

## **CRENÇAS SOBRE ALIMENTAÇÃO E PREVENÇÃO DO CANCRO**

Andrea Costa<sup>1</sup>, Catarina Coelho<sup>1</sup>, Sara Silva<sup>1</sup>, & Isabel Leal<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ISPA – Instituto Universitário, Portugal; <sup>2</sup>ISPA – Instituto Universitário / WJCR – William James Center for Research, Portugal

O homem alimenta-se de acordo com a sociedade a que pertence, sendo a cultura que define os produtos que são comestíveis bem como as proibições alimentares (Martins, 2009). Segundo Monteiro (2000), com o passar do tempo têm vindo a ocorrer mudanças nos hábitos alimentares da população, denotando-se que estes hábitos vêm a ser adaptados às novas situações decorrentes das necessidades diárias da pessoa (Panato et al., 2007). Uma alimentação coerente, ponderada e saudável é hoje um aspeto determinante para um estilo de vida saudável em todas as faixas etárias (Viana, 2002), contribuindo para o aumento da sensação geral de bem-estar, levando a uma forte influência na prevenção de doenças crónicas (Jovičić, 2015).

Segundo dados da OMS (2002 e 2003), as doenças crónicas têm vindo a aumentar, estimando-se que em 2020 cerca de 80% das doenças nos países em vias de desenvolvimento fique a dever-se a diversos problemas crónicos (Pinheiro, 2008). Falar de cancro muitas vezes é falar de vivências intensas e angustiantes, falar de medos, lutas, vitórias, derrotas, uma infinidade de emoções, por sua vez, os sentimentos associados às crenças acerca do cancro ser sinónimo de dor e morte leva a que muitas pessoas evitem prevenir-se (Grou, 2007).

A vinculação entre a alimentação saudável e o cancro não é recente, numerosos estudos demonstram que as populações que baseiam os seus hábitos alimentares em alimentos saturados em gordura, estão mais suscetíveis a desenvolver cancro do que as populações com hábitos alimentares à base de fibras, frutas, leguminosas e vegetais (Barnard, 2013). Assim, o conhecimento da relação entre a alimentação e o cancro aumentou

exponencialmente nos últimos anos (Guthrie, Derby, & Levy, 1990). Doll e Peto (1981), descobriram que aproximadamente 35% das mortes derivadas do cancro poderiam ser prevenidas através de uma alimentação saudável, por sua vez, o World Cancer Research fund e o American Institute for Cancer Research (1997) depararam-se com uma estimativa onde 30 a 40% da incidência do cancro na população poderia ser prevenida através de uma alimentação saudável (Sullivan & Klassen, 2007).

Os estudos que se referem às crenças sobre a alimentação saudável prevenir o cancro na população portuguesa são escassos, não existindo instrumentos de avaliação que meçam este constructo, neste sentido, o presente estudo tem como objetivos: i. analisar se existem diferenças entre os participantes com cancro e sem cancro na escala de crenças alimentares; ii construção de um instrumento que visa medir as crenças alimentares e prevenção de doenças crónicas da população portuguesa e validação da escala que visa medir as crenças entre as doenças e a alimentação; iii. analisar se existem influências das variáveis nas crenças; iv. analisar se existem diferenças de género, idade, habilitações literárias e rendimento mensal na escala de crenças de doença e alimentação na população com cancro e v. realizar uma análise descritiva das diferenças entre a população com cancro e a população sem cancro na relação causal entre doenças e alimentação.

## MÉTODO

### *Participantes*

A amostra constitui-se por 115 participantes com cancro, 85,2% mulheres e 14,8% homens, com idades compreendidas entre os 20 e 89 anos ( $M=52.96\%$ ;  $DP=13,79$ ). 32,2% dos 115 participantes frequentou o Ensino Superior, 26,1% têm um rendimento mensal até 530€.

### *Material*

O protocolo de investigação que inclui um *Questionário sociodemográfico*, que permite recolher informação acerca do género, da idade, habilitações literárias e rendimento social, sendo pedido aos participantes

que enunciem se são portadores de uma doença e se é crónica. A *Escala das Crenças Alimentares* (Coelho, 2017), que visa avaliar as crenças da população face à alimentação e à saúde, sendo constituída por 17 itens de autorresposta numa escala de *Likert* em 5 pontos – Discordo Bastante a Concordo Bastante e é constituída por 4 dimensões, “Alimentação e Saúde”, “Hábitos Alimentares Diários”, “Barreiras à Alimentação Saudável” e “Ideologia”. E a *Escala das Crenças de Doença e Alimentação*, que visa avaliar as crenças sobre a alimentação prevenir o cancro, na população oncológica, sendo constituída por 7 itens categorizados numa escala de *Likert* em 5 pontos – Discordo Bastante a Concordo Bastante e é constituída por 3 dimensões, “Estilo de vida”, “Ideologia Alimentar” e “Alimentação e Doenças Crónicas”. Para além da Escala das Crenças de Doença e alimentação, tentamos perceber quais as diferenças das doenças com relação à alimentação através de uma pergunta complementar: Relação causal entre as doenças e a alimentação.

#### *Procedimento*

A divulgação do protocolo de investigação procedeu-se de duas formas, por via online e presencialmente. Foi entregue a cada participante o consentimento informado seguido do protocolo de investigação que inclui um *Questionário sociodemográfico*, que permite recolher informação acerca do género, da idade, habilitações literárias e rendimento social, sendo pedido aos participantes que enunciem se são portadores de uma doença e se é crónica. A *Escala das Crenças Alimentares*, que visa avaliar as crenças da população face à alimentação e à saúde, sendo constituída por 17 itens de autorresposta numa escala de *Likert* em 5 pontos – Discordo Bastante a Concordo Bastante e é constituída por 4 dimensões, “Alimentação e Saúde”, “Hábitos Alimentares Diários”, “Barreiras à Alimentação Saudável” e “Ideologia”. E a *Escala das Crenças de Doença e Alimentação*, que visa avaliar as crenças sobre a alimentação prevenir o cancro, na população oncológica, sendo constituída por 7 itens categorizados numa escala de *Likert* em 5 pontos – Discordo Bastante a Concordo Bastante e é constituída por 3 dimensões, “Estilo de vida”, “Ideologia Alimentar” e “Alimentação e Doenças Crónicas”. Para além da *Escala das Crenças de Doença e Alimentação*, tentamos perceber quais as diferenças das doenças com relação à

alimentação através de uma pergunta complementar: Relação causal entre as doenças e a alimentação.

## RESULTADOS

Para avaliar o objetivo i, foi elaborada uma Análise Fatorial Exploratória, e constatou-se diferenças a nível da estrutura entre a população com cancro e sem cancro. No estudo de Coelho (2017), a escala das crenças alimentares apresenta-se constituída por 4 dimensões (1 – 5 itens; 2 – 5 itens; 3 – 5 itens e 4 – 3 itens). Por sua vez, no presente estudo a escala das crenças alimentares, após a AFE, é constituída por 3 dimensões (1 – 7 itens; 2 – 6 itens e 3 – 5 itens). Como tal, é possível verificar que existe diferença ao nível da estrutura na escala das crenças alimentares nas duas populações, tendo existido a necessidade de construir e validar uma escala para a população com cancro.

Para avaliar o objetivo ii, foi elaborada uma Análise Fatorial Exploratória, onde o valor do critério de KMO é 0,60 e o Teste de Esfericidade de Barlett é significativo ( $p=0,001$ ). O primeiro fator, “Estilos de Vida”, apresenta peso fatorial nos itens 55 – 0,61; 57 – 0,77 e 58 – 0,78, explicando 26,913% da variância total explicada. O segundo fator, “Ideologia alimentar”, apresenta peso fatorial nos itens 61 – 0,81 e 62 – 0,84, explicando 19,86% da variância total explicada. O terceiro fator, “Alimentação e doenças Crónicas”, apresenta peso fatorial nos itens 56 – 0,70 e 60 – 0,78, explicando 14,87% da variância total explicada. Com o objetivo de confirmar que existe uma estrutura correlacional entre o conjunto de variáveis manifestas e os 3 fatores, isto é, as crenças, foi realizada uma análise fatorial confirmatória, seguida da obtenção de um fator de segunda ordem, avaliando a qualidade de ajustamento do modelo proposto (Figura 1). O modelo fatorial da escala da relação entre alimentação saudável e doenças crónicas, ajustada a uma amostra de 115 participantes, revelou uma qualidade de ajustamento aceitável [ $\chi^2/df=1,092$ ;  $CFI=0,98$ ;  $GFI=0,97$ ;  $NFI=0,70$ ;  $TLI=0,96$ ;  $RMSEA=0,02$ ;  $PGFI=0,38$ ]. É possível referir que existe uma qualidade de ajustamento aceitável, contudo existe uma limitação ( $PGFI<0,6$ ).

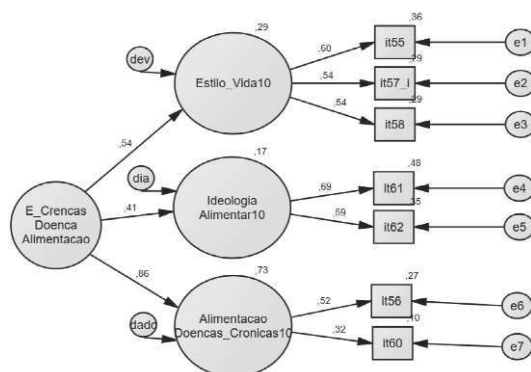


Figura 1. Modelo fatorial de 2ª ordem das Crenças de Doença e Alimentação

Para avaliar o objetivo iii, recorreu-se ao uso de uma regressão linear múltipla. Através da análise dos valores absolutos dos coeficientes de regressão estandardizados é possível concluir que as variáveis idade 0,24; habilitações literárias 0,64; rendimento mensal 0,76 e género 0,21, não influenciam significativamente as crenças ( $p > 0.05$ ).

No sentido de avaliar o objetivo iv, realizou-se um teste T-Student, para amostras independentes. De acordo com o teste t-Student [ $t(113)=0,75$ ;  $p=0,45$ ;  $t(113)=1,28$ ;  $p=0,20$ ;  $t(113)=0,62$ ;  $p=0,53$ ], é possível concluir que não existem diferenças entre homens e mulheres nas 3 dimensões das crenças sobre a alimentação prevenir o cancro.

No sentido de avaliar as diferenças entre as 3 dimensões das crenças em função da idade, das habilitações literárias e do rendimento mensal, recorreu-se ao uso do teste da ANOVA One-way. Foi utilizado o teste *post-hoc* de Tuckey, e as idades dos participantes foram categorizadas em 4 grupos etários (20-43; 44-51; 52-64; <65).

Em relação à idade, Ft\_1,  $Z=0,22$ ;  $p=0,87$ ; Ft\_2,  $Z=0,38$ ;  $p=0,76$ ; Ft\_3,  $Z=1,18$ ;  $p=0,32$ , e às habilitações literárias, Ft\_1,  $Z=1,56$ ;  $p=0,17$ ; Ft\_2,  $Z=0,55$ ;  $p=0,73$ ; Ft\_3,  $Z=0,60$ ;  $p=0,69$ , é possível concluir que não existem diferenças significativas entre ambas nas 3 dimensões das crenças sobre a alimentação prevenir o cancro. Em relação ao rendimento mensal, verifica-se que existe diferença estatisticamente significativa só no Ft\_1. Ft\_1,  $Z=2,28$ ;  $p=0,04$ . Contudo o mesmo não se verificou nos Ft\_2 e Ft\_3,  $Z=0,42$ ;  $p=0,86$  e  $Z=0,87$ ;  $p=0,51$ , respetivamente. Como tal, é possível concluir que não

existem diferenças significativas entre o rendimento mensal nas duas dimensões Ideologia Alimentar e Alimentação e Doenças Crônicas.

Por fim, no sentido de avaliar o objetivo v, foi elaborada uma análise descritiva onde podemos constatar que existem diferenças a nível das crenças em algumas doenças, nomeadamente no cancro e na depressão. A doença cancro, na população com cancro teve uma percentagem de sim (3,9%),  $M=0,73$ ;  $DP=0,44$ , a população sem cancro teve uma percentagem de sim (58,7%),  $M=0,58$ ;  $DP=0,49$ . A doença depressão, na população com cancro teve uma percentagem de não (71,3%),  $M=0,28$ ;  $DP=0,45$ ; a população sem cancro teve uma percentagem de não (66,5%),  $M=0,33$ ;  $DP=0,47$ , como tal, existem diferença entre as duas população, estando estas presentes em apenas duas doenças.

## DISCUSSÃO

Em relação aos resultados, no objetivo iii, foi possível observar que as variáveis género; idade; habilitações literárias e rendimento mensal não influenciam significativamente as crenças ( $p>0.05$ ), contudo, não existem outros estudos que abordem esta análise devido à escassez de investigação na área das crenças.

O objetivo iv, foi analisado e foi possível observar que não existem diferenças significativas nestas quatro variáveis à exceção do fator estilo de vida no rendimento mensal. Existem estudos na literatura científica, que vêm contrariar os resultados referentes ao fato de não existirem diferenças significativas. No estudo de Harnack et. al. (1998), os homens foram os mais propensos a ter um nível de crenças sobre a alimentação e o cancro mais baixo em relação às mulheres, no entanto, este estudo tem uma amostra representativa de famílias e na avaliação das crenças e conhecimentos, os participantes apenas responderam a afirmações. Num outro estudo realizado por Palmquist et al. (2012), averiguaram-se diferenças significativas entre o género, onde as mulheres garantem uma relação entre a alimentação saudável prevenir o cancro com mais frequência que os homens ( $p<0,01$ ). No entanto a amostra representativa do estudo é significativamente maior que a do estudo atual ( $N=390$ ) e para o recrutamento dos participantes existiu o critério clínico e patológico.

Relativamente ao fator estilo de vida do rendimento mensal, verificaram-se diferenças relativamente às crenças, contudo, não foi possível verificar quais foram essas diferenças, no entanto, existe um estudo que vem corroborar esta diferença significativa e contrariar as restantes diferenças obtidas. Keeney et al. (2010), no seu estudo constataram diferenças entre o género, a idade, as habilitações literárias e o rendimento mensal.

Ao nível do género, os homens eram os mais propensos a manter crenças e consequentemente atitudes mais negativas em relação ao cancro e prevenção do mesmo, tomemos como exemplo, “Você pode ter cancro, não importa quais as medidas preventivas que você toma” ( $U=124\ 306.00$ ,  $p<0.05$ ). Por sua vez, ao nível da idade, existiu uma relação significativa com algumas crenças e consequentemente atitudes para a prevenção do cancro. Os participantes da faixa etária menor com 35-44 mantinham crenças e atitudes como “Existe muita informação sobre a prevenção do cancro” ( $U=129\ 954.50$ ,  $p<0.05$ ) e “Os sinais de alerta do cancro não são elaborados de forma suficientemente clara” ( $U=130\ 327.50$ ,  $p<0.05$ ). Os participantes da faixa etária superior com 45-54 anos mantinham crenças e atitudes como “As informações da prevenção do cancro são muito negativas” ( $U=130\ 069.50$ ,  $p<0.05$ ); “Tomei conhecimento da informação sobre a prevenção do cancro que me foi direcionada” ( $U=130\ 063.00$ ,  $p<0.05$ ); “Eu mudei o meu comportamento como resultado das informações sobre a prevenção do cancro” ( $U=122\ 338.50$ ,  $p<0.01$ ) e “Eu tomo decisões sobre meu estilo de vida com base nas informações sobre a prevenção do cancro” ( $U=122\ 205.00$ ,  $p<0.01$ ). Ao nível das habilitações literárias, os participantes menos letrados eram mais propensos a ter crenças e por sua vez atitudes como “Você pode ter cancro, não importa quais as medidas preventivas que tomar” ( $\chi^2=6.79$ ,  $p<0.05$ ). Os participantes com nível mais elevado de escolaridade eram os mais propensos a manter crenças e por sua vez atitudes como, “Eu acredito que posso tomar medidas para prevenir o cancro” ( $\chi^2=13.20$ ,  $p<0.01$ ). Por fim, ao nível do rendimento mensal, o grupo de participantes com um nível socioeconómico mais elevado eram os mais propensos a ter crenças e por sua vez atitudes como “Eu acredito que posso tomar medidas para prevenir o cancro” ( $\chi^2=13.95$ ,  $p<0.01$ ). Quanto ao objetivo v, foi possível observar a existência de diferenças entre as duas amostras, no entanto, e como referido anteriormente, o estudo presente é um estudo inovador e

como tal não existem outros estudos que abordem e comparem esta temática.

Com o presente estudo, podemos concluir que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas crenças sobre a alimentação na população com cancro e sem cancro. Apesar de a escala se encontrar adequada à população, existem diversas limitações como a reduzida população, a não diferenciação dos diversos cancros e a existência de um só instrumento que poderão ter sido possíveis determinantes para a não existência de diferenças significativas.

De um modo geral, as crenças sobre a alimentação e prevenção do cancro permanecem pouco exploradas, sendo este, um tema bastante pertinente.

## REFERÊNCIAS

- Barnard, M. D. (2013). Healthy Eating for Life. Retirado a 21 de Janeiro de 2017, em <http://www.pcrm.org/sites/default/files/pdfs/health/HealthyEatingforLife.pdf>
- Coelho, S. G. C. (2017). *Crenças Alimentares: Desenvolvimento e Validação de instrumento*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Psicológica, Sociais e da Vida, Universidade ISPA, Lisboa, 2017.
- Grou, F. I. M. (2007). *Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do colon e recto*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde. Universidade do Algarve, Faro, 2007.
- Guthrie, J. F., Derby, B. M., & Levy, A. S. (1990). What People Know and Do Not Know About Nutrition. Retirado a 16, Junho, 2016, em [https://www.ers.usda.gov/webdocs/publications/aib750/5842\\_aib750m\\_1\\_pdf](https://www.ers.usda.gov/webdocs/publications/aib750/5842_aib750m_1_pdf)
- Harnack, L., Block, G., Suber, A., & Lane, S. (1998). Cancer Prevention-Related Nutrition Knowledge, Beliefs, and Attitudes of U.S. Adults: 1992 NHIS Cancer Epidemiology Supplement. *Journal of nutrition Education*, 30, 131-138. Disponível em [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3182\(98\)70303-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3182(98)70303-6)
- Jovičić, A. Đ. (2015). Healthy Eating Habits among the Population of Serbia: Gender and Age Differences. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 33(1), 76-84.
- Keeney, S., Mckenna, H., Fleming, P., & Mcilpatrick, S. (2010). Attitudes to cancer and cancer prevention: What do people aged 35-54 years think?.

*European Journal of Cancer Care*, 19, 769-777. doi: 10.1111/j.1365-2354.2009.01137.x

- Martins, M. D. C. A. (2009). Globalização da alimentação: Unidade ou diversidade? Retirado de <http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/82/1/Globalizacao%20da%20alimentacao.pdf>
- Monteiro, C. A., Mondini, L., Costa, R. B. L. (2000). Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil. *Revista Saúde Pública*, 34(3), 251-258. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000300007>
- Palmquist, A. E. L., Upton, R., Lee, S., Panter, A. T., Hadley, M. S., & Koehly, L. M. (2011). Beliefs about cancer and diet among those considering genetic testing for colon cancer. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 43(3), 150-156. doi: 10.1016/j.jneb.2009.12.009.
- Panato, E., Junior, A. W., Cota, R. M. M., Peluzio, M. C. G., Tinôco, A. L. A., & Bruckner, C. H. (2007). Promoção da Saúde: a importância das frutas e hortaliças e seu papel no câncer. *O Mundo da Saúde São Paulo*, 31, 384-393.
- Pinheiro, C. T. M. (2008). A Gestão das Doenças Crônicas. Implementações na Prática nos cuidados de saúde Primários Unidade E. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta, Lisboa, 2008.
- Sullivan, H.W., & Klassen, A. C. (2007). Nutrition-Related cancer prevention in low-income women. *Preventive Medicine*, 45, 139-145. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2007.05.006>
- Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 20(4), 611-624.