e não foram capazes de demonstrar se a preocupação com o câncer das populações de alto risco era maior do que a população geral.

Poucos estudos avaliam a preocupação com o câncer e percepção de risco em indivíduos com câncer colorretal. COLLINS et al. (2000), ao avaliarem a percepção de risco e preocupação com o câncer de 127 indivíduos que compareceram a uma clínica de câncer colorretal familiar, observaram que a preocupação com o câncer e a percepção de risco estavam associadas. STARK et al. (2006) verificam que quanto maior a preocupação com o câncer, maior a percepção de risco.

YARBROUGH e BRADEN (2001), em uma revisão sobre a aplicação do MCS na predição de comportamentos preventivos, a cerca do câncer de mama, verificaram em 16 estudos que os conceitos foram operacionalizados de maneiras distintas, o que dificulta as comparações.

JANZ et al. (2002) afirmam que um dos maiores problemas relacionados à validação do MCS é a forma como os construtos são medidos. Estes autores relataram que a maior parte dos estudos utiliza medidas sem validade e confiabilidade, e que antes do desenvolvimento de um instrumento específico, deve ser verificada a existência de um instrumento, e apenas, em face da inexistência do mesmo, outro deve ser criado (JANZ et al. 2002).

O que se pode observar nos estudos citados é que há resultados distintos que podem ser atribuídos a diferenças culturais, ou à forma como são medidos os construtos do MCS e a preocupação com o câncer. Ao utilizar medidas distintas não é possível comparar resultados. Ademais, a tradução dos instrumentos, a maioria desenvolvida na língua inglesa, sem uma adaptação cultural, pode dificultar a avaliação dos construtos, pois avaliamos um traço latente com um instrumento quantitativo.

Assim, a tradução e adaptação cultural de instrumento é um elemento importante que deve ser considerado ao estudar os comportamentos de saúde.

1.5 TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DE INSTRUMENTOS

MANEESRIWONGUL e DIXON (2004) relatam que para estudos em que são utilizadas medidas quantitativas, é necessário traduzir estas medidas para a língua em que será utilizada. Os valores refletidos em um instrumento e o significado dos construtos podem variar de uma cultura para outra (CHANG et al. 1999). Assim, a qualidade da tradução e a validação dos instrumentos têm importância na obtenção dos resultados.

Segundo GUILLEMIN et al. (1993) há esforços para desenvolver medidas de avaliação de qualidade de vida, e com poucas exceções, a maioria das medidas foi desenvolvida em inglês. Para realizar pesquisas em outras línguas, duas abordagens podem ser utilizadas: (1) desenvolver uma nova medida; ou (2) traduzir um instrumento já desenvolvido (GUILLEMIN et al. 1993). Apesar de ideal, uma vez que um instrumento deve ser desenvolvido na perspectiva da cultura na qual será utilizado, o desenvolvimento de uma medida consome tempo e impede a comparação entre estudos. No entanto, a simples tradução não é adequada, porque há diferenças culturais e de linguagem. Portanto, faz-se necessário a adaptação transcultural, que tem dois componentes: a tradução da medida e a adaptação, isto é, a combinação entre a tradução literal das palavras e sentenças de uma língua para outra e a adaptação relacionada ao contexto cultural e estilo de vida (CHANG et al. 1999; MANEESRIWONGUL e DIXON 2004).

MANEESRIWONGUL e DIXON (2004) descrevem as seguintes categorias para tradução dos instrumentos:

Tradução apenas: o instrumento foi traduzido da língua original para a língua-alvo; aplicável quando apenas um tradutor está disponível, há economia de tempo e custo;

Tradução com teste: o instrumento traduzido por um tradutor é aplicado em uma amostra para testar a qualidade da tradução, também é realizada quando há apenas um tradutor disponível, com economia de tempo e custo;

Tradução reversa (back-translation): o instrumento é traduzido da língua original para a língua-alvo, então esta última versão é traduzida para a língua original por outros tradutores, e as duas versões são comparadas;

Tradução reversa com teste em indivíduos com domínio de uma língua: é possível avaliar a correspondência semântica, e teste de confiabilidade e validade, mas com consumo de tempo e custo;

Tradução reversa e teste em indivíduos bilíngües: podem ser verificadas correspondência semântica, e a confiabilidade e validade em sujeitos bilíngües, no entanto, a versão pode não ser apropriada para indivíduos monolíngües.

Tradução reversa e teste em indivíduos monolíngües e bilíngües: podem ser verificadas correspondência semântica, confiabilidade e validade, no entanto, há consumo de tempo e custo e pode ser difícil identificar indivíduos bilíngües.

Algumas recomendações são realizadas para assegurar a qualidade da adaptação de um instrumento. As traduções são mais eficientes quando realizadas por, pelo menos, dois tradutores independentes, o que permite a detecção de erros e interpretação divergente. A qualificação dos tradutores é importante (MANEESRIWONGUL e DIXON 2004).

O ideal é que os tradutores tenham as mesmas características da população alvo, no entanto, em geral, os tradutores têm elevado nível educacional. Por isso, recomenda-se que os tradutores sejam envolvidos em atividades que os coloquem em contato com o maior número de pessoas com habilidades de linguagem distintas, tais como, professores, por exemplo (SWAINE-VERDIER et al. 2004).

Apesar da ampla utilização da tradução reversa, há críticas quanto à sua utilização. Aponta-se que a tradução reversa lida apenas com o significado literal da tradução, e ao ser empregada como um método para garantir a tradução literal do instrumento, não detecta diferenças conceituais (NASSER 2005). Além disso, SWAINE-VERDIER et al. (2004) apontam que se a tradução tem boa qualidade, a tradução reversa pode resultar em um instrumento distinto do original.

O comitê que realiza a revisão deve ser constituído para produzir uma versão final do instrumento. Parte do papel do comitê é revisar as instruções do questionário, assim como as escalas de resposta para cada questão (escalas do tipo Likert). O comitê deve ser multidisciplinar, constituído por especialistas na doença e nos conceitos a serem explorados, também se sugerem especialistas em Lingüística e tradutores. No processo de

adaptação transcultural, a versão original e a final são igualmente importantes, e ambas estão sujeitas a modificações. O comitê, também, pode modificar ou eliminar itens que considerar irrelevantes, inadequados ou ambíguos, ou ainda, acrescentar itens que achar necessários e adequados à cultura (BEATON et al. 2000; GUILLEMIN et al. 1993).

A tradução deve ser compreensível para a maioria dos indivíduos, e o instrumento deve ser compreendido por crianças entre 10 e 12 anos. As recomendações para atingir este objetivo incluem: frases curtas com palavras-chave da maneira mais simples possível; uso da voz ativa, no lugar da passiva; nomes, no lugar de pronomes; termos específicos. Também devem ser evitados: coloquialismos; modo subjetivo; advérbios e preposições que significam quando e onde; formas possessivas; palavras vagas; sentenças com dois verbos que sugerem ações diferentes (GUILLEMIN et al. 1993).

Ainda que não haja no Brasil programas de rastreamento populacional em CCR, instituições, tais como o Hospital A.C. Camargo, possuem serviços destinados à orientação e seguimento de indivíduos de alto risco para câncer colorretal. Estes serviços podem contribuir para a redução da mortalidade e morbidade por câncer neste grupo de indivíduos, assim como observado em estudos internacionais. Para tanto, a adesão dos indivíduos é um ponto fundamental, e é necessário conhecer os aspectos relacionados à adesão e as percepções dos indivíduos de alto risco sobre o CCR.

Frente ao exposto, se verifica que é necessário investigar os comportamentos de saúde relacionados ao câncer colorretal em indivíduos

de alto risco, com a finalidade de propor intervenções que facilitem a adesão destes indivíduos aos programas de rastreamento. A investigação dos comportamentos de saúde também se justifica, pela escassez de estudos sobre o tema na América Latina, e pela menor frequência de estudos que avaliam os comportamentos de saúde relacionado ao CCR, ao se comparar com a frequência de estudos que avaliam os comportamentos de saúde relacionado ao câncer de mama.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

1.1 OBJETIVOS GERAIS

Descrever os conceitos de susceptibilidade percebida, gravidade percebida, barreiras e benefícios percebidos relacionados ao CCR, em indivíduos com história familiar de CCR; e

Verificar a associação entre características sociodemográficas, a história familiar de câncer e CCR, com as variáveis do Modelo de Crenças em Saúde e a preocupação com o câncer.

1.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Traduzir e avaliar a reprodutibilidade dos questionários Champion's Health Belief Model Scale (CHBMS) e Lerman's Cancer Worry Scale (CWS), em indivíduos com história familiar de CCR.

REVISÃO DA LITERATURA

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 HISTÓRICO DO MODELO DE CRENÇAS EM SAÚDE

Nos Estados Unidos, no início da década de 1950, o sistema público de saúde estava dirigido à prevenção das doenças. Apesar deste objetivo, verificava-se que os indivíduos não aderiam às recomendações de prevenção primária ou secundária. Portanto, era necessário investigar o que levava a alguns indivíduos a aderir às recomendações e outros não (ROSENSTOCK 1974).

O MCS foi desenvolvido por psicólogos que trabalhavam no sistema de saúde pública dos Estados Unidos (Hochbaum, Rosenstock, Leventhal e Kegeles), para explicar a não-adesão dos indivíduos a programas de prevenção e detecção de doenças (JANZ et al. 2002).

Em 1956, HOCHBAUM (1956) publicou um estudo que avaliava os motivos pelos quais indivíduos não se submetiam à radiografia para a detecção da tuberculose. No estudo foram entrevistados 1.200 indivíduos, e o autor apontou que apenas 42% dos participantes, que eram assintomáticos, submeteram-se a radiografias torácicas. Hochbaum (1956) apontou que os indivíduos que se consideravam sob risco de tuberculose, que acreditavam que a tuberculose poderia ocorrer mesmo na ausência de sintomas, e que há benefícios na detecção precoce, submetiam-se à radiografia com maior frequência.

Assim, HOCHBAUM (1956) propõe as quatro dimensões do modelo de crenças em saúde: percepção de susceptibilidade, percepção de gravidade, percepção de benefícios e de barreiras.

Segundo ROSENSTOCK citado por MAIMAN e BECKER (1974) o MCS é derivado da teoria sociopsicológica de Lewin e Becker, e sugerem que o modelo é classificado como uma teoria “expectativa x valor”. Nesse tipo de teoria, as decisões são tomadas com o objetivo de evitar resultados tidos como negativos (valor) e avaliadas de acordo com a sua eficácia e custo subjetivo (expectativa), assim, a escolha das ações são baseadas em estimativas subjetivas e não em resultados e probabilidades objetivas (MAIMAN e BECKER 1974).

ROSENSTOCK et al. (1959) avaliaram a vacinação contra a poliomielite segundo o MCS. Além dos conceitos de susceptibilidade, gravidade e benefícios propõem que a pressão social e a conveniência, também, influenciam na adesão dos indivíduos aos programas de vacinação (ROSENSTOCK et al. 1959).

Em 1965, KEGELES et al. (1965) publicaram um artigo que avalia a prevenção de câncer de colo, de útero segundo o MCS. Neste estudo que avaliou 884 mulheres, 40% realizaram um exame de Papanicolaou, e foi verificada a associação entre a percepção de benefícios e exames para a detecção precoce do câncer (KEGELES et al. 1965).

Outro conceito que também é associado ao MCS é o de motivação para a saúde, que foi apresentado por BECKER et al. em 1972 (BECKER et al. 1972). Em 1974, BECKER et al. (1974) ressaltaram que o conceito de

motivação para a saúde está incluído em todas as dimensões do MCS. Segundo os autores, o modelo inicial lida apenas com os aspectos negativos da saúde, dentre eles a ameaça da doença; porém, motivações positivas também são responsáveis pelo comportamento de saúde (BECKER et al. 1974).

O MCS, originalmente destinado a explicar comportamentos preventivos, foi estendido para explicar respostas dos indivíduos aos sintomas e seu comportamento em resposta à doença, particularmente, a adesão às recomendações médicas (BECKER et al. 1978; KIRSCHT 1974).

Em 1984, JANZ e BECKER (1984) realizaram uma revisão sobre os estudos que utilizaram o MCS até aquela data: identificaram 46 estudos – 18 prospectivos e 28 retrospectivos. Nesta revisão os autores identificaram estudos nas seguintes áreas: comportamentos preventivos (vacinação contra influenza; teste genético; auto-exame das mamas; verificação de pressão arterial); comportamentos de adoecimento (uso de medicamentos anti-hipertensivos; dieta para controle do diabetes mellitus; uso de medicamentos em insuficiência renal grave; administração de medicamentos pela mãe ao filho com infecção e asma; comparecimento ao médico por sintomas) (JANZ e BECKER 1984).

Neste mesmo ano, CHAMPION (1984) desenvolveu um instrumento para avaliar os construtos do MCS em câncer. O instrumento denominado Champion's Health Belief Model Scale (CHBMS) foi desenvolvido inicialmente para avaliar o modelo em relação do câncer de mama, foi utilizado em outros tumores, tais como CCR (GREEN e KELLY 2004).

Em 1988, ROSENSTOCK et al. (1988) adicionaram ao modelo o conceito de auto-eficácia, advindo da Teoria Social Cognitiva (BANDURA 2004), desenvolvido para explicar mudanças de comportamento, tais como o sedentarismo ou tabagismo (ROSENSTOCK et al. 1988).

Assim, o MCS tem sido utilizado para a compreensão de diversos comportamentos de saúde: uso de medicamentos para prevenção da osteoporose, uso de assistência médica; utilização de mamografia; independência de crianças diabéticas; uso de vacinação contra influenza; adesão das mães à administração de medicações aos filhos; utilização da colonoscopia; pesquisa de sangue oculto nas fezes; prevenção de colo de útero, dentre outros (BECKER et al. 1974; JANZ e BECKER 1984).

3.2 DESCRIÇÃO DO MODELO DE CRENÇAS EM SAÚDE

De acordo com esse modelo, para a adoção de um comportamento preventivo, o indivíduo deve: considerar-se suscetível a um problema de saúde, ou seja, acreditar que esse problema pode afetá-lo (percepção de susceptibilidade ou percepção de risco); perceber que o problema pode ter conseqüências sérias (percepção de gravidade); e acreditar que o problema de saúde pode ser prevenido com ações (percepção de benefícios), cujos benefícios superam os aspectos negativos, tais como impedimentos financeiros, desconforto, vergonha (percepção de barreiras). Os benefícios da ação são avaliados em função das barreiras para realizá-la. Além disso, a presença de estímulos para a ação é importante para desencadear as

percepções de susceptibilidade e gravidade, e motivar o indivíduo a agir (GLANZ et al. 1997; JANZ et al. 2002). Os principais conceitos do MCS, suas definições e aplicações estão apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 - Conceitos do modelo de crenças em saúde, definições e aplicações.

Conceito (construto)	Definição	Aplicação
Percepção de susceptibilidade	Opinião sobre as chances de desenvolver uma determinada condição	Definir a população sob risco; personalizar o risco baseado nas características do indivíduo ou comportamento; fazer a susceptibilidade percebida mais próxima do risco real
Percepção de gravidade	Opinião sobre a seriedade de uma condição e suas seqüelas	Especificar as conseqüências da doença
Benefícios percebidos	Opinião sobre a eficácia da ação recomendada para reduzir o risco ou seriedade do impacto	Definir a ação a ser tomada (como, onde e quando); clarificar os efeitos positivos esperados
Barreiras percebidas	Opinião sobre os custos físicos e psicológicos da ação recomendada	Identificar e reduzir barreiras através de incentivos, assistência e orientação
Estratégias para a ação	Estratégias para ativar a "prontidão" para a ação	Fornecer informações sobre como implementar as ações; promover consciência
Auto-eficácia	Confiança na habilidade em realizar a ação	Promover treinamento; oferecer reforço verbal; reduzir ansiedade

Fonte: Adaptado de GLANZ et al. (1997) e JANZ et al. (2002)

3.2.1 Percepção de Susceptibilidade

A susceptibilidade refere-se ao risco subjetivo de um indivíduo em desenvolver uma determinada condição ou doença, também denominada

percepção de risco (GLANZ et al. 1997; JANZ et al. 2002; ROSENSTOCK 1974), e deriva da avaliação da ameaça, que é considerada um fator motivador para a adoção de comportamentos preventivos ou protetores (VERNON 1997; WEINSTEIN 1999). Segundo ROSENSTOCK (1974), observa-se variação na aceitação da susceptibilidade de um indivíduo a uma determinada condição. Em um extremo, estão os indivíduos que negam a possibilidade em desenvolver uma condição ou doença, e no outro estão indivíduos que têm absoluta certeza que ficarão doentes.

A importância da avaliação da percepção de risco é atribuída à seguinte concepção: uma vez que a percepção de risco está relacionada à motivação para agir, a aproximação entre a percepção de risco (crenças) e o risco real poderia estimular os indivíduos a adotarem comportamentos protetores apropriados a seu nível de risco (LEVENTHAL et al. 1999; SANTOS 2006b; VERNON 1999). No entanto, este fenômeno tem resultados conflitantes na literatura (LEVENTHAL et al. 1999).

Os indivíduos não fazem a mesma estimativa ao apontar o risco para eles mesmos, suas famílias, ou a população. Ao estimar o risco pessoal, os indivíduos usam outros processos psicológicos para reduzir o grau de ameaça que o risco envolve o que pode levar a uma minimização do risco (MARTEAU 1999). Esta minimização ou até negação do risco é um fator importante na percepção de risco, e este fenômeno é chamado otimismo não realista (SJOBERG 2000). A magnitude do otimismo não realista varia de acordo com o risco, mas, em problemas mais graves, como o câncer, por exemplo, está relacionada à possibilidade de prevenção do problema

através de ações individuais (WEINSTEIN 1999). O otimismo não realista pode levar à decisão de não aderir às recomendações de seguimento. Em contrapartida, a superestimação do risco, freqüentemente, está associada à preocupação excessiva com o câncer, ansiedade e ou depressão, o que pode levar à menor adesão ao seguimento (LILJEGREN et al. 2004).

Estudos que exploram a percepção de risco sobre o câncer de mama sugerem que mulheres apóiam-se em crenças sobre causas, curabilidade e fatores de risco diferentes do conhecimento dos profissionais de saúde (KATAPODI et al. 2004).

Ao determinar sua percepção de risco, o indivíduo faz um julgamento baseado em um sistema de crenças que é composto de três elementos: a representação da doença (características, idade de ocorrência, conseqüências, causas e crenças sobre susceptibilidade e controle); a representação do indivíduo e as crenças sobre prevenção tratamento e controle da doença (LEVENTHAL et al. 1999).

3.2.2 Percepção de Gravidade

A gravidade de uma doença pode ser observada em relação às conseqüências médicas (morte, alterações psíquicas, alterações físicas e dor) e, em relação às conseqüências sociais (implicações da doença no trabalho, vida familiar e relacionamento social). A gravidade, também, pode ser julgada pelos sentimentos gerados pela lembrança da doença. As convicções sobre a gravidade de um problema de saúde variam de um indivíduo para o outro (ROSENSTOCK 1974).

3.2.3 Benefícios Percebidos

A adoção de um comportamento depende não só da percepção de susceptibilidade e gravidade, mas também dos benefícios que o indivíduo acredita que sua ação trará (JANZ et al. 2002; JANZ e BECKER 1984; ROSENSTOCK 1974). Uma ação é vista como benéfica se estiver relacionada com a redução da susceptibilidade ou da gravidade de uma doença. O que predomina não é o conhecimento objetivo sobre a efetividade, mas as crenças do indivíduo sobre a efetividade da ação. Assim, um indivíduo não aceita uma ação de saúde, a menos que perceba a ação como exeqüível e eficaz. As crenças de um indivíduo sobre os benefícios de uma ação são influenciadas pelas normas e pressões do grupo social ao qual o indivíduo pertence (ROSENSTOCK 1974).

3.2.4 Barreiras Percebidas

Ao mesmo tempo em que o indivíduo percebe os benefícios de uma ação na redução da susceptibilidade e gravidade de uma doença, o indivíduo também vê que a ação pode ser inconveniente, cara, desagradável, dolorosa ou geradora de tristeza. Estes aspectos negativos são as barreiras para a ação e podem motivar comportamentos de fuga (JANZ et al. 2002; JANZ e BECKER 1984; ROSENSTOCK 1974).

Acredita-se que, quando a disposição para ação é grande e as barreiras são fracas, o indivíduo decide agir. Já quando a disposição para a ação é pequena e as barreiras são fortes, os aspectos negativos impedem a adoção do comportamento. Porém, quando a disposição para a ação é

grande e as barreiras são fortes, está estabelecido um conflito de difícil resolução. Nesta situação, duas reações podem ocorrer: primeiro, a pessoa tenta reduzir o conflito realizando atividades que não reduzem a ameaça concretamente; segundo, o indivíduo apresenta um aumento no medo ou ansiedade, e se a ansiedade e medo tornam-se grandes, o indivíduo não consegue pensar objetivamente e comporta-se irracionalmente diante do problema. Mesmo, se é oferecida uma maneira efetiva de contornar a situação, o indivíduo recusa, simplesmente porque não pode pensar construtivamente (ROSENSTOCK 1974).

3.2.5 Estratégias para a Ação

Um fator pode servir como uma pista, ou gatilho para a adoção de uma ação. Estes fatores podem ser internos (percepção do estado corporal) ou externos (interações, impacto da mídia). A intensidade da informação ou fato necessário para a ação depende da percepção de susceptibilidade ou gravidade (JANZ et al. 2002; ROSENSTOCK 1974).

3.2.6 Auto-eficácia

A auto-eficácia é a crença do indivíduo em realizar um determinado comportamento (BANDURA 2004; ROSENSTOCK et al. 1988). A auto-eficácia não significa a crença do indivíduo na eficácia de um determinado comportamento, esta última incluída na percepção de benefícios (JANZ et al. 2002; ROSENSTOCK et al. 1988).

A auto-eficácia pode ser aplicada a mudanças de comportamento, tais como adoção de dieta rica em fibras, interrupção de tabagismo, e a algumas medidas de rastreamento, tais como o auto-exame das mamas. RIMER (2002) aponta, no entanto, que são necessárias mais pesquisas para determinar se a auto-eficácia deve fazer parte formal do modelo.

3.2.7 Outras Variáveis

Variáveis demográficas (idade, sexo, raça), sociopsicológicas (personalidade, classe social) e estruturais (conhecimento sobre a doença, contato prévio com a doença), também, podem influenciar a percepção da susceptibilidade, gravidade e as barreiras e benefícios percebidos (ROSENSTOCK 1974).

A motivação para a saúde, também, está incluída no modelo e pode ser medida nas quatro dimensões, sugerindo que a motivação é uma condição necessária para a ação, e responde por parte do comportamento de saúde (BECKER et al. 1974; MAIMAN e BECKER 1974).

3.3 VALIDADE E CRÍTICAS AO MODELO DE CRENÇAS EM SAÚDE

JANZ e BECKER (1984) ao rever os estudos publicados entre 1974 e 1984, verificaram que os resultados davam suporte ao modelo, em uma variedade de comportamentos. Nesta revisão, as quatro dimensões principais do modelo correlacionaram-se significativamente com os

comportamentos analisados, na seguinte ordem: barreiras percebidas, percepção de susceptibilidade, percepção de benefícios e percepção de gravidade (JANZ e BECKER 1984).

Nos estudos publicados antes de 1974, a percepção de susceptibilidade foi a dimensão que mais determinou os comportamentos, e nos estudos publicados entre 1974 e 1984, a percepção de barreiras foi a dimensão que mais influenciou os comportamentos, sejam eles preventivos ou de adoecimento (JANZ e BECKER 1984).

SHILOH et al. (1997) avaliam 252 indivíduos assintomáticos quanto à quatro comportamentos preventivos: avaliação dentária, mensuração de pressão arterial e mensuração dos níveis de colesterol, mamografia e realização do exame de citologia oncótica cervical, sob a perspectiva do MCS e da teoria de auto-regulação, e verificou a validade do modelo – os construtos do MCS explicou 45%, 42%, 20% e 7 % dos comportamentos preventivos relacionados à mamografia, avaliação dentária, mensuração da pressão arterial e realização do exame de Papanicolaou, respectivamente (SHILOH et al. 1997).

YARBROUGH e BRADEN (2001), em uma revisão sobre o MCS e comportamentos de rastreamento do câncer de mama, afirmaram que a aplicação do modelo é inconsistente.

RODEN (2004) afirmou que, mesmo sendo um dos principais modelos de comportamento de saúde utilizados, há críticas ao modelo:

- Indivíduos não adotam os comportamentos de saúde de maneira racional e consciente;

- Há dificuldade em associar o MCS com as crenças modificadoras;
- Falta de uniformidade no teste do modelo, especialmente como as variáveis são operacionalizadas;
- Falta de consistência na utilização e teste do modelo, ou seja, nem todas as variáveis são incluídas;

É um modelo psicossocial e, portanto, apenas uma parte do comportamento pode ser explicado. Assim, outros fatores, tais como variáveis sociodemográficas, personalidade, suporte social, experiências de saúde anteriores, podem influenciar o comportamento.

Deve se destacar que estas críticas são comuns a todos os outros modelos de comportamentos de saúde.

3.4 MODELO DE CRENÇAS DE SAÚDE E CÂNCER

A maior parte dos estudos sobre o MCS está relacionada ao câncer de mama, câncer de colo de útero e câncer colorretal. Também há relatos da aplicação do MCS em câncer de próstata, estômago, pulmão e pele.

3.4.1 Câncer de Mama

A maior parte dos estudos sobre o MCS em câncer avalia as crenças quanto ao câncer de mama. No entanto, a comparação entre os estudos é dificultada em razão da variedade de medidas e instrumentos utilizados.

SABATINO et al. (2004) avaliaram a percepção de risco de desenvolver câncer de mama em 6.410 mulheres, sendo 15,7% de alto

risco. Entre as mulheres de alto risco, 44% referiram ter baixo risco para desenvolver câncer de mama e 36% referiram ter risco médio (SABATINO et al. 2004).

Em três estudos que avaliaram o MCS e o câncer de mama, a frequência de mulheres que se percebem como de alto risco para o desenvolvimento do câncer de mama variou entre 15% e 24% (FULTON et al. 1991; HO et al. 2005; SOSKOLNE et al. 2007).

Em uma estudo com 510 mulheres muçulmanas, SOSKOLNE et al. (2007) verificaram que 47% destas relataram risco mais alto, quando comparado a outras mulheres.

MACDONALD et al. (2005), em um estudo que comparou mulheres de alto risco para câncer de mama em razão da história familiar, verificaram que as mulheres sem câncer apresentaram maior percepção de risco do que as mulheres que já haviam apresentado um tumor de mama (51% versus 31%, respectivamente).

SOSKOLNE et al. (2007) verificaram que 94% das mulheres entrevistadas apontaram que o câncer de mama era uma doença grave e 89% que era fatal se não tratada. HO et al. (2005) verificaram que 56% das mulheres relatam que a carreira seria atrapalhada pelo câncer de mama, e 66% que o casamento seria atrapalhado pela doença.

Em dois estudos qualitativos, o estabelecimento de uma rotina de prevenção, a interação com a equipe de saúde, o estímulo dos companheiros, e a detecção precoce do câncer, evitando a mastectomia e aumentando as chances de cura, foram apontados como benefícios do

rastreamento do câncer de mama (FUGITA e GUALDA 2006; PARK et al. 2007).

No estudo de SOSKOLNE et al. (2007), 87% das mulheres apontam que a mamografia detecta o câncer precocemente e 73%, que o tratamento do câncer de mama é eficaz; já no estudo de HO et al. (2005) os principais benefícios apontados foram a redução na ansiedade pelo auto-exame (61%) e o aumento na chance de cura pela mamografia (55%).

São diversos itens apontados como barreiras para a realização do rastreamento para o câncer de mama: falta de sensibilidade do método, medo do diagnóstico da doença, falta de informação, falta de tempo; falta de confiança no serviço de saúde/profissional; vergonha, dor, dificuldade em transporte; falta de necessidade; falta de indicação médica; desconhecimento quanto ao exame; desconhecimento quanto à forma para marcar o exame (FUGITA e GUALDA 2006; HO et al. 2005; PARK et al. 2007; SOSKOLNE et al. 2007).

Em uma metanálise sobre câncer de mama e percepção de risco, KATAPODI et al. (2004) observaram que mulheres com história familiar tinham percepção de risco mais elevada. Nesta pesquisa verificou-se que poucos estudos avaliam a influência das características demográficas na percepção de risco, com resultados inconclusivos.

WALLACE e GUPTA (2003) avaliaram as crenças de saúde, segundo o MCS, e as práticas de rastreamento de câncer de mama e cólon, em 223 mulheres entre 50 e 75 anos. Verificaram que a história familiar de câncer foi associada com a maior percepção de susceptibilidade e de gravidade de

câncer de mama, do que em mulheres sem história familiar. Neste estudo, também foi verificado que mulheres com menor nível educacional referiram ser mais susceptíveis ao câncer de mama (WALLACE e GUPTA 2003).

CEBER et al. (2006) avaliaram o MCS em 215 enfermeiras e parteiras na Turquia. Neste estudo, participantes com história pessoal de câncer, história familiar e idade acima dos 40 anos relataram risco moderado ou alto para câncer de mama (CEBER et al. 2006).

FINNEY RUTTEN e IANNOTTI (2003) verificaram que as mulheres com história familiar que realizavam mamografia relataram maior percepção de benefícios do que as mulheres que realizavam mamografia, mas sem história familiar.

CHAMPION (1987) avaliou o MCS em relação à realização do auto-exame das mamas, e verificou que mulheres com maior escolaridade relataram maior percepção de benefícios e menor percepção de barreiras.

A maior parte dos estudos do MCS em câncer de mama tem como objetivo verificar o valor preditivo do modelo ante a realização do auto-exame das mamas, exame clínico das mamas e mamografia.

A percepção de susceptibilidade está associada com maior realização das atividades de rastreamento nos estudos de CHAMPION (1987); KARAYURT e DRAMALI (2007); MIKHAIL e PETRO-NUSTAS (2001); FINNEY RUTTEN e IANNOTTI (2003); SECGINLI e NAHCCIVAN (2006); SOSKOLNE et al. (2007). Nestes estudos, mulheres que se consideravam mais susceptíveis ao câncer de mama realizavam auto-exame, exame clínico das mamas ou mamografia com maior frequência (CHAMPION 1987;

FINNEY RUTTEN e IANNOTTI 2003; KARAYURT e DRAMALI 2007; MIKHAIL e PETRO-NUSTAS 2001; SECGINLI e NAHCIVAN 2006; SOSKOLNE et al. 2007).

A associação entre gravidade e a realização dos exames de rastreamento é contraditória entre os estudos. HO et al. (2005); KARAYURT e DRAMALI (2007); WU e YU (2003) e SECGINLI e NAHCIVAN (2006) verificaram que mulheres que consideravam a doença como mais séria realizaram auto-exame das mamas e mamografias com mais frequência. FINNEY RUTTEN e IANNOTTI (2003) verificaram, no entanto, que mulheres que consideravam o câncer de mama como uma doença mais grave realizaram mamografia com menor frequência. Em outro estudo, a percepção de gravidade também está relacionada com a realização do auto-exame de frequência excessiva (NORMAN e BRAIN 2005).

FINNEY RUTTEN e IANNOTTI (2003); KARAYURT e DRAMALI (2007); SECGINLI e NAHCIVAN (2006) e SOSKOLNE et al. (2007) verificaram a associação entre benefícios e a realização do rastreamento. Nestes estudos, indivíduos que observaram um maior número de benefícios realizaram o rastreamento com maior frequência (FINNEY RUTTEN e IANNOTTI 2003; KARAYURT e DRAMALI 2007; SECGINLI e NAHCIVAN 2006; SOSKOLNE et al. 2007).

Diversos estudos identificaram que mulheres que relataram menor percepção de barreiras realizaram exames de rastreamento com maior frequência (CHAMPION 1987; HO et al. 2005; KARAYURT e DRAMALI

2007; MIKHAIL e PETRO-NUSTAS 2001; RUSSELL et al. 2007; SECGINLI e NAHCIVAN 2006; SOSKOLNE et al. 2007; WU e YU 2003).

3.4.2 Câncer de Colo de Útero

Os estudos com câncer de colo de útero são observados com menor frequência. McFARLAND (2003) realizou um estudo que avaliou o MCS em câncer de colo de útero, com uma amostra de 30 mulheres de Botswana. Verificou que 43% das mulheres relataram baixa susceptibilidade, por realizarem exames preventivos e por evitarem os fatores de risco, e 57% acreditavam que o câncer de colo de útero era incurável. Neste estudo foram apontadas como principais barreiras ao rastreamento: falta de conhecimento (46,7%); atitudes negativas dos profissionais de saúde (46,7%); acesso limitado ao serviço de saúde (33,3%); falta de confiança nos profissionais (23,3%) (MCFARLAND 2003).

HO et al. (2005) avaliaram o MCS não só quanto ao câncer de mama mas também em relação ao câncer de colo de útero, em 209 mulheres vietnamitas que residiam no Texas. Dentre os benefícios citados com maior frequência, estão: parte do exame de rotina (76%); compreensão quanto às recomendações de rastreamento (68%); crença que o Papanicolaou detecta o câncer de colo de útero em estágio precoce (55%); sugestão médica (48%); tranquilidade após realização do exame (38%). Neste estudo, mulheres que relataram maior percepção de barreiras realizaram o exame com menor frequência (HO et al. 2005).

BOONPONGMANEE e JITTANOON (2007) avaliaram 189 mulheres tailandesas quanto ao MCS em câncer de colo de útero. Verificaram que 52% das mulheres realizaram um exame de Papanicolaou. Das 48% que nunca foram submetidas ao exame, as principais barreiras apontadas foram: falta de tempo (57%); vergonha (48%); medo (40%); esquecer de marcar o exame (39%); acreditar estar fora da idade para realização do exame (26%). Neste estudo a percepção de barreiras foi o único conceito do MCS associado com a realização do exame de Papanicolaou (BOONPONGMANEE e JITTANOON 2007).

3.4.3 Câncer Colorretal

Assim como foi apresentado na discussão sobre o MCS e o câncer de mama, os resultados dos estudos serão agrupados sob três aspectos: a descrição do MCS em relação do câncer colorretal; a associação entre o MCS e variáveis sociodemográficas e história familiar; e a associação entre os conceitos do MCS e a realização de exames de rastreamento.

LILJEGREN et al. (2004) avaliaram indivíduos com alto risco para CCR e relataram que dentre 28 portadores de mutação nos genes hMLH1 ou hMSH2, 36% relataram risco de desenvolver CCR entre 1% e 20%, porém, sabe-se que esse risco pode chegar a até 80%. No grupo de pacientes com critérios de Amsterdam preenchidos e com resultado de teste de predisposição inconclusivo, e naquele com dois familiares com CCR, 50% subestimaram o risco (LILJEGREN et al. 2004).

GREEN e KELLY (2004) avaliaram 100 afro-americanos quanto aos conceitos do MCS em relação ao CCR. Verificaram que 55% relataram que a chance de CCR era alta; 81% relataram que pensar sobre CCR era assustador; 59% acreditavam que os problemas com CCR durariam por muito tempo; e 57% acreditavam que o CCR era mais sério do que outras doenças (GREEN e KELLY 2004).

O otimismo não realista, também, foi observado com estudos realizados com profissionais de saúde. SHIEH et al. (2005) avaliaram a relação do MCS e a indicação de exames de rastreamento. Médicos, que se percebiam mais susceptíveis ao CCR, apresentaram maior probabilidade de indicar exames de rastreamento de câncer colorretal aos pacientes. Neste estudo, 27,9% dos médicos referiram ter risco de câncer colorretal, abaixo da média populacional; 47,8% referiram o mesmo risco populacional, e 24,3% relataram risco acima da média populacional (SHIEH et al. 2005).

Os benefícios relacionados ao rastreamento podem ser agrupados na crença na detecção precoce do CCR e na redução da ansiedade e medo.

GREEN e KELLY (2004) observaram que 98% acreditavam que o CCR pode ser detectado precocemente através do rastreamento, a mesma frequência foi observada por WATTS et al. (2003) em estudo com 2.256 trabalhadores da indústria de automóveis dos Estados Unidos. ZHENG et al. (2006), que utilizaram a escala desenvolvida por Champion, verificaram que a pontuação de benefícios foi elevada, com índices de concordância acima de 70%, exceto pela afirmação “realizar colonoscopia reduz a chance de cirurgia radical” que recebeu concordância de 59,4% dos participantes.

JAMES et al. (2002) ao avaliarem o MCS em afro-americanos de comunidades rurais no sul dos Estados Unidos, verificaram que os benefícios apontados foram: dar bom exemplo à família; tomar conta do corpo como Templo de Deus; seguir conselho médico; menor preocupação. As barreiras relacionadas ao rastreamento do CCR podem ser divididas em barreiras psicológicas (medo, vergonha, ansiedade) e barreiras práticas (custo, ausência de acesso ao serviço de saúde, falta de tempo).

A dor é uma das barreiras ao rastreamento relatada com maior frequência: é citada pelos indivíduos com frequência entre 28% até 70% (CODORI et al. 2001; GREEN e KELLY 2004; JAMES et al. 2002; JANZ et al. 2003; WATTS et al. 2003; ZHENG et al. 2006). WEINBERG et al. (2004) avaliaram as características de mulheres que relataram que o rastreamento do CCR é doloroso. Verificaram que mulheres mais velhas, que não acreditavam que o rastreamento reduzisse o risco de CCR; que o CCR não pode ser prevenido; que não seguiam as recomendações médicas; que relatavam ansiedade e vergonha sobre o rastreamento; e relatavam ausência de tempo para realizar o rastreamento, apresentavam maior relato da dor como barreira ao rastreamento do câncer colorretal (WEINBERG et al. 2004).

A vergonha, também, é uma barreira citada com frequência, especialmente pelos indivíduos que nunca foram submetidos à sigmoidoscopia ou colonoscopia (JAMES et al. 2002; JANZ et al. 2003; ZHENG et al. 2006). CODORI et al. (2001) avaliaram 100 familiares de primeiro grau de indivíduos com CCR e verificaram que 46% dos indivíduos,

que não foram submetidos aos exames endoscópicos, relataram a vergonha como uma razão para evitar o exame; já entre os submetidos ao exame, esta frequência foi de 10%.

O custo também é apontado como barreira ao rastreamento, com frequência entre 8,5% até 56,6% (CODORI et al. 2001; NG et al. 2007; ZHENG et al. 2006). O'MALLEY et al. (2004) realizaram uma pesquisa com grupo focal que incluiu 40 indivíduos sem seguro saúde, residentes em Washington. O custo do rastreamento foi apontado como uma das maiores barreiras para a sua realização. A falta de acesso ao diagnóstico e ao tratamento, também, foi apontada como uma barreira ao rastreamento, uma vez que foi relatado que os indivíduos não tinham acesso à colonoscopia, ante a, alterações na PSOF (O'MALLEY et al. 2004).

A ausência de indicação médica, também, é citada como uma barreira ao rastreamento. No estudo de ZHENG et al. (2006) o suporte social dos profissionais de saúde é indicado como um incentivo ao rastreamento.

O preparo para os exames (PSOF ou colonoscopia), também, é citado como barreira ao rastreamento (JAMES et al. 2002; ZHENG et al. 2006).

O desconhecimento ou conceitos errados sobre o desenvolvimento do CCR e eficácia do rastreamento, também, são citados. ZHENG et al. (2006) verificaram que 11,4% dos avaliados afirmaram que os exames são necessários apenas quando um indivíduo apresenta sintomas. GREEN e KELLY (2004) verificaram o desconhecimento quanto à marcação dos exames, citado por 54% dos afro-americanos entrevistados, como a principal barreira.

Os estudos que procuram relacionar as variáveis sociodemográficas com os conceitos do MCS apresentam resultados distintos.

A idade foi relacionada à percepção de risco no estudo de ROBB et al. (2004). Neste estudo, com 18.447 homens e mulheres do Reino Unido, indivíduos com idade entre 60 e 64 anos relataram menor percepção de risco do que indivíduos entre 50 e 59 anos (ROBB et al. 2004).

O sexo feminino é associado com maior percepção de gravidade no estudo de ZHENG et al. (2006); já GREEN e KELLY (2004) verificaram que as mulheres apresentavam menor percepção de susceptibilidade, maior percepção de benefícios e maior percepção de barreiras do que os homens. ROBB et al. (2004), no entanto, demonstraram que os homens apresentavam uma menor percepção de risco do que as mulheres.

O nível educacional foi associado com a percepção de gravidade e barreiras no estudo de GREEN e KELLY (2004), que verificaram que, se maior o nível educacional, aumentava a percepção de gravidade e diminuía a percepção de barreiras. STARK et al. (2006) demonstraram que a percepção de risco aumentou de acordo com o aumento no nível educacional.

Indivíduos com história familiar de CCR relataram maior percepção de risco (FRIEDMAN et al. 1999; ROBB et al. 2004; STARK et al. 2006).

PALMER et al. (2007) verificaram os conceitos do MCS e associação com a história familiar. Os 511 indivíduos avaliados foram classificados quanto à história familiar em: nenhuma; história fraca; intermediária ou forte. Indivíduos com história familiar intermediária ou forte apresentaram maior

percepção de risco. Porém, nos demais conceitos do MCS, a diferença somente foi estatisticamente significativa para o grupo que foi submetido ao rastreamento adequadamente; neste grupo, indivíduos com história familiar intermediária ou forte apresentaram maior percepção de benefícios e menor percepção de barreiras (PALMER et al. 2007).

COLLINS et al. (2005) avaliaram 114 indivíduos submetidos ao teste de predisposição à Síndrome de Lynch, e verificaram que a única variável associada à realização da colonoscopia antes da realização do teste foi à percepção de risco (OR 1,03 IC 95% 1,00 a 1,05). Entretanto, após o teste de predisposição, o resultado do teste foi o único fator preditivo da realização da colonoscopia (COLLINS et al. 2005).

A percepção de risco está associada com a realização de rastreamento segundo CODORI et al. (2001) e PALMER et al. (2007).

Poucos estudos verificam associação entre a realização de rastreamento e a percepção de gravidade. NG et al. (2007) verificaram que indivíduos que relataram menor percepção de gravidade submeteram-se à PSOF com maior frequência. JACOBS (2002) verificou que entre 90 familiares de primeiro grau de indivíduos com CCR, que percebiam a doença como grave, realizaram rastreamento com maior frequência.

A percepção de benefícios foi associada positivamente à realização de PSOF (NG et al. 2007), sigmoidoscopia (CODORI et al. 2001; JAMES et al. 2002; MONTAÑO et al. 2004) e colonoscopia (JAMES et al. 2002; ZHENG et al. 2006).

A percepção de barreiras foi fator preditor para a realização de PSOF (JAMES et al. 2002; NG et al. 2007); sigmoidoscopia (JAMES et al. 2002); e colonoscopia (NG et al. 2007).

JAMES et al. (2002) apontaram que há diferenças entre a percepção de benefícios e barreiras entre os métodos de rastreamento (PSOF e colonoscopia), e que isto pode ser atribuído ao fato de a colonoscopia ser vista como uma ferramenta diagnóstica, e de forma distinta da PSOF.

O que se observa, portanto, é os quatro conceitos do MCS não são fatores preditores para a realização do rastreamento, sendo observada a associação de um ou dois conceitos em cada um dos estudos com a realização dos exames de rastreamento (CODORI et al. 2001; COLLINS et al. 2000; JAMES et al. 2002; MONTAÑO et al. 2004; NG et al. 2007). E GREEN e KELLY (2004) verificaram que nenhum dos conceitos do MCS estiveram relacionados com a realização da colonoscopia.

3.4.4 Outros Tumores

PRICE et al. (1993) avaliaram o MCS sobre câncer de próstata em afro-americanos, e verificaram que o nível educacional e a renda foram as características sociodemográficas mais associadas ao modelo. Verificaram também que o custo foi apontado como barreira ao rastreamento por 19% dos entrevistados, e 20% não concordaram com os benefícios do rastreamento (PRICE et al. 1993).

TINGEN et al. (1998) verificaram que as variáveis preditoras da participação no rastreamento do câncer de próstata foram a escala de

percepção de benefícios, cor branca, nível educacional, estado civil e o recebimento de informações.

WEINRICH et al. (2000) avaliaram as barreiras ao rastreamento para câncer de próstata, após eliminar as barreiras custo e falta de conhecimento. Os participantes apontaram como barreiras a estrutura do serviço de saúde e o desejo de não submeter-se ao exame (WEINRICH et al. 2000). DALE et al. (1999) em um estudo qualitativo com homens norte-americanos com baixo nível econômico, verificaram que preocupações com dor e vergonha, medo e dúvidas sobre a efetividade do rastreamento foram apontadas como barreiras para a realização do toque retal.

KOFAHI e HADDAD (2005) avaliaram o MCS sobre câncer de pulmão entre estudantes da Jordânia. Verificaram que a maioria discordou da possibilidade de cura do câncer de pulmão (KOFAHI e HADDAD 2005).

GRUBBS e TABANO (2000) avaliaram o MCS relacionado ao câncer de pele entre profissionais de saúde. Verificaram que os indivíduos apresentaram percepção de risco correta e que, no entanto, não foi relacionada ao uso do protetor solar. Neste estudo verificaram uma correlação positiva entre idade e susceptibilidade (GRUBBS e TABANO 2000).

Há estudos publicados sobre o MCS no câncer gástrico, mas foram publicados na língua japonesa, o que impediu o acesso aos resultados.

3.5 PREOCUPAÇÃO COM CÂNCER

O câncer é uma das doenças mais temidas. Na década de 1940 o termo cancerofobia foi definido como o medo ou preocupação em ter câncer, mesmo sem qualquer evidência. A substituição do medo patológico, por um medo mais difuso apareceu na literatura na década de 1960 (HAY et al. 2005).

A preocupação com o câncer (cancer worry) é definida como uma resposta emocional à ameaça do câncer. No modelo de crenças em saúde, a preocupação com o câncer é um aspecto da susceptibilidade e gravidade (HAY et al. 2005).

A preocupação é um processo que prepara um indivíduo para uma ameaça externa; esse processo pode produzir emoções como medo e ansiedade. A preocupação pode ser não-adaptativa e adaptativa. A preocupação não-adaptativa, patológica, está relacionada com a crença de que o mundo é ameaçador e incontrolável. Em contraste, a preocupação adaptativa e não-patológica é um mecanismo comum em indivíduos saudáveis, que os mantém alerta para a ameaça e pode direcioná-los a uma ação protetora (HAY et al. 2005).

Segundo SHAW et al. (1999) espera-se que, quando um indivíduo é informado que está sob risco de desenvolver uma determinada doença, reaja com preocupação, ansiedade e depressão. A preocupação pode ser um fator que leve à participação aos programas de seguimento, porém,

preocupação excessiva pode ser debilitante, afetar a qualidade de vida, e impedir a adoção de medidas preventivas (SHAW et al. 1999).

Segundo EASTERLING e LEVENTHAL (1989) a preocupação depende de dois níveis de cognição, um abstrato que é o reconhecimento que a ameaça existe, o que leva a uma resposta emocional, que geralmente diminui com o tempo; e outro nível que é o concreto que leva a reativação da ameaça, que pode ocorrer por um estímulo do ambiente ou somático, tal como um sintoma.

De forma geral, os índices de preocupação com o câncer são de baixos a moderados entre amostras populacionais e de alto risco (ANDERSEN et al. 2003; BJORVATN et al. 2007; DIEFENBACH et al. 1999; LOESCHER 2003; PRICE et al. 2007). LERMAN et al. (1994b), no entanto, verificaram que 30% das mulheres, com um familiar de primeiro grau com câncer de mama, relataram preocupação com o câncer que afetou as atividades diárias.

ANDERSEN et al. (2003) compararam a preocupação com o câncer em mulheres com e sem história familiar de câncer de mama. Observaram baixos níveis de preocupação nos grupos de risco populacional e de risco alto, no entanto, mulheres com risco alto de acordo com a história familiar relataram maior preocupação com o câncer (ANDERSEN et al. 2003).

HOPWOOD et al. (2001) realizaram estudo com 500 mulheres que foram submetidas a aconselhamento genético. Foi observado maior índice de preocupação com o câncer nas mulheres que superestimaram o risco.

Por outro lado, PRICE et al. (2007), que avaliaram 1.437 mulheres com alto risco para câncer de mama, verificaram que ansiedade geral foi um fator preditor mais relevante para a preocupação com o câncer do que a percepção de risco.

BJORVATN et al. (2007) avaliaram a preocupação com o câncer, antes e após o aconselhamento genético de 213 indivíduos de alto risco para câncer de mama e/ou CCR, na Noruega. Verificaram que indivíduos com menor percepção de risco apresentaram maior redução na preocupação com o câncer do que indivíduos que relataram elevada percepção de risco (BJORVATN et al. 2007).

LINDHOLM et al. (1997) avaliaram a preocupação com o câncer após o recebimento do resultado da PSOF, e verificaram que 10% relataram níveis elevados de preocupação o câncer, e que indivíduos com o nível fundamental de escolaridade relataram maior preocupação com o câncer. Não foi observada associação entre preocupação com o câncer e outras variáveis sociodemográficas (LINDHOLM et al. 1997).

AKTAN-COLLAN et al. (2001) avaliaram a percepção de risco e a preocupação com o câncer em indivíduos com Síndrome de Lynch e com mutação germinativa identificada. Verificaram que dentre estes indivíduos, 8% relataram muita preocupação com o risco de câncer; 69% relataram alguma preocupação; 2% não sabiam relatar; e 21% relataram que não estavam preocupados (AKTAN-COLLAN et al. 2001). Neste estudo, indivíduos portadores de mutação, que compreenderam o resultado, relataram maior preocupação com o câncer do que indivíduos que não

compreenderam o resultado corretamente; enquanto indivíduos com teste de mutação negativo, que não compreenderam o resultado, relataram maior preocupação com o câncer do que indivíduos que compreenderam o resultado corretamente (AKTAN-COLLAN et al. 2001).

DiLORENZO et al. (2006) realizaram um estudo para testar a associação entre história familiar, percepção de risco e preocupação com o câncer. Após a avaliação de 628 indivíduos os autores concluíram que o aumento na percepção de risco está associado ao aumento na preocupação com o câncer (DILorenzo et al. 2006).

BJORVATN et al. (2007) verificaram que indivíduos mais jovens apresentavam maior preocupação com o câncer. Este fato também foi observado por LOESCHER (2003), que verificou que mulheres entre 41 e 50 anos, com alto risco para câncer de mama, apresentavam níveis mais elevados de preocupação do que os outros grupos. Este fato foi atribuído à idade mais precoce de diagnóstico de câncer de mama entre mulheres pertencentes a famílias com câncer de mama hereditário (LOESCHER 2003).

Existem duas teorias que propõem a associação entre preocupação com o câncer e comportamentos de saúde. BRISSETTE et al. (2003) sugerem que um indivíduo desenvolve duas frentes para enfrentar a doença: na primeira, o indivíduo enfrenta as demandas objetivas da doença, e na segunda, o indivíduo enfrenta as demandas afetivas, tais como a preocupação com o câncer. Segundo esta teoria, as expectativas do resultado do rastreamento sobre a preocupação com o câncer determinam a

realização do rastreamento (BRISSETTE et al. 2003). Os indivíduos que acreditam que o rastreamento reduz a preocupação, irão submeter-se ao procedimento. Porém, se acreditam que o rastreamento irá aumentar a preocupação com o câncer, os indivíduos irão evitar o rastreamento (BRISSETTE et al. 2003).

Outra teoria aponta que a realização do rastreamento depende do nível de preocupação com o câncer. Nesta teoria, também chamada “U” invertido, níveis muito baixos ou muito elevados de preocupação com o câncer inibem a realização do rastreamento, e níveis moderados a estimulam (HAY et al. 2006).

MATERIAL E MÉTODOS

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo e transversal.

4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Foram incluídos no estudo os indivíduos que preencheram os seguintes critérios: indivíduos sem câncer, maiores de 18 anos, familiares de primeiro ou segundo graus de pacientes com CCR, atendidos no Departamento de Cirurgia Pélvica do Hospital do Câncer A.C. Camargo em São Paulo; com história familiar registrada no Registro de Câncer Colorretal Hereditário (RCCH); e indicados pelo probando (primeiro caso de CCR na família que despertou a suspeita de hereditariedade do câncer colorretal.

Foram excluídas famílias com polipose adenomatosa familiar, síndrome de Peutz-Jeghers e polipose juvenil; e indivíduos incapazes de compreender os questionários.

Os indivíduos com polipose adenomatosa familiar foram excluídos, pois a penetrância da doença é próxima a 100%, com a manifestação da doença na puberdade. As famílias com síndrome de Peutz-Jeghers e polipose juvenil foram excluídas por constituírem um número pequeno de

famílias (três) com expressão fenotípica distinta das demais famílias do RCCH.

4.3 PROCEDIMENTOS

Os probandos foram identificados a partir do Registro de Câncer Colorretal Hereditário, para o qual a história familiar dos pacientes é coletada em entrevista com enfermeiro ou médico, seguindo um roteiro padronizado (SANTOS 2006a). Após a coleta da história familiar e elaboração do heredograma, a família é classificada em categorias de acordo com o risco de desenvolver CCR (SANTOS 2006c):

- Polipose adenomatosa familiar (FAP);
- Outras síndromes polipóides.
- Câncer colorretal hereditário sem polipose (SL), segundo os critérios de Amsterdam I e II;
- Câncer colorretal familiar: famílias que preenchem quatro dos cinco critérios de Amsterdam I e II;
- Critérios de Bethesda: famílias que preenchem um dos Critérios de Bethesda, citados anteriormente.
- Agregação familiar de câncer colorretal: famílias que não se encaixam nos critérios anteriores.

Outras síndromes hereditárias: Síndrome mama-ovário hereditário; Síndrome de Li-Fraumeni.

Os probandos foram selecionados entre janeiro de 2006 e junho de 2007. Para este estudo, os probandos receberam uma carta solicitando autorização para que a pesquisadora entrasse em contato com os familiares de primeiro grau (pais, irmãos, filhos) e segundo grau (tios, sobrinhos, avós) (Anexo A). O probando assinou duas cópias do consentimento informado (Anexo B) e forneceu o endereço e telefone dos familiares (Anexo C). Uma cópia do consentimento e o formulário com os nomes dos familiares foram colocados no envelope com selo, enviado em conjunto com os questionários, e retornado à pesquisadora.

Entre junho e novembro de 2007 foram realizados os contatos com os familiares, e as entrevistas foram realizadas até a obtenção da amostra de 125 indivíduos, segundo cálculo do tamanho da amostra.

Foi realizado um contato telefônico com os familiares para verificar a participação na pesquisa. Esta abordagem foi realizada, pois, na maioria dos casos, o probando indicou apenas o telefone dos familiares. Os familiares receberam uma carta-convite (Anexo D) e duas cópias do consentimento informado (Anexo E). Foi então agendada a entrevista por telefone.

A entrevista seguiu um roteiro (Anexo F). Na entrevista foram preenchidos: questionário com características sociodemográficas e realização de colonoscopia (Anexo G); o Champion's Health Belief Model Scale; o Lerman's Cancer Worry Scale; e três perguntas sobre percepção de risco (Anexo G).

Foi preenchido pela pesquisadora um formulário com história familiar de câncer do indivíduo (Anexo H).

4.4. INSTRUMENTOS

4.4.1 Questionário com características sociodemográficas; realização de colonoscopia; e Percepção de Risco

O questionário (Anexo G) contém:

- Dados sociodemográficos: data de nascimento, escolaridade, sexo, renda, ocupação, estado civil, religião/doutrina, número e idade dos filhos;
- Informação de risco: o indivíduo é questionado se ele recebeu a informação sobre o risco da sua família em ter câncer familiar; e caso tenha recebido, de quem obteve a informação (familiar, profissional de saúde ou ambos);
- Perguntas sobre a colonoscopia:
- Conhecimento sobre colonoscopia: o indivíduo é questionado se sabe o que é colonoscopia, e o indivíduo escolhe entre sim e não. Após esta questão o texto sobre colonoscopia é lido.
- Realização da colonoscopia;
- Número de colonoscopias realizadas até o momento da entrevista;
- Ano de realização da última colonoscopia;
- Quatro questões sobre percepção de risco (CLARKE et al. 2000):
- Percepção de risco populacional escala numérica: o indivíduo deve escolher entre 0% (significa que não há risco de o indivíduo ter CCR) e 100% (certa absoluta que o indivíduo terá CCR), sobre a chance de um indivíduo da população geral ter CCR;

- Percepção de risco pessoal escala numérica: o indivíduo deve escolher entre 0% (significa que não há risco de o indivíduo ter CCR) e 100% (certa absoluta que o indivíduo terá CCR) sobre o próprio risco em ter CCR;
- Percepção de risco pessoal escala verbal: o indivíduo deve apontar seu risco em ter CCR utilizando uma escala verbal – risco muito baixo; baixo; médio; alto; ou muito alto.
- Percepção de risco pessoal escala verbal comparativa: o indivíduo deve apontar seu risco de CCR comparado com o da população geral, utilizando uma escala verbal: risco muito mais baixo; risco baixo; mesmo risco; risco alto; risco muito mais alto.

4.4.2 Champion's Health Belief Model Scale (CHBMS)

Em 1984, CHAMPION (1984) desenvolveu um instrumento que avalia os construtos do MCS. Segundo a autora (CHAMPION 1984), o instrumento, desenvolvido inicialmente para avaliar o MCS sobre câncer de mama, pode ser aplicado para avaliar outros tumores. Já foi utilizado para avaliar o MCS em indivíduos com risco para câncer colorretal (GREEN e KELLY 2004; JACOBS 2002). O instrumento, denominado Champion's Health Belief Model Scale demonstrou confiabilidade e validade (CHAMPION 1987; CHAMPION 1993; CHAMPION 1999).

O questionário utilizado contém 27 questões divididas em quatro escalas: susceptibilidade (cinco questões), gravidade (sete questões), benefícios (cinco questões) e barreiras (12 questões). As escalas de

susceptibilidade, gravidade, benéficos são do questionário de CHAMPION (1984); a escala de barreiras foi extraída do questionário de GREEN e KELLY (2004). Optou-se por utilizar a escala de barreiras de GREEN e KELLY (2004) por ser adaptada para CCR.

Para cada pergunta do questionário, o indivíduo escolhe cinco alternativas: discordo totalmente, discordo, não concordo nem discordo, concordo e concordo plenamente. A cada uma das alternativas é atribuído um valor que varia de um a cinco. Os itens são então somados e é obtido um valor para cada uma das escalas.

Na escala susceptibilidade, quanto maior a pontuação, maior a percepção de susceptibilidade, ou seja, o indivíduo se percebe de alto risco para CCR. Na escala gravidade, quanto maior a pontuação, maior a percepção de gravidade em relação ao CCR. Na escala benefícios, quanto maior a pontuação, o indivíduo acredita no benefício da colonoscopia. Na escala barreiras, quanto maior a pontuação, maior é a percepção de barreiras em relação à colonoscopia.

As autoras forneceram autorização para a tradução das escalas (Anexo I e Anexo J).

4.4.3 Lerman's Cancer Worry Scale (CWS)

A CWS é uma escala utilizada para medir a preocupação em desenvolver câncer e o impacto da preocupação com o câncer na vida diária. Foi desenvolvida por LERMAN (LERMAN et al. 1991a; LERMAN et al. 1991b; LERMAN et al. 1994a), inicialmente com cinco questões.

Posteriormente, mais dois itens foram acrescentados à escala (HOPWOOD et al. 2001).

Para cinco questões há quatro alternativas, em escala tipo Likert e para duas questões há cinco alternativas. A cada uma das respostas é atribuída uma pontuação. Os itens são então somados e é obtida a pontuação total da escala de Preocupação com o Câncer. Quanto maior a pontuação, maior é a preocupação com o câncer.

Para a utilização da escala foi obtida autorização à autora (Anexo L).

4.4.4 Questionário da História Familiar de Câncer

O questionário (Anexo H) contém dados sobre o número de indivíduos com câncer e com câncer colorretal na família, divididos em familiares de primeiro grau (pai, mãe, irmãos e filhos), segundo grau (avós, sobrinhos e netos) e terceiro grau (primos), em relação ao entrevistado; o número de indivíduos com câncer e com câncer colorretal que foram à óbito; a idade média de diagnóstico de câncer e câncer colorretal. Este questionário foi preenchido pela pesquisadora após a entrevista, com base na história familiar cadastrada no RCCH.

4.5 TRADUÇÃO DOS INSTRUMENTOS CHBMS E CWS

Os questionários CHBMS e CWS não se encontram traduzidos e validados para o português. Inicialmente, os procedimentos para tradução dos questionários seguiram as recomendações de GUILLEMIN et al. (1993)

foram realizadas duas traduções de cada instrumento por duas enfermeiras que têm o português como língua materna. As traduções foram comparadas e foi elaborada uma versão inicial dos instrumentos. Essas versões foram encaminhadas para tradução reversa, que é a tradução das versões preliminares em português para o inglês. As versões foram submetidas à dois especialistas em Lingüística. Estes especialistas sugeriram a utilização de outra técnica para a tradução dos instrumentos.

A seguir foi realizada a tradução dos instrumentos seguindo a técnica de comitê. Os instrumentos foram traduzidos por 15 indivíduos bilíngües, com o português como língua materna. Estes indivíduos 13 mulheres e dois homens, com idade entre 30 e 59 anos. Todos apresentam, pelo menos, Mestrado em Letras ou Lingüística, e também têm experiência no ensino do inglês para brasileiros.

Após o recebimento das traduções, elas foram então reunidas e comparadas por um painel de juízes. O painel de juízes não participou do processo de tradução, e foi composto por um cirurgião oncologista, uma enfermeira especialista em oncologia, um tradutor profissional, e uma especialista em sociolingüística. O painel examinou a versão original e os resultados obtidos pela tradução dos especialistas quanto à clareza e adequação da tradução, e mudanças foram sugeridas, originando a versão final que foi utilizada no estudo.

4.6 VALIDAÇÃO DOS INSTRUMENTOS CHBMS E CWS

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 0,70 (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).

O coeficiente de correlação intra-classe foi calculado pelo teste de diferenças de médias t-pareado (STREINER e NORMAN 1995).

4.7 ASSOCIAÇÃO ENTRE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, A HISTÓRIA FAMILIAR DE CÂNCER COLORRETAL, COM AS VARIÁVEIS DO MCS E A PREOCUPAÇÃO COM O CÂNCER

4.7.1 Variáveis independentes

As variáveis independentes são as características sociodemográficas e a história familiar (número de indivíduos na família com câncer ou com CCR, a idade média de diagnóstico de câncer ou CCR na família); recebimento de informações sobre o risco de desenvolver CCR e sobre a colonoscopia; e a realização da colonoscopia. A seguir as variáveis são descritas de acordo com a classificação segundo HULLEY et al (2003).

Características sociodemográficas

- Idade: idade na ocasião da entrevista; utilizada como variável categórica ordinal (até 30 anos; entre 30 e 49 anos; 50 anos ou mais);
- Sexo: variável categórica nominal dicotômica;
- Escolaridade: variável categórica nominal; dividida entre ensino fundamental; ensino médio; e ensino superior;
- Renda familiar: variável categórica ordinal; as categorias foram estabelecidas a partir dos percentis 33% e 66% (até R\$2000,00; entre R\$2000,00 e R\$5000,00; acima de R\$5000,00);
- Religião: variável categórica nominal; agrupada em três categorias – religião católica apostólica romana, evangélicos ou protestantes e outras religiões;
- Estado civil: variável categórica nominal;
- Filhos: variável categórica nominal;

A ocupação foi utilizada para caracterizar a amostra, mas não foi incluída como variável independente. Foi classificada de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do Ministério do Trabalho e Emprego (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO 2007) e foram considerados os grandes grupos da CBO:

- Forças Armadas, Policiais, Bombeiros e Militares.
- Membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas e gerentes.
- Profissionais das ciências e das artes.

- Técnicos de nível médio.
- Trabalhadores de serviços administrativos.
- Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados.
- Trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca.
- Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais.
- Trabalhadores de manutenção e reparação.

História Familiar:

- Classificação de risco: variável categoria nominal; considerada a classificação utilizada no RCCH, descrita anteriormente (Síndrome de Lynch, Câncer Colorretal Familiar, Critérios Bethesda e Agregação Familiar de Câncer);
- Familiares com câncer: variável categórica ordinal; o número de familiares foi dividido em até 2, e 3 ou mais.
- Familiares com câncer que foram à óbito: variável categórica ordinal; o número de familiares foi dividido em 0, e 1 ou mais.
- Familiares com câncer colorretal: variável categórica ordinal; o número de familiares foi dividido em até 2, e 3 ou mais.
- Familiares com câncer colorretal que foram à óbito: variável categórica ordinal; o número de familiares foi dividido em 0, e 1 ou mais.
- Idade média de diagnóstico de CCR: variável categórica ordinal; a idade de diagnóstico dos membros da família foi somada e dividida

pelo número de casos de CCR; a variável foi, então, agrupada em até 50 anos, e acima de 50 anos.

- Pai, Mãe, Irmãos, Filhos, Avós, Sobrinhos, Tios e Primos com CCR: variável categórica nominal dicotômica.

Recebimento de Informações Sobre Risco e Colonoscopia

- Recebimento de informações sobre o risco de CCR: variável categórica dicotômica (sim e não);
- Conhecimento sobre colonoscopia: variável categórica dicotômica (sim e não):
- Realização de colonoscopia: variável categórica dicotômica (sim e não).

4.7.2 Variáveis dependentes

As variáveis dependentes são:

- Questões sobre a Percepção de Risco
- Percepção de risco populacional: variável contínua;
- Percepção de risco pessoal escala numérica: variável contínua;
- Percepção de risco pessoal escala verbal: variável categórica ordinal; as respostas foram agrupadas em risco baixo, risco médio e risco alto;
- Percepção de risco pessoal escala comparativa: variável categórica ordinal; as respostas foram agrupadas em risco mais baixo, mesmo e risco mais alto;

Modelo de Crenças em Saúde e Preocupação com o Câncer

A pontuação das escalas percepção de susceptibilidade, percepção de gravidade, percepção de benefícios e percepção de barreiras e da escala de preocupação com o câncer foram classificadas como variáveis contínuas.

4.7.3 Testes estatísticos

Para verificar a correlação entre as escalas do MCS e a preocupação com o câncer foram calculados os coeficientes de correlação de Pearson (DANCEY e REIDY 2006).

Para verificar qual a associação entre as variáveis independentes e as variáveis dependentes, foram utilizados (DANCEY e REIDY 2006):

- Teste t para as variáveis independentes com duas categorias e variáveis dependentes contínuas;
- ANOVA para as variáveis independentes com mais de duas categorias e as variáveis dependentes contínuas;
- Qui-quadrado para as variáveis independentes e variáveis dependentes categóricas.

Após a seleção das variáveis independentes com teste de significância estatística inferior a 0,20 foi realizada a regressão múltipla. A regressão linear múltipla foi realizada para as variáveis dependentes contínuas, e a regressão logística múltipla foi realizada para as variáveis dependentes categóricas.

Na regressão linear múltipla é realizada uma equação que expressa um relacionamento linear entre uma variável dependente e duas ou mais

variáveis independentes. Na análise da melhor equação de regressão para as escalas, deve ser considerado o R² (coeficiente de determinação múltipla) e a significância estatística do modelo. O R² é a proporção da variação total explicada pelo modelo. Um ajuste perfeito resulta em R² igual a um, e um ajuste fraco ocasiona um R² próximo a zero. O valor de significância do modelo inferior a 0,05 sugere que a equação é adequada para prever a percepção de risco, o MCS, a preocupação com o câncer, e realização de colonoscopias, com base nas variáveis independentes (DANCEY e REIDY 2006; HAIR et al. 2005; VIEIRA 2003).

Na regressão logística a variável dependente é categórica binária, e é possível o cálculo da OR (Odds Ratio ou Razão de Chances) (HAIR et al. 2005). Para tanto, a percepção de risco pessoal de acordo com a escala verbal foi agrupada em risco baixo/médio e risco alto, e a percepção de risco pessoal de acordo com a escala verbal comparativa foi agrupada em risco mais baixo/o mesmo e risco alto. A OR foi calculada para verificar a chance de um indivíduo em apontar risco alto na escala de percepção de risco verbal, e risco mais alto na escala da percepção de risco de acordo com a escala verbal comparativa.

4.7.4 Significância Estatística

Os testes com p inferior a 0,05 foram considerados estatisticamente significativos (VIEIRA 2003).

4.8 CÁLCULO DO TAMANHO DA AMOSTRA

Para verificar a reprodutibilidade foram entrevistadas as 40 pessoas que participaram da fase de validação do instrumento. As entrevistas ocorreram 10 dias após a primeira entrevista. Ao considerar o coeficiente de correlação intra-classe entre 0,45 e 0,70, verificado por CHAMPION (1984) e ao assumir $\alpha=5\%$ e poder $(1-\alpha)=80\%$, estimou-se que seriam necessários entre 13 e 36 pacientes.

Para verificar a associação entre as variáveis dependentes e independentes foram analisados 125 indivíduos. Este número foi estimado supondo um coeficiente de correlação mínimo de 0,25 entre as variáveis independentes e dependentes, observado no estudo de GREEN e KELLY (2004) sobre o MCS em afro-americanos; e $\alpha=5\%$ e poder $(1-\beta)=80\%$.

4.9 QUESTÕES ÉTICAS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital A.C. Camargo em 27 de abril de 2005 (ANEXO M). O estudo foi conduzido de acordo com a Declaração de Helsinque e a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde – Brasil. Foi obtido termo de consentimento livre e esclarecido de todos os participantes e as informações fornecidas pelos participantes foram mantidas sob sigilo.

RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1 TRADUÇÃO DOS INSTRUMENTOS

A seguir são apresentados os resultados da tradução e adaptação cultural dos instrumentos. Cada quadro se refere a uma das escalas do CHBMS e também à escala CWS, e em cada quadro são apresentadas: a versão original em inglês; a versão da tradução inicial; a versão da tradução reversa; a versão do comitê de tradutores; e a versão para teste com as sugestões do painel de juízes. A versão do comitê apresentada refere-se à tradução que apresentou a maior frequência dentre as 15 traduções realizadas.

Quadro 2 – Resultado da tradução e adaptação cultural dos itens da escala de susceptibilidade da CHBMS. São Paulo, 2008.

Questão	Original	Tradução Inicial	Tradução Reversa	Tradução do Comitê	Painel de Juizes
1	It is extremely likely I will get bowel cancer in the future.	É muito provável que eu tenha câncer de intestino no futuro.	There is a great chance that I develop bowel cancer in the future.	É muito provável que eu tenha câncer de intestino no futuro.	Tenho certeza que vou ter câncer de intestino algum dia.
2	I feel I will get bowel cancer in the future.	Eu sinto que terei câncer de intestino no futuro.	I feel that I will develop bowel cancer in the future.	Eu acho que eu terei câncer de intestino no futuro.	Acho que vou ter câncer de intestino algum dia.
3	There is a good possibility I will get bowel cancer in the next 10 years.	Há uma grande possibilidade de que eu tenha câncer de intestino nos próximos 10 anos.	There is a great chance that I have bowel cancer in the next 10 years.	Há grande possibilidade que eu tenha câncer de intestino nos próximos 10 anos.	Tenho uma grande chance de ter câncer de intestino nos próximos 10 anos.
4	My chances of getting bowel cancer are great.	Minhas chances de ter câncer de intestino são grandes.	My chances of having bowel cancer are great.	Minhas chances de ter câncer de intestino são grandes.	Minha chance de ter câncer de intestino é grande.
5	I am more likely than the average person to get bowel cancer.	É mais provável que eu tenha câncer de intestino do que outra pessoa qualquer.	It is more likely that I have bowel cancer than anyone else.	Tenho mais chance de ter câncer no intestino do que a maioria das pessoas.	Tenho mais chance de ter câncer de intestino que as outras pessoas.

Na questão um da escala de susceptibilidade, o painel de juízes sugeriu que a expressão muito provável fosse substituída por tenho certeza, por considerar que isto se aproxima mais da idéia original da questão, que dá ênfase à ocorrência da doença, além disso, os juízes referiram que a palavra provável poderia dificultar a compreensão da questão. A palavra futuro também foi substituída pela expressão algum dia, pois o painel de juízes referiu que esta expressão é mais utilizada na linguagem falada.

Na questão dois a tradução inicial I feel foi traduzida como Eu sinto, no entanto, na tradução pelo comitê a expressão Eu acho foi a mais observada. O painel de juízes sugeriu a utilização de acho, uma vez que nesta frase I feel refere-se a uma opinião.

Na questão três o painel de juízes sugeriu a substituição da palavra possibilidade por chance para tornar a frase semelhante aos itens quatro e cinco desta escala.

Nas questões quatro e cinco as sugestões para modificações realizadas pelo painel de juízes tiveram como objetivo simplificar as frases.

O Quadro 3 apresenta os resultados da tradução da escala de gravidade do CHBMS.

Na questão três foi sugerida a inclusão da palavra até, pelo painel de juízes, para reforçar a idéia do medo em pensar sobre o câncer colorretal. Na questão cinco, com o objetivo de simplificar a frase, o painel de juízes sugeriu a exclusão das palavras namorado, marido, com a permanência da palavra parceiro.

Quadro 3 – Resultado da tradução e adaptação cultural dos itens da escala de gravidade da CHBMS. São Paulo, 2008.

Questão	Original	Tradução inicial	Tradução Reversa	Tradução do Comitê	Painel de Juízes
1	The thought of bowel cancer scares me.	A idéia do câncer de intestino me apavora.	The idea of bowel cancer terrifies me.	A idéia de câncer de intestino me apavora.	A idéia de câncer de intestino me apavora.
2	When I think about bowel cancer, my heart beats faster.	Quando eu penso em câncer de intestino, meu coração bate mais rápido.	When I think about bowel cancer, my heart beats faster.	Quando eu penso em câncer de intestino, meu coração dispara.	Quando eu penso em câncer de intestino, meu coração dispara.
3	I am afraid to think about bowel cancer.	Eu tenho medo de pensar em câncer de intestino.	I am afraid of thinking about bowel cancer.	Tenho medo de pensar em câncer de intestino.	Tenho medo até de pensar em câncer de intestino.
4	Problems I would experience with bowel cancer would last a long time.	Os problemas que eu experimentar com câncer de intestino vão durar um longo tempo.	The problems that I will have with bowel cancer will last a long time.	Os problemas que eu teria com câncer no intestino iriam durar muito tempo.	Os problemas que eu teria com câncer de intestino iriam durar muito tempo.
5	Bowel cancer would threaten a relationship with my boyfriend, husband, our partner.	O câncer de intestino pode ameaçar o relacionamento com meu namorado, marido ou parceiro.	Bowel cancer can threaten the relationship with my boyfriend, husband, or partner.	O câncer de intestino ameaçaria minha relação com meu namorado, marido, ou companheiro.	O câncer de intestino pode ameaçar minha relação com meu parceiro.
6	If I had bowel cancer my whole life would change.	Se eu tivesse câncer de intestino, minha vida inteira iria mudar.	If I had bowel cancer, my whole life would change.	Se eu tivesse câncer de intestino minha vida toda mudaria.	Se eu tivesse câncer de intestino, minha vida toda iria mudar.
7	If I developed bowel cancer, I would not live longer than 5 years.	Se eu tivesse câncer de intestino, eu não viveria mais que 5 anos.	If I had bowel cancer, I would not live more than 5 years.	Se eu desenvolvesse o câncer de intestino, eu não viveria mais do que 5 anos.	Se eu tivesse câncer de intestino, não vou viver mais que cinco anos.

O Quadro 4 apresenta o resultado da tradução da escala de benefícios da CHBMS. Na questão um da escala de benefícios, o painel de juízes sugeriu a mudança da palavra recomendada, para médico mandou,

pois este é um termo mais utilizado no cotidiano no Brasil. Além disso, também sugeriu a substituição da expressão eu me sinto bem comigo mesmo para eu fico aliviada, por interpretar que a questão refere-se ao sentimento de realizar o procedimento para verificar a ocorrência do câncer, e que após a realização do exame, o indivíduo apresenta sentimentos positivos quanto à realização deste.

Quadro 4 – Resultado da tradução e adaptação cultural dos itens da escala de benefícios da CHBMS. São Paulo, 2008.

Questão	Original	Tradução inicial	Tradução Reversa	Tradução do Comitê	Painel de Juizes
1	When I get a recommended colonoscopy, I feel good about myself.	Quando eu faço uma colonoscopia que foi recomendada, eu me sinto bem comigo mesmo.	When I have a colonoscopy that was recommended , I feel good with myself.	Quando eu faço a colonoscopia recomendada, eu fico aliviado(a).	Quando eu faço a colonoscopia que o médico mandou, eu fico aliviado(a).
2	When I get a colonoscopy I don't worry as much about bowel cancer.	Quando eu faço uma colonoscopia, eu não me preocupo muito com o câncer de intestino.	When I make the colonoscopy, I do not worry much about bowel cancer.	Quando faço uma colonoscopia, não me preocupo tanto com um câncer de intestino.	Quando eu faço a colonoscopia , não me preocupo muito com câncer de intestino.
3	Having a colonoscopy will allow me to find bowel cancer early.	Fazer uma colonoscopia me permitirá encontrar o câncer de intestino mais cedo.	Making colonoscopy will allow me to find bowel cancer earlier.	Fazer uma colonoscopia me permitirá descobrir câncer de intestino cedo.	Fazer a colonoscopia ajuda a descobrir logo o câncer de intestino.
4	Having a colonoscopy will decrease my chances of dying from bowel cancer.	Fazer uma colonoscopia diminuirá as minhas chances de morrer de câncer de intestino.	Making colonoscopy will reduce my chances to die.	Fazer uma colonoscopia diminuirá minhas chances de morrer de câncer de intestino.	Fazer a colonoscopia diminui a chance de eu morrer de câncer de intestino.
5	Having a colonoscopy will decrease my chances of requiring radical or disfiguring surgery if bowel cancer occurs.	Fazer uma colonoscopia diminuirá as minhas chances de precisar de uma cirurgia radical ou desfigurante caso tenha câncer de intestino.	Making colonoscopy will reduce my chances of needing a radical or disfiguring surgery if I have bowel cancer.	Fazer uma colonoscopia diminuirá minhas chances de precisar de uma cirurgia radical ou desfigurante se o câncer de intestino ocorrer.	Fazer a colonoscopia diminui a chance de eu ter uma cirurgia grande se eu tiver câncer de intestino.

Na questão três da escala de benefícios, o painel de juízes sugeriu mudança de me permitirá para ajuda, pois o exame não é realizado pelo indivíduo, e sim por um profissional de saúde. Na questão cinco, o painel de juízes sugeriu a mudança de cirurgia radical ou desfigurante para cirurgia grande, pois o termo cirurgia radical é um termo técnico, também por acreditar que a palavra desfigurante possa ser de difícil compreensão. A expressão cirurgia grande foi identificada pelo painel como uma expressão mais simples e mais adequada ao contexto.

O Quadro 5 apresenta o resultado da tradução e adaptação da escala de barreiras do CHBMS.

Na questão cinco foi sugerida a mudança de colonoscopia para preparo, pois o painel atribuiu que o preparo é mais longo do que a realização do exame.

Na questão oito o painel de juízes sugeriu a substituição da palavra transporte pela palavra condução para simplificar a compreensão.

Na questão 10, a expressão minhas atividades foi substituída pela expressão minha vida para reforçar a interferência da colonoscopia na vida do indivíduo.

Quadro 5 – Resultado da tradução e adaptação cultural dos itens da escala de barreiras da CHBMS. São Paulo, 2008.

Questão	Original	Tradução inicial	Tradução Reversa	Tradução do Comitê	Painel de Juizes
1	Having a colonoscopy would be embarrassing.	Fazer uma colonoscopia seria vergonhoso.	Making a colonoscopy would be shameful.	Fazer uma colonoscopia seria embaraçoso.	Fico com vergonha de fazer a colonoscopia.
2	I am afraid I will find out there is something wrong with me when I get a colonoscopy.	Eu tenho medo que encontrem alguma coisa errada comigo quando fizer a colonoscopia.	I fear they will find something wrong with me when I make colonoscopy.	Tenho medo de descobrir que algo errado comigo quando fizer uma colonoscopia.	Tenho medo de descobrir alguma coisa se eu fizer a colonoscopia.
3	I am afraid to have a colonoscopy because I don't understand what will be done in the test.	Eu tenho medo de fazer a colonoscopia porque eu não entendo o que será feito durante o exame.	I am afraid of colonoscopy because I don't understand what will be done during this exam.	Tenho medo de fazer uma colonoscopia porque eu não entendo o que será feito no teste.	Tenho medo de fazer a colonoscopia porque eu não sei o que vão fazer comigo.
4	I don't know how to go about scheduling a colonoscopy.	Eu não sei como fazer para agendar uma colonoscopia.	I do not know how to schedule a colonoscopy.	Não sei como fazer para marcar uma colonoscopia.	Não sei o que fazer para marcar a colonoscopia.
5	Having a colonoscopy would take too much time.	Fazer uma colonoscopia levaria muito tempo.	A colonoscopy would take a long time to be done.	Fazer uma colonoscopia levaria muito tempo.	O preparo para fazer a colonoscopia vai demorar muito.
6	Having a colonoscopy would be painful.	Fazer uma colonoscopia seria muito doloroso.	To have a colonoscopy done can be very painful.	Fazer uma colonoscopia seria muito doloroso.	Acho que a colonoscopia deve doer muito.
7	People doing colonoscopy may be rude.	As pessoas que realizam a colonoscopia podem ser grosseiras.	The people who make the colonoscopy can be rude.	As pessoas que fazem colonoscopia podem ser grosseiras.	O pessoal que faz a colonoscopia pode ser grosseiro.
8	It is difficult to get transportation to get a colonoscopy.	É difícil conseguir transporte para ir fazer a colonoscopia.	It is hard to get transportation in order to have a colonoscopy done.	É difícil conseguir transporte para fazer uma colonoscopia.	É difícil arrumar condução para ir fazer a colonoscopia.

Cont/ Quadro 5

9	I have other problems that are more important than getting a colonoscopy.	Eu tenho outros problemas que são mais importantes do que fazer a colonoscopia.	I have other problems that are more important than to have a colonoscopy done.	Tenho outros problemas que são mais importantes que fazer uma colonoscopia.	Tenho coisas mais importantes para fazer do que a colonoscopia.
10	A colonoscopy would interfere with my activities.	A colonoscopia poderia interferir com as minhas atividades.	The colonoscopy can interfere with my activities.	Uma colonoscopia atrapalharia minhas atividades diárias.	A colonoscopia vai atrapalhar minha vida.
11	Having a colonoscopy would cost too much money.	Fazer a colonoscopia custaria muito dinheiro.	Colonoscopy can cost a lot of money.	Fazer uma colonoscopia seria muito caro.	A colonoscopia é muito cara.
12	I cannot remember to schedule an appointment for colonoscopy.	Eu não consigo lembrar de marcar uma consulta para colonoscopia.	I cannot remember to schedule an appointment for colonoscopy.	Não consigo me lembrar de marcar uma consulta para colonoscopia.	Sempre me esqueço de marcar a colonoscopia.

O Quadro 6 apresenta o resultado da tradução e adaptação cultural da CWS.

Quadro 6 – Resultado da tradução e adaptação cultural dos itens da escala da CWS. São Paulo, 2008.

Questão	Original	Tradução inicial	Tradução Reversa	Tradução do Comitê	Painel de Juizes
1	How often have you thought about your chances of getting cancer?	Com que frequência você pensa sobre suas chances de ter câncer?	How often do you think on possibilities of having cancer?	Com que frequência você pensa sobre as chances de ter câncer?	Você costuma pensar na sua chance de ter câncer?
2	Have these thoughts affected your mood?	Esses pensamentos afetam o seu humor?	Do these thoughts affect your mood?	Esses pensamentos afetam seu humor?	Você fica estressado com isto?
3	Have these thoughts interfered with your daily activities?	Esses pensamentos interferem com as suas atividades diárias?	Do these thoughts interfere with your daily activities?	Esses pensamentos afetam suas atividades diárias?	Isto afeta a sua vida?
4	How concerned are you about getting cancer one day?	Quanto você se preocupa sobre ter câncer algum dia?	How concerned are you about getting cancer some day?	Quanto você se preocupa em ter câncer um dia?	O quanto você se preocupa em ter câncer?
5	How often do you worry about developing cancer?	Com que frequência você se preocupa sobre ter câncer?	How often are you worried about getting cancer?	Com que frequência você se preocupa quanto a vir a desenvolver um câncer?	Você se preocupa com isto muitas vezes?
6	How much of a problem is this worry?	Quanto essa preocupação é um problema?	How much of a problem is this worry?	Quanto dessa preocupação é um problema?	Isto é um problema para você?
7	What is your current level of anxiety about the results of future colonoscopies?	Qual é o seu nível atual de ansiedade sobre o resultado de futuras colonoscopias?	How great is your current level of anxiety about the result of future colonoscopies?	Qual é seu grau de ansiedade sobre os resultados de colonoscopias futuras?	Qual é o seu nível de ansiedade com o resultado da próxima colonoscopia?

Na questão dois o painel de juizes sugeriu a mudança de humor para estressado para reforçar o impacto da preocupação. O mesmo ocorreu na questão três na qual a expressão minhas atividades foi substituída pela expressão minha vida. Na questão seis a mudança foi sugerida para simplificar a frase.

5.2 VALIDAÇÃO DOS INSTRUMENTOS

5.2.1 Características da Amostra

Foram entrevistados 125 indivíduos. A Figura 1 apresenta os probandos do Registro de Câncer Colorretal Hereditários selecionados, para os quais foi enviado o consentimento informado, e os que retornaram os questionários, indicando familiares.

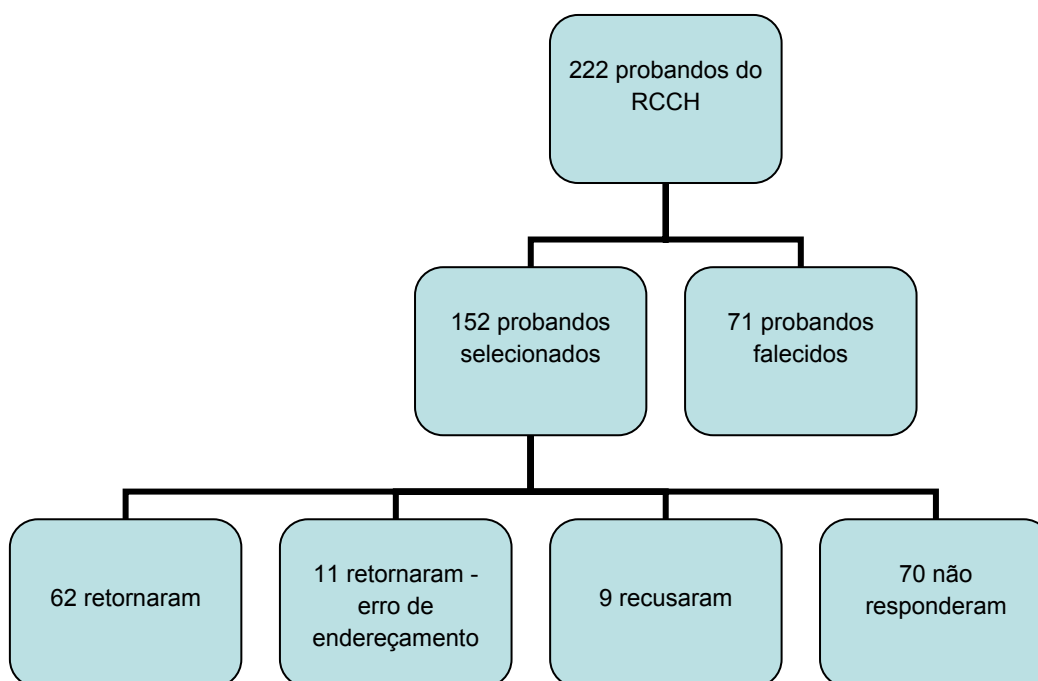


Figura 1 - Probandos do Registro de Câncer Colorretal Hereditário selecionados e respostas retornadas. São Paulo, 2008.

Os probandos pertencentes às famílias com Síndrome de Lynch foram os indivíduos que responderam com maior frequência (74,3%); seguidos dos indivíduos pertencentes à famílias com câncer colorretal

familiar (37,9%); e indivíduos com agregação familiar (33,3%); indivíduos com Critérios Bethesda responderam com menor frequência (27,4%).

Os 62 probandos indicaram 180 indivíduos (65 homens e 115 mulheres). Dos 180 indivíduos indicados pelo probando não foi possível contato com 39 (número de telefone errado ou contatos telefônicos sucessivos sem resposta). Do total de 141 indivíduos contatados, 16 recusaram (oito homens e oito mulheres). Os indivíduos que recusaram relataram falta de tempo para responder ao questionário.

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas da amostra.

A maioria dos pacientes tem entre 30 e 50 anos (44,0%); é do sexo feminino (75,2%); com renda familiar entre R\$ 2.000,00 e R\$ 5.000,00 (30,4%); católicos (71,2%); profissionais da ciência e artes (36,1%); casados (52,0%); e com filhos (64,8%).

A idade média dos entrevistados foi 45,18 anos, com mediana de 47,05 anos, desvio padrão de 1,39. A idade mínima foi 19,30 anos e a idade máxima foi 78,30 anos.

A renda familiar média foi R\$4.755,82, com mediana de R\$3.000,00. Renda mínima de R\$0 e renda familiar máxima de R\$30.000,00.

Tabela 1 - Distribuição dos 125 indivíduos entrevistados quanto à faixa etária, sexo, escolaridade, renda familiar, ocupação, religião, número de filhos. São Paulo, 2008.

Características sociodemográficas	N	%
<i>Idade</i>		
Até 30 anos	22	17,6
30 – 49 anos	55	44,0
50 anos ou mais	48	38,4
<i>Sexo</i>		
Feminino	94	75,2
Masculino	31	24,8
<i>Escolaridade</i>		
Ensino Fundamental	24	19,2
Ensino Médio	47	37,6
Ensino Superior	54	43,2
<i>Renda Familiar*</i>		
Até R\$2.000,00	25	20,0
Entre R\$2.000,00 e R\$5.000,00	38	30,4
Acima de R\$5.000,00	35	28,0
<i>Religião</i>		
Católica Apostólica Romana	89	71,2
Evangélica/Protestante	9	7,2
Outras	27	21,6
<i>Ocupação</i>		
Membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas e gerentes	2	1,6
Profissionais das ciências e das artes	46	36,8
Técnicos de nível médio	3	2,4
Trabalhadores de serviços administrativos	11	8,8
Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados	20	16,0
Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	8	6,4
Prendas Domésticas	21	16,8
Aposentado	10	8,0
Estudante	2	1,6
Desempregado	2	1,6
<i>Estado Civil</i>		
Solteiro	42	33,6
Casado	65	52,0
Viúvo	3	2,4
Separado/Divorciado	16	12,0
<i>Filhos</i>		
Não	44	35,2
Sim	81	64,8
Total	125	100,0

* 27 indivíduos não informaram

A Tabela 2 apresenta a característica dos entrevistados quanto à classificação de risco e a história familiar.

A maioria dos entrevistados (54,4%) pertencia a famílias com Síndrome de Lynch, e a maioria (93,0%) apresentava um familiar de primeiro grau com câncer colorretal.

A idade média de diagnóstico do câncer colorretal em familiares de primeiro grau foi de 46,18 com mediana de 45, desvio padrão de 11,5. Entre os familiares de segundo grau a idade média de diagnóstico de câncer colorretal foi 50,24 anos, com mediana de 49 e desvio padrão de 11,15. Já dentre os familiares de terceiro grau, a idade média de diagnóstico de câncer colorretal foi 32,50 anos, com mediana de 37,5 anos e desvio padrão de 16,94.

Tabela 2 – Distribuição dos 125 indivíduos entrevistados quanto à classificação de risco e história familiar de câncer. São Paulo, 2008.

História Familiar de Câncer	N	%
<i>Classificação de Risco</i>		
Síndrome de Lynch	64	51,2
Câncer Colorretal Familiar	27	21,6
Critérios Bethesda	18	14,4
Agregação Familiar de Câncer	16	12,8
<i>Familiares com Câncer</i>		
Até 2	39	31,2
3 ou mais	86	68,8
<i>Familiares com Câncer que Foram a Óbito</i>		
0	31	24,8
1 ou mais	94	75,2
<i>Familiares com Câncer Colorretal</i>		
1	42	33,6
2 ou mais	83	66,4
<i>Familiares com Câncer Colorretal que Foram a Óbito</i>		
0	37	29,6
1 ou mais	88	70,4
<i>Idade Média de Diagnóstico de CCR</i>		
Até 50 anos	46	36,8
Acima de 50 anos	79	63,2
<i>Pai com CCR</i>		
Não	93	74,4
Sim	32	25,6
<i>Mãe com CCR</i>		
Não	73	58,4
Sim	52	41,6
<i>Irmãos com CCR</i>		
Não	70	56,0
Sim	55	44,0
<i>Filhos com CCR</i>		
Não	121	96,8
Sim	4	3,2
<i>Avós com CCR</i>		
Não	84	67,2
Sim	41	32,8
<i>Sobrinhos com CCR</i>		
Não	122	97,6
Sim	3	2,4
<i>Tios com CCR</i>		
Não	61	48,8
Sim	64	51,2
<i>Primos com CCR</i>		
Não	101	80,8
Sim	24	19,2
Total	125	100,0

A Tabela 3 apresenta a distribuição dos indivíduos quanto ao recebimento de informações sobre o risco de câncer de intestino,

Tabela 3 – Distribuição dos 125 indivíduos entrevistados quanto ao recebimento de informações sobre o risco de câncer. São Paulo, 2008.

Informações sobre o Risco de Câncer Colorretal	N	%
<i>Recebeu informações sobre o risco de CCR</i>		
Não	17	13,6
Sim	108	86,4
<i>Indivíduo que forneceu as informações*</i>		
Familiar	26	24,1
Profissional de Saúde	69	55,2
Familiar e Profissional de Saúde	13	10,4
Total	125	100

* Excluídos 17 indivíduos que não receberam informações sobre o risco

A maioria dos indivíduos (86,4%) refere que recebeu informações sobre o risco de câncer colorretal, e que as recebeu de um profissional de saúde (55,2%).

A Tabela 4 apresenta a distribuição dos indivíduos quanto à realização da colonoscopia, verifica-se que 40% dos indivíduos entrevistados não realizaram colonoscopias.

Tabela 4 – Distribuição dos 125 indivíduos entrevistados quanto à realização da colonoscopia. São Paulo, 2008.

Colonoscopia	N	%
<i>Conhecimento sobre a colonoscopia</i>		
Não	21	16,8
Sim	104	83,2
<i>Número de colonoscopias realizadas</i>		
0	50	40,0
1	26	20,8
2 a 4	35	27,2
5 ou mais	14	11,2
Total	125	100

Dentre os indivíduos que realizaram colonoscopia, o número médio de colonoscopias realizadas foi 3,03 com mediana de 3, e o número máximo de 12 colonoscopias (dois indivíduos).

5.2.2 Análise Fatorial e Análise de Confiabilidade

A análise fatorial e a análise de confiabilidade serão apresentadas para a CHBMS e, após, para a CWS. Como mencionado anteriormente, foi selecionada a análise dos componentes principais com rotação varimax.

A medida Kaiser-Meyer-Olkin da adequação da amostra foi de 0,773 com 125 indivíduos, o que foi considerado satisfatório.

Para o CHBMS foi escolhida a solução com seis fatores que explica 64,8% da variância. A Tabela 5 apresenta as cargas fatoriais das questões do CHBMS, de acordo com os seis fatores extraídos, os autovalores e a variância explicada.

Tabela 5 – Cargas fatoriais, autovalores, e variância explicada do instrumento CHBMS. São Paulo, 2008.

Questão	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6
SUS1			0,771			
SUS2			0,826			
SUS3			0,812			
SUS4			0,816			
SUS5			0,734			
GRA1		0,771				
GRA2		0,822				
GRA3		0,787				
GRA4		0,622				
GRA5		0,781				
GRA6		0,779				
GRA7		0,590				
BEN1				0,646		
BEN2						0,695
BEN3				0,836		
BEN4				0,801		
BEN5				0,662		
BAR1	0,685					
BAR2		0,417				
BAR3	0,840					
BAR4	0,810					
BAR5	0,640					
BAR6	0,727					
BAR7	0,731					
BAR8	0,780					
BAR9					0,791	
BAR10					0,784	
BAR11	0,597					
BAR12	0,569					
Autovalor	7,1	3,9	2,8	2,0	1,6	1,1
Variância explicada (%)	24,5	13,6	9,7	7,1	5,8	4,0

h²: variância dos fatores comuns; SUS: escala de susceptibilidade; GRA: escala de gravidade; BEN: escala de benefícios; BAR: escala de barreiras.

A estrutura original do instrumento apresenta quatro fatores; neste estudo a análise fatorial teve solução com seis fatores. A escala susceptibilidade manteve os cinco itens e a escala gravidade ficou com sete itens. As escalas de benefícios e barreiras apresentavam modificações. Na escala de benefícios, a questão dois Quando eu faço a colonoscopia, não me preocupo com câncer de intestino não se manteve na escala de benefícios, apresentando-se isoladamente no Fator 6. Na escala de barreiras, as questões dois (Tenho medo de descobrir alguma coisa se eu fizer a colonoscopia); nove (Tenho coisas mais importantes para fazer do que a colonoscopia), e a dez (A colonoscopia vai atrapalhar minha vida) não se mantiveram no Fator 1, correspondente à percepção de barreiras. A questão dois apresentou carga fatorial com o fator dois e as questões nove e dez apresentaram carga fatorial no Fator 5.

Após a análise fatorial foram calculados: a correlação item-total; o alfa de Cronbach com a exclusão do item; e o alfa de Cronbach da escala; e correção intra-classe da CHBMS, que estão apresentados na Tabela 5.

Os alfa de Cronbach de todas as escalas foram superiores a 0,700, indicando boa confiabilidade. O alfa de Cronbach da escala de percepção de benefícios, com os cinco itens originais, foi de 0,706. O coeficiente de correlação item total foi de 0,209 para a questão dois. Com a exclusão da questão um o coeficiente de Cronbach foi 0,759. Optou-se, baseado na análise fatorial e de confiabilidade, pela exclusão do item dois da escala de benefícios.

Na escala de barreiras, a exclusão dos três itens que não apresentaram carga fatorial com os demais itens da escala, melhorou o coeficiente alfa de Cronbach, que passou de 0,887 para 0,892. Além disso, foi observada melhora da correlação item-total. Assim, optou-se pela exclusão dos itens dois, nove e dez da escala de barreiras.

Tabela 6 – Correlação item-total, Correlação intra-classe, Alfa de Cronbach com a exclusão do item, Alfa de Cronbach das escalas da CHMBS. São Paulo, 2008.

Questão	Correlação Item-Total	Correlação Intra-classe	Alfa de Cronbach com a Exclusão do Item	Alfa de Cronbach da Escala
SUS1	0,620	0,720	0,842	0,859
SUS2	0,675		0,828	
SUS3	0,728		0,813	
SUS4	0,748		0,808	
SUS5	0,611		0,844	
GRA1	0,738	0,780	0,854	0,878
GRA2	0,792		0,847	
GRA3	0,802		0,845	
GRA4	0,514		0,881	
GRA5	0,666		0,864	
GRA6	0,679		0,862	
GRA7	0,472		0,886	
BEN1	0,467	0,890	0,708	0,759
BEN3	0,667		0,636	
BEN4	0,597		0,628	
BEN5	0,458		0,724	
BAR1	0,635	0,850	0,869	0,892
BAR3	0,778		0,861	
BAR4	0,780		0,855	
BAR5	0,588		0,872	
BAR6	0,669		0,866	
BAR7	0,658		0,868	
BAR8	0,684		0,864	
BAR11	0,447		0,890	
BAR12	0,578		0,874	

SUS: escala de susceptibilidade; GRA: escala de gravidade; BEN: escala de benefícios; BAR: escala de barreiras.

A seguir é apresentada a análise fatorial e a análise de confiabilidade da CWS. A medida Kaiser-Meyer-Olkin da adequação da amostra foi de 0,863 com 125 pacientes, o que foi considerado satisfatório.

Foi extraído um único fator, que representou 58,5% da variância. A Tabela 7 apresenta as cargas fatoriais da CWS. Uma vez que há apenas um fator, não foi realizada rotação da matriz.

Tabela 7 – Cargas fatoriais, autovalor e variância explicada da CWS. São Paulo, 2008.

Questão	Fator 1
CWS1	0,716
CWS2	0,810
CWS3	0,665
CWS4	0,812
CWS5	0,825
CWS6	0,798
CWS7	0,711
Autovalor	4,1
Variância explicada (%)	58,5

Observa-se que todos os itens apresentaram carga fatorial acima de 0,30, o que corrobora que os itens devem ser mantidos na escala. A Tabela 8 apresenta a análise de confiabilidade da CWS.

Tabela 8 – Correlação item-total, Correlação intra-classe, Alfa de Cronbach com a exclusão do item, Alfa de Cronbach da CWS. São Paulo, 2008.

Questão	Correlação Item-Total	Correlação Intra-classe	Alfa de Cronbach se o Item é Deletado	Alfa de Cronbach da Escala
CWS1	0,610	0,720	0,869	0,880
CWS2	0,722		0,855	
CWS3	0,555		0,876	
CWS4	0,724		0,854	
CWS5	0,740		0,852	
CWS6	0,709		0,856	
CWS7	0,608		0,871	

O alfa de Cronbach da escala foi 0,880, considerado satisfatório, e nenhum item deletado aumentou o alfa substancialmente, além da correlação dos itens com a escala serem elevados, o que levou à manutenção dos sete itens na escala de preocupação com o câncer.

5.3 PERCEPÇÃO DE RISCO NOS FAMILIARES DE INDIVÍDUOS COM CÂNCER COLORRETAL

A Tabela 9 apresenta a média, mediana e desvio padrão da percepção de risco populacional e pessoal em relação ao câncer colorretal.

Tabela 9 - Média, mediana e desvio padrão, valores mínimo e máximo da percepção de risco populacional e pessoal e da diferença entre o risco populacional e pessoal de 101 indivíduos entrevistados. São Paulo, 2008.

Estadística Descritiva	Percepção de Risco Populacional	Percepção de Risco Pessoal	Diferença
Média	47,6	53,9	+6,33
Mediana	50,0	50,0	+10,0
Mínimo	1	0	-100
Máximo	100	100	+93

* 24 indivíduos não responderam.

Dos indivíduos que responderam às questões da percepção de risco com a escala numérica, verifica-se que 88,9% dos indivíduos com ensino superior responderam às questões; 82,6% do ensino médio responderam; e 62,5% do ensino fundamental responderam às questões; esta diferença foi estatisticamente significativa ($p=0,021$). Quanto à idade, 95,2% dos indivíduos com até 30 anos responderam as questões; 87,3% dos indivíduos entre 30 e 49 anos responderam às questões; e 68,8% dos indivíduos com

50 anos ou mais responderam às questões, esta diferença foi estatisticamente significativa ($p=0,011$).

As Tabelas 10 a 12 apresentam a percepção de risco de câncer colorretal populacional e a percepção de risco de câncer colorretal pessoal (escala numérica), de acordo com as características sociodemográficas, história familiar e conhecimento sobre o risco e realização da colonoscopia.

Tabela 10 – Características sociodemográficas dos 125 indivíduos entrevistados e a média da percepção de risco populacional e pessoal segundo a escala numérica. São Paulo, 2008.

Características Sociodemográficas	Risco Populacional		Risco Pessoal		Diferença entre o Risco Pessoal e Populacional	
	Média	p	Média	p	Média	p
<i>Idade</i>						
Até 30 anos	46,6	0,522	60,3	0,182	+13,0	0,478
30 – 49 anos	50,4		56,3		+6,1	
50 anos ou mais	44,2		46,7		+2,5	
<i>Sexo</i>						
Feminino	50,6	0,040	56,3	0,179	+5,7	0,724
Masculino	39,4		47,6		+8,1	
<i>Escolaridade</i>						
Ensino Fundamental	48,7	0,001	49,2	0,445	+0,5	0,124
Ensino Médio	58,2		58,5		+0,3	
Ensino Superior	38,9		51,8		+12,9	
<i>Renda Familiar</i>						
Até R\$ 2.000,00	58,9	0,003	51,9	0,883	-6,9	0,047
Entre R\$2.000,00 e R\$5.000,00	51,9		54,9		+3,0	
Acima de R\$5.000,00	36,0		51,3		+15,5	
<i>Religião</i>						
Católica	48,3	0,585	58,6	0,014	+10,2	0,123
Evangélica/Protestante	39,6		31,4		-8,1	
Outras	48,6		47,9		-0,71	
<i>Estado Civil</i>						
Solteiro	49,2	0,103	52,6	0,533	+3,4	0,023
Casado	49,5		52,9		+3,4	
Viúvo	-		-			
Separado/Divorciado	32,9		63,2		+30,3	
<i>Filhos</i>						
Não	47,4	0,953	55,3	0,722	+7,8	0,706
Sim	47,7		53,1		+5,4	

Como pode ser observado na Tabela 10, as mulheres superestimaram o risco populacional mais do que os homens. Indivíduos com ensino fundamental superestimaram o risco populacional mais do que

as demais categorias, no entanto subestimaram o próprio risco comparado com o populacional. O mesmo fenômeno foi observado em relação à renda.

Não foram observadas diferenças entre a percepção de risco pessoal e as características sociodemográficas, exceto pela religião. Indivíduos que se declararam evangélicos ou protestantes relataram a menor média do risco pessoal do que indivíduos de outras religiões.

Tabela 11 – História Familiar dos 125 indivíduos entrevistados e a média da percepção de risco populacional e pessoal segundo a escala numérica. São Paulo, 2008.

História Familiar	Risco Populacional		Risco Pessoal		Diferença entre o Risco Pessoal e Populacional	
	Média	p	Média	p	Média	p
<i>Classificação de Risco</i>						
Síndrome de Lynch	49,1	0,648	65,2	<0,001	+16,1	0,001
Câncer Colorretal Familiar	42,1		43,4		+1,6	
Critérios Bethesda	45,8		44,7		-1,1	
Agregação Familiar de Câncer	51,4		34,3		-17,1	
<i>Famíliares com Câncer</i>						
Até 2	45,8	0,691	38,0	0,003	-5,4	0,007
3 ou mais	48,1		58,4		+12,0	
<i>Famíliares com Câncer que Foram à Óbito</i>						
0	44,9	0,520	37,4	0,001	-7,4	0,009
1 ou mais	48,5		59,4		+10,8	
<i>Famíliares com CCR</i>						
1	45,7	0,643	39,7	0,002	-6,1	0,014
2 ou mais	48,3		59,2		+10,9	
<i>Famíliares com CCR que Foram à Óbito</i>						
0	45,5	0,549	40,7	0,001	-5,3	0,011
1 ou mais	48,6		60,1			
<i>Idade média de diagnóstico de CCR</i>						
Até 50 anos	48,1	0,856	51,4	0,480	+3,3	0,423
Acima de 50 anos	47,2		55,6		+8,3	
<i>Pai com CCR</i>						
Não	45,8	0,253	54,2	0,884	+8,4	0,302
Sim	52,0		53,3		+1,3	
<i>Mãe com CCR</i>						
Não	49,2	0,488	53,4	0,848	+4,2	0,470
Sim	45,8		54,5		+8,8	
<i>Irmãos com CCR</i>						
Não	47,3	0,867	52,8	0,613	+5,4	0,734
Sim	48,1		55,7		+7,6	
<i>Avós com CCR</i>						
Não	48,5	0,631	49,8	0,048	+1,36	0,026
Sim	46,0		61,7		+15,7	
<i>Sobrinhos com CCR</i>						

Não	47,4	0,680	54,0	0,971	+6,5	0,721
Sim	53,3		53,3		0	
<i>Tios com CCR</i>						
Não	47,6	0,992	44,5	0,002	-3,0	0,005
Sim	47,6		61,8		+14,2	
<i>Primos com CCR</i>						
Não	47,3	0,814	53,8	0,922	+6,5	0,926
Sim	48,8		54,5		+5,3	

Como pode ser demonstrado na Tabela 11, não foram observadas diferenças entre o risco populacional e características da história familiar. Indivíduos com a Síndrome de Lynch foram os que relataram maior percepção de risco pessoal, e os indivíduos com Agregação Familiar de Câncer foram os que relataram menor percepção de risco pessoal.

Indivíduos com três ou mais familiares com câncer e dois ou mais familiares com CCR relataram maior risco pessoal. O óbito de familiares por câncer, também foi associado com maior percepção de risco pessoal. Também relataram maior risco pessoal indivíduos com avós com CCR e tios com a neoplasia.

Assim como no risco pessoal, as mesmas características da história familiar foram associadas à diferença entre o risco populacional e pessoal.

A Tabela 12 apresenta as médias do risco populacional, risco pessoal e da diferença entre o risco populacional e pessoal.

Tabela 12 – Conhecimento sobre o risco de CCR e colonoscopia dos 125 indivíduos entrevistados e a média da percepção de risco populacional e pessoal segundo a escala numérica. São Paulo, 2008.

Conhecimento sobre risco e colonoscopia	Risco Populacional		Risco Pessoal		Diferença entre o Risco Populacional e Pessoal	
	Média	p	Média	p	Média	p
<i>Recebeu informação sobre o risco de CCR</i>						
Não	47,3	0,958	30,9	0,001	-19,9	0,003
Sim	47,7		57,6		+9,9	
<i>Conhecimento sobre colonoscopia</i>						
Não	44,4	0,582	55,9	0,780	+11,5	0,489
Sim	48,2		53,6		+5,4	
<i>Realizou colonoscopia</i>						
Não	46,7	0,757	48,1	0,088	+1,4	0,180
Sim	48,2		58,1		+9,8	

Indivíduos que não receberam informação sobre o risco de CCR relataram menor risco pessoal e subestimaram o próprio risco. Indivíduos que realizaram colonoscopia relataram maior risco pessoal e maior diferença entre o risco populacional e pessoal, no entanto, não foram diferenças estatisticamente significativas.

A Tabela 13 apresenta o resultado da regressão linear múltipla para a percepção de risco populacional, percepção de risco pessoal e diferença na percepção de risco.

Tabela 13 – Regressão linear múltipla para a percepção de risco populacional, percepção de risco pessoal e diferença entre a percepção de risco populacional e pessoal. São Paulo, 2008.

R2 ajustado	Significância estatística do modelo	Variáveis do modelo	Coefficientes padronizados (β)	p
<i>Percepção de Risco Populacional</i>				
0,275	<0,001	Sexo: Feminino	0,244	0,006
		Escolaridade: Fundamental/Médio	0,274	0,006
		Renda: Inferior a R\$ 2.000,00	0,232	0,019
		Estado Civil: Solteiro/Casado/Viúvo	0,285	0,002
<i>Percepção de Risco Pessoal</i>				
0,317	<0,001	Idade: até 30 anos	0,194	0,046
		Sexo: Feminino	0,130	0,147
		Familiares com Câncer: 3 ou mais	0,357	0,016
		Familiares que foram a óbito: 1 ou mais	0,191	0,122
		Recebeu informação: sim	0,197	0,063
		Religião: católica	0,235	0,013
		Tios com CCR: sim	0,183	0,170
		Classificação de risco: Síndrome de Lynch	0,343	0,003
<i>Diferença entre a percepção de risco populacional e pessoal</i>				
0,224	0,002	Estado civil: separado/divorciado	0,350	0,001
		Escolaridade: superior	0,223	0,025
		Familiares que foram a óbito: 1 ou mais	0,251	0,021
		Tios com CCR: sim	0,216	0,044

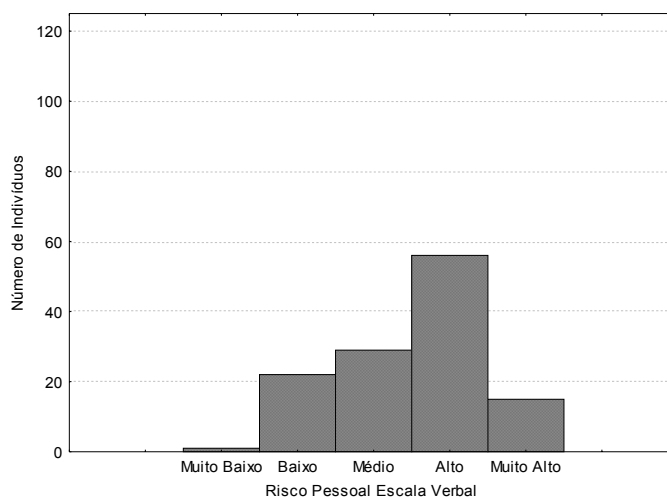
A associação entre as variáveis independentes e a percepção de risco populacional é fraca ($R = 0,300$). As variáveis que se mantiveram no modelo são responsáveis por 18,4% da variância na escala de susceptibilidade. Os coeficientes de regressão padronizados indicam que o sexo feminino está associado a uma maior percepção de risco populacional. As variáveis escolaridade, religião e renda não apresentaram significância estatística, mas foram mantidos no modelo.

A associação entre as variáveis independentes e a percepção de risco pessoal é moderada ($R = 0,617$). As variáveis que se mantiveram no modelo são responsáveis por 31,7% da variância na percepção de risco pessoal avaliada com a escala numérica. A presença de três ou mais familiares com câncer foi a variável que mais se relacionou com a percepção

de risco. Também está relacionada com a maior percepção de risco a idade, o recebimento de informações, a religião e a classificação de risco.

A associação entre as variáveis independentes e a diferença entre a percepção de risco pessoal e populacional é moderada ($R = 0,510$). As variáveis que se mantiveram no modelo são responsáveis por 22,4% da variância. O estado civil, a escolaridade, o óbito de familiares por câncer e a presença de tios com CCR estão associados com a maior diferença entre a percepção de risco populacional e a pessoal.

A Figura 2 apresenta a distribuição dos indivíduos entrevistados quanto à percepção de risco pessoal segundo a escala verbal.



* 2 entrevistados não responderam

Figura 2 – Gráfico da distribuição de 123 indivíduos entrevistados* quanto à percepção de risco pessoal de CCR de acordo com a escala verbal. São Paulo, 2008.

Do total de 123 indivíduos que responderam à questão, verifica-se que 23 (18,4) relataram risco pessoal baixo; 29 (23,2%) relataram risco pessoal médio; e 71 (56,8%) relataram risco pessoal alto.

A Figura 3 apresenta a média do risco populacional e pessoal e de acordo a percepção de risco com a escala verbal.

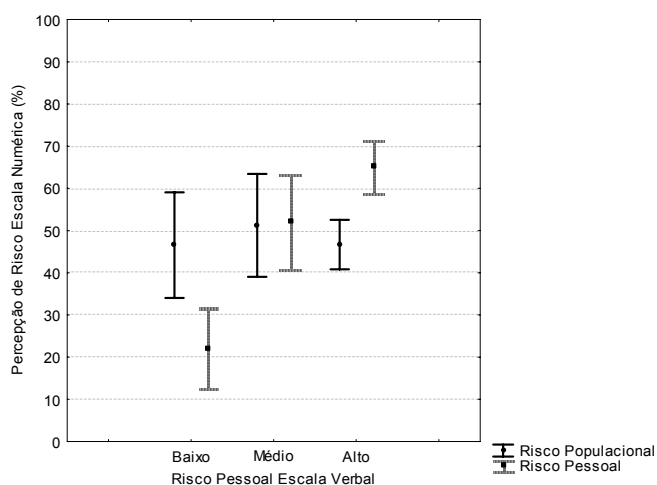


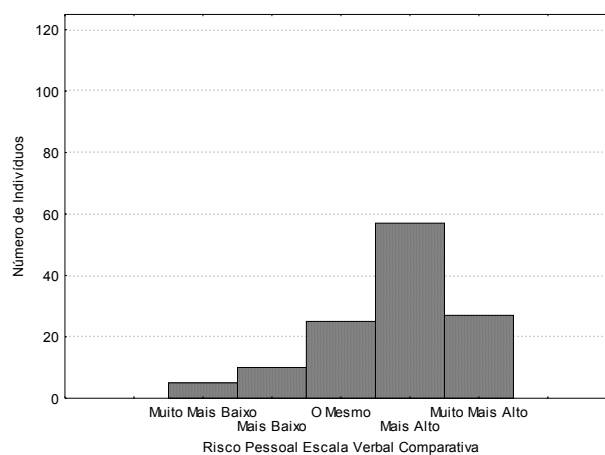
Figura 3 - Gráfico da média e intervalo de confiança 95% da percepção de risco populacional e pessoal de acordo com a percepção de risco escala verbal. São Paulo, 2008.

Não foi verificada associação entre a percepção do risco populacional com a percepção de risco pessoal de acordo com a escala verbal. Os indivíduos que se declararam de risco baixo de acordo com a escala verbal apresentaram média de 46,6% na percepção de risco populacional, enquanto os indivíduos com risco médio e alto, apresentaram, respectivamente, média de 51,2% e 46,7% ($p = 0,746$).

No entanto, foi verificada associação entre a percepção de risco pessoal, segundo a escala numérica e a escala verbal: os indivíduos que se

declararam de risco baixo apresentaram média de 22,2% na percepção de risco pessoal, os indivíduos de risco médio apresentaram média de 52,2%, e os indivíduos de risco alto apresentaram média de 65,2% ($p < 0,001$).

A Figura 4 apresenta a distribuição dos indivíduos quanto ao risco pessoal utilizando a escala verbal comparativa.



* 1 entrevistado não respondeu

Figura 4 - Gráfico da distribuição dos 124 indivíduos entrevistados* quanto à percepção de risco de acordo com a escala verbal comparativa. São Paulo, 2008.

Do total de 124 indivíduos que responderam à questão, 15 (12,0%) declararam risco mais baixo do que as outras pessoas; 25 (20,0%) declararam o mesmo risco; e 84 (67,2%) declararam risco mais alto do que as outras pessoas.

A Figura 5 apresenta a média da percepção de risco populacional e pessoal de acordo com a escala verbal comparativa.

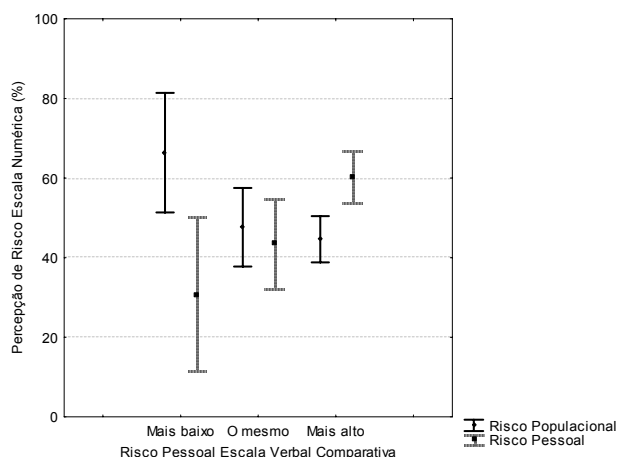


Figura 5 – Gráfico da média e intervalo de confiança 95% da percepção de risco populacional e percepção de risco pessoal de acordo com a escala verbal comparativa. São Paulo, 2008.

Ao verificar a associação entre a percepção de risco da população geral e a escala de risco pessoal comparativa, verifica-se que quanto maior o risco na escala verbal, menor o risco da população geral: indivíduos que se declaram de risco mais baixo, apresentaram média de 66,4% na escala de percepção de risco populacional, indivíduos que apontaram o mesmo risco apresentaram média de 44,7%, e os apontaram risco mais alto apresentaram percepção de risco populacional de 44,7% (p 0,021).

Também foi observado que os indivíduos que se declaram de risco mais baixo que a população geral apresentaram média de percepção de risco pessoal de 30,9%, os indivíduos com o mesmo risco apresentaram média de 43,7%, e os indivíduos de risco mais alto apresentaram média de 60,5% (p<0,001).

As Tabelas 14 a 16 apresentam as características sociodemográficas, história familiar de câncer e conhecimento sobre a colonoscopia, de acordo

com a percepção de risco pessoal e comparativo. Para as duas questões, as respostas foram agrupadas em três categorias: na questão sobre a percepção de risco pessoal as respostas foram agrupadas em risco baixo, médio e alto; e para a questão de risco comparativo, as respostas foram agrupadas em risco mais baixo, mesmo risco e risco mais alto.

Indivíduos com 50 anos ou mais relataram menor percepção de risco de acordo com a escala verbal. Assim, como na escala numérica, os indivíduos que se declararam evangélicos ou protestantes relataram menor percepção de risco com as questões com a escala verbal.

Indivíduos com ensino superior atribuíram para si risco mais alto do que indivíduos com ensino fundamental ou médio, no entanto, isto não foi estatisticamente significativo. Indivíduos com renda superior a R\$5.000,00 relataram maior percepção de risco de acordo com a escala de verbal comparativa. Indivíduos sem filhos relataram risco comparativo baixo com menor frequência do que indivíduos com filhos.

Tabela 14 – Características sociodemográficas de 125 indivíduos entrevistados e a percepção de risco pessoal e comparativo de acordo com escala verbal. São Paulo, 2008.

	Percepção de Risco Pessoal Escala Verbal			p	Percepção de Risco Pessoal Escala Verbal Comparativa			p
	Baixo	Médio	Alto		Mais Baixo	O Mesmo	Mais Alto	
	N (%)	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	N (%)	
<i>Idade</i>								
Até 30 anos	-	8 (38,1%)	9 (61,9%)	0,013	-	6 (28,6%)	15 (71,4%)	0,057
30-49 anos	9 (16,4%)	9 (16,4%)	37 (67,3%)		7 (12,7%)	6 (10,9%)	42 (76,4%)	
50 anos ou mais	14 (29,8%)	12 (25,5%)	21 (44,7%)		8 (16,7%)	13 (27,1%)	27 (56,2%)	
<i>Sexo</i>								
Feminino	16 (17,2%)	19 (20,4%)	58 (62,4%)	0,175	9 (9,7%)	17 (18,3%)	67 (72,0%)	0,176
Masculino	7 (23,3%)	10 (33,3)	13 (43,3%)		6 (19,4%)	8 (25,8%)	17 (54,8%)	
<i>Escolaridade</i>								
Ensino Fundamental	7 (30,4%)	4 (17,4%)	12 (52,2%)	0,392	5 (20,8%)	5 (20,8%)	3 (58,3%)	0,080
Ensino Médio	7 (15,2%)	14 (30,4%)	25 (54,3%)		3 (6,5%)	14 (30,4%)	29 (63,0%)	
Ensino Superior	9 (16,7%)	11 (20,4%)	34 (63,0%)		7 (13,0%)	6 (11,1%)	41 (75,9%)	
<i>Renda Familiar</i>								
Até R\$2000,00	4 (16,0%)	7 (28,0%)	14 (56,0%)	0,577	5 (20,0%)	6 (24,0%)	14 (56,0%)	0,039
Entre R\$2000,00 e R\$5000,00	5 (13,5%)	10 (27,0%)	22 (59,5%)		2 (5,4%)	10 (27,0%)	25 (67,6%)	
Acima de R\$ 5000,00	4 (11,4%)	5 (14,3%)	26 (74,3%)		3 (8,6%)	2 (5,7%)	30 (85,7%)	
<i>Religião</i>								
Católica	11 (12,6%)	18 (20,7%)	58 (66,7%)	0,007	6 (6,8%)	16 (18,2%)	66 (75,0%)	0,007
Evangélica	4 (44,4%)	4 (44,4%)	1 (11,1%)		1 (11,1%)	4 (44,4%)	5 (44,4%)	
Outras	8 (29,6%)	7 (25,9%)	12 (44,4%)		8 (29,6%)	5 (18,5%)	14 (51,9%)	
<i>Estado Civil</i>								
Solteiro	5 (12,2%)	12 (29,3%)	24 (58,5%)	0,088	2 (4,8%)	12 (28,6%)	28 (66,7%)	0,114
Casado	17 (26,6%)	15 (23,4%)	32 (50,0%)		12 (18,8%)	10 (15,6%)	42 (65,6%)	
Viúvo	1 (33,0%)	-	2 (66,7%)		1 (33,3%)	-	2 (66,7%)	
Separado/ Divorciado	-	2 (13,3%)	13 (86,7%)		-	3 (20,0%)	12 (80,0%)	
<i>Filhos</i>								
Não	4 (9,1%)	13 (29,5)	27 (61,4%)	0,102	1 (2,3%)	13 (29,5%)	30 (68,2%)	0,015
Sim	19 (24,1%)	16 (20,3%)	44 (55,7%)		14 (17,5%)	12 (15,0%)	54 (67,5%)	

A Tabela 15 apresenta a distribuição entre a percepção de risco pessoal e comparativo, de acordo com a história familiar de câncer.

Tabela 15 – História familiar de câncer de 125 indivíduos entrevistados e a percepção de risco pessoal e comparativo de acordo com escala verbal. São Paulo, 2008.

História Familiar de Câncer	Percepção de Risco Pessoal Escala Verbal			p	Percepção de Risco Pessoal Escala Verbal Comparativa			p
	Baixo	Médio	Alto		Mais Baixo	O Mesmo	Mais Alto	
	N (%)	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	N (%)	
<i>Classificação de Risco</i>								
Síndrome de Lynch	7 (10,9%)	16 (25,0%)	41 (64,1%)	0,053	4 (6,2%)	10 (15,6%)	50 (78,1%)	0,182
Câncer Colorretal Familiar	8 (30,8%)	4 (15,4%)	14 (53,8%)		5 (19,2%)	6 (23,1%)	15 (57,7%)	
Critérios Bethesda	2 (11,2%)	7 (41,2%)	8 (47,1%)		2 (11,1%)	5 (27,8%)	11 (61,1%)	
Agregação Familiar de Câncer	6 (37,5%)	2 (12,5%)	8 (50,0%)		4 (25,0%)	4 (25,0%)	8 (50,0%)	
<i>Familiares com Câncer</i>								
Até 2	8 (28,6%)	9 (32,1%)	11 (39,3%)	0,076	5 (17,9%)	23 (42,9%)	11 (39,3%)	0,001
3 ou mais	15 (15,8%)	20 (21,1%)	60 (63,2%)		10 (10,4%)	13 (13,5%)	73 (76,0%)	
<i>Familiares com Câncer que Foram a Óbito</i>								
0	11 (35,5%)	8 (25,8%)	12 (38,7%)	0,012	7 (22,6%)	11 (35,5%)	13 (41,9%)	0,002
1 ou mais	12 (13,0%)	21 (22,8%)	59 (64,1%)		8 (8,6%)	14 (15,1%)	71 (76,3%)	
<i>Familiares com CCR</i>								
1	9 (25,0%)	10 (27,8%)	17 (47,2%)	0,296	7 (18,9%)	11 (29,7%)	17 (51,4%)	0,038
2 ou mais	14 (16,1%)	19 (21,8%)	54 (62,1%)		8 (9,2%)	14 (16,1%)	65 (74,7%)	
<i>Familiares com CCR que Foram a Óbito</i>								
0	11 (26,2%)	11 (26,2%)	20 (47,6%)	0,199	8 (18,6%)	12 (27,9%)	23 (53,5%)	0,044
1 ou mais	12 (14,8%)	18 (22,2%)	51 (63,0%)		7 (8,6%)	13 (16,0%)	61 (75,3%)	
<i>Filhos com CCR</i>								
Não	21 (17,6%)	28 (23,5%)	70 (58,8%)	0,230	13 (10,8%)	24 (20,0%)	83 (69,2%)	0,048
Sim	2 (50,0%)	1 (25,0%)	1 (25,0%)		2 (50,0%)	1 (25,0%)	1 (25,0%)	
<i>Tios com CCR</i>								
Não	14 (23,3%)	15 (25,0%)	31 (51,7%)	0,334	11 (18,0%)	16 (26,2%)	34 (55,7%)	0,016
Sim	9 (14,3%)	14 (22,2%)	40 (63,5%)		4 (6,3%)	9 (14,3%)	50 (79,4%)	

De acordo com a Tabela 15, os indivíduos com Síndrome de Lynch relataram risco pessoal alto, no entanto, esta diferença não foi estatisticamente significativa. Indivíduos com mais de dois familiares com câncer e CCR relataram risco pessoal mais alto, de acordo com a escala verbal comparativa; do mesmo modo, indivíduos com familiares que foram a óbito também, relataram, maior percepção de risco.

Indivíduos com tios com CCR relataram maior percepção de risco de acordo com a escala verbal comparativa. Para as demais categorias - pai, mãe, avós, irmãos, sobrinhos e primos com CCR – não foram observadas diferenças estatisticamente significativas em relação à percepção de risco avaliada com a escala verbal.

Tabela 16 – Conhecimento do risco de câncer e colonoscopia, e realização da colonoscopia dos 125 indivíduos entrevistados e a percepção de risco pessoal e comparativo de acordo com escala verbal. São Paulo, 2008.

Conhecimento de risco e colonoscopia	Percepção de Risco Pessoal Escala Verbal				Percepção de Risco Pessoal Escala Verbal Comparativa			
	Baixo	Médio	Alto	p	Mais Baixo	O Mesmo	Mais Alto	p
	N (%)	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	N (%)	
<i>Recebeu informação sobre o risco de CCR</i>								
Não	7 (43,8%)	4 (25,0%)	5 (31,2%)	0,015	4 (25,0%)	6 (37,5%)	6 (37,5%)	0,021
Sim	16 (15,0%)	25 (23,4%)	66 (61,7%)		11 (10,2%)	19 (17,6%)	78 (72,2%)	
<i>Sabe o que é colonoscopia</i>								
Não	2 (10,5%)	5 (26,3%)	12 (63,2%)	0,610	2 (10,0%)	6 (30,0%)	12 (60,0%)	0,486
Sim	21 (20,2%)	24 (23,1%)	59 (56,7%)		13 (12,5%)	19 (18,3%)	72 (69,2%)	
<i>Fez Colonoscopia</i>								
Não	11 (22,9%)	13 (27,1%)	24 (50,0%)	0,373	7 (14,3%)	15 (30,6%)	27 (55,1%)	0,037
Sim	12 (16,0%)	16 (21,3%)	47 (62,7%)		8 (10,7%)	10 (13,3%)	57 (76,0%)	

Os indivíduos que relataram que receberam informação sobre o risco de CCR relataram maior percepção de risco. Já os indivíduos que realizaram colonoscopia relataram maior percepção de risco, de acordo com a escala verbal comparativa.

A Tabela 17 apresenta o resultado da regressão logística múltipla para o risco pessoal, de acordo com as escalas verbal e verbal comparativa.

Tabela 17 – Regressão logística múltipla para a percepção de risco pessoal com a escala verbal e verbal comparativa. São Paulo, 2008.

Variável	OR*	IC95%	Wald	p
<i>Percepção de Risco Escala Verbal</i>				
Idade				
Acima de 50 anos	1			
50 anos ou menos	5,4	1,8-16,0	9,3	0,002
Sexo				
Masculino	1			
Feminino	4,2	1,3-13,9	5,4	0,018
Religião				
Outras	1			
Católica	8,9	2,6-31,0	11,9	0,001
Classificação de risco				
AFC	1			
Outras	57,4	2,5-1,3	6,4	0,001
Famíliares com Câncer que foram a Óbito				
0	1			
1 ou mais	16,6	2,8-96,8	9,8	0,002
Recebeu informação				
Não	1			
Sim	12,7	1,1-144,1	4,2	0,040
<i>Percepção de Risco Escala Verbal Comparativa</i>				
Idade				
Acima de 50 anos	1			
50 anos ou menos	3,9	1,6-9,6	8,7	0,003
Sexo				
Masculino	1			
Feminino	3,4	1,2-9,2	5,7	0,017
Religião				
Outras	1			
Católica	3,4	1,3-8,7	6,5	0,010
Classificação de risco				
AFC	1			
Outras	3,2	0,6-17,5	1,8	0,169
Famíliares com Câncer que foram a Óbito				
0	1		9,5	0,002
1 ou mais	8,0	2,4-29,9		
Estado Civil				
Outros	1			
Solteiro	8,9	1,5-52,2	5,9	0,014

* OR: Razão de Chances para Indivíduo relatar risco pessoal de acordo com a escala verbal alto e, risco pessoal de acordo com a escala verbal comparativa mais alto

O modelo da escala verbal responde por 46,7% da variância. A classificação de risco AFC e o óbito de familiares foram as variáveis com maior influência na avaliação do risco pessoal.

O modelo da escala verbal comparativa responde por 33,7% da variância, o estado civil e o óbito por câncer em familiares foram às variáveis que mais influenciaram a avaliação de risco comparativo alto.

5.4 MODELO DE CRENÇAS EM SAÚDE E PREOCUPAÇÃO COM O CÂNCER NOS FAMILIARES DE INDIVÍDUOS COM CÂNCER COLORRETAL

A Tabela 18 apresenta a média, mediana, desvio padrão valores mínimos e máximos das escalas do CHBMS e da CWS.

Tabela 18 – Média, desvio padrão, valores mínimos e máximos das escalas do CHBMS. São Paulo, 2008.

Escalas	CHBMS				CWS
	Susceptibilidade	Gravidade	Benefícios	Barreiras	
Média	14,3	20,3	17,8	18,0	14,9
Desvio padrão	4,3	6,7	2,2	7,5	5,1
Mediana	15,0	20,0	19,0	18,0	14
Mínimo	5,0	7,0	11,0	9,0	7
Máximo	22,0	35,0	20,0	45,0	28

A escala de susceptibilidade, com cinco itens, tem variação possível entre 5 e 25. A escala de gravidade, com sete itens, tem variação possível entre 7 e 35. Já a escala de benefícios, com três itens, tem variação entre 4 e 20, e a escala de barreiras, com nove itens, tem variação entre 9 e 45. A CWS tem variação possível entre 7 e 35 pontos.

A Tabela 19 apresenta as freqüências dos itens da escala de susceptibilidade. As respostas discordo totalmente e discordo foram agrupadas, assim como as respostas concordo e concordo totalmente.

Tabela 19 – Distribuição das respostas dos 125 indivíduos entrevistados sobre as questões da escala de susceptibilidade do CHBMS. São Paulo, 2008.

Questão	Discordo		Não concordo, nem discordo		Concordo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tenho certeza que vou ter câncer de intestino algum dia	82	65,6	29	23,2	14	11,2	125	100,0
Acho que vou ter câncer de intestino algum dia	65	52,0	30	24,0	30	24,0	125	100,0
Tenho uma grande chance de ter câncer de intestino nos próximos 10 anos	54	43,2	28	22,4	43	34,4	125	100,0
Minha chance de ter câncer de intestino é grande	45	36,0	19	15,2	61	48,8	125	100,0
Tenho mais chance de ter câncer de intestino do que as outras pessoas	25	20,0	14	11,2	86	68,8	125	100,0

Os indivíduos concordaram que têm grande chance de ter CCR (48,8%), e que têm mais chance de ter CCR do que as outras pessoas (68,8%), no entanto, a maioria não concorda que terá CCR (65,6% discordaram da questão “Tenho certeza que vou ter câncer de intestino algum dia”; e 52,0% discordaram da questão “Acho que vou ter câncer de intestino algum dia”).

A Tabela 20 apresenta a distribuição das respostas às questões da escala de gravidade do CHBMS.

As três primeiras questões desta escala se referem aos sentimentos que a idéia de CCR provoca. Como pode ser observado, 51,2% afirmaram que a “idéia de câncer de intestino apavora”; 39,2% que o “coração bate

mais rápido ao pensar em câncer de intestino”; e 40,0% referem que têm “medo até de pensar em câncer de intestino”.

As quatro últimas questões da escala de gravidade se referem aos efeitos do CCR. Do total 34,4% acreditam que os efeitos do CCR sejam de longa duração; 30,4% afirmaram que o câncer colorretal pode afetar a relação com o parceiro; 54,4% concordam que a vida mudaria com a ocorrência do CCR; e uma minoria (20,8%), afirmou que não sobreviveria mais que cinco anos após o diagnóstico do CCR.

Tabela 20 – Distribuição das respostas dos 125 indivíduos entrevistados sobre as questões da escala de gravidade do CHBMS. São Paulo, 2008.

Questão	Discordo		Não concordo, nem discordo		Concordo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
A idéia de câncer de intestino me apavora	55	44,0	6	4,8	64	51,2	125	100,0
Quando eu penso em ter câncer de intestino meu coração dispara	68	54,4	8	6,4	49	39,2	125	100,0
Tenho medo até de pensar em câncer de intestino	72	57,6	3	2,4	50	40,0	125	100,0
Os problemas que eu teria com câncer de intestino iriam durar muito tempo	57	45,6	25	20,0	43	34,4	125	100,0
O câncer de intestino pode ameaçar minha relação com meu parceiro	72	57,6	15	12,0	38	30,4	125	100,0
Se eu tivesse câncer de intestino minha vida toda iria mudar	41	32,6	16	12,8	68	54,4	125	100,0
Se eu tiver câncer de intestino não vou viver mais que cinco anos	85	68,0	14	11,2	26	20,8	125	100,0

A Tabela 21 apresenta a distribuição das respostas às questões da escala de benefícios do CHBMS. Optou-se por manter a questão dois que foi removida da versão final

Tabela 21 – Distribuição das respostas dos 125 indivíduos entrevistados sobre as questões da escala de benefícios do CHBMS. São Paulo, 2008.

Questão	Discordo		Não concordo, nem discordo		Concordo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Quando eu faço a colonoscopia que o médico mandou, fico aliviado	4	3,2	14	11,2	107	85,6	125	100,0
Quando eu faço a colonoscopia, não me preocupo muito com o câncer de intestino	47	37,6	13	10,4	65	52,0	125	100,0
Fazer a colonoscopia ajuda a descobrir logo o câncer de intestino	-	-	2	1,6	123	98,4	125	100,0
Fazer a colonoscopia diminui a chance de eu morrer de câncer de intestino	4	3,2	5	4,0	116	92,8	125	100,0
Fazer a colonoscopia diminui a chance de eu ter uma cirurgia grande se eu tiver câncer de intestino	7	5,6	2	4,0	113	90,4	125	100,0

A maioria dos entrevistados (85,6%) referiu alívio após a realização da colonoscopia; no entanto, 52,0% afirmou que submeter-se à colonoscopia não reduz a preocupação com o CCR. É possível verificar que a maioria dos entrevistados acredita na efetividade da colonoscopia na redução da mortalidade e morbidade por CCR: 98,4% concorda que a colonoscopia permite a detecção precoce; 92,8% concorda que a colonoscopia reduz a mortalidade por CCR; e 90,4% concorda que a colonoscopia reduz a chance de cirurgias radicais em decorrência do CCR.

A Tabela 22 apresenta a distribuição das respostas às questões da escala de barreiras do CHBMS. Optou-se por manter as questões dois, nove e dez que foram removidas da versão final.

Tabela 22 – Distribuição das respostas dos 125 indivíduos entrevistados sobre as questões da escala de barreiras do CHBMS. São Paulo, 2008.

Questão	Discordo		Não concordo, nem discordo		Concordo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Fico com vergonha de fazer a colonoscopia	100	80,0	2	1,6	23	18,4	125	100,0
Tenho medo de descobrir alguma coisa se eu fizer a colonoscopia	81	64,8	4	3,5	40	32,0	125	100,0
Tenho medo de fazer a colonoscopia porque eu não sei o que vão fazer comigo	114	91,2	5	4,0	6	4,8	125	100,0
Não sei o que fazer para marcar a colonoscopia	98	78,4	8	6,4	16	15,2	125	100,0
O preparo para a colonoscopia vai demorar muito	86	68,8	14	11,2	25	20,0	125	100,0
Acho que a colonoscopia deve doer muito	103	82,4	10	8,0	12	9,6	125	100,0
O pessoal que faz a colonoscopia pode ser grosseiro	112	89,6	6	4,9	7	5,6	125	100,0
É difícil arrumar condução para ir fazer a colonoscopia	107	85,6	3	2,4	15	12,0	125	100,0
Tenho coisas mais importantes para fazer do que a colonoscopia	115	92,0	4	3,2	6	4,8	125	100,0
A colonoscopia vai atrapalhar minha vida	120	96,0	2	1,6	3	2,4	125	100,0
A colonoscopia é muito cara	59	47,2	32	25,6	34	27,2	125	100,0
Sempre me esqueço de marcar a colonoscopia	101	80,8	4	3,2	20	16,0	125	100,0

A principal barreira apontada pelos entrevistados é o medo em descobrir o CCR (32,0%); seguido do custo do exame (27,2%); demora do preparo (20,0%); vergonha em submeter-se ao exame (18,4%); e problemas com o agendamento: 16,0% referem que se esquecem de marcar o exame; e 15,2% desconhecem os procedimentos para o agendamento; 12,0% referem dificuldade para locomover-se ao local do exame.

Uma minoria afirmou que tem “coisas mais importantes para fazer do que a colonoscopia” (4,8%) e 2,4% afirmaram que “a colonoscopia vai atrapalhar minha vida”.

As figuras, a seguir, apresentam a distribuição das respostas relativas a CWS. A Figura 6 apresenta a distribuição das respostas dos indivíduos à questão um da escala de preocupação com o câncer.

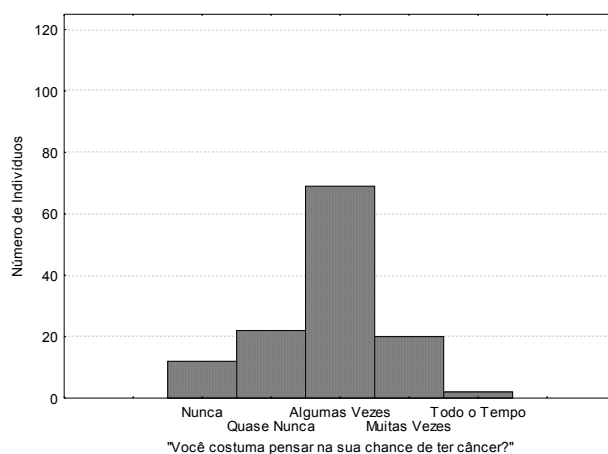


Figura 6 – Gráfico da distribuição das respostas dos 125 indivíduos entrevistados à questão: "Você costuma pensar na sua chance de ter câncer?" da CWS. São Paulo, 2008.

A maioria dos indivíduos (55,2%) refere que se preocupa algumas vezes com a chance de ter câncer e 17,6% referiram que se preocupam muitas vezes ou o tempo todo.

A Figura 7 apresenta a distribuição das respostas dos indivíduos à questão dois da escala de preocupação com o câncer.

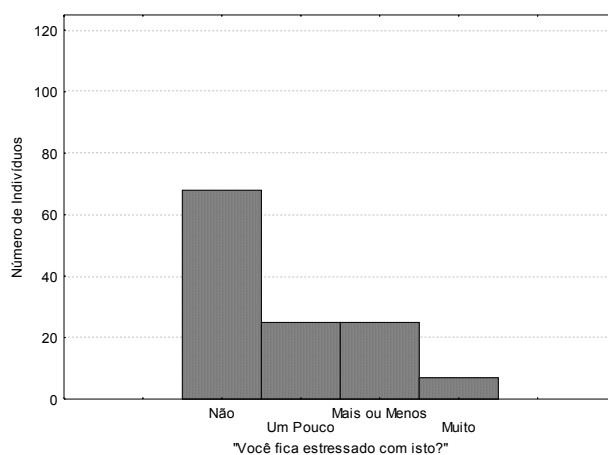


Figura 7 - Gráfico da distribuição das respostas dos 125 indivíduos entrevistados à questão: "Você fica estressado com isto?" da CWS. São Paulo, 2008.

Como pode ser observado, 20,0% dos entrevistados referiu que fica estressado com a preocupação com o câncer - "um pouco" ou "mais ou menos"; 5,6% referem que ficam muito estressados.

A Figura 8 apresenta a distribuição das respostas dos 125 entrevistados à questão três da escala de preocupação com o câncer.

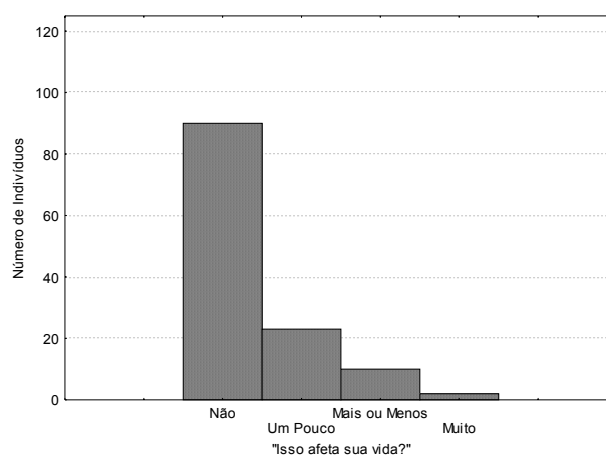


Figura 8 - Gráfico da distribuição das respostas dos 125 indivíduos entrevistados à questão: "Isto afeta sua vida?" da CWS. São Paulo, 2008.

A maioria dos indivíduos (72,0%) referiu que a preocupação com o câncer não afeta a vida; 8,0% referiram que afeta “mais ou menos”; e 1,6% que afeta “muito”.

A Figura 9 apresenta a distribuição dos 125 indivíduos entrevistados à questão quatro da escala de preocupação com o câncer.

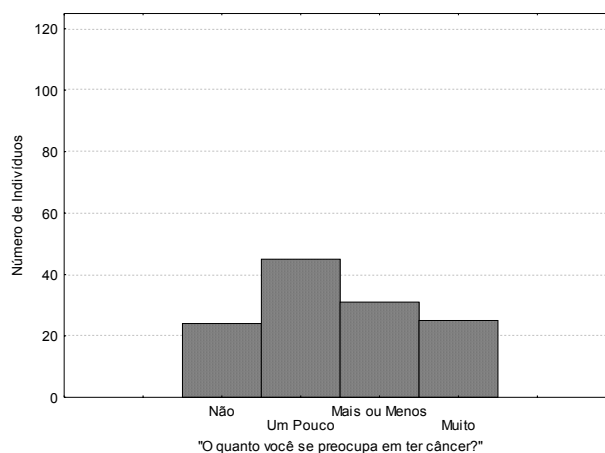


Figura 9 – Gráfico da distribuição das respostas dos 125 indivíduos entrevistados à questão: “O quanto você se preocupa em ter câncer?” da CWS. São Paulo, 2008.

Do total de entrevistados, 36,0% referiram que se preocupam “um pouco”. Do total, 20,0% referem que se preocupam muito em ter câncer.

A Figura 10 apresenta a distribuição das respostas à questão cinco da escala de preocupação com o câncer.

Do total, 39,2% referem que se preocupam com o câncer “Algumas vezes” e 10,4% referiram que se preocupam “muitas vezes” ou “sempre”, com a chance de ter câncer.

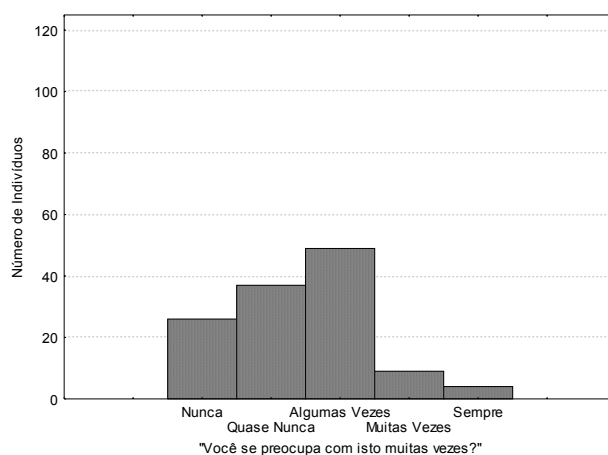


Figura 10 – Gráfico da distribuição das respostas dos 125 indivíduos entrevistados à questão: “Você se preocupa com isto muitas vezes?” da CWS. São Paulo, 2008.

A Figura 11 apresenta a distribuição das respostas dos 125 indivíduos entrevistados à questão seis da escala de preocupação o câncer.

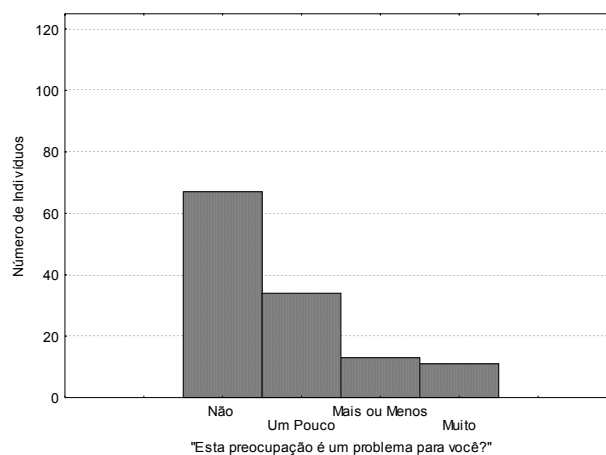


Figura 11 - Gráfico da distribuição das respostas dos 125 indivíduos entrevistados à questão: “Esta preocupação é um problema para você?” da CWS. São Paulo, 2008.

A maioria dos entrevistados (53,6%) referiu que a preocupação não é um problema; e 8,8% apontaram que a preocupação com o câncer é um problema.

A Figura 12 apresenta a distribuição das respostas dos 125 indivíduos entrevistados à questão sete da escala de preocupação o câncer.

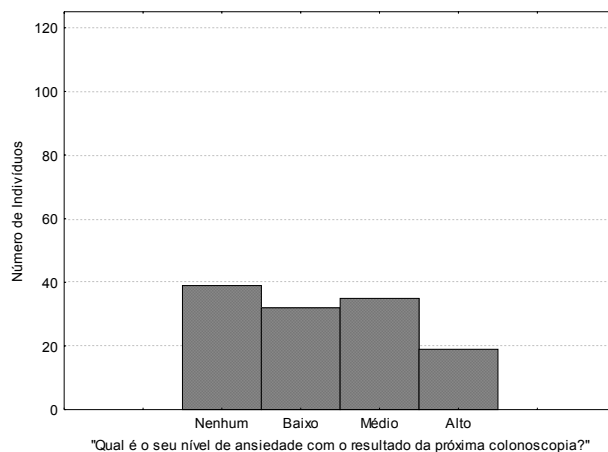


Figura 12 - Gráfico da distribuição das respostas dos 125 indivíduos entrevistados à questão: "Qual é o seu nível de ansiedade com o resultado da próxima colonoscopia?" da CWS. São Paulo, 2008.

Do total de entrevistados, 31,2% referiram não ter nenhuma ansiedade em relação ao resultado do exame. Já 15,2% referem que têm um alto nível de ansiedade em relação ao próximo resultado.

A Tabela 23 apresenta os coeficientes de correlação e a significância estatística entre as escalas do CHBMS e a CWS.

Tabela 23 – Coeficiente de correlação de Pearson e significância estatística entre as escalas do CHBMS e a CWS. São Paulo, 2008.

	CHBMS				CWS
	Susceptibilidade	Gravidade	Benefícios	Barreiras	
Susceptibilidade					
<i>r</i>		0,116	0,221	0,028	0,378
<i>p</i>		0,196	0,013	0,753	<0,001
Gravidade					
<i>r</i>	0,116		0,119	0,406	0,439
<i>p</i>	0,196		0,185	<0,001	<0,001
Benefícios					
<i>r</i>	0,221	0,119		-0,101	0,128
<i>p</i>	0,013	0,185		0,261	0,155
Barreiras					
<i>r</i>	0,028	0,406	-0,101		0,338
<i>p</i>	0,753	<0,001	0,261		<0,001
CWS					
<i>r</i>	0,378	0,439	0,128	0,338	
<i>p</i>	<0,001	<0,001	0,155	<0,001	

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 23, foi observada correlação positiva fraca ($r=0,221$) entre as escalas de benefícios e susceptibilidade: indivíduos que se percebiam mais susceptíveis relataram mais benefícios em relação à colonoscopia.

Foi observada correlação moderada ($r=0,406$) entre a gravidade e barreiras: indivíduos que percebiam a doença como mais grave relataram mais barreiras em relação à colonoscopia.

A escala de preocupação com o câncer apresentou correlação positiva com três das quatro escalas da CHBMS. A CWS apresentou correlação positiva fraca ($r=0,378$) com a escala de susceptibilidade: quanto mais susceptíveis mais preocupados com o câncer os indivíduos estavam. A CWS apresentou correlação positiva moderada ($r=0,439$) com a escala de gravidade: quanto mais grave o indivíduo considera o CCR maior a preocupação com o câncer. Também foi observada correlação positiva fraca

($r=0,338$) entre a escala de barreiras e a CWS: quanto mais barreiras para a realização de colonoscopia, maior a preocupação com o câncer.

Também foi verificada a associação entre as médias das escalas da CHBMS e da CWS e a percepção de risco.

A percepção de risco populacional não apresentou correlação significativa com nenhuma escala da CHBMS e a CWS. A única escala com a qual a percepção de risco pessoal apresentou correlação estatisticamente significativa foi a percepção de susceptibilidade ($r=0,511$; $p<0,001$).

Ao observar a média da escala de susceptibilidade da CHBMS e a percepção de risco pessoal escala verbal, verifica-se que os indivíduos com risco baixo apresentaram a menor média, os com risco médio apresentaram média intermediária, e os com risco alto apresentaram a maior média (10,6; 12,1; e 16,5, respectivamente), e esta diferença foi estatisticamente significativa ($p<0,001$). Não foram observadas associações entre a percepção de risco pessoal escala verbal e das demais escalas do CHBMS. Os indivíduos que se declaram de risco alto apresentaram maior média na escala de preocupação com o câncer, quando comparados aos indivíduos que se declaram de risco médio e baixo (15,5 versus 14,5 e 12,7, respectivamente), no entanto, esta diferença não foi estatisticamente significativa ($p 0,057$).

Na percepção de risco pessoal de acordo com a escala comparativa é observado fenômeno semelhante. Foi observada associação entre a escala de percepção de susceptibilidade e a percepção de risco comparativo. Indivíduos que se consideraram de risco mais baixo do que a população

geral apresentaram média de 10,5 na escala de percepção de susceptibilidade; os indivíduos que se declararam com o mesmo risco apresentaram média de 11,4; e os indivíduos que se declararam de risco mais alto apresentaram média de 15,9 na escala de percepção de susceptibilidade ($p < 0,001$). Nas demais escalas do CHBMS não foram verificadas associações significativas. Entretanto, foi observada associação entre a percepção de risco escala verbal comparativa e a preocupação com o câncer: os indivíduos com risco mais baixo apresentaram média de 11,2 na CWS; indivíduos com o mesmo risco apresentaram preocupação com o câncer de 14,7; e os indivíduos com risco mais alto apresentaram média da preocupação com o câncer de 15,4; esta diferença foi estatisticamente significativa ($p 0,041$).

A Tabela 24 apresenta a associação entre as variáveis sociodemográficas e as médias das escalas do CHMBS e a CWS.

Tabela 24 – Características sociodemográficas dos 125 indivíduos entrevistados, média das escalas do CHBMS e a CWS. São Paulo, 2008.

	CHBMS								CWS	
	Susceptibilidade		Gravidade		Benefícios		Barreiras		M	p
	M	p	M	p	M	p	M	p		
<i>Idade</i>										
Até 30 anos	14,7	0,030	19,1	0,098	16,8	0,042	21,7	0,027	15,8	0,663
30 – 50 anos	15,2		19,3		18,1		17,7		14,7	
50 anos ou mais	13,0		21,9		18,1		16,6		14,7	
<i>Sexo</i>										
Feminino	14,5	0,321	20,6	0,324	17,9	0,347	17,8	0,670	15,1	0,456
Masculino	13,6		19,3		17,5		18,5		14,3	
<i>Escolaridade</i>										
Ensino Fundamental	14,3	0,866	24,0	0,003	18,8	0,047	17,7	0,021	14,5	0,492
Ensino Médio	14,0		20,4		17,4		20,2		15,6	
Ensino Superior	14,5		18,6		17,8		16,1		14,5	
<i>Renda</i>										
Até R\$2.000,00	14,0	0,537	20,0	0,222	17,2	0,433	17,5	0,008	15,2	0,338
De R\$2.000,00 a R\$5.000,00	14,5		21,2		17,7		19,1		15,8	
Acima de R\$5.000,00	15,2		18,7		17,9		14,6		14,1	
<i>Religião</i>										
Católica	15,1	0,003	21,4	0,010	18,2	0,038	18,3	0,773	15,8	0,005
Evangélica/Protestante	11,8		16,2		16,7		17,3		12,4	
Outras	12,4		18,0		17,1		17,1		12,7	
<i>Estado Civil</i>										
Solteiro	14,0	0,729	20,2	0,050	17,2	0,019	19,8	0,272	15,7	0,132
Casado	14,2		20,3		17,9		16,9		14,8	
Viúvo	13,3		30,0		20,0		16,7		9,0	
Separado/Divorciado	15,4		18,3		18,9		17,9		14,0	
<i>Filhos</i>										
Não	14,8	0,370	19,7	0,492	17,0	0,002	19,0	0,230	15,3	0,532
Sim	14,0		20,6		18,3		17,4		14,7	

M: média

Como pode ser observado, há diferenças significativas entre as médias das escalas de benefícios e barreiras e a faixa etária, indivíduos abaixo dos 30 anos apresentaram as menores médias na percepção de benefícios e as maiores médias na percepção de barreiras.

Os indivíduos com 50 anos ou mais relataram menor susceptibilidade, e relatam mais benefícios e menos barreiras. Também foi observado que os indivíduos com 50 anos ou mais percebiam a doença como mais grave, mas a diferença não foi estatisticamente significativa.

Não foram observadas diferenças nas médias das escalas da CHBMS e o sexo. Indivíduos com o ensino fundamental percebem a doença como mais grave, e relatam mais benefícios em relação à colonoscopia. Indivíduos com o nível médio de escolaridade apresentam maior percepção de barreiras. Indivíduos com renda superior a R\$5.000,00 relataram menor percepção de barreiras.

Foram observadas diferenças entre a percepção de susceptibilidade, severidade e benefícios e a religião.

Também foram observadas diferenças entre a percepção de gravidade e a de benefícios e o estado civil. Também foi observado que indivíduos com filhos relataram maior percepção de benefícios do que os indivíduos sem filhos.

A escala de percepção de susceptibilidade apresentou diferenças quanto às médias de acordo com a religião. Foram observadas diferenças entre a média da escala de benefícios quanto ao estado civil: os solteiros apresentaram a menor média. Do mesmo modo, indivíduos sem filhos apresentaram menores médias na escala de benefícios.

A Tabela 25 apresenta a média das escalas do CHBMS e a CWS e a história familiar de câncer.

Tabela 25 – História familiar de câncer dos 125 indivíduos entrevistados, média das escalas do CHBMS e da CWS. São Paulo, 2008.

	CHBMS								CWS	
	Susceptibilidade		Gravidade		Benefícios		Barreiras		M	p
	M	p	M	p	M	p	M	p		
<i>Classificação de Risco</i>										
SL	15,4	0,013	19,3	0,022	18,0	0,606	17,3	0,721	15,3	0,624
CCR Familiar	13,0		23,7		17,9		18,8		13,9	
Cr Bethesda	13,0		21,9		18,1		16,6		14,7	
AFC	12,3		18,8		17,8		19,3		14,4	
<i>Familiares com Câncer</i>										
Até 2	13,1	0,039	18,3	0,021	17,3	0,056	17,7	0,191	14,0	0,191
3 ou mais	14,8		21,2		18,1		18,1		15,3	
<i>Familiares com Câncer que Foram a Óbito</i>										
0	11,6	<0,001	17,7	0,013	17,2	0,073	18,4	0,731	14,1	0,342
1 ou mais	15,2		21,1		18,0		17,8		15,1	
<i>Familiares com CCR</i>										
1	12,8	0,006	19,6	0,396	17,6	0,293	18,5	0,597	14,8	0,480
2 ou mais	15,0		20,7		18,0		17,7		14,9	
<i>Familiares com CCR que Foram a Óbito</i>										
0	12,9	0,007	19,7	0,494	17,5	0,229	18,5	0,531	13,7	0,038
1 ou mais	14,3		21,1		17,8		15,6		15,6	
<i>Idade Média de Diagnóstico do CCR</i>										
Até 50 anos	14,5	0,940	19,2	0,174	18,0	0,536	18,8	0,352	13,6	0,051
≥ 50 anos	14,4		21,0		17,8		17,4		15,6	
<i>Pai com CCR</i>										
Não	14,2	0,811	20,3	0,896	18,0	0,313	17,6	0,333	15,1	0,416
Sim	14,4		20,2		17,5		19,1		14,3	
<i>Mãe com CCR</i>										
Não	14,0	0,346	21,1	0,098	17,8	0,786	18,6	0,251	15,1	0,416
Sim	14,7		19,1		17,9		17,0		14,6	
<i>Irmãos com CCR</i>										
Não	14,1	0,600	18,2	<0,001	17,4	0,018	18,6	0,299	14,2	0,083
Sim	14,5		22,9		18,4		17,2		15,8	
<i>Filhos com CCR</i>										
Não	14,4	0,153	20,3	0,771	17,8	0,934	18,1	0,317	14,9	0,515
Sim	11,3		21,3		17,8		14,3		13,3	
<i>Avós com CCR</i>										
Não	13,6	0,009	21,0	0,078	17,9	0,702	17,9	0,702	14,8	0,883
Sim	15,7		18,8		17,7		18,0		15,0	
<i>Tios com CCR</i>										
Não	14,1	0,606	18,2	<0,001	17,4	0,018	18,6	0,299	14,2	0,161
Sim	15,2		20,1		18,0		18,2		15,5	
<i>Sobrinhos com CCR</i>										
Não	14,3	0,604	20,3	0,785	17,9	0,143	18,0	0,825	14,9	0,967
Sim	13,0		21,3		16,0		17,0		15,0	
<i>Primos com CCR</i>										
Não	14,2	0,664	19,5	0,004	17,8	0,421	18,1	0,633	14,1	0,006
Sim	14,6		23,8		18,2		17,3		17,5	

M: média

Indivíduos com SL relataram maior percepção de susceptibilidade. Indivíduos com três ou mais familiares com câncer relataram maior percepção de susceptibilidade, gravidade e benefícios. Aqueles cujos familiares foram a óbito por câncer relataram maior percepção de susceptibilidade e gravidade. Indivíduos com dois ou mais familiares com CCR relataram maior percepção de susceptibilidade, assim como aqueles com um familiar que morreu em consequência do CCR.

Indivíduos pertencentes a famílias com média de diagnóstico de CCR inferior a 50 anos relataram maior preocupação com o câncer.

Os que apresentaram irmãos com CCR relataram maior percepção de gravidade e benefícios e, também, relataram maior preocupação com o câncer, ainda que não foi observada diferença estatisticamente significativa. Indivíduos com avós com CCR relaram maior percepção de susceptibilidade, mas, no entanto, menor percepção de gravidade (não significativa).

Aqueles com tios com CCR relataram maior percepção de susceptibilidade. Os entrevistados com primos com CCR relataram maior percepção de gravidade, e também maior preocupação com o câncer.

A Tabela 26 apresenta a média das escalas da CHBMS e a CWS quanto ao conhecimento sobre a colonoscopia, realização da colonoscopia e número de colonoscopias realizadas.

Tabela 26 – Conhecimento sobre colonoscopia, realização da colonoscopia e número de colonoscopias realizadas dos 125 indivíduos entrevistados, média das escalas do CHBMS e da CWS. São Paulo, 2008.

	CHBMS						CWS			
	Susceptibilidade		Gravidade		Benefícios		Barreiras		Média	p
	Média	p	Média	p	Média	p	Média	p		
<i>Recebeu informações</i>										
Não	10,7	<0,001	20,0	0,789	17,2	0,224	21,9	0,018	15,3	0,718
Sim	14,8		20,4		17,9		17,3		14,8	
<i>Conhecimento sobre colonoscopia</i>										
Não	14,4	0,863	23,3	0,021	17,4	0,350	24,2	<0,001	16,9	0,049
Sim	14,2		19,7		17,9		16,7		14,5	
<i>Fez colonoscopia</i>										
Não	13,2	0,021	21,0	0,361	17,2	0,004	22,7	<0,001	15,3	0,409
Sim	15,0		19,8		18,3		14,8		14,6	

Aqueles que relataram que receberam informações sobre o risco de CCR, relataram maior percepção de susceptibilidade e menor percepção de barreiras. Os entrevistados que relataram que não sabiam o que era colonoscopia, relataram maior percepção de gravidade, maior percepção de barreiras e mais preocupação com o câncer.

Os indivíduos que se submeteram à colonoscopia relataram maior percepção de susceptibilidade, maior percepção de benefícios e menor percepção de barreiras.

A Tabela 27 apresenta o resultado da regressão linear múltipla para as escalas do CHBMS e a CWS.

Tabela 27 – Regressão linear múltipla para as escalas da CHBMS e da CWS. São Paulo, 2008.

R2 ajustado	Significância estatística do modelo	Variáveis do modelo	Coefficiente padronizado (β)	p
Percepção de Susceptibilidade 0,301	<0,001	Idade: 30 a 50 anos	0,111	0,205
		Religião: católica	0,230	0,007
		Familiares com câncer: 3 ou mais	0,212	0,104
		Familiares com câncer que morreram: 1 ou mais	0,363	0,011
		Familiares com CCR	0,478	0,030
		Familiares com CCR que foram a óbito	0,263	0,246
		Avós com CCR	0,233	0,055
		Tios com CCR	0,233	0,049
		Recebeu informação	0,242	0,010
		Percepção de Gravidade 0,261	<0,001	Escolaridade: ensino fundamental
Religião: católica	0,176			0,030
Classificação: Câncer Colorretal Familiar	0,246			0,006
Idade de diagnóstico de CCR: até 50 anos	0,217			0,009
Avós com CCR: sim	-0,105			0,215
Primos com CCR: sim	0,216			0,008
Sabe o que é colonoscopia: sim	-0,185			0,021
Percepção de Benefícios 0,142	0,001			Religião: católica
		Filhos: sim	0,250	0,005
		Fez Colonoscopia: sim	0,133	0,137
		Escala de Susceptibilidade	0,178	0,048
Percepção de Barreiras 0,456	0,001	Escolaridade: ensino médio	0,258	<0,001
		Familiares com Câncer: 3 ou mais	0,124	0,123
		Recebeu informação: sim	-0,084	0,310
		Fez colonoscopia: sim	-0,447	<0,001
		Escala de Gravidade: sim	0,300	<0,001
		Preocupação com o Câncer	0,133	0,098
		Preocupação com o Câncer 0,354	0,001	Idade média de diagnóstico de CCR: até 50 anos
Primos com CCR	0,164			0,032
Percepção de Susceptibilidade	0,335			<0,001
Percepção de Gravidade	0,234			0,007
Percepção de Barreiras	0,249			0,003

A associação entre as variáveis independentes e a escala de susceptibilidade é moderada ($R = 0,599$). As variáveis que se mantiveram no modelo são responsáveis por 30,1% da variância na escala de susceptibilidade. Os coeficientes de regressão padronizados indicam que a presença de dois ou mais casos de CCR e o óbito de um familiar por câncer

foram as variáveis que mais influenciaram a escala. As variáveis idade, presença de familiares com câncer, familiares com câncer que foram a óbito, e avós com CCR não apresentaram significância estatística, no entanto, foram mantidas no modelo.

A associação entre as variáveis independentes e a escala de gravidade é moderada ($R = 0,550$). As variáveis que se mantiveram no modelo são responsáveis por 26,1% da variância na escala de gravidade. A classificação de risco foi a variável com maior influência na escala de gravidade, seguida da média da idade de diagnóstico de CCR. Também apresentaram significância estatística as variáveis escolaridade, religião, primos com CCR e conhecimento da colonoscopia.

A associação entre as variáveis independentes e a escala de benefícios é moderada ($R = 0,411$). As variáveis que se mantiveram no modelo são responsáveis por 14,2% da variância na escala de benefícios. As variáveis que estão relacionadas com maior percepção de benefícios são a existência de filhos e a escala de susceptibilidade (quanto maior a pontuação na escala de susceptibilidade, maior a pontuação na escala de benefícios).

A associação entre as variáveis independente e a escala de barreiras é moderada ($R = 0,697$), e responsável por 45,6% da variância. A realização da colonoscopia foi a variável que contribuiu para a redução na realização das barreiras, seguida da Escala de Gravidade. Indivíduos que realizaram colonoscopia relataram menos barreiras e indivíduos que

relataram a doença como mais grave relataram mais barreiras. A escolaridade, também, esteve relacionada à maior percepção de barreiras.

Ao adicionar as escalas de susceptibilidade, barreiras e gravidade ao modelo da CWS, a variância explicada foi de 14% para 35,4%. A escala de susceptibilidade e a de percepção de barreiras foram as variáveis que mais contribuíram para a preocupação com o câncer, seguida da escala de gravidade. A idade média de diagnóstico de CCR abaixo dos 45 anos e a existência de primos com CCR, também, se mantiveram no modelo com significância estatística.

6 DISCUSSÃO

A prevenção secundária de uma doença deve ser estabelecida quando a doença apresenta uma carga de sofrimento significativa; o teste de rastreamento disponível é adequado em termos de sensibilidade, especificada, custo e aceitabilidade; o diagnóstico da doença em fase precoce é custo-efetivo (FLETCHER e FLETCHER 2006). Estas condições estão presentes para o CCR: 1) a incidência do CCR nas regiões Sul e Sudeste do Brasil se aproxima da incidência da doença em países de Europa Ocidental (CURADO et al. 2007), que são consideradas incidências intermediárias; 2) a PSOF reduz a mortalidade por CCR (HEWITSON et al. 2007); e a colonoscopia reduz a mortalidade em indivíduos de alto risco (JARVINEN et al. 2000), e é custo-efetiva (OLSEN et al. 2007); 3) a sobrevida para o estágio I é superior a 95%, enquanto a sobrevida no estágio IV é inferior a 5% (ROSSI e SILVA 2005), e o custo de um ciclo de quimioterapia para a doença avançada pode chegar a US\$ 30.790 (SCHRAG 2004).

Respeitadas, assim, as diferenças regionais na incidência de câncer no Brasil, programas de prevenção devem ser estabelecidos. Entretanto, o simples estabelecimento de programas de detecção precoce do câncer não garante a adesão dos indivíduos. Na busca pelos motivos que levam alguns indivíduos a realizarem um exame e outros não, desde a década de 1950 observa-se um número crescente de estudos que procuram avaliar os

comportamentos de saúde relacionados à prevenção do câncer. Porém, a maior parte dos estudos se refere a amostras da América do Norte e Europa. Este é um dos primeiros estudos que avaliam os comportamentos de saúde sobre o CCR no Brasil.

Foi escolhida uma amostra de indivíduos de alto risco, uma vez que o risco de CCR pode chegar até 80% para portadores de mutação nos genes de reparo de DNA, e a adesão aos programas de seguimento contribui para redução da mortalidade e da morbidade pela doença neste grupo. Além disso, da mesma forma que as informações sobre a biologia molecular do câncer hereditário ajudaram na compreensão do câncer esporádico (KINZLER e VOGELSTEIN 1996), as informações sobre as crenças dos indivíduos de alto risco podem ser comparadas com as crenças dos indivíduos de risco populacional, e podem contribuir para o estabelecimento de ações educacionais e psicossociais, que considerem não só o conhecimento técnico e científico dos profissionais de saúde, mas também as crenças e atitudes do público leigo.

O primeiro passo foi a escolha de uma teoria que desse suporte ao desenvolvimento da pesquisa. O MCS foi escolhido, por ser um dos modelos mais utilizados e, também, pela disponibilidade de um instrumento para a sua avaliação.

Um ponto a ser destacado é que as teorias sobre comportamento de saúde, apesar da terminologia distinta, apresentam construtos semelhantes (NOAR e ZIMMERMAN 2005). Observa-se que os quatro construtos centrais

do MCS: percepção de susceptibilidade; gravidade; benefícios; e barreiras estão presentes nas demais teorias sob diferentes denominações.

Após a escolha do modelo, que serviu de fundamentação teórica para este estudo, os instrumentos foram identificados, e uma vez que não estavam disponíveis em língua portuguesa, foi necessária a sua adaptação.

Na adaptação de um instrumento deve ser considerada que uma determinada língua é originada em uma cultura e reflete as visões de mundo da sociedade. A língua também sofre influências geográficas, étnicas e econômicas. Assim, a língua é um fenômeno social, extremamente heterogêneo (DOUGLAS e CRAIG 2007). Por isso, a tradução de um instrumento deve considerar que não há palavras equivalentes, mas formas de expressão lingüística que podem ser correspondentes (HATIM 1997; HATIM e MUNDAY 2004; SOBRAL 2007).

Outro ponto que também foi considerado, além das óbvias diferenças gramaticais e lexicais entre o inglês e o português, é a distinção entre a linguagem escrita e falada, uma vez que os instrumentos foram aplicados por telefone. A sociolingüística e a análise do discurso permitem dizer que aquele que fala deve ser considerado (HATIM e MASON 1997). Nas traduções, prática e teoria apontam que uma palavra que é comum em uma língua pode ter uma palavra correspondente em outra língua, entretanto esta palavra pode ser pouco utilizada na comunicação oral (HATIM e MASON 1990). Por exemplo, a expressão *extremely likely* tem uma correspondente “extremamente provável”, pouco utilizada na prática.

Ainda que o processo de tradução que emprega a tradução reversa seja um dos mais utilizados na pesquisa na área da saúde (BEATON et al. 2000; GUILLEMIN et al. 1993), optou-se por utilizar o método de tradução por um comitê para superar a principal limitação da tradução reversa, que afirma que sempre há uma palavra equivalente na língua-alvo, o que não assegura a manutenção da essência dos conceitos da língua original (DOUGLAS e CRAIG 2007).

O método de tradução utilizando a tradução reversa foi utilizada em uma fase inicial, entretanto, o resultado, ao ser examinado por uma psicolinguísta e um tradutor especialista em análise do discurso, foi considerado insatisfatório, pois, a tradução para o português foi muito literal, e em uma linguagem não utilizada na comunicação diária.

Durante a validação de construto do instrumento CHBMS, verificou-se a necessidade de exclusão de itens na escala, o que é consistente com estudos de tradução e adaptação cultural (KARAYURT e DRAMALI 2007; LEE et al. 2002; OZSOY et al. 2007; ZELVIENE e BOGUSEVICIUS 2007), e demonstra a necessidade de validação dos instrumentos.

Na escala de benefícios, o segundo item: “Quando eu faço a colonoscopia, não me preocupo muito com câncer de intestino” foi excluído, pois, não se manteve na escala de acordo com a análise fatorial. Resultado semelhante foi observado por LEE et al. (2002) ao validar a CHBMS para o coreano. Provavelmente, porque foi interpretado pelos indivíduos como conceito distinto dos demais itens da escala. Os itens que se mantiveram na escala de benefícios referem-se à efetividade da colonoscopia, e o segundo

item refere-se à preocupação com o câncer. Indivíduos de alto risco acreditam que o exame seja capaz de realizar a detecção precoce, no entanto, a realização do exame não leva a uma redução da preocupação com a ocorrência do câncer de intestino.

Na escala de barreiras, três itens foram removidos da escala: “Tenho medo de descobrir alguma coisa se eu fizer a colonoscopia”; “Tenho coisas mais importantes para fazer do que a colonoscopia”; e “A colonoscopia vai atrapalhar minha vida”. O primeiro item, também, se refere à preocupação com o câncer; e os dois outros não foram apontados por barreiras pelos entrevistados, uma vez que os indivíduos de alto risco podem reconhecer a importância da colonoscopia na prevenção do câncer de intestino.

É importante destacar que a validação dos instrumentos foi realizada em uma amostra de alto risco para câncer colorretal. É possível que em uma amostra de risco populacional as frases excluídas se mantenham no instrumento. Outro aspecto a ser considerado é que a amostra foi composta, em sua maioria, por mulheres com elevado grau de escolaridade.

O alfa de Cronbach das escalas do CHBMS variou entre 0,7870 e 0,8865. Superiores aos valores obtidos na tradução do CHBMS para o turco (OZSOY et al. 2007), e semelhante aos valores obtidos nas traduções para o lituano (ZELVIENE e BOGUSEVICIUS 2007) e coreano (LEE et al. 2002).

Deve ser notada a baixa frequência de resposta dos pacientes às solicitações para indicar seus familiares. Também foi observado que os pacientes indicaram um ou até três familiares, em média. Da mesma maneira, mais mulheres do que homens foram indicadas. Uma das possíveis

explicações para estes fatos é que os pacientes não desejassem que seus familiares fossem contatados, para preservar o familiar. KOEHLIY et al. (2003), ao avaliar o padrão de comunicação de cinco famílias com SL, verificaram que os indivíduos discutiam o aconselhamento genético com maior frequência com familiares de primeiro grau do que com outros familiares, e que a comunicação entre os membros está associada com as características psicossociais dos relacionamentos (KOEHLIY et al. 2003). MACDONALD et al. (2007) avaliaram a comunicação entre famílias com Síndrome de Mama-Ovário Hereditário e, também, verificaram que as mulheres comunicavam o risco com maior frequência aos familiares de primeiro grau, e que a distância geográfica, a perda de contato e problemas de relacionamento foram fatores apontados como barreiras à comunicação com os familiares (MACDONALD et al. 2007).

A resposta dos probandos à solicitação para indicar familiares variou de acordo com a classificação de risco: os indivíduos pertencentes a famílias com Síndrome de Lynch foram os que responderam ao convite para indicar familiares com maior frequência. Isto pode ser atribuído ao maior vínculo destes indivíduos com o RCCH, uma vez que nas famílias com Síndrome de Lynch o contato é mais frequente, em razão do seguimento mais rigoroso dos não afetados, e há contato com os outros indivíduos com câncer. Nos indivíduos com Critérios Bethesda, por exemplo, o contato se dá, geralmente, apenas com um indivíduo com câncer.

Não foi possível avaliar como os probandos informaram os familiares sobre o risco de CCR da família. São necessárias pesquisas para investigar

o padrão de comunicação do risco nestas famílias, e a necessidade do estabelecimento de intervenções psicossociais, que facilitem a comunicação sobre o risco de câncer nas famílias com câncer familiar e hereditário, pois, na maioria dos casos, é o probando que leva à família a informação de que todos os membros são de alto risco para o desenvolvimento de câncer, e que o risco de CCR pode chegar a 80%. PETERSON et al. (2003) apontam que a efetividade da disseminação da informação na família depende da experiência do primeiro indivíduo que foi aconselhado.

Não foi possível também avaliar as crenças dos indivíduos que não foram indicados pelo probando, ou daqueles que recusaram a participação neste estudo. Portanto, não é possível afirmar que aqueles que não participaram apresentem maior dificuldade para discutir o risco de CCR.

Ao observar o número de indivíduos que responderam às questões sobre percepção de risco, verifica-se que um número menor de indivíduos respondeu às questões sobre percepção de risco com as escalas numéricas, comparadas às questões com escala verbal. Este fato pode apontar a dificuldade dos indivíduos em estimar o risco com escala numérica. Ao verificar as características dos que responderam às questões com a escala numérica, verificou-se que indivíduos com ensino médio e superior responderam às questões com a escala numérica com maior frequência do que indivíduos com ensino fundamental; além disso, verificou-se que indivíduos mais jovens responderam às questões com maior frequência. KELLY et al. (2007) avaliaram a capacidade de compreensão numérica de mulheres e sua relação com a percepção de risco, e verificaram que

mulheres mais jovens e com maior escolaridade apresentaram maior compreensão numérica.

WEINSTEIN (1999) aponta que é extremamente difícil avaliar as percepções do público leigo sobre o risco, pois ele não pensa sobre probabilidades e porcentagens da mesma maneira que os profissionais de saúde. Além disso, ao avaliar a compreensão de um indivíduo sobre um determinado risco de saúde, uma única questão não é suficiente, sendo necessária uma série de questões (WEINSTEIN 1999).

A mediana do risco populacional e do risco pessoal com a escala numérica foi 50%. KLEIN e STEFANEK (2007), também, destacam a dificuldade dos indivíduos em estabelecer estratégias de enfrentamento ante as informações numéricas, e apontam que “50%” não é utilizado em uma forma numérica, mas sim como a expressão de dúvida sobre a ocorrência de um evento (pode acontecer ou não), especialmente ao estimar o próprio risco em face de uma situação incerta (KLEIN e STEFANEK 2007).

A percepção de risco é considerada uma avaliação essencialmente cognitiva, entretanto, acredita-se que a percepção de risco, também, inclui reações emocionais, especialmente ao se utilizar uma escala verbal (FAGERLIN et al. 2007; LEVY et al. 2006). Segundo BOTTORFF et al. (1998) a conversão da informação numérica para uma escala verbal (risco baixo, médio ou alto) é um mecanismo para simplificar informações complexas, de forma a facilitar o processo decisório.

Os indivíduos superestimaram o risco de câncer colorretal populacional. A superestimação pode refletir falta de conhecimento

numérico, influência das experiências com o câncer, ou mecanismo de enfrentamento.

As mulheres relataram maior percepção de risco populacional do que os homens. Não foi objetivo deste trabalho verificar como o indivíduo forma seu julgamento, portanto, não é possível verificar quais fatores homens e mulheres consideraram para determinar a percepção de risco. No entanto, algumas considerações podem ser discutidas a partir de estudos que avaliaram a percepção de saúde de acordo com o gênero.

A percepção de saúde nas mulheres é influenciada pelo contexto, não apenas pessoal, mas também de outros à sua volta. Uma vez que as mulheres assumem, tradicionalmente, o papel de cuidadoras, o contato com as experiências dos familiares é maior e, assim, reagem mais aos eventos com outros indivíduos (BENYAMINI et al. 2000; KOOPMANS e LAMERS 2007). Além disso, ao avaliar uma percepção de saúde, as mulheres consideram os sentimentos negativos e experiências menores, enquanto os homens consideram apenas os eventos mais graves, e aqueles que implicam a redução da capacidade laborativa e/ou reprodutiva (BENYAMINI et al. 2000; KOOPMANS e LAMERS 2007).

A escolaridade e a renda, também, estiveram relacionadas com a maior percepção de risco populacional. Estas características, que refletem o estado socioeconômico, podem indicar que os indivíduos com menor escolaridade e menor renda, apresentam maior dificuldade em interpretar informações numéricas. É necessário investigar a formação da percepção de risco nestes indivíduos, pois é possível que estes indivíduos realizem uma

interpretação mais baseada no sistema afetivo do que no sistema analítico, ao estimar a percepção de risco.

Todos os indivíduos entrevistados apresentaram algum contato com familiar com CCR; assim, para estes indivíduos, o CCR é muito mais comum do que é em realidade. Dessa forma, é possível que a experiência com CCR tenha afetado a percepção de risco populacional.

Segundo PRICE et al. (2002), ao estimar o risco pessoal, o indivíduo utiliza suas próprias características e comportamento para estimar o risco, e ao estimar o risco populacional, o indivíduo identifica a frequência do evento na população. A crença no risco pessoal não depende da percepção da frequência do evento na população, e indivíduos que se consideram de alto risco, baseados no seu julgamento das características pessoais, podem julgar que o evento é relativamente freqüente (PRICE et al. 2002).

De acordo com as escalas de percepção de risco pessoal (numérica e verbal) e a percepção de risco comparativa, foi observado que indivíduos mais velhos relataram menor percepção de risco, o que também foi observado na escala de susceptibilidade da CHBMS. Estudos realizados com amostras de indivíduos com risco populacional identificaram resultados semelhantes (HONDA e NEUGUT 2004; ROBB et al. 2004; STARK et al. 2006). Nos indivíduos com risco populacional, isto pode refletir a falta de conhecimento sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de câncer colorretal, uma vez que a idade é um dos principais fatores de risco. Possivelmente, os indivíduos mais velhos acreditam que, se até o momento não desenvolveram CCR, o risco de desenvolvimento do CCR é menor.

Entretanto, em indivíduos com história de câncer colorretal familiar com diagnóstico em idade jovem, isto pode refletir um fenômeno distinto. Em indivíduos de alto risco, especialmente aqueles com diagnóstico clínico e/ou molecular de síndrome de hereditária, o julgamento a cerca da percepção de risco considera os fatores genéticos, e como estes indivíduos observam a ocorrência do câncer em uma determinada idade na família, ao ultrapassarem a idade média de ocorrência do câncer na família, consideram que seu risco de desenvolver câncer colorretal diminui.

A percepção de risco pessoal pela escala numérica foi associada à classificação de risco: indivíduos com a Síndrome de Lynch foram os que atribuíram o maior percentual. Embora, todos os indivíduos superestimaram o risco, os indivíduos com Agregação Familiar de CCR, considerados o grupo de menor risco dentre os avaliados, foram os que superestimaram o risco em menor percentual.

Antes da avaliação da pontuação das escalas do CHBMS, os itens foram avaliados isoladamente, pois a frequência nas respostas forneceu informações importantes, que serão discutidas a seguir.

Na escala de susceptibilidade, verificam-se respostas distintas nos itens da escala. A maioria dos indivíduos concordou que tem mais risco de desenvolver CCR e que é de alto risco, mas uma frequência menor de indivíduos acredita que terá CCR. Assim, os indivíduos se consideram de alto risco, mas não acreditam que terão CCR. Isto pode ser atribuído a dois fatores: os indivíduos acreditam que com a realização da colonoscopia, mesmo sendo indivíduos de alto risco, a possibilidade de desenvolver CCR

diminui, ou os indivíduos estabelecem um mecanismo de enfrentamento ou defesa, que afasta a possibilidade de ocorrência do CCR. Com estas respostas observa-se que há um aspecto cognitivo, representado pela avaliação de risco, e outro afetivo.

Na escala de gravidade, os indivíduos relatam medo ao pensar sobre o CCR, e da mesma forma que os indivíduos concordaram, com menor frequência com a ocorrência de CCR, os indivíduos avaliaram que a ocorrência do CCR é menos severa (doença com curta duração e com maior chance de sobrevida). CLARKE et al. (2000) em estudo que avaliou o MCS sobre câncer de mama e próstata, verificaram que os indivíduos atribuíram uma possibilidade de sobrevida e cura maior para o próprio indivíduo do que para indivíduos com a mesma idade.

Atribuir uma menor gravidade à doença pode ser reflexo da convivência de familiares que estão livres de doença, ou um mecanismo de enfrentamento, uma vez que são indivíduos de alto risco para o desenvolvimento do CCR, e devem acreditar que a ocorrência do CCR não será tão devastadora. Este fato também pode ser atribuído à crença do indivíduo na detecção precoce do CCR, uma vez que se submetem à colonoscopia; este fato pode ser observado na resposta dos indivíduos à escala de percepção de benefícios.

Na escala de benefícios é verificado que 98,4% dos entrevistados acreditam na efetividade da colonoscopia, semelhante ao encontrado por GREEN e KELLY (2004) e WATTS et al. (2003) Do total, 90,4% concordaram que a colonoscopia reduz a chance de uma cirurgia radical,

superior aos 59,4% observados no estudo de ZHENG et al. (2006). Este resultado pode ser atribuído à crença de que a detecção precoce leva a cirurgias menores. Deve ser destacado, no entanto, que dentre os indivíduos com SL, a identificação do CCR, independente do tamanho do tumor, leva à proctocolectomia total.

A crença na efetividade da colonoscopia pode ser atribuída ao conhecimento da colonoscopia como método de prevenção primária e secundária do CCR, obtido através de informações com familiares ou profissionais de saúde, como apontado por GREEN e KELLY (2004). Também não se pode deixar de destacar que esta crença na efetividade da colonoscopia pode ser atribuída a uma tentativa de controle da situação; uma vez que são indivíduos de alto risco, em razão da história familiar, um fator de risco que não pode ser eliminado ou controlado, os indivíduos elegem a colonoscopia como a única forma conhecida para reduzir a incidência do CCR e, assim, a ameaça da doença.

Como foi observado, se por um lado, a maioria refere alívio após a realização do exame (85,6% referiram que se sentem aliviados após a realização da colonoscopia), o que pode indicar que a colonoscopia é uma estratégia para redução da ansiedade; por outro, 52,0% afirmam que a colonoscopia não reduz a preocupação com o CCR, ou seja, a idéia de desenvolvimento do CCR permanece.

O medo em descobrir o CCR foi apontado como a principal barreira à realização da colonoscopia. Esta foi uma barreira identificada também por ZHENG et al. (2006), ao avaliarem indivíduos com resultados anormais de

PSOF, e os autores colocam que o medo pode impedir a adesão à investigação com colonoscopia.

A vergonha foi apontada como barreira por 18,2%. CODORI et al. (2001) verificaram que 35% de adultos familiares de primeiro grau apontam a vergonha como barreira, no entanto, esta frequência difere em relação aos submetidos à colonoscopia: 46% dos que não foram submetidos à colonoscopia relatam a vergonha como barreira, enquanto 10% dos que se submeteram à colonoscopia relataram a vergonha como barreira.

A colonoscopia foi considerada cara por 27,2% dos respondentes. Esta frequência foi semelhante à encontrada por CODORI et al. (2001), e inferior à observada por NG et al. (2007) No Brasil o exame tem um alto custo, o que o torna inacessível à maioria da população que não possui seguro saúde, uma vez que a dificuldade de acesso ao Sistema Único de Saúde é conhecida.

O preparo foi relatado como uma barreira por 20,0% dos entrevistados, semelhante ao observado por JAMES et al. (2002) em estudo com afro-americanos na Carolina do Norte. Esta é uma barreira que pode ser minimizada com a orientação sobre ser o preparo absolutamente necessário para a adequada visualização do cólon.

A dor foi apontada como barreira por 9,6%, abaixo do encontrado na literatura (CODORI et al. 2001; GREEN e KELLY 2004; JAMES et al. 2002; JANZ et al. 2003; WATTS et al. 2003; ZHENG et al. 2006). Isto pode ter ocorrido pela incidência de indivíduos que realizaram o exame, e pela informação de que o exame é realizado sob sedação. Aponta também a

importância de orientar o indivíduo quanto à existência da sedação e do fornecimento de analgésicos para o controle da dor, uma vez que a dor pode ser uma barreira que impeça a adesão dos indivíduos ao exame.

O desconhecimento quanto à marcação do exame foi apontado como barreira por 15,2% dos entrevistados, inferior ao observado por GREEN e KELLY (2004). O desconhecimento quanto à marcação do exame pode apontar a dificuldade dos indivíduos, de acesso ao sistema de saúde, e pode impedir a adesão ao exame.

As barreiras relacionadas à colonoscopia podem ser divididas em barreiras emocionais e práticas. Nas barreiras emocionais estão incluídas a vergonha e o medo; enquanto nas barreiras práticas estão incluídos o preparo, o acesso ao exame (transporte, custo). Intervenções direcionadas à redução das barreiras podem aumentar a adesão dos indivíduos à colonoscopia. No entanto, como as barreiras são de natureza distinta, as intervenções também devem ser distintas. Para as barreiras emocionais devem ser utilizadas intervenções educativas e psicossociais, enquanto para as barreiras práticas, é necessário garantir o acesso gratuito à colonoscopia. Foram observados níveis baixo a moderado de preocupação com o câncer. O que é consistente com a literatura, em estudos que avaliam amostras de risco populacional ou de alto risco (ANDERSEN et al. 2003; BJORVATN et al. 2007; DIEFENBACH et al. 1999; HOPWOOD et al. 2001; LINDHOLM et al. 1997; LOESCHER 2003). Segundo LOESCHER (2003) os níveis baixo a moderado de preocupação com o câncer, em indivíduos sem câncer pertencentes a famílias com câncer hereditário, podem ser atribuídos à

necessidade de preocupar-se com outras atividades diárias, e também pode ser um fenômeno adaptativo, uma tentativa de enfrentar a ameaça. Isso pode ser observado ao verificar as perguntas da CWS isoladamente: enquanto 55,2% referem que se preocupam com a chance de ter câncer algumas vezes; apenas 25,6% referem que ficam “estressados”; e 72,0% referem que a preocupação não “afeta a vida”.

Foi observada correlação positiva entre susceptibilidade e preocupação com o câncer. A percepção de susceptibilidade foi um dos fatores que mais influenciaram a preocupação com o câncer, no modelo de regressão linear múltipla. Resultado semelhante foi observado por BJORVATN et al. (2007) em um estudo com indivíduos submetidos a aconselhamento genético, e também por DiLORENZO et al. (2006) e SCHNUR et al. (2006), que avaliaram preocupação com o câncer e percepção de risco em câncer de próstata. LOESCHER (2003), que em estudo com mulheres com câncer de mama hereditário não encontrou associação entre a percepção de risco e a preocupação com o câncer, argumenta que são conceitos distintos e não relacionados. Apesar de LOESCHER (2003) argumentar que são conceitos distintos, não se pode deixar de destacar que ainda que sejam conceitos distintos, a susceptibilidade e a preocupação com o câncer são conceitos relacionados. Ao perceber-se como de risco para o desenvolvimento de câncer, o indivíduo preocupa-se com a sua ocorrência, porém, como a preocupação excessiva pode imobilizar o indivíduo, ela é mantida em um nível compatível com o funcionamento diário.

Deve ser destacado que este estudo é transversal, portanto, não foi possível avaliar se há flutuações na preocupação com o câncer, que pode ocorrer com eventos como o diagnóstico de câncer de um familiar, o óbito de um familiar, ou a marcação da colonoscopia.

A percepção de gravidade, também, está relacionada à preocupação com o câncer, como observado através do modelo de regressão linear múltipla. Assim, os indivíduos, que se percebiam como mais susceptíveis e que percebiam a doença como mais séria, relataram maior preocupação com o câncer.

A teoria de auto-regulação de Leventhal propõe que existem representações objetivas e emocionais às ameaças de saúde (a preocupação com o câncer pode ser originada pela expectativa do risco) (SHILOH et al. 1997; SHILOH 2006).

O medo e a preocupação podem levar o indivíduo à tomada de duas decisões: controle do perigo (respostas que levem a evitar o perigo), ou controle do medo (respostas para reduzir a sensação desagradável). O controle do perigo, aqui, pode significar submeter-se à colonoscopia; enquanto o controle do medo significa a evitação e negação. Os dois processos também podem caminhar juntos, e um pode interferir no outro (SHILOH et al. 1997; SHILOH 2006). O controle do medo utilizado como estratégia principal pode levar a não realização da colonoscopia.

O controle do medo, através da evitação e negação, também pode ser evidenciado pela correlação positiva entre a percepção de barreiras, e a percepção de gravidade, e pelo fato de a percepção de gravidade ser um

dos fatores preditores da percepção de barreiras. Indivíduos que percebem o CCR como mais grave relataram mais barreiras. Além disso, indivíduos que relataram maior percepção de barreiras relataram maior preocupação com o câncer. A correlação entre a percepção de barreiras e a percepção de gravidade, também, foi observada por GREEN e KELLY (2004) que avaliaram o MCS em afro-americanos, e por MANNE et al. (2003), que avaliaram o MCS em irmãos de indivíduos com CCR.

Segundo WALTER et al. (2004), aqueles que se consideram sob risco em razão da história familiar, estabelecem tentativas para reduzir sua vulnerabilidade, dentre elas a participação em programas de rastreamento. Ao estabelecer estratégias de redução de risco, isso promove uma sensação de controle e previsibilidade que permite a continuidade da vida diária (WALTER et al. 2004).

Na percepção de susceptibilidade, o óbito de familiares por câncer, a existência de dois ou mais familiares com CCR, e a presença de tios com CCR, foram relacionados com maior pontuação na escala. Na percepção de risco pessoal mensurada pela escala numérica, o óbito de familiares e a presença de tios com CCR, também, foram relacionados à maior percepção de risco. Segundo WALTER et al. (2004), em uma análise de estudos qualitativos sobre percepção de risco, a percepção do risco de uma doença é influenciada pelas experiências com a doença do familiar, e quanto mais complexa e mais intensa é a trajetória da doença, maior a importância da história familiar na percepção de risco. Ao testemunhar a morte de familiares por câncer, isso torna a história familiar um fator de risco importante, e afeta

a habilidade do indivíduo em realizar julgamentos sobre o seu risco (BOTTORFF et al. 1998). O risco de câncer tem um significado social e familiar.

A classificação de risco foi associada à percepção de gravidade. Os indivíduos pertencentes a famílias com CCF relataram maior percepção de gravidade. As famílias com CCF não preenchem Critérios de Amsterdam e apresentam um maior número de casos de CCR do que os Critérios Bethesda, o que dificulta as orientações sobre risco, uma vez que para estes casos não são seguidas as orientações de seguimento para a SL; assim, a indefinição sobre as orientações de seguimento e também, de certa forma, sobre a etiologia da doença, pode favorecer uma maior percepção de gravidade.

Foi observado que indivíduos que se declararam católicos apresentavam maior percepção de susceptibilidade e gravidade do que os demais. KINNEY et al. (2002) avaliaram 52 mulheres portadoras de mutação em BRCA1 quanto à crença em Deus como agente de controle de saúde, e a sua influência na realização de mamografia. Verificaram que mulheres com elevada crença em Deus realizaram mamografia com menor frequência (KINNEY et al. 2002). QUILLIN et al. (2006) avaliaram a relação entre o enfrentamento espiritual e a percepção de risco, e verificaram que mulheres com história familiar de câncer de mama que relatavam utilizarem-se deste tipo de enfrentamento, relataram menor percepção de risco. Deve ser destacado que há diferenças entre a espiritualidade e a religião, e uma vez

que a influência destes fatores nos comportamentos de saúde tem resultados conflitantes na literatura, é necessária maior investigação.

Indivíduos com ensino fundamental apresentaram maior percepção de gravidade do que os demais indivíduos, ao contrário do observado por GREEN e KELLY (2004), que observaram que, na medida em que a escolaridade aumenta, a percepção de gravidade também aumenta.

Outro fator relacionado à percepção de gravidade foi a idade média de diagnóstico do CCR: indivíduos cujas famílias apresentavam média de diagnóstico inferior a 50 anos relataram maior percepção de gravidade. Além disso, este fator também esteve relacionado a uma maior preocupação com câncer. PRICE et al. (2007) observaram que mulheres com idade próxima à idade de diagnóstico dos familiares relataram maior preocupação com o câncer de mama. WALTER et al. (2004) relataram que mortes prematuras aumentam a percepção da gravidade da história familiar, e que o indivíduo realiza comparações entre ele e os familiares ao interpretar a história familiar, e também o seu próprio risco. Uma vez que neste estudo a maioria dos entrevistados estava na faixa etária entre 30 e 50 anos, a interpretação da doença torna-se mais grave. Além disso, o diagnóstico de câncer em idade jovem e em vários membros da família pode levar à interpretação de que a doença é mais agressiva. Muitas vezes, é o óbito por câncer em idade jovem que desperta o interesse da família (e também dos profissionais de saúde), em investigar o evento, o que pode ter relação com a percepção de gravidade.

Os indivíduos que relataram que desconheciam a colonoscopia apresentaram média maior na escala de gravidade. É possível que o conhecimento sobre a efetividade da colonoscopia possa reduzir a ameaça da doença, o que pode indicar que a colonoscopia é uma estratégia para a redução do medo.

O recebimento de informações sobre o risco de desenvolvimento de CCR foi associado à maior percepção de risco de acordo com a escala verbal; à maior percepção de susceptibilidade; e à menor percepção de barreiras. PALMER et al. (2007) apontam que a recomendação de um profissional de saúde foi um dos fatores mais correlacionados à realização da colonoscopia. EDWARDS et al. (2003), ao realizarem uma revisão sobre os efeitos da comunicação de risco nos programas de rastreamento, verificam que os maiores efeitos foram percebidos em populações de alto risco. Assim, torna-se de extrema importância a informação sobre o risco a estes indivíduos.

Deve-se destacar que, segundo a análise de regressão linear múltipla, os construtos do MCS estão relacionados: maior percepção de gravidade está associada à maior percepção de barreiras; maior percepção de susceptibilidade está relacionada à maior percepção de benefício. E a maior percepção de susceptibilidade, maior percepção de gravidade e maior percepção de barreiras estão relacionadas à maior percepção com o câncer.

Ainda que o MCS seja um modelo cognitivo-comportamental, no qual o que o indivíduo pensa e sabe determina a forma como irá agir, é de

fundamental importância considerar o impacto das emoções nas decisões e na modificação das percepções (RIMER 2002).

Como dito anteriormente, ao estudar os comportamentos de saúde, o investigador tem como objetivo conhecer as percepções do indivíduo e a sua relação com a adoção de comportamentos de saúde, para desenvolver ações que aumentem a sua adesão às recomendações de seguimento. Os resultados deste estudo têm implicações não só para o desenvolvimento de ações, mas também sugerem a investigação de outros fatores que estão relacionados aos comportamentos de saúde.

Na enfermagem é sabido que a implementação do cuidado é mais eficiente se realizada com o auxílio do conhecimento científico e da sistematização. A avaliação sistemática leva ao estabelecimento de necessidades que devem ser supridas, para que o indivíduo evite o aparecimento de problemas de saúde, reduza as conseqüências de um problema, ou se recupere dele. A avaliação deve ser realizada não só com base nos conceitos de biologia, fisiologia, genética, psicologia e sociologia, os quais o profissional possui, mas também na perspectiva do indivíduo e de sua família. A partir do diagnóstico, é possível planejar intervenções individualizadas que consideram os aspectos sociais, demográficos, emocionais e culturais, do indivíduo, da família e da comunidade. Após a implementação das ações, os resultados devem ser avaliados.

Estes foram os princípios e o raciocínio que permearam a realização deste estudo, pois somente a partir do conhecimento da situação é possível propor ações. Com isso em mente, procurou-se um modelo que, da mesma

forma que o processo de enfermagem citado, permita o estabelecimento de ações que aumentem a adesão dos indivíduos à colonoscopia, sem causar sofrimento desnecessário.

O PRECEDE-PROCEED é um dos modelos que auxilia na implantação de estratégias educacionais. O nome do modelo é formado por dois acrônimos: PRECEDE – Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Educational/Environmental Diagnosis and Evaluation; e o PROCEED - Policy, Regulatory, and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development (GIELEN e MCDONALD 2002; U.S.DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES 2006). É uma abordagem sistemática com nove passos: avaliação social; avaliação epidemiológica; avaliação comportamental e ambiental; avaliação educacional e ecológica; avaliação administrativa e política; implementação; avaliação do processo; avaliação do impacto; avaliação do resultado (GIELEN e MCDONALD 2002; U.S.DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES 2006).

A seguir, são apresentadas as seis etapas do modelo PRECEDE e a sua aplicação relacionada ao CCR, baseado na revisão de literatura e nos resultados observados neste estudo:

Avaliação social (efeito do problema na qualidade de vida):

Impacto do CCR: o CCR é responsável por 9,4% dos óbitos por câncer no mundo (DUARTE-FRANCO e FRANCO 2005).

Efeito na sobrevida: a sobrevida de cinco anos no estágio IV é inferior a 5% (ROSSI e SILVA 2005).

Avaliação epidemiológica (determina os problemas mais importantes nas comunidades):

Incidência do Câncer: O CCR é o terceiro entre os homens na região Sudeste do Brasil, o segundo entre as mulheres (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER 2007).

História familiar como fator de risco: casos familiares de CCR podem chegar a 25% dos casos de CCR; formas hereditárias são responsáveis por até 5% dos casos (DE LA CHAPELLE 2004).

Avaliação comportamental e ambiental (avalia os fatores que contribuem para um problema de saúde):

Fatores genéticos: genes de alta penetrância estão relacionados em até 100% de risco de desenvolver CCR (CHURCH e FAZIO 2005; DUARTE-FRANCO e FRANCO 2005; LYNCH e DE LA CHAPELLE 2003).

Fatores ambientais: hábitos alimentares, obesidade, desordens metabólicas (DUARTE-FRANCO e FRANCO 2005; KOUSHIK et al. 2007; PISCHON et al. 2006).

Fatores comportamentais: a colonoscopia em indivíduos de alto risco reduz a incidência e mortalidade por CCR (JARVINEN et al. 2000; RENKONEN-SINISALO et al. 2000).

Avaliação educacional e ecológica (avalia fatores que antecedem, reforçam, e mantêm o processo de mudança):

Fatores relacionados à percepção de susceptibilidade: religião, história familiar, recebimento de informação.

Fatores relacionados à percepção de gravidade: escolaridade, religião, história familiar, conhecimento sobre colonoscopia.

Fatores relacionados à percepção de benefícios: religião, filhos, percepção de susceptibilidade.

Fatores relacionados à percepção de barreiras: escolaridade, colonoscopia prévia, percepção de gravidade.

Avaliação administrativa e política (identifica políticas, recursos e circunstâncias do contexto organizacional):

Política pública: Não há programas estabelecidos de prevenção secundária para CCR no Brasil.

Recursos humanos: É necessário conhecimento dos profissionais para identificar indivíduos de alto risco (LYNCH et al. 2004).

Recursos institucionais: O RCCH do Hospital A.C. Camargo apresenta registro das famílias de alto risco, e dispõe de estrutura para realizar aconselhamento de risco. No Hospital A.C. Camargo a colonoscopia está disponível aos indivíduos de alto risco.

Implementação (determinação e implementação das ações):

Ações relacionadas ao sistema de saúde: divulgação aos familiares cujas famílias estão cadastradas no RCCH sobre ser a colonoscopia gratuita no Hospital A.C. Camargo; envio de carta aos médicos dos indivíduos, informando que a história familiar está registrada no RCCH e que são indivíduos de alto risco para CCR.

Fornecimento de informação: divulgação aos profissionais de saúde da importância da identificação de indivíduos de alto risco para câncer, e do estabelecimento de medidas para a detecção precoce; aconselhamento de risco aos indivíduos após avaliação das crenças e comportamentos de saúde; divulgação sobre o exame de colonoscopia, com descrição de exames, e depoimentos dos indivíduos que já realizaram o exame, para reduzir as barreiras relacionadas ao exame; criação de materiais impressos sobre o CCR, métodos de detecção precoce.

Intervenções psicossociais: facilitar a comunicação do risco de CCR entre os membros da família; permitir aos familiares oportunidade para discutirem o significado da ocorrência do CCR na família; estabelecer estratégias de enfrentamento adequadas ao risco.

Uma vez que as características sociodemográficas e da história familiar influenciam na percepção dos indivíduos, estes fatores devem ser considerados ao se desenvolverem ações, que devem ser personalizadas para garantir um resultado mais eficiente.

As ações a serem desenvolvidas podem ser agrupadas por três aspectos: medidas relacionadas ao sistema de saúde; fornecimento de informações; e intervenções psicossociais.

O sistema de saúde deve permitir o acesso à colonoscopia, especialmente, aos indivíduos de alto risco. Ao falar em acesso, no entanto, não se deve considerar apenas a existência do local para a realização do exame, mas também o transporte, uma vez que foi uma barreira relatada pelos indivíduos. Outro ponto relacionado ao sistema de saúde é o reconhecimento dos profissionais, das indicações para a colonoscopia em indivíduos de alto risco, uma vez que a indicação do exame pode ser fator decisivo para a sua realização.

As síndromes autossômicas dominantes com genes de alta penetrância têm uma pequena participação nos casos de CCR, mas os indivíduos pertencentes a estas famílias são de alto risco. Os profissionais de saúde devem estar preparados para reconhecer estas síndromes e encaminhar estes indivíduos para profissionais especializados, para que recebam informações apropriadas o mais precocemente possível. Além disso, com o maior conhecimento do genoma humano, genes de baixa penetrância serão identificados, e, possivelmente, famílias consideradas com câncer esporádico serão classificadas como famílias com câncer hereditário, que não terão as recomendações para seguimento tão rigorosas quanto às recomendações para a Síndrome de Lynch e a FAP, mas terão recomendações diferenciadas da população geral.

Esta perspectiva exige que o fornecimento de informações, citado como o segundo aspecto das ações, seja direcionado não somente ao público leigo, mas também aos profissionais de saúde.

O fornecimento de informações é outro aspecto das ações a ser estabelecido. Porém esta ação não é dissociada das intervenções psicossociais.

Segundo BOTTORFF et al. (1998), a forma como a informação sobre o risco é apresentada pode influenciar a interpretação do indivíduo. Também afirmam que a informação sobre o risco é fornecida em um contexto cultural, e também social, no qual as crenças anteriores são um ponto de referência e servem para a interpretação das informações fornecidas pelo profissional.

Assim, ao discutir o risco com o indivíduo, o profissional deve investigar quais crenças sobre o risco o indivíduo possui, qual a capacidade de abstração e compreensão está presente e a preferência do indivíduo. Além disso, ao apresentar o risco, o profissional de saúde deve avaliar o efeito das informações oferecidas e a representação emocional destas informações.

Acredita-se que as intervenções psicossociais nos familiares de pacientes com CCR são extremamente importantes, e devem ser iniciadas ao primeiro diagnóstico do CCR na família. Quando um paciente é diagnosticado com CCR, os profissionais de saúde, por exigências do próprio sistema de saúde, direcionam a atenção ao tratamento da doença. Os familiares que acompanham o paciente devem ter a oportunidade para expressar suas crenças diante da situação e estimulados a estabelecer mecanismos de enfrentamento, que levem ao controle do perigo e não ao

controle do medo. Isto deve ocorrer, não só no momento do diagnóstico, mas durante todo o tratamento, e também após o óbito do familiar.

As quatro etapas finais do modelo que se referem ao PROCEED estão relacionadas à avaliação das intervenções. Neste caso, o resultado final é a maior adesão dos indivíduos à colonoscopia.

As limitações deste estudo foram apresentadas ao longo da discussão. Este é um estudo transversal, descritivo que avaliou o Modelo de Crenças em Saúde, e é um dos primeiros estudos que avaliam os comportamentos de saúde em indivíduos de alto risco para o CCR realizado no Brasil.

CONCLUSÕES

6 CONCLUSÕES

Os indivíduos superestimaram o risco populacional. Características sociodemográficas (sexo, escolaridade, estado civil e renda) estão associadas à percepção de risco populacional.

Características sociodemográficas (idade, religião) e a história familiar de câncer (número de familiares com câncer, classificação de risco, óbito de familiares por câncer) estão associadas à percepção de risco pessoal.

A maioria dos indivíduos se considera de alto risco para desenvolver CCR; os indivíduos referem que têm medo da idéia de CCR, no entanto, acreditam que se desenvolverem CCR isso não implicará em óbito; a maioria acredita no benefício da colonoscopia como método de prevenção; barreiras emocionais (vergonha e medo) e barreiras práticas (custo, preparo) foram citadas como as principais barreiras na realização da colonoscopia.

O nível de preocupação com o câncer foi moderado, semelhante ao identificado na literatura.

Características sociodemográficas e a história familiar afetaram a percepção de susceptibilidade, gravidade, benefícios e barreiras.

A história familiar e o MCS (percepção de susceptibilidade, gravidade e barreiras) estão associados com a preocupação com o câncer.

A CHBMS foi traduzida e validada para o português: a escala de percepção de susceptibilidade constitui-se em cinco itens; a escala de percepção de susceptibilidade apresenta sete itens; a escala de percepção

de benefícios apresenta três itens; e a escala de percepção de barreiras apresenta nove itens. A CWS foi traduzida e validada para o português com sete questões. As escalas apresentaram confiabilidade e validade adequadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aktan-Collan K, Haukkala A, Mecklin JP, Uutela A, Kaariainen H. Comprehension of cancer risk one and 12 months after predictive genetic testing for hereditary non-polyposis colorectal cancer. *J Med Genet* 2001; 38:787-92.

Al-Tassan N, Chmiel NH, Maynard J, et al. Inherited variants of MYH associated with somatic G:C-->T:A mutations in colorectal tumors. *Nat Genet* 2002; 30:227-32.

Andersen MR, Smith R, Meischke H, Bowen D, Urban N. Breast cancer worry and mammography use by women with and without a family history in a population-based sample. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2003; 12:314-20.

Bandura A. Health promotion by social cognitive means. *Health Educ Behav* 2004; 31:143-64.

Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine* 2000; 25:3186-91.

Becker MH, Drachman RH, Kirsch JP. Motivations as predictors of health behavior. *Health Serv Rep* 1972; 87:852-62.

Becker MH, Drachman RH, Kirsch JP. A New Approach to Explaining Sick-Role Behavior in Low-Income Populations. *Am J Public Health* 1974; 64:205-16.

Becker MH, Radius SM, Rosenstock IM et al. Compliance with a medical regimen for asthma: a teste of the health belief model. *Public Health Rep* 1978; 93:268-77.

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

Bjorvatn C, Eide GE, Hanestad BR et al. Risk perception, worry and satisfaction related to genetic counseling for hereditary cancer. *J Genet Couns* 2007; 16:211-22.

Boland CR. Evolution of the nomenclature for the hereditary colorectal cancer syndromes. *Fam Cancer* 2005; 4:211-8.

Boland CR, Thibodeau SN, Hamilton SR et al. A National Cancer Institute Workshop on Microsatellite Instability for cancer detection and familial predisposition: development of international criteria for the determination of microsatellite instability in colorectal cancer. *Cancer Res* 1998; 58:5248-57.

Boonpongmanee C, Jittanoon P. Predictors of Papanicolaou testing in working women in Bangkok, Thailand. *Cancer Nurs* 2007; 30:384-9.

Bottorff JL, Ratner PA, Johnson JL, Lovato CY, Joab SA. Communicating cancer risk information: the challenges of uncertainty. *Patient Educ Couns* 1998; 33:67-81.

Brawley OW, Kramer BS. Cancer screening in theory and in practice. *J Clin Oncol* 2005; 23:293-300.

Brissette I, Leventhal H, Leventhal EA. Observer ratings of health and sickness: can other people tell us anything about our health that we don't already know? *Health Psychol* 2003; 22:471-8.

Bulow S. Results of national registration of familial adenomatous polyposis. *Gut* 2003; 52:742-6.

Burke CA. Polipose Juvenil. In: Rossi BM, Nakagawa WT, Ferreira FO, Aguiar Junior S, Lopes A , editores. *Câncer de Cólon, Reto e Ânus*. 1 ed. São Paulo: Lemar/Tecmed; 2005. p.631-6

Burke W, Petersen G, Lynch P et al. Recommendations for follow-up care of individuals with an inherited predisposition to cancer. I. Hereditary nonpolyposis colon cancer. Cancer Genetics Studies Consortium. JAMA 1997; 277:915-9.

Butterworth AS, Higgins JP, Pharoah P. Relative and absolute risk of colorectal cancer for individuals with a family history: a meta-analysis. Eur J Cancer 2006; 42:216-27.

Ceber E, Soyer MT, Ciceklioglu M, Cimat S. Breast cancer risk assessment and risk perception on nurses and midwives in Bornova Health District in Turkey. Cancer Nurs 2006; 29:244-9.

Champion VL. Instrument development for health belief model constructs. ANS Adv Nurs Sci 1984; 6:73-85.

Champion VL. The relationship of breast self-examination to health belief model variables. Res Nurs Health 1987; 10:375-82.

Champion VL. Instrument refinement for breast cancer screening behaviors. Nurs Res 1993; 42:139-43.

Champion VL. Revised susceptibility, benefits, and barriers scale for mammography screening. Res Nurs Health 1999; 22:341-8.

Chang AM, Chau JP, Holroyd E. Translation of questionnaires and issues of equivalence. J Adv Nurs 1999; 29:316-22.

Chessin DB, Markowitz AJ, Guillem JG. Síndrome de Peutz-Jeguers. In: Rossi BM, Nakagawa WT, Ferreira FO, Aguiar Junior S, Lopes A , editores. Câncer de Cólon, Reto e Ânus. 1 ed. São Paulo: Lemar/Tecmed; 2005. p.621-9

Church JM , Fazio VW Polipose Adenomatosa Familiar, Síndrome de Gardner e Síndrome de Turcot. In: Rossi BM, Nakagawa WT, Ferreira FO, Aguiar Junior S,Lopes A , editores. Câncer de Cólon, Reto e Ânus. 1 ed. São Paulo: Lemar/Tecmed; 2005. p.609-19

Church JM , McGannon E. A polyposis registry: how to set one up and make it work. Semin Colon Rectal Surg 1995; 6:48-54.

Church JM, Williams BRG, Casey G. Molecular genetics and colorectal neoplasia: a primer for the clinician. 1 ed. New York: Igaku-Shoin; 1994

- Clarke VA, Lovegrove H, Williams A, Machperson M. Unrealistic optimism and the Health Belief Model. *J Behav Med* 2000; 23:367-76.
- Codori AM, Petersen GM, Miglioretti DL, Boyd P. Health beliefs and endoscopic screening for colorectal cancer potential for cancer prevention. *Prev Med* 2001; 33:128-36.
- Collins V, Halliday J, Warren R, Williamson R. Cancer worries, risk perceptions and associations with interest in DNA testing and clinic satisfaction in a familial colorectal cancer clinic. *Clin Genet* 2000; 58:460-8.
- Collins V, Meiser B, Gaff C, St John DJ, Halliday J. Screening and preventive behaviors one year after predictive genetic testing for hereditary nonpolyposis colorectal carcinoma. *Cancer* 2005; 104:273-81.
- Curado MP, Edwards B, Shen HR et al. *Cancer Incidence in Five Continents. Vol IX.* Lyon: IARC; 2007
- Dale W, Sartor O, Davist T, Bennett CL. Understanding barriers to the early detection of prostate cancer among men of low socioeconomic status. *Prostate J* 1999; 1:179-84.
- Dancey CP, Reidy J. *Estatística sem matemática para psicologia: usando SPSS para Windows.* 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2006
- de la Chapelle A. Genetic predisposition to colorectal cancer. *Nat Rev Cancer* 2004; 4:769-80.
- de la Chapelle A. The incidence of Lynch syndrome. *Fam Cancer* 2005; 4:233-7.
- Dean JC, Fitzpatrick DR, Farndon PA, Kingstn H, Cusine D. Genetic registers in clinical practice: a survey of UK clinical genetics. *J Med Genet* 2000; 37:636-40.
- DeVellis RF . *Scale Development: Theory and Applications.* 2 ed. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2003
- Diefenbach MA, Miller SM, Daly MB. Specific worry about breast cancer predicts mammography use in women at risk for breast and ovarian cancer. *Health Psychol* 1999; 18:532-6.

DiLorenzo TA, Schnur J, Montgomery GH et al. A model of disease-specific worry in heritable disease: the influence of family history, perceived risk and worry about other illnesses. *J Behav Med* 2006; 29:37-49.

Douglas F, Burn J. Câncer Colorretal Hereditário sem Polipose e Síndrome de Muir-Torre. In: Rossi BM, Nakagawa WT, Ferreira FO, Aguiar Junior S, Lopes A, editores. *Câncer de Cólon, Reto e Ânus*. 1 ed. São Paulo: Lemar/Tecmedd; 2005. p.595-600

Douglas SP, Craig CS. Collaborative and interactive translation: an alternative approach to back translation. *J Int Mark* 2007; 15:30-43.

Duarte-Franco E , Franco EL Epidemiologia e fatores de risco em câncer colorretal. In: Rossi BM, Nakagawa WT, Ferreira FO, Aguiar Junior S, Lopes A , editores. *Câncer de Cólon, Reto e Ânus*. 1 ed. São Paulo: Lemar/Tecmedd; 2005. p.3-21

Easterling DV , Leventhal H. Contribution of concrete cognition to emotion: neutral symptoms as elicitors of worry about cancer. *J Appl Psychol* 1989; 74:787-96.

Edwards A, Unigwe S, Elwyn G, Hood K. Effects of communicating individual risks in screening programmes: Cochrane systematic review. *BMJ* 2003; 327:703-9.

Elder JP, Ayala GX, Harris S. Theories and intervention approaches to health-behavior change in primary care. *Am J Prev Med* 1999; 17:275-84.

Eng C. Will the real Cowden syndrome please stand up: revised diagnostic criteria. *J Med Genet* 2000; 37:828-30.

Fagerlin A, Zikmund-Fisher BJ, Ubel PA. "If I'm better than average, then I'm ok?": Comparative information influences beliefs about risk and benefits. *Patient Educ Couns* 2007; 69:140-4.

Finney Rutten LJ , Iannotti RJ. Health beliefs, salience of breast cancer family history, and involvement with breast cancer issues: adherence to annual mammography screening recommendations. *Cancer Detect Prev* 2003; 27:353-9.

Fletcher RH , Fletcher SW Prevenção. In: Fletcher RH ,Fletcher SW , editores. Epidemiologia Clínica: Elementos Essenciais. 4 ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p.179-201

Friedman LC, Webb JA, Richards CS, Plon SE. Psychological and behavioral factors associated with colorectal cancer screening among Ashkenazim. *Prev Med* 1999; 29:119-25.

Fugita RM , Gualda DM. [Breast cancer's causality analyzed through the Health Belief Model]. *Rev Esc Enferm USP* 2006; 40:501-6.

Fulton JP, Buechner JS, Scott HD et al. A study guided by the Health Belief Model of the predictors of breast cancer screening of womens ages 40 and older. *Public Health Rep* 1991; 106:410-20.

Gielen AC , McDonald EM Using the PRECEDE-PROCEED Planning Model to Apply Health Behavior Theories. In: Glanz K, Rimer BK,Lewis FM , editores. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*. 3 ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2002. p.409-36

Giovannucci E , Michaud D. The role of obesity and related metabolic disturbances in cancers of the colon, prostate, and pancreas. *Gastroenterology* 2007; 132:2208-25.

Glanz K, Lewis FM, Rimer BK . *Theory at a Glance: a Guide for Health Promotion Practice*. 1 ed. Washington: National Institute of Health; 1997

Glanz K, Rimer BK, Lewis FM *Theory, Research and Practice in Health Behavior and Health Education*. In: Glanz K, Rimer BK,Lewis FM , editores. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*. 3 ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2002. p.22-39

Gorlin RJ, Cohen MM, Jr., Condon LM, Burke BA. Bannayan-Riley-Ruvalcaba syndrome. *Am J Med Genet* 1992; 44:307-14.

Goulart AC, Benseñor IJM, Aguiar Junior S Prevenção Primária e Secundária de Câncer Colorretal. In: Rossi BM, Nakagawa WT, Ferreira FO, Aguiar Junior S,Lopes A , editores. *Câncer de Cólon, Reto e Ânus*. 1 ed. São Paulo: Lemar/Tecmed; 2005. p.23-41

Green J. The role of theory in evidence-based health promotion practice. *Health Educ Res* 2000; 15:125-9.

- Green PM , Kelly BA. Colorectal cancer knowledge, perceptions, and behaviors in African Americans. *Cancer Nurs* 2004; 27:206-15.
- Grubbs LM , Tabano M. Use of sunscreen in health care professionals. The health belief model. *Cancer Nurs* 2000; 23:164-7.
- Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol* 1993; 46:1417-32.
- Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC . *Análise multivariada de dados*. 5 ed. Porto Alegre: Artmed; 2005
- Hatim B . *Communication Across Cultures*. Exeter: University of Exeter Press; 1997
- Hatim B , Mason I . *Discourse and the Translator*. London/New York: Longman; 1990
- Hatim B , Mason I . *The Translator as Communicator*. London/New York: Routledge; 1997
- Hatim B , Munday J . *Translation: an Advanced Resource Book*. London: Routledge; 2004
- Hay JL, Buckley TR, Ostroff JS. The role of cancer worry in cancer screening: a theoretical and empirical review of the literature. *Psychooncology* 2005; 14:517-34.
- Hay JL, McCaul KD, Magnan RE. Does worry about breast cancer predict screening behaviors? A meta-analysis of the prospective evidence. *Prev Med* 2006; 42:401-8.
- Hewitson P, Glasziou P, Irwing L, Towler B, , Watson E. Screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult. 2007. Oxford, The Cochrane Library. Serial (Book, Monograph)
- Ho V, Yamal JM, Atkinson EN et al. Predictors of breast and cervical screening in Vietnamese women in Harris County, Houston, Texas. *Cancer Nurs* 2005; 28:119-29.
- Hochbaum GM. Why People Seek Diagnostic X-Rays. *Public Health Rep* 1956; 71:377-80.

Honda K , Neugut AI. Associations between perceived cancer risk and established risk factors in a national community sample. *Cancer Detect Prev* 2004; 28:1-7.

Hopwood P, Shenton A, Lalloo F, Evans DG, Howell A. Risk perception and cancer worry: an exploratory study of the impact of genetic risk counselling in women with a family history of breast cancer. *J Med Genet* 2001; 38:139.

Hulley SB, Martin JN, Cummings SR. Planejando as Medições: Precisão e Acurácia. In: Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Hearst N, Newman TB , editores. *Delineando a Pesquisa Clínica: uma Abordagem Epidemiológica*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2003. p.55-68

Instituto Nacional de Câncer . Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil. 1 ed. Rio de Janeiro: INCA; 2007

Jacobs LA. Health beliefs of first-degree relatives of individuals with colorectal cancer and participation in health maintenance visits: a population-based survey. *Cancer Nurs* 2002; 25:251-65.

James AS, Campbell MK, Hudson MA. Perceived barriers and benefits to colon cancer screening among african americans in North Carolina: how does perception relate to screening behavior. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2002; 11:529-34.

Janz NK , Becker MH. The Health Belief Model: a decade later. *Health Educ Q* 1984; 11:1-47.

Janz NK, Champion VL, Strecher VJ. The Health Belief Model. In: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM , editores. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*. 3 ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2002. p.45-66

Janz NK, Wren PA, Schottenfeld D, Guire KE. Colorectal cancer screening attitudes and behavior: a population-based study. *Prev Med* 2003; 37:627-34.

Jarvinen HJ, Aarnio M, Mustonen H et al. Controlled 15-year trial on screening for colorectal cancer in families with hereditary nonpolyposis colorectal cancer. *Gastroenterology* 2000; 118:829-34.

Johns LE , Houlston RS. A systematic review and meta-analysis of familial colorectal cancer risk. *Am J Gastroenterol* 2001; 96:2992-3003.

Karayurt O , Dramali A. Adaptation of Champion's Health Belief Model Scale for Turkish Women and Evaluation of the Selected Variables Associated with Breast Self-Examination. *Cancer Nurs* 2007; 30:69-77.

Katapodi MC, Lee KA, Facione NC, Dodd MJ. Predictors of perceived breast cancer risk and the relation between perceived risk and breast cancer screening: a meta-analytic review. *Prev Med* 2004; 38:388-402.

Kauh J, Brawley OW, Berger M. Racial Disparities in Colorectal Cancer. *Curr Probl Cancer* 2007; 31:123-33.

Kegeles SS, Kirsch JP, Haefner DP, Rosenstock IM. Survey of beliefs about cancer detection and taking papnicolaou tests. *Public Health Rep* 1965; 80:815-23.

Kelly KM, Graves KD, Harper FW et al. Assessing perceptions of cancer risk: does mode of assessment or numeracy matter? *Cancer Detect Prev* 2007; 31:465-73.

Kinney AY, Emery G, Dudley WN, Croyle RT. Screening behaviors among African American women at high risk for breast cancer: do beliefs about god matter? *Oncol Nurs Forum* 2002; 29:835-43.

Kinzler KW , Vogelstein B. Lessons from hereditary colorectal cancer. *Cell* 1996; 87:159-70.

Kirscht JP. The health belief model and illness behaviour. *Health Educ Monograph* 1974; 2:387-408.

Klein WM , Stefanek ME. Cancer risk elicitation and communication: lessons from the psychology of risk perception. *CA Cancer J Clin* 2007; 57:147-67.

Koehly LM, Peterson SK, Watts BG et al. A social network analysis of communication about hereditary nonpolyposis colorectal cancer genetic testing and family functioning. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2003; 12:304-13.

Kofahi MM , Haddad LG. Perceptions of lung cancer and smoking among college students in Jordan. *J Transcult Nurs* 2005; 16:245-54.

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.

Koushik A, Hunter DJ, Spiegelman D et al. Fruits, Vegetables, and Colon Cancer Risk in a Pooled Analysis of 14 Cohort Studies. *J Natl Cancer Inst* 2007; 99:1483.

Lee EH, Kim JS, Song MS. Translation and validation of champion's health belief model scale with Korean women. *Cancer Nurs* 2002; 25:391-5.

Lerman C, Kash K, Stefanek M. Younger women at increased risk for breast cancer: perceived risk, psychological well-being, and surveillance behavior. *J Natl Cancer Inst Monogr* 1994a:171-6.

Lerman C, Kash K, Stefanek M. Younger women at increased risk for breast cancer: perceived risk, psychological well-being, and surveillance behavior. *J Natl Cancer Inst Monogr* 1994b; 16:171-6.

Lerman C, Trock B, Rimer BK et al. Psychological and behavioral implications of abnormal mammograms. *Ann Intern Med* 1991a; 114:657-61.

Lerman C, Trock B, Rimer BK et al. Psychological side effects of breast cancer screening. *Health Psychol* 1991b; 10:259-67.

Leventhal H, Kelly K, Leventhal EA. Population risk, actual risk, perceived risk, and cancer control: a discussion. *J Natl Cancer Inst Monogr* 1999; 25:81-5.

Levy AG, Shea J, Williams SV, Quistberg A, Armstrong K. Measuring perceptions of breast cancer risk. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2006; 15:1893-8.

Liljegren A, Lindgren G, Brandberg Y et al. Individuals with an increased risk of colorectal cancer: perceived benefits and psychological aspects of surveillance by means of regular colonoscopies. *J Clin Oncol* 2004; 22:1736-42.

Lindholm E, Berglund B, Kewenter J, Haglind E. Worry associated with screening for colorectal carcinomas. *Scand J Gastroenterol* 1997; 32:238-45.

Lindor NM, Petersen GM, Hadley DW et al. Recommendations for the care of individuals with an inherited predisposition to Lynch syndrome: a systematic review. *JAMA* 2006; 296:1507-17.

Loescher LJ. Cancer worry in women with hereditary risk factors for breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 2003; 30:767-72.

- Longy M, Coulon V, Duboue B et al. Mutations of PTEN in patients with Bannayan-Riley-Ruvalcaba phenotype. *J Med Genet* 1998; 35:886-9.
- Lynch HT , de la Chapelle A. Hereditary colorectal cancer. *N Engl J Med* 2003; 348:919-32.
- Lynch HT, Riley BD, Weissman SM et al. Hereditary nonpolyposis colorectal carcinoma (HNPCC) and HNPCC-like families: Problems in diagnosis, surveillance, and management. *Cancer* 2004; 100:53-64.
- Lynch HT, Shaw TG, Lynch JF, Grady WM Histórico do Câncer Colorretal Hereditário sem Polipose - Síndrome de Lynch. In: Rossi BM, Nakagawa WT, Ferreira FO, Aguiar Junior S, Lopes A , editores. *Câncer de Cólon, Reto e Ânus*. 1 ed. São Paulo: Lemar/Tecmedd; 2005. p.575-93
- MacDonald DJ, Sarna L, Uman GC, Grant M, Weitzel JN. Health beliefs of women with and without breast cancer seeking genetic cancer risk assessment. *Cancer Nurs* 2005; 28:372-9.
- MacDonald DJ, Sarna L, van SG et al. Selection of family members for communication of cancer risk and barriers to this communication before and after genetic cancer risk assessment. *Genet Med* 2007; 9:275-82.
- Maiman LA , Becker MH. The Health Belief Model: Origins and Correlates in Psychological Theory. *Health Educ Monograph* 1974; 2:336-52.
- Maneesriwongul W , Dixon JK. Instrument translation process: a methods review. *J Adv Nurs* 2004; 48:175-86.
- Manne S, Markowitz A, Winawer S et al. Understanding intention to undergo colonoscopy among intermediate-risk siblings of colorectal cancer patients: a test of a mediational model. *Prev Med* 2003; 36:71-84.
- Marteau TM. Communicating genetic risk information. *Br Med Bull* 1999; 55:428.
- McFarland DM. Cervical cancer and Pap smear screening in Botswana: knowledge and perceptions. *Int Nurs Rev* 2003; 50:167-75.
- McQueen DV. The search for theory in health behavior and health promotion. *Health Promot Int* 1996; 11:27-32.
- Mikhail BI , Petro-Nustas WI. Transcultural Adaptation of Champion's Health Belief Model Scales. *J Nurs Scholar* 2001; 33:159-65.

Ministério do Trabalho e Emprego (2007). CBO - Classificação Brasileira de Ocupações. Ministério do Trabalho e Emprego [On-line]. Available: <http://www.mtecbo.gov.br/default.asp>

Montaño DE , Kasprzyk D The Theory of Reasoned Action and the Theory of Planned Behavior. In: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM , editores. Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice. 3 ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2002. p.67-98

Montaño DE, Selby JV, Somlin CP, Bhat A, Nadel M. Acceptance of flexible sigmoidoscopy screening for colorectal cancer. *Cancer Detect Prev* 2004; 28:43-51.

Nasser R. A method for social scientists to adapt instruments from one culture to another: the case of the job descriptive index. *J Soc Sci* 2005; 1:232-7.

National Comprehensive Cancer Network. Colorectal cancer screening. 2007; 1-52. NCCN. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Serial (Book, Monograph)

Ng ES, Tan CH, Teo DC, Seah CY, Phua KH. Knowledge and perceptions regarding colorectal cancer screening among Chinese-A community-based survey in Singapore. *Prev Med* 2007; 45:332-5.

Noar SM , Zimmerman RS. Health Behavior Theory and cumulative knowledge regarding health behaviors: are we moving in the right direction? *Health Educ Res* 2005; 20:275-90.

Norman P , Brain K. An application of an extended health belief model to the prediction of breast self-examination among women with a family history of breast cancer. *Br J Health Psychol* 2005; 10:1-16.

Oliveira FF, Napoli Ferreira CC, Rossi BM et al. Frequency of extra-colonic tumors in hereditary nonpolyposis colorectal cancer (HNPCC) and familial colorectal cancer (FCC) Brazilian families: An analysis by a Brazilian Hereditary Colorectal Cancer Institutional Registry. *Fam Cancer* 2004; 3:41-7.

Olsen KR, Bojesen SE, Gerdes AM, Lindorff-Larsen K, Bernstein IT. Cost-effectiveness of surveillance programs for families at high and moderate risk

of hereditary non-polyposis colorectal cancer. *Int J Technol Assess Health Care* 2007; 23:89-95.

Ozsoy SA, Ardahan M, Ozmen D. Reliability and validity of the colorectal cancer screening belief scale in Turkey. *Cancer Nurs* 2007; 30:139-45.

O'Malley AS, Beaton E, Yabroff KR, Abramson R, Mandelblatt J. Patients and provider barriers to colorectal cancer screening in the primary care safety-net. *Prev Med* 2004; 39:56-63.

Palmer RC, Emmons KM, Fletcher RH et al. Familial risk and colorectal cancer screening health beliefs and attitudes in an insured population. *Prev Med* 2007; 45:336-41.

Park S, Hur HK, Kim G, Song H. Knowledge, barriers, and facilitators of Korean women and their spouses in the contemplation stage of breast self-examination. *Cancer Nurs* 2007; 30:78-84.

Peltomaki P. Lynch syndrome genes. *Fam Cancer* 2005; 4:227-32.

Peterson SK, Watts BG, Koehly LM et al. How families communicate about HNPCC genetic testing: findings from a qualitative study. *Am J Med Genet C Semin Med Genet* 2003; 119:78-86.

Pischon T, Lahmann PH, Boeing H et al. Body size and risk of colon and rectal cancer in the European Prospective Investigation Into Cancer and Nutrition (EPIC). *J Natl Cancer Inst* 2006; 98:920-31.

Price JH, Colvin TL, Smith D. Prostate cancer: perceptions of African-American males. *J Natl Med Assoc* 1993; 85:941-7.

Price MA, Butow PN, Lo SK, Wilson J. Predictors of cancer worry in unaffected women from high risk breast cancer families: risk perception is not the primary issue. *J Genet Couns* 2007; 16:635-44.

Price PC, Pentecost HC, Voth RD. Perceived event frequency and the optimistic bias: evidence for a two-process model of personal risk judgments. *J Exp Soc Psychol* 2002; 38:242-52.

Prochaska JO, Redding CA, Evers KE The Transtheoretical Model and Stages of Change. In: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM , editores. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*. 3 ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2002. p.99-120

Quillin JM, McClish DK, Jones RM, Burruss K, Bodurtha JN. Spiritual coping, family history, and perceived risk for breast cancer--can we make sense of it? *J Genet Couns* 2006; 15:449-60.

Renkonen-Sinisalo L, Aarnio M, Mecklin JP, Jarvinen HJ. Surveillance improves survival of colorectal cancer in patients with hereditary nonpolyposis colorectal cancer. *Cancer Detect Prev* 2000; 24:137-42.

Rimer BK Perspectives on Intrapersonal Theories of Health Behavior. In: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM, editores. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*. 3 ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2002. p.144-59

Robb KA, Miles A, Wardle J. Demographic and psychosocial factors associated with perceived risk for colorectal cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2004; 13:366-72.

Rocha JCC Agregação familiar de câncer colorretal. In: Rossi BM, Nakagawa WT, Ferreira FO, Aguiar Junior S, Lopes A, editores. *Câncer de Cólon, Reto e Ânus*. 1 ed. São Paulo: Lemar/Tecmedd; 2005. p.601-7

Roden J. Revisiting the Health Belief Model: nurses applying it to young families and their health promotion needs. *Nurs Health Sci* 2004; 6:1-10.

Rodriguez-Bigas MA, Boland CR, Hamilton SR et al. A National Cancer Institute Workshop on Hereditary Nonpolyposis Colorectal Cancer Syndrome: meeting highlights and Bethesda guidelines. *J Natl Cancer Inst* 1997; 89:1758-62.

Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. *Health Educ Monograph* 1974; 2:328-35.

Rosenstock IM, Derryberry M, Carriger BK. Why people fail to seek poliomyelitis vaccination. *Public Health Rep* 1959; 74:98-104.

Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Educ Behav* 1988; 15:175-83.

Rossi BM, Silva AMdS Resultados de Tratamento de Câncer de Cólon. In: Rossi BM, Nakagawa WT, Ferreira FO, Aguiar Junior S, Lopes A, editores. *Câncer de Cólon, Reto e Ânus*. 1 ed. São Paulo: Lemar/Tecmedd; 2005.

Rossi BM, Terabe F, Ferreira FO Tratamento Cirúrgico do Câncer Colorretal Hereditário. In: Rossi BM, Nakagawa WT, Ferreira FO, Aguiar Junior S, Lopes A , editores. Câncer de Cólon, Reto e Ânus. 1 ed. São Paulo: Lemar/Tecmed; 2005. p.645-61

Russell KM, Monahan P, Wagle A, Champion V. Differences in health and cultural beliefs by stage of mammography screening adoption in African American women. *Cancer* 2007; 109:386-95.

Sabatino SA, Burns RB, Davis RB et al. Breast carcinoma screening and risk perception among women at increased risk for breast carcinoma: results from a national survey. *Cancer* 2004; 100:2338-46.

Salovaara R, Loukola A, Kristo P et al. Population-based molecular detection of hereditary nonpolyposis colorectal cancer. *J Clin Oncol* 2000; 18:2193-200.

Santos EMM Investigação da História Familiar. In: Santos EMM ,Rossi BM , editores. Câncer Hereditário: Atualização. 1 ed. São Paulo: Lemar/Santa Isabel; 2006a. p.47-51

Santos EMM Percepção de Risco. In: Santos EMM ,Rossi BM , editores. Câncer Hereditário: Atualização São Paulo: Lemar/Santa Isabel; 2006b. p.227-30

Santos EMM Registro de Câncer Hereditário. In: Santos EMM ,Rossi BM , editores. Câncer Hereditário: Atualização São Paulo: Lemar/Santa Isabel; 2006c. p.65-9

Schnur JB, DiLorenzo TA, Montgomery GH et al. Perceived risk and worry about prostate cancer: a proposed conceptual model. *Behav Med* 2006; 32:89-96.

Schrag D. The price tag on progress--chemotherapy for colorectal cancer. *N Engl J Med* 2004; 351:317-9.

Schwartz MD, Lerman C, Rimer BK Psychosocial Interventions for Women at Increased Risk for Breast Cancer. In: Baum A ,Andersen BL , editores. Psychosocial Interventions for Cancer. 1 ed. Washigton: American Psychological Association; 2001. p.287-303

- Secginli S , Nahcivan NO. Factors associated with breast cancer screening behaviours in a sample of Turkish women: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2006; 43:161-71.
- Shaw C, Abrams K, Marteau TM. Psychological Impact of Predicting Individuals' Risk of Illness: a Systematic Review. *Soc Sci Med* 1999; 49:1571-98.
- Shieh K, Gao F, Ristvedt S, Schootman M, Early D. The Impact of Physicians' Health Beliefs on Colorectal Cancer Screening Practices. *Dig Dis Sci* 2005; 50:809-14.
- Shiloh S. Illness representations, self-regulation, and genetic counseling: a theoretical review. *J Genet Couns* 2006; 15:325-37.
- Shiloh S, Vinter M, Barak A. Correlates of Health Screening Utilization: The Roles of Health Beliefs and Self-Regulation Motivation. *Psychol Health* 1997; 12:301-7.
- Sjoberg L. Factors in risk perception. *Risk Anal* 2000; 20:1-11.
- Smith RA, Cokkinides V, Eyre HJ. American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer, 2006. *CA Cancer J Clin* 2006; 56:11-25.
- Sobral A. Equivalências/Correspondências. 2007. Personal Communication
- Soskolne V, Marie S, Manor O. Beliefs, recommendations and intentions are important explanatory factors of mammography screening behavior among Muslim Arab women in Israel. *Health Educ Res* 2007; 22:665-76.
- Stark JR, Bertone-Johnson ER, Costanza ME, Stoddard AM. Factors associated with colorectal cancer risk perception: the role of polyps and family history. *Health Educ Res* 2006; 21:740-9.
- Streiner DL , Norman GR . *Health Measurement Scales: a Practical Guide to Their Development and Use*. 1 ed. Oxford: Oxford University Press; 1995
- Swaine-Verdier A, Doward LC, Hagell P, Thorsen H, McKenna SP. Adapting quality of life instruments. *Value Health* 2004; 7 Suppl 1:S27-S30.
- Tingen MS, Weinrich SP, Heydt DD, Boyd MD, Weinrich MC. Perceived benefits: a predictor of participation in prostate cancer screening. *Cancer Nurs* 1998; 21:349-57.

U.S.Department of Health and Human Services . Theory at a Glance: a Guide for Health Promotion Practice. 2 ed. Washington: National Institute of Health; 2006

Umar A, Boland CR, Terdiman JP et al. Revised Bethesda Guidelines for hereditary nonpolyposis colorectal cancer (Lynch syndrome) and microsatellite instability. *J Natl Cancer Inst* 2004; 96:261-8.

Vasen HF, Mecklin JP, Khan PM, Lynch HT. The International Collaborative Group on Hereditary Non-Polyposis Colorectal Cancer (ICG-HNPCC). *Dis Colon Rectum* 1991; 34:424-5.

Vasen HF, Watson P, Mecklin JP, Lynch HT. New clinical criteria for hereditary nonpolyposis colorectal cancer (HNPCC, Lynch syndrome) proposed by the International Collaborative group on HNPCC. *Gastroenterology* 1999; 116:1453-6.

Vernon SW. Participation in colorectal cancer screening: a review. *J Natl Cancer Inst* 1997; 89:1406-22.

Vernon SW. Risk perception and risk communication for cancer screening behaviors: a review. *J Natl Cancer Inst Monogr* 1999;101-19.

Vieira S . Bioestatística: Tópicos Avançados. Rio de Janeiro: Campus; 2003

Wallace LS , Gupta R. Predictors of screening for breast and colorectal cancer among middle-aged women. *Fam Med* 2003; 35:349-54.

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.

Watts BG, Vernon SW, Myers RE, Tilley BC. Intention to be screened over time for colorectal cancer in male automotive works. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2003; 12:339-49.

Weinberg DS, Turner BJ, Wang H, Myers RE, Miller S. A survey of women regarding factors affecting colorectal cancer screening compliance. *Prev Med* 2004; 38:669-75.

Weinrich SP, Reynolds WA, Jr., Tingen MS, Starr CR. Barriers to prostate cancer screening. *Cancer Nurs* 2000; 23:117-21.

Weinstein ND. Testing four competing theories of health-protective behavior. *Health Psychol* 1993; 12:324-33.

Weinstein ND. What does it mean to understand a risk? Evaluating risk comprehension. *J Natl Cancer Inst Monogr* 1999;15-20.

Weinstein ND, Rothman AJ, Sutton SR. Stage theories of health behavior: conceptual and methodological issues. *Health Psychol* 1998; 17:290-9.

Weinstein ND, Sandman PM. The Precaution Adoption Process Model. In: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM, editors. *Health behavior and health education: theory, research and practice*. 3rd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2002. p.121-43

Wu TY, Yu MY. Reliability and validity of the mammography screening beliefs questionnaire among Chinese American women. *Cancer Nurs* 2003; 26:131-42.

Yarbrough SS, Braden CJ. Utility of Health Belief Model as a Guide for Explaining or Predicting Breast Cancer Screening Behaviors. *J Adv Nurs* 2001; 33:677-88.

Zelviene A, Bogusevicius A. Reliability and validity of the Champion's Health Belief Model Scale among Lithuanian women. *Cancer Nurs* 2007; 30:E20-E28.

Zheng YF, Saito T, Takahashi M, Ishibashi T, Kai I. Factors associated with intentions to adhere to colorectal cancer screening follow-up exams. *BMC Public Health* 2006; 6:272.

ANEXOS

Anexo A – Carta-convite ao probando

São Paulo,

Prezado(a) Senhor(a) «Nome» «Sobrenome»

Meu nome é Erika Maria Monteiro Santos, enfermeira do Departamento de Cirurgia Pélvica do Hospital do Câncer e estou realizando em conjunto com o dr. Benedito Rossi, dr. Wilson Nakagawa, dr. Fábio Ferreira, dr. Samuel Aguiar e dr. Ademar Lopes, uma pesquisa sobre o que os parentes de pacientes com câncer do intestino grosso pensam sobre o risco de desenvolver câncer. Esta pesquisa será realizada com os seus parentes de primeiro grau (pais, irmãos e filhos) e segundo grau (avós, tios, sobrinhos e netos). A pesquisa será realizada através de uma entrevista por telefone. Na entrevista serão feitas perguntas sobre o que o indivíduo pensa do risco de câncer; os benefícios e barreiras para realizar a colonoscopia; perguntas sobre preocupação com o câncer e perguntas sobre características pessoais, tais como idade, escolaridade, profissão. Só participa quem quiser e os nomes das pessoas não serão revelados.

Para que eu possa realizar a entrevista com seus familiares necessito da sua autorização por escrito. Neste envelope estão duas cópias de consentimentos (autorizações). Se o(a) senhor(a) concordar, preencha e assine as duas cópias. Uma das cópias você deve guardar e a outra deve ser colocada no envelope de retorno que está preenchido. Junto com a autorização, por

favor, preencha e coloque no envelope de retorno o formulário com o nome, o endereço e telefone dos familiares, com os quais posso entrar em.

Qualquer dúvida entrar em contato no telefone (11) 2189-5151 (11) 2189-5000 ramal 2304.

Atenciosamente,

Erika Maria Monteiro Santos

Enfermeira

Anexo B – Consentimento Pós-Informado do Probando**TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO**

(Obrigatório para Pesquisa Clínica em Seres Humanos – Resolução N. 196/96 e Resolução CNS 252/97 do Ministério da Saúde)

PROJETO: Modelo de Crenças em Saúde em Familiares de Pacientes com Câncer Colorretal

Dados de Identificação do Paciente ou Responsável Legal

Nome do Paciente:

Sexo: () masculino () feminino Data de nascimento: ___/___/___

Documento de identidade: _____

Endereço : _____

Número: _____ Complemento: _____

Cidade: _____ Estado: _____

CEP: _____ TEL: _____

Responsável:

Sexo: () masculino () feminino Data de nascimento: ___/___/___

Documento de identidade: _____

Endereço : _____

Número: _____ Complemento: _____

Cidade: _____ Estado: _____

CEP: _____ TEL: _____

OBJETIVOS DO ESTUDO

Este estudo tem por objetivo verificar o que os familiares de um paciente com câncer do intestino grosso pensam sobre seu próprio risco de ter câncer.

PROCEDIMENTOS

Seu tratamento não será alterado pelo estudo. Após a sua autorização, enviaremos aos familiares que você indicar, uma carta-convite

para participar da entrevista. Seus familiares serão entrevistados por telefone. Nesta entrevista, com duração aproximada de 20 minutos, iremos perguntar sobre a opinião do indivíduo sobre seu risco de câncer; os benefícios e dificuldades em realizar colonoscopia; se há preocupação em desenvolver câncer e características pessoais, tais como, idade, profissão, e realização da colonoscopia.

Esperamos que 125 indivíduos participem desta pesquisa. Os quarenta primeiros serão entrevistados novamente 20 dias após a primeira entrevista. Na segunda entrevista iremos usar dois questionários utilizados na primeira entrevista, com as mesmas perguntas. Isto é necessário, pois, precisamos verificar se as questões são adequadas e podem ser utilizadas em outras ocasiões.

BENEFÍCIOS

Com estas informações será possível, a nós, entendermos como os familiares de pacientes com câncer do intestino grosso percebem seu risco de desenvolver câncer e se isto afeta a sua vida. A partir deste conhecimento poderemos verificar como poderemos orientar melhor essas pessoas.

A sua participação neste estudo é voluntária, tendo o direito a retirar-se do estudo a qualquer momento. Sua recusa ou desistência não irá prejudicar o seu tratamento.

A identidade dos pacientes será preservada, somente os membros da equipe médica e da Comissão de Ética terão acesso aos registros.

Qualquer dúvida sobre o estudo, você poderá entrar em contato com Enfermeira Erika Maria Monteiro Santos no telefone (11) 2189-5151. Se o pesquisador principal não fornecer as informações/esclarecimentos suficientes, por favor, entre em contato com o Coordenador do Comitê de Ética do Hospital do Câncer – SP, pelo telefone (11) 2189-5000, ramais 1113 ou 1117.

Declaro que fui esclarecido: sobre os procedimentos, riscos e benefícios deste estudo; que tenho liberdade em retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto traga prejuízo ao meu tratamento; que não haverá remuneração financeira para este estudo; que minha identidade será preservada, mantendo-se todas as informações em caráter confidencial. Concordo em participar deste estudo.

São Paulo, ____ de _____ de ____.

Assinatura do paciente ou responsável/representante local

Assinatura do pesquisador ou representante

Anexo D – Carta-convite aos Familiares

São Paulo,

Prezado(a) Senhor(a) «Nome» «Sobrenome»

Meu nome é Erika Maria Monteiro Santos, enfermeira do Departamento de Cirurgia Pélvica do Hospital do Câncer e estou realizando em conjunto com o dr. Benedito Rossi, dr. Wilson Nakagawa, dr. Fábio Ferreira, dr. Samuel Aguiar e dr. Ademar Lopes, uma pesquisa sobre o que os parentes de pacientes com câncer do intestino grosso pensam sobre o risco de desenvolver câncer. Esta pesquisa será realizada com os parentes de primeiro grau (pais, irmãos e filhos) e segundo grau (avós, tios, sobrinhos e netos), maiores de 18 anos, de pacientes com câncer do intestino grosso tratados no Hospital do Câncer. A pesquisa será realizada através de uma entrevista por telefone. Na entrevista serão feitas perguntas sobre o que você pensa do risco de câncer; os benefícios e barreiras para realizar a colonoscopia; perguntas sobre preocupação com o câncer e perguntas sobre características pessoais, tais como, idade, escolaridade, profissão. Só participa quem quiser e os nomes das pessoas não serão revelados.

Se concordar em participar, após a entrevista preencha as duas autorizações (consentimentos) que estão neste envelope. Uma das cópias você deve guardar e a outra deve ser colocada no envelope de retorno que está preenchido.

Qualquer dúvida entrar em contato no telefone (11) 2189-5151 (11) 2189-5000 ramal 2304.

Atenciosamente,

Erika Maria Monteiro Santos

Enfermeira de Pesquisa Clínica

Departamento de Cirurgia Pélvica - Hospital do Câncer

Anexo E – Consentimento Pós-Informado aos Familiares**TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO**

(Obrigatório para Pesquisa Clínica em Seres Humanos – Resolução N. 196/96 e Resolução CNS 252/97 do Ministério da Saúde)

PROJETO: Modelo de Crenças em Saúde em Familiares de Pacientes com Câncer Colorretal

Dados de Identificação do Paciente ou Responsável Legal

Nome do Participante:

Sexo: () masculino () feminino Data de nascimento: ___/___/___

Documento de identidade: _____

Endereço : _____

Número: _____ Complemento: _____

Cidade: _____ Estado: _____

CEP: _____ TEL: _____

OBJETIVOS DO ESTUDO

Este estudo tem por objetivo verificar o que os familiares de um paciente com câncer do intestino grosso pensam sobre seu próprio risco de ter câncer.

PROCEDIMENTOS

O tratamento do seu familiar não será alterado pelo estudo. Solicitamos ao seu familiar autorização para entrarmos em contato com você. Se concordar em participar, você será entrevistado por telefone. Nesta entrevista, com duração aproximada de 20 minutos, iremos perguntar sobre a sua opinião do indivíduo sobre seu risco de câncer; os benefícios e dificuldades em realizar colonoscopia; se há preocupação em desenvolver

câncer e características pessoais, tais como, idade, profissão, e realização da colonoscopia.

Esperamos que 125 indivíduos participem desta pesquisa. Os quarenta primeiros serão entrevistados novamente 20 dias após a primeira entrevista. Na segunda entrevista iremos usar dois questionários utilizados na primeira entrevista, com as mesmas perguntas. Isto é necessário, pois, precisamos verificar se as questões são adequadas e podem ser utilizadas em outras ocasiões.

BENEFÍCIOS

Com estas informações será possível, a nós, entendermos como os familiares de pacientes com câncer do intestino grosso percebem seu risco de desenvolver câncer e se isto afeta a sua vida. A partir deste conhecimento poderemos verificar como poderemos orientar melhor essas pessoas.

A sua participação neste estudo é voluntária, tendo o direito a retirar-se do estudo a qualquer momento. Sua recusa ou desistência não irá prejudicar o tratamento do seu familiar.

A identidade dos pacientes e familiares será preservada, somente os membros da equipe médica e da Comissão de Ética terão acesso aos registros.

Qualquer dúvida sobre o estudo, você poderá entrar em contato com Enfermeira Erika Maria Monteiro Santos no telefone (11) 2189-5151. Se o pesquisador principal não fornecer as informações/esclarecimentos suficientes, por favor, entre em contato com o Coordenador do Comitê de Ética do Hospital do Câncer – SP, pelo telefone (11) 2189 5000, ramais 1113 ou 1117.

Declaro que fui esclarecido: sobre os procedimentos, riscos e benefícios deste estudo; que tenho liberdade em retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto traga prejuízo ao tratamento do meu parente; que não haverá remuneração financeira para este estudo; que

minha identidade será preservada, mantendo-se todas as informações em caráter confidencial. Concordo em participar deste estudo.

São Paulo, ____ de _____ de ____.

Assinatura do indivíduo ou responsável/representante local

Assinatura do pesquisador ou representante

Anexo F – Roteiro para Entrevista

Meu nome é Erika Santos e há alguns dias você recebeu uma carta sobre uma pesquisa com familiares de pacientes que tiveram câncer do intestino grosso. Para participar da pesquisa você deve responder a algumas perguntas. Esperamos que a entrevista dure 20 minutos. Nós podemos fazer a entrevista agora ou marcar para um momento que for conveniente.

Nesta entrevista, com duração aproximada de 20 minutos, iremos perguntar sobre a sua opinião do indivíduo sobre seu risco de câncer; os benefícios e dificuldades em realizar colonoscopia; se há preocupação em desenvolver câncer e características pessoais, tais como, idade, profissão, e realização da colonoscopia. Para cada pergunta serão oferecidas entre quatro e cinco alternativas. Você deve escolher a resposta com a qual se identificar melhor. Não existe resposta correta ou errada. Após a entrevista você deve preencher os formulários que recebeu pelo correio. Você responde apenas as perguntas que desejar.

Anexo G – Características Sociodemográficas, Colonoscopia e Percepção de Risco, CHBMS e CWS.

Data da entrevista: ___/___/___

1. Qual seu nome completo? _____
2. Quando você nasceu? ___/___/___
3. Qual é a sua escolaridade? (Até que série estudou?) _____
4. Sexo : () feminino () masculino
5. Qual a sua renda familiar por mês (quanto ganham, no total, as pessoas que vivem com você)? R\$ _____
6. Qual a sua profissão? _____
7. Qual seu estado civil? () solteiro () casado
() viúvo () separado/divorciado
8. Quantos filhos você tem? _____
9. Quais as idades dos seus filhos? _____
10. Qual a sua religião/doutrina? () católica () protestante
() espírita () judaica
() muçulmana () budista
() ateu () outra
11. Você recebeu informação sobre o risco de câncer de intestino da sua família?
() sim () não
12. Se já recebeu informação, quem a forneceu?
() familiar () profissional de saúde
13. Você sabe o que é colonoscopia? () sim () não

Se o indivíduo não souber o que é colonoscopia, ler o texto abaixo:

"A colonoscopia é um exame que permite ao médico ver o intestino por dentro através de um aparelho chamado colonoscópio. O colonoscópio é um aparelho em forma de tubo feito de material flexível com uma câmera na ponta que é introduzido pelo ânus e durante o exame passa por todo o intestino grosso. É necessário um preparo intestinal para retirar todas as

fezes do intestino antes do exame. Para o exame é administrado um sedativo para que a pessoa não fique acordada durante a sua realização. Se necessário, é retirado material, para exame, de qualquer alteração que o médico ache suspeita."

13. Você já fez colonoscopia? () sim () não

14. Quantas colonoscopias você fez até hoje? _____

15. Quando foi a sua última colonoscopia? _____

Nas perguntas a seguir, escolha a resposta que achar melhor

17. Qual a chance de uma pessoa da população geral ter câncer de intestino grosso durante a sua vida? _____

Escolha entre 0% (significa que tem certeza que não vai ter câncer do intestino grosso) e 100% (significa que tem com absoluta certeza que vai ter câncer do intestino grosso).

18. Qual a sua chance de ter câncer de intestino grosso durante a sua vida?

Escolha entre 0% (significa que tem certeza que não vai ter câncer do intestino grosso) e 100% (significa que tem com absoluta certeza que vai ter câncer do intestino grosso).

19. Você diria que o seu risco de ter câncer do intestino grosso é

() Muito baixo

() Baixo

() Médio

() Alto

() Muito alto

20. Comparado com o risco de câncer de intestino grosso das pessoas em geral, você diria que o seu risco de ter câncer do intestino grosso é

- () Muito mais baixo que as outras pessoas
- () Mais baixo do que as outras pessoas
- () O mesmo que as outras pessoas
- () Mais alto que as outras pessoas
- () Muito mais alto que as outras pessoas

Questionário Modelo de Crenças em Saúde de Champion

De acordo com as perguntas abaixo, marque a resposta que achar melhor.

Susceptibilidade

	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo, Nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1 Tenho certeza que vou ter câncer de intestino algum dia.	1	2	3	4	5
2 Acho que vou ter câncer de intestino algum dia.	1	2	3	4	5
3 Tenho uma grande chance de ter câncer de intestino nos próximos 10 anos.	1	2	3	4	5
4 Minha chance de ter câncer de intestino é grande.	1	2	3	4	5
5 Tenho mais chance de ter câncer de intestino que as outras pessoas.	1	2	3	4	5

Gravidade

	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo, Nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1 A idéia de câncer de intestino me apavora.	1	2	3	4	5
2 Quando eu penso em ter câncer de intestino, meu coração dispara.	1	2	3	4	5
3 Tenho medo até de pensar em câncer de intestino.	1	2	3	4	5
4 Os problemas que eu teria com câncer de intestino iriam durar muito tempo.	1	2	3	4	5
5 O câncer de intestino pode ameaçar minha relação com meu parceiro.	1	2	3	4	5
6 Se eu tivesse câncer de intestino, minha vida toda iria mudar.	1	2	3	4	5
7 Se eu tiver câncer de intestino, não vou viver mais que cinco anos.	1	2	3	4	5

Questionário Modelo de Crenças em Saúde de Champion

De acordo com as perguntas abaixo, marque a resposta que achar melhor.

Benefícios

	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo, Nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1 Quando eu faço a colonoscopia que o médico mandou, eu fico aliviada.	1	2	3	4	5
2 Quando eu faço a colonoscopia, não me preocupo muito com câncer de intestino.	1	2	3	4	5
3 Fazer a colonoscopia ajuda a descobrir logo o câncer de intestino	1	2	3	4	5
4 Fazer a colonoscopia diminui a chance de eu morrer de câncer de intestino.	1	2	3	4	5
5 Fazer a colonoscopia diminui a chance de eu ter uma cirurgia grande se eu tiver câncer de intestino.	1	2	3	4	5

Barreiras

	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo, Nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1 Fico com vergonha de fazer a colonoscopia.	1	2	3	4	5
2 Tenho medo de descobrir alguma coisa se eu fizer a colonoscopia.	1	2	3	4	5
3 Tenho medo de fazer a colonoscopia porque eu não sei o que vão fazer comigo.	1	2	3	4	5
4 Não sei o que fazer para marcar a colonoscopia.	1	2	3	4	5
5 O preparo para fazer a colonoscopia vai demorar muito.	1	2	3	4	5
6 Acho que a colonoscopia deve doer muito.	1	2	3	4	5
7 O pessoal que faz a colonoscopia pode ser grosseiro.	1	2	3	4	5
8 É difícil arrumar condução para ir fazer a colonoscopia.	1	2	3	4	5
9 Tenho coisas mais importantes para fazer do que a colonoscopia.	1	2	3	4	5
10 A colonoscopia vai atrapalhar minha vida.	1	2	3	4	5
11 A colonoscopia é muito cara.	1	2	3	4	5
12 Sempre me esqueço de marcar a colonoscopia.	1	2	3	4	5

Questionário Preocupação com o Câncer de Lerman**Você costuma pensar na sua chance de ter câncer?**

- (1) Nunca
- (2) Quase nunca
- (3) Algumas vezes
- (4) Muitas vezes
- (5) Todo o tempo

Você fica estressado com isto?

- (1) Não
- (2) Um pouco
- (3) Mais ou menos
- (4) Muito

Isto afeta a sua vida?

- (1) Não
- (2) Um pouco
- (3) Mais ou menos
- (4) Muito

O quanto você se preocupa em ter câncer?

- (1) Não
- (2) Um pouco
- (3) Mais ou menos
- (4) Muito

Você se preocupa com isto muitas vezes?

- (1) Nunca
- (2) Quase nunca
- (3) Algumas vezes
- (4) Muitas vezes
- (5) Sempre

Isto é um problema para você?

- (1) Não
- (2) Um pouco
- (3) Mais ou menos
- (4) Muito

Qual é o seu nível de ansiedade com o resultado da próxima colonoscopia?

- (1) Nenhum
- (2) Baixo
- (3) Médio
- (4) Alto

Anexo I – Autorização Para Tradução da CHBMS

INTRANA UNIVERSITY



January 4, 2005

SCHOOL OF NURSING

Ms. Erika Maria Monteiro Santos
97 Bandeira Paulista St Flat 22
Itaim Bibi – Sao Paulo
Brazil 04532-010

Dear Ms. Santos,

Thank you for your interest in my work. Enclosed is the most recent publication for the HBM instrument you requested. You have permission to revise the tool for your use as long as you cite my work and send me an abstract of your completed project.

Sincerely,

A handwritten signature in cursive script that reads "Victoria Champion".

Victoria Champion, DNS, RN, FAAN
Associate Dean for Research
Mary Margaret Walther
Distinguished Professor of Nursing
Director of Cancer Control

Anexo J – Autorização para a Tradução da Escala de Barreiras



January 27, 2005

Erika Maria Monteiro Santos RN
97 Bandeira Paulista St flat 22
Itaim Bibi Sao Paulo – SP Brazil
04532-010

Dear Ms. Monteiro Santos:

You have permission to use the Colorectal Cancer Knowledge and Perceptions Scale (Green & Kelly, 2004) for translation purposes and for validation research with your selected population. Kindly send me a copy of any published research that uses the scale. Thank you and best of luck in your cancer nursing research.

Sincerely,

Pauline M. Green
Pauline M. Green

Anexo L – Autorização para a Tradução da CWS.

Yahoo! Mail - erikammsantos@yahoo.com.br

Página 1 de 1



Imprimir - Fechar janela

Data: Fri, 04 Feb 2005 07:07:47 -0500
Para: "Erika Maria Monteiro Santos" <erikammsantos@yahoo.com.br>
De: "Caryn Lerman" <clerman@mail.med.upenn.edu>
Assunto: Re: Cancer Worry Scale

Hello

It is fine for you to translate the scale. I have not used it for several years, as I am now doing tobacco research. The scale items and responses are published in our 1994 paper in the Journal of Clinical Oncology on breast-ovarian cancer risk. You can adapt the items to colorectal cancer.

Caryn Lerman Ph.D.
 Mary W. Calkins Professor
 Department of Psychiatry
 University of Pennsylvania

At 03:55 PM 2/3/2005 -0300, you wrote:

>Doctor Lerman

>

>My name is Erika and I am a nurse and work at Hospital do Cancer, São Paulo, Brazil. I work with families with hereditary colorectal cancer and

>in my PhD I would like to study cancer worry. I would like to translate

>the Lerman's Cancer Worry Scale to portuguese. I was wondering if you authorize me to translate this scale to portuguese. If you could be able

>to send me the scale or indicate where can find it I would be grateful.

>

>Thank you for your attention

>

>Erika Maria Monteiro Santos

>clinical research nurse

>Hospital do Câncer, São Paulo, Brazil

>erikammsantos@yahoo.com.br

>

>

>Converse com seus amigos em tempo real com o Yahoo! Messenger

><http://br.download.yahoo.com/messenger/>

Anexo M – Autorização da Comissão de Ética em Pesquisa



São Paulo, 27 de abril de 2005.

À
Enf. Érika Maria Monteiro Santos

Ref.: Projeto de Pesquisa n.º 691/05
"Modelo de crenças em saúde em familiares de pacientes com câncer colorretal".

Prezada Senhora:

Seu projeto de pesquisa, acima mencionado, foi apreciado pela Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital do Câncer em sua última reunião de 26/04/2005. Os membros desta comissão aprovaram a realização deste estudo.

Informações a respeito do andamento do referido projeto deverão ser encaminhadas à secretaria do CEP dentro de 12 meses.

Atenciosamente,

Dr. Daniel Deheinzellin
Coordenador Interino da Comissão de Ética em Pesquisa

C.C.
Orientador: Dr. Benedito Mauro Rossi
Co-orientadora: Dra. Maria Teresa Cruz Lourenço