



ISPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

A PERCEÇÃO DE RISCO NO CANCRO DA PELE:

UM ESTUDO COM “BANHISTAS” PORTUGUESES

RITA SILVESTRE COSTA

Orientador de Seminário de Dissertação:

Professora Doutora Ana Rosa Tapadinhas

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade 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.

“O sonho é a satisfação que o desejo se realize”

Freud, S.

NOME: Rita Silvestre Costa

NºESTUDANTE:14941

CURSO: Mestrado Integrado em Psicologia

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO: Psicologia Clínica

ANO LECTIVO: 2011/2012

ORIENTADOR: Professora Doutora Ana Rosa Tapadinhas

DATA: 26 de Novembro de 2012

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: *A Perceção de Risco no Cancro da Pele: Um Estudo com “Banhistas” Portugueses.*

RESUMO: O cancro da pele tem aumentado consideravelmente na população Caucasiana e os números em Portugal são um reflexo desse aumento. A literatura refere que a incidência deste tipo de cancro poderia ser menor se os indivíduos tivessem comportamentos de prevenção. As taxas podem diminuir se os cidadãos evitarem exposições prolongadas ao sol e se utilizarem proteção solar.

Pelos poucos estudos encontrados em Portugal, a presente investigação tem como objetivo principal perceber como é que uma amostra de cidadãos portugueses percebe o risco face ao cancro da pele num contexto balnear. Tem ainda como objetivos específicos compreender se existem diferenças na perceção de risco do cancro da pele face às variáveis sociodemográficas e clínicas.

Foi recolhida uma amostra de 318 participantes, que frequentavam a praia, com idades compreendidas entre os 18 e os 74 anos. Utilizaram-se como instrumentos, o Questionário Sócio-Demográfico e a Escala de Perceção de Risco face ao Cancro da Pele.

Verificou-se que a amostra teve uma perceção de risco média. Para o género feminino ($t=5,638$, $p=0,000$), cor de pele ($F=3,214$, $p=0,013$), queimaduras solares ($t=-2,420$, $p=0,016$), frequência do protetor solar ($F=7,270$, $p=0,001$), observação de alterações provocadas pela doença ($t=-2,336$, $p=0,020$), constatou-se um resultado estatisticamente significativo para a perceção de risco e suas dimensões.

Encontrou-se evidência para uma correlação positiva entre a perceção e suas dimensões e o autoexame, *check-up* médico e influência do bronzeador sobre a aparência.

Não se obteve resultados significativos para as variáveis idade, escolaridade e contacto com indivíduos com cancro da pele.

Palavras-chave: Perceção de risco, Cancro da pele, Exposição solar.

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO EM INGLÊS: *Risk Perception in Skin Cancer: A study in Portuguese “sunbathers”*

ABSTRACT: Skin cancer has increased considerably in the Caucasian population and the numbers in Portugal reflect this increase. Scientific literature suggests that the incidence of this type of cancer could be prevented if individuals took preventive behaviors. Effectively, rates may decrease if citizens avoid prolonged exposure to the sun and protect themselves when exposed.

Taken into account the few studies that were found in Portugal within this subject, this research aims to understand how a sample of Portuguese citizens during bathing season perceive the risk of skin cancer. This research also has the goal to understand whether there are differences in the perception of the risk of skin cancer in demographic and clinical variables.

A sample of 318 participants aged between 18 and 74 years old, was collected. Both the Socio-Demographic Questionnaire and the Scale of Perceived Risk of Skin Cancer were used.

The sample had an average risk perception. For females ($t = 5.638, p = 0.000$), skin color ($F = 3.214, p = 0.013$), sunburn ($t = -2.420, p = 0.016$), frequent application of sunscreen ($F = 7.270, p = 0.001$), observation of changes caused by this disease ($t = -2.336, p = 0.020$) showed a statistically significant result for the perception of risk and its dimensions.

Positive correlations were found between perception and its dimensions with self-examination, medical *check-up* and influence of tan in appearance.

No significant results were obtained for the variables age, education and contact with individuals with skin cancer.

Keywords: Risk perception, Skin cancer, Sun exposure.

Índice

Introdução	1
Método	2
Participantes	2
Caracterização da Amostra	3
Material	4
Escala de Perceção de Risco face ao Cancro da Pele	4
Tipo de Estudo	5
Procedimento	5
Resultados	6
Questão de Investigação nº 1.....	7
Questão de Investigação nº 2.....	7
Discussão	11
Conclusão	15
Referências	17
Anexos	20
Anexo A – Artigo Teórico.....	20
Anexo B – Quadro da classificação de Fitzpatrick	40
Anexo C – Consentimento Informado	41
Anexo D- Quadro frequências para variáveis sóciodemográficas.....	42
Anexo E – Quadro frequências para variáveis clínicas	42
Anexo F – Escala de Perceção de Risco face ao Cancro da Pele	43
Anexo G – Questionário Sócio demográfico	46
Anexo H – Esquema das dimensões da Perceção de Risco	49
Anexo I- Quadro Consistência Interna da escala utilizada/ escala original	50
Anexo J – Análise ANOVA One-Way e Correção de Welch para Perceção de risco e idade... ..	51
Anexo K – Análise ANOVA One-Way para Perceção de risco e escolaridade	51
Anexo L- Análise ANOVA One-Way para a Perceção de risco e cor de pele	52
Anexo M – Análise ANOVA One-Way e Teste de Tukey para Perceção de Risco e frequência de protetor solar	52

Anexo N – Análise coeficiente de correlação de Pearson para Percepção de Risco e influência do bronzado	53
Anexo O – Análise t de Student para Percepção de risco e Observação de alterações provocados pelo cancro de pele	53
Anexo P – Análise t de Student para Percepção de risco e Conhecer alguém com cancro da pele	53

Lista de Quadros

Quadro 1. Análise t de Student para Percepção de risco	7
Quadro 2. Análise t de Student para Percepção de risco e género	7
Quadro 3. Teste de Turkey para Percepção de risco e cor de pele	8
Quadro 4. Teste de Turkey para Probabilidade de risco percecionado e cor de pele	9
Quadro 5. Análise t de Student para Percepção de risco e queimadura solar	9
Quadro 6. Análise coeficiente de correlação de Pearson para Percepção de risco e auto-exame pele	10
Quadro 7. Análise coeficiente de correlação de Pearson para Percepção de risco e <i>check-up</i> médico	10

Lista de Figuras

Figura 1. Gráfico dos Escalões etários.....	3
---	---

Introdução

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), ocorrem globalmente cerca de 2 a 3 milhões casos de cancro da pele não-melanoma e 132 mil de melanoma (<http://www.who.int/uv/faq/skincancer/html>) por ano. Em Portugal, estima-se que anualmente surgem cerca de 10.000 novos diagnósticos de cancro da pele não-melanoma e cerca de 1000 casos de melanoma, o cancro da pele mais grave (<http://www.apcancrocutaneo.pt/index.php/>). Os números divulgados são elevados não só para a nossa população, mas inclusive para as taxas europeias (Parente, Gomes, Viana, & Vale, 2012).

O cancro da pele é um dos tipos de cancro frequente em populações caucasianas (Robinson, Joshi, Ortiz, & Kundu, 2011), dividindo-se em duas categorias distintas, sendo estas as mais usuais. A primeira contém os dois tipos de cancro da pele não-melanoma mais comuns, o carcinoma basocelular e o de células escamosas. A segunda categoria de cancro da pele contém o raro e severo melanoma. A sua incidência tem ampliado, apesar dos casos fatais terem vindo a diminuir como resultado da deteção precoce e respetivo tratamento (Cruz, Lima, & Cotter, 2006). O melanoma atinge frequentemente adultos jovens e tal fato torná-lo-á um problema de saúde pública (Dodd & Forshaw, 2012). Desde há muitos anos que a investigação debruçou-se acerca das causas do melanoma e sabe-se que existe um conjunto de fatores desencadeantes (Anexo A).

Considerando o atrás mencionado, constata-se que para as categorias de cancro da pele a maior causa externa é a exposição aos raios ultravioletas (Kasparian, McLoone, & Meiser, 2009). Efetivamente, estima-se que 4 em 5 cancros da pele podem ser prevenidos ao reduzir a exposição solar, especialmente evitando queimaduras e utilizando protetor solar (Hawkes, Hamilton, White, & Young, 2012; Myers & Horswill, 2006).

De fato, existem certas variáveis que são fundamentais para contextualizar esta doença e os seus modos de prevenção. Primeiramente, é importante referir a cor da pele como fator de suscetibilidade (Anexo B) (Chaplin & Jablonski, 2009, citado por Callister, Galtry, & Didham, 2011). Um segundo domínio é o autoexame da pele, sendo que a investigação sugere que a mortalidade poderia ser menor em 63% se a população em geral realizasse o autoexame da pele (Robinson, 2007). Outro fator essencial é o exame clínico da pele realizado por um médico especialista (Kasparian, Butow, Meiser, & Mann, 2008). Inevitavelmente, o protetor solar é um dos fatores com maior peso (Craciun, Shüz, Lippke & Schwarzer, 2010) e na sua utilização pode estar integrado o comportamento de bronzear, o qual é considerado como um fator etiológico no cancro da pele (Sjöberg, Holm, Ullén, & Brandberg, 2004).

Neste contexto, a percepção de risco assume um papel relevante na maioria dos modelos cognitivos de predição de comportamentos de saúde (Brewer, Chapman, Gerrard, McCaul, & Weinstein, 2007; Hay et al., 2011). Constata-se que o risco é um componente envolvido face aos comportamentos de exposição solar (Sjöberg et al., 2004). Ao expôr-se ao sol, protegendo-se ou bronzeando-se, o indivíduo avalia o risco do comportamento adotado em relação ao benefício alcançado (Souza, Fischer, & Souza, 2004).

Segundo Janssen, Osch, Vries, e Lechner (2011), a percepção de risco pode ser medida através da probabilidade de risco percecionado e gravidade do risco percecionado, sendo que estas incluem dimensões absolutas, comparativas, relativas e outras medidas específicas (Anexo A).

Posto isto, e tendo em conta os poucos estudos nesta temática, coloca-se o seguinte problema de investigação: Como é que uma amostra de cidadãos portugueses perceciona o risco face ao cancro da pele num contexto balnear? Mais especificamente as questões de investigação pretendem: analisar a percepção de risco do cancro da pele numa amostra de banhistas portugueses; compreender se existem diferenças na percepção de risco do cancro da pele face às variáveis sociodemográficas e clínicas (género, idade, escolaridade, cor da pele, queimaduras solares, frequência de utilização do protetor solar, autoexame da pele, *check-up* médico, influência do bronzeado na aparência, observação de alterações provocadas pelo cancro da pele e contacto com sujeitos com cancro da pele).

Método

Participantes

O estudo foi constituído por uma amostra não probabilística. Neste tipo de amostragem a probabilidade de um indivíduo pertencer à amostra não é a mesma dos outros indivíduos, o que faz com que os que pertencem à amostra possam ser ou não representativos da população em estudo. Os indivíduos foram selecionados por conveniência, acidentalmente e/ou voluntariado (Shaughnessy, Zechmeister & Zechmeister, 2006).

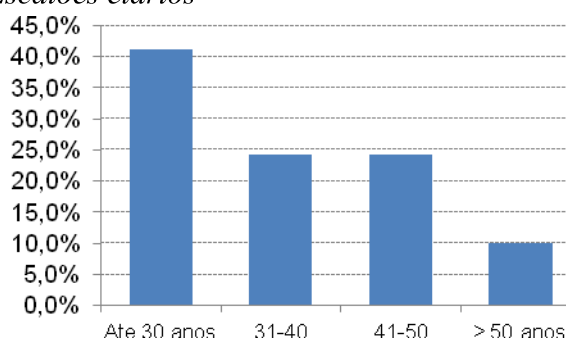
Os pré-requisitos para inserção na amostra incluíam características como idade igual ou superior a 18 anos, caucasiano e banhista (frequentar a praia no momento da investigação). Os questionários foram de autopreenchimento, individuais, confidenciais e anónimos. O Consentimento Informado foi realizado escrito e oralmente e obtido por todos os participantes (ANEXO C).

A recolha da amostra foi realizada entre 25 de julho de 2012 e 30 de agosto de 2012, nas praias do centro e sul do país, sendo que alguns participantes foram obtidos através do modo *snowball* (elementos da amostra recomendam os elementos seguintes) (Maroco & Bispo, 2003).

Caracterização da Amostra.

O presente estudo apresentou uma amostra com 318 participantes, de nacionalidade portuguesa e de diferentes distritos do país. Dos participantes, 64,2% pertenciam ao género feminino e 35,8% ao género masculino, com idades compreendidas entre os 18 e os 74 anos ($M=35,61$; $DP=12,412$).

Figura 1 – Gráfico Escalões etários



Na amostra, 47,8% eram solteiros, 46,5% casados/ união de fato, 5% divorciados e 0,6% viúvos. Face à escolaridade, 47,2% dos inquiridos eram licenciados, seguido de 32,7% com o secundário e 6,9% com o 1,2 e 3º ciclo. Mais ainda, 12,6 % tinham grau de mestre e 0,6% de doutoramento. Dos participantes, 85,2% referiram estar profissionalmente ativos, 11,3% desempregados, 3,1% reformados e 0,3% de baixa (Anexo D).

Quanto à perceção da cor da pele, 37,4% dos participantes consideraram que tem pele clara, 31,1% morena clara, 21,1% morena moderada, 5,3% muito clara, 4,1% morena escura e 0,9% negra. Na amostra inquirida, 87,1% não apresenta alergia ou sensibilidade ao sol.

Relativamente aos comportamentos de proteção solar, especificamente do protetor solar, 63,5% aplicava protetor solar algumas vezes aleatoriamente, 22% apenas uma vez, 13,5% regularmente de 2 em 2 horas e 0,9% não utilizava. No fator de proteção solar, esta amostra utilizava mais frequentemente o fator 30 (41,5%). Dos participantes, 19,2 % utilizavam bronzeador ou outros óleos solares e destes 15,4% aplicavam somente na altura do verão. Face a solários, 1,3% da amostra recorreu aos mesmos. No que remete a queimaduras solares, 62,9% já teve e destas 22% ocorreram na adolescência. Em termos de horário de frequência da

praia/atividade que implique exposição solar, 41,8% frequentava no início da manhã e tarde, 19,5% nas horas de maior calor e tarde e 10,4% todo o dia.

Em relação ao autoexame da pele, 33,3% dos inquiridos declararam nunca ter realizado, bem como 46,5% face ao *check-up* médico da pele (Anexo E). No que concerne à influência do bronzeado na aparência, os respondentes referiram que influenciava muito para 17,6%, moderadamente para 20,1%, neutro para 15,4%, pouco para 39% e apenas 7,9% afirmaram que não influenciava nada.

Na questão acerca do conhecimento de cancro da pele, 99,4% dos inquiridos já tinha ouvido falar deste tipo de cancro e 53,5% já tinha visto alterações provocadas pela doença (Anexo E). Na amostra, 86,5% não teve cancro da pele e não conheceu ninguém próximo (família, amigos, conhecidos) com o diagnóstico e 12,9% não teve mas conheceu alguém próximo.

Material

Foram utilizados dois instrumentos de autorresposta, a *Escala de Perceção de Risco face ao Cancro da Pele (Risk Perception of Skin Cancer)*, Janssen, Osch, Vries, & Lechner, 2011, traduzida por Tapadinhas e Costa, 2012) (Anexo F) e o *Questionário sócio – demográfico*, que reuniu as variáveis sociodemográficas e clínicas relevantes para dar resposta ao tema (Anexo G). Ambos os instrumentos são de fácil administração e compreensão.

Escala de Perceção de Risco face ao Cancro da Pele.

Para se proceder à avaliação da perceção de risco no cancro da pele, utilizou-se a *Risk Perception of Skin Cancer* de Janssen e col. (2011), cuja tradução para português foi realizada por Tapadinhas e Costa (2012), solicitando um tradutor bilingue independente para conferir a tradução e a outro tradutor para realizar a retroversão, tornando-se equivalente ao original (*translation-back-translation process*).

A escala é constituída por duas dimensões, a Probabilidade de risco percecionado, formada por 14 questões e a Gravidade do risco percecionado com 13 questões, ambas dividindo-se em outras sub-dimensões (Anexo H). No total, é composta por 27 itens e apresenta um formato de resposta de tipo Likert, na qual o inquirido seleciona a sua concordância ou discordância numa escala ordinal pontuada de 1 a 5. Os resultados apresentam a perceção individual do risco face ao cancro da pele e as pontuações mais elevadas referem-se a uma maior perceção de risco.

Relativamente à cotação da escala, os itens foram somados de modo a produzir uma nota (Pais-Ribeiro,1999), sendo que os itens 7 e 13 são de cotação inversa. Como a escala não se

encontra aferida e como tal não existem valores normativos, considerou-se no presente estudo, para os efeitos convenientes, nomeadamente a análise da questão de investigação nº 1, o nível 3 da escala de Likert como sendo o valor de referência ou norma.

Quanto às qualidades métricas da escala, recorreu-se à análise da consistência interna das dimensões utilizadas, que foram avaliadas com recurso ao coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach. Os valores encontrados são semelhantes aos apresentados por Janssen e col. (2011) (Anexo I). Os resultados oscilam entre um mínimo de 0,19 (inaceitável) na Probabilidade de risco percecionado na dimensão absoluta, condicional e cognitiva e um máximo de 0,88 (bom) na Probabilidade de risco percecionado na dimensão absoluta e incondicional. O artigo original apresentou para a dimensão Probabilidade de risco percecionado, valores de Alfa de Cronbach a variar entre 0,13 e 0,90 e para a Gravidade do risco percecionado entre 0,37 e 0,88 (Janssen et al., 2011). A referência destes valores segue a categorização de Hill e Hill (2005).

Tipo de Estudo

O estudo apresentado constitui-se de tipo correlacional, descritivo de natureza quantitativa. Procurou explorar as relações que possam existir entre as variáveis e prever o comportamento de determinada variável, expresso por um coeficiente de correlação (Pais-Ribeiro, 2008). Apresenta também um carácter exploratório, pois existem poucos estudos em Portugal sobre esta temática (D'Oliveira, 2007). Deste modo, tem como variáveis principais a perceção de risco sobre o cancro da pele e como variáveis de influência as variáveis sociodemográficas e clínicas.

Procedimento

Foi realizado um levantamento bibliográfico sistematizado de estudos empíricos através de base de dados: EBSCO, SciELO e Web of Knowledge. Na EBSCO selecionaram-se as várias bases: PsycINFO, PsycARTICLES, Psychology and Behavioral Sciences Collection e PEP archive. A pesquisa foi efetuada com as palavras-chave “skin cancer”, “risk perception”, “protective behavior”, “sun exposure”, “sun protection”.

Após seleção dos artigos fez-se uma análise dos instrumentos e escolheu-se o mais pertinente para o estudo em questão. Realizou-se um pré-teste com 25 participantes e consequentemente ajustaram-se os instrumentos. Procedeu-se à recolha da amostra (amostragem por conveniência), sendo esta restrita a sujeitos com idade mínima de 18 anos, de nacionalidade portuguesa, caucasianos, com o critério de estar perante a exposição solar. O contacto com os inquiridos desenvolveu-se entre julho a agosto do presente ano (sendo que alguns dos participantes recomendaram outros indivíduos para o preenchimento do questionário, através do

método *snowball*). A Investigadora contactou diretamente com os participantes, no momento de aplicação do questionário, explicando o estudo, instruções, anonimato e confidencialidade. A aplicação do questionário decorreu na praia e rondava aproximadamente 15/20 minutos. Quando finalizado o preenchimento dos instrumentos, a investigadora ofereceu uma amostra de protetor solar.

Após concluída a constituição da amostra procedeu-se ao tratamento e análise estatística dos dados com recurso ao programa SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences* (versão 20.0 para Windows).

Resultados

Para responder às questões de investigação formuladas, recorreu-se à análise estatística, tendo em estudo as dimensões *Perceção de risco*, *Probabilidade de risco percecionado* e a *Gravidade do risco percecionado*. A apresentação dos resultados foi realizada de acordo com a ordem das questões de investigação, sendo analisadas as variáveis que foram relevantes pela sua significância estatística ou pela sua importância clínica.

Ao testar as hipóteses formuladas, utilizou-se como referência para aceitar ou rejeitar a hipótese nula um nível de significância (α) $\leq 0,05$. Como as variáveis dependentes eram de tipo quantitativo recorreu-se à estatística paramétrica. Concretamente, aplicou-se o teste t de Student para emparelhadas, para responder à questão de investigação nº 1, pois testou-se a diferença de médias da presente amostra com a de uma amostra da qual se conhece apenas a respetiva média. Nos restantes, utilizou-se o teste t de Student para amostras independentes, quando se testou a diferença de duas amostras ou grupos independentes e a Anova One-Way quando se comparou mais de duas amostras independentes. Os pressupostos destes testes, nomeadamente o pressuposto de normalidade de distribuição e o pressuposto de homogeneidade de variâncias foram analisados com os testes de Kolmogorov-Smirnov e teste de Levene.

Aceitou-se a normalidade de distribuição nas amostras com dimensão superior a 30, de acordo com o teorema do limite central. Nas situações em que a homogeneidade de variâncias não se encontrava satisfeita usou-se o teste t de student e a Anova One-Way com a correção de Welch. Quando a significância do teste Anova One-way foi significativa usou-se o teste de comparação múltipla a posteriori de Tukey, para identificar os grupos responsáveis pelas diferenças. A análise das variáveis, autoexame da pele, *check-up* médico e influência do bronzado sobre a aparência foi realizada através do coeficiente de correlação de Pearson (Maroco, 2011).

Questão de Investigação 1: Qual a percepção de risco face ao cancro da pele numa amostra de “banhistas” portugueses?

Com o intuito de responder à presente questão de investigação, realizou-se um teste t de Student para amostras emparelhadas. Os resultados (Quadro 1) indicaram que a *Percepção de risco* no cancro da pele foi mediana na presente amostra, comparativamente com os valores de uma população de resposta média 3,00. Sucintamente, refere-se que a *Percepção de risco*, $t(317) = 15,040$, $p = 0,000$, foi significativamente mais elevada na amostra do que a percepção de risco médio numa população (3,36 vs 3,00). Já a *Probabilidade de risco percecionado*, $t(317) = -2,139$, $p = 0,033$, foi significativamente mais baixa na amostra do que a Probabilidade de risco percecionado médio (2,92 vs 3,00). Quanto à *Gravidade do risco percecionado*, $t(317) = 18,5170$, $p = 0,000$, foi significativamente mais elevada na amostra do que a Gravidade do risco percecionado médio (3,48 vs 3,00).

Quadro 1 – Análise t de Student para a Percepção de risco

	Média	DP	T	Sig.
Percepção de risco total	3,36	0,42	15,040	0,000***
Probabilidade de risco percecionado	2,92	0,58	-2,139	0,033**
Gravidade de risco percecionado	3,48	0,46	18,517	0,000***

** $p \leq 0,05$ *** $p \leq 0,001$

Questão de Investigação 2: Em que medida a percepção de risco face ao cancro da pele numa amostra de “banhistas” portugueses difere face às variáveis sociodemográficas e clínicas?

Análise da relação com o Género.

Através do procedimento estatístico t de Student, foi possível verificar no Quadro 2 que a *Percepção de risco*, $t(316) = 5,638$, $p = 0,009$, revelou-se significativamente mais elevada no género feminino (3,40 vs 3,27). Nas duas dimensões da escala constatou-se o mesmo resultado. A *Probabilidade de risco percecionado*, $t(316) = -2,103$, $p = 0,036$, foi significativamente mais elevada no género feminino (2,98 vs 2,84) e a *Gravidade do risco percecionado*, $t(316) = 1,885$, $p = 0,060$, apresentou também valores superiores no género feminino (3,52 vs 3,42).

Quadro 2 - Análise t de Student para a Percepção de risco e género

	Masculino		Feminino		T	Sig.
	M	Dp	M	Dp		
Percepção de risco total	3,27	0,42	3,40	0,42	-2,638	0,009 **
Probabilidade de risco percecionado	2,84	0,58	2,98	0,59	-2,103	0,036**
Gravidade de risco percecionado	3,42	0,46	3,52	0,46	-1,885	0,060**

** $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,010$

Análise da relação com a Idade.

Em relação aos resultados referentes à idade (Anexo J), após realização de uma ANOVA One-Way e do teste de correção de Welch, constatou-se que não existiram diferenças estatisticamente significativas. No entanto, a **Percepção de risco**, $F(3, 314) = 1,268$, $p = 0,285$, foi mais elevada nos sujeitos até aos 30 anos (3,39) e mais baixa nos que tem mais de 50 anos (3,25). Já a **Probabilidade de risco percebido**, $F(3, 314) = 1,142$, $p = 0,332$, foi mais elevada nos sujeitos com 41-50 anos (2,97) e mais baixa nos sujeitos com mais de 50 anos (2,76). A dimensão **Gravidade do risco percebido**, $F(3, 111,871) = 0,589$, $p = 0,623$, foi mais elevada nos sujeitos mais novos (3,51) e mais baixa nos sujeitos com 31-40 anos (3,43).

Análise da relação com a Escolaridade.

Utilizou-se o procedimento estatístico ANOVA One-Way e não se verificaram diferenças estatisticamente significativas (Anexo K). Todavia, menciona-se que a **Percepção de risco**, $F(2, 315) = 1,635$, $p = 0,197$, foi mais elevada nos sujeitos com o ensino superior (3,38) e mais baixa nos sujeitos com o 3º ciclo ou menos (3,21). O mesmo aconteceu com a **Gravidade do risco percebido**, $F(2, 315) = 1,868$, $p = 0,156$, sendo mais elevada nos sujeitos com o ensino superior (3,52) e mais baixa nos sujeitos com o 3º ciclo ou menos (3,40). Porém, a **Probabilidade de risco percebido**, $F(2, 315) = 1,547$, $p = 0,214$, foi mais elevada nos sujeitos com o ensino secundário (2,96) e mais baixa nos sujeitos com o 3º ciclo ou menos (2,72).

Análise da relação com a Cor da pele.

Para a variável cor da pele, realizou-se primeiramente o teste ANOVA One-Way (Anexo L). Após o teste de comparação múltipla posteriori de Tukey (Quadro 3), a **Percepção de risco**, $F(4, 310) = 3,214$, $p = 0,013$, apresentou diferenças significativas entre os sujeitos com pele morena moderada e morena clara e pele muito clara, obtendo esta última valores mais elevados (3,66 e 3,32 e 3,27).

Quadro 3 – Teste de Tukey: Percepção Risco e cor da pele

Cor_pele	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
Morena moderada	67	3,27	
Morena clara	99	3,32	
Morena escura	13	3,36	3,36
Clara	119	3,39	3,39
Muito clara	17		3,66
Sig.		0,830	0,053

Na dimensão **Probabilidade de risco percebido**, $F(4, 310) = 3,882$, $p = 0,005$, efetuou-se o mesmo procedimento (Quadro 4) e comprovou-se que é mais elevada nos sujeitos com a pele muito clara (3,66) e significativamente mais nos sujeitos com pele morena moderada (3,27) e morena clara (3,32). A relação entre a dimensão **Gravidade do risco percebido** e cor da pele não foi estaticamente significativa (Anexo L).

Quadro 4 – Teste de Tukey: Probabilidade de risco percebido e cor da pele

Cor_pele	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
Morena moderada	67	3,27	
Morena clara	99	3,32	
Morena escura	13	3,36	3,36
Clara	119	3,39	3,39
Muito clara	17		3,66
Sig.		0,830	0,053

Análise da relação com Queimadura Solar.

No que diz respeito às queimaduras solares, efetuou-se um teste t de Student (Quadro 5). Os resultados indicaram que a **Percepção de risco**, $t(313) = -2,420$, $p = 0,016$, foi significativamente mais elevada nos sujeitos que tiveram queimadura solar (3,40 vs 3,28). De igual forma, a **Probabilidade de risco percebido**, $t(313) = -2,595$, $p = 0,010$, também foi mais alta para estes participantes (2,99 vs 2,82). Na **Gravidade do risco percebido** não se observou nenhuma relação estatisticamente significativa.

Quadro 5 - Análise t de Student para a Percepção de risco e queimadura solar

	Não		Sim		t	Sig.
	M	Dp	M	Dp		
Percepção de risco total	3,28	0,39	3,40	0,43	-2,420	0,016**
Probabilidade de risco percebido	2,82	0,53	2,9	0,60	-2,595	0,010**
Gravidade do risco percebido	3,45	0,45	3,50	0,46	-0,977	0,329

** $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,010$

Análise da relação com a Utilização de protetor solar.

Face ao protetor solar, realizou-se a ANOVA One-Way e o teste de comparação múltipla posteriori de Tukey (Anexo M) e conclui-se que na **Percepção de risco**, $F(2, 312) = 7,270$, $p = 0,001$, existiram diferenças significativas entre os participantes que colocaram protetor Apenas uma vez e os que o colocaram Regularmente de 2 em 2 horas, apresentando estes valores mais elevados (3,52 vs 3,21). Quanto à **Probabilidade de risco percebido**, $F(2, 312) = 5,743$, $p = 0,004$, as diferenças significativas encontraram-se entre os sujeitos que colocaram protetor Apenas

uma vez ou Algumas vezes aleatoriamente e os que o colocaram Regularmente de 2 em 2 horas, obtendo estes valores mais elevados (3,16 vs 2,93 e 2,78). Por último, na **Gravidade do risco percebido**, $F(2, 312) = 3,632$, $p = 0,028$, as diferenças significativas depararam-se entre os sujeitos que utilizaram protetor Apenas uma vez e os que o fizeram Regularmente de 2 em 2 horas, alcançando valores mais elevados (3,55 vs 3,35).

Análise da relação com o Autoexame da pele.

Em relação ao autoexame da pele, efetuou-se o coeficiente de correlação de Pearson. Os resultados visíveis no Quadro 6 evidenciaram que o coeficiente de correlação entre a **Probabilidade de risco percebido** e a frequência do auto exame foi significativo, positivo e muito fraco ($r_{sp} = 0,134$). Não sendo estatisticamente significativo para as outras duas dimensões.

Quadro 6 – Análise coeficiente de correlação de Pearson para Percepção de risco e auto exame pele

	Freq. Auto exame
Percepção de risco	0,085
Probabilidade de risco percebido	0,134*
Gravidade do risco percebido	-0,025

* Coeficiente de correlação significativo para um nível $\leq 0,05$

Análise da relação com o Check-up médico.

Procedeu-se ao coeficiente de correlação de Pearson e os dados sugeriram (Quadro 7) que o coeficiente de correlação entre a **Probabilidade de risco percebido** e *check-up* médico foi significativo, positivo e muito fraco ($r_{sp} = 0,115$). Quanto às outras dimensões em estudo não se observou nenhuma correlação estatisticamente significativa.

Quadro 7 – Análise coeficiente de correlação de Pearson para Percepção de risco e Check-up médico

	Check-up médico
Percepção de risco	0,052
Probabilidade de risco percebido	0,115*
Gravidade do risco percebido	-0,053

* Coeficiente de correlação significativo para um nível $\leq 0,05$

Análise da relação com a Influência do bronzeado sobre a aparência.

Ao relacionar a influência do bronzeado sobre a aparência com as dimensões em questão, utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson. Assim, verificou-se que o coeficiente de

correlação entre a *Percepção de Risco* e a variável em causa foi significativo, positivo e muito fraco ($r_{sp} = 0,114$). O mesmo resultado ocorreu para a *Gravidade do risco percecionado*, sendo também significativo, positivo e muito fraco ($r_{sp} = 0,187$). Não foi encontrada nenhuma correlação estatisticamente significativa com a *Probabilidade de risco percecionado* (Anexo N).

Análise da relação com a Observação de alterações provocados pelo cancro da pele.

Tendo em conta a variável em estudo, realizou-se um teste t de Student. Analisou-se que a *Percepção de risco*, $t(316) = -2,336$, $p = 0,020$, foi significativamente mais elevada nos sujeitos que viram alterações provocadas pelo cancro da pele (3,40 vs 3,29). O mesmo foi encontrado na dimensão *Probabilidade de risco percecionado*, $t(316) = -2,154$, $p = 0,032$, superior nos inquiridos que observaram alterações provocadas pela doença (2,99 vs 2,85). Já na *Gravidade do risco percecionado* não se depararam diferenças estatisticamente significativas (Anexo O).

Análise da relação com Conhecer alguém com cancro da pele.

Para análise dos resultados, recorreu-se ao teste t de Student. A relação entre a *Percepção de risco*, *Probabilidade de risco percecionado* e *Gravidade do risco percecionado* com a variável ter conhecimento de outro com cancro da pele não foi estatisticamente significativa para a amostra considerada (Anexo P).

Discussão

No presente capítulo pretende-se articular os resultados apresentados com a teoria existente acerca do tema em estudo. Para tal, a discussão será realizada de acordo com a ordem das questões de investigação já apresentadas.

Relativamente à primeira questão de investigação constatou-se que a percepção de risco da amostra de cidadãos portugueses é mediana e significativamente mais elevada do que a percepção de risco média no geral (Quadro 1). Porém, aquando analisadas as duas dimensões da percepção de risco estudadas, verificou-se que a dimensão probabilidade de risco percecionado foi significativamente inferior ao risco médio e que a dimensão gravidade de risco percecionado apresentou-se como mais elevada do que o risco médio. Isto é, os participantes referiram ter consciência da gravidade do cancro da pele, mas consideraram ter uma percepção de risco inferior quanto à probabilidade de sofrer desta doença. Tal poderá ser suportado pela investigação de Bränström, Kristjansson, e Ullén (2005), a qual constatou que os participantes tinham crenças

realistas acerca da contribuição da radiação solar no risco de cancro da pele, mas subestimavam a incidência da doença. Ou seja, os autores observaram que estava presente a gravidade de risco percecionado da doença, mas a probabilidade de risco percecionado de poder vir a ter cancro da pele era relativa, ao não valorizarem a sua própria vulnerabilidade.

Tendo em conta estes valores medianos, poderá estar presente um “otimismo irrealista” (Radcliffe & Klein, 2002), na qual os sujeitos percecionam o seu risco como sendo menor do que o dos outros, sendo este avaliado em ambas as dimensões da perceção de risco, através de medidas comparativas (Janssen et al., 2011). Também noutros estudos foi observada uma tendência em que os sujeitos julgariam o seu risco como menor em relação aos seus pares (Henriques & Lima, 2003). Pode também ser sugestionado a utilização de um mecanismo de denegação como estratégia de minimização, em que níveis elevados de ameaça possam levar a estratégias cognitivas de relativizar o risco (Thielen, Hartmann, & Soares, 2008).

De igual forma, deve-se mencionar que pelo valor da perceção de risco ser mediano poderá ser passível de discutir que a presente amostra ainda não conseguiu encontrar um equilíbrio entre custos e benefícios face à avaliação do risco. Segundo Fischhoff (1997), este equilíbrio é necessário para realizar decisões conscientes, tendo por base a compreensão dos riscos subjacentes.

Numa perspetiva mais geral e inserida na Psicologia da Saúde, os dados obtidos poderão ser compreendidos à luz do modelo biomédico. Este modelo, focado na doença e cura (Ogden, 2004), poderá levar a equacionar-se a hipótese de que esta amostra não valoriza a prevenção quando a possibilidade de doença não está presente. Possivelmente, esta atitude poderá estar relacionada com questões atuais e culturais, como por exemplo o próprio funcionamento do Sistema Nacional de Saúde.

Em relação à segunda questão de investigação, pretendeu-se analisar a relação da perceção de risco e suas dimensões com as variáveis sociodemográficas e clínicas. Quanto ao género, conclui-se que na perceção de risco, probabilidade de risco percecionado e gravidade do risco percecionado, o género feminino apresentou resultados significativamente mais elevados (Quadro 2). Tal fato foi ao encontro da literatura que sugere, face ao cancro da pele, que o género feminino apresenta uma maior perceção de risco, utilizando mais estratégias de proteção solar (Souza et al., 2004).

Na análise da variável idade, não se verificaram resultados estatisticamente significativos com a perceção de risco e suas dimensões (Anexo J). Paralelamente, não se encontraram estudos que avaliassem esta relação. Por isso, poderá ser extrapolado que na presente amostra a idade não

leva a uma maior percepção de risco. De modo semelhante, a escolaridade não apresentou dados estatisticamente significativos (Anexo K). Uma possível explicação poderá estar relacionada com um recente afluxo de informação através dos principais *Media*, os quais poderão ter abrangido a amostra de banhistas, independentemente da idade e escolaridade. Acrescenta-se simultaneamente, o contributo cada vez mais constante e eficaz das principais associações e sociedades científicas ligadas ao cancro da pele.

Relativamente às variáveis clínicas, primeiramente analisou-se a cor da pele. O tom de pele muito claro apresentou os valores mais elevados na percepção de risco e a dimensão probabilidade de risco percecionado foi significativamente superior nos sujeitos com pele morena clara e morena moderada (Quadro 3,4). Contextualizando, na literatura existe uma forte evidência que a cor da pele clara é um dos fatores de risco para o desenvolvimento de cancro da pele (Callister et al.,2011). Assim, constatou-se que os participantes de pele muito clara, morena clara e morena moderada da amostra em estudo, poderão ter em conta que a cor da pele é um fator importante na avaliação dos riscos face à presente doença.

No que concerne às queimaduras solares, os resultados indicaram que a percepção de risco foi significativamente mais elevada nos sujeitos que tiveram queimaduras solares, verificando-se o mesmo para a dimensão probabilidade de risco percecionado (Quadro 5). Considerando os dados, poderá ser pensado que os participantes que tiveram queimaduras solares apresentaram uma maior percepção de risco e uma maior probabilidade de puderem vir a ter cancro da pele. Efetivamente, o cancro da pele poderá ser o resultado de uma sucessão de queimaduras solares (Marques & Duarte,2008).

Na variável utilização do protetor solar, tendo em conta os resultados (Anexo M), poderá ser posto como hipótese que as pessoas que colocaram protetor solar de duas em duas horas têm uma percepção de risco mais elevada, pois ao terem este tipo de comportamento de proteção aparentam ter noção da gravidade das consequências que a exposição solar provoca e procuram proteger-se de forma eficaz. Num estudo recente (Hawkes et al., 2012) compreendeu-se que por norma, os indivíduos têm uma atitude positiva quanto a envolverem-se em comportamentos de proteção solar. Contudo, esta não se transforma necessariamente num comportamento consistente, pois a decisão de utilizar proteção solar é complexa, envolvendo variados fatores motivacionais e situacionais. A escolha de usar proteção solar parece envolver fatores psicológicos como as atitudes, as influências normativas e a eficácia. Será ainda importante considerar que os fatores de motivação no comportamento de proteção solar diferem dos fatores de exposição solar, já que em muitas situações, os banhistas que utilizam protetor solar percecionam-se como estando seguros

dos riscos da exposição solar e por isso continuam com padrões de exposição prolongados (Pagoto, McChargue, & Fuqua, 2003), sendo importante considerar este aspeto para futuras reflexões.

O autoexame da pele apresentou uma relação positiva com a dimensão probabilidade do risco percebido, sendo esta significativa, positiva e muito fraca (Quadro 6). Este resultado pode sugerir que as pessoas que percecionam ter probabilidade de poder vir a ter cancro da pele tem uma maior predisposição a realizar o autoexame. Efetivamente, no estudo de Kasparian e col.(2009), percebeu-se que quando os indivíduos realizavam o autoexame, estava na base a sua percepção de risco de desenvolver cancro da pele. Todavia, a correlação foi muito fraca e a percentagem de indivíduos a realizarem o procedimento foi reduzida (Anexo E), podendo funcionar como um indicador de desvalorização deste tipo de cancro ou de uma problemática na passagem de informação adequada acerca da utilidade e eficácia do autoexame na prevenção e diagnóstico precoce do cancro da pele.

No que respeita ao *check-up* médico, verificou-se uma correlação significativa, positiva e muito fraca, com a probabilidade de risco percecionado (Quadro 7). Mais uma vez, esta informação poderá levar a pensar que existe uma maior tendência a recorrer a um técnico de saúde especializado, quando há uma maior percepção da probabilidade de poder vir a ter a doença em causa. Na presente amostra de banhistas este tipo de estratégia de prevenção não é uma prática comum (Anexo E), indo ao encontro dos resultados de Kasparian e col. (2008). Estes dados podem ser importantes para estudos futuros, principalmente a nível de programas de prevenção.

Quando estudada a influência do bronzeado sobre a aparência, constatou-se uma correlação significativa, positiva e muito fraca com o total da percepção de risco e a dimensão gravidade do risco percecionado (Anexo N). Tais dados poderão indicar que apesar de existir uma maior percepção de risco e de gravidade, existe também uma maior influência do bronzeado na aparência. Nesta situação, os inquiridos poderão não percecionam a probabilidade de poder vir a ter esta doença, mas compreendem a sua gravidade e percepção de risco no geral. Perante tal, poderá equacionar-se que possa haver falta de conhecimento acerca dos riscos da radiação solar, especificamente na aparência, ou ainda, denegação do risco e fatalismo, entre outros (Sjöberg et al., 2004).

Quanto à variável observação de alterações provocadas pelo cancro da pele compreendeu-se que a percepção de risco e a dimensão probabilidade de risco percecionado foram significativamente mais elevadas nos sujeitos que viram as alterações provocadas pelo cancro da pele (Anexo O). Assim, parece que os participantes que observaram lesões evidenciaram uma

maior percepção de risco e probabilidade de pudermos vir a ter esta doença. Efetivamente, este é um dos tipos de cancro com mais repercussões a nível da imagem (Winterbottom & Harcourt, 2004), que implica em muitos casos tratamentos que levam a deformidades e por isso a observação destas lesões pode contribuir para aumentar a percepção de risco, através da impressionabilidade das imagens, podendo esta ser uma hipótese de explicação para os resultados encontrados (Dodd & Forshaw, 2012; Mahler & Kulik, 2007).

Finalmente, o estudo da relação entre conhecer alguém com cancro da pele e percepção de risco, não verificou resultados estatisticamente significativos (Anexo P). Deixa-se apenas a ressalva de que muitos estudos desenvolvidos no campo da Psicologia da Saúde revelam que uma experiência pessoal com determinado risco, direto ou indireto, produz um aumento relativo da avaliação da sua importância (Camilo & Lima, 2010), o que não se verificou na amostra do presente estudo.

Conclusão

O cancro como uma das doenças mais marcantes do século XXI, impõe uma nova visão desde a génese à intervenção em diversas áreas (Pollock, 2006). Ao considerar o número de casos, especificamente de cancro da pele, a importância do cancro como um problema de saúde é evidente, o que leva a pensar na prevenção do mesmo e na promoção de saúde (Cestari & Zago, 2005). O presente estudo pretendeu compreender a percepção de risco numa amostra de banhistas e perceber a sua relação com as variáveis sociodemográficas e clínicas relevantes. Pela atualidade do tema e pelo seu carácter exploratório, poderá olhar-se este estudo como um marco significativo em termos da compreensão da percepção de risco em indivíduos que frequentam a praia e que estão perante o mais importante fator de risco, a exposição solar. Fator este que depende exclusivamente da responsabilidade e conseqüente comportamento de cada um dos mesmos indivíduos.

Quanto às implicações teóricas, este estudo analisou as duas principais dimensões da percepção de risco e para as mesmas os resultados foram congruentes com o estudo original (Anexo I). Tal pode conceder uma maior probabilidade de avaliar corretamente a percepção de risco e deste modo contribuir para uma maior coerência nos modelos da Psicologia da Saúde que consideram esta variável.

Em termos de implicações práticas, o estudo poderá ser um acréscimo para a identificação de prioridades em programas de intervenção na área oncológica e de prevenção solar. Como

exemplo, poderá ser pertinente intervir na dimensão probabilidade de risco percecionado, pois aparentemente os participantes do estudo percecionam-se como tendo uma menor probabilidade face ao “português típico”. De igual forma, seria interessante realizar um programa de intervenção que tivesse na sua base uma avaliação da relação custo/benefício quanto aos comportamentos de risco face ao cancro da pele e que tivesse em conta os aspetos que foram realçados no estudo. Por último, poderia constituir-se uma equipa multidisciplinar com o objetivo de intervir diretamente na época balnear e nas praias, de modo a garantir uma maior eficácia em termos de mudança de comportamentos.

Verificaram-se algumas limitações, relativamente ao preenchimento do questionário, observou-se em alguns casos o efeito de desejabilidade social e respostas aleatórias, sugerindo-se que estudos futuros incluam escalas de controlo para estes efeitos. Numa segunda perspetiva, salienta-se a recolha da amostra por conveniência, em alternativa à amostragem aleatória, método de recolha quantitativamente preferível (Marôco, 2011). Acrescenta-se a não existência de dados comparativos, o que não permitiu extrapolar os resultados encontrados, tendo em conta uma outra população, tal deverá ser realizado em próximas investigações.

Como recomendações para futuras investigações, para além do já mencionado, e visto este tema estar numa fase exploratória, sugere-se a validação da escala para a população portuguesa. Possivelmente, por forma a completar o estudo seria pertinente procurar recolherem-se e analisarem-se os dados através de uma metodologia qualitativa (Pais-Ribeiro,2008). Adicionalmente, os resultados sugerem que futuras investigações devem aprofundar as relações entre a perceção de risco com outras variáveis, tais como grupos clínicos, história familiar de doença, etnia/raça, idade e autoestima. Por fim, sugere-se estudar a perceção de risco em concomitância com outros aspetos psicológicos, tais como crenças, motivação (entrevista motivacional),comportamento, entre outras temáticas.

Referências

- American Psychological Association. (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association*. (6th ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bränström, R., Kristjansson, S., & Ullén, H. (2005). Risk perception, optimistic bias, and readiness to change sun related behaviour. *European Journal of Public Health, 16(5)*, 492-497.
- Brewer, N. T., Chapman, G. B., Gerrard, M., McCaul, K. D., & Weinstein, N. D. (2007). Meta-analysis of the relationship between risk perception and health behaviour: The example of vaccination. *Health Psychology, 26(2)*, 136-145.
- Callister, P., Galtry, J., & Didham, R. (2011). The risks and benefist of sun exposure: should skin colour or ethnicity be the main variable for communicating health promotion messages in New Zealand? *Ethnicity % Health, 6(1)*, 57-71.
- Camilo, C., & Lima, M. L. (2010). No que se pensa quando se pensa em doenças?: estudo psicométrico dos riscos de saúde. *Revista portuguesa de saúde pública, 28 (2)*, 140-154.
- Cestari, M. E., & Zago, M. M. (2005). A prevenção do câncer e a promoção de saúde: um desafio para o século XXI. *Revista Brasileira de Enfermagem, 58(2)*, 218-221.
- Craciun, C., Schüz, N., Lippke, S., & Schwarzer, R. (2010). Risk perception moderates how intentions are translated into sunscreen use. *J Behav Med, 33*, 392-398.
- Cruz, A., Lima, S., & Cotter. (2006). Melanoma Maligno e Tumor de Células Granulares. *GE- J Port Gastrenterol*, pp. 111-112.
- Dodd, L. J., & Forshaw, A. J. (2012). Assessing the efficacy of appearance- focused interventions to prevent skin cancer: a systematic review of the literature. *Health Psychology Review, 4 (2)*, 93-111.
- D'Oliveira, T. (2007). *Teses e Dissertações: Recomendações para a elaboração e estruturação de trabalhos científicos*. Lisboa: Editora RH.
- Fischhoff, B. (1997). Risk perception and health behaviour. In A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West, & C. McManis (Edits.), *Cambridge Handbook of Psychology Health and Medicine* (pp. 157-161). United Kingdom: Cambridge University Press.
- Hawkes, A. L., Hamilton, K., White, K. M., & Young, R. M. (2012). A randomised controlled trial of a theory-based intervention to improve sun protective behaviour in adolescents ("you can still be HOT in the shade"): study protocol. *BioMedCentral Cancer, 12(1)*, 1-8.

- Hay, J., DiBonaventura, M., Baser, R., Press, N., Shoveller, J., & Bowen, D. (2011). Personal attributions for melanoma risk in melanoma-affected patients and family members. *J Behav Med*, 34, 53-63.
- Henriques, A. M., & Lima, M. L. (2003). Estados afetivos, percepção do risco e do suporte social: A familiaridade e a relevância como moderadores nas respostas de congruência com o estado de espírito. *Análise Psicológica*, 3 (XXI), 375-392.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2005). *Investigação por Questionário* (2ª ed.). Lisboa: Sílabo
- Janssen, E., Osch, L. V., Vries, H. D., & Lechner, L. (2011). Measuring risk perceptions of skin cancer: Reliability and validity of different operationalizations. *British Journal of Health Psychology*, 16, 92-112.
- Kasparian, N. A., Butow, P. N., Meiser, B., & Mann, G. J. (2008). High- and average- risk individuals' beliefs about, and perceptions of, malignant melanoma: an Australian perspective. *Psycho-Oncology*, 17, 270-279.
- Kasparian, N. A., McLoone, J. K., & Meiser, B. (2009). Skin cancer-related prevention and screening behaviours: a review of the literature. *J Behav Med*, 32, 406-428.
- Myers, L. B., & Horswill, M. S. (2006). Social cognitive predictors of sun protection intention and behaviour. *Behavioral Medicine*, 32, 57-63.
- Mahler, H. I., & Kulik, J. A. (2007). Long-term effects of appearance-based interventions on sun protection behaviours. *Health Psychology*, 26(3), 350-360.
- Maroco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (5ª ed.). Lisboa: Report Number.
- Maroco, J., & Bispo, R. (2003). *Estatística Aplicada às Ciências Sociais e Humanas*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Marques, D. R., & Duarte, M. d. (2008). A radiação solar e protetores solares: conhecimentos e práticas de alunos portugueses do 9º e 11º anos de escolaridade. *Revista Eletrónica de Enseñanza de las Ciencias*, 7(3), 722-745.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde* (2ª ed. Rev.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pagoto, S., McChargue, D., & Fuqua, R. W. (2003). Effects of a multicomponent intervention on motivation and sun protection behaviours among midwestern beachgoers. *Health Psychology*, 429-433.
- Pais-Ribeiro, J. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pais- Ribeiro, J. (2008). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto: Legis Editora.

- Parente, J., Gomes, J., Viana, I., & Vale, E. (2012). Variantes raras de Melanoma Maligno – Um desafio clínico e histopatológico. *Revista Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia*, 70 (2). Recuperado a 10 setembro, 2012, de <http://spdv.com.pt/pt/?id=61&mid=7>
- Pollock, R. E. (2006). *Manual de Oncologia Clinica da UICC*. Sao Paulo : 8ª Edição.
- Radcliffe, N. M., & Klein, M. P. (2002). Dispositional, unrealistic, and comparative optimism: Differential relations with knowledge and processing of risk information and beliefs about personal risk. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 836-846.
- Robinson, J. K. (2007). Patients at high risk for Melanoma benefit when partner is involved in skin self-exams . *Dermatology Nursing* , 19 (3), 309.
- Robinson, J. K., Joshi, K. M., Ortiz, S., & Kundu, R. V. (2011). Melanoma knowledge, perception, and awareness in ethnic minorities in Chicago: recommendations regarding education. *Psycho-Oncology*, 20, 313-320.
- Shaughnessy, J.J., Zechmeister, E.B., & Zechmeister, S.J. (2006). *Research Methods in Psychology* (7th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Sjöberg, L., Holm, L.-E., Ullén, H., & Brandberg, Y. (2004). Tanning and risk perception in adolescents. *Health, Risk & Society*, 6(1), 81-94.
- Souza, S. R., Fischer, F. M., & Souza, J. M. (2004). Bronzeamento e risco de melanoma cutâneo: revisão de literatura. *Rev Saúde Pública*, 38(4), 588-598.
- Thielen, I. P., Hartmann, R. C., & Soares, D. P. (2008). Percepção de risco e excesso de velocidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 (1), 131-139.
- Winterbottom, A., & Harcourt, D. (2004). Patients' experience of the diagnosis and treatment of skin cancer . *Issues and Innovations in Nursing Practice*, 226-233.

ANEXOS

ANEXO A- ARTIGO TEÓRICO



LSPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

A PERCEÇÃO DE RISCO NO CANCRO DA PELE:

UM ESTUDO COM “BANHISTAS” PORTUGUESES

RITA SILVESTRE COSTA

Orientador de Seminário de Dissertação:

Professora Doutora Ana Rosa Tapadinhas

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2012

21

NOME: Rita Silvestre Costa

NºESTUDANTE:14941

CURSO: Mestrado Integrado em Psicologia

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO: Psicologia Clínica

ANO LECTIVO: 2011/2012

ORIENTADOR: Professora Doutora Ana Rosa Tapadinhas

DATA: 26 de Novembro de 2012

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: *A Perceção de Risco no Cancro da Pele: Um Estudo com “Banhistas” Portugueses.*

RESUMO: O cancro apresenta-se como a segunda causa de morte do mundo ocidental. Um dos quais tem aumentado mais acentuadamente é o cancro da pele, sendo comum na população Caucasiana. Em Portugal, o número de casos é notório e tal deve-se sobretudo a uma causa externa, a exposição solar. Esta é da responsabilidade de cada indivíduo e pode levar a comportamentos de risco. Destaca-se que o cancro da pele é uma das formas de cancro que pode mais facilmente ser prevenido.

A perceção de risco é uma componente ativa em muitos dos modelos da Psicologia da Saúde. O comportamento de cada indivíduo pode ser influenciável pela perceção individual de vários fatores de risco. No comportamento de exposição solar, a perceção de risco é um das dimensões envolvidas e a sua modificação pode ser uma das medidas de proteção contra este tipo de cancro.

O intuito do presente artigo foi o de realizar uma revisão teórica acerca da perceção de risco, considerando o cancro da pele como temática principal, isto é, pretende-se clarificar o “estado de arte” face ao tema, inserindo o problema de investigação num quadro de referência teórica. Pelos poucos estudos encontrados em Portugal, foram ainda apresentados os principais conceitos, as principais variáveis clínicas e socio-demográficas que podem interagir com o cancro da pele. As principais estratégias de proteção solar, fatores de risco e os aspetos essenciais da prevenção foram também explorados.

Palavras-chave: Perceção de risco, Cancro da pele, Exposição solar.

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO EM INGLÊS: *Risk Perception in Skin Cancer: A Study with Portuguese “Sunbathers”*.

ABSTRACT: Cancer is the second cause of death in the Western world. Out of the various types, the one that has increased the most is skin cancer, which is typical in the Caucasian population. In Portugal, the number of cases is notorious, which is due mostly to an external cause – sun exposure. The former is a responsibility of each individual and can lead to risky behaviors. It is stressed that skin cancer is a form of cancer that can most easily be prevented.

The perception of risk is an essential component in some models of Health Psychology. It is thought that behavior may be influenced by individual perception of various risk factors. It seems that risk perception is one of the dimensions involved in exposure behaviors. Furthermore, perception of risk and its’ modification can be a measure of protection against this type of cancer.

The purpose of this article was to perform a theoretical review on risk perception, considering skin cancer as the main theme. Moreover, the study intends to clarify the "state of art" over the issue, contextualizing the research problem in a theoretical reference. As few studies were found in Portugal, the main concepts, the clinical and socio-demographic characteristics of skin cancer have been presented, which can interact with the former. Sun protection strategies, risk factors and the essential aspects of prevention were also explored.

Keywords: Risk perception, Skin cancer, Sun exposure.

Introdução

No mundo inteiro, milhões de pessoas vivem com o diagnóstico de cancro e na atualidade tornou-se a segunda causa de morte no mundo ocidental. De acordo com os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) mais de 16 milhões de casos serão verificados até 2020 (Recco, Luiz & Pinto, 2005). Um dos tipos de cancro que tem aumentado mais acentuadamente é o cancro da pele, sendo que em cada três casos de cancro diagnosticados um é da pele, existindo mundialmente cerca de 48 143 casos de melanoma, o cancro da pele mais grave em população caucasiana (Robinson, Joshi, Ortiz, & Kundu, 2011).

Em Portugal, o crescimento de casos de cancro da pele é constante e pensa-se que anualmente surgem cerca de dez mil novos casos, destes setecentos a mil são diagnosticados como melanomas (<http://www.ligacontracancro.pt/>). Quanto à incidência do melanoma em Portugal, os números divulgados são elevados não só para a nossa população, mas inclusive para as taxas europeias (Parente, Gomes, Viana, & Vale, 2012). O aumento notório dos casos de cancro da pele deve-se não só a questões ambientais (e.g. destruição da camada do ozono), mas também ao comportamento das pessoas face à exposição solar, apontada como a principal causa para o aumento de casos nas últimas décadas. Efetivamente, estima-se que 4 em 5 cancros da pele podem ser prevenidos ao reduzir a exposição aos raios ultravioletas, especialmente evitando queimaduras solares e usando protetor solar. (Hawkes, Hamilton, White, & Young, 2012; Myers & Horswill, 2006;).

A investigação psicológica tem procurado compreender o que está na base destes comportamentos e a perceção de risco apresenta-se como uma dimensão importante para uma análise dos comportamentos relacionados com o cancro. Perante tal, salienta-se a importância do estudo da perceção de risco, numa doença que depende em muito de várias dimensões psicológicas presentes em cada sujeito.

Em Portugal, a investigação relativa à perceção de risco não é consistente na importância que esta pode ter face ao cancro. Deste modo, e por não existirem estudos relacionados com o cancro da pele e perceção de risco, este artigo pretende de uma forma exploratória apresentar os principais conceitos e variáveis face a estas duas temáticas.

Por fim, se os futuros programas de intervenção tiverem na sua conceção a análise da perceção de risco face ao cancro da pele em cidadãos portugueses, poderá existir uma maior probabilidade de redução dos casos e inclusive da mortalidade.

Revisão de Literatura

Cancro da Pele

A pele é uma das partes do corpo mais comum para o desenvolvimento de cancro. O cancro da pele é designado de acordo com o tipo de células que se tornam cancerígenas. É um tipo de cancro habitual em populações caucasianas, verificando-se que a sua incidência aumenta de modo constante à medida que se chega à linha do Equador. A estimativa internacional para 2012, foi que a probabilidade de vir a desenvolver cancro da pele ao longo da vida ser de 1 para 5 pessoas e de melanoma 1 em cada 50 pessoas (<http://www.cancer.gov/>)

Os três tipos de cancro da pele dividem-se em duas distintas categorias. A primeira contém os dois tipos de cancro da pele não-melanoma mais comuns, o carcinoma basocelular e o carcinoma de células escamosas. Este tipo de carcinomas tem tendência a desenvolver-se na cabeça, face, pescoço, mãos e braços, ou seja, nas áreas mais expostas ao sol. De uma forma geral, a média de idades para os carcinomas basocelulares e escamocelulares é de 68 anos. No entanto, é comum ocorrer em pessoas jovens como resultado de exposições solares, tendo uma maior incidência no sexo masculino (Dodd & Forshaw, 2012). O cancro da pele não-melanoma é normalmente curável, com uma taxa geral de sucesso de 95% (Winterbottom & Harcourt, 2004).

A segunda categoria de cancro da pele contém o raro e mais grave melanoma. A sua incidência tem ampliado, apesar dos casos fatais terem vindo a diminuir como resultado de deteção precoce e respetivo tratamento (Cruz, Lima, & Cotter, 2006). A maior parte dos indivíduos apresenta lesões pigmentadas no corpo, tais como sinais, sardas e manchas de cor escura. Destas, a maior parte são lesões benignas, porém, uma alteração recente na forma pode ser o primeiro indício de transformação em melanoma ou de outro tipo de cancro da pele. Neste tipo de cancro da pele existe uma maior probabilidade de ocorrência com o aumento da idade e o período de latência entre a exposição solar e o desenvolvimento de melanoma pode ser inserido num intervalo de dois anos a vinte anos. Contudo, na atualidade, o melanoma atinge frequentemente adultos jovens, o que no futuro poderá tornar-se um importante problema de saúde pública se não se implementarem medidas eficazes de prevenção.

Quanto ao tratamento do cancro da pele, destaca-se a excisão cirúrgica, radioterapia e quimioterapia (Burmeister, Smithers, & Poulsen, 2006). Relativamente aos prognósticos, o fator mais importante é o estágio da sua apresentação (Swanson, 1991) e assim à medida que o estágio da doença progride as hipóteses de cura serão menores (Fawzy & Fawzy, 1998). O melanoma metastizado é geralmente incurável, e a sobrevivência é normalmente inferior a um ano. Este tipo

de cancro trás consigo ainda outras consequências ao nível estético, tendo estas influência na dimensão psicológica, pois devido à natureza desta doença e aos tipos de tratamentos disponíveis, a maior parte dos pacientes fica com cicatrizes e possivelmente desfigurados (Winterbottom & Harcourt, 2004).

Desde há muitos anos que a investigação debruçou-se acerca das causas do melanoma e sabe-se que existe um conjunto de fatores desencadeantes, destacando-se o fator exposição solar, principalmente na fase inicial de vida (Mahler & Kulik, 2007). Efetivamente, para Borland (1997) o melanoma poderá ser o resultado de episódios agudos de exposição solar, queimaduras solares e altos níveis de exposição acumulada. Os indivíduos mais suscetíveis de desenvolver um melanoma são os que tem antecedentes de melanoma pessoais e familiares, sinais que se alteram ou grande número de sinais, pele clara e olhos claros, queimaduras solares na infância e adolescência, pele com dificuldade a bronzear e atividade laboral ao ar livre (Swanson, 1991; White et al.,2008).

Considerando o até então referido, revela-se que para ambas as categorias de cancro de pele a maior causa externa é a exposição aos raios ultravioletas (Kasparian, McLoone, & Meiser, 2009). Concretamente, a exposição em crianças e na adolescência poderá ser mais importante do que em adulto para o desenvolvimento do cancro da pele, pois muitos cancros da pele que surgem em adultos têm origem numa exposição acentuada e em queimaduras solares que ocorreram no período inicial de vida (Marques & Duarte, 2008).

Cancro da pele e variáveis clínicas relevantes

Após a introdução geral ao cancro da pele, sua epidemiologia e principais conceitos, apresentam-se algumas variáveis essenciais na análise, deteção precoce e prevenção para a doença em causa. Primeiramente, é importante referir a cor da pele como fator de suscetibilidade ao cancro da pele. Esta é influenciada pelos níveis de hemoglobina, mas é o nível de pigmentação da melanina o seu maior determinante (Chaplin & Jablonski,2009,citado por Callister, Galtry, & Didham, 2011). Varia segundo a raça e em cada indivíduo, conforme a região do corpo, sendo influenciável pelas condições do meio. Em 1976, Fitzpatrick classificou a pele em seis fotótipos, variando do tipo I (pele mais branca) ao tipo VI (pele negra) (Anexo B), permitindo avaliar a sensibilidade ao sol, sem proteção, antes da exposição solar e após o bronzado (Robinson et al., 2011). Existe forte evidência que ter uma cor da pele clara potencia o risco de cancro da pele, especialmente quando o tipo de pessoas com pele clara tende a emigrar para áreas com índices

elevados de radiação ultravioleta, não adaptando os comportamentos de exposição solar ao novo ambiente (Callister et al.,2011).

Um segundo domínio a apresentar quando o tema é cancro da pele, é o autoexame da pele. A literatura científica sugere que a mortalidade poderia ser menor em 63% se a população em geral realizasse mensalmente o autoexame da pele (Robinson, 2007), o que faz com que esta variável tenha sido considerada essencial em programas de prevenção (Berwick, Begg, Fine, Rpush, & Barnhill, 1996, referido por Berwick, 1998). É definido como um exame cuidadoso e deliberado de todas as áreas da pele, incluindo as partes raramente expostas, observando-se as alterações nas manchas e sinais (Riet, Ruiters, Verrij, & Vries, 2010). O autoexame da pele é um procedimento breve e deve ser praticado regularmente, sendo que quando realizado com a assistência de um parceiro, há uma maior probabilidade de ser incluído na rotina (Robinson, 2007). Os estudos que examinaram a frequência do autoexame mostraram que 23% a 61% dos indivíduos, na população geral, executam o autoexame da pele pelo menos uma vez por ano e que o género feminino tem uma maior predisposição para o mesmo (Kasparian, Butow, Meiser, & Mann, 2008).

No estudo de Kasparian e col. (2009), identificou-se que os indivíduos têm em conta diversas variáveis quando realizam o autoexame da pele, como a percepção de risco de desenvolver cancro da pele, recomendação médica, percepção de benefícios de uma deteção precoce, companheiro/a na realização do autoexame, preocupação acerca do cancro da pele, história pessoal de cancro da pele e um maior conhecimento acerca da doença.

Outro fator essencial é o exame clínico da pele realizado por um médico especialista. De acordo com Kasparian e col. (2008), na população em geral, a prevalência de realizar um *check-up* médico, na especialidade de dermatologia, é de 8 a 21%.

Além dos fatores apresentados o protetor solar tem sido identificado como fundamental para esta temática. A eficácia deste é avaliada através do fator de proteção solar (Craciun, Shüz, Lippke & Schwarzer, 2010). Todavia, e independentemente do fator, torna-se importante fazer mais do que uma aplicação (Marques & Duarte, 2008). Existe controvérsia no que respeita à utilização de protetores solares, pois se por um lado evitam as queimaduras solares e podem impedir o fotoenvelhecimento da pele, por outro a sua aplicação pode conduzir a uma exposição solar durante períodos mais longos, não estando garantida uma proteção total. Efetivamente, verificou-se que os banhistas que utilizavam um índice de proteção mais alto apresentavam uma maior frequência de queimaduras (McCarthy et al.,1999, citado por Souza, Fisher & Souza,2004).

Existem variadíssimos estudos com conclusões pertinentes para o assunto em causa. A título de exemplo, a literatura sugere que os sujeitos que mais se expõem ao sol são os que menos aplicam protetor solar (Duquia et al.,2007, referido por Marques & Duarte,2008) e que estes são caracterizados por terem uma menor sensibilidade solar e aos seus efeitos prejudiciais (e.g. menos queimaduras). Estes indivíduos consideram que a não aplicação do protetor solar leva a uma aparência física desejável (bronzado) e não percebem risco de poder vir a ter cancro da pele (Balanda, Stanton, Lowe & Purdue, 1999, citado por Pagoto, McChargue, & Fuqua, 2003). Também se concluiu que o género feminino, pele clara e nível socioeconómico alto são indicadores de uma maior probabilidade de utilização do protetor solar (Marques & Duarte,2008). Do mesmo modo, no estudo de Mousavi, Golestan, Vaseie, Vaseie, e Khajeh-Kazemi (2011), os participantes não viam a exposição solar como perigosa e por isso não se protegiam adequadamente, apesar de viverem numa zona de alto risco. O estudo evidenciou ainda que os sujeitos com graus universitários têm um melhor comportamento face à utilização de protetor solar.

A proteção solar tem de ser mencionada a par de toda a evolução na indústria da moda e cosmética. Tanto que, paralelamente a partir da década de 20, constatou-se um aumento na exposição por parte dos jovens, de forma intencional e sem proteção adequada (Robinson et al.,2011). Os motivos para estes comportamentos estão ligados a razões estéticas e sociais, dado que a utilização de bronzeador no lugar de protetor solar permite que a pele fique bronzada, evidenciando “relaxamento” e “saúde” (Roberts & Black, 2009). Deste modo, impõe-se analisar mais especificamente o comportamento de bronzear, pela sua influência nos processos de risco e de tomada de decisão. Este comportamento é considerado um fator etiológico no cancro de pele (Sjöberg, Holm, Ullén, & Brandberg, 2004) e por isso um fator de risco difícil de alterar, particularmente nos grupos onde é mais acentuado (crianças e adolescentes). Tem sido relacionado com a falta de conhecimento acerca dos riscos da radiação ultravioleta e da negação do risco e do fatalismo (Sjöberg et al., 2004). Por outro lado, nos estudos que procuraram compreender este comportamento tem sido sugerido que o conhecimento não garante uma maior percepção de risco face ao comportamento de bronzear (Schneider & Krämer, 2010). Comprovou-se que os sujeitos mais novos e o género feminino estão mais expostos a este comportamento de risco, pois existe uma maior preocupação com a aparência do que no género masculino. Sobressai-se que o género feminino tencionalmente evita comportamentos de risco, em comparação com o género oposto, verificando-se por isso uma exceção neste comportamento de risco de bronzear (Sjöberg et al., 2004).

Como consequência, a manutenção deste comportamento é influenciada pela forma como a pessoa se sente e pelas qualidades que valoriza, sendo amplamente reforçado pelo comportamento e opinião do grupo com o qual se relaciona ou se identifica (Souza et al.,2004). Reconhece-se que para muitos indivíduos, as crenças sobre os benefícios da exposição solar (e.g. desejo de estar bronzeado) prevalecem marcadamente sobre as crenças dos riscos relacionados com o sol (Pagoto et al.,2003). Do mesmo modo, no estudo de Amir, Wright, Kernohan, e Hart (2000), conclui-se que o fator “aparência” foi a razão mais popular para justificar a utilização de solários, seguido do fator de “sentir-se saudável”, indo estes fatos ao encontro de estudos prévios. Contudo, quanto à utilização de solários, Portugal, ainda apresenta uma das menores taxas de frequência na Europa (Correia,2012).

Em termos comportamentais e psicológicos importa compreender o que potenciou o aumento da exposição à radiação, seja natural ou artificial. Em diversos artigos, existe a evidência que esse aumento deve-se sobretudo à valorização estética do bronzeado e que os fatores psicológicos têm um papel significativo nas atitudes face ao comportamento de bronzear. O desejo de uma boa aparência, a valorização do “corpo” e de estar envolvido em atividades físicas parecem estar associados ao bronzeado (Vail-Smith & Felts,1993, citado por Amir et al., 2000). De tal forma que Boldeman e colaboradores (1997) concluíram que o comportamento de bronzear era mais frequente em pessoas que se percecionavam como menos atraentes, e no estudo de Keesling & Friedman (1987), o bronzeado relacionava-se com a manutenção de uma autoimagem de alguém ativo, saudável e atraente (referido por Souza et al.,2004). Assim, o comportamento de risco dos indivíduos em relação ao bronzeado é alimentado, em parte, por três crenças: a de que a pele bronzeada torna a pessoa mais atraente, de que o bronzeado traz benefícios à saúde e de que o bronzeamento prévio previne os efeitos indesejáveis de futuras exposições ao sol. No estudo de Leary, Saltzman e Georgeson (1997), os sujeitos bronzeados foram percecionados como mais positivos do que os não bronzeados.

Por fim, ao nível do controlo do comportamento de risco face à exposição solar, menciona-se a prevenção. A este nível, para reduzir o risco de cancro da pele, a primeira medida será a de circunscrever a exposição aos raios ultravioletas, especificamente a sobre-exposição solar mais aguda (queimaduras). O foco é na prevenção da população mais jovem, pois no estudo de Hill e col. (1992,citado por Borland,1997) comprovou-se que as pessoas mais novas têm uma maior probabilidade de ter queimaduras solares do que as mais velhas. Este fato deve-se porque os sujeitos mais novos, especialmente do género masculino, despendem mais tempo ao sol e expõem mais a sua pele sem proteção (Borland, 1997). Assim, as recomendações internacionais

de prevenção incluem a redução da exposição à radiação ultravioleta, a adoção de hábitos de proteção solar incluindo o uso de protetor solar, chapéu, t-shirts e óculos de sol, o autoexame da pele e a avaliação médica da pele (Glanz, Schoenfeld, & Steffen, 2010). Adiciona-se ainda que, na prevenção os estudos sugerem que a comunicação acerca do cancro da pele deverá ser direcionada para a aparência dos indivíduos e não simplesmente em termos de saúde (Thomas, et al.,2010).

Perceção de Risco

Na maioria dos modelos cognitivos de predição de comportamentos de saúde, a perceção de risco tem um papel de relevo (Brewer, Chapman, Gerrard, McCaul & Weinstein, 2007; Janssen, Osch, Vries, & Lechner, 2011). De uma forma geral, o comportamento de saúde tem sido concebido como sendo influenciável, pelo menos em parte, pela perceção individual de vários fatores, sendo estes a suscetibilidade pessoal à doença, a natureza e gravidade da doença, a viabilidade e profundidade do tratamento e das opções de prevenção, a capacidade pessoal de tomar as necessárias mudanças de comportamento e a causa da doença. (Kasparian et al.,2008).

Assim, o estudo dos riscos de saúde desenvolve-se em duas abordagens concorrentes (Thielen, Hartmann, & Soares, 2008). A primeira compreende uma análise objetiva, que parte da identificação do risco, da sua quantificação e da caracterização das ameaças à saúde humana. A segunda abordagem, eleita pelas ciências sociais, estuda a forma como os leigos percecionam subjetivamente os riscos aos quais estão expostos (Pachur, Hertwig, & Steinmann,2012). O primeiro tipo de abordagem, designa-se por avaliação do risco, enquanto a segunda denomina-se na literatura por perceção de risco.

A perceção de risco, estudada pela Psicologia cognitiva teve grande influência a partir dos estudos conduzidos por Fischhoff e outros (Fischhoff, 1997; Fischhoff, Solvic, Lichtenstein, Read, & Combs, 1978, citado por Camilo & Lima, 2010). Considerando o pressuposto do paradigma psicométrico o risco é definido pelos indivíduos de forma subjetiva, sendo a sua perceção influenciada por uma diversidade de fatores psicológicos e sociais. O modelo em questão, avalia o risco através de duas dimensões psicológicas, o “risco assustador” e o “risco desconhecido”. O primeiro caracteriza-se pela perceção de ausência de controlo e de uma distribuição desequilibrada entre custos e benefícios. O segundo reúne características como não ser observável e ser desconhecido (Camilo & Lima, 2010).

Paralelamente, muitas das teorias psicológicas em saúde propõem que a percepção de risco individual acerca de um evento negativo de saúde, pode motivar o comportamento relacionado com o mesmo (Brewer, Weinstein, Cuite & Herrington, 2004; Dillard, Ferrer, Ubel, & Fagerlin, 2012). A percepção de risco é vista como um componente ativo que contribui para os constructos nas teorias de comportamento de saúde (Dillard et al., 2012). Várias destas teorias no domínio da Psicologia, como a Teoria da Motivação para a Proteção (Rogers, 1975), o Modelo Integrado para explicar a Mudança Motivacional e Comportamental (Vries et al., 2003) e o Modelo de Processo de Ação para a Saúde (Schwarzer, 1999) são exemplos que têm um foco explícito na percepção de risco. Para os modelos acima mencionados a definição de percepção de risco é baseada na suscetibilidade ou na vulnerabilidade de uma determinada ameaça de saúde e a gravidade percebida dessa ameaça (referido por Stroebe & Stroebe, 1995).

Acrescentam-se ainda duas teorias de relevo, como a Teoria do Comportamento Planeado (Ajzen, 1991) e a Teoria Social Cognitiva (Bandura, 1986), para estas, a percepção de risco poderá ser considerada parte da atitude e um resultado esperado das crenças que um sujeito possui (Craciun et al., 2010). Menciona-se de igual forma o Modelo de Crenças de Saúde, desenvolvido por Becker na década de 70, que considera a percepção de suscetibilidade e a percepção da gravidade a uma determinada doença como variáveis determinantes. Este modelo parte da suposição de que os comportamentos saudáveis são racionalmente determinados pela percepção de vulnerabilidade das pessoas às ameaças à sua saúde. Efetivamente, prediz a atual probabilidade de um determinado comportamento vir a ocorrer (Ogden, 2004). O ponto em comum e congruente nas teorias atrás destacadas será o de que uma maior percepção de risco deverá ser um encorajamento nas ações de redução do seu próprio risco (Brewer et al., 2004).

Para autores como Brewer e col. (2007), a percepção de risco é mais importante para os comportamentos que contribuem para a redução de uma ameaça de saúde, para aqueles que são menos propensos a influências externas e para os que são mais facilmente executáveis (e.g. utilização do protetor solar). Refere-se ainda que a um maior risco objetivo corresponde uma maior consciência da ameaça, e que perante tal há uma percepção de que esse risco é mais controlável - risco subjetivo (Thielen et al., 2008).

Por outro lado, a negação do risco pode ser caracterizada como uma estratégia defensiva, pois se existirem níveis elevados de ameaça poderão levar a estratégias cognitivas de minimização do risco (Lima, 1998; citado por Thielen et al., 2008). Na avaliação dos riscos é então necessário encontrar um equilíbrio entre custos e benefícios, de modo a realizar decisões conscientes, onde

os indivíduos precisam de compreender os riscos e os benefícios associados aos custos do seu comportamento. (Fischhoff, 1997).

A percepção de risco tem sido tipicamente avaliada através de escalas de dois domínios, a probabilidade de risco percebido e gravidade de risco percebido. Posteriormente, estes dividem-se em medidas absolutas e comparativas. A percepção de risco absoluta refere-se a uma probabilidade subjetiva de uma adversidade ocorrer (e.g. Eu estou em risco de ter cancro da pele). Estas escalas avaliam o risco de forma numérica (e.g. 0 a 100%) ou em termos de categorias (e.g. baixo a alto) (Dillard et al., 2012). Nas medidas absolutas, existe ainda a medida condicional e incondicional. O risco condicional estima a probabilidade de certo comportamento ocorrer na presença de um comportamento adaptativo (e.g. Qual a probabilidade de vir a ter uma doença x, se tiver o comportamento y?). Em contraste, o risco incondicional estima a probabilidade de um evento ocorrer sem uma condição específica (e.g. Qual a probabilidade de vir a ter uma doença x?) (Brewer et al., 2007).

A investigação científica tem demonstrado que por vezes os sujeitos têm dificuldade em compreender o risco através das medidas absolutas e assim as medidas de comparação de risco são uma alternativa frequentemente utilizada. Isto é, a dimensão comparativa reflete a diferença entre a percepção de risco de si próprio em oposição a outra pessoa (e.g. Eu estou mais propenso a vir a ter cancro da pele do que as pessoas com a minha idade e género). Em vários estudos, as medidas comparativas foram mais representativas do que as medidas absolutas (Dillard et al., 2012). Destaca-se ainda a existência de uma tendência para que os sujeitos julgem o risco face a si próprios como menor do que o dos seus pares (Perloff & Fetzer, 1986; Taylor, 1983, 1989; Weinstein, 1981; citado por Henriques & Lima, 2003). Este conceito, denominado “otimismo irrealista” refere-se a uma tendência de perceber-se como invulnerável ou menos vulnerável, que os outros face a eventos negativos de vida ou ameaças de saúde, sendo associado a ter uma menor ação para mudar comportamentos (Radcliffe & Klein, 2002; Roberts, Gibbons, Gerrard, & Alert, 2011). Por isso, o constructo da percepção de risco pode ser considerado como parte da família dos construtos de otimismo (Craciun et al. , 2010).

Sintetizando quanto às dimensões da percepção de risco, é explícito na maior parte da investigação, que as três principais operacionalizações da percepção de risco são as dimensões absolutas (questões para estimar o risco pessoal) e comparativas ou relativas (questões para comparar o risco pessoal com o risco dos outros) e ainda medidas que avaliam crenças específicas de risco das consequências físicas, sociais e psicológicas de uma doença (Janssen et al., 2011).

Percepção de Risco e Cancro da Pele

Um número considerável de estudos relacionados com a percepção de risco tem sido realizado no domínio da prevenção do cancro. A percepção de risco tem tido um importante papel na explicação de comportamentos relacionados com esta doença, como os comportamentos de deteção precoce e nos comportamentos relacionados com a prevenção primária do cancro, especificamente do cancro da pele (e.g. utilização de protetor solar) (Mikkelsen, Sunde, Johansen & Johansen, 2007, referido por Janssen et al., 2011).

O estudo exaustivo da percepção de risco no cancro deve-se ao fato de ser teoricamente e empiricamente importante na motivação para a deteção e redução de comportamentos de risco. E não obstante, ser relativamente resistente a ser modificada ao longo do tempo. Porém, pouco se sabe sobre as atribuições através dos quais é formada a percepção de risco na doença oncológica (Hay et al., 2011). Face ao cancro da pele e suas características inerentes, a percepção de risco parece ser a condição *sine qua non* para adotar comportamentos de proteção solar apropriados (Berwick, 1998).

As atribuições pessoais para o risco de doença envolvem fatores que os indivíduos acreditam que contribuem para o seu risco de desenvolver uma doença como o cancro da pele (Weinstein 1984, 1987, referenciado por Hay et al., 2011). Estes processos podem envolver uma série de conhecimentos pessoais assim como crenças subjetivas sobre fatores de risco. Contextualizando, já em 1987, no estudo de Keesling e Friedman o comportamento de risco foi estudado em banhistas, tendo-se constatado que a exposição ao sol estava relacionada com um elevado ganho pessoal. Segundo os autores, o banhista “típico” seria alguém habituado a assumir riscos e que, mesmo depois de ser alertado face aos riscos de cancro da pele, não mudaria o seu comportamento (Souza et al., 2004). No mesmo seguimento, a investigação de Bränström, Kristjansson, e Ullén (2005), teve como intuito examinar as associações entre as diferentes percepções de risco face a comportamentos relacionados com a exposição solar, prontidão para a mudança e tendência para o otimismo. Os resultados evidenciaram que os participantes têm crenças realistas acerca da contribuição da radiação solar no risco de desenvolver cancro da pele, mas subestimam a incidência do cancro da pele na população em geral. Isto é, estava presente a gravidade percecionada da doença, mas a probabilidade percecionada de poder vir a ter cancro da pele era relativa, não utilizando as suas crenças e informação na formulação de juízos acerca da sua própria vulnerabilidade.

Constata-se que o risco é um componente envolvido face ao comportamento de exposição solar (Sjöberg et al., 2004). Ao expôr-se ao sol para bronzear ou proteger-se do mesmo, o indivíduo avalia o risco do comportamento adotado em relação ao benefício alcançado (Cameron, 2008).

Tem sido estudado que os indivíduos que procuram e valorizam o comportamento de bronzear apresentam na maior parte dos casos uma baixa percepção de risco. Inclusive, na investigação de Clarke e col. (1997), apurou-se que, perante a avaliação do risco, os participantes viam-se com menor risco de desenvolver cancro da pele, de tê-lo mais jovem e de ter a expectativa de vida reduzida (Souza et al.,2004). Do mesmo modo, tem sido evidenciado que os indivíduos são mais propensos a protegerem-se do sol quando têm uma maior percepção de risco, quando a sua aparência pode ser alterada devido a uma exposição solar sem proteção e também quando conhecem alguém com o diagnóstico de cancro da pele (Jones, Harris & Chrispin, 2000).

Relativamente à relação da percepção de risco face ao cancro da pele e género, sabe-se que apesar do género feminino expôr-se mais, têm por outro lado, uma maior proteção e percepção de risco e por isso, é mais propenso a alterar o seu comportamento quando comparado ao género masculino. A baixa percepção nos homens do seu próprio risco e a menor propensão a realizar mudanças no seu comportamento explicaria a maior frequência de queimaduras e consequentemente um maior número de casos de doença (Souza et al.,2004). Tal poderá estar relacionado ao seu otimismo irrealista, baseado na crença que o bronzear é um fator de risco para o cancro da pele mas que a exposição solar durante as outras atividades já não é (Bränström et al.,2005).

Por último, torna-se então imperativo explorar e compreender como é que os indivíduos através da percepção de risco, podem realizar ou não comportamentos de proteção e quais as variáveis que podem mediar esta relação, pois a literatura sugere que a percepção de risco é um preditor significativo de intenções e comportamentos no contexto da prevenção solar (Kasparian et al.,2009).

Conclusão

Atendendo que o aumento dos casos de cancro da pele melanoma e não melanoma deve-se sobretudo ao aumento geral da exposição solar, da valorização do bronzeado e da utilização de outras fontes de luz artificial, parece que as pessoas estão mais intensamente expostas à radiação ultravioleta (Roberts et al., 2011). Para certos autores, o cancro da pele é a forma de cancro mais

passível de prevenção (Glanz, Steffen, Elliot & O’Riordan, 2005, referido por Reis, 2006) e pensa-se inclusivamente que poderá ser prevenido em 80% dos casos (Cestari & Zago,2005). Por isso, alguns autores referem que a proteção contra o cancro da pele passa sobretudo por um comportamento de proteção solar (Winterbottom & Harcourt,2004), mas também pela modificação das crenças e da perceção de risco.

Sendo esta doença, muitas vezes, o resultado de escolhas comportamentais dos indivíduos, as taxas podem diminuir se os cidadãos evitarem exposições prolongadas ao sol e se protegerem aquando da exposição solar (Marques & Duarte,2008). Posto isto, o estudo coloca o seguinte problema de investigação: Como é que uma amostra de cidadãos portugueses perceciona o risco face ao cancro da pele num contexto balnear?

Note-se que a perceção de risco é importante para motivar o comportamento de saúde, mas as diferentes medidas do constructo podem mudar o quanto importante aparenta ser esta relação (Dillard et al., 2012). Apesar de todos os estudos nesta área, existe uma fraca aceitação da utilidade preditiva da perceção de risco. Na literatura, muitos estudos são ambivalentes nos seus resultados e a diversidade de conclusões poderá ser explicada devido à variedade de métodos de medida de perceção de risco e suas qualidades (Hoskins, Roy & Greene, 2012; Janssen et al.,2011).

Desta forma e pelos poucos estudos encontrados em Portugal dentro da temática apresentada, o presente artigo propõe explorar a perceção de risco face ao cancro da pele. Tem como intuito analisar a perceção de risco em banhistas, em contato direto com o sol. Mais especificamente as questões de investigação pretendem: analisar a perceção de risco do cancro da pele numa amostra de cidadãos portugueses, em contexto balnear; compreender se existem diferenças na perceção de risco do cancro da pele face às variáveis sociodemográficas e clínicas (género, idade, escolaridade, cor da pele, queimaduras solares, frequência de utilização do protetor solar, autoexame da pele, *check-up* médico, influência do bronzado, observação de alterações provocadas pelo cancro da pele e contato com doentes com cancro da pele).

Referências

Amir, Z., Wright, A., Kernohan, E., & G.Hart. (2000). Attitudes, beliefs and behaviour regarding the use of sunbeds amongst healyhcare workers in Bradford. *European Journal of Cancer Care*, 9, 76-79.

- Berwick, M. (1998). Sun Exposure and Cancer Risk. In J. C. Holland (Ed.), *Psycho-Oncology* (pp. 58-66). New York: Oxford University Press.
- Borland, R. (1997). Skin Cancer . In S. N. A. Baum (Ed.), *Cambridge Handbook of Psychology Health and Medicine* (pp. 587-589). United Kingdom: Cambridge University Press.
- Bränström, R., Kristjansson, S., & Ullén, H. (2005). Risk perception, optimistic bias, and readiness to change sun related behaviour. *European Journal of Public Health, 16(5)*, 492-497.
- Brewer, N. T., Chapman, G. B., Gerrard, M., McCaul, K. D., & Weinstein, N. D. (2007). Meta-analysis of the relationship between risk perception and health behaviour: The example of vaccination. *Health Psychology, 26(2)*, 136-145.
- Brewer, N. T., Weinstein, N. D., Cuite, C. L., & Herrington, J. (2004). Risk perceptions and their relation to risk behaviour. *Annals of Behaviour Medicine, 27*, 125-130.
- Burmeister, B., Smithers, B., & Poulsen, M. (2006). Câncer de Pele e Melanoma. In R. & Pollock (Ed.), *Manual de Oncologia Clínica da UICC* (8ª ed., pp. 315-329). São Paulo: John Willey & Sons, Inc.
- Callister, P., Galtry, J., & Didham, R. (2011). The risks and benefist of sun exposure: should skin colour or ethnicity be the main variable for communicating health promotion messages in New Zealand? *Ethnicity & Health, 6(1)*, 57-71.
- Cameron, L. D. (2008). Illness risk representations and motivations to engage in protective behaviour: The case of skin cancer risk. *Psychology and Health, 23(1)*, 91-112.
- Camilo, C., & Lima, M. L. (2010). No que se pensa quando se pensa em doenças?: estudo psicométrico dos riscos de saúde. *Revista portuguesa de saúde pública, 28 (2)*, 140-154.
- Cestari, M. E., & Zago, M. M. (2005). A prevenção do câncer e a promoção de saúde: um desafio para o século XXI. *Revista Brasileira de Enfermagem, 58(2)*, 218-221.
- Correia, O. (2012). *Campanhas de prevenção primária e secundária do Cancro da Pele: resultados práticos*. Recuperado a 7 junho, 2012, de <http://www.apcancrocutaneo.pt/>
- Craciun, C., Schüz, N., Lippke, S., & Schwarzer, R. (2010). Risk perception moderates how intentions are translated into sunscreen use. *J Behav Med, 33*, 392-398.
- Cruz, A., Lima, S., & Cotter. (2006). Melanoma Maligno e Tumor de Células Granulares. *GE- J Port Gastreterol, 111-112*.
- Dillard, A. J., Ferrer, R. A., Ubel, P. A., & Fagerlin, A. (2012). Risk perception measures' associations with behaviour intentions, affect, and cognition following colon cancer screening messages. *Health Psychology, 31 (1)*, 106-113.

- Dodd, L. J., & Forshaw, a. J. (2012). Assessing the efficacy of appearance- focused interventions to prevent skin cancer: a systematic review of the literature. *Health Psychology Review, 4* (2), 93-111.
- Fawzy, F. I., & Fawzy, N. W. (1998). Skin Neoplasms and Malignant Melanoma. In J. C. Holland (Ed.), *Psycho-Oncology* (pp. 371-379). New York: Oxford University Press.
- Fischhoff, B. (1997). Risk perception and health behaviour. In A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West, & C. McManis (Edits.), *Cambridge Handbook of Psychology Health and Medicine* (157-161). United Kingdom: Cambridge University Press.
- Glanz, K., Schoenfeld, E. R., & Steffen, A. (2010). A randomized trial of tailored skin cancer: prevention messages for adults: Project Scape. *American Journal of Public Health, 100*(4), 735-741.
- Hawkes, A. L., Hamilton, K., White, K. M., & Young, R. M. (2012). A randomized controlled trial of a theory-based intervention to improve sun protective behaviour in adolescents ("you can still be HOT in the shade"): study protocol. *BioMedCentral Cancer, 12*(1), 1-8.
- Hay, J., DiBonaventura, M., Baser, R., Press, N., Shoveller, J., & Bowen, D. (2011). Personal attributions for melanoma risk in melanoma-affected patients and family members. *J Behav Med, 34*, 53-63.
- Henriques, A. M., & Lima, M. L. (2003). Estados afetivos, percepção do risco e do suporte social: A familiaridade e a relevância como moderadores nas respostas de congruência com o estado de espírito . *Análise Psicológica , 3* (XXI), 375-392.
- Hoskins, L. M., Roy, K. M., & Greene, M. H. (2012). Toward a new understanding of risk rereception among young female BRCA1/2 "previvors". *Families, Systems & Health, 30* (1), 32-46.
- Janssen, E., Osch, L. v., Vries, H. d., & Lechner, L. (2011). Measuring risk perceptions of skin cancer: Reliability and validity of different operationalizations. *British Journal of Health Psychology, 16*, 92-112.
- Jones, F., Harris, P., & Chrispin, C. (2000). Catching the sun: An investigation of sun exposure and skin protective behavior. *Psychology, Health & Medicine, 5*, 131-141.
- Kasparian, N. A., Butow, P. N., Meiser, B., & Mann, G. J. (2008). High- and average- risk individuals' beliefs about, and perceptions of, malignant melanoma: an Australian perspective. *psycho-oncology, 17*, 270-279.
- Kasparian, N. A., McLoone, J. K., & Meiser, B. (2009). Skin cancer-related prevention and screening Behaviours: a review of the literature. *J Behav Med, 32*, 406-428.

- Leary, M. R., Saltzman, J. L., & Georgeson, J. C. (1997). Appearance motivation, obsessive-compulsive tendencies and excessive suntanning in a community sample. *Journal of Health Psychology, 2*(4), 493-499.
- Mahler, H. I., & Kulik, J. A. (2007). Long-term effects of appearance-based interventions on sun protection behaviours. *Health Psychology, 26*(3), 350-360.
- Marques, D. R., & Duarte, M. d. (2008). A radiação solar e protetores solares: conhecimentos e práticas de alunos portugueses do 9º e 11º anos de escolaridade. *Revista Eletrónica de Enseñanza de las Ciencias, 7*(3), 722-745.
- Mousavi, F., Golestan, B., Vaseie, M., Vaseie, L., & Khajeh-Kazemi, R. (2011). Knowledge, attitude, and practice of adults to the protective actions against Sun in northwest Tehran, Iran. *Archives of Iranian Medicine, 14*(2), 126-131.
- Myers, L. B., & Horswill, M. S. (2006). Social cognitive predictors of sun protection intention and behaviour. *Behavioral Medicine, 32*, 57-63.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde* (2ª ed. Rev.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pachur, T., Hertwig, R., & Steinmann, F. (2012). How do people judge risks: Availability heuristic, affect heuristic, or both? *Journal of Experimental Psychology, 18*(3), 314-330.
- Pagoto, S., McChargue, D., & Fuqua, R. W. (2003). Effects of a multicomponent intervention on motivation and sun protection behaviours among midwestern Beachgoers. *Health Psychology, 22*, 429-433.
- Parente, J., Gomes, J., Viana, I., & Vale, E. (2012). Variantes raras de melanoma maligno – Um desafio clínico e histopatológico. *Revista Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia, 70* (2). Recuperado a 10 setembro, 2012, de <http://spdv.com.pt/pt/?id=61&mid=7>
- Radcliffe, N. M., & Klein, M. P. (2002). Dispositional, unrealistic, and comparative optimism: Differential relations with Knowledge and processing of risk information and beliefs about personal risk. *Personality and Social Psychology Bulletin, 28*, 836-846.
- 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.
- Reis, A. R. (2006). *Implementação do “SUNSMART”*: Programa de promoção da saúde e prevenção do cancro da pele. Trabalho final, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Lisboa, Portugal.

- Riet, J. V., Ruiter, R. A., Werrij, M. Q., & Vries, H. D. (2010). Self-efficacy moderates message-framing effects: The case of skin-cancer detection. *Psychology and Health, 25*(3), 339-349.
- Roberts, D. C., & Black, D. (2009). Comparison of interventions to reduce sun exposure. *Behavioral Medicine, 35*, 67-76.
- Roberts, M. E., Gibbons, F. X., Gerrard, M., & Alert, M. D. (2011). Optimism and adolescent perception of skin cancer risk. *Health Psychology, 30*(6), 810-813.
- Robinson, J. K. (2007). Patients at high risk for melanoma benefit when partner is involved in skin self-exams. *Dermatology Nursing, 19* (3), 309.
- Robinson, J. K., Joshi, K. M., Ortiz, S., & Kundu, R. V. (2011). Melanoma knowledge, perception, and awareness in ethnic minorities in Chicago: recommendations regarding education. *Psycho-Oncology, 20*, 313-320.
- Schneider, S., & Krämer, H. (2010). Who uses sunbeds? A systematic literature review of risk groups in developed countries. *Journal European Academy of Dermatology and Venereology, 639-648*.
- Sjöberg, L., Holm, L.-E., Ullén, H., & Brandberg, Y. (2004). Tanning and risk perception in adolescents. *Health, Risk & Society, 6*(1), 81-94.
- Souza, S. R., Fischer, F. M., & Souza, J. M. (2004). Bronzeamento e risco de melanoma cutâneo: revisão de literatura. *Rev Saúde Pública, 38*(4), 588-598.
- Stroebe, W., & Stroebe, M. S. (1995). *Psicologia Social e Saúde*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Swanson, N. A. (1991). Skin Cancer. In *Harrison's Principles of Internal Medicine* (12 ed., Vol. 2, pp. 1633-1638). International Edition.
- Thielen, I. P., Hartmann, R. C., & Soares, D. P. (2008). Percepção de risco e excesso de velocidade. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24* (1), 131-139.
- Thomas, K., Hevey, D., Pertl, M., Chuinneagáin, S. N., Craig, A., & Maher, L. (2010). Appearance matters: The frame and focus of health messages influence beliefs about skin cancer. *British Journal of Health Psychology, 16*, 418-429.
- White, K. M., Robinson, N. G., Young, R. M., Anderson, P. J., Hyde, M. K., Greenbank, S., Baskerville, D. (2008). Testing an extended theory of planned behaviour to predict young peoples's sun safety in a high risk area. *British Journal of Health Psychology, 13*, 435-448.
- Winterbottom, A., & Harcourt, D. (2004). Patients' experience of the diagnosis and treatment of skin cancer. *Issues and Innovations in Nursing Practice, 226-233*.

ANEXO B – Quadro da Classificação de Fitzpatrick

Tipo Pele	Eritema	Bronzeado	Sensibilidade à exposição solar
I Branca	Sempre	Nunca	Muito Sensível
II Branca	Sempre	Às vezes	Sensível
III Morena Clara	Moderado	Moderado	Normal
IV Morena Moderada	Pouco	Sempre	Normal
V Morena Escura	Raro	Sempre	Pouco Sensível
VI Negra	Nunca	Pele muito pigmentada	Insensível

ANEXO C – Consentimento Informado

Consentimento Informado

Declaro que concordo em participar voluntariamente no estudo científico elaborado por Rita Silvestre Costa, no âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, dirigida pela Prof.^a Doutora Ana Rosa Tapadinhas, no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, de Lisboa (ISPA-IU).

O presente estudo pretende avaliar a Perceção de Risco face ao Cancro da Pele, através da aplicação de questionários específicos para o efeito.

Fui informado/a de que a minha participação neste estudo é voluntária e estritamente confidencial. A investigadora disponibilizou-se a esclarecer as minhas dúvidas e a prestar informação adicional sempre que necessário.

Concordo em disponibilizar os dados destes questionários para a elaboração deste estudo, os quais serão tratados apenas através de análise estatística e os resultados estatísticos sujeitos a eventuais publicações.

Concordo em participar voluntariamente no presente estudo

Não concordo em participar voluntariamente no presente estudo

Investigadora: Rita Costa

Obrigada desde já pela sua participação.

ANEXO D- Quadro das Frequências para variáveis Sóciodemográficas

	Género		Estado civil		Escolaridade		Situação profissional				
	N	%	N	%	N	%	N	%			
Masculino	114	35,8	Solteiro	152	47,8	1º ciclo	6	1,9	A trabalhar	271	85,2
Feminino	164	60,5	Casado/União Fato	148	46,5	2º e 3º ciclo	16	5,0	Desempregado	36	11,3
			Divorciado	16	5,0	Secundário	104	32,7	Reformado	10	3,1
			Viúvo	2	0,6	Licenciatura	150	47,2	Baixa	1	0,3
							Mestrado	40	12,6		
						Doutoramento	2	0,6			

ANEXO E- Quadro das Frequências para variáveis Clínicas

	Auto-Exame Pele		<i>Check-up</i> médico		Conhecimento Cancro da Pele		Observação de lesões de Cancro da Pele				
	N	%	N	%	N	%	N	%			
Nunca	106	33,3	Nunca	148	46,5	Sim	316	99,4	Sim	170	53,5
Raramente	87	27,4	Raramente	103	32,4	Não	2	0,6	Não	148	46,5
Às vezes	86	27,0	Às vezes	47	14,8						
Frequentemente	29	9,1	Frequentemente	17	5,3						
Muito Frequentemente	10	3,1	Muito Frequentemente	3	0,9						

ANEXO F – Escala de Perceção de Risco face ao Cancro da Pele

Escala de Perceção de Risco Em Relação ao Cancro da Pele

Instruções: Este Questionário contém várias afirmações relacionadas sobre a forma como as pessoas podem pensar sobre o *cancro da pele*. Por favor **leia com atenção** cada uma das afirmações. Depois classifique-as de acordo com a sua opinião. Faça um círculo no número correspondente na escala de cada uma das afirmações. Por favor assinale a sua escolha em todas as afirmações.

1. Qual pensa ser o risco de poder vir a ter cancro da pele em algum momento da sua vida.

<i>Muito Pequeno</i>				<i>Muito Grande</i>
1	2	3	4	5

2. Qual pensa ser o risco do português típico poder vir a ter cancro da pele em algum momento da sua vida.

<i>Muito Pequeno</i>				<i>Muito Grande</i>
1	2	3	4	5

3. Se não proteger a minha pele do sol de forma adequada usando um protetor solar, o meu risco de poder vir a ter cancro da pele em algum momento da minha vida é:

<i>Muito Pequeno</i>				<i>Muito Grande</i>
1	2	3	4	5

4. Qual pensa ser o seu risco de poder vir a ter cancro da pele em algum momento da sua vida em comparação com o português típico.

<i>Muito menor risco português típico</i>				<i>Muito maior risco que o português típico</i>
1	2	3	4	5

5. O meu risco de poder vir a ter cancro da pele em algum momento da minha vida é pequeno.

<i>Concordo Completamente</i>				<i>Discordo Completamente</i>
1	2	3	4	5

6. O risco do português típico poder vir a ter cancro da pele em algum momento da sua vida é muito pequeno.

<i>Concordo Completamente</i>				<i>Discordo Completamente</i>
1	2	3	4	5

7. Se proteger a minha pele do sol de forma adequada usando um protetor solar, o meu risco de poder vir a ter cancro da pele em algum momento da minha vida é pequeno.

<i>Discordo Completamente</i>				<i>Concordo Completamente</i>
1	2	3	4	5

8. O meu risco de poder vir a ter cancro da pele em algum momento da minha vida é menor do que o do português típico.

<i>Concordo Completamente</i>				<i>Discordo Completamente</i>
1	2	3	4	5

9. Com que intensidade sente o seu risco de poder vir a ter cancro da pele em algum momento da sua vida.

<i>Muito Pequena</i>				<i>Muito Grande</i>
1	2	3	4	5

10. Se não proteger a minha pele do sol de forma adequada usando um protetor solar, eu sinto-me:

<i>Definitivamente não vulnerável a poder vir a ter cancro da pele em algum momento da minha vida</i>					<i>Muito vulnerável a poder vir a ter cancro da pele em algum momento da minha vida</i>
1	2	3	4	5	

11. Sinto que o meu risco de poder vir a ter cancro da pele em algum momento da minha vida é:

<i>Muito menor risco o português típico</i>				<i>Muito maior risco que que o português típico</i>
1	2	3	4	5

12. Sinto que o meu risco de poder vir a ter cancro da pele em algum momento da minha vida é pequeno.

<i>Concordo Completamente</i>				<i>Discordo Completamente</i>
1	2	3	4	5

13. Se proteger a minha pele do sol de forma adequada usando um protetor solar, sinto-me menos vulnerável a poder vir a ter cancro da pele em algum momento da minha vida.

<i>Discordo Completamente</i>				<i>Concordo Completamente</i>
1	2	3	4	5

14. Sinto que o meu risco de poder vir a ter cancro da pele em algum momento da minha vida é menor do que o do português típico.

<i>Concordo Completamente</i>				<i>Discordo Completamente</i>
1	2	3	4	5

15. Quanto mal se sentiria se contraísse cancro da pele.

<i>Não Tão Mal</i>				<i>Muito Mal</i>
1	2	3	4	5

16. Comparativamente com outras formas de cancro, as consequências do cancro da pele são.

<i>Muito Menos Más</i>				<i>Muito Piores</i>
1	2	3	4	5

17. O cancro da pele é mais grave do que outras doenças que conheço.

<i>Discordo Completamente</i>				<i>Concordo Completamente</i>
1	2	3	4	5

18. Se contraísse cancro da pele, isso teria pouco impacto na minha vida.

<i>Concordo Completamente</i>				<i>Discordo Completamente</i>
1	2	3	4	5

19. Se contraísse cancro da pele, iria morrer dessa doença.

<i>Discordo Completamente</i>				<i>Concordo Completamente</i>
1	2	3	4	5

20. Se contraísse cancro da pele, ficaria gravemente doente.

<i>Discordo Completamente</i>				<i>Concordo Completamente</i>
1	2	3	4	5

21. Se contraísse cancro da pele, afetaria a minha imagem (p. ex. cicatrizes).

<i>Discordo Completamente</i>			<i>Completamente</i>	<i>Concordo</i>
1	2	3	4	5

22. Se contraísse cancro da pele, afetaria negativamente a minha carreira e a minha estabilidade financeira.

<i>Discordo Completamente</i>			<i>Completamente</i>	<i>Concordo</i>
1	2	3	4	5

23. Se contraísse cancro da pele, afetaria negativamente o meu casamento/ relacionamento / familiares próximos / amigos.

<i>Discordo Completamente</i>			<i>Completamente</i>	<i>Concordo</i>
1	2	3	4	5

24. Se contraísse cancro da pele, afetaria negativamente o meu futuro.

<i>Discordo Completamente</i>			<i>Completamente</i>	<i>Concordo</i>
1	2	3	4	5

25. Se contraísse cancro da pele, teria medo de morrer dessa doença.

<i>Discordo Completamente</i>			<i>Completamente</i>	<i>Concordo</i>
1	2	3	4	5

26. Se contraísse cancro da pele, iria preocupar-me com o meu futuro.

<i>Discordo Completamente</i>			<i>Completamente</i>	<i>Concordo</i>
1	2	3	4	5

27. Se contraísse cancro da pele, sentiria isso como muito stressante.

<i>Discordo Completamente</i>			<i>Completamente</i>	<i>Concordo</i>
1	2	3	4	5

**Obrigado pela sua
Colaboração**

ANEXO G – Questionário Sócio- Demográfico

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

1. Idade _____

2. Género: Masculino Feminino

3. Estado civil: Solteiro Casado/União de Facto
Viúvo Divorciado/Separado

4. Nível de Escolaridade:

1º Ciclo 2º e 3º Ciclo
Secundário Licenciatura
Mestrado Outro? Qual _____

5. Profissão _____

6. Situação Profissional

A trabalhar Desempregado (a)
Reformado (a) Baixa

7. Distrito onde reside _____

8. Agregado Familiar _____

(Nº Total de pessoas que vivem consigo, incluindo a si)

Nº de Filhos _____

9. Tem alergia ou sensibilidade ao sol? Não Sim

Quais? _____

10. Como classifica a cor natural da sua pele?

Muito Clara Morena Clara Morena Escura
Clara Morena Moderada Negra

11. Que métodos de proteção solar utiliza? (Pode seleccionar mais de uma opção)

Protetor Solar Evitar horas de Maior Calor Outros?
Toldo/Chapéu de Sol Utilizar T-Shirt Quais? _____

12. Qual a época do ano em que utiliza protetor solar? (Pode selecionar mais de uma opção)

Primavera
Verão: Sempre Algumas situações
Outono
Inverno: Sempre Algumas situações
Todo o Ano

13. Que fator de proteção solar utiliza mais frequentemente?

Inferior a 10 10 15 20 30 50 50+

14. Costuma utilizar bronzeador ou outros óleos solares?

Sim Não

Se sim, em que altura? _____

15. Utiliza solários ou outro tipo de exposição solar artificial?

Sim Não

16. Já teve alguma queimadura solar?

Sim Não

Se sim, em que altura da sua vida? (Pode selecionar mais de uma opção)

Infância Juventude
Adolescência Idade adulta

17. Num dia de praia, com que frequência aplica protetor solar?

Apenas uma vez
Algumas vezes aleatoriamente
Regularmente de 2 em 2 horas

18. Em que horário frequenta, por norma, a praia ou outra atividade que implique exposição solar? (Pode selecionar mais de uma opção)

Início da manhã (9h-11h30)
Horas de maior calor (12h-16h)
Final da tarde (a partir das 17h)

19. Quando tem crianças ou adolescentes à sua responsabilidade, utiliza estratégias diferentes de proteção solar?

Sim

Não

Quais? _____

20. Já ouviu falar do Cancro da Pele?

Sim

Não

21. Já alguma vez viu alterações (lesões) provocadas pelo Cancro da Pele?

Sim

Não

22. Já teve cancro da pele ou conhece alguém próximo de si (família, amigos, conhecidos) a quem tenha sido diagnosticado um Cancro da Pele? (Pode seleccionar mais de uma opção)

Sim, eu tive cancro da pele

Sim, um familiar teve cancro da pele (que proximidade? _____)

Não, eu nunca tive cancro da pele

Não, ninguém próximo de mim teve cancro da pele

23. Com que frequência realiza autoexame da sua pele?

Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Muito Frequentemente

24. Com que frequência realiza *check-up* médico da sua pele?

Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Muito Frequentemente

25. Em que medida, o estar bronzado influencia a sua aparência?

Muito Moderadamente Neutro Pouco Nada

26. Em que medida, o seu bronzado interfere com: (Pode seleccionar mais de uma opção)

Confiança

Auto-estima

Sedução

Sentir-se mais saudável

Receber elogios

Não influencia nada

27. Qual a sua sensação de controlo em relação à prática de comportamentos que podem prevenir o cancro da pele?

Sem controlo Controlo reduzido/parcial Controlo moderado Controlo total

ANEXO I – Quadro Consistência Interna da escala utilizada/ escala original

	Cronbach's Alpha	Janssen et al. (2011)	Nº de itens
Percepção de risco	0,73		27
Probabilidade de risco	0,83		14
Absoluta			
Incondicional	0,88	0,88	4
Cognitivo	0,73	0,78	2
Afectiva	0,84	0,79	2
Condicional	0,31	0,55	4
Cognitivo	0,19	0,17	2
Afectiva	0,47	0,45	2
Comparativa			
Directa	0,87	0,90	4
Cognitivo	0,66	0,80	2
Afectivo	0,85	0,82	2
Indirecta	0,69	0,78	2
Gravidade do risco	0,75		13
Absoluta	0,36	0,63	2
Comparativa	0,56	0,50	2
Específica	0,78	0,88	9
Física	0,50	0,59	3
Social	0,73	0,84	3
Psicológica	0,71	0,84	3

ANEXO J – Análise ANOVA One-Way e Correção de Welch para a Perceção de risco e Idade

	Até 30 anos		31-40		41-50		> 50 ANOS		F	Sig.
	M	Dp	M	Dp	M	Dp	M	Dp		
Perceção de risco total	3,39	0,38	3,32	0,46	3,38	0,43	3,25	0,51	1,268	0,285
Probabilidade de risco percecionado	2,96	0,52	2,91	0,62	2,97	0,64	2,76	0,58	1,142	0,332
Gravidade do risco percecionado	3,51	0,43	3,43	0,50	3,50	0,45	3,45	0,55	0,589	0,623

** $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,010$

Teste de Correção de Welch						
			F	df1	df2	Sig.
Gravidade do risco percecionado			0,589	3	111,871	0,623

ANEXO K – Análise ANOVA One-Way para a Perceção de risco e Escolaridade

	3º ciclo ou menos		Secundário		Superior		F	Sig.
	M	Dp	M	Dp	M	Dp		
Perceção de risco total	3,21	0,53	3,35	0,42	3,38	0,41	1,635	0,197
Probabilidade de risco percecionado	2,72	0,78	2,96	0,56	2,93	0,58	1,547	0,214
Gravidade do risco percecionado	3,40	0,51	3,42	0,48	3,52	0,45	1,868	0,156

** $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,010$

ANEXO L – Análise ANOVA One-Way para a Percepção de risco e Cor da pele

	Muito Clara		Clara		Morena Clara		Morena Moderada		Morena Escura		F	Sig.	
	M	Dp	M	Dp	M	Dp	M	Dp	M	Dp			
Percepção de risco total											3,36	0,29	0,013**
Probabilidade de risco percebido	3,66	0,46	3,39	0,40	3,32	0,39	3,27	0,46				3,214	
Gravidade do risco percebido	3,35	0,74	3,00	0,55	2,82	0,52	2,86	0,64	2,88	0,45	3,822		0,005**
	3,64	0,35	3,47	0,49	3,52	0,42	3,39	0,46	3,54	0,39	1,409		0,231

** $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,010$

ANEXO M – Análise ANOVA One-Way e Teste de Tukey para Percepção de Risco e Frequência de protetor solar

	Apenas uma vez		Algumas vezes		Regularmente		F	Sig.
	M	Dp	M	Dp	M	Dp		
Percepção de risco total	3,21	0,38	3,37	0,40	3,52	0,50	7,270	0,001**
Probabilidade de risco percebido	2,78	0,55	2,93	0,56	3,16	0,68	5,743	0,004**
Gravidade do risco percebido	3,35	0,42	3,50	0,46	3,55	0,50	3,632	0,028**

** $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$

Frequência Protetor	Percepção de risco total		Probabilidade de risco percebido		Gravidade de risco percebido	
	N	Subset for alpha = 0.05	N	Subset for alpha = 0.05	N	Subset for alpha = 0.05
		1 2		1 2		1 2
Apenas uma vez	70	2,78	70	2,78	70	3,35
Algumas vezes	202	2,93	202	2,93	202	3,50 3,50
Regularmente	43	3,16	43	3,16	43	3,55
Sig.		0,306 1,00		0,30 1,00		0,11 0,78

ANEXO N – Análise Coeficiente de correlação de Pearson para Percepção de Risco e Influência do bronzeado

	Influência Bronzeado
Percepção de risco total	0,114*
Probabilidade de risco percecionado	-0,012
Gravidade do risco percecionado	0,187**

* coeficiente de correlação significativo para um nível $\leq 0,05$
 ** coeficiente de correlação significativo para um nível $\leq 0,010$

ANEXO O – Análise t de Student para Percepção de risco e Observação de alterações provocados pelo cancro de pele.

	Sim		Não		t	Sig.
	M	Dp	M	Dp		
Percepção de risco total	3,40	0,44	3,29	0,39	-2,336	0,020**
Probabilidade de risco percecionado	2,99	0,61	2,85	0,54	-2,154	0,032**
Gravidade de risco percecionado	3,51	0,47	3,43	0,44	-1,501	0,134

** $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,010$

ANEXO P – Análise t de Student para Percepção de risco e Conhecer alguém com cancro da pele

	Não tive cancro da pele, não conheço ninguém com cancro da pele		Não tive cancro da pele, conheço alguém com cancro da pele		t	Sig.
	M	Dp	M	Dp		
Percepção de risco total	3,34	0,41	3,42	0,43	-1,169	0,24
Probabilidade de risco percecionado	2,90	0,56	3,04	0,63	-1,432	0,15
Gravidade de risco percecionado	3,47	0,45	3,49	0,53	-0,201	0,84

** $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,010$