



ISPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

MODELO DE CRENÇAS DE SAÚDE E O LOCUS DE
CONTROLO DA SAÚDE FACE AO RASTREIO DO CANCRO
COLO-RECTAL

Ana Sofia Soares Dias Nunes

Orientador de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA ANA ROSA TAPADINHAS

Coordenador de Seminário de Dissertação

PROFESSORA DOUTORA ANA ROSA TAPADINHAS

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de

MESTRE EM PSICOLOGIA CLÍNICA

2012

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Professora Doutora Ana Rosa Tapadinhas, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar à Professora Doutora Ana Rosa Tapadinhas, orientadora desta dissertação, pela sua permanente disponibilidade e apoio, pela confiança que sempre depositou no meu trabalho e que se revelou fundamental na motivação e no incentivo para a sua conclusão.

Aos meus colegas de curso e amigos, em especial à Carolina, Patrícia e Rosa o meu obrigado pelas palavras de incentivo e pelo carinho, pois o vosso apoio incondicional ao longo deste percurso foi inestimável.

Aos meus pais, madrinha e avó pelo carinho e compreensão que sempre demonstram, à minha irmã pelo apoio nos momentos mais difíceis e pela partilha de conhecimentos que contribuíram para a realização deste trabalho.

Ao Pedro, obrigada por TUDO!

A todos, o meu muito obrigado.

RESUMO

O objetivo desta investigação foi identificar e caracterizar as variáveis que se encontram relacionadas com a adesão ao rastreio do cancro colo-rectal (CCR) em sujeitos portugueses com 50 ou mais anos de idade. Participaram 271 sujeitos do género feminino e masculino, variando as idades entre os 50 e 90 anos. Para a avaliação das variáveis psicológicas foram utilizadas adaptações para a língua portuguesa da Escala Crenças de Saúde sobre o CCR (Jacobs, 2002) e da Escala Multidimensional Locus de Controlo da Saúde (Rodriguez-Rosero, Ferriani e Coleta, 2002). Através da regressão logística verificou-se que uma maior perceção de ‘Benefícios’ e ‘Gravidade Consequências’, receber uma recomendação médica e ter uma história familiar de CCR, constituem preditores significativos na adesão ao rastreio do CCR para a amostra em estudo. A perceção de ‘Obstáculos’ é a única subescala que revela diferenças estatisticamente significativas entre os que realizaram um exame de rastreio dos que não realizaram, sendo que os sujeitos que já aderiram ao rastreio percecionam menos obstáculos.

Palavras-chave: Cancro Colo-rectal, Rastreio, Crenças de Saúde, Locus de Controlo de Saúde.

ABSTRACT

The purpose of this study was to identify and describe the variables associated with the adherence to colorectal cancer (CCR) screening among Portuguese subjects aged 50 or more years old. A total of 271 women and men between the ages of 50 and 90 years old agreed to participate in this study. The measurement of the psychological variables was made using Portuguese adaptations of the Health Belief Model of Colorectal Cancer Scale (Jacobs, 2002) and the Multidimensional Health Locus of Control Scale (Rodriguez-Rosero, Ferriani e Coleta, 2002). According to the logistic regression analysis, having an increased perception of 'Benefits' and 'Barriers Consequences' receiving a physician recommendation and family history of CCR were strong predictors of adherence to CCR screening. The perception of 'Barriers' was the only dimension that showed statistically significant differences between subjects who had a screening test and those who didn't. The subjects who already received colorectal screening perceive fewer barriers.

Key Words: Colorectal Cancer, Screening, Health Beliefs, Health Locus of Control

ÍNDICE

INTRODUÇÃO TEÓRICA	8
MÉTODO	10
<i>Participantes</i>	10
<i>Instrumentos</i>	10
<i>Delineamento</i>	11
<i>Procedimento</i>	12
RESULTADOS	12
DISCUSSÃO	18
CONCLUSÃO	21
REFERÊNCIAS	22
ANEXOS	25

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Lista de Tabelas

TABELA 1	Características da amostra	25
TABELA 2	Caracterização das variáveis clínicas	27
TABELA 3	Escala Crenças - Consistência interna dos fatores (Alpha de Cronbach)	28
TABELA 4	Escala Locus - Consistência interna dos fatores (Alpha de Cronbach)	29
TABELA 5	Distribuição da recomendação médica de acordo com a realização ou não de um exame de rastreio	31
TABELA 6	Preditores da adesão (Regressão Logística)	32

Lista de Figuras

FIGURA 1	Escala Crenças de Saúde do CCR.....	29
FIGURA 2	Escala Locus de Controlo da Saúde	29

INTRODUÇÃO TEÓRICA

O cancro é atualmente a segunda causa de morte no mundo ocidental, sobretudo nos países desenvolvidos e segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) mais de 16 milhões de casos serão verificados até 2020 (Recco, Luiz & Pinto, 2005).

Perante estes dados alarmantes é notória a crescente pertinência do estudo de comportamentos preventivos para doenças oncológicas, nomeadamente no que se refere ao cancro colo-rectal. De acordo com a literatura constata-se que os rastreios podem ter consequências psicológicas para quem os realiza, nomeadamente stresse, preocupação, vergonha, entre outros, e podem levar ao surgimento de atitudes sociais positivas e negativas (Teixeira, 2002). No que diz respeito à adesão a rastreios oncológicos, esta é fortemente determinada por perceções subjetivas sobre o cancro e o seu controlo, incluindo crenças em relação às suas consequências e tratamento, perceções dos exames de rastreio e crenças sobre o risco pessoal de vir a ter cancro (Cameron, 1997). Segundo o Modelo de Crenças de Saúde, um indivíduo irá aderir a um exame de rastreio se se perceber como sendo vulnerável ao cancro colo-rectal, perceber elevados benefícios do exame na diminuição da ameaça e do impacto do CCR e perceber os obstáculos à realização do exame como sendo sensivelmente baixos (Champion & Skinner, 2008).

Para além do interesse da Psicologia nas crenças que influenciam os comportamentos de saúde, muita atenção tem sido focalizada nas perceções de controlo sobre a saúde. Em geral, controlo diz respeito à perceção que o sujeito tem acerca da sua capacidade para modificar determinada situação, resposta ou resultado relacionado com um estímulo ou todos em conjunto (Ruiz-Bueno, 2000). A escala multidimensional do *locus* de controlo da saúde foi desenvolvida por Wallston e Wallston (1978), e desde aí tornou-se a medida de *locus* de controlo mais popular na investigação de comportamentos de saúde, sendo constituída por três subescalas de locus de controlo: Interno, Externo-Outros Poderosos (família, profissionais de saúde, entre outros) e Externo -Acaso.

No que concerne ao rastreio do CCR, um estudo realizado com Americanos Coreanos, verificou que um dos principais fatores responsáveis pela adesão ao rastreio do cancro colo-rectal, é a recomendação médica (Jo, Maxwell, Wong & Bastani, 2008). Para além disso, a presença de um historial familiar de cancro também constitui uma variável importante na adesão, visto que os indivíduos que têm ou já tiveram parentes com cancro, revelam uma maior adesão a rastreios oncológicos (Karayurt & Dramali, 2007, Wang, Miller, Egleston, Hay & Weinberg, 2010).

Quanto aos fatores psicossociais, o embaraço, o medo de contrair cancro e a falta de informação podem influenciar negativamente a adesão ao rastreio (Subramanian et al, 2004). No que se refere especificamente aos fatores psicológicos, as crenças de saúde desempenham um papel fundamental no estudo de comportamentos preventivos e como tal inúmeros estudos recorrem ao Modelo de Crenças de Saúde para a compreensão dos comportamentos de adesão a rastreios oncológicos. Neste sentido, verificou-se que maiores níveis de *vulnerabilidade*, estavam associados a uma maior adesão ao rastreio do CCR (Sun, Basch, Wolf & Li, 2004 e Tessaro et al., 2006) e que a dimensão *benefícios* estava positivamente relacionada com a adesão a dois dos exames de rastreio: a sigmoidoscopia e colonoscopia (James, Campbell & Hudson, 2002).

Em Portugal, Coutinho (2001), constatou que somente na dimensão obstáculos se verificavam diferenças estaticamente significativas entre o grupo de indivíduos que já realizou o exame de rastreio do cancro da próstata e o grupo que nunca realizou o exame. Por sua vez, Patrão (2002) concluiu que os participantes do grupo de baixa adesão ao rastreio do cancro do colo do útero, percecionavam uma menor vulnerabilidade, bem como, menos preocupação com a saúde e percecionam mais obstáculos.

Face ao exposto, salienta-se a importância da investigação no âmbito da prevenção da doença oncológica, uma vez que a adesão aos exames de rastreio permite detetar precocemente a doença, aumentando assim a sua probabilidade de cura. Deste modo, pretende-se que este estudo seja uma mais valia para o Psicólogo, na compreensão dos pressupostos cognitivos e sociocognitivos do comportamento preventivo, o que por sua vez irá possibilitar intervenções mais especializadas e eficazes

Posto isto, o presente estudo pretende identificar e caracterizar as variáveis que se encontram relacionadas com a adesão ao rastreio do CCR em sujeitos portugueses com 50 ou mais anos de idade. Com o intuito de dar corpo a este estudo, foram colocadas as seguintes questões de investigação:

1 – Como se caracterizam as crenças de saúde de sujeitos portugueses com 50 ou mais anos no que se refere ao rastreio do CCR?

2 - Como se caracteriza as o locus de controlo da saúde de sujeitos portugueses com 50 ou mais anos no que se refere ao rastreio do CCR?

3- Qual a relação das crenças de saúde de sujeitos portugueses com 50 ou mais anos no que se refere ao rastreio do CCR com as variáveis sócio-demográficas e clínicas/avaliação de conhecimentos?

4- Qual a relação do locus de controlo da saúde de sujeitos portugueses com 50 ou mais anos no que se refere ao rastreio do CCR com as variáveis sócio-demográficas e clínicas/avaliação de conhecimentos?

5- Em que medida a adesão ao rastreio do CCR é influenciada pelas crenças de saúde, pelo locus de controlo de saúde e pelas variáveis sócio-demográficas e clínicas/avaliação de conhecimentos?

MÉTODO

Participantes

A amostra é constituída por 271 sujeitos do género feminino e masculino, com idade igual ou superior a 50 anos, residentes nos distritos de Lisboa e Leiria. Salienta-se que em caso de história familiar (parente em 1º grau) de CCR o rastreio deverá iniciar-se aos 40 anos ou dez anos antes da idade de diagnóstico no familiar mais novo (World Gastroenterological Organisation, 2007). O processo de amostragem utilizado neste estudo foi a amostragem não probabilística tipo bola de neve (Pais-Ribeiro, 1999). As características dos participantes são apresentadas na Tabela 1:

Tabela 1: *Características da amostra*

	Género		Estado civil		Escolaridade		Situação profissional				
	N	%	N	%	N	%	N	%			
Masculino	107	39,5	Solteiro	25	9,2	1º ciclo	40	14,8	A trabalhar	156	57,6
Feminino	164	60,5	Casado	182	67,2	2º e 3º ciclo	25	9,2	Desempregado	22	8,1
			Separado	13	4,8	Secundário	90	33,2	Reformado	90	33,2
			Divorciado	23	8,5	Superior	112	41,3	Baixa	3	1,1
			Viúvo	20	7,4	Sem resposta	4	1,5			
			Sem resposta	8	3,0						

A amostra é constituída por 107 sujeitos do género masculino e 164 sujeitos do género feminino, com uma idade média de 59,2 anos (DP = 8,66), variando as idades entre 50 e 90 anos, são casados (67,2%), possuem uma formação a nível do ensino superior (40,2%) e estão a trabalhar (57,6%).

Instrumentos

Os participantes, após darem o consentimento informado (Anexo B), responderam ao questionário de auto-preenchimento composto por uma parte inicial, onde se pretende caracterizar as variáveis sócio-demográficas - *Questionário sócio-demográfico* (Anexo C) da amostra: idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade e situação profissional. Um *Questionário Clínico/Avaliação de Conhecimentos* (Anexo D), com 6 questões dicotómicas

sim/não, uma questão dicotómica sim/não/não sei e duas questões abertas: uma questão sobre a recomendação médica de um exame de rastreio, uma questão sobre os exames de rastreio que podem ser utilizados, duas questões sobre a adesão ao rastreio, duas questões sobre a história familiar de cancro colo-rectal, uma questão sobre o historial de amigo(s) com cancro colo-rectal e por fim uma questão sobre os fatores de risco do cancro colo-rectal.

A *Escala de Crenças de Saúde em relação ao Cancro Colo-rectal* (Anexo E), que consiste numa adaptação para a Língua Portuguesa (Tapadinhas & Nunes, 2011) da escala original desenvolvida por Jacobs (2002). É uma escala Likert que mede uma resposta positiva ou negativa face a uma afirmação da seguinte forma: 1- Discordo totalmente, 2 – Discordo parcialmente, 3 – Não concordo nem discordo, 4 – Concordo parcialmente, 5 – Concordo totalmente. A escala é constituída por 6 subescalas: Vulnerabilidade (5 itens), Gravidade (7 itens), Benefícios (6 itens), Obstáculos (6 itens), Motivação para a Saúde (7 itens) e Confiança (5 itens). A consistência interna avaliada com *alpha* de Cronbach para esta escala varia entre 0,60 e 0,78.

A *Escala Multidimensional Locus de Controlo da Saúde* (Anexo F), que consiste numa adaptação para a Língua Portuguesa (Tapadinhas & Nunes, 2011) da escala original desenvolvida por Rodriguez-Rosero, Ferriani e Coleta (2002). É uma escala Likert que mede uma resposta positiva ou negativa face a uma afirmação da seguinte forma: 1- Concordo totalmente, 2 – Concordo parcialmente, 3 – Não concordo nem discordo, 4 – Discordo parcialmente, 5 – Discordo totalmente. A escala é composta por 3 subescalas: Internalidade (6 itens), Externalidade – Outros Poderosos (6 itens) e Externalidade – Acaso (6 itens). A consistência interna avaliada com o *alpha* de Cronbach para cada uma das subescalas pela ordem referida anteriormente foi de 0,53, 0,71 e 0,72.

Delineamento

Este estudo constitui uma investigação de tipo exploratório, visto que existem poucos estudos em Portugal sobre esta temática. Esta investigação apresenta também um carácter descritivo e correlacional, na medida em que se pretende descrever as variáveis em estudo, assim como verificar se existe ou não relação entre as mesmas (Pais-Ribeiro, 1999).

Deste modo, este estudo tem como variáveis principais as Crenças de Saúde sobre o CCR e o Locus de Controlo da Saúde, e como variáveis de influência as variáveis sócio-demográficas, as clínicas/avaliação de conhecimentos.

Procedimento

Todos os participantes deste estudo assinaram o termo de livre consentimento informado. Os dados foram recolhidos através do método de amostragem não probabilística tipo bola de neve entre Maio de 2011 e Maio de 2012. Os dados foram analisados com ajuda do programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 17.

RESULTADOS

- Variáveis clínicas

Tabela 2: *Caracterização das variáveis clínicas*

	Sim		Não	
	N	%	N	%
Médico de família	239	88,2	31	11,4
Recomendação médica para realizar exame de rastreio do cancro Colo-rectal	105	38,7	166	61,3
Alguma vez realizou um exame de rastreio do cancro colo-rectal?	84	31,0	187	69,0
Familiar que sofresse ou sofra de cancro colo-rectal	42	15,5	229	84,5
Amigo que sofresse ou sofra de cancro colo-rectal	79	29,2	192	70,8

Os resultados obtidos mostram que 88,2% da amostra tem médico de família e que 61,3% dos sujeitos não receberam recomendação médica para a realização de um exame de rastreio. Quanto à adesão ao rastreio do CCR, que foi avaliada dicotomicamente, verifica-se que 31% já realizaram um exame de rastreio e 69% nunca realizaram nenhum exame.

- Nível de Conhecimento

64,2% dos sujeitos da amostra apresentam um conhecimento geral satisfatório dos fatores de risco do cancro colo-rectal, isto é, têm conhecimento de 6 ou mais fatores de risco. Considerando a segmentação por género, 67,9% dos homens e 62,6% das mulheres acertou em 6 ou mais fatores. No cruzamento das questões sobre o nível de conhecimentos com variáveis sociodemográficas (género e nível de escolaridade), não se verificaram diferenças estatisticamente significativas. Quanto aos exames de rastreio do CCR, verifica-se um conhecimento menos satisfatório, visto que apenas 46,9% dos sujeitos da amostra tem conhecimento de 3 ou mais exames de rastreio. No que diz respeito à segmentação por género, verifica-se que 48,8% das mulheres e 44,8% dos homens acertou em 3 ou mais exames. Cruzando este indicador com as variáveis sociodemográficas não se registaram diferenças estatisticamente significativas.

- Análise Fatorial em Componentes Principais

A análise estatística das duas escalas aplicadas (Anexo G) teve como objetivo perceber endogenamente a distribuição dos itens nas subescalas latentes das mesmas para a amostra em estudo, no sentido de explorar a presença de diferenças significativas. Esta abordagem revelou-se particularmente importante para a *Escala Multidimensional Locus de Controlo da Saúde*, visto tratar-se de uma escala construída originalmente para uma faixa etária mais abrangente do que aquela considerada para o presente estudo.

- Escala Crenças de Saúde sobre o Cancro Colo-rectal

Da aplicação de uma Análise Fatorial em Componentes Principais (AFCP) foram extraídos 7 fatores que explicam 61,1% da variabilidade total. Apesar da escala original ser constituída por 6 subescalas, considerou-se a solução de 7 fatores a mais adequada. Para os fatores extraídos a percentagem da variância de cada variável explicada pelos fatores comuns extraídos é superior a 50% para todas as variáveis, exceto para o item 24 que apresenta uma comunalidade de 0,361. Salienta-se que o item 20 apresenta um *loading* maior na subescala ‘Gravidade Processamento Cognitivo ‘do que na ‘Obstáculos’. No entanto, por uma questão de conteúdo, optou-se por incluir o mesmo na subescala Obstáculos.

Sendo o valor do teste KMO de 0,859 a recomendação face a Análise Fatorial é boa (vide Marôco, 2010, p. 493). O teste de Esfericidade de Bartlett apresenta um $p < 0,001$ pelo que rejeitamos H_0 , concluindo que as variáveis estão correlacionadas significativamente. A Tabela 3 apresenta os valores de *Alpha de Cronbach*, os quais revelam uma boa consistência interna dos fatores extraídos, variando entre 0,70 na ‘Gravidade’ e 0,89 na ‘Motivação’

Tabela 3: Escala Crenças - *Consistência interna dos fatores (Alpha de Cronbach)*

Fatores	α
1 - Motivação	0,89
2- Benefícios	0,81
3- Vulnerabilidade	0,85
4- Confiança	0,82
5 - Gravidade – Processamento Cognitivo	0,85
6- Obstáculos	0,71
7 - Gravidade – Consequências	0,70

0,67 passa para **Fator 6 – com o item 20 $\alpha = 0,71$

- Escala Multidimensional Locus de Controlo da Saúde

Através da aplicação de uma AFCP foram extraídos 3 fatores, que explicam 48,3% da variabilidade total. Apesar do número de subescalas ser idêntico ao da escala original, a

distribuição dos itens difere. Para os fatores extraídos a percentagem da variância de cada variável explicada pelos fatores comuns extraídos não é superior a 50% para todas as variáveis. Sendo o valor do teste KMO de 0,804 a recomendação face à Análise Fatorial é boa. O teste de esfericidade de Bartlett apresenta um $p < 0,001$, pelo que rejeitamos H_0 , concluindo que as variáveis estão correlacionadas estatisticamente. A tabela seguinte apresenta os valores de consistência para as três subescalas:

Tabela 4 : Escala Locus - *Consistência interna dos fatores (Alpha de Cronbach)*

Fatores	α
Locus Interno	0,56
Locus Externo Outros Poderosos	0,72
Locus Externo Acaso	0,62

O *alpha de Cronbach* para a subescala Locus Interno encontra-se abaixo dos valores considerados aceitáveis, o que poderá significar que esta subescala revela espaço para a introdução de melhorias.

- *Caracterização das crenças de saúde sobre o cancro colo-rectal e do locus de controlo da saúde*

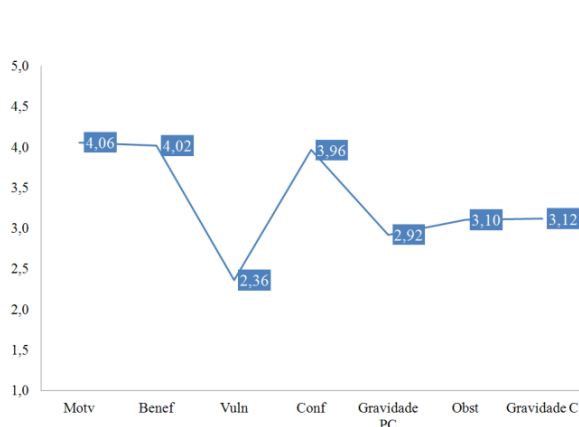


Figura 1: Escala Crenças de Saúde do CCR



Figura 2: Escala Locus de Controlo da Saúde

Segundo a Escala de Crenças de Saúde do CCR as subescalas com valores mais elevados para a amostra em estudo são a ‘Motivação’, ‘Benefícios’ e ‘Confiança’. Deste modo, os sujeitos da amostra revelam uma perceção de motivação e confiança para a saúde, bem como benefícios face ao rastreio do CCR. Os benefícios mais apontados pelos sujeitos desta amostra foram o diagnóstico precoce e a diminuição de probabilidade de morrer de cancro. Quanto aos obstáculos identificados, estes incluem o desconforto associado aos

exames de rastreio e os custos monetários. Por seu lado, as subescalas ‘Vulnerabilidade’ e ‘Gravidade Processamento Cognitivo’ apresentam os valores mais baixos. Para a Escala Locus de Controlo da Saúde, verifica-se que o ‘Locus Interno’ é aquele que predomina entre os sujeitos, o que revela uma perceção de controlo e responsabilidade pela sua saúde.

- Relação entre as crenças de saúde e as variáveis sócio-demográficas

No que concerne à variável género, verificam-se diferenças estatisticamente significativas na subescala ‘Gravidade Consequências’. As mulheres apresentam valores mais elevados de ‘Gravidade Consequências’ ($M=3,22$; $DP=0,79$) do que os homens ($M=2,95$; $DP=0,83$), $t(269) = -2,64$; $p < 0,01$.

Considerando-se a escolaridade nos quatros níveis referidos no Tabela 1, verifica-se que para as subescalas ‘Obstáculos’ e ‘Gravidade Processamento Cognitivo’ se encontram diferenças estatisticamente significativas entre os sujeitos com o ensino superior e os restantes. Para a subescala ‘Obstáculos’, $F(3, 263) = 7,49$; $p < 0,001$, verifica-se que o grupo com o ensino superior apresenta valores mais baixos ($M=2,83$; $DP=0,82$) do que os restantes níveis de escolaridade. No que diz respeito à subescala ‘Gravidade Processamento Cognitivo’ os resultados são semelhantes, exceto para o ensino secundário, no qual não se observam diferenças estatisticamente significativas.

- Relação entre as crenças de saúde e as variáveis clínicas e de avaliação de conhecimentos

Os resultados mostram que os sujeitos a quem foi recomendada a realização de um exame de rastreio apresentam valores mais elevados de ‘Confiança’ ($M=4,14$; $DP=0,91$) do que os sujeitos a quem não foi recomendado o exame ($M=3,85$; $DP=0,82$), $t(269) = -2,74$; $p < 0,01$. Para a subescala ‘Obstáculos’ também se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os sujeitos que receberam recomendação médica ($M=2,96$; $DP=0,87$) e aqueles a quem não foi recomendado um exame ($M=3,20$; $DP=0,82$), $t(269) = -2,32$; $p < 0,05$. Ou seja, os sujeitos a quem foi recomendado a realização de um exame de rastreio apresentam valores mais elevados de ‘Confiança’ e percebem menos ‘Obstáculos’ face a um exame de rastreio do CCR.

Quanto à adesão constata-se que os indivíduos que já realizaram um exame de rastreio reportam, em média, menos ‘Obstáculos’ ($M=2,83$; $DP=0,83$) do que os indivíduos que ainda não realizaram nenhum exame ($M=3,23$; $DP=0,83$), $t(269) = -3,62$; $p < 0,001$. No que concerne a variável historia familiar, verifica-se que os sujeitos com historial familiar de CCR

percecionam uma maior ‘Vulnerabilidade’ face ao CCR ($M=2,87$; $DP= 0,84$) do que os sujeitos sem historial familiar de CCR ($M=2,27$; $DP= 0,78$), $t(269) = 4,57$; $p < 0,001$. Para a variável historial amigos de CCR não se observaram diferenças estatisticamente significativas.

Por último, no que diz respeito às variáveis de avaliação de conhecimentos verifica-se que os sujeitos com um conhecimento satisfatório dos fatores de risco do CCR apresentam correlações estatisticamente significativas nas subescalas ‘Motivação’ ($r=0,14$; $p < 0,05$) e ‘Gravidade Processamento Cognitivo’ ($r=0,20$; $p < 0,01$). Isto é, os sujeitos com um conhecimento geral satisfatório dos fatores de risco do CCR apresentam maiores níveis de ‘Motivação’ e ‘Gravidade Processamento Cognitivo’ face ao CCR.

- Relação entre o locus de controlo da saúde e as variáveis sócio-demográficas

No que diz respeito ao nível de escolaridade, verificam-se diferenças estatisticamente significativas na subescala ‘Locus Interno’ $F(3, 263) = 7,05$; $p < 0,001$, sendo que sujeitos com um nível de formação superior apresentam valores mais elevados ($M=2,73$; $DP=0,65$) do que os sujeitos com os restantes níveis de escolaridade. Para a variável género não se verificam diferenças estatisticamente significativas.

- Relação entre o locus de controlo da saúde e as variáveis clínicas e de avaliação de conhecimentos

Os sujeitos a quem foi recomendado a realização de um exame apresentam valores mais elevados na subescala ‘Locus Interno’ ($M=2,66$; $DP= 0,74$) do que os sujeitos a quem não foi recomendado um exame ($M= 2,43$; $DP= 0,71$), $t(269) = -2,65$; $p < 0,05$. Para as restantes variáveis clínicas e de avaliação de conhecimentos não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

- Relação entre a recomendação médica e a adesão

Tabela 5: Distribuição da recomendação médica de acordo com a realização ou não de um exame de rastreio

Recomendação Médica	Realizou exame de rastreio				Total
	Sim	%	Não	%	
Sim	75	71,4	30	28,6	105
Não	9	5,4	157	94,6	166
Total	84	31	187	69	271

Perante os resultados apresentados, verifica-se um impacto significativo da recomendação médica na realização de um exame de rastreio do CCR. A tabela 5 revela que 71,4% dos sujeitos a quem foi recomendada a realização de um exame de rastreio aderiram ao mesmo. A realização de um cruzamento evidencia um $\chi^2 (1) = 131,02$; $p < 0,00$, isto é, a probabilidade desta atribuição ser acidental é reduzida.

Tabela 6: Preditores da adesão (*Regressão Logística*)

	Adesão ⁽¹⁾	
	B	Wald
Variáveis psicológicas		
Motivação	-	-
Benefícios	0,775	5,251*
Vulnerabilidade	-	-
Confiança	-	-
Gravidade Cognitivo	-	-
Obstáculos	-	-
Gravidade Consequências	0,836	6,702**
Locus Interno	-	-
Locus Externo OP	-	-
Locus Externo A	-	-
Nagelkerke R^2		0,14
Variáveis clínicas		
Conhecimentos fatores de risco	-	-
Conhecimentos exames	-	-
Recomendação médica	4,463	57,176***
Historial – familiares	1,184	3,760*
Historial - amigos	-	-
Nagelkerke R^2		0,66
Variáveis sociodemográficas		
Género	-	-
Idade	0,072	5,658*
Escolaridade – 1º ciclo	-	-
Escolaridade – 2º e 3º ciclo	-	-
Escolaridade – Secundário	-	-
Nagelkerke R^2		0,67

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Nota: Recomendação médica (0 – Não; 1 – Sim); Historial Familiar / Amigos (0 – Não; 1 – Sim); Género (0 – Masculino; 1 - Feminino); Escolaridade (categoria de referência – ensino superior).

⁽¹⁾ Já alguma vez realizou um exame de rastreio do cancro colo-rectal?: 0 – Não; 1 - Sim

A Tabela 6 evidencia as variáveis independentes com poder preditivo sobre a variável dependente – a adesão, através de um modelo de regressão logística. Deste modo, verifica-se

que para as variáveis psicológicas apenas as dimensões ‘Benefícios’ e Gravidade Consequências’ influenciam significativamente a adesão. Seguem-se as variáveis clínicas, que apresentam um valor preditivo particularmente significativo, isto é, a probabilidade de adesão a um exame de rastreio do CCR aumenta exponencialmente (Nagelkerke $R^2 = 0,66$) com a existência de recomendação médica e história familiar de CCR. Por último, no que diz respeito às variáveis sócio-demográficas, observa-se que a idade é a única variável que influencia significativamente a adesão, ou seja, a probabilidade de adesão aumenta com o avanço da faixa etária dos sujeitos.

DISCUSSÃO

A percentagem de adesão ao rastreio do CCR para a amostra em estudo é significativamente baixa (31%). Valores baixos na adesão a este rastreio estão provavelmente relacionados com a ausência de uma recomendação médica, visto que a 61% da amostra não foi recomendada a realização de um exame de rastreio (Tessaro, Mangone, Parkar & Pawar, 2006). Para o grupo que aderiu ao rastreio verifica-se que 71,4% dos sujeitos receberam recomendação médica, resultado que sustenta a hipótese referida anteriormente.

Neste sentido, a partir da regressão logística efetuada, também se verifica que a recomendação médica apresenta um valor preditivo significativo sobre a adesão a um exame de rastreio do CCR. Este resultado é consistente com investigações realizadas com diversas populações (Jo, Maxwell, Wong & Bastani, 2008; James, Greine, Ellerbeck, Feng & Ahluwalia, 2006, Menees et al., 2010, Partin et al, 2010).

Para o tratamento estatístico dos dados recolhidos, procedeu-se numa primeira instância a uma Análise Fatorial em Componentes Principais (AFCP) das duas escalas aplicadas, para assim perceber endogenamente a distribuição dos itens nas subescalas latentes para a amostra em estudo. Para a *Escala Crenças de Saúde do CCR* considerou-se a solução a 7 fatores a mais adequada apesar da escala original ser constituída por 6 subescalas. Com esta solução a subescala ‘Gravidade’ da escala original é repartida em duas, as quais foram denominadas: ‘Gravidade Processamento Cognitivo’ e ‘Gravidade Consequências’. Na primeira estão presentes itens que remetem para o processamento de informação – “Pensar acerca do cancro colo-rectal assusta-me” (item 6), e na segunda a gravidade percebida centra-se ao nível de possíveis consequências – “Os problemas que pudesse experienciar com o cancro colo-rectal iriam durar muito tempo” (item 9).

Através da AFCP verificou-se que o item 20 – “Fazer exames de rastreio regulares para detetar o cancro colo-rectal, vai-me fazer sentir preocupado/a como o cancro colo-rectal”, apresenta *loadings* significativos em duas subescalas: ‘Gravidade Processamento Cognitivo’ (0,567) e ‘Obstáculos’ (0,489). Apesar do *loading* deste item ser mais elevado na subescala ‘Gravidade Processamento Cognitivo’, ao nível de conteúdo este corresponde à subescala ‘Obstáculos’. Desta forma, considerou-se que a opção mais adequada seria inclui-lo na última.

No que diz respeito às dimensões da *Escala de Crenças de Saúde do CCR*, verificou-se que estas se encontram relacionados com inúmeras variáveis, particularmente com as variáveis demográficas e clínicas. A existência de recomendação médica entre os sujeitos está relacionada com uma elevada perceção de ‘Confiança’ e uma menor perceção de ‘Obstáculos’ face ao rastreio do CCR. Sujeitos com um nível de escolaridade mais alto também percecionam menos obstáculos e uma menor ‘Gravidade Processamento Cognitivo’. A presença de história familiar de CCR entre os participantes está relacionada com uma elevada perceção de ‘Vulnerabilidade’.

Os obstáculos mais apontados pelos participantes foram o desconforto associado aos exames e os custos monetários. Por sua vez, os benefícios percecionados pelos sujeitos consistem no diagnóstico precoce do CCR e a diminuição da probabilidade de morrer de cancro (Rawl, Champion, Menon e Foster, 2000; Jo, Maxwell, Wong & Bastani, 2008). Importa salientar que para além do desconforto que algum dos exames embarca (e.g. colonoscopia), fatores emocionais como o medo e o embaraço também podem constituir uma barreira significativa à adesão deste rastreio (Subramanian et al, 2004) Identificar as características associadas às atitudes negativas face ao rastreio, pode possibilitar o desenvolvimento de programas de educação para a saúde adequados. Estes podem ter como população-alvo aqueles que se revelam mais relutantes em aderir a um exame de rastreio do CCR e desta forma potencia a sua aceitação e adesão nesta população.

Na AFCP para a *Escala Multidimensional Locus de Controlo da Saúde* optou-se pela solução a três fatores, semelhante à escala original. No entanto a distribuição dos itens difere significativamente, na medida em que alguns itens não se distribuem pelas subescalas respetivas. Esta desorganização na distribuição nos itens é particularmente notória na subescala ‘Locus Externo Outros Poderosos’, visto que é constituída por inúmeros itens

pertencentes à subescala ‘Locus Externo Acaso’. Tal deve-se provavelmente às características dos sujeitos em estudo, isto é, para a população portuguesa o sistema de valores está fortemente associado à transcendência (predomínio do catolicismo), o que pode influenciar os sujeitos na distinção entre o ‘Acaso’ e ‘Outros Poderosos’. Estes dois constructos podem ser percebidos como fazendo parte do mesmo grupo – uma entidade externa transcendente. Para além disso, o valor de consistência interna da subescala ‘Locus Interno’ ($\alpha=0,56$) situa-se abaixo dos valores considerados aceitáveis. Neste sentido, constata-se que esta escala deverá ser investigada de forma mais aprofundada, contudo, esta nova distribuição dos itens adequa-se ao sistema de valores da cultura portuguesa.

Posto isto, somente para a subescala ‘Locus Interno’ se verificaram diferenças estatisticamente significativas, pelo que sujeitos com valores elevados nesta escala apresentam um nível de formação académica superior e receberam recomendação médica para a realização de um exame de rastreio.

Das dimensões da Escala Crenças de Saúde do CCR a percepção de ‘Obstáculos’ é a única que diferencia os que realizaram um exame de rastreio dos que não realizaram. Isto é, os indivíduos que já realizaram um exame de rastreio afirmam menos ‘Obstáculos’ do que os indivíduos que ainda não realizaram nenhum exame (Hay et al., 2003; Jacobs, 2002 e Coutinho, 2001).

Nesta sequência, através da aplicação de uma Regressão Logística verificou-se que outras subescalas apresentam um valor preditivo sobre a adesão. Assim, sujeitos que apresentam uma maior percepção de ‘Benefícios’ e ‘Gravidade Consequências’ apresentam uma maior probabilidade de adesão ao rastreio do CCR (James, Campbell & Hudson, 2002, Hay et. al., 2003, Jacobs, 2002)

No que diz respeito às variáveis sócio-demográficas a idade surge como o único preditor da adesão, pelo que a probabilidade de aderir ao rastreio aumenta com o avanço da faixa etária dos sujeitos. Este é um padrão reconhecido na literatura (Subramanian et al., 2004, Tessaro, Mangone, Parkar & Pawar, 2006, Weller et al., 2007, Partin et al., 2010, Brennenstuhl, Fuller-Thomson & Popova, 2010, Patrão, 2002). Apesar da variável género apresentar um valor preditivo em inúmeros estudos (Tessaro, Mangone, Parkar & Pawar, 2006, Weller et al., 2007, Partin et al., 2010), para a amostra em estudo tal não se verificou. De acordo com Blackwell (1998), o género não tem sido consistentemente relacionado com a adesão

Considerado como um dos principais fatores de risco, a história familiar de CCR apresenta um valor preditivo significativo sobre a adesão (Tessaro, Mangone, Parkar & Pawar, 2006, Karayurt & Dramali, 2007, Wang, Miller, Egleston, Hay & Weinberg, 2010). Indivíduos com uma história familiar de uma determinada doença tendem a considerar que existe um elevado risco de vir a desenvolver essa doença.

CONCLUSÃO

Concluindo, para amostra em estudo de sujeitos portugueses com 50 anos ou mais de idade, uma maior perceção de ‘Benefícios’ e ‘Gravidade Consequências’, receber uma recomendação médica e ter uma história familiar de CCR, constituem preditores significativos na adesão ao rastreio do CCR. A perceção de ‘Obstáculos’ é a única subescala que revela diferenças estatisticamente significativas entre os que realizaram um exame de rastreio dos que não realizaram, sendo que os sujeitos que já aderiram ao rastreio percebem menos obstáculos. Os principais obstáculos face ao rastreio são desconforto associado aos exames e os custos monetários. Por seu lado, os benefícios mais apontados são o diagnóstico precoce do CCR e a diminuição da probabilidade de morrer de cancro.

Uma das limitações deste estudo consiste na dimensão reduzida da amostra, o que não garante a representatividade da população portuguesa. Segundo, constatou-se que a distribuição dos itens das escalas originais não se adequa totalmente à amostra em estudo, pelo que a versão traduzida aplicada deve ser melhorada.

Apesar destas limitações, o presente estudo encontrou relações estatisticamente significativas entre as crenças de saúde/ locus de controlo da saúde, e as variáveis sócio-demográficas e clínicas/avaliação de conhecimentos, assim como, identificou diversos fatores preditivos na adesão ao rastreio do CCR

Á luz destes resultados, para esta e outras populações, uma abordagem multifacetada que inclua programas de educação para a saúde que visem a divulgação das *guidelines* do rastreio do CCR, uma campanha nos *media*, bem como, encorajar indivíduos com 50 ou mais anos de idade a iniciar um diálogo sobre o rastreio do CCR com o seu médico de família, poderá aumentar a taxa de adesão a este rastreio.

REFERÊNCIAS

- Blackwell, B. (1998). Compliance. Em Fawa, G. e Freyberger, H. (Eds), *Handbook of psychosomatic medicine* (625-638). International Universities Press.
- Brennenstuhl, S., Fuller-Thomson, E. e Popova, S. (2010). Prevalence and factors associated with colo-rectal screening in canadian women. *Journal of Women's Health, 19* (4), 775-784.
- Cameron, L.D. (1997). Screening for cancer: illness perceptions and illness worry. Em Petrie, K.J. e Weinmah, J.A. (Eds), *Perceptions of health and illness* (291-322). Harwood Academic Publishers.
- Champion, V. e Skinner, C. (2008). The Health Belief Model. Em Glanz, K., Rimer, B. e Viswanath, K. (Eds), *Health Behaviour and Health Education : Theory , Research and Practice* (45-62). San Francisco: Jossey-Bass.
- Coutinho, J. (2001). Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro da próstata. *Psicologia, Saúde & Doenças, 1* (2), 107-115.
- Hay, J.L., Ford, J.S., Klein, D., Primavera, L.H., Buckley, T.R., Stein, T.R. et al. (2003). Adherence to colo-rectal cancer screening in mammography- adherent older women. *Journal of Behaviour Medicine, 26* (6), 553-576.
- Recco DC, Luiz CB, Pinto MH (2005). O cuidado prestado ao paciente portador de doença oncológica: na visão de um grupo de enfermeiras de um hospital de grande porte do interior do estado de São Paulo. *Arquivos de Ciência da Saúde* 2:85-90
- Jacobs, L. (2002). Health beliefs of first-degree relatives of individuals with colo-rectal cancer and participation in health maintenance visits: a population-based survey. *Cancer Nursing, 25* (4), 251-265.
- James, A.S., Campbell, M.K. e Hudson, M.A. (2002) Perceived barriers and benefits to colon cancer screening among African Americans in North Carolina: how does perception relate to screening behavior?. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention, 11* (6), 529-534.
- Jo, A., Maxwell, A., Wong, W. e Bastani, R. (2008). Colo-rectal cancer screening among undeserved Korean Americans in Los Angeles County. *Journal Immigrant Minority Health, 10*, 119-126.
- World Gastroenterological Organisation. Colorectal Cancer screening, 2007 (acedido a 2/1/2011 em <http://www.worldgastroenterology.org>)
- Teixeira, J.A. (2002). Psicologia da saúde e prevenção do cancro: adesão a rastreios oncológicos. *Psicologia: Teoria, Prática e Investigação, 7* (2), 193-205.

- Karayurt, O. e Dramali, A. (2007). Adaptation of Champion's Health Belief Model scale for Turkish women and evaluation of selected variables associated with breast self-examination. *Cancer Nursing, 30* (1), 69-77.
- Marôco, J. (2010). *Análise Estatística: com o PASW Statistics (ex-SPSS)*. Pero Pinheiro: Report Number.
- Mennees, S., Inadomi, J., Elta, G., Korsnes, S., Punch, M. e Aldrich, L. (2010). Colo-rectal câncer screening compliance and contemplation in gynecology patients. *Journal of Women's Health, 19* (5), 911- 916
- Pais-Ribeiro, J.L. (1999). *Investigação e avaliação e, psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Patrão, I. e Leal, I. (2002). Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do colo do útero: Estudo exploratório numa amostra de utentes do centro de saúde de Peniche. *Psicologia, Saúde & Doenças, 3* (1), 103-112.
- Partin, M., Noorbaloochi, S., Grill, J., Burgess, D., Van Ryn, M., Fisher, D., Griffin, J., Powell, A., Halek, K., Bangerter, A. e Vernon, S. (2010). The interrelationships between and contributions of background, cognitive, and environmental factors to colo-rectal cancer, screening adherence. *Cancer Causes Control, 21*, 1357-1368.
- Rawl, S., Champion, V., Menon, U., and Foster, J. (2000). The Impact of Age and Race on Mammography Practices. *Health Care for Women International, 21*, 583–597
- Rodriguez-Rosero, J., Ferriani, M. e Coleta, M. (2002). Escala de Locus de Controle da Saúde – MHLC: Estudos de Avaliação. *Revista Latino em Enfermagem, 10* (2), 179-184.
- Ruiz-Bueno, J. (2000). Locus of control, perceived control and learned helplessness. Em Rico Hill, V. (Edt), *Handbook of stress, coping and health: implication for nursing research, theory and practice* (461-482). Sage Publications.
- Subramanian, S., Klosterman, M., Amonkar, M. e Hunt, T. (2004). Adherence with colo-rectal cancer screening guidelines:a review. *Preventive Medicine, 38*, 536-550.
- Sun, W.Y., Basch, C.E., Wolf, R.L. e Li, X.J. (2004) Factors associated with colo-rectal cancer screening among Chinese-Americans. *Preventive Medicine, 39* (2), 323–329.
- Tessaro, I., Mangone, C., Parkar, I. e Pawar, V. (2006). Knowledge, barriers, and predictors of colo-rectal cancer screening in an Appalachian church population. *Preventing Chronic Disease, 3* (4), 1-11.
- Wallston, B.S. e Wallston, K.A. (1978). Locus of control and health: review of literature. *Health Education Monographs, 6*, 107-117.

Wang, C., Miller, S., Egleston, B., Hay, J. e Weinberg, D. (2010). Beliefs about the causes of breast and colo-rectal cancer among women in the general population. *Cancer Causes Control*, 21, 99-107.

ANEXOS

Anexo A – Artigo Teórico



ISPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

2º CICLO – MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

ARTIGO TÉORICO

**MODELO DE CRENÇAS DE SAÚDE E O LOCUS DE
CONTROLO DA SAÚDE FACE AO RASTREIO DO
CANCRO COLO-RECTAL**

Orientador - *Professora Doutora Ana Rosa Tapadinhas*

Discente - *Ana Sofia Soares Dias Nunes, nº14486*

Lisboa

2012

RESUMO

O presente artigo insere-se na temática da prevenção secundária do cancro colo-rectal (CCR), e visa identificar e caracterizar as variáveis que influenciam a adesão ao seu rastreio, visto que a adesão aos exames de rastreio permite detetar precocemente a doença, aumentando assim a sua probabilidade de estabilização da doença. De acordo com a literatura, a adesão ou não a um exame de rastreio é frequentemente determinada pela recomendação médica, características sócio-demográficas e história familiar de cancro. No que se refere especificamente aos fatores psicológicos, as crenças de saúde desempenham um papel fundamental no estudo de comportamentos preventivos. O Modelo de Crenças de Saúde assenta num conjunto de crenças básicas, que permitem predizer as razões que levam o indivíduo a tomar uma ação com vista a prevenir, rastrear ou controlar determinada doença. O Locus de Controlo da Saúde também constitui um fator relevante na adesão a rastreios.

Palavras-chave: Cancro Colo-rectal, Rastreio, Crenças de Saúde, Locus de Controlo de Saúde.

ABSTRACT

The following article falls under the subject of secondary prevention of colorectal cancer (CCR), and seeks to identify and describe the variables associated with adherence to colorectal cancer screening. The adherence to screening tests allows the early detection of the cancer and therefore increases the odds of disease stabilization. Evidence suggests that rates of colorectal cancer screening are associated with physician recommendation, socio-demographics characteristics and family history of CCR. Regarding the psychological factors, health beliefs play a key role in studying preventive behaviors. The Health Belief Model is based on a set of basic beliefs, which allow us to predict the reasons behind the decision making process of an individual who aims to prevent, screen or control a certain disease. The Health Locus of Control is also an important factor in adherence to screening.

Key Words: Colorectal Cancer, Screening, Health Beliefs, Health Locus of Control

INTRODUÇÃO E EPIDEMIOLOGIA

O cancro é atualmente a segunda causa de morte no mundo ocidental, sobretudo nos países desenvolvidos e segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) mais de 16 milhões de casos serão verificados até 2020 (Recco, Luiz & Pinto, 2005). Na União Europeia, o cancro colo-rectal (CCR) é o tumor maligno mais frequente, pelo que, na Europa, cerca de 4% dos homens e 3% das mulheres, desenvolverão este tipo de cancro até aos 75 anos. Assim, de acordo com a Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED), o CCR representa, aproximadamente, 15% dos tumores malignos diagnosticados anualmente em Portugal (o que corresponde a 5543 casos diagnosticados em 2005).

Existem vários grupos populacionais que podem estar predispostos a desenvolver CCR. O grupo maior, de risco médio, é constituído por indivíduos sem fator de risco evidente para o CCR, pelo que para este grupo importa ter em conta os fatores alimentares. O segundo grupo, de risco elevado, inclui indivíduos com história pessoal de doença inflamatória no intestino, história pessoal ou familiar de cancro colo-rectal ou pólipos adenomatosos. O último grupo, de risco muito elevado, abrange sujeitos com predisposição genética, como polipose hereditária (Delgado, Khayat & Taieb, 2006).

Neste sentido, a idade e a alimentação também constituem fatores de risco no desenvolvimento do CCR. A idade média dos sujeitos com CCR é aproximadamente 67 anos, sendo que a taxa de incidência aumenta de 1,59% por 1,000 indivíduos, aos 65-69 de idade, para 3,87% por 1,000 indivíduos com mais de 84 anos. Quanto à alimentação, os estudos epidemiológicos verificaram que o consumo excessivo de alimentos calóricos, e a ingestão elevada de carne e gordura, está associado ao surgimento do CCR. Por seu lado, a ingestão de frutas, vegetais e fibras, constituem um fator protetor (Delgado et al., 2006).

Deste modo, torna-se particularmente importante o desenvolvimento de atividades ao nível da prevenção do cancro, nomeadamente ações de informação sobre o rastreio do CCR, com o intuito de promover a sua adesão. Para a Psicologia a eficácia destas ações preventivas passa também pelo estudo e compreensão dos fatores cognitivos, comportamentais, de influência social, entre outros, que influenciam a adesão dos sujeitos

REVISÃO DE LITERATURA

O rastreio oncológico refere-se ao processo pelo qual um grande número de pessoas de uma determinada população é submetido a um ou mais exames desenvolvidos para detetar um

cancro oculto (Sloan, 2006). A razão principal para a deteção de uma doença pré-clínica é iniciar o tratamento numa fase precoce no desenvolvimento natural do cancro. Deste modo, o rastreio periódico pode levar à deteção precoce do cancro, num estágio curável ou à remoção completa de lesões pré-cancerosas como pólipos adenomatosos, sendo que o exame de rastreio depende da condição do sujeito (Delgado et al., 2006).

Em Portugal para o rastreio do cancro colo-rectal, no Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas, 2007-2010, está instituído que se deverá realizar o exame Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes (PSOF) em homens e mulheres dos 50 aos 74 anos. Naqueles que apresentam risco traduzido por familiares de 1º grau atingidos, o rastreio deverá iniciar-se aos 40 anos ou dez anos antes da idade de diagnóstico no familiar mais novo (World Gastroenterological Organisation, 2007).

Um resultado positivo implica a realização de uma Colonoscopia (exame endoscópico que permite observar internamente o recto e todo o cólon - direito e esquerdo). A recomendação de um exame de rastreio pelo médico é determinada por diversos fatores, nomeadamente a idade, a história clínica, a saúde e bem-estar geral, a história familiar, o estilo de vida, entre outros. Desta forma, para além do PSOF e da Colonoscopia também é utilizado na deteção do CCR: a Sigmoidoscopia (exame endoscópico que permite visualizar as paredes interiores do recto e a parte baixa do cólon) ou o Clister Opaco de Duplo Contraste, sendo que este último apresenta uma sensibilidade baixa. É de salientar, que o cancro colo-rectal precoce não produz sintomas, sendo que a maioria dos sintomas são frequentemente pouco específicos, logo os esforços para a sua deteção por meio de rastreio são de extrema importância. (Portal de Oncologia Português, 2011).

A perspetiva psicológica sobre os rastreios aponta para o facto de estes não serem neutros, na medida em que podem ter consequências psicológicas para quem os realiza, nomeadamente stresse, preocupação, necessidade de mudança de comportamentos, vergonha, entre outros, e podem levar ao surgimento de atitudes sociais positivas e negativas. Importa ter em consideração que existem diferentes métodos de rastreio oncológico (exames imagiológicos, testes genéticos e exames endoscópicos), aos quais podem associar-se implicações psicológicas distintas. Desta forma, podem ser identificadas inúmeras fontes de ansiedade associadas ao rastreio, como por exemplo: receber a recomendação para realizar o rastreio; receber o resultado do exame; ter que realizar outros exames médicos complementares; ser censurado ou mesmo culpabilizado por não aderir, entre outros. (Teixeira, 2002).

Neste sentido, a intervenção psicológica na prevenção do cancro inclui duas áreas principais – participação em projetos de prevenção primária do cancro e projetos que visam a melhoria da adesão aos rastreios oncológicos. São inúmeras as definições na literatura sobre o conceito de adesão, mas a mais comum é de Haynes et al. (2005) que a definiram da seguinte forma: “até que ponto os pacientes seguem as instruções dadas para os tratamentos prescritos”. Para além desta definição geral de adesão, são referidos na literatura dois termos que designam adesão, mas apresentam significados e implicações distintas. *Compliance* (submissão), que remete para um certo tom paternalista, e refere-se a pacientes que seguem rigorosamente as recomendações dos profissionais de saúde. Este termo sugere ainda, que a culpa é do sujeito, quando os seus comportamentos não vão ao encontro das indicações dos profissionais de saúde (Bissell et al., 2004). Com o propósito de modificar o tom de culpa associado ao termo *compliance*, a OMS introduziu o termo *Adherence* (adesão), que se baseia no pressuposto que a adesão implica que o indivíduo esteja de acordo com as recomendações prescritas, em vez de obedecer de forma passiva às mesmas (Bissonnette, 2008).

Posto isto, a literatura evidencia duas formas de categorizar a adesão, a primeira utiliza medidas globais de adesão, sendo esta mencionada como “boa” ou “fraca” (e.g. Jacobson et al., 1990, Kovacs, Goldston, Obrosky & Iyengar, 1992, citado em Manne, 1998). A segunda, define a adesão como um contínuo e emprega uma mensuração multifatorial na forma como o sujeito lida com esses comportamentos. No que diz respeito aos fatores determinantes da adesão, estes podem ser agrupados nas seguintes categorias (Dunbar-Jacob, Burke & Puczynski, 1995): características do indivíduo; características do tratamento; características dos profissionais de saúde.

Nas características do indivíduo, encontram-se associados múltiplos fatores, sendo que os menos relevantes correspondem às características demográficas. A idade, com exceção da adolescência, género e estado civil, não têm sido consistentemente relacionados com a adesão. Os traços de personalidade também não se correlacionam com a adesão. Por sua vez, o suporte social tem um impacto positivo na adesão, visto que estudos demonstram que aqueles que vivem sozinhos ou sem familiares que se preocupam com a sua saúde, estão em maior risco de não aderir à prescrição clínica. As crenças dos indivíduos estão igualmente relacionadas com a adesão, nomeadamente na predição de rastreios regulares, uma vez que se o sujeito perceber a sua elevada susceptibilidade à doença, percepcionando a mesma como uma grave ameaça para a saúde, tende a considerar altos os benefícios dum rastreio e a reconhecer que os custos são relativamente baixos (Ogden, 2000). A autoeficácia também tem sido associada à adesão, pelo que esta será baixa se o sujeito duvidar das suas capacidades no

cumprimento do tratamento recomendado. Por exemplo, a maioria dos fumadores sabem que fumar é prejudicial para a saúde, e que deixar de fumar será benéfico. No entanto, muitos fumadores acreditam que não capazes de deixar de fumar, e como tal não tentam fazê-lo (Banyard, 1996). O locus de controlo também exerce influência na adesão a tratamentos ou a rastreios. Por *locus* de controlo entende-se a perceção de controlo que o indivíduo tem sobre determinada situação, sendo que este pode ser interno (sujeito exerce o controlo) ou externo (é exercido por outros – família, amigos ou depende do acaso, sorte) (Ruiz-Bueno, 2000).

No que concerne às características do tratamento, estas exercem uma forte influência na adesão, principalmente a complexidade do tratamento a seguir (Haynes, 1976, citado em Dunbar-Jacob et al., 1995). Inúmeras dimensões do regime são críticas. Primeiro, o número de vezes que o regime precisa de ser seguido ao longo do dia, sendo que quanto mais frequente o regime for, maiores as probabilidades de episódios de não adesão. Em semelhança, quanto maior for a quantidade de regimes médicos a seguir – por exemplo, dieta mais medicação, mais facilmente se verifica uma baixa adesão. A duração do tratamento também surge como um fator a considerar, pois a adesão tende a diminuir ao longo do tempo (Lacobson et al., 1987 e McCann et al., 1987, citado em Dunbar-Jacob, et al., 1995). Os efeitos secundários do tratamento também constituem um fator relevante, pelo que um tratamento com efeitos secundários desagradáveis, que diminuem a qualidade de vida do sujeito, está associado a uma baixa adesão (Banyard, 1996).

Quanto às características dos profissionais de saúde, estas são de extrema importância na promoção da adesão. O estilo de comunicação e as suas atitudes em relação ao paciente são fatores chave. Um técnico de saúde que demonstra uma comunicação calorosa, que aborda as preocupações do sujeito e que dá instruções claras e específicas sobre o tratamento, tem maiores níveis de adesão entre os seus pacientes (Manne, 1998). Deste modo, tendo por base vários programas de formação para técnicos de saúde, Sarafino (1994, citado em Banyard, 1996), resume os aspetos essenciais para uma comunicação eficaz: a) dar instruções verbais o mais simples possível; b) dar instruções específicas, em vez de gerais; c) transformar programas de tratamento complexos em series de programas mais pequenos; d) enfatizar os aspetos chave da informação transmitida; e) fornecer instruções escritas simples e f) dar oportunidade ao sujeito em repetir por palavras suas as instruções transmitidas. É de referir que os aspetos associados aos Serviços de Saúde, também influenciam a adesão, nomeadamente o tempo de espera, a acessibilidade, os custos dos serviços prestados, entre outros.

No que diz respeito à adesão a rastreios oncológicos, esta é fortemente determinada por perceções subjetivas sobre o cancro e o seu controlo, incluindo crenças em relação às suas consequências e tratamento, perceções dos exames de rastreio e crenças sobre o risco pessoal de vir a ter cancro. A adesão a rastreios é também determinada pelos estados de ansiedade e stresse, associados ao cancro e a sua deteção. (Cameron, 1997).

Desta forma, as crenças estão fortemente associadas aos comportamentos de adesão, pelo que a adesão ou não a um exame de rastreio é frequentemente determinada pelas crenças de saúde de cada indivíduo. Rosenstock (1960, citado em Ogden, 2004) foi o primeiro autor a centrar-se nesta temática, tendo desenvolvido o Modelo de Crenças de Saúde, sendo posteriormente desenvolvido por Becker e colaboradores ao longo dos anos 70 e 80. Os primeiros estudos sugeriram que as crenças de saúde estavam relacionadas com os comportamentos e podem ser utilizadas para diferenciar entre aqueles que adotavam e aqueles que não adotavam os comportamentos (Sheeran & Abraham, 1996). Este modelo foi inicialmente aplicado a comportamentos preventivos, mas acabou por também ser utilizado na identificação das correlações entre o uso dos serviços de saúde e a adesão aos regimes médicos.

Champion e Skinner (2008), referem como a primeira investigação nesta área, o estudo efetuado por Hochbaum (1958), no qual estudou as perceções sobre a vulnerabilidade à tuberculose, bem como as crenças em relação aos benefícios na deteção precoce. Nos indivíduos com crenças de vulnerabilidade face à tuberculose e dos benefícios globais provenientes da deteção precoce, 82% fizeram voluntariamente pelo menos um raio-X. No grupo em que não foram verificadas nenhuma destas crenças, apenas 21% realizou raio-X de forma voluntária durante o período crítico.

Este modelo assenta num conjunto de crenças básicas, que permitem prever as razões que levam o indivíduo a tomar uma ação com vista a prevenir, rastrear ou controlar determinada doença. As crenças básicas iniciais são efetivamente as perceções individuais sobre (Champion & Skinner, 2008):

- *Vulnerabilidade* - refere-se às crenças relacionadas com a probabilidade de contrair uma doença. Por exemplo, uma mulher precisa de acreditar na possibilidade de contrair cancro da mama, antes de considerar a realização de uma mamografia;
- *Gravidade* – sentimentos acerca da gravidade de contrair uma doença ou do seu não tratamento, as quais incluem as possíveis consequências médicas e

clínicas (morte ou dor) e as consequências sociais (efeitos nas condições de trabalho ou na vida familiar). A combinação da vulnerabilidade e gravidade tem sido classificada como a percepção de *ameaça*;

- *Benefícios* ganhos na realização de um comportamento – Por exemplo, “deixar de fumar vai poupar-me muito dinheiro”;
- *Obstáculos* – referem-se aos possíveis aspetos negativos de um determinado comportamento de saúde – os obstáculos percebidos podem atuar como uma barreira na aceitação de comportamentos recomendados. Por exemplo, “Deixar de fumar pode ser benéfico, mas será desagradável”;
- *Pistas de ação* – Estas podem ser internas (por exemplo, o sintoma de falta de ar) ou externas (por exemplo, folheto de educação para a saúde);
- *Autoeficácia* (mais recente) – esta foi definida por Bandura (1997), como a convicção de que indivíduo pode executar com sucesso o comportamento pretendido para alcançar os resultados desejados. Em 1988, Rosenstock, Strecher, e Becker adicionaram a autoeficácia a este modelo, como um construto separado.
- *Outras variáveis* – diversas variáveis demográficas e psicossociais podem influenciar percepções, e portanto, influenciar indiretamente comportamentos de saúde. Por exemplo, fatores sócio-demográficos, particularmente o nível de escolaridade, são considerados com um efeito indireto do comportamento ao influenciar a percepção de susceptibilidade, gravidade, benefícios e obstáculos.

Desta forma, se os indivíduos se perceberem como vulneráveis a uma doença, acreditarem que essa doença terá possíveis consequências graves, acreditarem que uma determinada ação será benéfica na redução, quer da sua vulnerabilidade ou gravidade da doença, e acreditarem que a antecipação dos benefícios provenientes de uma ação, sobrepõem-se aos obstáculos (ou custos) da ação, mais facilmente irão agir de acordo com a crença que o seu comportamento irá diminuir os riscos. O modelo pode ser esquematizado da seguinte forma:

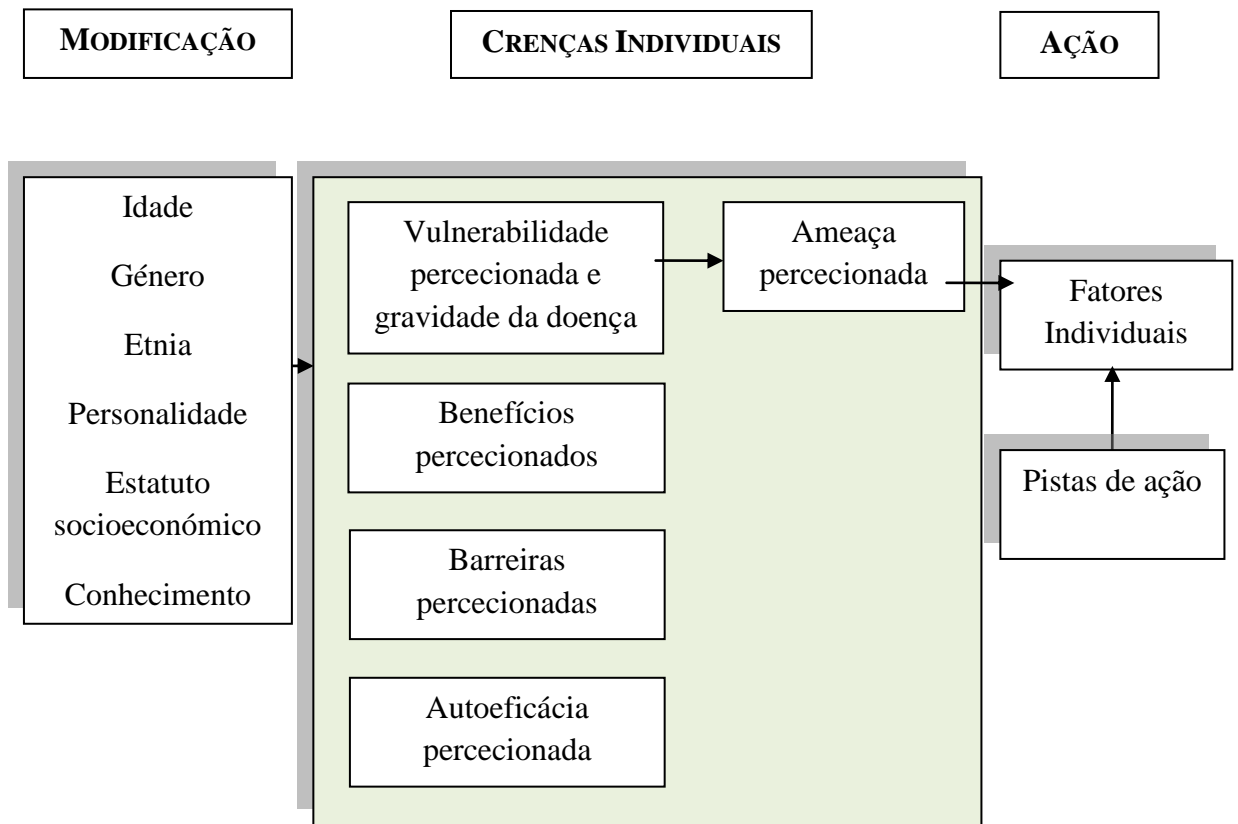


Figura 1. Modelo Crenças de Saúde (Champion & Skinner, 2008)

Face ao exposto, segundo o Modelo de Crenças de Saúde, um indivíduo irá aderir a um exame de rastreio se se perceber como sendo vulnerável ao cancro colo-rectal, perceber elevados benefícios do exame na diminuição da ameaça e do impacto do CCR e perceber os obstáculos à realização do exame como sendo sensivelmente baixos. Neste âmbito, Rawl, Champion, Menon e Foster (2000) usaram *focus groups* para identificar os benefícios e obstáculos específicos no rastreio do cancro colo-rectal. Os benefícios encontrados pelos participantes eram semelhantes aos encontrados no rastreio do cancro da mama, pelo que incluíam o diagnóstico precoce do cancro, a diminuição da probabilidade de morrer de cancro, diminuição de preocupação e a garantia de não ter cancro. Quanto aos obstáculos identificados, estes incluem a falta de conhecimento, a inconsistências nas recomendações dos técnicos de saúde, e o embaraço associado aos testes.

É de referir, que o Modelo de Crenças de Saúde tem sido alvo de críticas, visto que estudos revelaram descobertas contraditórias, nomeadamente Janz e Becker (1974, citado em

Ogden, 2000), que verificaram que as intenções de ter comportamentos de saúde, encontram-se associadas à percepção de pouca gravidade – e não com alta, como seria esperado – e inúmeros estudos sugeriram uma associação entre baixa vulnerabilidade (e não alta) e os comportamentos de saúde (Becker et al., 1975; Langlie, 1977, citado em Ogden, 2000). Para além destes resultados contraditórios, o modelo também falha devido a outras insuficiências, na medida em que tem como foco o processamento racional de informação, o qual pode não se verificar para todos os comportamentos, enfatiza o individual, não contemplando a influência dos fatores sociais, não tem em consideração os fatores emocionais como o medo ou a negação, entre outros (Ogden, 2000). Apesar de a literatura apontar todas estas críticas, é possível afirmar que os componentes deste modelo permitem prever o rastreio de doenças crónicas, a cessação do tabagismo, a alteração na alimentação, entre outros.

Para além do interesse da Psicologia nas crenças que influenciam os comportamentos de saúde, muita atenção tem sido focalizada nas percepções de controlo sobre a saúde. Em geral, controlo diz respeito à percepção que o sujeito tem acerca da sua capacidade para modificar determinada situação, resposta ou resultado relacionado com um estímulo ou todos em conjunto (Ruiz-Bueno, 2000). O conceito *locus* de controlo da saúde foi inicialmente desenvolvido por Rotter (1954, citado em Norman & Bennett, 1996), ao nível da teoria de aprendizagem social. Esta teoria tem como princípio, que a probabilidade de um comportamento ocorrer numa determinada ocasião, depende por um lado da expectativa do indivíduo quanto ao comportamento resultar num reforço específico, e por outro lado da extensão pela qual o reforço é valorizado. Deste modo, o autor propôs a operacionalização desta teoria tanto a um nível específico como geral, pelo que para além de crenças sobre situações particulares, os indivíduos também possuem expectativas generalizadas que atravessam inúmeras situações. A partir desta perspetiva, a noção de *locus* de controlo foi introduzida, como uma expectativa generalizada sobre uma relação percecionada entre as ações do indivíduo e os resultados experienciados (Rotter, 1954, citado em Norman & Bennett, 1996).

Seguindo esta linha de pensamento, surge a distinção entre *locus* de controlo *interno* e *externo*, sendo que no primeiro o indivíduo acredita que os acontecimentos são consequência das suas próprias ações, e por isso estão sob o seu controlo pessoal, enquanto que no externo, os acontecimentos são percecionados como não tendo relação com as ações do sujeito, e assim são determinados por fatores que ultrapassam o seu controlo (fatores externos ao indivíduo – pessoas, entidades, destino). Com base nestes princípios, Rotter (1954, citado em Norman & Bennett, 1996) construiu uma escala, que fornece um *score* que permite identificar

a tendência interna ou externa do indivíduo na percepção de controlo. As primeiras investigações na área específica da saúde, para verificar a relação do *locus* de controlo com diversos comportamentos relacionados com a prevenção, o tratamento (e.g. adesão a regimes médicos) e o controlo de inúmeras doenças (e.g. diabetes, obesidade, cancro, doenças cardíacas) e disfunções, foram elaboradas em escalas específicas, para medida do *locus* de controlo, que foram posteriormente desenvolvidas, uma unidimensional e outra multidimensional (Wallston & Wallston, 1978).

A escala multidimensional do *locus* de controlo da saúde foi desenvolvida por Wallston e Wallston (1978), e desde aí tornou-se a medida de *locus* de controlo mais popular na investigação de comportamentos de saúde. Esta escala acrescenta uma dimensão em relação à escala anterior, sendo que esta faz parte do controlo externo, denomina-se externo-acaso e refere-se à percepção de que a saúde depende do acaso, sorte ou destino. Deste modo, a escala multidimensional é composta pelo *locus* de controlo da saúde: interno (percepção de que o sujeito controla e é responsável pela sua saúde), externo – outros poderosos (percepção que a sua família, amigos ou profissionais de saúde detêm o controlo da sua saúde) e externo-acaso (Rodriguez-Rosero, Ferriani & Coleta, 2002).

Estudos realizados no âmbito do autoexame da mama revelaram que as mulheres que praticavam o autoexame da mama pelo menos três vezes durante um ano, tinham um *locus* de controlo da saúde mais elevado (Redeker, 1989, citado em Norman & Bennett, 1996). No entanto, outros estudos realizados neste âmbito e noutras áreas como por exemplo o alcoolismo, a prática de exercício, a cessação tabágica, entre outros, demonstraram resultados contraditórios. Quanto a investigações na área da adesão a rastreios, estudos realizados em inúmeros países têm evidenciado a importância do *locus* de controlo de saúde como uma das variáveis preditoras da adesão das mulheres ao rastreio (McCaul, 1996; Bundek & col., 1993). Contudo, alguns estudos não encontraram qualquer relação entre o *locus* de controlo de saúde e a adesão a rastreios.

No que concerne ao rastreio do cancro colo-rectal, estudos realizados neste âmbito, em Portugal são bastante escassos. Por seu lado em países como os Estados Unidos e a Inglaterra são inúmeros os estudos realizados nesta área. Num estudo realizado com Americanos Coreanos, verificou-se que um dos principais fatores responsáveis pela adesão ao rastreio do cancro colo-rectal, era a recomendação médica (Jo, Maxwell, Wong & Bastani, 2008). Neste estudo, os autores constataram ainda que os obstáculos mais referidos face ao rastreio do CCR eram a inexistência de um seguro de saúde, impossibilidade de pagar os exames, falta de acesso aos serviços de saúde e a barreira linguística. Estes resultados têm sido consistentes em

inúmeros estudos realizados não só com americanos coreanos, mas com outras populações (James, Greine, Ellerbeck, Feng & Ahluwalia, 2006, Menees et al., 2010, Partin et al, 2010). Coutinho (2001), no seu estudo sobre os comportamentos de adesão ao rastreio do cancro da próstata, também verificou que a adesão ao exame encontra-se associada à recomendação médica.

Fatores como o estatuto socioeconómico (McCaffrey et al, 2002, Wardle et al. 2008), a etnia (Pollack , Blackman, Wilson, Seeff & Nadel, 2006, Meissner Breen, Klabunde & Vernon , 2006, Jerant et al, 2008), a idade e género (Subramanian et al, 2004, Tessaro, Mangone, Parkar & Pawar, 2006, Weller et al, 2007, Partin et al., 2010, Brennenstuhl, Fuller-Thomson & Popova, 2010) também são apontados pela literatura como exercendo uma forte influência na adesão. A título de exemplo sobre o fator etnia, tanto Pollack (2006) e Meissner (2006), verificaram que hispânicos aderem menos aos exames do rastreio do CCR do que os indivíduos não hispânicos. Patrão (2002) no seu estudo sobre os comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do colo do útero, também constatou que mulheres mais velhas, e que frequentam regularmente o seu médico, apresentavam um comportamento de adesão elevado. Nesta sequência, Taskila et al (2009) verificaram que cerca de 60% dos indivíduos que reportaram sintomas eram do sexo feminino, aspeto que sustenta a sua atitude mais favorável em relação ao rastreio do cancro colo-rectal, do que os homens. O nível de escolaridade também se relaciona positivamente com a adesão a rastreio, pelo quanto maior o nível de escolaridade, maior a adesão (Jacobs, 2002, Pollack et al., 2006, Meissner et al., 2006, Brennenstuhl, Fuller-Thomson & Popova, 2010).

Uma história familiar de CCR é um dos fatores de risco mais importantes desta doença. O nível de risco depende do número de familiares afetados e da idade aquando é realizado o diagnóstico. (Rees, Martin & Macrae, 2008). Estudos nesta área constataram que indivíduos que têm ou já tiveram parentes com cancro, revelam uma maior adesão a rastreios oncológicos (Karayurt & Dramali, 2007, Wang, Miller, Egleston, Hay & Weinberg, 2010). Codori, Petersen, Miglioretti e Boyd (2001), observaram também que o facto de ser mais velho e homem, bem como ter seguro de saúde, médico de família e história familiar de cancro colo-rectal, aumentava as probabilidades de adesão a um exame complementar de diagnóstico anterior.

Wang et al. (2010), levaram a cabo um estudo com mulheres da população geral americana, com o intuito de descrever os fatores de risco do cancro colo-rectal e do cancro da mama. Os resultados revelaram que à semelhança com o cancro da mama, uma percentagem considerável de mulheres indicaram a mudança no sistema imunitário (59.2%) e a poluição no

ambiente (40.3%) como causas do CCR. A maioria também concordou que comportamentos pessoais como a dieta (69.7%), fumar (50.8%), falta de exercício físico (44.3%) e consumo de álcool (40.8%), desempenhavam um papel no surgimento do CCR.

Quanto aos fatores psicossociais, o embaraço, o medo de contrair cancro e a falta de informação podem influenciar negativamente a adesão ao rastreio (Subramanian et al, 2004). Nesta sequência, no que se refere especificamente aos fatores psicológicos, as crenças de saúde desempenham um papel fundamental no estudo de comportamentos preventivos. Deste modo, inúmeros estudos recorrem ao Modelo de Crenças de Saúde para a compreensão dos comportamentos de adesão a rastreios oncológicos. Jacobs (2002), realizou um estudo que tinha como principal objetivo identificar as variáveis associadas à participação em consultas de manutenção de saúde (*Health Maintenance Visits – HMV*) de parentes de primeiro grau de indivíduos diagnosticados com CCR. Os resultados obtidos revelaram que a participação dos familiares em primeiro grau, esta positivamente associado aos *obstáculos* e *gravidade* percecionada. Assim, os indivíduos têm uma maior probabilidade em participar nestas consultas se não percecionarem demasiados obstáculos ao rastreio do CCR e se percecionarem o CCR como uma doença grave. Resultados semelhantes foram verificados por Coutinho (2001), que constatou que somente na dimensão obstáculos se verificam diferenças estaticamente significativas entre o grupo de indivíduos que já realizou o exame de rastreio do cancro da próstata e o grupo que nunca realizou o exame.

Por sua vez, Sun, Basch, Wolf e Li (2004) e Tessaro et al. (2006), verificaram que maiores níveis de *vulnerabilidade*, estavam associados a uma maior adesão ao rastreio do CCR. Neste sentido, Patrão (2002) também constatou que os participantes do grupo de baixa adesão ao rastreio do cancro do colo do útero, percecionavam uma menor vulnerabilidade, bem como, menos preocupação com a saúde e percecionam mais obstáculos. Noutra investigação no âmbito do rastreio do CCR, os resultados revelaram que a dimensão *benefícios* estava positivamente relacionada com a adesão a dois dos exames de rastreio: a sigmoidoscopia e colonoscopia (James, Campbell & Hudson, 2002). Hay, Ford, Klein, Primavera, Buckley, Stein et. al, (2003), constataram que as dimensões *auto-eficácia*, *benefícios* e *obstáculos* influenciavam positivamente adesão ao rastreio CCR, entre mulheres mais velhas e aderentes ao rastreio do cancro da mama (mamografia).

CONCLUSÃO

A partir dos estudos apresentados é possível constatar que os rastreios podem ter consequências psicológicas para quem os realiza, nomeadamente stresse, preocupação,

necessidade de mudança de comportamentos, vergonha, entre outros, e podem levar ao surgimento de atitudes sociais positivas e negativas (Teixeira, 2002).

No que diz respeito à adesão a rastreios oncológicos, esta é fortemente determinada por perceções subjetivas sobre o cancro e o seu controlo, incluindo crenças em relação às suas consequências e tratamento, perceções dos exames de rastreio e crenças sobre o risco pessoal de vir a ter cancro. A adesão a rastreios é também determinada pelos estados de ansiedade e stresse, associados ao cancro e a sua deteção (Cameron, 1997).

De acordo com o Modelo de Crenças de Saúde, um indivíduo irá aderir a um exame de rastreio se se perceber como sendo vulnerável ao cancro colo-rectal, perceber elevados benefícios do exame na diminuição da ameaça e do impacto do CCR e perceber os obstáculos à realização do exame como sendo sensivelmente baixos (Champion & Skinner, 2008).

No que concerne ao rastreio do cancro colo-rectal, um estudo realizado com Americanos Coreanos, verificou que um dos principais fatores responsáveis pela adesão ao rastreio do cancro colo-rectal, é a recomendação médica (Jo, Maxwell, Wong & Bastani, 2008). Para além disso, a presença de um historial familiar de cancro também constitui uma variável importante na adesão, visto que os indivíduos que têm ou já tiveram parentes com cancro, revelam uma maior adesão a rastreios oncológicos (Karayurt & Dramali, 2007, Wang, Miller, Egleston, Hay & Weinberg, 2010).

Quanto aos fatores psicossociais, o embaraço, o medo de contrair cancro e a falta de informação podem influenciar negativamente a adesão ao rastreio (Subramanian et al, 2004). No que se refere especificamente aos fatores psicológicos, as crenças de saúde desempenham um papel fundamental no estudo de comportamentos preventivos e como tal inúmeros estudos recorrem ao Modelo de Crenças de Saúde para a compreensão dos comportamentos de adesão a rastreios oncológicos. Neste sentido, verificou-se que maiores níveis de *vulnerabilidade*, estavam associados a uma maior adesão ao rastreio do CCR (Sun, Basch, Wolf & Li, 2004 e Tessaro et al., 2006) e que a dimensão *benefícios* estava positivamente relacionada com a adesão a dois dos exames de rastreio: a sigmoidoscopia e colonoscopia (James, Campbell & Hudson, 2002).

Em Portugal, Coutinho (2001), constatou que somente na dimensão obstáculos se verificavam diferenças estaticamente significativas entre o grupo de indivíduos que já realizou o exame de rastreio do cancro da próstata e o grupo que nunca realizou o exame. Por sua vez, Patrão (2002) concluiu que os participantes do grupo de baixa adesão ao rastreio do cancro do

colo do útero, percecionavam uma menor vulnerabilidade, bem como, menos preocupação com a saúde e percecionam mais obstáculos.

Posto isto, salienta-se a importância da investigação no âmbito da prevenção da doença oncológica, uma vez que a adesão aos exames de rastreio permite detetar precocemente a doença, aumentando assim a sua probabilidade de cura. Deste modo, pretende-se que estudo seja uma mais valia para o Psicólogo, na compreensão dos pressupostos cognitivos e sociocognitivos do comportamento preventivo, que por sua vez irá possibilitar intervenções mais especializadas e eficazes (Teixeira, 2002).

REFERÊNCIAS

- Banyard, P. (1996). *Applying psychology to health*. London: Hodder & Stoughton.
- Bissonnette, J. (2008). Adherence: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 63 (6), 634-643.
- Blackwell, B. (1998). Compliance. Em Fawa, G. e Freyberger, H. (Eds), *Handbook of psychosomatic medicine* (625-638). International Universities Press.
- Brennenstuhl, S., Fuller-Thomson, E. e Popova, S. (2010). Prevalence and factors associated with colo-rectal screening in canadian women. *Journal of Women's Health*, 19 (4), 775-784.
- Bundek, N., Marks, G. e Richardson, J. (1993). Role of health locus of control beliefs in cancer screening of elderly Hispanic women. *Health Psychology*, 12 (3), 193-199.
- Cameron, L.D. (1997). Screening for cancer: illness perceptions and illness worry. Em Petrie, K.J. e Weinmah, J.A. (Eds), *Perceptions of health and illness* (291-322). Harwood Academic Publishers.
- Champion, V. e Skinner, C. (2008). The Health Belief Model. Em Glanz, K., Rimer, B. e Viswanath, K. (Eds), *Health Behaviour and Health Education : Theory , Research and Practice* (45-62). San Francisco: Jossey-Bass.
- Codori, A., Petersen, G., Miglioretti, D. e Boyd, P. (2001). Health beliefs and endoscopic screening for colo-rectal cancer: potencial for cancer prevention. *Preventive Medicine*, 33, 128-136.
- Coutinho, J. (2001). Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro da próstata. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1 (2), 107-115.

- Delgado, M.A., Khayat, D. e Taieb, J. (2006). Câncer do cólon e do reto. Em Pollock, R.E., Doroshow, J.H., Khayat, D., Nakoo, A. e O'Sullivan, B. (Eds), *Manual de oncologia clínica da UICC* (487-504). Fundação Oncocentro de São Paulo.
- Dunbar-Jacob, J., Burke, L.E. e Puczynski, S. (1995). Clinical assessment and management of adherence to medical regimens. Em Nicassio, P. e Smith, T. (Eds), *Managing chronic illness: a biopsychosocial perspective* (313-349). Washington: American Psychological Association.
- Hay, J.L., Ford, J.S., Klein, D., Primavera, L.H., Buckley, T.R., Stein, T.R. et al. (2003). Adherence to colo-rectal cancer screening in mammography- adherent older women. *Journal of Behaviour Medicine*, 26 (6), 553–576.
- Haynes, R.B., Yoa, X., Degani, A., Kripalani, S., Garg, A. e McDonald, H.P. (2005). Interventions to enhance medication adherence (review). *Cochrane Database of Systematic Review*, 4, 1-77.
- James, A.S., Campbell, M.K. e Hudson, M.A. (2002) Perceived barriers and benefits to colon cancer screening among African Americans in North Carolina: how does perception relate to screening behavior?. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 11 (6), 529–534.
- James, T.M., Greiner, K.A., Ellerbeck, E.F., Feng C. e Ahluwalia, J.S. (2006). Disparities in colo-rectal cancer screening: a guideline based analysis of adherence. *Ethnicity Disease*, 16 (1), 228–233.
- Jerant, A., Fenton, J., Franks, P. (2008). Determinants of racial/ethnic colo-rectal cancer screening disparities. *Archives Internal Medicine*, 168, 1317-1324.
- Jacobs, L. (2002). Health beliefs of first-degree relatives of individuals with colo-rectal cancer and participation in health maintenance visits: a population-based survey. *Cancer Nursing*, 25 (4), 251-265.
- Jo, A., Maxwell, A., Wong, W. e Bastani, R. (2008). Colo-rectal cancer screening among undeserved Korean Americans in Los Angeles County. *Journal Immigrant Minority Health*, 10, 119-126.
- Karayurt, O. e Dramali, A. (2007). Adaptation of Champion's Health Belief Model scale for Turkish women and evaluation of selected variables associated with breast self-examination. *Cancer Nursing*, 30 (1), 69-77.
- McCaul, K.D., e Leventhal, H. (1996). Breast câncer worry and screening: some prospective data. *Health Psychology*, 1 (6), 430-433.

- Manne, S. (1998). Treatment adherence and compliance. Em Ammerman, R. e Campo, J. (Eds), *Handbook of pediatric psychology and psychiatric – Volume II: disease, injury and illness*. Boston: Allyn and Bacon.
- Meissner, H.I., Breen, N., Klabunde, C.N. e Vernon, S.W. (2006). Patterns of colo-rectal cancer screening uptake among men and women in the United States. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 15 (2), 389–394.
- Mennees, S., Inadomi, J., Elta, G., Korsnes, S., Punch, M. e Aldrich, L. (2010). Colo-rectal câncer screening compliance and contemplation in gynecology patients. *Journal of Women's Health*, 19 (5), 911- 916.
- Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas. *Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas*, 2007/2010.
- Norman, P. e Bennett, P. (1996). Health locus of control. Em Conner, M. e Norman, P. (Eds), *Predicting health behaviour*. Philadelphia: Open University Press.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde* (2.^a ed.). Lisboa: Climepsi.
- Organização Mundial de Saúde (acedido a 2/01/2011, em www.who.int).
- Patrão, I. e Leal, I. (2002). Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do colo do útero: Estudo exploratório numa amostra de utentes do centro de saúde de Peniche. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3 (1), 103-112.
- Partin, M., Noorbaloochi, S., Grill, J., Burgess, D., Van Ryn, M., Fisher, D., Griffin, J., Powell, A., Halek, K., Bangerter, A. e Vernon, S. (2010). The interrelationships between and contributions of background, cognitive, and environmental factors to colo-rectal cancer, screening adherence. *Cancer Causes Control*, 21, 1357-1368.
- Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas, 2007/2010 (acedido a 2/1/2011, em <http://www.min-saude.pt>).
- Pollack, L.A., Blackman, D.K., Wilson, K.M., Seeff, L.C. e Nadel, M.R. (2006). Colo-rectal cancer test use among Hispanic and non-Hispanic U.S. populations. *Preventing Chronic Disease*, 3 (2).
- Portal de Oncologia Português (acedido a 2/01/2011, em www.pop.eu.com)
- Rawl, S., Champion, V., Menon, U., and Foster, J. (2000). The Impact of Age and Race on Mammography Practices. *Health Care for Women International*, 21, 583–597.
- Recco DC, Luiz CB, Pinto MH (2005). O cuidado prestado ao paciente portador de doença oncológica: na visão de um grupo de enfermeiras de um hospital de grande porte do interior do estado de São Paulo. *Arquivos de Ciência da Saúde* 2:85-90

- Rees, G., Martin, P.R. e Macrae, F.A. (2008) Screening participation in individuals with a family history of colorectal cancer: a review. *European Journal of Cancer Care* 17, 221–232.
- Ruiz-Bueno, J. (2000). Locus of control, perceived control and learned helplessness. Em Rico Hill, V. (Edt), *Handbook of stress, coping and health: implication for nursing research, theory and practice* (461-482). Sage Publications.
- Sheeran, P. e Abraham, C. (1996). The health belief model. Em Conner, M. e Norman, P. (Eds), *Predicting health behaviour*. Philadelphia: Open University Press.
- Sloan, D.A. (2006). Rastreamento e detecção precoce. Em Pollock, R.E., Doroshov, J.H., Khayat, D., Nakoo, A. e O’Sullivan, B. (Eds), *Manual de oncologia clínica da UICC* (139-158). Fundação Oncocentro de São Paulo.
- Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (acedido a 2/01/2011, em www.sped.pt)
- Subramanian, S., Klosterman, M., Amonkar, M. e Hunt, T. (2004). Adherence with colorectal cancer screening guidelines:a review. *Preventive Medicine*, 38, 536-550.
- Sun, W.Y., Basch, C.E., Wolf, R.L. e Li, X.J. (2004) Factors associated with colo-rectal cancer screening among Chinese-Americans. *Preventive Medicine*, 39 (2), 323–329.
- Taskila, T., Wilson, S., Damery, S., Roalfe, A., Redman, V., Ismail, T. e Hobbs, R. (2009). Factors affecting attitudes toward colo-rectal cancer screening in the primary care population. *British Journal of Cancer*, 101, 250-255.
- Teixeira, J.A. (2002). Psicologia da saúde e prevenção do cancro: adesão a rastreios oncológicos. *Psicologia: Teoria, Prática e Investigação*, 7 (2), 193-205.
- Teixeira, J.A. (2004). Uma experiência de formação de médicos de família para a promoção da adesão a rastreios oncológicos. Em Correia, R, Trindade, I. e Teixeira, J.A. (Eds). *IV Conferência Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários*, 39-43.
- Tessaro, I., Mangone, C., Parkar, I. e Pawar, V. (2006). Knowledge, barriers, and predictors of colo-rectal cancer screening in an Appalachian church population. *Preventing Chronic Disease*, 3 (4), 1-11.
- Wallston, B.S. e Wallston, K.A. (1978). Locus of control and health: review of literature. *Health Education Monographs*, 6, 107-117.
- Wang, C., Miller, S., Egleston, B., Hay, J. e Weinberg, D. (2010). Beliefs about the causes of breast and colo-rectal cancer among women in the general population. *Cancer Causes Control*, 21, 99-107.

- Wardle, J. McCaffery, K., Nadel, M. e Atkin, W. (2004). Socioeconomic differences in cancer screening participation: comparing cognitive and psychosocial explanations. *Soc Sci Med*, 59, 249-261.
- Weller, D., Coleman, D., Rbertson, R., Buttler, P., Melia, J., Campell, C., Parker, R., Patnick, J. e Moss, S. (2007). The UK colo-rectal screening pilot: results of the second round of screening in England. *British Journal of Cancer*, 97, 1601-1605.
- World Gastroenterological Organisation. Colo-rectal Cancer screening, 2007 (acedido a 2/1/2011 em <http://www.worldgastroenterology.org>).

Anexo B – Consentimento Informado



ISPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

CONSENTIMENTO INFORMADO

O presente estudo visa descrever e compreender as variáveis relacionadas com a adesão de sujeitos ao rastreio do cancro colo-rectal.

É pedido que responda ao questionário apresentado. Posteriormente, a informação recolhida será analisada estatisticamente. Por isso ao participar neste estudo está a contribuir para o conhecimento científico, o que pode ser usado para ajudar outros com riscos equivalentes.

Importa referir que a sua participação é completamente voluntária. Pode desistir do estudo a qualquer altura, sem que seja penalizado por isso.

Se decidir participar, a sua participação será completamente anónima. Os dados que nos fornecer, serão totalmente confidenciais. Não existe nenhum risco em participar neste estudo.

Se tiver necessidade de mais alguma informação adicional, por favor contacte-nos para os seguintes endereços de email:

14486@ispa.pt (Ana Sofia Nunes, aluna do 2º ano do 2º ciclo Mestrado Integrado em Psicologia Clínica, ISPA)

ana_tapadinha@ispa.pt (Prof. Doutora Ana Rosa Tapadinhas, docente do ISPA, responsável pela investigação)

Muito obrigado pela sua colaboração

Eu, _____ declaro ter sido informado (a) e concordo em participar, como voluntario, do projecto de investigação acima descrito.

_____, _____ de _____ de _____

Anexo C – Questionário sócio-demográfico

1. Idade_____
2. Género:
Masculino
Feminino
3. Estado civil_____
4. Nível de Escolaridade:
1º Ciclo
2º e 3º Ciclo
Secundário
Superior
Outro? Qual_____
5. Situação Profissional
A trabalhar
Desempregado (a)
Reformado (a)
Baixa
6. Profissão_____
7. Distrito onde reside_____

Anexo D – Questionário Clínico/Avaliação de Conhecimentos

1. Tem Médico de Família?

Sim

Não

2. Algum Médico lhe recomendou a realização de um exame de rastreio do cancro Colo-rectal?

Sim

Não

3. Quais dos exames abaixo podem ser utilizados no rastreio do cancro Colo-rectal?

Pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) Sim Não Não sei

Colonoscopia Sim Não Não sei

Clister opaco com duplo contraste Sim Não Não sei

Pansigmoidoscopia flexível (PSF) Sim Não Não sei

Análise ao sangue Sim Não Não sei

4. Já alguma vez realizou um exame de rastreio do cancro Colo-rectal?

Sim Não

Se sim, qual? _____

5. Teve ou tem algum Familiar que sofresse ou sofra de cancro Colo-rectal?

Sim

Não

6. Se **sim**, indique qual o familiar que sofreu ou sofre de cancro Colo-rectal _____

7. Teve ou tem algum Amigo que sofresse ou sofra de cancro Colo-rectal?

Sim

Não

8. Uma pessoa tem maior risco de desenvolver cancro Colo-rectal se:	Sim	Não
a) Tiver 50 ou mais anos de idade.		
b) Consumir uma dieta com grandes proporções de gordura e açúcares simples.		
c) Não praticar exercício físico.		
d) Consumir álcool de forma excessiva.		
e) Fumar.		
f) Sofrer de obesidade.		
g) Consumir mais carnes vermelhas (e.g. vaca) do que carnes brancas (e.g. galinha).		
h) Consumir alimentos ricos em fibras e vitaminas A, C e E.		
i) Tiver familiares com cancro Colo-rectal.		

Anexo E –Escala Crenças de Saúde em relação ao Cancro Colo-rectal

Instruções: Selecione a alternativa com a qual se identifica em cada uma das afirmações apresentadas, de acordo com os seguintes critérios:

1	Discordo Totalmente
2	Discordo Parcialmente
3	Não Tenho a Certeza
4	Concordo Parcialmente
5	Concordo Totalmente

1 – É muito provável que possa vir a ter cancro Colo-rectal no futuro.	1	2	3	4	5
2 – Sinto que vou ter cancro Colo-rectal no futuro.	1	2	3	4	5
3 – Existe uma elevada possibilidade de vir a ter cancro Colo-rectal nos próximos 10 anos.	1	2	3	4	5
4 – As hipóteses de vir a ter cancro Colo-rectal são elevadas.	1	2	3	4	5
5 – Tenho mais probabilidade de vir a ter cancro Colo-rectal, do que a média das pessoas.	1	2	3	4	5
6 – Pensar acerca do cancro Colo-rectal assusta-me.	1	2	3	4	5
7 – Quando penso sobre o cancro Colo-rectal, o meu coração bate mais acelerado.	1	2	3	4	5
8 – Tenho medo de pensar acerca do cancro Colo-rectal.	1	2	3	4	5
9 – Os problemas que pudesse experienciar com o cancro Colo-rectal iriam durar muito tempo.	1	2	3	4	5
10 – O cancro Colo-rectal iria ameaçar a relação com o meu/minha parceiro/a.	1	2	3	4	5
11 – Se tivesse cancro Colo-rectal toda a minha vida se alterava por completo.	1	2	3	4	5
12 – Se desenvolver cancro Colo-rectal, não irei sobreviver mais de que 5 anos.	1	2	3	4	5
13 – Se fizer exames de rastreio regulares para detetar o cancro Colo-rectal, vou sentir-me tranquilo/a.	1	2	3	4	5
14 – Se fizer exames de rastreio regulares para detetar o cancro Colo-rectal, não irei estar tão preocupado/a com o cancro Colo-rectal.	1	2	3	4	5
15 – Fazer exames de rastreio regulares para detetar o cancro Colo-rectal, pode permitir o diagnóstico precoce do cancro.	1	2	3	4	5
16 – Se fizer exames de rastreio regulares para detetar o cancro Colo-rectal, reduzem as hipóteses de poder vir a morrer de cancro Colo-rectal.	1	2	3	4	5
17 – Se fizer exames de rastreio regulares para detetar o cancro Colo-rectal, reduzem as hipóteses de poder precisar de intervenções cirúrgicas radicais ou desfigurantes caso se diagnostique o cancro Colo-rectal.	1	2	3	4	5
18 – Se fizer exames de rastreio regulares para detetar o cancro Colo-rectal, poderá ajudar a identificar sintomas precoces de cancro.	1	2	3	4	5
19 – Sinto-me desconfortável quando falo sobre o cancro Colo-rectal.	1	2	3	4	5
20 – Fazer exames de rastreio regulares para detetar o cancro Colo-rectal, vai-me fazer sentir preocupado/a com o cancro Colo-rectal.	1	2	3	4	5
21 – Os exames de rastreio regulares para detetar o cancro Colo-rectal vão deixar-me desconfortável.	1	2	3	4	5

22 – Os exames de rastreio regulares para detetar o cancro Colo-rectal vão ocupar muito tempo.	1	2	3	4	5
23 – Os exames de rastreio regulares para detetar o cancro Colo-rectal vão ser desagradáveis.	1	2	3	4	5
24 – Fazer exames de rastreio regulares para detetar o cancro Colo-rectal custa muito dinheiro.	1	2	3	4	5
25 – Quero identificar os problemas de saúde precocemente.	1	2	3	4	5
26 – Manter um bom nível de saúde é extremamente importante para mim.	1	2	3	4	5
27 – Procuo informações atualizadas para promover a minha saúde.	1	2	3	4	5
28 – Sinto que é importante desenvolver atividades que promovam a minha saúde.	1	2	3	4	5
29 – Como refeições equilibradas.	1	2	3	4	5
30 – Faço exercício pelo menos três vezes por semana.	1	2	3	4	5
31 – Faço exames médicos regulares mesmo não estando doente.	1	2	3	4	5
32 – Sei como obter exames de rastreio regulares para detetar o cancro Colo-rectal.	1	2	3	4	5
33 – Estou confiante que poderei planear exames de rastreio regulares para detetar o cancro Colo-rectal caso venha a necessitar deles.	1	2	3	4	5
34 – Se desenvolvesse um cancro Colo-rectal, continuaria a realizar exames de rastreio regulares.	1	2	3	4	5
35 – Consigo identificar alterações normais ou anormais no meu funcionamento intestinal.	1	2	3	4	5
36 – Posso ser capaz de identificar precocemente um cancro Colo-rectal se fizer exames de rastreio regulares.	1	2	3	4	5

(Jacobs, 2002; Versão portuguesa de Tapadinhas, A.R. & Nunes, S., 2011)

Anexo F – Escala Multidimensional Locus de Controlo da Saúde

Instrução: as frases que se seguem expressam os que as pessoas pensam e fazem perante questões de saúde. Coloque um círculo num dos números que estão em frente de cada afirmação, dê a sua opinião de acordo com os seguintes critérios:

1	Concordo Totalmente
2	Concordo Parcialmente
3	Não Tenho a Certeza
4	Discordo Parcialmente
5	Discordo Totalmente

Não existem respostas certas ou erradas. O que importa é a sua opinião. Por favor responda a todas as afirmações.

1 – Se estiver doente, a recuperação rápida vai depender do meu comportamento.	1	2	3	4	5
2 – Não importa o que faça; se for para estar doente, que seja realmente doente.	1	2	3	4	5
3 – Para mim, a melhor maneira de prevenir doenças é fazer um controlo regular com um médico.	1	2	3	4	5
4 – Muitas das coisas que afetam a minha saúde acontecem por acaso.	1	2	3	4	5
5 – Todas as vezes que não me sinto bem de saúde, consulto um médico.	1	2	3	4	5
6 – Posso controlar a minha saúde.	1	2	3	4	5
7 – Se estou doente ou saudável, a minha família contribui muito para isso.	1	2	3	4	5
8 - Quando estou doente, normalmente sou eu o culpado.	1	2	3	4	5
9 – A sorte é muito importante para recuperar de uma doença.	1	2	3	4	5
10 – São os médicos que controlam a minha saúde.	1	2	3	4	5
11 – A minha saúde é principalmente uma questão de sorte ou azar.	1	2	3	4	5
12 – O que afeta principalmente a minha saúde, é aquilo que faço.	1	2	3	4	5
13 – Se tiver cuidado comigo, posso evitar doenças.	1	2	3	4	5
14 – Quando curo uma doença, é porque as pessoas cuidaram bem de mim (o meu médico, a/o minha/meu esposa/o, os enfermeiros, os amigos, a família, etc.).	1	2	3	4	5
15 – Não importa o que faça, poderei sempre ficar doente.	1	2	3	4	5
16 – Se dependesse do meu destino, teria saúde.	1	2	3	4	5
17 – Se fizesse as coisas certas, poderia manter-me saudável.	1	2	3	4	5
18 – Para ter saúde, tenho apenas que obedecer ao meu médico.	1	2	3	4	5

(Rosero, Femiani & Coleta, 2002; Versão portuguesa de Tapadinhas, A.R. & Nunes, S., 2011)

Anexo G – Análise Fatorial em Componentes Principais (Tabelas)

Tabela 1: AFCP- Escala Crenças de Saúde (Rotação Varimax)

	<i>Fator 1</i>	<i>Fator 2</i>	<i>Fator 3</i>	<i>Fator 4</i>	<i>Fator 5</i>	<i>Fator 6</i>	<i>Fator 7</i>
Motivação	,787	,144	-,021	,216	,086	,004	,063
29 – Como refeições equilibradas							
28 - Sinto que é importante desenvolver atividades que promovam a minha saúde	,759	,271	-,086	,339	-,030	,138	,086
27 – Procuo informações atualizadas para promover a minha saúde	,749	,208	-,066	,270	,070	,000	,075
26 – Manter um bom nível de saúde é extremamente importante para mim.	,725	,307	-,144	,327	-,098	,163	,062
30 -Faço exercício pelo menos três vezes por semana	,658	-,162	,063	-,013	,136	,031	,013
31 – Faço exames médicos regulares mesmo não estando doente	,614	,129	,068	,277	,141	-,070	-,039
25 – Quero identificar os problemas de saúde precocemente	,604	,402	-,061	,293	-,098	,071	,095
Benefícios	,030	,730	-,084	,220	-,031	-,028	,129
16 - Se fizer exames de rastreio regulares para detectar o cancro Colo-rectal, reduzem as hipótese de poder vir a morrer de cancro Colo-rectal							
14 - Se fizer exames de rastreio regulares para detectar o cancro Colo-rectal, não irei estar tão preocupado/a com o cancro Colo-rectal	,223	,719	,221	-,082	,108	,042	-,086
13 - Se fizer exames de rastreio regulares para detectar o cancro Colo-rectal, vou sentir-me tranquilo/a	,240	,705	,201	-,042	,137	-,105	-,128
15 - Fazer exames de rastreio regulares para detectar o cancro Colo-rectal, pode permitir o diagnóstico precoce do cancro	,219	,699	,011	,172	-,059	-,028	-,021
17 - Se fizer exames de rastreio regulares para detectar o cancro Colo-rectal, reduzem as hipóteses de poder precisar de intervenções cirúrgicas radicais ou desfigurantes caso se diagnostique o cancro Colo-rectal	-,034	,641	-,056	,172	,047	-,066	,196
18 - Se fizer exames de rastreio regulares para detectar o cancro Colo-rectal, poderá ajudar a identificar sintomas precoces de cancro	,255	,529	,056	,426	-,124	,047	,219
Vulnerabilidade	-,056	,064	,863	,016	,053	-,014	,018
3 - Existe uma elevada possibilidade de vir a ter cancro Colo-rectal nos próximos 10 anos							
4 - As hipóteses de vir a ter cancro Colo-rectal são elevadas	-,010	,088	,828	,002	,155	,042	,124
1 - É muito provável que possa vir a ter cancro Colo-rectal no futuro	,109	,060	,750	,061	-,021	-,023	,088
2 - Sinto que vou ter cancro Colo-rectal no futuro	-,122	-,046	,709	-,019	,261	-,041	,039
5 - Tenho mais probabilidade de vir a ter cancro Colo-rectal, do que a média das pessoas	-,030	-,001	,695	,040	,270	,058	,045
Confiança	,281	,065	,058	,754	,037	,038	-,059
33 - Estou confiante que poderei planear exames de rastreio regulares para detectar o cancro Colo-rectal caso venha a necessitar deles							
32 - Sei como obter exames de rastreio regulares para detectar o cancro Colo-rectal	,189	,077	-,001	,697	,172	-,030	-,104
36 - Posso ser capaz de identificar precocemente um cancro Colo-rectal se fizer exames de rastreio regulares	,185	,299	,022	,660	-,054	,013	,007
34 - Se desenvolvesse um cancro Colo-rectal, continuaria a realizar exames de rastreio regulares	,409	,146	,057	,594	,073	,099	,051
35 - Consigo identificar alterações normais ou anormais no meu funcionamento intestinal	,407	,040	,004	,588	,021	,167	-,032
Gravidade – Processamento Cognitivo	,033	,022	,247	,146	,816	,039	,156
7 - Quando penso sobre o cancro Colo-rectal, o meu coração bate mais acelerado							
8 - Tenho medo de pensar acerca do cancro Colo-rectal	-,005	,041	,214	,063	,790	,133	,184
6 - Pensar acerca do cancro Colo-rectal assusta-me	,066	,078	,231	,124	,728	,083	,216
19 - Sinto-me desconfortável quando falo sobre o cancro Colo-rectal	,260	-,046	,080	-,112	,614	,299	,226
Obstáculos	,098	-,030	,031	-,055	,567	,489	,041
20 – Fazer exames de rastreio regulares para detectar o cancro Colo-rectal, vai-me fazer sentir preocupado com o cancro Colo-rectal.							
23 - Os exames de rastreio regulares para detectar o cancro Colo-rectal vão ser desagradáveis	,151	,162	,013	,174	-,046	,735	,026
22 - Os exames de rastreio regulares para detectar o cancro Colo-	-,072	-,077	-,056	,006	,141	,732	,049

	<i>Fator 1</i>	<i>Fator 2</i>	<i>Fator 3</i>	<i>Fator 4</i>	<i>Fator 5</i>	<i>Fator 6</i>	<i>Fator 7</i>
rectal vão ocupar muito tempo							
21 - Os exames de rastreio regulares para detectar o cancro Colo-rectal vão deixar-me desconfortável	,025	-,058	-,013	-,077	,225	,730	,135
24 - Fazer exames de rastreio regulares para detectar o cancro Colo-rectal custa muito dinheiro	,084	-,255	,081	,238	,128	,450	,081
Gravidade – Consequências	-,029	,141	,072	,109	,213	-,133	,731
9 - Os problemas que pudesse experienciar com o cancro Colo-rectal iriam durar muito tempo							
11 - Se tivesse cancro Colo-rectal toda a minha vida se alterava por completo	,102	,117	-,011	-,103	,148	,158	,714
10 - O cancro Colo-rectal iria ameaçar a relação com o meu/minha parceiro/a	,092	-,055	,090	-,069	,126	,083	,675
12 - Se desenvolver cancro Colo-rectal, não irei sobreviver mais de que 5 anos	,015	-,013	,243	-,018	,166	,308	,544
<i>% de variância explicada (61,1%)</i>	21,4	13,9	8,4	5,9	4,2	3,7	3,7

KMO = 0,859

Teste de esfericidade de Bartlett = 4758,8; $p < 0,001$

Escala: 1 (Discordo totalmente) a 5 (Concordo totalmente)

Tabela 2 : AFCP- Escala Multidimensional Locus de Controlo da Saúde (Rotação Varimax)

	<i>Fator 1</i>	<i>Fator 2</i>	<i>Fator 3</i>
Interno	,804	,059	,038
3 - Para mim, a melhor maneira de prevenir doenças é fazer um controlo regular com um médico			
13 - Se tiver cuidado comigo, posso evitar doenças	,716	-,220	,317
1 - Se estiver doente, a recuperação rápida vai depender do meu comportamento	,694	-,193	,357
14 - Quando curo uma doença, é porque as pessoas cuidaram bem de mim (o meu médico, a/o minha/meu esposa/o, os enfermeiros, os amigos, a família, etc)	,618	,402	,083
5 - Todas as vezes que não me sinto bem de saúde, consulto um médico	,535	,292	,014
2 - Não importa o que faça;se for para estar doente, que seja realmente doente	-,473	,417	-,063
Externo Outros Poderosos	,139	,700	,020
10 - São os médicos que controlam a minha saúde			
11 - A minha saúde é principalmente uma questão de sorte ou azar	-,520	,634	,060
4 - Muitas das coisas que afetam a minha saúde acontecem por acaso	,008	,612	-,118
18 - Para ter saúde, tenho apenas que obedecer ao meu médico	,109	,607	,178
16 - Se dependesse do meu destino, teria saúde	-,029	,585	,192
9 - A sorte é muito importante para recuperar de uma doença	-,252	,485	,397
15 - Não importa o que faça, poderei sempre ficar doente	-,054	,449	-,142
Externo Acaso	-,280	,182	,648
8 - Quando estou doente, normalmente sou eu o culpado			
17 - Se fizesse as coisas certas, poderia manter-me saudável	,463	-,017	,625
12 - O que afeta principalmente a minha saúde, é aquilo que faço	,318	-,185	,608
6 - Posso controlar a minha saúde	,361	-,083	,530
7 - Se estou doente ou saudável, a minha família contribui muito para isso	,162	,285	,452
<i>% de variância explicada (48,3%)</i>	22,9	17,5	8,0

KMO = 0,804

Teste de esfericidade de Bartlett = 1422,2; $p < 0,001$

Escala: 1 (Concordo totalmente) a 5 (Discordo totalmente)