UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM GERAL E ESPECIALIZADA

**RISCO DE CÂNCER E COMPORTAMENTOS PREVENTIVOS: A
PERSUASÃO COMO UMA ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO**

Marcela Tonani

Ribeirão Preto

2007

Marcela Tonani

**RISCO DE CÂNCER E COMPORTAMENTOS PREVENTIVOS: A
PERSUASÃO COMO UMA ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação do Departamento de
Enfermagem Geral e Especializada da Escola
de Enfermagem de Ribeirão Preto,
Universidade de São Paulo, para obtenção do
título de mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a Emilia Campos de Carvalho

Linha de Pesquisa: Comunicação em Enfermagem

Ribeirão Preto

2007

FICHA CATALOGRÁFICA

Tonani, Marcela

Risco de câncer e comportamentos preventivos: a persuasão como uma estratégia de intervenção. Ribeirão Preto, 2007.

122 f.; 30cm.

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de Concentração: Enfermagem Fundamental – Linha de Pesquisa: Comunicação em Enfermagem.

Orientador: Carvalho, Emilia Campos de.

1. Comunicação persuasiva. 2. Comportamento de redução de risco. 3. Prevenção primária. 3. Prevenção secundária. 4. Oncologia.

Trabalho inserido na linha de pesquisa de Comunicação em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada.

“O poder nasce do querer. Sempre que o homem aplicar a veemência e perseverante energia de sua alma a um fim, vencerá os obstáculos, e, se não atingir o alvo, fará pelo menos coisas admiráveis.”

José de Alencar

Dedicatória

*A Deus, por estar sempre ao meu lado, dando-me
força, esperança e fé para não desistir da caminhada
e aprender com cada experiência vivida.*

Agradecimentos

À Deus, pela possibilidade de minha existência e realização dos meus sonhos.

À meus pais, Marta e Silvio, sem os quais não existiria, pelo amor e incentivo a cada dia da caminhada, essenciais à minha alma.

Ao Júnior, meu amor, pelo carinho e compreensão, estando sempre ao meu lado, não se intimidando com os obstáculos que surgiam em nossas vidas.

Às minhas irmãs, Monique e Rafaella, e minha avó Nilda pelo apoio constante e companheirismo na jornada.

A todos meus entes queridos presentes durante todos os momentos importantes da minha vida.

À Prof^a Dr^a Emilia Campos de Carvalho, minha orientadora, pelo incentivo e orientação em minha vida profissional.

À Prof^a Dr^a Namie Okino Sawada, pelas valiosas contribuições na elaboração deste trabalho.

À Prof^a Dr^a Maria do Carmo G. G. Caccia Bava, pela contribuição e disponibilidade na conclusão do presente estudo.

A todos colaboradores, diretos e indiretos, pela disposição em contribuir na concretização deste sonho.

Aos amigos da Unidade de Transplante de Medula Óssea, pelo companheirismo e enriquecimento pessoal e profissional desprendido por todos.

Aos participantes da pesquisa, sem os quais seria impossível a efetivação deste trabalho.

E especialmente, a todos que não foram citados, pelas contribuições diretas e indiretas.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	x
LISTA DE TABELAS	xi
RESUMO	xii
ABSTRACT	xiii
RESUMEN	xiv
1. APRESENTAÇÃO	1
2. INTRODUÇÃO	3
2.1 A IMPORTÂNCIA DO CÂNCER	3
2.2 POLÍTICAS DE SAÚDE E O CÂNCER	5
2.3 RISCO ENVOLVIDO NO CÂNCER	8
2.4 A PREVENÇÃO ENVOLVIDA NO CÂNCER	12
2.5 PAPEL DA ENFERMAGEM NO CÂNCER	17
2.6 ESTRATÉGIA DA COMUNICAÇÃO PERSUASIVA	21
2.7 MUDANÇA DE COMPORTAMENTO E O CÂNCER	25
3. OBJETIVOS	29
3.1 GERAIS	29
3.2 ESPECÍFICOS	29
4. METODOLOGIA	30
4.1 CONSIDERAÇÕES PARA TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE CÂNCER	30
4.2 CONSTRUÇÃO DA TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE RISCO	36

4.3 CONSIDERAÇÕES PARA ELABORAÇÃO DO QUESTIONÁRIO RELATIVO À PERSUASÃO	38
4.4 CONSTRUÇÃO DO QUESTIONÁRIO RELATIVO À PERSUASÃO	40
4.5 MATERIAIS E MÉTODOS	42
4.5.1 LOCAL	42
4.5.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA	42
4.5.3 ANÁLISE DOS DADOS	43
4.5.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	43
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
6. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
7. BIBLIOGRAFIA	62
8. APÊNDICE E ANEXOS.....	72

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Representação esquemática do processo de persuasão	24
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição das características sócio-econômico-demográficas dos respondentes, 2007.	45
Tabela 2 : Distribuição dos escores de risco de câncer segundo o tipo de câncer, 2007.	47
Tabela 3: Distribuição das respostas de câncer de pele, 2007.	54
Tabela 4: Relação do conteúdo das informações sobre prevenção e detecção precoce de câncer e a existência de estímulo mediante tal informação, 2007.	58

RESUMO

TONANI, M. **Risco de câncer e comportamentos preventivos: a persuasão como uma estratégia de intervenção**. Dissertação (mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

O câncer configura-se como um problema de saúde pública e seu controle depende essencialmente de ações nas áreas da promoção da saúde, proteção específica e do diagnóstico precoce da doença. A efetividade das intervenções designadas para seu controle pode contar com o auxílio do processo de persuasão empregado. O presente estudo buscou avaliar o grau de risco para apresentação de câncer contemplando os fatores de risco pertinentes, bem como, avaliar a presença e as características da persuasão na comunicação para prevenção e detecção precoce de câncer. Trata-se de um estudo observacional, com caráter transversal, onde foram empregados dois instrumentos para o alcance dos objetivos; a população abordada foi de um bairro da cidade de Ribeirão Preto/SP. Constatou-se que os altos riscos foram para os cânceres de cólon/reto, cérvico e de endométrio; e moderados riscos para estes acrescidos de pulmão e mama. Quanto à persuasão, observou-se que houve o desencadeamento das informações acerca do câncer, no entanto estas não conseguiram manter-se efetivas por longos períodos; também não se identificou o reforço dessas informações. Portanto, diante do risco de câncer e dos comportamentos preventivos levantados, considera-se que a persuasão é uma estratégia útil para diminuição desses riscos e, de incentivo e manutenção de comportamentos preventivos; porém, ela deve conter todas as etapas do processo a fim de que não se perca a oportunidade de gerar comportamentos preventivos ou de detecção precoce.

Descritores: Comunicação persuasiva; Comportamento de Redução do Risco; Prevenção primária; Prevenção secundária; Oncologia.

ABSTRACT

TONANI, M. **Cancer risk and preventive behaviors: persuasion as an intervention strategy.** Dissertation – Nursing School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

The cancer is configured as a problem of public health and its control depends essentially on action in the areas of the promotion of the health, specific protection and of the precocious diagnosis of the illness. The effectiveness of interventions assigned for its control can count with auxiliare of the process of persuasion employed. This study aims to evaluate the risk level of developing cancer, considering the pertinent risk factors, and the presence of persuasion and characteristics in the communication regarding cancer prevention and early detection. It is an observational study, conducted on 110 inhabitants of a neighborhood in the city of Ribeirao Preto, Sao Paulo, Brazil. It was confirmed there are high risks for colon/rectum, cervical, and endometrial cancer; and moderate risks for these and also lung and breast cancer. In terms of persuasion, it was observed that cancer information was spread but was not sustained for long periods. Moreover, there was no reinforcement. In view of cancer risk and the identified preventive behaviors, persuasion is considered a useful strategy to reduce these risks as well as to encourage and sustain preventive behaviors, however it must contain all the stages of these process for doesn't lose the chance to develop preventive behaviors or precocious detection.

Keywords: Persuasive communication; Risk Reduction Behavior ; Primary prevention, Secondary prevention; Medical Oncology.

RESUMEN

TONANI, M. **Riesgo de cáncer y comportamientos preventivos: la persuasión como estrategia de intervención.** Disertación (maestría)-Escuela de Ribeirao Preto, Universidad de San Pablo, Ribeirao Preto, 2007.

El cáncer se configura como un problema de salud pública y su control depende esencialmente de acciones en las áreas de promoción de la salud, protección específica y de diagnóstico precoz de la enfermedad. La efectividad de las intervenciones designadas para su control puede contar con el auxilio del proceso de persuasión empleada. El presente estudio buscó evaluar el grado de riesgo para presentar cáncer contemplando los factores de riesgo pertinentes, así como, evaluar la presencia y las características de la persuasión en la comunicación para la prevención y detección precoz del cáncer. Se trata de un estudio observacional, con carácter transversal, donde fueron empleados dos instrumentos para alcanzar los objetivos; la población abordada fue de un barrio de la ciudad de Ribeirao Preto/SP. Se constató que los riesgos altos fueron para los cánceres de colon/recto, cervical y de endometrio; y de riesgo moderadamente aumentado para los de pulmón y mama. En cuanto a la persuasión, se observó que hubo un desencadenamiento de las informaciones acerca del cáncer, pero estas no consiguieron mantenerse efectivas por largos periodos; también no se identificaron el refuerzo de éstas informaciones. Por lo tanto, delante del riesgo de cáncer y de los comportamientos preventivos levantados, se considera que la persuasión es una estrategia útil para disminuir estos riesgos, y de incentivo y mantenimiento de comportamientos preventivos; por ello, ella debe contener todas las etapas del proceso a fin de que no se pierda la oportunidad de generar comportamientos preventivos o de detección precoz.

Palabras claves: Comunicación persuasiva; Conducta de Reducción del Riesgo; Prevención primaria; Prevención secundaria; Oncología Médica.

1. APRESENTAÇÃO

A motivação para trabalhar com aspectos relacionados ao câncer iniciou-se em minha formação acadêmica, um tema pelo qual sempre tive afinidade, embora não tenha sido abordado profundamente pela grade curricular.

Durante este período de formação, um projeto de iniciação científica (CARVALHO, TONANI, BARBOSA, 2005) favoreceu meu envolvimento nas questões relacionadas ao câncer, especialmente às ações voltadas para sua prevenção primária e secundária.

A partir desses, outros aspectos, tais como a assistência curativa e os cuidados paliativos foram buscados por meio de estágios voluntários e curriculares para o conhecimento das outras vertentes envolvidas no campo da oncologia.

Ao término da graduação, culminou minha entrada no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, local em que atuo até esse momento. Como enfermeira da Unidade de Transplante de Medula Óssea, vivenciei e vivencio situações em que o papel da enfermagem é fundamental para a assistência aos pacientes portadores de doença oncológica.

Paralelamente a este processo, minha entrada à pós-graduação foi realizada dando prosseguimento à pesquisa, iniciada na graduação. Neste momento, instigou-me a busca mais detalhada deste tema relacionado à população em geral, pois embora praticamente não haja prevenção do cuidado em oncologia hematológica, chamou-me atenção o fato de ter alta demanda para a atenção terciária ou quaternária em meu local de trabalho.

Nasceu assim, este trabalho o qual espero que contribua para o aumento da participação dos enfermeiros nas questões relacionadas ao câncer, especialmente na área educativa, visto que esta é uma das bases de nossas ações, principalmente para se conseguir atingir a raiz do problema inerente ao controle do câncer. Acredito, ainda que os referenciais abordados tragam embasamento para a continuidade de estudos nesta área.

Posso neste momento compartilhar o resultado deste estudo com todos que participaram direta ou indiretamente desse processo, além de toda sociedade, esperando colaborar com o avanço científico brasileiro.

2. INTRODUÇÃO

2.1 A IMPORTÂNCIA DO CÂNCER

O câncer é uma das doenças que mais causam temor na sociedade, por ter como estigmas a mortalidade e a dor (ALMEIDA, LEITÃO, REINA, MONTANARI, DONNICI, LOPES, 2005). Na verdade, a palavra câncer de origem latina (*cancer*) significando "caranguejo" deve ter sido empregada em analogia ao modo de crescimento infiltrante, que pode ser comparado às pernas do crustáceo, que as introduz na areia ou lama para se fixar e dificultar sua remoção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1971).

Atualmente, a definição científica de câncer refere-se ao termo neoplasia, especificamente aos tumores malignos, como sendo uma doença caracterizada pelo crescimento descontrolado de células transformadas. Existem quase 200 tipos que correspondem aos vários sistemas de células do corpo, os quais se diferenciam pela capacidade de invadirem tecidos e órgãos, vizinhos ou distantes (INCA, 2002; WYKE, 1990).

A formação de câncer, ou seja, o processo de carcinogênese em geral dá-se lentamente, podendo levar vários anos para que uma célula cancerosa origine um tumor detectável. Esse processo passa por vários estágios antes de chegar ao tumor (SPENCE, JONHSTON, 2001; CHABNER, LONGO, 1996; MURAD, 2000):

- Estágio de iniciação: É o primeiro estágio da carcinogênese. Nele as células sofrem o efeito de um agente carcinogênico (agente oncoiniciador) que

provoca modificações em alguns de seus genes. Nesta fase as células encontram-se geneticamente alteradas, porém ainda não é possível se detectar um tumor clinicamente.

- Estágio de promoção: As células geneticamente alteradas sofrem o efeito dos agentes cancerígenos classificados como oncopromotores. A célula iniciada é transformada em célula maligna, de forma lenta e gradual. Para que ocorra essa transformação, é necessário um longo e continuado contato com o agente cancerígeno promotor. A suspensão do contato muitas vezes interrompe o processo nesse estágio.

- Estágio de progressão: É o terceiro e último estágio e caracteriza-se pela multiplicação descontrolada, sendo um processo irreversível. O câncer já está instalado, evoluindo até o surgimento das primeiras manifestações clínicas da doença.

Os fatores que promovem a iniciação ou progressão da carcinogênese são chamados de carcinógenos. O fumo, por exemplo, é um agente carcinógeno completo, pois possui componentes que atuam nos três estágios da carcinogênese (SPENCE, JONHSTON, 2001; CHABNER, LONGO, 1996).

O câncer é classificado como uma doença crônico-degenerativa, pois apresenta evolução prolongada e progressiva se não sofrer interferência em alguma de suas fases. Trata-se não apenas de uma moléstia, mas de um processo comum a um grupo heterogêneo de doenças que diferem em etiologia,

frequência e manifestações clínicas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; CARVALHO, TONANI, BARBOSA, 2004; TEIXEIRA, NOGUEIRA, 2003).

As estatísticas mundiais mostram que no ano 2000, ocorreram 5,3 milhões de casos novos de câncer em homens e 4,7 em mulheres e que 6,2 milhões de pessoas morreram por essa causa (3,5 de homens e 2,7 de mulheres), correspondendo a 12% do total de mortes por todas as causas (cerca de 56 milhões). Estima-se ainda que até o ano de 2020 existirão cerca de 15 milhões de novos casos, todos os anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

As estimativas para o ano de 2006, no Brasil, apontam que ocorreram 472.050 casos novos de câncer. Os tipos mais incidentes, à exceção de pele não melanoma, foram os de próstata e pulmão no sexo masculino e, mama e colo do útero no sexo feminino, acompanhando o mesmo perfil da magnitude observada no mundo (INCA, 2006). Tal informação epidemiológica é fundamental para o planejamento de ações de promoção à saúde, detecção precoce e de atenção oncológica em todos os níveis.

2.2 POLÍTICAS DE SAÚDE E O CÂNCER

O câncer configura-se como um grande problema de saúde pública tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. Entre os brasileiros, ocupa o segundo lugar na mortalidade por causas definidas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Mais da metade dos casos de câncer do mundo ocorre nos países em desenvolvimento com diagnósticos da doença em estágios mais avançados, o que piora seu prognóstico e principalmente, aumenta a mortalidade pela doença.

Medidas de prevenção e detecção precoce são fundamentais, tanto para a melhora da morbi-mortalidade como da qualidade de vida dos acometidos pela doença; mas como discutido anteriormente, não são prioridade de muitos países em desenvolvimento (STEWART, COATES, 2005).

No Brasil, as políticas oficiais têm seguido uma trajetória tortuosa, caracterizada por descontinuidade de ações, reprises de iniciativas e alternâncias de prioridades, o que tem prolongado excessivamente o processo de organização dos serviços de saúde destinados à assistência de pacientes com câncer. (ZEFERINO, 1997; KLIGERMAN, 2002; CARVALHO, TONANI, BARBOSA, 2004).

O Ministério da Saúde tem o Instituto Nacional do Câncer (INCA) como órgão responsável nas diretrizes do controle do câncer, priorizando assim, ações e programas para tanto. Aliado a este órgão estão os gestores estaduais e municipais, que também, devem acompanhar e avaliar a Política Nacional de Controle do Câncer, a fim de demonstrar sua eficiência e eficácia. Exemplifica-se com tal perspectiva, o Programa Viva Mulher, que visa a redução da mortalidade por câncer de colo de útero e de mama entre as brasileiras.

Esta Política Nacional de Controle do Câncer deve seguir diretrizes que contemplem áreas-meio (informação, educação, pesquisa e gestão e, desenvolvimento organizacional) e áreas-fim essenciais para seu controle (INCA, 2002), como:

1 - Consolidar o Sistema Nacional de Informação sobre o Câncer, baseando-se no indicador operacional da cobertura populacional dos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP); no intercâmbio técnico-científico nacional e internacional; na adoção dos padrões internacionalmente definidos para os

registros de câncer; na exigência dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC) para fins de cadastramento e avaliação das unidades prestadoras de serviços oncológicos ao SUS; na publicação e divulgação ampla dos dados dos RCBP e RHC, de suas análises estatísticas e epidemiológicas e das estimativas da incidência e da mortalidade por câncer, em tempos regionais e nacionais.

2 - Estimular programas de formação e desenvolvimento de recursos humanos na área oncológica, baseando-se: em dados epidemiológicos relevantes e em registros de câncer consolidados; na prática referente a cuidados mais abrangentes à saúde coletiva e dos indivíduos, com vistas à prevenção e diagnóstico precoce do câncer; na necessidade de formação profissional para o diagnóstico precoce, a reabilitação, os cuidados paliativos, a integração de atividades e serviços e o controle e avaliação de procedimentos e serviços, tanto quanto para a terapêutica antitumoral; na utilização da pesquisa como fonte geradora de conhecimento e da validação de novas práticas oncológicas.

3 - Estimular e consolidar projetos de pesquisa oncológica - O estímulo para a utilização de órgãos de fomento à pesquisa e o apoio a projetos de investigação epidemiológica, clínica e básica devem ser o fator orientador da pesquisa na área oncológica.

4 - Sistematizar e expandir as ações de prevenção e detecção precoce do câncer, buscando-se implementar o Plano Global de Controle do Tabagismo; implantar uma rede de informações complementares de ações educativas sobre os fatores de risco de câncer que alcance a maioria dos municípios brasileiros; estabelecer programas especificamente desenvolvidos para as Unidades de Saúde, Escolas e Ambientes de Trabalho, urbano e rural; criar o Sistema Nacional

de Vigilância do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer; expandir para todos os municípios brasileiros o Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero e Mama (Programa Viva Mulher); câncer de próstata, boca, cólon e reto, elaborar e implantar programas de prevenção e diagnóstico precoce de outros cânceres prevalentes no Brasil.

5 - Uniformizar os procedimentos técnico-operacionais e integrar os serviços que assistem pacientes com câncer, buscando-se a avaliação da qualidade e da eficácia das técnicas, métodos e procedimentos diagnósticos e terapêuticos aplicados ao controle do câncer, com vista à sua uniformização e racionalização, à validação dos seus resultados e à melhoria da qualidade da assistência oferecida.

Assim, somente uma política fundamentada poderá efetivar as diversas medidas necessárias para o controle do câncer em nosso meio.

2.3 RISCO ENVOLVIDO NO CÂNCER

A etiologia do câncer é multicausal, ou seja, resulta da interação de vários fatores, os quais, em maior ou menor extensão, aumentam a probabilidade de um indivíduo vir a ter a doença, estes são os fatores de risco relacionados ao câncer. Por outro lado, alguns fatores conferem ao organismo uma menor probabilidade de ocorrência do câncer, são denominados fatores de proteção (INCA, 2002).

Cabe destacar a possibilidade de se interferir na mudança desses fatores a partir da mudança do estilo de vida. Interferindo no risco do indivíduo serão abordados os riscos a que as pessoas estão sujeitas, no processo de adoecer de

câncer bem como as possibilidades de mudança comportamental, por meio da persuasão e dizer qual é papel da enfermagem nesse contexto.

O termo risco refere-se à probabilidade de um evento indesejado ocorrer (INCA, 2002). Os fatores de risco são caracterizados como uma associação a um maior risco de tornar-se doente. Mesmo que um fator de risco não cause a doença, sua presença nos permite prever a probabilidade de que a doença venha ocorrer (FLETCHER, FLETCHER, WAGNER, 1996).

O risco relativo em câncer refere-se a medida da relação entre um fator de risco específico e o câncer, comparando risco entre pessoas com indicativos ou exposição de risco entre pessoas sem indicativos ou exposição. Isto é, a razão entre a incidência de pessoas expostas e a incidência de pessoas não expostas, o risco relativo não diz nada sobre a magnitude do risco absoluto (incidência) (WINGO, PARKIN, EYRE, 2004; FLETCHER, FLETCHER, WAGNER, 1996). Por exemplo, uma mulher com histórico familiar de câncer de mama tem aproximadamente duas vezes o risco de desenvolvê-lo comparada a uma mulher sem esse histórico, isto é, seu risco relativo de 2.0.

Já o risco atribuível refere-se a diferença na incidência ou mortalidade de câncer entre indivíduos com exposição ou indicativos e, indivíduos sem nenhuma exposição ou indicativo. Ele é a incidência adicional de doença relacionada à exposição, levando-se em conta a incidência basal de doença presumivelmente devido a outros fatores; pressupõe-se que o fator de risco seja causa e não apenas um marcador, também é chamado de diferença de risco (FLETCHER, FLETCHER, WAGNER, 1996). Exemplificando, entre os índices de mortes de

fumantes e não-fumantes nos Estados Unidos em 1990, 418.690 mortes foram atribuídas ao fumo (WINGO, PARKIN, EYRE, 2004).

Nem sempre a relação entre a exposição a um fator de risco e o desenvolvimento de uma doença é facilmente reconhecível, especialmente se a relação se dá com comportamentos sociais comuns. Nas doenças crônicas, as primeiras manifestações podem surgir muitos anos após uma única exposição ou após muitos anos de exposição contínua aos fatores de risco. Por isso, é importante considerar-se o conceito de período de latência, isto é, o período de tempo compreendido entre a exposição ao fator de risco e o surgimento da doença (INCA, 2005; BRAWLEY, KRAMER, 2005).

A informação da contribuição de um fator de risco para as taxas globais de doença em populações e não apenas em indivíduos expostos é útil para decidir quais são os fatores de risco particularmente importantes e triviais para a saúde geral da comunidade. Podendo informar aos que decidem as políticas de saúde sobre como escolher prioridades para aplicação dos recursos à saúde. Um fator de risco relativamente fraco (de baixo risco relativo) que seja bastante prevalente na comunidade, pode ser responsável por uma maior incidência de doença que um fator mais forte, mas de rara prevalência (FLETCHER, FLETCHER, WAGNER, 1996).

Avanços em estudos envolvendo fatores de risco, isolados ou combinados, têm permitido estabelecer relações de causa e efeito entre estes fatores e determinados tipos de câncer (INCA, 2002; GUERRA, GALLO, MENDONÇA,

2005; SMITH, 2002). Neste sentido, alguns fatores já estão estabelecidos na literatura como de risco ou preventivos.

Em um consenso publicado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2002), baseando-se na literatura internacional, foram arrolados os principais fatores de risco de câncer, destacados a seguir.

Para o câncer de mama tais fatores são: a idade, como principal marcador de grupo de risco, havendo um aumento rápido da incidência quanto maior a idade; história familiar de câncer de mama na pré-menopausa (mãe ou irmã); fatores reprodutivos, como menopausa tardia, menarca precoce, primeira gravidez em idade avançada ou nuliparidade; obesidade, álcool e exposição à radiação ionizante.

O câncer de colo de útero, também tem a idade como um fator de risco, acrescido de infecção pelo HPV; atividade sexual precoce (antes dos 17 a 18 anos); multiplicidade de parceiros sexuais; baixo nível sócio-econômico; infecção pelo HIV e o fumo.

O câncer de próstata apresenta como principais fatores a idade e a história familiar deste câncer.

No caso do câncer de cólon e reto, a idade superior aos 50 anos; história de adenomas ou câncer de cólon e reto em parentes de primeiro grau; história pessoal pregressa de câncer de ovário, endométrio ou mama; indivíduos portadores de colite ulcerativa crônica ou Doença de Crohn; ou apresentando algumas condições hereditárias como a polipose adenomatosa familiar e o câncer

colorretal hereditário sem polipose, são os fatores de risco para este tipo de câncer.

O câncer de pele traz como fatores de risco a presença de pele clara, a exposição solar excessiva, a idade avançada, a história familiar de câncer de pele e exposição a agentes químicos, como o arsênio.

Destaca-se, ainda, no caso do câncer de boca, como principais fatores, o fumo, o uso de álcool, os fatores dietéticos (baixa ingestão de vitaminas A e C), os agentes biológicos, como o vírus do papiloma humano (HPV), a irritação mecânica crônica e os fatores ocupacionais.

Diante dos fatores de risco, conforme literatura apresentada, faz-se necessário a aplicação de medidas que visem a prevenção do câncer, em todos os níveis de atenção.

2. 4 A PREVENÇÃO ENVOLVIDA NO CÂNCER

A palavra prevenção tem origem no latim *praeventione*: vir antes, tomar a dianteira; traduz-se pelo ato de prevenir-se, premeditar, dispor-se previamente ou ter opinião antecipada (BUENO, 2000; MICHAELIS, 1998). A prevenção, na área da saúde, é composta por ações de caráter primário e genérico, tais como a melhoria das condições de vida, redução da suscetibilidade das pessoas às doenças e educação sanitária. A prevenção se dá também através da detecção precoce das doenças, do seu tratamento adequado e nas ações destinadas a minimizar as suas conseqüências (SILVEIRA, 2000; CESTARI, ZAGO, 2005).

A prevenção primária do câncer refere-se a toda e qualquer ação voltada para a redução da exposição da população aos fatores de risco de câncer, tendo como objetivo reduzir a ocorrência da doença (incidência), através da promoção da saúde e proteção específica (INCA, 2002; FREEDMAN, SEMINARA, GAIL, HARTGE, COLDITZ, BALLARD-BARBASH, PFEIFFER, 2005). As ações de prevenção primária são dirigidas ao controle de fatores de risco evitáveis (INCA, 2002), por exemplo, dieta e fumo. A conscientização da população sobre o câncer e o estímulo às mudanças de comportamento é de fundamental importância para sua prevenção primária. (CARVALHO, TONANI, BARBOSA, 2005; FERREIRA, LANA, MALTA, 2005).

A prevenção secundária abrange o conjunto de ações que permitem o diagnóstico precoce da doença e o seu tratamento imediato, aumentando a possibilidade de cura, melhorando a qualidade de vida e a sobrevida e diminuindo a mortalidade por câncer (INCA, 2002). Ela, com o avanço da tecnologia, obteve uma expansão da perspectiva de utilização de procedimentos e programas empregados. Utiliza-se de meios para obter êxito, são eles o rastreamento, a detecção precoce e a captação oportunística.

O rastreamento (*screening*) é o procedimento utilizado para o diagnóstico precoce de uma enfermidade, podendo ser definido como o exame de pessoas assintomáticas para classificá-las como candidatas a exames complementares para avaliação (INCA, 2002). A detecção precoce é o procedimento empregado na tentativa de se descobrir o mais precocemente possível uma doença, por meio de sinais e sintomas clínicos apresentados ou pela presença de fatores de risco.

Sendo assim, a estratégia utilizada para o rastreamento e a detecção precoce de uma doença é através da captação oportunista.

No campo da prevenção terciária, as ações são voltadas à prevenção da invalidez decorrente de uma doença ou a reabilitação de doentes, a fim de minimizar consequências maléficas aos indivíduos.

Segundo Doll e Petto (1981), utilizando comparações para estimar o potencial preventivo de diferentes tipos de câncer, concluiu que 75% a 80% dos casos nos Estados Unidos que poderiam ser evitados, são resultado dos fatores ambientais: uso de tabaco e álcool, atividade física, dieta, fatores biológicos (por exemplo, peso ao nascer, idade da puberdade, reprodução), exposição ocupacional e ambiental.

A este primeiro olhar, do ponto de vista da prevenção, foram incorporados os fatores de risco e período de latência, passando-se a estimar a redução do câncer de 13% a 60%. Em outras palavras, o câncer pode ser prevenido, e a maioria das estratégias mais eficazes é baseada em mudanças comportamentais.

Neste sentido, o INCA realizou um consenso, com as recomendações de atividades a serem realizadas para prevenção e controle do câncer, a fim de embasarem estratégias para tal controle. Essas considerações (INCA, 2002) são assim estabelecidas:

Câncer de Mama:

- oferecimento de exame clínico das mamas e mamografia anualmente à mulheres entre 50 e 69 anos;

- oferecimento de exame clínico das mamas anualmente para mulheres entre 40 e 49 anos;
- mulheres com risco aumentado (história familiar de mãe ou irmã com câncer de mama na pré-menopausa ou história pregressa de hiperplasia atípica ou câncer de mama), oferecer mamografia e exame clínico das mamas anualmente a partir dos 40 anos;
- não estimular o auto-exame das mamas como estratégia isolada, devendo ser estimulada a sua realização no período entre os exames clínicos.

Câncer de Colo de Útero:

- oferecer rastreamento com o teste de Papanicolaou a mulheres a partir de 18 anos ou com vida sexual ativa em qualquer idade;
- a periodicidade do rastreamento será a cada 3 anos, após dois exames normais consecutivos com intervalo de um ano;
- mulheres em grupos de risco (HIV positivas ou imunodeprimidas) devem realizar o rastreamento anualmente;
- mulheres histerectomizadas por outras razões que não o câncer do colo de útero, não devem ser incluídas no rastreamento.

Câncer de Próstata:

- evidências não permitem indicar o rastreamento populacional;
- homens com idade igual ou superior a 45 anos e com história familiar de pai ou irmão com câncer de próstata antes dos 60 anos, encaminhar para investigação para câncer de próstata.

Câncer de Cólon e Reto:

- oferecer rastreamento por pesquisa de sangue oculto nas fezes para população com idade igual ou superior a 50 anos, anual (preferencialmente) ou bienal;
- oferecer colonoscopia para aqueles com pesquisa de sangue oculto nas fezes positiva;
- em grupos de risco, os métodos endoscópicos devem ser priorizados e realizados anualmente;
- a prevenção primária deve basear-se na adoção de uma dieta saudável, rica em fibras, frutas e vegetais, e pobre em gordura animal.

Câncer de Pele:

- evidências não permitem indicar o rastreamento populacional;
- estender o programa de prevenção primária aos grupos de maior exposição à radiação ultravioleta, como por exemplo, lixeiros, agentes de saúde, técnicos de eletricidade, lavradores, agricultores e pescadores;
- incluir a prevenção primária do câncer de pele na abordagem mínima de fatores de risco feita pelos agentes de saúde e médicos de saúde da família.

Câncer de Boca:

- evidências não permitem indicar o rastreamento populacional;
- estimular o rastreamento oportunístico mediante sensibilização do profissional;
- promover a sistematização do exame clínico da boca em pacientes de alto risco (usuários de tabaco e álcool);

- estimular junto às universidades a inclusão da prevenção, detecção precoce e tratamento do câncer de boca no currículo das escolas médicas e de odontologia;
- não recomendar o auto-exame da boca;
- estimular a higiene oral e a visita regular ao dentista (a cada 6 meses) como medidas de prevenção primária.

2. 5 PAPEL DA ENFERMAGEM NO CÂNCER

O câncer torna-se uma área de atuação da enfermagem no momento em que é um problema de saúde pública, devido à sua magnitude e transcendência. Cabe ao enfermeiro, atuar nos diversos níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário) envolvidos no processo de saúde-doença do câncer, interferindo assim, diretamente na mudança comportamental da população visada nas principais medidas empregadas a ele.

Destaca-se como papel da enfermagem sua participação no planejamento, execução e avaliação de ações de saúde por meio da operacionalização do cuidado global do indivíduo. Principalmente, no que tange ao processo de educação e orientação, como anteriormente mostrado, a relevância de mudanças comportamentais para redução da casuística da doença. O enfermeiro pode e deve atuar diretamente aos indivíduos, comunidades e profissionais de saúde sobre todos os níveis de prevenção, colaborando com mudanças de comportamento à hábitos mais saudáveis (GOTAY, 2005; LOESCHER, 2004).

Para se reduzir o impacto do câncer, é necessário que se reduza, primeiramente, a prevalência dos fatores comportamentais e ambientais que aumentam seu risco. Também se deve assegurar que programas de rastreamento e protocolos de tratamento baseados em evidências estejam acessíveis, particularmente nas populações menos assistidas pelos serviços de saúde.

A efetividade das intervenções designadas para promover a prevenção e detecção precoce do câncer, também depende de um persuasivo serviço público com publicações, folhetos, propagandas, cartas do governo, programas educacionais ou a comunicação de profissionais da saúde ou especialistas em oncologia. Um ponto vantajoso, é que estas fontes de comunicação representam uma oportunidade persuasiva para mudanças de hábitos na população (SALOVEY, SCHNEIDER, APANOVITCH, 1999).

Campanhas de saúde pública e programas de prevenção são dirigidos à mesma sociedade de telespectadores, consumidores, usuários e eleitores que entendem a estética publicitária. Não existe uma estética adequada e restrita às características, por exemplo, das organizações de saúde. Existem sim características gerais impostas diária e maciçamente pelos meios de comunicação. Estas podem ser utilizadas por organizações e campanhas, a partir de definições estratégicas vinculadas à especificidade e entendimento da organização, da doença, da campanha, do produto e do problema. Este é um processo inevitável e irreversível, especialmente porque todas as pessoas estão expostas, permanentemente, a uma carga de informações, imagens, textos,

palavras, cores, linhas e gráficos sedutores e provocantes, com o objetivo de lhes informar e solicitar uma atitude (WEBER, 1995).

A elaboração de um projeto estratégico de comunicação para a saúde das instituições depende do entendimento da comunicação como política e meta, vinculado à compreensão da instituição a respeito do cenário no qual se insere e atua.

A saúde, assim como outros campos, necessita de estratégias de comunicação que consigam atingir as metas de uma mensagem realmente persuasiva, considerando que esta depende de abordagens e apelos, radicalmente diferenciados quanto aos objetivos, linguagem, mesmo que o público receptor seja o mesmo (STUCHI, 2004).

Produzir uma comunicação eficaz significa gerar apoios, reações e imagens positivas, por meio de um entendimento direto e adequado entre organização e público, através da melhor linguagem e dos meios mais convenientes a ambos. Conhecer e priorizar o público, entender suas expectativas e necessidades são metas fundamentais do planejamento estratégico.

Evidentemente, a definição de objetivos é a consequência da formulação de estratégias, da mesma forma que estas o são de uma política de comunicação constituída a partir do conhecimento dos públicos, enquanto receptor, eleitor, usuário e cidadão. O uso de múltiplos recursos, considerando este objetivo, traz aumento de resultados durante a realização de um dado projeto, evidenciando posteriormente o benefício de cada recurso (HEYMANN, TARASHANSKY, KOKIA,

CHODICK, 2004; BARR, FRANKS, ANTONUCCI, RIFKIND, SCHACHTER, 2001; COHEN, DOBSON, MCGUIRE, 2000).

Planejar a comunicação e decidir sobre os públicos-alvo são movimentos que antecipam os bons resultados, tanto de uma grande campanha mobilizadora quanto da veiculação de uma peça publicitária (PITTA, 1995).

Entender e incluir comunicação como parte estratégica do projeto para prevenção do câncer depende de uma decisão política dos dirigentes da instituição responsável. Os resultados dependem do estabelecimento de processos e sistemas vinculados a atitudes particulares e coletivas desta organização: do discurso à campanha publicitária. A operacionalização qualificada desta decisão dependerá da escolha adequada de meios, linguagens, procedimentos e, especialmente, da capacitação de profissionais e especialistas.

Somente profissionais e especialistas qualificados poderão transformar decisões sobre comunicação em planos estratégicos de comunicação (pesquisa; diagnóstico; planejamento; organização; operacionalização e produção). Cabe aqui destacar a importância do Instituto Nacional do Câncer (INCA) em conjunto com o Ministério da Saúde na tentativa de aprimorar e especializar profissionais da área da saúde, para que possam contribuir em tal plano de ação.

A criação e produção de comunicação podem criar bons resultados, mas se condicionados à falta de estratégia podem determinar um grau muito menor de assimilação e repercussão dos produtos e serviços. Aqui reside a possibilidade de avaliar a capacidade de comunicação das organizações. A imagem sobre a sua competência e qualidade reside na competência de seus profissionais em saber

expressarem isso; depende do processo decisório que indicará atividades com o público interno, de pouca repercussão social (publicações, reuniões, pesquisas), ou uma campanha publicitária, com muita repercussão ou, ainda, um evento (congresso, concurso temático). Nesta decisão, o que está em jogo é a escolha mais acertada, que possa incidir sobre os interesses da organização, de seus públicos e da sociedade. Este acerto dependerá, essencialmente, do conhecimento armazenado sobre a organização, seu público e cenário de atuação (PITTA, 1995; LINARD, 2000).

Neste sentido, estudos nesta área necessitam ser desenvolvidos para que a população possa utilizar-se da informação persuasiva para adoção de métodos mais saudáveis de vida. Para isso, propõe-se avaliar o risco de câncer apresentado por uma população e a efetiva persuasão dos fatores de risco relacionados ao câncer para preveni-lo.

2. 6 ESTRATÉGIA DA COMUNICAÇÃO PERSUASIVA

O controle do câncer depende essencialmente de ações nas áreas da promoção da saúde, proteção específica e do diagnóstico precoce da doença. A comunicação pode ter papel relevante na obtenção dessa meta de controle se utilizado adequadamente. Dentre as diferentes formas, a de comunicação persuasiva pode exercer papel primordial.

A comunicação e a persuasão são objetos de estudos há muitos anos, com o advento da psicologia moderna e das ciências do comportamento no século XX, é natural que a persuasão também seja estudada pelos cientistas do comportamento. Utilizando metodologias empíricas, os psicólogos e outros

especialistas procuraram testar muitas hipóteses que resultaram do passado (LITTLEJOHN, 1988).

A contribuição da persuasão pode ser compreendida a partir de sua conceituação; persuasão é derivada do latim *persuasione*, significando ato ou efeito de persuadir. Persuadir (*persuadere*) é levar à persuasão ou à convicção; é induzir a fazer, aceitar, crer, aconselhar, admitir como verdadeiro, acreditar, convencer-se (MICHAELIS, 1998).

Wallace Fotheringham (1966), na perspectiva da codificação verbal, utiliza cinco conceitos básicos: estímulos, signos, sinais, símbolos e mensagens, esses conceitos distinguem-se de acordo com a sua função.

Aqueles estímulos que representam alguma outra coisa que não eles mesmos são signos. Uma mensagem consiste no uso intencional de signos por um indivíduo, singularmente ou em combinação, a fim de criar efeitos importantes numa outra pessoa ou pessoas. Existem dois tipos de signo e podem funcionar duas maneiras primárias. Um sinal é um signo que indica a presença ou existência de algum objeto, evento ou condição que não ele próprio. Um símbolo suscita na pessoa uma concepção do objeto, evento ou condição.

A resposta simbólica é mais do que o reconhecimento da existência ou presença; a resposta envolve uma caracterização daquilo que é simbolizado. Assim, dois diferentes tipos de significado estão associados a sinais e símbolos. Os sinais geram significação ou reconhecimento vinculado ao tempo e à situação. Os símbolos produzem uma concepção que pode estar ou não vinculada a determinado contexto.

Na abordagem comportamental, considera-se a linguagem um produto de associações e reforço no meio ambiente. As palavras passam a ter significados por associações com objetos, outras palavras ou signos, previamente condicionados (LITTLEJOHN, 1988).

Fotheringham (1966) conceitua persuasão como gênero de comunicação e a descreve como sendo “um conjunto de efeitos nos receptores, relevantes e úteis para as metas desejadas pela fonte, ocasionadas por um processo em que as mensagens foram importantes determinantes daqueles efeitos”. Ele relaciona alguns critérios a essa definição, a saber: 1) a relevância dos efeitos; 2) a instrumentalidade da persuasão; 3) a importância das mensagens; 4) o envolvimento da escolha e 5) a natureza pessoal e interpessoal da persuasão.

No primeiro critério, fica estabelecido que os efeitos que ocorrem nos receptores devem ser relevantes para os objetivos da fonte. O efeito instrumental é aquele que constitui um meio para uma meta. Neste sentido, uma mensagem não pode se identificar como persuasiva ou não; é uma questão de grau. No conceito de instrumentalidade, volta-se ao conceito de meta, esta fundamentalmente, na persuasão, é a ação. A ação é classificada em quatro espécies: adoção, permanência, dissuasão e descontinuidade.

Em relação ao terceiro critério, importância das mensagens, Fotheringham lembra que uma mensagem é um signo, ou grupo de signos, usado intencionalmente por uma fonte para gerar uma significação ou simbolização. As mensagens persuasivas podem ser verbais, não-verbais ou a combinação entre esses dois tipos.

O quarto critério envolve a escolha, sendo importante para a persuasão a ilusão de escolha. E o último critério, é a natureza interpessoal, que está limitada aos seres humanos e é um processo que envolve mais de uma pessoa. No processo de persuasão, uma fonte desenvolve uma mensagem para atingir uma meta envolvendo receptores.

Segundo Fotheringham (1966), o processo da persuasão dá-se em cinco etapas: uma mensagem é enviada a um receptor, a mensagem é percebida e identificada pelo receptor, o intérprete (receptor) atribui um significado à mensagem, o significado dentro do receptor atua como um estímulo para quaisquer efeitos que possam ocorrer e os efeitos no receptor geram uma ação que pode relacionar-se com a meta desejada pelo persuasor. O importante conceito central neste modelo é que o estímulo para a mudança é o significado suscitado no receptor (LITTLEJOHN, 1988). Podemos, a nosso ver, representar esquematicamente o processo de persuasão, a seguir:

Figura 1: Representação esquemática do processo de persuasão.

Os efeitos que esse significado pode suscitar são de três tipos: afetivos (nível de sentimento), cognitivos (conhecimento, opiniões, crenças) e efeitos comportamentais manifestos. Mas também, podem ocorrer efeitos indesejados divididos em dois grupos. Primeiro, os efeitos preliminares ao processo de persuasão, que incluem: exposição seletiva, rejeição da mensagem, distorção ou reestruturação cognitiva da mensagem, efeitos de congruência (distorção da mensagem ou fonte), esquecimento ou recordação seletiva, descontinuidade de crença ou sentimento, dissociação da fonte do conteúdo da mensagem e resistência à persuasão.

No segundo grupo, os efeitos referem-se às respostas de ação por parte do receptor que contrariam a meta do persuasor, incluindo a demora de adoção, a não-adoção, a superadoção, os substitutos de ação, a não-dissuasão, a descontinuidade indesejada e distorção do *feedback*.

O processo de persuasão, enquanto gerador de efeitos relevantes e úteis nos receptores, pode ser utilizado como estratégia para diminuição do risco de câncer em uma população, isto é, o uso deste processo na comunicação para prevenção e detecção precoce do câncer pode gerar comportamentos preventivos. Portanto, este trabalho utilizou-se destes referenciais para seu desenvolvimento.

2. 7 MUDANÇA DE COMPORTAMENTO E O CÂNCER

A comunicação persuasiva vem ao encontro da modificação dos comportamentos de risco para comportamentos preventivos ou de detecção

precoce de possíveis casos de câncer. Diversos estudos mostraram que ao utilizar campanhas publicitárias direcionadas ao público alvo, com a utilização de linguagem apropriada à uma determinada população, o sucesso foi observado (WARD, BERTERA, HOGE, 1997; COHEN, DOBSON, MCGUIRE, 2000).

Considera-se comportamento como o conjunto de reações de um sistema dinâmico em face às interações e realimentações propiciadas pelo meio onde está inserido. Exemplos de comportamentos são: comportamento social, comportamento humano, comportamento animal, comportamento atmosférico, etc. Ou ainda, ser considerado como a conduta, procedimento, ou o conjunto das reações observáveis em indivíduos em determinadas circunstâncias inseridos em ambientes controlados. Podendo ser descrito como uma contingência tríplice composta de antecedentes-respostas-consequências, ou respostas de um membro da contingência (WIKIPÉDIA, 2007).

Teorias comportamentais em saúde baseiam-se na premissa de que diferentes tipos de variáveis interagem para afetar comportamentos, tais como, as diferenças individuais, ambiente social e comunidade; modificando estas variáveis e suas relações pode-se levar à mudança de comportamento (GOTAY, 2005; GLANZ, LEWIS, RIMER, 2002).

Fatores individuais incluem conhecimento, atitude, experiências prévias e preferências pessoais. Alguns destes fatores individuais podem ser particularmente importantes na influência de comportamentos de saúde como o fator cognitivo, percebendo benefício ou risco de uma mudança em particular no

comportamento, além da auto-suficiência (acreditando que seja capaz de fazer a mudança).

Outro importante fator individual é da adaptação da mudança em um contínuo, por exemplo, uma pessoa pode não ter considerado estar passando pela mudança, enquanto outros estão percebendo e tentando mudar. Estes indivíduos requerem diferentes estratégias para criar uma mudança comportamental.

Fatores sociais incluem valores e atitudes de familiares e amigos, o suporte social e a pressão envolvida neste processo.

Fatores comunitários podem incluir variações culturais, como normas e regras sociais; regulação de área de fumantes e taxas de produtos do tabaco são exemplos de fatores comunitários.

Baseando-se nesses principais fatores, a comunicação persuasiva é uma importante aliada para colaborar na efetivação dessas medidas de prevenção e controle do câncer.

Desta forma, este estudo baseia-se na identificação do grau de risco apresentado em uma população utilizando-se um instrumento para tal avaliação, visto que somente identificando a real situação desta população poderemos posteriormente propor intervenções. Além disso, também propomos a avaliação da comunicação persuasiva envolvida no câncer por meio de um questionário, contemplando: a relevância dos efeitos; a instrumentalidade da persuasão; a importância das mensagens; o envolvimento da escolha; a natureza pessoal e interpessoal da persuasão.

Optou-se na realização deste estudo pela tradução e adaptação do instrumento: “*Cancer: Assessing your Risk*”, desenvolvido pela Sociedade

Americana de Câncer (ACS, 1998), uma vez que o mesmo contemplava também os aspectos preconizados pelo INCA, já descritos, e ainda por não ter sido identificado nenhum outro instrumento brasileiro que abrangesse os diferentes tipos de câncer, sobre a perspectiva de análise de risco.

Também foi feita a construção e validação aparente de um questionário específico para avaliação da persuasão, contemplando os aspectos do referencial teórico mencionado.

A seguir, a população foi submetida à aplicação dos questionários. Foram selecionados os indivíduos que contemplaram os critérios de inclusão do estudo. Os dados coletados foram digitalizados em um banco de dados e após, os mesmos foram categorizados de acordo com análise estatística pertinente.

Assim, pretendeu-se identificar o risco de câncer contemplando seus diversos fatores e a exposição de uma população à informações de prevenção e detecção precoce de câncer e, por conseguinte sua persuasão a estas informações, com favorecimento à mudança de comportamento. Tais passos serão descritos pormenorizadamente a seguir.

3. OBJETIVOS

3.1 GERAIS

- Avaliar o grau de risco para apresentação de câncer contemplando os fatores de risco pertinentes;
- Avaliar a presença e as características da persuasão na comunicação para prevenção e detecção precoce de câncer.

3.2 ESPECÍFICOS

- Traduzir e adaptar o instrumento “Câncer: Assessing your risk” para a cultura brasileira (anexo 1);
- Construir um questionário embasando-se no processo de persuasão;
- Identificar os fatores de risco envolvidos no risco apresentado pelos sujeitos;
- Identificar os meios e características da informação empregada para prevenção e detecção precoce de câncer.

4. METODOLOGIA

4.1 CONSIDERAÇÕES PARA TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE CÂNCER

A utilização de um determinado instrumento ou de classificações concebidos em um idioma específico tem sido objeto de vários estudos atualmente, onde ocorre o processo de validação desses instrumentos para o uso dos mesmos em diversos contextos.

Métodos etnográficos têm proporcionado dados muito ricos com relação ao contexto cultural do cuidado de enfermagem, porém o uso de instrumentos de medida em pesquisa transcultural exige cuidados com relação ao processo de tradução dos mesmos para a língua do grupo cultural em questão (JONES, 1987). A partir desta necessidade que se desenvolveu toda uma metodologia quanto à tradução e adaptação de instrumentos de medida na área da saúde.

Observa-se que estudos transculturais envolvem necessariamente o uso da linguagem e, portanto a tradução de uma simples sentença pode gerar problemas de comunicação. Enfatiza-se ainda que a utilização de sistemas de classificação traduzidos dependa do rigor científico empregado no processo de adaptação para a língua alvo (NÓBREGA, 2000).

Existem muitos trabalhos na literatura que envolvem a tradução e adaptação transcultural de instrumentos na área da saúde. No entanto, nenhum deles contemplava a avaliação de risco de câncer na população, deste modo optou-se pela tradução e adaptação do instrumento "*Cancer: assessing your risk*" desenvolvido pela Sociedade Americana de Câncer.

As traduções transculturais em Enfermagem, apesar dos diversos trabalhos que discutem as metodologias e suas dificuldades, não possuem um consenso entre os autores sobre a melhor metodologia para a realização de tal atividade (JONES, KAY, 1992).

A adaptação transcultural pressupõe a combinação de duas etapas interligadas: a tradução do instrumento e a sua adaptação propriamente dita. A partir da tradução literal de palavras e situações de um idioma para outro, de um contexto cultural para outro, procede-se a avaliação da qualidade da medida adaptativa em relação à sua compreensão, validade aparente e de conteúdo, replicagem e adequação (GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON, 1993).

Brislin (1970), com base em estudo que investigava fatores que afetam a qualidade da tradução como a equivalência entre as versões e a revisão da literatura especializada, apresentou uma sugestão de procedimento metodológico constituído de cinco etapas, para prover uma tradução adequada do inglês para outras línguas. Cada etapa pressupõe uma situação ideal, contudo, é possível fazer mudanças nos procedimentos para adequá-los ao projeto de pesquisas. As etapas relatadas são:

1) Instrução de um bilíngüe para traduzir a fonte em inglês para a língua alvo, e de um outro bilíngüe para fazer a *back-translation* da língua alvo para o inglês.

2) Exame por vários juízes, da fonte em inglês, da tradução para a língua alvo e da *back-translation*, para identificarem erros que levem às diferenças de

significado, e ainda, se possível o questionamento de outros juízes, depois de lerem somente uma das versões.

3)Na não existência de erros de significado, fazer o pré-teste do material traduzido, com pessoas que falem a língua alvo. Revisão da tradução e do original em inglês, a partir dos resultados do pré-teste. Exame criterioso da tradução, por outro bilíngüe.

4)Demonstração da adequação da tradução, encaminhando-se o material para sujeitos bilíngües, vendo alguns a versão em inglês, outros a tradução na língua alvo e outros ambas as versões. As respostas devem ser similares entre os grupos, e verificadas através do significado, do desvio padrão e de coeficiente de correlação.

5)Relato das experiências, usando-se diferentes critérios para a equivalência.

Embora não haja um consenso a respeito de metodologias, algumas dimensões de equivalência transcultural precisam ser respeitadas num processo de tradução: **equivalência de conteúdo** – o conteúdo de cada cultura estudada; **equivalência semântica ou de vocabulário e sintático-gramatical** – o significado de cada item deve permanecer o mesmo, após a tradução para o idioma de outra cultura; **equivalência técnica** – o método de coleta de dados deve ser comparado, em cada cultura, no que diz respeito aos dados que produz; **equivalência de critério** – a interpretação da medida da variável deve permanecer a mesma, quando comparada com a norma para cada cultura estudada; e **equivalência conceitual** – o instrumento deve medir o mesmo construto teórico básico em diferentes culturas (FLAHERTY et al, 1988).

Há ainda, nesta mesma linha, as dimensões de equivalência transcultural que devem ser respeitadas: **equivalência lingüística** – é medida pela diferença do escore de cada sujeito; **equivalência conceitual** – é medida por meio de índices de correlação, há compreensão, se houver significância estatística entre as respostas; **equivalência de escala** – com a aplicação do instrumento verifica o mesmo fenômeno em ambas as línguas (MUNFORD, 1991).

Considera-se também, na equivalência transcultural a ocorrência de apenas uma única dimensão – a **equivalência de tradução**, dividida em duas fases: a) o uso da *back-translation* como critério, a considerando fidedigna, b) o uso de correlações estatísticas significantes entre os escores resultantes da aplicação do instrumento em ambas as versões a uma amostra de sujeitos bilíngües (PLASS, 1991).

Após uma ampla revisão da literatura sobre adaptação transcultural, Guillemin, Bombardier, Beaton (1993), desenvolveram uma proposta metodológica para tal adaptação contemplando os aspectos: tradução semântica, idiomática, experimental ou cultural e conceitual. A qual é composta pelas etapas: tradução e *back-translation* por pessoas qualificadas, revisão da tradução por um comitê de juízes, pré-teste para a equivalência com o uso da *back-translation* adaptada, ponderação dos escores e avaliação das propriedades psicométricas do instrumento adaptado.

Estudos utilizando variações do processo de Brislin (1970) são encontrados na literatura especializada. Entre eles está a tradução do inglês o SCII (Inventário de Interesse de Strong-Campbell) para a língua espanhola, objetivando testar uma metodologia de tradução e validação de uma fonte para uma retro-tradução

equivalente, para tanto foi utilizada a técnica sugerida por Brislin (1970) com modificações em três etapas do processo.

Em outro estudo onde foi realizada a adaptação transcultural dos títulos e definições dos fenômenos de enfermagem da CIPE – versão alfa, constituído de um trabalho cuidadoso e de grande dimensão, realizado com rigor metodológico (NÓBREGA, 2000) também, foi utilizado uma adaptação da técnica de *backtranslation* de Brislin (1970).

Portanto, a definição de um método para a realização do presente estudo, deve buscar, entre as diversas propostas existentes, aquele que contemple o rigor necessário à pesquisa transcultural e ao mesmo tempo seja factível, do ponto de vista operacional.

A maioria das propostas metodológicas para tradução de instrumentos encontrados na literatura é elaborada de variações adaptadas da seqüência de procedimentos de Brislin em 1970. No entanto, após uma revisão da literatura Guillemin, Bombardier, Beaton (1993), propuseram uma padronização de procedimentos para realizar este processo com instrumentos de medida de qualidade de vida relacionada à saúde. Os passos para preservar a equivalência são:

- 1) Tradução – devem ser produzidas várias traduções, utilizando-se pelo menos dois diferentes tradutores qualificados. Recomenda-se que os tradutores tenham a língua alvo nativa, e que alguns tenham conhecimento dos objetivos do trabalho e dos conceitos envolvidos e outros não

- 2) Retrotradução – devem ser produzidas tantas *backtranslations* quantas foram as traduções, também por retrotradutores qualificados. Ao contrário de alguns tradutores, os retrotradutores não devem ter conhecimento algum sobre os objetivos e conceitos envolvidos no trabalho.
- 3) Revisão por um comitê de juizes – os participantes do comitê devem ser especialistas no assunto abordado, preferencialmente pertencentes a diferentes disciplinas e bilíngües. Devem utilizar técnicas estruturadas para resolver discrepâncias, comparando-se a versão original e a traduzida do instrumento, sendo aconselhado contato com o autor de forma a garantir a flexibilidade para se fazer modificações quando necessário. O comitê também contribuir para garantir que a tradução seja completamente compressível e que haja equivalência transcultural entre as versões original e final.
- 4) Pré-Teste – aplicar o instrumento a uma amostra da população a ser estudada, a fim de encontrar possíveis erros ou desvios da tradução que não tenham sido percebidos nas fases anteriores.
- 5) Mensuração dos escores – deve se considerar a adaptação dos pesos dos escores ao contexto cultural. Usando de um julgamento por especialistas, a validade transcultural da mensuração dos itens deve ser reexaminada, escolhendo-se a melhor técnica de análise dos dados obtidos.

Estudos deste tipo vêm sendo realizados utilizando-se seqüências de etapas similares, derivadas e adaptadas da proposta inicial de Brislin (1970) (NÓBREGA, 2000).

No presente estudo, para maior fidelidade ao instrumento proposto, adotou-se os passos preconizados pelo modelo proposto por Brislin (1970) com as adaptações anteriormente descritas. Contudo, a etapa de demonstração da adequação da tradução, onde o material é submetido à sujeitos bilíngües, vendo as diferentes versões, verificando entre os grupos os significados, o desvio padrão e o coeficiente de correlação não foi desenvolvido, uma vez que entendeu-se que o instrumento não apresentava um construto a ser avaliado, mas sim respostas comportamentais do tipo sim ou não, além de variáveis demográficas, aspectos esses não aplicáveis a validação transcultural.

4.2 CONSTRUÇÃO DA TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE RISCO

Este estudo realizou a tradução e adaptação do instrumento de avaliação de risco de câncer "*Câncer: assessing your risk*" para a realidade brasileira. Baseando-se na literatura descrita, a metodologia empregada será de Brislin (1970) com adaptações compatíveis a realidade do presente estudo. Foram realizadas as seguintes etapas:

- 1) tradução do instrumento para cálculo de risco de câncer do inglês para a língua portuguesa, por um bilíngüe, incluindo revisão, correção e modificações feitas por outro bilíngüe e uma revisão final;
- 2) *backtranslation* feita por outro elemento bilíngüe, incluindo revisão, correção e modificações da *backtranslation*, procurando corrigir

erros da língua portuguesa, passagens truncadas e informações desencontradas de acordo com o original;

- 3) revisão e modificação da *backtranslation* por um grupo de *experts* na área da Enfermagem, para que seja feita a correlação das versões (original, tradução e a *backtranslation*);
- 4) aplicação do instrumento no pré-teste e posterior aplicação do mesmo em uma população.

Ainda que as tentativas de contato com a Sociedade Americana de Câncer foram sem sucesso, o instrumento “*Câncer: assessing your risk*” foi empregado por ser considerado de domínio público já que foi publicado e sua tradução visava somente colaboração científica.

A seguir, foi feita a tradução do instrumento da língua inglesa para a portuguesa, por um bilíngüe, incluindo revisão, correção e modificações feitas por outro bilíngüe e uma revisão final. Considerou-se como bilíngüe os indivíduos fluentes em duas línguas, com vivência em cada país de pelo menos um ano (GARYFALLOS et al, 1991).

A partir da tradução, foi desenvolvida a *back-translation* por outro elemento bilíngüe, que não estava ciente do objetivo da tradução e não tinha formação específica na área da enfermagem, procurando corrigir erros da língua portuguesa, passagens truncadas e informações desencontradas de acordo com o original.

Após a tradução do instrumento e *back-translation* por profissionais que atenderam as recomendações da literatura, uma nova revisão foi feita pela autora, a fim de verificar a tradução do texto e similaridade dos termos empregados.

A partir desses textos (original, tradução e retrotradução) foi elaborado um quadro comparativo (apêndice 1), contendo três colunas: uma com o texto original em inglês, outra com a *back-translation* e a última com a tradução para o português, com os espaços para concordância ou não das versões e as sugestões de modificações. O mesmo foi entregue a um grupo de peritos para avaliação, explicando que os apontamentos seriam relacionados a correlação compreendida entre as traduções.

Os critérios para seleção dos peritos foram: proficiência na língua inglesa; envolvimento com trabalhos de validação e/ou trabalhos relacionados ao tema (câncer); aceitação em participar do estudo, registrando concordância no termo de consentimento livre e esclarecido.

Encerradas as avaliações, com índices de concordância dos *experts* foram entre 99% e 80%, classificados deste modo como quase o mesmo significado (FLAHERTY et al, 1988), a versão final foi elaborada e, foi empregado em uma população similar à proposta para intervenção (avaliação de risco de câncer), a fim de observar sua validade. Não houve necessidade de mudanças substanciais, o que levou a conclusão desta tradução (apêndice 2).

4.3 CONSIDERAÇÕES PARA ELABORAÇÃO DO QUESTIONÁRIO RELATIVO À PERSUASÃO

Segundo Polit (2004), os pesquisadores geralmente iniciam a elaboração de um questionário a partir de um resumo do conteúdo do instrumento. As questões para as áreas de conteúdo são, então, esboçadas ou, se possível, emprestadas ou adaptadas de outros instrumentos. Os pesquisadores devem

monitorar, cuidadosamente, a formulação de cada questão quanto à clareza, sensibilidade ao estado psicológico do respondente, ausência de parcialidade e nível de leitura (quando necessário). As questões devem ser, depois, ordenadas em uma seqüência psicológica significativa que encoraje a cooperação e a sinceridade.

Os instrumentos esboçados são, em geral, revisados criticamente pelos colegas ou colaboradores, e então pré-testados em uma amostra pequena de respondentes. O pré-teste é um ensaio para determinar se o instrumento foi formulado com clareza, sem parcialidade e se é útil para a geração das informações desejadas.

Polit (2004) ainda ressalta que os pesquisadores ao utilizarem uma abordagem de auto-relato devem decidir se utilizam uma entrevista ou um questionário. Há vantagens em ambas técnicas, a saber:

- Os questionários têm menos custo e exigem menos tempo e esforço para administrar; esta é uma vantagem importante, se a amostra estiver geograficamente dispersa.

- Os questionários oferecem a possibilidade de anonimato completo, que pode ser crucial na obtenção de informação sobre comportamentos ilegais ou desviados, ou sobre características embaraçosas.

- Eles, também, asseguram, com a ausência do entrevistador, que não existirá parcialidade refletindo a reação do respondente ao entrevistador mais do que às próprias questões.

No caso das entrevistas, seus pontos fortes são:

- O índice de resposta tende a ser alto nas entrevistas face a face. Os respondentes têm menos probabilidade de recusar-se a falar com o entrevistador do que de ignorar um questionário, especialmente em questionários enviados pelo correio. Os baixos índices de resposta podem levar à parcialidade, porque os respondentes raramente compõem um subconjunto aleatório daqueles que o pesquisador pretendia incluir no estudo.

- Muitas pessoas simplesmente não podem preencher um questionário, como por exemplo, crianças pequenas, os cegos e pessoas mais idosas; já entrevistas são viáveis para a maioria das pessoas.

- As perguntas têm menos probabilidade de serem mal-interpretadas pelos respondentes, pois o entrevistador pode determinar se as questões foram entendidas.

- Os entrevistadores podem produzir informações adicionais através da observação da situação de vida dos respondentes, seu nível de entendimento, seu grau de cooperação e assim por diante, pois tudo isso pode ser útil para a interpretação das respostas.

Diante disto, conclui-se que os pontos fortes das entrevistas superam os dos questionários. Logo, optou-se pela elaboração de um questionário aplicado em uma entrevista aos sujeitos da pesquisa.

4.4 CONSTRUÇÃO DO QUESTIONÁRIO RELATIVO À PERSUASÃO

Foi elaborado um questionário com o propósito de contemplar o conteúdo da teoria da persuasão adotada, desenvolvido da seguinte forma:

- 1) elaboração de questões com múltiplas alternativas pela pesquisadora abordando alguns critérios, a saber: a) a relevância dos efeitos; b) a instrumentalidade da persuasão; c) a importância das mensagens; d) o envolvimento da escolha e, e) a natureza pessoal e interpessoal da persuasão (apêndice 3);
- 2) análise do instrumento por 3 juízes conhecedores da Teoria de persuasão;
- 3) modificações e acréscimo das sugestões apresentadas pelos mesmos;
- 4) retorno do instrumento aos juízes para verificação das possíveis alterações;
- 5) aplicação do instrumento a pequena população como análise pré-teste;
- 6) avaliação dos dados obtidos e aplicação do instrumento à população pertinente ao estudo.

O questionário foi entregue ao grupo de juízes acompanhado de um instrumento para avaliação (apêndice 4). Este continha uma instrução para que os juízes colocassem sua concordância ou não referente às questões e sua forma; no caso de discordância deveriam apontar ainda suas sugestões.

Os critérios para seleção dos juízes foram: conhecimento da teoria de persuasão; envolvimento com a elaboração de questionários e/ou trabalho em comunicação; aceitação em participar do estudo, registrando concordância no termo de consentimento livre e esclarecido.

Encerradas as avaliações, as sugestões foram atendidas e a versão final foi elaborada (apêndice 3) A seguir, o questionário foi empregado em uma população similar à proposta para intervenção e sem necessidade de modificações relevantes, ele foi utilizado na população alvo.

Portanto, no presente estudo foram empregados os dois instrumentos acima descritos.

4.5 MATERIAIS E MÉTODOS

4.5.1 LOCAL

A pesquisa foi realizada em um bairro da cidade de Ribeirão Preto-SP (Jardim Paiva I) que possui um vínculo com a Universidade, isto é, a Universidade desenvolve ações de extensão neste local. Tal escolha deve-se ao fato, ainda, da possível colaboração do estudo para o planejamento de estratégias efetivas no bairro com a implantação de uma Unidade de Saúde.

O Jardim Paiva teve seu início com a construção de casas populares a partir de mutirões de construção, custeadas pela Cohab-RP (Companhia de Habitação de Ribeirão Preto), na antiga Fazenda Baixadão, foram cerca de 90 casas, realizadas em etapas. A prefeitura da cidade investiu recursos em obras de infraestrutura para viabilizar tal projeto.

4.5.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população deste estudo foi constituída pelos moradores do bairro em estudo, com seleção aleatória. Foi realizado um sorteio com 25% entre as 440

casas do bairro, obteve-se uma amostra contendo 110 residências. Estas foram contatadas, e quando não foi possível o contato, pela ausência do morador, era realizada a reposição com os vizinhos da esquerda e da direita, nesta seqüência. Quando não fosse obtido sucesso após tais tentativas, era feito um novo sorteio de reposição seguindo os mesmos passos.

Foram critérios de inclusão: concordância em participar do estudo voluntariamente, idade igual ou superior a 18 anos, ser morador do bairro (não importando o tempo de residência) e conservar aspectos cognitivos.

Critérios de exclusão: estar em tratamento oncológico ou ainda, não estar em remissão da doença.

4.5.3 ANÁLISE DOS DADOS

Empregou-se análise estatística dos dados a partir do programa SPSS versão 15.0, tendo as variáveis contemplado os preceitos da teoria de persuasão de Fotheringham (1966), os fatores de risco e as características dos sujeitos.

4.5.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O estudo foi submetido à autorização do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), protocolado pelo nº 0582/2005.

Somente participaram do mesmo, sujeitos que concordassem em participar voluntariamente após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice 5) e ter conhecimento dos objetivos do estudo.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados apresentados a seguir são referentes aos sujeitos entrevistados (110 respondentes) com relação às características sócio-econômico-demográficas, posteriormente também, serão apresentados os dados relativos ao cálculo de risco de câncer e comportamentos empregados sob a perspectiva da persuasão.

Com relação aos dados sócio-demográficos, obteve-se uma média de quatro moradores por casa, com mínimo de um e máximo de oito moradores, variância de 2,14. No estado civil dos sujeitos houve predomínio de casados (55,5%) e as ocupações mais freqüentes são do lar e doméstica (58,2%).

Em relação ao sexo, observou-se que 81,8% eram mulheres e 18,2% homens. A idade dos respondentes variou entre 18 e 75 anos, com média de 38,1 anos e mediana igual a 36 anos.

A maioria dos sujeitos é de casados, com primeiro grau incompleto, seguidos de casados com segundo grau completo.

Deste modo, o perfil dos sujeitos pode ser assim considerado: mulheres, com idade variando entre 25 a 45 anos, primeiro grau incompleto, casada, do lar e morando em uma residência com quatro pessoas.

Tabela 1: Distribuição das características sócio-econômico-demográficas dos respondentes, 2007.

Variáveis		n	%
sexo	feminino	90	81,8
	masculino	20	18,2
	Total	110	100,0
Faixa etária	18 a 25 anos	19	17,3
	26 a 35 anos	30	27,3
	36 a 45 anos	35	31,8
	46 a 55 anos	15	13,6
	maior de 56 anos	11	10,0
	Total	110	100,0
morador por casa	1 a 2	10	9,1
	3 a 4	62	56,4
	5 a 6	29	26,3
	7 a 8	9	8,1
	Total	110	100,0
estado civil	solteiro	17	15,5
	casado	61	55,5
	amasiado	17	15,5
	divorciado	10	9,1
	viúvo	5	4,5
escolaridade	Total	110	100,0
	1º grau completo e incompleto	72	65,5
	2º grau completo e incompleto	33	30
	3º grau completo e incompleto	5	4,5
	Total	110	100,0
ocupação	do lar	54	49,1
	doméstica	10	9,1
	desempregado	7	6,4
	serviços gerais	5	4,5
	outros	34	30,9
	Total	110	100,0

As mulheres corresponderam à maioria dos entrevistados, no entanto, isto não significa que sejam também, maioria dos moradores do bairro, já que a média de moradores foi de quatro pessoas, em geral com marido (casadas) e filhos. A

característica de ser mulher é um fator de risco para o câncer de mama, como relata a Sociedade Americana de Câncer que a maioria das mulheres (75%) que apresentaram este câncer não tinham nenhum outro fator de risco (ACS, 1998), mostrando que as mesmas devem ser mobilizadas sob tal perspectiva.

Além disso, a faixa etária compreendida pelo grupo, mostra que estes ainda não estão em idades mais avançadas, mas, por exemplo, o aumento da incidência de câncer de mama ocorre proporcionalmente com o aumento da idade (INCA, 2002); o câncer de cólon e reto, também traz o sujeito ao grupo de riscos maiores com o aumento da idade. Portanto, ações preventivas principalmente, de nível primário, nesta faixa etária são fundamentais para a prevenção de diversos tipos de câncer.

Corroborando com tal perspectiva, a escolaridade é um fator comprovadamente interveniente em diversos aspectos relacionados à saúde; por exemplo, de acordo com um relatório do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), no ano 2000, a taxa de mortalidade em menores de cinco anos entre filhos de mulheres com até três anos de estudo era quase 2,5 vezes maior do que entre os filhos de mães com oito ou mais anos de estudo. Mostra-se aqui que o grupo estudado necessita de ações especiais voltadas para a prevenção de doenças e manutenção da saúde (BUSS, PELLEGRINI, 2006).

A ocupação, também interfere como fator de risco, visto que em determinadas atividades ocorre exposição do trabalhador a potenciais fatores carcinogênicos, como por exemplo, arsênio ou radiação ionizante (DOLL, PETO, 1981); no caso específico deste grupo não houve tal exposição.

A partir dessas considerações acerca dos sujeitos entrevistados, passaremos a apresentar o perfil de risco observado neste grupo baseando-se no questionário descrito anteriormente.

Tabela 2: Distribuição dos escores de risco de câncer segundo o tipo de câncer, 2007.

Risco de câncer tipo	Baixo ou leve		Moderado		Alto		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
pulmão	100	90,9	10	9,1	-----		110	100
cólon/reto	59	53,6	48	43,6	3	2,7	110	100
mama	74	66,7	16	14,4	-----		90	100
cérvico	75	68,2	11	10,0	4	3,6	90	100
endométrio	66	60	17	15,5	7	6,4	90	100

Todos os sujeitos apresentaram risco para **câncer de pulmão**; houve predomínio da categoria de baixo ou leve, na qual o sujeito apresentava baixo risco ou ainda era considerado um fumante leve, com boas chances de cessar o hábito. Já os de moderado risco, com chances aumentadas de câncer de pulmão e do trato respiratório, onde o ponto de parada no hábito de fumar passa a ser muito importante.

A classificação de risco, segundo o questionário, contempla os itens preconizados pelo INCA/MS, como o sexo, idade, exposição a agentes,

comprovadamente, cancerígenos inspirados e o principal deles, o fumo, relacionando os vários aspectos que o envolve: tempo, tipo e quantidade.

Ao fumo, atribui-se o principal fator de risco evitável não só para câncer de pulmão, como também para doenças cardiovasculares e respiratórias. No último século ele foi responsável por causar 100 milhões de mortes e, se os índices se mantiverem chegará a um bilhão de mortes (INCA, 2004; STEWART, COATES, 2005; GOTAY, 2005).

No estudo, os sujeitos com risco moderado eram todos fumantes, com índices de longo período de tabagismo, metade fumava há mais de 25 anos e os outros entre 15 e 25 anos.

Embora todos os sujeitos com risco moderado fossem fumantes, ainda restaram 15 fumantes com risco leve, pois o principal fator desta classificação foi conferido ao tempo menor do hábito de fumo.

Além disso, do total de 25 fumantes entrevistados, 40% permaneciam na faixa de menos de 30 anos, ou seja, adultos jovens candidatos a aumentarem seus riscos com o tempo ou ainda, sofrerem intervenções para que este fator de risco seja diminuído (IARC, 1986).

Segundo a literatura, conclui-se que intervenções comportamentais devem ser desenhadas contando com a prevenção ou parada do fumo, focando em diferentes níveis: intervenções individuais, onde o foco seja a mudança de comportamento individual; intervenções em grupo, que podem ser trabalhos em igrejas e escolas, por exemplo; intervenções na comunidade, onde múltiplas estratégias de mudança de comportamento podem ser direcionadas constantemente na comunidade; intervenções sociais, que contempla mudanças

nas políticas adotadas, em geral. Mas, na maioria das vezes faz-se necessário a combinação de intervenções (GOTAY, 2005). A persuasão, sob tal ótica, insere-se em alguns tipos de intervenções, como individuais, coletivas e até mesmo em políticas adotadas.

O risco para **câncer de cólon e reto** identificado foi de 2,7% em alto risco nos sujeitos do estudo, tendo como fator de impacto o histórico da família com câncer ou pólio de cólon, neste caso, é indicado uma avaliação periódica para acompanhamento. Pois, uma das hipóteses aceitas pela literatura é de que pólipos adenomatosos são precursores da grande maioria dos cânceres colorretais e a taxa de transformação de adenoma para lesão maligna varia de 5% a 40%, esse processo ocorre em torno de 10 a 15 anos, havendo um período pré-clínico detectável bastante grande (INCA, 2002).

O rastreamento deste câncer presta-se tanto à prevenção primária, detecção e remoção de lesões precursoras, como à secundária, na detecção de lesões malignas. Os meios utilizados para tanto são a pesquisa de sangue oculto nas fezes, com valor preditivo positivo para carcinoma entre 2% e 10%, e adenomas de 20% a 30%, além da retossigmoidoscopia e colonoscopia, podendo detectar 60% dos pólipos e 95% dos cânceres colorretais, respectivamente (INCA, 2002; GREENWALD, KRAMER, WEED, 1995).

Já o risco moderado, considerado aos 43,6% dos sujeitos deve-se ao fato da idade superior aos 40 anos, o que isoladamente já traz o sujeito ao escore de risco moderado.

Em contraste ao fumo, que já está consistentemente descrito na literatura como uma das causas do câncer de pulmão, pesquisas com dietas e sua relação

com câncer não são muito claras (GOTAY, 2005). Existem muitas indicações de fatores dietéticos importantes na determinação de risco de câncer, mas ainda não há evidências decisivas para embasar tal conclusão (DOLL, PETO, 1981). Acrescentam-se aqui, inclusive aditivos e alimentos transgênicos sob tal perspectiva.

No entanto, a dieta saudável é uma recomendação tanto do INCA quanto de órgãos internacionais para prevenção do câncer, mesmo que os estudos ainda não tenham conseguido alcançar as relações de causa e efeito, esta dieta é indicada e as intervenções empregadas para tanto são em nível individual e coletivo.

Dentre as medidas preventivas adotadas por esta população, ressalta-se que 95,5% ingerem frutas, verduras e legumes; contudo, 98,2% não possuíam exame de sangue oculto nas fezes e 95,5% não realizaram exames para câncer de cólon e pólipos nos últimos anos (retossigmoidoscopia ou colonoscopia), mostrando que medidas preventivas mais complexas (realização de exames) não são empregadas.

Relacionado ao risco de **câncer de mama** 14,4% dos sujeitos apresentavam risco moderado, destes 87,5% o principal fator de impacto foi a idade superior a 50 anos e o restante, sujeitos com idade entre 40 e 49 anos, sem mamografia ou exame clínico das mamas. Tais fatores corroboram com os marcadores preconizados em grupos de risco pelo INCA/MS: idade, história familiar de câncer de mama na pré-menopausa; fatores reprodutivos, como menopausa tardia, menarca precoce, primeira gravidez em idade avançada ou nuliparidade; obesidade, álcool e exposição à radiação ionizante.

Os marcadores citados são multifatoriais e, desta forma, dificilmente suscetíveis à prevenção primária, sendo o rastreamento a grande arma da saúde pública para o controle do câncer de mama (PINHO, 2004).

Como mencionado, o fato de ser mulher já aumenta as chances de câncer de mama. Outro fator discutido na literatura são os marcadores genéticos BRCA 1 e 2, genes produtores de proteínas que regulam o mecanismo de multiplicação celular e são conhecidos como supressores de tumores (MAHON, 1998; MEISTER, MORGAN, 2000).

O antecedente familiar é de fácil investigação em anamneses e inquéritos e, por isso, é um dos principais indicadores para o desenvolvimento de ações de detecção precoce sistemáticas nas mulheres que o apresentam. Entretanto, como é um fator de risco de baixa prevalência, e nem todas as mulheres que o apresentam irão desenvolver o câncer de mama, pouquíssimos casos irão ser detectados em sua fase inicial, se este for o único critério utilizado (PINHO, 2004).

As variáveis hormonais e reprodutivas são muito consideradas na etiologia do câncer de mama; têm como plausibilidade biológica geral a exposição a estrógenos, prostágenos e outros hormônios que, por sua vez, têm potencial carcinogênico. Dados como nuliparidade, idade da primeira gestação, menopausa tardia e uso de reposição hormonal são fatores importantes para a avaliação do risco na prática individual, haja vista, que alguns deles já estão estabelecidos em sua relação causal com este tipo de câncer (CANTY, 1997; MAHON, 1998; MEISTER, MORGAN, 2000).

Ressaltou-se entre as entrevistadas a realização do auto-exame de mama em 76,6% e 42,2% o exame clínico ou mamografia. Àquelas com idade superior a

50 anos, todas realizaram o exame clínico das mamas ou mamografia e entre 40 e 49 anos, 68,1% também o fizeram.

O auto-exame das mamas possui uma sensibilidade de 26% em países desenvolvidos; mas, estudos bem desenhados sugerem que o auto-exame não parece ser eficiente como técnica de rastreamento, não havendo evidências de redução da mortalidade (INCA, 2002) causando, ainda, como conseqüências negativas, a sensação de insegurança em falsos positivos e segurança em falsos negativos.

A sensibilidade do exame clínico das mamas varia entre 57% e 83% em mulheres com idade entre 50 e 59 anos, naquelas entre 40 e 49 anos é em torno de 71%. A mamografia possui uma sensibilidade em torno de 46% a 88% e depende: do tamanho e localização da lesão, densidade do tecido mamário, idade da paciente, qualidade do exame e habilidade de interpretação do radiologista. Assim, ensaios clínicos sugerem existir uma redução de 15% na mortalidade feminina por câncer de mama na idade de 50 a 69 anos em rastreamentos que combinam mamografia e exame clínico (INCA, 2002; MAHON, 1998).

No grupo estudado, esses exames preventivos estão sendo realizados de maneira razoável, no que tange ao número, cabe questionarmos a qualidade desses exames, principalmente o auto-exame da mama altamente relatado pelas entrevistadas.

O risco de **câncer de cérvix uterino** foi identificado em 3,6% das entrevistadas, como alto e em 10% como moderado, os principais fatores envolvidos foram: idade entre 40 e 54 anos, início precoce das relações sexuais e não realização de exame de Papanicolaou, este último presente em todas àquelas

de alto risco. Neste mesmo sentido, o risco de **câncer de endométrio** também apontou dentre as entrevistadas, as que obtiveram alto e moderado risco como fatores dominantes a ausência do Papanicolaou, idade superior aos 50 anos e obesidade.

O exame de Papanicolaou é uma estratégia de rastreamento, na qual ainda não há dados precisos de sua sensibilidade e especificidade, estimadas em torno de 60% e 90-99%, respectivamente. No entanto, este ainda é o meio mais utilizado e recomendado para mulheres a partir de 18 anos ou início de atividade sexual; sua periodicidade deve ser de 3 anos após dois exames normais consecutivos com intervalo anual, excetuando-se mulheres em grupos de risco (HIV positivas ou imunodeprimidas). Estudos clínicos não randomizados estão sendo desenvolvidos e estão mostrando a redução da mortalidade com o teste de Papanicolaou (BRAWLEY, KRAMER, 2005).

Outro fator observado, entre as entrevistadas, foi a presença da obesidade, um problema complexo que envolve a interação de dieta, atividade física e genética; este fator já vem sendo estabelecido há alguns anos como fator de risco de câncer, existem evidências de grande efeito da obesidade no risco de câncer de mama, endométrio, rins e esofágico (risco relativo 2,0) e efeitos moderados no câncer de cólon (risco relativo de 1,35 a 1,99). Além da participação da obesidade entre as causas de outros acometimentos, como doenças coronarianas, diabetes, entre outras (GOTAY, 2005; LIPPMAN, LEVIN, 2005).

Portanto, os fatores comportamentais adotados por uma população interferem diretamente sobre seus riscos no desenvolvimento do câncer, fatores,

esses que podem ser transformados em protetores caso o indivíduo o utilize de maneira saudável.

Quanto ao risco de **câncer de pele**, mensurado a partir das respostas, positivas ou não, sobre os fatores de risco, a média observada nos sujeitos entrevistados foi de 1,58 fator de risco.

Tabela 3: Distribuição das respostas de câncer de pele, 2007.

Escore câncer de pele	
Média	1,59
Mediana	1,00
Variância	1,253
Mínimo	0
Máximo	5

Dentre os fatores levantados, quando o sujeito apresentava somente uma resposta positiva, estes foram relacionados à: biótipo claro, exposição solar anterior aos 18 anos excessiva, exposição solar atual, história familiar e presença de modificações pela pele. Tal observação vem ao encontro dos principais marcadores para identificação de grupos de risco: pele clara; exposição solar excessiva; idade avançada; história familiar de câncer de pele; exposição a agentes químicos.

Os fatores de prevenção primária para câncer de pele identificados foram: 57% examinam a pele procurando modificações, 19,7% utilizam protetor solar à exposição e 18,3% utilizam proteção externa, por exemplo bonés para se protegerem da exposição solar, o que reduz os riscos para o câncer de pele.

Em específico, a redução estimada de mortalidade com o auto-exame da pele é de 63%, sua sensibilidade está em torno de 94%, com uma especificidade de 98% quando realizado por um especialista (INCA, 2002).

Há evidências da associação positiva entre o uso de protetor solar e a redução na incidência de carcinomas em estudos relevantes; entretanto, ocorre, também, uma associação entre o uso do protetor solar e a exposição solar deliberada, o que aumenta o risco de câncer, haja visto o aumento do tempo de exposição (IARC, 2001; STEWART, COATES, 2005).

De forma geral, quanto ao risco de câncer, nota-se uma população com riscos diminuídos, pois mesmo os sujeitos com índices mais altos, os obtiveram a partir de dados inerentes a eles, como por exemplo, a idade mais avançada; além disso, algumas medidas preventivas já são adotadas o que pode ter gerado interferência na expressão de riscos por informações anteriores dos sujeitos. Nesse sentido, os dados relativos à persuasão irão colaborar para tal análise.

Foram identificadas a presença e as características da persuasão de informações relacionadas à prevenção e detecção precoce de câncer, a fim de utilizar tal estratégia na diminuição dos riscos apresentados e, de incentivo e manutenção de comportamentos preventivos.

Para tanto, os sujeitos foram questionados sobre a existência de informações acerca da prevenção ou detecção precoce conhecida, identificou-se que 80% deles eram capazes de reconhecer sua existência e 55,5% destes as relacionaram ao câncer de: mama (37,3%), colo de útero (21,8%), pele (20,9%), próstata (3,6%), cólon e reto (0,9%), pulmão (2,7%) e boca (1,8), podendo cada sujeito responder a mais de um tipo de câncer.

A maioria dos entrevistados (80%) reconheceu a existência de informações acerca da prevenção e detecção precoce do câncer, corroborando com um estudo

desenvolvido anteriormente (CARVALHO, TONANI, BARBOSA, 2005); destinado aos enfermeiros atuantes nesta mesma cidade, observou-se que houve menção ao envolvimento de ações de prevenção de câncer em programas, campanhas e aquelas de iniciativa própria do enfermeiro. E ainda, em relação aos programas previstos para a prevenção e controle do câncer no seu local de trabalho, a maioria deles (86,4%) afirmou ser esta existência referente ao câncer de colo de útero, mama, pele, boca e próstata. Deste modo, os tipos de câncer mencionados pelos entrevistados neste estudo e que não foram reconhecidos pelos profissionais são: colo de útero, colón e reto, e pulmão.

Todos aqueles que identificaram a presença de informações, também reconheciam os locais onde estas foram veiculadas: televisão (58,2%), cartazes (13,6%), posto de saúde (10,9%), folhetos (8,2%), profissional de saúde (7,3%), revistas (3,6%), jornal (2,7%) e familiar (1,8%). Segundo Fotheringham, as mensagens persuasivas podem ser verbais, não-verbais ou a combinação de ambas; a televisão foi identificada como o principal meio e suas mensagens, que utilizam essa combinação, atingiram de forma mais persuasiva os respondentes, mostrando ser um meio importante e eficaz para atingir a meta de uma campanha, por exemplo.

No entanto, é importante enfatizar que o enfermeiro, dentro da equipe multiprofissional, é um dos agentes de educação para a saúde, que deve ter como objetivo a integração em favor da promoção da saúde do paciente, da família e dos grupos sociais da comunidade. Nesse sentido a sua ação deve ser integral, participativa e não deve perder oportunidades; em todo o momento e em qualquer dos níveis de atuação da área de saúde, o enfermeiro pode e deve estar voltado

para o desenvolvimento de ações de saúde e práticas educativas no sentido de prevenir doenças, inclusive o câncer.

A partir da identificação da informação veiculada, os entrevistados que a mencionaram foram questionados acerca do conteúdo das mensagens, sendo que 61% destes conseguiram se lembrar. Dentre eles, 53,7% referiram estímulo de realização à uma atividade relacionada a informação apresentada.

Assim, o processo de persuasão abordado aponta que a mensagem (prevenção e detecção precoce de câncer) foi enviada, os receptores (entrevistados) atribuíram um significado a ela e esta atuou como um estímulo para um efeito nos mesmos (53,7% dos respondentes). É importante ressaltar que o estímulo para a mudança desejado pela fonte, neste caso, as ações comportamentais de prevenção e detecção precoce de câncer, é o significado suscitado no receptor.

O conteúdo das informações sobre prevenção e detecção precoce de câncer mencionado pelos entrevistados é o mesmo que as atividades realizadas por eles; por exemplo, a pessoa identifica o auto-exame de mama como uma informação e esta pode persuadi-la a praticar tal atividade; no entanto mesmo não identificando um conteúdo, a atividade pode ser realizada. Portanto, existem atividades executadas pelos sujeitos sem relação direta com o estímulo identificado pelo mesmo, como mostrado a seguir:

Tabela 4: Relação do conteúdo das informações sobre prevenção e detecção precoce de câncer e a existência de estímulo mediante tal informação, 2007.

Existência de estímulo conteúdo das informações	Presença	Ausência	Total	%
auto-exame da mama	16	3	19	17,3
exame de rotina de Papanicolaou	8	5	13	11,8
exame de mamografia periódica	0	1	1	0,9
percepção de modificações pelo corpo	7	2	9	8,2
Procura de profissionais à mudanças	6	4	10	9,1
importância da prevenção	3	3	6	5,5
importância do diagnóstico precoce	0	1	1	0,9
uso de meios de proteção solar	2	0	2	1,8

A motivação dos entrevistados para a execução das atividades de prevenção e detecção precoce de câncer, por meio das informações veiculadas foi: 16,4% importância das informações, 9,1% medo do acometimento pela doença, 8,2% efeitos promovidos pelas ações preventivas e de detecção precoce e, 3,6% por decisão própria. Logo, segundo a teoria abordada, suscitaram efeitos: afetivos (nível de sentimento), cognitivos (conhecimento, opiniões, crenças) e efeitos comportamentais manifestos, os quais são os planejados pela fonte no caso da prevenção e detecção precoce de câncer.

Além disso, a decisão pelo próprio indivíduo pode ser atribuída ao critério de persuasão em que o sujeito tem a ilusão da escolha, ou seja, acredita ter realizado uma atividade sem interferência de algo.

Dentre os sujeitos identificados como estimulados à realização de uma atividade de prevenção e detecção precoce de câncer por meio de informações veiculadas, 58,6% mantiveram a prática de tal atividade por até um mês e 27,5%

de um a seis meses, mostrando a descontinuidade indesejada pela fonte na prática dessas ações. E ainda, todos eles não reconheceram a existência de incentivo, reforço na continuidade das práticas adotadas.

As práticas empregadas e identificadas pelos sujeitos relacionados aos fatores de risco de câncer mostraram-se capazes de sofrer interferência pelo processo de persuasão, haja vista a identificação de diversos fatores mencionados pelo grupo dentro desse processo, passíveis de modificação.

6. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo contribuir para a verificação da realidade apresentada pela população estudada, levantando os fatores de risco determinantes para as classificações de risco a fim de sua posterior atuação perante tais fatores, quando estas forem cabíveis e avaliadas, em estudos posteriores.

Desta forma, foi possível avaliar o grau de risco de câncer desta população por meio do instrumento traduzido empregado, os passos transcorridos para esta tradução conseguiram atender às exigências de tal procedimento.

Constatou-se diferentes graus de riscos para a população, o que é esperado pelo instrumento utilizado. Alto risco foi observado para cólon e reto, cérvix uterina e endométrio; e moderado risco para todos os tipos de câncer empregados (pulmão, cólon e reto, mama, cérvix e endométrio). As principais características definidoras desses riscos são passíveis de intervenção segundo a literatura pertinente.

Para tanto, a avaliação da persuasão da comunicação na prevenção e detecção precoce do câncer vêm ao encontro dessas possíveis intervenções objetivando as mudanças de riscos para graus mais baixos.

As informações relacionadas à prevenção e detecção precoce de câncer puderam ser avaliadas pelo instrumento desenvolvido. Elas mostraram-se ainda razoáveis, isto é, em um baixo grau, visto que a persuasão deve ser avaliada sob tal parâmetro; pois há divulgação, recepção e entendimento dessas informações, mas a adoção por períodos mais longos não é observada, o que diminui este grau.

Portanto, diante do risco de câncer e dos comportamentos preventivos levantados, considera-se a persuasão como estratégia útil para diminuição desses riscos e, de incentivo e manutenção de comportamentos preventivos, já que aponta caminhos a serem percorridos para o êxito de tal percurso, utilizando todos os passos deste processo persuasivo.

Cabe salientar que a avaliação dos fatores de risco e protetores envolvidos no câncer é uma atividade em constante transformação em nosso meio, devido aos avanços científicos e mudanças comportamentais dos seres humanos; assim a verificação do risco de câncer e dos comportamentos preventivos envolvidos está submetida a essas inerentes transformações.

Destaca-se, também, o papel educativo da enfermagem permeado na maioria das atividades profissionais desempenhadas (assistência, administração, ensino, pesquisa e extensão) que pode utilizar-se oportunamente do processo de persuasão como meio de intervenção nas mudanças comportamentais.

Enfim, espera-se que este estudo colabore para o progresso das medidas envolvidas no câncer e, sobretudo, contribua com os enfermeiros participantes deste processo, podendo assim embasá-los nas propostas destas medidas visando à diminuição da morbi-mortalidade e aumento da qualidade de vida da população.

7. BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, V. L.; LEITÃO, A.; REINA, L. C. B.; MONTANARI, C. A.; DONNICI, C. L.; LOPES, M. T. P. **Câncer e agentes antineoplásicos ciclo-celular específicos e ciclo-celular não específicos que interagem com o DNA: uma introdução.** Quím. Nova. 28: 1, 2005; São Paulo.

AMERICAN CANCER SOCIETY (ACS). **Cancer: Assessing your risk – a personalized test with guides for reducing your risks.** Texas division, 1998.

BARR, J.K., FRANKS, AL., ANTONUCCI, D.M., RIFKIND, S. SCHACHTER, M. **A randomized intervention to improve ongoing participation in mammography.** Am Journal Manag Care. 2001; 7 (9): 887-894.

BRAWLEY, O.W.; KRAMER, B.S. **Cancer Screening in theory and in practice.** Journal of Clin. Oncol. 2005. January, 23 (2): 293 – 300.

BRISLIN, R.N. **Back-translation for Cross-cultural research.** Journal Cross-Cultural Psychol. 1970; 1(3): 185-216.

BUENO S. **Minidicionário da língua portuguesa.** São Paulo (SP): FTD. 2000.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI, A. F. **Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos**

da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Cadernos de saúde Pública, 2006; 22: 9.

CANTY, L. **Breast Cancer Risk: protective effect of an early first full-term pregnancy versus increased risk of induced abortion.** Oncology Nursing Forum, 1997; 24 (6): 1025-1031.

CARVALHO, E.C., TONANI, M., BARBOSA, J.S. **Ações de enfermagem para combate ao câncer desenvolvidas em unidades básicas de saúde de um município do estado de São Paulo.** Rev Bras de Cancerologia. 2005; 51(4): 297-303.

CARVALHO, E.C., TONANI, M., BARBOSA, J.S. **O uso da comunicação na prevenção e detecção precoce do câncer.** In: MENDES, IAC, presidente. Comunicação em Enfermagem na Era Digital. 9º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem; 2004. maio 27 – 28; Ribeirão Preto, São Paulo. Ribeirão Preto: FIERP; 2004. p. 103.

CESTARI, M.E.W.; ZAGO, M.M.F. **A prevenção do câncer e a promoção da saúde: um desafio para o século XXI.** Rev Bras Enferm. 2005; 58 (2): 218-21.

CHABNER, B. A.; LONGO, D. L. **Cancer chemotherapy and biotherapy;** 2ª. ed., Lippincott-Raven: Filadélfia, 1996.

COHEN, L., DOBSON, H., MCGUIRE. **Promoting breast screening in Glasgow.** Health Bull. 2000; 58 (2): 127-132.

DOLL, R.; PETO, R. **The causes of cancer: quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United States today.** Journal Natl Cancer Inst., 1981; 66: 1191-1308.

FERREIRA, Y.M., LANA, F.C.F., MALTA, D. C. **Avaliação do Programa Viva Mulher no controle do câncer cérvico-uterino no estado de Minas Gerais.** Rev Min. Enf. 9(2): 116-120, abr/jun, 2005.

FLAHERTY, J. A et al. **Developing instruments for cross-cultural psychiatric research.** Journal Nervous and Mental Disease. 1988; 176(5): 257-263.

FLETCHER, R.H., FLETCHER, S.W., WAGNER, E.H. **Epidemiologia Clínica.** Porto Alegre: Artes Médicas, 103-119, 1996.

FOTHERINGHAM, W.C. **Perspectives on persuasion.** Boston: Allyn & Bacon; 1966.

FREEDMAN, A.N.; SEMINARA, D.; GAIL, M.H.; HARTGE, P.; COLDITZ, G.A.; BALLARD-BARBASH, R.; PFEIFFER, R.M. **Cancer Risk Prediction Models: a workshop on development, evaluation and application.** Journal Nat. Cancer Inst, 2005; May 97 (10): 715-723.

GARYFALLOS, G et al. **Greek version of the General Health Questionnaire: accuracy of translation and validity.** Acta Psychiatr Scand, 1991; 84: 371-8.

GLANZ, K.; LEWIS, F.M.; RIMER, B. **Health Behavior and health education: theory, research and practice.** 3rd edition. New York: Jossey-Bass, 2002.

GOTAY, C.C. **Behavior and cancer prevention.** Journal Clinical Oncology. 2005; 23 (2): 301-310.

GUERRA, M.R.; GALLO, C.V.M.; MENDONÇA, G.A.S. **Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes.** Rev Brás Cancerologia, 2005; 51(3): 227-234.

GUILLEMIN, F. BOMBARDIER, C. BEATON, D. **Cross-cultural adaptation of health related quality of life measures: literature review and proposed guidelines.** Journal Clinical Epidemiology. 1993; 46(12): 1417-1432.

GREENWALD, P.; KRAMER, B. S.; WEED, D. L. (Ed.). **Cancer prevention and control.** Bethesda: National Cancer Institute: Marcel Dekker, 1995. p. 509-535.

HEYMANN, A D., TARASHANSKY, I., KOKIA, E., CHODICK, G. **The use of organizational data for the evaluation of mass prevention programs.** Prev.Med.2004; 39(6): 1143-1147.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC). **Handbooks of câncer prevention. Sunscreens.** Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2001.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC). Biological data relevant to the evaluation of carcinogenic risk to humans. In: IARC. **Tobacco smoking.** Lyon, 1986. p. 127-198.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Normas e Recomendações do INCA.** Prevenção e Controle de Câncer. Rev. Bras.Cancerologia. 2002; 48(3): 317– 332.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA) [Página na Internet]. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2005. [acessado em 14 de novembro de 2005]. Disponível em <http://www.inca.gov.br>

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA) [Página na Internet]. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2006. [acessado em 08 de setembro de 2006]. Disponível em <http://www.inca.gov.br/estatisticas>

JONES, E. **Translation of quantitative measures for use in cross-cultural research.** Nursing Research, 1987; 36: 324-7.

JONES, E.G., KAY, M. **Instrumentation in cross-cultural research.** Nursing Research. 1992; 41(3): 186-188.

KLIGERMAN, J. **Fundamentos para uma política Nacional de Prevenção e Controle do câncer.** Rev Bras Canc. 2002; 48(1): 3-7.

LINARD, A G. **Os efeitos produzidos no comportamento da mulher para adoção de hábitos do auto-exame de mamas, a partir de campanhas veiculadas pelo *media*.** Dissertação (mestrado) – apresentada à Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2000.

LIPPMAN, S. M.; LEVIN, B. **Cancer prevention: strong science and real medicine.** Journal of Clinical Oncology; 2005; 23 (2): 249 – 253.

LITTLEJOHN, S.W. **Fundamentos Teóricos da Comunicação humana.**Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

LOESCHER, L. **Nursing roles in câncer prevention position statements.** Seminars in Oncology Nursing, 2004; 20 (2): 111-120.

MAHON, S.M. **Cancer risk assessment: conceptual considerations for clinical practice.** Oncology Nursing Forum, 1998; 25 (9): 1535-1547.

MEISTER, K. MORGAN, J. **Risk factors for breast cancer**. New York: American Council on Science and Health, 2000. [acessado em 10 de setembro de 2004]. Disponível em <http://www.acsh.org>

MICHAELIS: **moderno dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Companhia Melhoramentos, 1998, 2259 p.

Ministério da Saúde (BR). **Mensagem aos médicos**. Câncer Fundamentos, Secretaria de Assistência Médica - Divisão Nacional de Câncer. Brasília (DF); 1971, p. 7-47.

Ministério da Saúde (BR). **Ações de Enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Nacional do Câncer; 2002.

Ministério da Saúde (BR). [Página na Internet]. SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM [acessado em 18 de novembro de 2006]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2005/c04.def>

MUNFORD, D.B. et al. **The translation and evolution of an Urdu version of the Hospital Anxiety and Depression scale**. Acta Psychiatrica Scand. 1991; 83, 81– 85.

MURAD, A.M.; Katz, A. **Oncologia Bases Clínicas do Tratamento**. Guanabara; Rio de Janeiro, 2000; p. 41.

NÓBREGA, M.M. L. **Equivalência Semântica e análise da utilização na prática dos fenômenos de enfermagem da CIPE – versão alfa**. Tese (doutorado) – apresentada ao Programa de Doutorado em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo – INIFESP/EPM, São Paulo, 2000.

PINHO, V.F.S. **Perfil de risco para câncer de mama em uma população-alvo do Programa Viva Mulher: um inquérito epidemiológico nas Unidades de Saúde da Família do município de Teresópolis/RJ**. Dissertação (mestrado) – apresentada à Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004.

PITTA, A.M.R. **Saúde & Comunicação: Visibilidades e Silêncios**. São Paulo: Hucitec- Abrasco, 1995.

PLASS, A.M. **Adaptação para o português da escala de memória de Wechisler – revisada: fidedignidade e validade**. Dissertação (mestrado) – apresentada à Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1991.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. São Paulo: Artmed; 2004.

SALOVEY, P; SCHNEIDER, T. R.; APANOVITCH, A. M. **Persuasion for the purpose of cancer risk reduction: a discussion.** Journal Natl Cancer Inst Monograf, 1999, 25: 119 – 122.

SILVEIRA, M.L. **Família, cultura e prevenção.** In: Anais do Seminário sobre cultura, saúde e doença, 2000. Londrina(PR), 2003; 171-82.

SMITH, D.C. **Spectrum of prevention.** Public Management, 2002; 84 (7): 22-25.

SPENCE, R. A. J.; JONHSTON, P. G. In: **Oncology.** Jonhston, P. G. Oxford University Press: Oxford, 2001; p. 1-14, 121-132.

STEWART,B. W.; COATES, A.S. **Cancer Prevention: a global perspective.** Journal of Clinical Oncology. 2005 January; 23 (2): 392 – 403.

STUCHI, R.A.G. **A persuasão como estratégia de deslocamento de crença: de comportamentos de risco para comportamentos preventivos em doença coronariana.** Tese (doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

TEIXEIRA, J.B.; NOGUEIRA, M.S. **Câncer gástrico: fatores de risco em clientes atendidos nos serviços de atenção terciário em um município do interior paulista.** Rev Latino Am Enfermagem, 2003; 11(1):43-8.

WARD, B., BERTERA, E.M., HOGE, P. **Developing and evaluating a Spanish TEL-MED message on breast cancer.** J. Community Health. 1997; 22(2):127-135.

WEBER, M.H. **Comunicação: estratégia vital para a saúde.** In: PITTA, A.M.R. **Saúde & Comunicação: Visibilidades e Silêncios.** São Paulo: Hucitec- Abrasco, 1995.

WIKIPÉDIA. Dicionário digital. [acessado em 10 de julho de 2007]. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Comportamento>

WINGO, P.A.; PARKIN, D. M.; EYRE, H.J. **Measuring the occurrence of cancer: impact and statistics.** In: ABELOFF, M.D.; ARMITAGE; NIEDERHUBER; KASTAN; MCKENNA. Clinical Oncology. CHURCHILL – ELSEVIER, 2004; 1 – 19.

WYKE, J. A. Vírus e câncer. In: FRANKS, L. M.; TEICH, N. **Introdução à biologia molecular do câncer.** São Paulo: Roca, 1990,169-192.

ZEFERINO LC. **Políticas oficiais de controle de câncer no Brasil.** Acta Oncol Bras. 1997;17(4):172-7.

8. APÊNDICE E ANEXOS

Traremos, a seguir, os instrumentos e documentos utilizados neste estudo.

Apêndice 1: Ficha de avaliação semântica e cultural do instrumento para avaliação de risco de câncer.

Coloque em cada item sua concordância (C) ou não (D) com os termos em inglês e português, se houver discordância indique a sugestão.

Texto em inglês	Backtranslation	Texto em português	Concor- dância	Sugestão
Cancer: Assessing your risk	Cancer: Evaluating your risk	Câncer: Avaliando seu risco		
Lung Cancer	Lung Cancer	Câncer de Pulmão		
1)Sex Male (2) Female (1)	1)Gender Male (2) Female (1)	1. Sexo Masculino (2) Feminino (1)		
2)Age 39 or less (1) 40-49 (2) 50-59 (5) 60+ (7)	2. Age under 39 (1) 40-49(2) 50-59(5) over 60 (7)	2. Idade 39 ou menos (1) 40-49(2) 50-59(5) 60 ou mais(7)		
3)Exposure to any of these Mining (3) Asbestos (7) Uranium & radioactive products (5) None (0)	3. Exposure to either of these ore (3) asbestos (7) uranium and radioactive products(5) None (0)	3. Exposição a algum destes minério (3) amianto (7) Urânio e produtos radioativos(5) Nenhum(0)		
4)Habits* Smoker (10) Nonsmoker (0)	4.Habits* Smoker (10) Non-smoker (0)	4.Hábitos* Fumante (10) Não-fumante (0)		
*If you stopped smoking more than 10 years ago, count yourself as a nonsmoker. If you have stopped smoking in the past 10 years, you are an ex-smoker. Ex-smokers should answer questions 4 through 8 according to how they previously smoked. Then ex-smokers may reduce their point total on questions 5 through 8	*If you quit smoking over 10 years ago, you are considered a non-smoker. You are an ex-smoker. Ex-smokers should answer questions 4 to 8 according to what they previously smoked. So ex-smokers must reduce 10% of the total points for questions 5 to 8 for each year they did not smoke. Active smokers should also answer questions 5 to 8.	*Se parou de fumar há mais de 10 anos, contar como não-fumante. Você é um ex-fumante. Ex-fumantes devem responder as questões 4 a 8 de acordo com o que fumavam previamente. Então ex-fumantes devem reduzir seu total de pontos nas questões 5 a 8 em 10% por ano que eles não tenham fumado. Fumantes		

If your total is... 24 or less – You have a low risk for lung cancer.	If your total is ... 24 or less – You have a low risk for lung cancer	Se seu total for... 24 ou menos - Você tem baixo risco para câncer de pulmão		
25 – 49 – You may be a light smoker and would have a good chance of kicking the habit.	25-49 – You are probably a light smoker and have strong chances to drop the habit.	25-49 – Você deve ser um fumante leve e tem boa chance de parar com o hábito.		
50-74 – As a moderate smoker, your risks of lung and upper respiratory tract cancer are increased. The time to stop is now!	50-74 – As a moderate smoker, you have increased risks for lung and respiratory tract cancer. Now is the time to quit!	50-74 – Como um fumante moderado, seus riscos para câncer de pulmão e do trato respiratório são aumentados. O momento de parar é agora!		
75 – over – As a heavy cigarette smoker, your chances of getting lung cancer and cancer of the upper respiratory or digestive tract are greatly increased.	75 or more – As a heavy smoker, you have high chances of getting lung and respiratory or digestive tract cancer.	75 ou mais – Como um severo fumante, suas chances de adquirir um câncer de pulmão e do trato respiratório ou digestivo são muito aumentadas.		

Reducing your risk Make a decision to quit today. Join a smoking cessation program. If you are a heavy drinker of alcohol, your risks for cancer of the head and neck and esophagus are further increased. Use of “spitting” tobacco increases your risks of cancer of the mouth. Your best bet is not to use tobacco in any form. See your doctor if you have a nagging cough, hoarseness, persistent pain or sore in the mouth or throat or lumps in the neck.	Reducing your risks Make a decision today. Choose a quit smoking program. If you are an alcohol user, you have highly increased risks for head and neck and esophageal cancer. For your own sake, you shouldn’t use any type of smoking. See a doctor if you have persistent coughing, hoarseness, persistent pain in the mouth or throat, and neck nodules.	Reduzindo seus riscos Tome uma decisão hoje. Escolha um programa para parar de fumar. Se você é usuário de álcool, seus riscos para câncer de cabeça e pescoço e esôfago são muito aumentados. Sua melhor aposta é não utilizar nenhum tipo de fumo. Consulte um médico se você apresenta tosse persistente, rouquidão, dor persistente na boca ou garganta ou nódulos no pescoço.		
--	--	--	--	--

Colon rectum cancer	Colon and Rectal Cancer	Câncer de cólon e Reto		
1) Age 40 or less (2) 40-49 (7) 50 and over (12)	1.Age Under 40 (2) 40-49 (7) over 50 (12)	1.Idade 40 ou menos (2) 40-49 (7) 50ou mais (12)		
2)Has anyone in your family ever had Colon cancer (18) Colon polyps (18) Neither (1)	2. Someone in your family has had Colon cancer (18) Colon polyp (18) Nothing (1)	2. Alguém da família já teve Câncer de cólon (18) Pólipo no cólon (18) Nada(1)		
3)Has you ever had	3. You have had	3. Você já teve		

Colon cancer (25) Colon polyps (25) Ulcerative colitis for more than seven years (18) Cancer of the breast, ovary, uterus or stomach (13) None of above (1)	Colon cancer (25) Colon polyp (25) Ulcerative colitis for over 7 years (18) Breast, ovarian, uterine, or stomach cancer (13) Does not apply (1)	Câncer de cólon(25) Pólipo no cólon (25) Colite ulcerativa por mais do que 7 anos(18) Câncer de mama, ovário, útero ou estômago (13) Não se aplica (1)		
Symptoms 1) Do you have bleeding from the rectum? Yes No	Symptoms 1. Do you have rectal bleeding? Yes No	Sintomas 1. Você tem sangramento de reto? Sim Não		
2) Have you had a change in bowel habits (such as altered frequency, size, consistency or color of stool)? Yes No	2. Have you had any bowel habit changes (such as a change in frequency, consistency, or color of stools)? Yes No	2. Você teve modificações no seu hábito intestinal (como alteração de frequência, consistência ou cor das fezes)? Sim Não		
Reducing your risks and detecting cancer early 1) I have altered my diet to include less fat and more fruits, fiber and cruciferous vegetables (broccoli, cabbage, cauliflower, Brussels sprouts). Yes No	Reducing your risks and early detection 1. I have changed my diet by including less fat and more fruit, fiber, and vegetables. Yes No	Reduzindo seus riscos e detectando precocemente 1. Eu tenho alterado minha dieta incluindo menos gordura e mais frutas, fibras e vegetais Sim Não		
2) I have had a negative test for blood in my stool within the past year. Yes No	2. I have a negative result for a fecal occult blood test I took last year. Yes No	2. Eu tenho um exame de sangue nas fezes negativo no ano passado. Sim Não		
3) I have had a negative examination for colon cancer	3. I have a negative result for a colon polyp and cancer test within	3. Eu tenho um exame negativo para câncer de cólon e pólipo de		

and polyps within the past five years (proctosigmoidoscopy, colonoscopy, barium enema x-rays). Yes No	the last 5 years . Yes No	menos de 5 anos. Sim Não		
If your total is... 5 or less – You are currently at low risk for colon and rectum cancer. Eat a diet high in fiber and low in fat and follow cancer checkup guidelines.	If your total is ... 5 or less – You have a low risk to get colon and rectal cancer. Follow a diet rich in fiber and low in fat, and have cancer checkups regularly.	Se seu total for... 5 ou menos – Você tem um baixo risco para câncer de cólon e reto. Ingira uma dieta rica em fibras e com baixos lipídios, e faça um checkup para câncer regularmente.		
6 – 15 – You are currently at moderate risk for colon and rectum cancer. Follow the American Cancer Society guidelines for early detection of colorectal cancer. These are: (1)a digital rectal exam every year after 40 and (2) a fecal occult blood test every year and a sigmoidoscopic, preferably flexible, exam every 3-5 years after age 50. 16 or greater – you are in the high risk group for colon and rectum cancer. This rating requires a lifetime, on-going screening program that includes periodic evaluation of your entire colon. See your doctor for more information.	6-15 – You have a moderate risk for colon and rectal cancer. There are (1) annually digital rectal examination after 40's, and (2) annually fecal occult blood test, and sigmoidoscopy, preferably 3-5 years after 50 years. 16 or greater – you are in the high risk group for colon and rectum cancer. This rating requires a lifetime, on-going screening program that includes periodic evaluation of your entire colon. See your doctor for more information.	6-15 - Você tem um risco moderado para câncer de cólon e reto. Procure as indicações para detecção precoce de câncer colorectal. Existem (1)exame de toque retal anualmente após os 40 e (2) teste de sangue oculto nas fezes anualmente e sigmoidoscopia, preferencialmente exames 3-5 anos depois dos 50 anos. 16 ou mais – você está no grupo de alto risco. Esta pontuação requer dispor seu tempo, fazendo programas de rastreamento que inclui evolução periódica de cólon internamente. Procure seu médico para mais informações.		

<p>Symptoms</p> <p>The presence of rectal bleeding or a change in bowel habits may indicate colon/rectum cancer. See your physician right away if you have either of these symptoms.</p>	<p>Symptoms</p> <p>The presence of rectal bleeding or changes in bowel habits may indicate colon or rectal cancer. Seek a health professional now if you have those symptoms.</p>	<p>Sintomas</p> <p>A presença de sangramento retal ou mudanças nos hábitos intestinais podem indicar câncer de cólon ou reto. Procure um profissional de saúde agora se você possui estes sintomas.</p>		
<p>Reducing your risks and detecting cancer early</p> <p>Regular tests (in accordance with American Cancer Society Screening Guidelines) for hidden blood in the stool and appropriate examinations of the colon will increase the likelihood that colon polyps are discovered and removed early and that cancers are found in an early, curable state. Modifying your diet to include more fiber, cruciferous vegetables, and foods rich in Vitamin A; and less fat and salt-cured foods may result in reduction of cancer risk.</p>	<p>Reducing your risks and early detection</p> <p>Regular tests for fecal blood and appropriate colon exams increase the chances of early detection and removal of colon polyps and detecting cancer in a curable stage. Modifying your diet by including fibers, vegetables, foods rich in vitamin A, and low levels of fat and salt, will reduce cancer risks.</p>	<p>Reduzindo seus riscos e detectando precocemente</p> <p>Testes regulares para sangue nas fezes e exames apropriados de cólon aumentarão as chances dos pólipos de cólon serem descobertos e removidos precocemente, e o câncer ser encontrado precocemente em um estágio curável. Modificando sua dieta com a inclusão de fibras, vegetais, alimentos ricos em vitamina A e baixos níveis de gordura e sal devem resultar em redução dos riscos de câncer.</p>		

Skin Cancer	Skin cancer de pele	Câncer de pele		
1) Live in the southern part of the U.S. Yes No	1. I live in the South of the United States. Yes No	1. Moro na parte sul dos Estados Unidos. Sim Não # Esta pergunta será substituída por: Moro próximo a linha do equador, onde a incidência de raios solares é equivalente a pergunta proposta.		
2) Frequent work or play in the sun. Yes No	2. I often work or spend time under the sun. Yes No	2. Frequentemente trabalho ou me exponho ao sol. Sim Não		
3) Fair complexion or freckles (natural hair color of blonde, red or light brown, or eye color of grey, green blue, or hazel) Yes No	3. Light complexion (naturally light hair, red or light brown, or light-colored eyes). Yes No	3. Biotipo claro (cabelo naturalmente claro, vermelho ou castanho claro, ou olhos claros). Sim Não		
4) Work in mines, around coal tars or radioactivity. Yes No	4. Work in mines or with radioactivity. Yes No	4. Trabalha em minas ou com radioatividade. Sim Não		
5) Experienced a severe, blistering sunburn before the age of 18. Yes No	5. Have experienced severe sun exposure before 18 years. Yes No	5. Experimentou uma severa exposição solar antes dos 18 anos. Sim Não		
6) Have any family members with skin cancer or history of melanoma Yes No	6. Have a family with skin cancer or history of melanoma Yes No	6. Há algum membro na família com câncer de pele ou história de melanoma. Sim Não		
7) Had skin cancer or melanoma in the past. Yes No	7. Have had skin cancer or melanoma in the past. Yes No	7. Teve câncer de pele ou melanoma no passado. Sim Não		
8) Use or have used tanning beds or sun lamps. Yes No	8. Use or have used sun lamps. Yes No	8. Usa ou tem usado bronzeamento artificial. Sim Não		
9) Have large, many, or changing moles. Yes No	9. Has large, many, or changed mole. Yes No	9. Tem grandes, muitas ou modificadas pintas. Sim Não		

<i>Reducing your risks and detecting cancer early</i> 10) I cover up with a wide-brimmed hat and wear long-sleeved shirts and pants. Yes No	Reducing your risks and early detection 10. I wear a wide cap, long-sleeved shirts, and pants. Yes No	Reduzindo seus riscos e detectando precocemente 10. Eu me cubro com um largo boné e visto camisas de manga longa e calças. Sim Não		
11) I use sun screens with an SPF rating of higher when going out in the sun. Yes No	11. I use sunscreen with SPF 15 or more when out in the sun. Yes No	11. Eu uso protetor solar com FPS de 15 ou mais quando saio ao sol. Sim Não		
12) I examine my skin once a month for changes in warts or moles. Yes No	12. I check my skin at least once a month looking for changes in moles. Yes No	12. Eu examino minha pele uma vez por mês procurando mudanças nas pintas. Sim Não		
If you answered “yes” to any of the first nine questions, you need to use protective clothing and use a sun screen with an SPF rating of 15 or greater whenever you are out in the sun and check yourself monthly for any changes in warts or moles. An answer of “yes” to questions 10, 11 and 12 can help reduce your risk of skin cancer or possibly detect skin cancer early.	If your answer is “Yes” for any of the first nine questions, you should use protective clothing and sunscreen of at least SPF 15 when you are under the sun, and check every month for any changes in freckles or moles. A positive answer for questions 10, 11, and 12 may help reduce your risk for skin cancer or improve the possibility of early detection.	Se sua resposta for “Sim” para alguma das primeiras nove questões, você precisa usar roupas protetoras e filtro solar com FPS no mínimo 15 ao sair ao sol, e checar mensalmente qualquer mudança nas sardas ou pintas. Uma resposta positiva para as questões 10,11 e 12 pode ajudar a reduzir seu risco de câncer de pele ou possibilidade de detecta-lo precocemente.		

Breast cancer	Breast Cancer	Câncer de mama		
1)Age under 35 (10) 35-39 (20) 40-49 (50) 50 and over(90)	1. Age range Under 35 (10) 35-39 (20) 40-49 (50) over 50 (90)	1. Faixa etária menos que 35(10)35-39 (20) 40-49 (50) 50 ou mais(90)		
2)Race oriental(10) Hispanic (10) black (20) white (25)	2. Ethnicity Oriental (10) Hispanic (10) African-American (20) Caucasian (25)	2. Raça oriental (10) espanhola(10) negra(20) branca(25)		
3)Family history None(10) Mother, sister, daughter with breast cancer (30)	3. Family history None (10) Mother, sister, or daughter with breast cancer (30)	3. História familiar Nenhuma(10) Mãe, irmã ou filha com câncer de mama(30)		
4)Your history No breast disease (10) Previous lumps or cysts(15) Previous breast cancer (100)	4. Your history No breast disease (10) Previous cyst or nodule (15) Previous breast cancer (100)	4. Sua história Sem doença em mama(10) Prévio cisto ou nódulo(15) Prévio câncer de mama(100)		
5)Maternity First pregnancy before 30 (10) First pregnancy at 30 or older(15) No pregnancy (20)	5. Maternity First pregnancy before 30 (10) First pregnancy at 30 or more(15) Never been pregnant (20)	5. Maternidade Primeira gravidez antes dos 30 (10) Primeira gravidez aos 30 ou mais (15) Nunca engravidou (20)		
Detecting cancer early 6)I practice breast self- examination monthly. Yes No	Early detection of cancer 6. I do a monthly breast self-exam Yes(-10) No	Detectando precocemente o câncer 6. Eu pratico auto-exame de mama mensalmente Sim(-10) Não		
7) I have had a negative mammogram and examination by a physician in accordance	7. I have negative results for mammogram and physical exams. Yes (-25) No	7. Eu tenho uma mamografia e exame físico negativos. Sim(-25) Não		

with American Cancer Society Breast health Guidelines. Yes No				
If your total is: Under 100... Low risk women (and all others). You should practice monthly Breast Self-Examination, have your breasts examined by a doctor as part of a regular cancer-related checkup, and have mammography in accordance with ACS guidelines.	If your total is... More than 100 – Low risk. You should do monthly self-exams, have a breast exam by a doctor as part of the cancer checkup, and get a mammogram following the recommendations of the American Cancer Society.	Se seu total for... Mais que 100 – Baixo risco. Você deve fazer auto-exame de mama mensalmente, fazer exame de mama por um médico como parte do checkup para câncer, e fazer mamografia de acordo com as recomendações da Sociedade Americana de Câncer.		
100 – 199... Moderate risk women. You should practice monthly BSE and have your breasts examined by a doctor a part of a cancer-related checkup, and have periodic mammography in accordance with American Cancer Society guidelines, or more frequently as your physician advises.	100-199 – Moderate risk. You should do monthly self-exams, have a breast exam by a doctor as part of the cancer checkup, and get a mammogram following the recommendations of the American Cancer Society or more often, according to doctor's recommendations.	100-199 – Risco moderado. Você deve fazer auto-exame de mama mensalmente, fazer exame de mama por um médico como parte do checkup para câncer, e fazer mamografia de acordo com as recomendações da Sociedade Americana de Câncer, ou mais freqüentemente de acordo com as recomendações médicas.		
200 or higher... High risk. You should practice monthly BSE and have your breasts examined by a doctor, and have mammography more often. See your doctor for the recommended frequency of breast physical examinations and mammography.	200 or more– High risk. You should do monthly self-exams, have a breast exam by a doctor as part of the cancer checkup, with more frequent mammograms. Ask your doctor about the recommendations for exams and mammograms.	200 ou mais – Alto risco. Você deve fazer auto-exame de mama mensalmente, fazer exame de mama por um médico como parte do checkup para câncer, fazendo mamografia mais freqüentemente. Consulte seu médico sobre as recomendações de exames de mama e mamografias.		

Detecting Cancer Early One in 8 american women will get breast cancer in her lifetime. Being a woman is a risk factor! Most women (75%) who get breast cancer don't have other risk factors. BSE and mammography may diagnose a breast cancer stage with a greatly increased chance of cure. When detected at this stage, cure is more likely and breast-saving surgery may be an option.	Early detection of cancer One out of every eight women will be affected by breast cancer at some point in their lives. Being a woman is a risk factor! Many women who had cancer did not have any other risk factors. Self-exams and mammograms should diagnose cancer in an early stage and improve the chances of cure. When detected in this stage, cure is likely and surgical treatment may be an option.	Detectando câncer precocemente Uma em 8 mulheres americanas terão câncer de mama em sua vida. Ser mulher é um fator de risco! Muitas mulheres que desenvolveram câncer não tinham outros fatores de risco. Auto-exame e mamografia devem diagnosticar o câncer de mama em estágio precoce e aumentar as chances de cura. Quando detectado neste estágio, a cura é favorável e o tratamento cirúrgico pode ser uma opção.		
---	--	--	--	--

Cervical cancer (Lower portion of uterus) - These questions do not apply to a woman who has had a total hysterectomy.	Cervical cancer (lower part of the uterus – These questions do not apply to women who have had total hysterectomy)	Câncer cérvico (parte baixa do útero- Estas questões não se aplicam a mulheres que tenham feito histerectomia total)		
1)Age group Less than 25 (10) 25-39(20) 40-54(30) 55 and over(30)	1. Age range Under 25(10) 25-39(20) 40-54(30) over 55 (30)	1.Faixa etária Menos que 25(10) 25-39(20) 40-54(30) 55 ou mais(30)		
2)Race oriental or white(10) black(20) Hispanic(20)	2. Ethnicity Oriental or Caucasian (10) African-American (20) Hispanic (20)	2.Raça Oriental ou branca(10) negra(20) espanhica(20)		

3)Number of pregnancy 0 (10) 1 to 3 (20) 4 and over (30)	3. Number of pregnancies None (10) 1 to 3(20) 4 or more (30)	3. Número de gravidez Nenhuma(10) 1 a 3(20) 4 ou mais(30)		
4)Viral infections viral infections of the vagina such as Venereal warts, herpes or ulcer formations (10) Never (1)	4. Viral infections Viral vaginal infections, such as herpes, warts, or ulcers (10) Never (1)	4. Infecções virais Infecções virais na vagina como herpes, verrugas ou úlceras (10) Nunca(1)		
5)Age at first intercourse before 15 (40) 15-19 (30) 20-24 (20) 25 and over (10) never had intercourse (5)	5. Age of first intercourse Before 15(40) 15-19(30) 20-24(20) Over 25 (10) Never had intercourse (5)	5. Idade da primeira relação Antes de 15(40) 15-19(30) 20-24(20) 25 ou mais(10) Nunca teve relação(5)		
6)Bleeding between periods or after intercourse Yes (40 No (1)	6. Bleeding between periods or after intercourse. Yes(40) No(1)	6. Sangramento entre as menstruações ou depois de relação. Sim(40) Não(1)		
7)Smoker Non-smoker (2) Smoker(3)	7. Smoking Non-smoker(2) Smoker(3)	7. Fumante Não-fumante(2)Fumante(3)		
Detecting cancer early 8)I have had a negative Pap smear and pelvic examination within the past years. Yes (-50) No	Early detection of cancer 8. I have a negative result from a Pap test done last year. Yes(-50) No	Detectando precocemente o câncer 8. Eu tenho um exame de Papanicolau negativo no último ano. Sim(-50) Não		
If your total is... 40 – 69 – This is a low risk group. Ask your doctor for a pap test and advice about frequency of subsequent testing.	If your total is ... 40-69 – This is a low-risk group. Ask your doctor about the Pap test and its subsequent tests.	Se seu total for... 40-69 – Este é um grupo de baixo risco. Pergunte a seu médico sobre o exame Papanicolau e sobre seus subseqüentes testes.		
70-99 – In this moderate risk group, more frequent Pap tests may be required.	70-99 - This is a moderate-risk group, more frequent Pap tests are needed.	70-99 - Este é um grupo de risco moderado, testes mais freqüentes de Papanicolau são		

		necessários.		
100 or more – You are in a high risk group and should have a Pap (and pelvic exam) as advised by your doctor.	100 or more - This is a high-risk group, and must have doctor-recommended Pap tests.	100 ou mais - Este é um grupo de alto risco, e deve ter testes de Papanicolau orientados pelo médico.		
Detecting cancer early Early detection of this cancer by the Pap test has markedly improved the chance of cure. When this cancer is found at an early stage, the cure rate is extremely high and uterus-saving surgery and childbearing potential may be preserved.	Early detection of cancer Early detection of this type of cancer through a Pap test may increase the chances of cure. When detected in an early stage, cure is extremely high and surgeries preserving the uterus may be performed.	Detectando câncer precocemente Detecção precoce deste câncer através de Papanicolau podem aumentar as chances de cura. Quando detectado em estágio precoce, a cura é extremamente alta e cirurgias resguardando o útero podem ser feitas.		

Endometrial cancer (Body of uterus) – These questions do not apply to a woman who has had a total hysterectomy.	Endometrial cancer (body of the uterus – These questions do not apply to women who have had total hysterectomy)	Câncer de endométrio (corpo do útero- Estas questões não se aplicam a mulheres que tenham feito histerectomia total)		
1)Age group 39 or less (5) 40-49(20) 50 and over(60)	1. Age range Under 39 (5) 40-49(20) over 50 (60)	1. Faixa etária 39 ou menos(5) 40-49(20) 50 ou mais(60)		
2)Race oriental (10) black(10) Hispanic(10) white(20)	2. Ethnicity Oriental (10) Hispanic (10) African-American (10) Caucasian (20)	2. Raça Oriental (10) espanhola(10) negra(10) branca(20)		
3)Births None(15) 1 to4(7) 5 or more(5)	3. Deliveries None (15) 1 to 4(7) 5 or more (5)	3. Partos Nenhum (15) 1 a 4(7) 5 ou mais(5)		

4)Weight 50 or more pounds overweight (50) 20-49 pounds overweight (15) normal or underweight height (10)	4. Weight 50 or more pounds above the ideal (50) 20-49 pounds above the ideal (15) Normal or underweight (10)	4. Peso 50 ou mais quilos acima do ideal(50) 20-49 quilos acima do ideal(15) Normal ou abaixo do peso(10)		
5)Diabetes (elevated blood sugar). Yes (3) No (1)	5. Diabetes Yes (3) No (1)	5. Diabetes Sim(3) Não(1)		
6)Estrogen Hormone intake Yes, regularly (15) Yes, occasionally (12) None (10)	6. Use of estrogen hormone Yes, regularly (15) Yes, occasionally (12) Never (10)	6. Uso de hormônio estrogênico Sim, regularmente(15) Sim, ocasionalmente(12) Nunca(10)		
7)Abnormal uterine bleeding. Yes No	7. Abnormal uterine bleeding Yes (40) No (1)	7. Sangramento uterino anormal Sim(40) Não(1)		
8)Hypertension (high blood pressure). Yes (3) No (1)	8. Hypertension (high blood pressure). Yes (3) No (1)	8. Hipertensão (pressão alta) Sim(3) Não(1)		
Detecting cancer early 9)I have had a negative pelvic examination and Pap smear or endometrial tissue sampling (endometrial biopsy) performed within the past year.Yes (-50) No	Early detection of cancer 9. I have negative results for a Pap test and endometrial biopsy done last year. Yes (-50) No	Detectando precocemente o câncer 9. Eu tenho um exame de Papanicolau e biópsia endometrial negativos no último ano. Sim(-50) Não		
If your total is... 45-59 – You are very low risk for developing endometrial cancer.	If your total is... 45-59 – You are at a low risk for having endometrial cancer.	Se seu total for... 45-59 – Você está com baixo risco de desenvolvimento de câncer de endométrio.		
60-99 – Your risks are slightly higher. Report any	60-99 – Your risks are somewhat increased. Tell your	60-99 – Seus riscos estão um pouco aumentados. Avise seu		

abnormal bleeding immediately to your doctor. Tissue sampling at menopause is recommended.	doctor about any abnormal bleeding.	médico sobre qualquer sangramento anormal.		
100 and over – Your risks are much greater. See your doctor for tests as appropriate.	100 or more– Your risks are rather high. Visit your doctor to take appropriate tests.	100 ou mais – Seus riscos são muito altos. Procure seu médico para testes apropriados.		
Detecting cancer early Once again, early detection (by endometrial tissue sample) is a key to your chance of a cure for this cancer. Regular pelvic examinations may find other female cancers such as cancer of the ovary.	Early detection of cancer Once again, early detection is the key to the cure of this cancer. Regular pelvic exams may find other types of female cancer, such as ovarian cancer.	Detectando câncer precocemente Mais uma vez, a detecção precoce é a chave para a cura deste câncer. Exame pélvico regular pode encontrar outros tipos de câncer femininos como o câncer de ovário.		

Apêndice 2: Instrumento traduzido e adaptado para língua portuguesa

Câncer: Avaliando seu risco

Câncer de Pulmão

1. Sexo

Masculino (2) Feminino (1)

2. Idade

39 ou menos (1) 40-49(2) 50-59(5) 60 ou mais(7)

3. Exposição a algum destes

minério (3) amianto (7) Urânio e produtos radioativos(5)
Nenhum(0)

4.Hábitos*

Fumante (10) Não-fumante (0)

*Se parou de fumar há mais de 10 anos, contar como não-fumante. Se parou de fumar nos últimos 10 anos, você é um ex-fumante. Ex-fumantes devem responder as questões 4 a 8 de acordo com o que fumavam previamente. Então ex-fumantes devem reduzir seu total de pontos nas questões 5 a 8 em 10% por ano que eles não tenham fumado. Fumantes ativos também respondem as questões 5 a 8.

5.Tipo de fumo

Cigarros (10) Charutos ou cachimbos, mas não cigarros(3)
Não-fumante(0)

6.Número de cigarros fumados por dia

0 (1) menos do que 1/2 pacote(5) ½ a 1 pacote(9)
1 a 2 pacotes(15) 2 ou mais pacotes (20)

7. Tipo de cigarro

Alto nível de alcatrão (20mg ou +)/nicotina (1.3mg ou +) (10)
Médio nível de alcatrão (16-19 mg)/nicotina (1.1 – 1.2mg) (9)
Baixo nível de alcatrão (15mg ou -) /nicotina (1.0 mg ou -) (7)
Não-fumante(1)

8. Tempo de fumante

Não-fumante (1) Menos de 15 anos(5) 15-25 anos (10)
25 anos ou mais (20)

9. Estou parando de fumar hoje

Sim (-2) Não

Total:_____

Se seu total for...

24 ou menos - Você tem baixo risco para câncer de pulmão

25-49 – Você deve ser um fumante leve e tem boa chance de parar com o hábito.

50-74 – Como um fumante moderado, seus riscos para câncer de pulmão e do trato respiratório são aumentados. O momento de parar é agora!

75 ou mais – Como um severo fumante, suas chances de adquirir um câncer de pulmão e do trato respiratório ou digestivo são muito aumentadas.

Reduzindo seus riscos

Tome a decisão de parar hoje. Escolha um programa para parar de fumar. Se você é usuário de álcool severo, seus riscos para câncer de cabeça e pescoço e esôfago são muito aumentados. Sua melhor aposta é não utilizar nenhum tipo de fumo. Consulte um médico se você apresenta tosse persistente, rouquidão, dor persistente na boca ou garganta ou nódulos no pescoço.

Câncer de cólon e Reto**1. Idade**

40 ou menos (2)

40-49 (7)

50 ou mais (12)

2. Alguém da família já teve

Câncer de cólon (18)

Pólipo no cólon (18)

Nada (1)

3. Você já teve

Câncer de cólon (25)

Pólipo no cólon (25)

Colite ulcerativa por mais de 7 anos (18)

Câncer de mama, ovário, útero ou estômago (13)

Não se aplica (1)

Total: _____

Sintomas

1. Você tem sangramento de reto?

Sim Não

2. Você teve modificações no seu hábito intestinal (como alteração de frequência, consistência ou cor das fezes)?

Sim Não

Reduzindo seus riscos e detectando câncer precocemente

1. Eu tenho alterado minha dieta incluindo menos gordura e mais frutas, fibras e vegetais.

Sim Não

2. Eu tenho um exame de sangue nas fezes negativo no ano passado.

Sim Não

3. Eu tenho um exame negativo para câncer de cólon e pólio de menos de 5 anos.
- Sim Não

Se seu total for...

5 ou menos – Você tem um baixo risco para câncer de cólon e reto. Ingira uma dieta rica em fibras e com baixos lipídios, e faça um checkup para câncer regularmente.

6-15 - Você tem um risco moderado para câncer de cólon e reto. Procure as indicações para detecção precoce de câncer colorretal. Existem (1) exame de toque retal anualmente após os 40 e (2) teste de sangue oculto nas fezes anualmente e sigmoidoscopia, preferencialmente exames a cada 3-5 anos depois dos 50 anos.

16 ou mais – Você está no grupo de alto risco de câncer de cólon e reto. Esta pontuação requer acompanhamento, participando de programas de rastreamento que inclui evolução periódica de todo o cólon.

Sintomas

A presença de sangramento retal ou mudanças nos hábitos intestinais podem indicar câncer de cólon ou reto. Procure um profissional de saúde agora se você possui estes sintomas.

Reduzindo seus riscos e detectando câncer precocemente

Testes regulares para sangue nas fezes e exames apropriados de cólon aumentarão as chances dos pólipos de cólon serem descobertos e removidos precocemente, e o câncer ser encontrado precocemente em um estágio curável. Modificando sua dieta com a inclusão de fibras, vegetais, alimentos ricos em vitamina A e baixos níveis de gordura e sal devem resultar em redução dos riscos de câncer.

Câncer de pele

1. Moro próximo a linha do equador (regiões norte e nordeste).	Sim	Não
2. Frequentemente trabalho ou me exponho ao sol.	Sim	Não
3. Biotipo claro (cabelo naturalmente claro, vermelho ou castanho claro, ou olhos claros).	Sim	Não
4. Trabalha em minas, carvoaria ou com radioatividade.	Sim	Não
5. Experimentou uma severa exposição solar antes dos 18 anos	Sim	Não
6. Há algum membro na família com câncer de pele ou história de melanoma.	Sim	Não
7. Teve câncer de pele ou melanoma no passado.	Sim	Não
8. Usa ou tem usado camas ou luzes de bronzeamento.	Sim	Não
9. Tem grandes, muitas ou modificadas pintas.	Sim	Não

Reduzindo seus riscos e detectando precocemente

10. Eu me cubro com um largo boné e visto camisas de manga longa e calças.
- Sim Não

11. Eu uso protetor solar com FPS de 15 ou mais quando saio ao sol.

Sim Não

12. Eu examino minha pele uma vez por mês procurando mudanças nas pintas.

Sim Não

Se sua resposta for “Sim” para alguma das primeiras nove questões, você precisa usar roupas protetoras e filtro solar com FPS no mínimo 15 ao sair ao sol, e checar mensalmente qualquer mudança nas sardas ou pintas. Uma resposta positiva para as questões 10,11 e 12 pode ajudar a reduzir seu risco de câncer de pele ou possibilidade de detectá-lo precocemente.

Câncer de mama

1. Faixa etária

menos que 35 (10) 35-39 (20) 40-49 (50) 50 ou mais(90)

2. Raça

oriental (10) espanhica(10) negra(20) branca(25)

3. História familiar

Nenhuma(10) Mãe, irmã ou filha com câncer de mama(30)

4. Sua história

Sem doença em mama(10) Prévio cisto ou nódulo(15)

Prévio câncer de mama(100)

5. Maternidade

Primeira gravidez antes dos 30 (10)

Primeira gravidez aos 30 ou mais (15) Nunca engravidou (20)

Detectando precocemente o câncer

6. Eu pratico auto-exame de mama mensalmente Sim(-10) Não

7. Eu tenho uma mamografia e exame físico negativos. Sim(-25) Não

Total: _____

Se seu total for...

Mais que 100 – Baixo risco. Você deve fazer auto-exame de mama mensalmente, fazer exame de mama por um médico como parte do checkup para câncer, e fazer mamografia de acordo com as recomendações da Sociedade Americana de Câncer.

100-199 – Risco moderado. Você deve fazer auto-exame de mama mensalmente, fazer exame de mama por um médico como parte do checkup para câncer, e fazer

mamografia de acordo com as recomendações da Sociedade Americana de Câncer, ou mais freqüentemente de acordo com as recomendações médicas.

200 ou mais – Alto risco. Você deve fazer auto-exame de mama mensalmente, fazer exame de mama por um médico como parte do checkup para câncer, fazendo mamografia mais freqüentemente. Consulte seu médico sobre as recomendações de exames de mama e mamografias.

Detectando câncer precocemente

Uma em 8 mulheres americanas terão câncer de mama em sua vida. Ser mulher é um fator de risco! Muitas mulheres que desenvolveram câncer não tinham outros fatores de risco. Auto-exame e mamografia podem diagnosticar o câncer de mama em estágio precoce e aumentar as chances de cura. Quando detectado neste estágio, a cura é favorável e o tratamento cirúrgico pode ser uma opção.

Câncer cérvico

(parte baixa do útero- Estas questões não se aplicam a mulheres que tenham feito histerectomia total)

1. Faixa etária

Menos que 25(10) 25-39(20) 40-54(30) 55 ou mais(30)

2. Raça

Oriental ou branca(10) negra(20) espanhica(20)

3. Número de gravidez

Nenhuma(10) 1 a 3(20) 4 ou mais(30)

4. Infecções virais

Infecções virais na vagina como herpes, verrugas ou úlceras (10)

Nunca(1)

5. Idade da primeira relação

Antes de 15(40) 15-19(30) 20-24(20)

25 ou mais(10) Nunca teve relação(5)

6. Sangramento entre as menstruações ou depois de relação

Sim(40) Não(1)

7. Fumante

Não-fumante(2) Fumante(3)

Detectando precocemente o câncer

8. Eu tenho um exame de Papanicolau negativo nos últimos anos.

Sim(-50) Não

Total:_____

Se seu total for...

40-69 – Este é um grupo de baixo risco. Pergunte a seu médico sobre o exame Papanicolau e sobre seus subseqüentes testes.

70-99 - Este é um grupo de risco moderado, testes mais freqüentes de Papanicolau são necessários.

100 ou mais - Este é um grupo de alto risco, e deve ter testes de Papanicolau orientados pelo médico.

Detectando câncer precocemente

Deteção precoce deste câncer através de Papanicolau podem aumentar as chances de cura. Quando detectado em estágio precoce, a cura é extremamente alta e cirurgias resguardando o útero podem ser feitas.

Câncer de endométrio

(corpo do útero- Estas questões não se aplicam a mulheres que tenham feito histerectomia total)

1. Faixa etária

39 ou menos(5) 40-49(20) 50 ou mais(60)

2. Raça

Oriental (10) espanhica(10) negra(10) branca(20)

3. Partos

Nenhum (15) 1 a 4(7) 5 ou mais(5)

4. Peso

50 ou mais quilos acima do ideal(50)

20-49 quilos acima do ideal(15) Normal ou abaixo do peso(10)

5. Diabetes

Sim(3) Não(1)

6. Uso de hormônio estrogênico

Sim, regularmente(15) Sim, ocasionalmente(12) Nunca(10)

7. Sangramento uterino anormal

Sim(40) Não(1)

8. Hipertensão (pressão alta)

Sim(3) Não(1)

Detectando precocemente o câncer

9. Eu tenho um exame de Papanicolau e biópsia endometrial negativos no último ano.

Sim(-50) Não

Total:_____

Se seu total for...

45-59 – Você está com baixo risco de desenvolvimento de câncer de endométrio.

60-99 – Seus riscos estão um pouco aumentados. Avise seu médico sobre qualquer sangramento anormal. Exames de amostra de tecido durante a menopausa são recomendados.

100 ou mais – Seus riscos são muito altos. Procure seu médico para testes apropriados.

Detectando câncer precocemente

Mais uma vez, a detecção precoce é a chave para a cura deste câncer. Exame pélvico regular pode encontrar outros tipos de câncer femininos como o câncer de ovário.

Apêndice 3: Instrumento de coleta de dados

Identificação

Membros da família: _____

Data de nascimento: _____ Sexo: ()Feminino ()Masculino

Escolaridade: ()1º grau incompleto ()1º grau completo ()2º incompleto
()2º grau completo ()3º grau incompleto ()3º grau completo

Estado civil: () solteira () casada () divorciada () amasiada () viúva

Ocupação: _____

Procedência: _____

Raça: _____

Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____

(S)Sim (N)Não

História :

() Diabetes

() Hipertensão

() Exposição freqüente a elementos radioativos (aminato, minério)

() Exposição freqüente ao sol

() Biótipo claro

() Exposição ao sol antes dos 18 anos

() Manchas pela pele ou modificações

() Utilização de bronzamento artificial

() Fuma: quantidade: _____ maços / dia, tempo: _____ anos
tipo: () palha () tradicional () light () cachimbo () outros
() deseja parar Quando? _____

() Alterações no hábito intestinal

() Sangramento ao evacuar

() Apresenta pólipos

() Algum tipo de Câncer.

Qual? _____

Tempo diagnóstico? _____

Em tratamento? () Sim () Não

Família

() História câncer

Quem e tipo?

Prevenção/Reduzindo seus riscos:

- ☐ Usa proteção à exposição ao sol (bonés, camisas)
- ☐ Usa protetor solar
- ☐ Examina a pele
- ☐ Inclui fibras, frutas e vegetais na alimentação
- ☐ Exame de cólon/reto sem alterações
- ☐ Exame negativo de sangue nas fezes

Mulheres:

- ☐ Exame de Papanicolau no último ano
- ☐ Apresenta cisto ou nódulo de mama
- ☐ Prática auto-exame mama
- ☐ Mamografia sem alterações
- ☐ Usa hormônio (contraceptivos ou reposição hormonal) ☐ regular
- ☐ Maternidade: idade 1ªgestação: _____
1ªrelação sexual _____
nº gravidez: _____ nº partos: _____
- ☐ Sangramento entre menstruações ou após relação sexual
- ☐ Infecções anteriores (verrugas, úlceras...)

Prevenção e diagnóstico precoce de câncer

1) Você já viu, leu ou ouviu falar sobre prevenção e diagnóstico precoce de câncer?

- ☐ Sim
- ☐ Não

2) Qual tipo você viu, leu ou ouviu falar?

- ☐ mama ☐ próstata ☐ outro
- ☐ colo de útero ☐ cólon/reto
- ☐ pele ☐ pulmão

3) Onde você leu ou ouviu falar?

- ☐ televisão ☐ rádio ☐ jornal ☐ revista ☐ folheto
- ☐ cartazes ☐ internet ☐ amigo ☐ membro da família
- ☐ profissional de saúde, qual? _____
- ☐ outros, quais? _____

4) Você se lembra ou sabe alguma coisa sobre isso?

- ☐ Não
- ☐ Sim, o que lembra/sabe?

- ☐ realização de auto-exame de mama mensalmente
- ☐ realização periódica/rotineira de Papanicolau
- ☐ realização periódica/rotineira de mamografia

- ☐ perceber modificações no corpo, como por exemplo, caroços, sangramento ou outras alterações
- ☐ procurar profissional de saúde sempre que perceber modificações no corpo
- ☐ importância da prevenção para impedir a doença
- ☐ importância do diagnóstico precoce para diminuir as conseqüências do tratamento e da doença
- ☐ outras,
quais? _____

5) Essa informação levou você a fazer alguma coisa?

- ☐ Sim (Não perguntar questão 8)
- ☐ Não (continuar na questão 8 e finalizar)

6) O que você faz para prevenção e diagnóstico precoce de câncer de mama e de colo de útero?

- ☐ realização de auto-exame de mama mensalmente
- ☐ realização periódica/rotineira de Papanicolau
- ☐ realização periódica/rotineira de mamografia
- ☐ perceber modificações no corpo, como por exemplo, caroços, sangramento ou outras alterações
- ☐ procurar profissional de saúde sempre que perceber modificações no corpo
- ☐ importância da prevenção para impedir a doença
- ☐ importância do diagnóstico precoce para diminuir as conseqüências do tratamento e da doença
- ☐ outras,
quais? _____

7) Você realiza/faz essa atividade por quê?

- ☐ por vontade ou decisão própria
 - ☐ incentivo dos outros
 - ☐ considerou as informações importantes
 - ☐ acreditou nos possíveis efeitos
 - ☐ medo do diagnóstico
 - ☐ gosta de se cuidar
 - ☐ informações constantes sobre o tema
 - ☐ outros, quais? _____
-

8) Não levou a realizar essa atividade por quê?

- ☐ não considera importante
- ☐ não acredita nos possíveis efeitos
- ☐ não tem medo do diagnóstico
- ☐ acredita que não terá a doença
- ☐ esquecimento para realização das orientações

- ☐ falta de condição para realização das orientações
 - ☐ aguarda melhor ocasião
 - ☐ falta de informações constantes sobre o tema
 - ☐ outros, quais?
-

9) Você pratica essas orientações/atividades de quanto em quanto tempo?

- ☐ menos de um mês
- ☐ um mês
- ☐ dois a quatro meses
- ☐ seis meses
- ☐ Um ano ou mais

Última vez que fez? _____

10) Outras pessoas ou meios incentivam/lembram você a continuar praticando as orientações dadas?

- ☐ Não
 - ☐ Sim, quem?
 - ☐ familiares
 - ☐ profissionais de saúde
 - ☐ propagandas com artistas
 - ☐ folhetos com explicações
 - ☐ outros.
-

11) O que eles lhe lembram?

- ☐ realização mensal de auto-exame de mama
- ☐ realização de exames Papanicolau periodicamente
- ☐ realização periódica de mamografia
- ☐ procura a profissionais de saúde
- ☐ incentivo aos familiares nas mudanças de comportamento
- ☐ outros,quais?_____

Apêndice 4: Instrumento de Avaliação da Persuasão

Colocar um X em cada item que foi contemplado:

Itens avaliados	Clareza/ compreensão	Pertinência do conteúdo	Aparência do instrumento	Sensibilidade
Questão				
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				

Observações pertinentes:

Apêndice 5: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido destinado aos participantes da coleta de dados.

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa com o título “AVALIAÇÃO DO RISCO DE CÂNCER E DA PERSUASÃO NA PREVENÇÃO E DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER” . Ela tem como objetivo: identificar o risco de uma pessoa moradora de um bairro da cidade apresentar câncer e também avaliar o quanto a pessoa atende à informação para prevenção e diagnóstico precoce de câncer, especialmente as mulheres adultas desta população. Assim, esta pesquisa pode ajudar a melhorar as atividades feitas para diagnóstico precoce do câncer.

Os dados do estudo serão coletados por meio de entrevistas aos moradores do Jardim Paiva, em suas casas, por pessoal treinado para a pesquisa. Não haverá qualquer gasto para responder ao questionário.

Sua participação é necessária para que este estudo seja feito, mas ela é voluntária e sua identidade não será revelada, sendo garantido seu anonimato. Você poderá interromper a entrevista em qualquer momento. Se ao final da leitura deste documento, sua decisão for por não tomar parte do estudo, você não terá qualquer prejuízo. No entanto, se for identificado alto risco de apresentar câncer após a análise dos dados você será contactado.

Para maiores informações, reclamações ou acompanhamento da pesquisa, entre em contato com a pesquisadora Marcela pelo telefone (16) 3602-3475.

Eu, _____

RG _____, residente à Rua

declaro que entendi as informações a respeito do estudo e concordo em participar do mesmo.

Marcela Tonani (pesquisadora)

Sujeito de pesquisa

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2007.

Anexo 1: Instrumento original (em língua inglesa)

Cancer: Assessing your risk

Lung Cancer

1)Sex

- (a)Male (b)Female

2)Age

- (a)39 or less (b)40-49 (c)50-59 (d)60+

3)Exposure to any of these

- (a)Mining (b)Asbestos (c)Uranium & radioactive products (d)None

4)Habits*

- (a)Smoker (b)Nonsmoker

*If you stopped smoking more than 10 years ago, count yourself as a nonsmoker. If you have stopped smoking in the past 10 years, you are an ex-smoker. Ex-smokers should answer questions 4 through 8 according to how they previously smoked. Then ex-smokers may reduce their point total on questions 5 through 8 by 10% for each year they have not smoked. Current smokers also answer questions 5 through 8.

5)Type of smoking

- (a)Cigarettes or little cigars (b)Pipe and/or cigar, but not cigarettes
(c) Nonsmoker

6)Number of cigarettes smoked per day

- (a)0 (b) less than ½ pack per day (c)1/2 – 1 pack (d)1-2 packs
(e)2+ packs

7)Type of cigarette**

- (a)High tar/nicotine (b)Medium tar/nicotine (c)Low tar/nicotine
(d)Nonsmoker

** High tar/nicotine: 20mg or more tar/1.3 mg or more nicotine

Medium tar/nicotine: 16-19 mg tar/1.1-1.2 mg nicotine

Low tar/nicotine: 15 mg or less tar/ 1.0 mg or less nicotine

8)Length of time smoking

- (a)Nonsmoker (b)Up to 15 years (c)15-25years (d)25+years

9)I am stopping smoking today.

Total:_____

If your total is...

24 or less – You have a low risk for lung cancer.

25 – 49 – You may be a light smoker and would have a good chance of kicking the habit.

50-74 – As a moderate smoker, your risks of lung and upper respiratory tract cancer are increased. The time to stop is now!

75 – over – As a heavy cigarette smoker, your chances of getting lung cancer and cancer of the upper respiratory or digestive tract are greatly increased.

Reducing your risk

Make a decision to quit today. Join a smoking cessation program. If you are a heavy drinker of alcohol, your risks for cancer of the head and neck and esophagus are further increased. Use of “spitting” tobacco increases your risks of cancer of the mouth. Your best bet is not to use tobacco in any form. See your doctor if you have a nagging cough, hoarseness, persistent pain or sore in the mouth or throat or lumps in the neck.

Colon rectum cancer**1) Age**

(a)40 or less (b)40-49 (c)50 and over

2)Has anyone in your family ever had

(a)Colon cancer (b)Colon polyps (c)Neither

3)Has you ever had

- (a)Colon cancer (b)Colon polyps
(c)Ulcerative colitis for more than seven years
(d)Cancer of the breast, ovary, uterus or stomach
(e) None of above

Total:_____

Symptoms

1) Do you have bleeding from the rectum? Yes No

2) Have you had a change in bowel habits (such as altered frequency, size, consistency or color of stool)? Yes No

Reducing your risks and detecting cancer early

1) I have altered my diet to include less fat and more fruits, fiber and cruciferous vegetables (broccoli, cabbage, cauliflower, Brussels sprouts).

	Yes	No
2) I have had a negative test for blood in my stool within the past year.	Yes	No
3) I have had a negative examination for colon cancer and polyps within the past five years (proctosigmoidoscopy, colonoscopy, barium enema x-rays).	Yes	No

If your total is...

5 or less – You are currently at low risk for colon and rectum cancer. Eat a diet high in fiber and low in fat and follow cancer checkup guidelines.

6 – 15 – You are currently at moderate risk for colon and rectum cancer. Follow the American Cancer Society guidelines for early detection of colorectal cancer. These are: (1) a digital rectal exam every year after 40 and (2) a fecal occult blood test every year and a sigmoidoscopic, preferably flexible, exam every 3-5 years after age 50.

16 or greater – you are in the high risk group for colon and rectum cancer. This rating requires a lifetime, on-going screening program that includes periodic evaluation of your entire colon. See your doctor for more information.

Symptoms

The presence of rectal bleeding or a change in bowel habits may indicate colon/rectum cancer. See your physician right away if you have either of these symptoms.

Reducing your risks and detecting cancer early

Regular tests (in accordance with American Cancer Society Screening Guidelines) for hidden blood in the stool and appropriate examinations of the colon will increase the likelihood that colon polyps are discovered and removed early and that cancers are found in an early, curable state. Modifying your diet to include more fiber, cruciferous vegetables, and foods rich in Vitamin A; and less fat and salt-cured foods may result in reduction of cancer risk.

Skin Cancer

1) Live in the southern part of the U.S.	Yes	No
2) Frequent work or play in the sun	Yes	No
3) Fair complexion or freckles (natural hair color of blonde, red or light brown, or eye color of grey, green blue, or hazel)	Yes	No
4) Work in mines, around coal tars or radioactivity	Yes	No
5) Experienced a severe, blistering sunburn before the age of 18	Yes	No
6) Have any family members with skin cancer or history of melanoma	Yes	No
7) Had skin cancer or melanoma in the past	Yes	No
8) Use or have used tanning beds or sun lamps	Yes	No

9) Have large, many, or changing moles Yes No

Reducing your risks and detecting cancer early

10) I cover up with a wide-brimmed hat and wear long-sleeved shirts and pants. Yes No

11) I use sun screens with an SPF rating of higher when going out in the sun. Yes No

12) I examine my skin once a month for changes in warts or moles. Yes No

If you answered "yes" to any of the first nine questions, you need to use protective clothing and use a sun screen with an SPF rating of 15 or greater whenever you are out in the sun and check yourself monthly for any changes in warts or moles. An answer of "yes" to questions 10, 11 and 12 can help reduce your risk of skin cancer or possibly detect skin cancer early.

Breast cancer

1) Age
(a) under 35 (b) 35-39 (c) 40-49 (d) 50 and over

2) Race
(a) oriental (b) Hispanic (c) black (d) white

3) Family history
(a) None (b) Mother, sister, daughter with breast cancer

4) Your history
(a) No breast disease (b) Previous lumps or cysts (c) Previous breast cancer

5) Maternity
(a) First pregnancy before 30 (b) First pregnancy at 30 or older (c) No pregnancy

Total: _____

Detecting cancer early

6) I practice breast self-examination monthly. Yes No

7) I have had a negative mammogram and examination by a physician in accordance with American Cancer Society Breast health Guidelines. Yes No

If your total is:

Under 100... Low risk women (and all others). You should practice monthly Breast Self-Examination, have your breasts examined by a doctor as part of a regular

cancer-related checkup, and have mammography in accordance with ACS guidelines.

100 – 199... Moderate risk women. You should practice monthly BSE and have your breasts examined by a doctor a part of a cancer-related checkup, and have periodic mammography in accordance with American Cancer Society guidelines, or more frequently as your physician advises.

200 or higher... High risk. You should practice monthly BSE and have your breasts examined by a doctor, and have mammography more often. See your doctor for the recommended frequency of breast physical examinations and mammography.

Detecting Cancer Early

One in 8 american women will get breast cancer in her lifetime. Being a woman is a risk factor! Most women (75%) who get breast cancer don't have other risk factors. BSE and mammography may diagnose a breast cancer stage with a greatly increased chance of cure. When detected at this stage, cure is more likely and breast-saving surgery may be an option.

Cervical cancer

(Lower portion of uterus) - These questions do not apply to a woman who has had a total hysterectomy.

1)Age group

(a)Less than 25 (b)25-39 (c)40-54 (d) 55 and over

2)Race

(a)oriental or white (b)black (c)Hispanic

3)Number of pregnancy

(a)0 (b)1 to3 (c)4 and over

4)Viral infections

(a)viral infections of the vagina such as Venereal warts, herpes or ulcer formations
(b)Never

5)Age at first intercourse

(a)before 15 (b)15-19 (c)20-24 (d)25 and over (e)never had intercourse

6)Bleeding between periods or after intercourse.

Yes No

7)Smoker

(a)Non-smoker (b)Smoker

Total:_____

Detecting cancer early

8) I have had a negative Pap smear and pelvic examination within the past years.
Yes No

If your total is...

40 – 69 – This is a low risk group. Ask your doctor for a pap test and advice about frequency of subsequent testing.

70-99 – In this moderate risk group, more frequent Pap tests may be required.

100 or more – You are in a high risk group and should have a Pap (and pelvic exam) as advised by your doctor.

Detecting cancer early

Early detection of this cancer by the Pap test has markedly improved the chance of cure. When this cancer is found at an early stage, the cure rate is extremely high and uterus-saving surgery and childbearing potential may be preserved.

Endometrial cancer

(Body of uterus) – These questions do not apply to a woman who has had a total hysterectomy.

1) Age group

(a) 39 or less (b) 40-49 (c) 50 and over

2) Race

(a) oriental (b) black (c) hispanic (d) white

3) Births

(a) None (b) 1 to 4 (c) 5 or more

4) Weight

(a) 50 or more pounds overweight

(b) 20-49 pounds overweight

(c) normal or underweight height

5) Diabetes (elevated blood sugar). Yes No

6) Estrogen Hormone intake

(a) Yes, regularly (b) Yes, occasionally (c) None

7) Abnormal uterine bleeding. Yes No

8) Hypertension (high blood pressure). Yes No

Total: _____

Detecting cancer early

9) I have had a negative pelvic examination and Pap smear or endometrial tissue sampling (endometrial biopsy) performed within the past year. Yes No

If your total is...

45-59 – You are very low risk for developing endometrial cancer.

60-99 – Your risks are slightly higher. Report any abnormal bleeding immediately to your doctor. Tissue sampling at menopause is recommended.

100 and over – Your risks are much greater. See your doctor for tests as appropriate.

Detecting cancer early

Once again, early detection (by endometrial tissue sample) is a key to your chance of a cure for this cancer. Regular pelvic examinations may find other female cancers such as cancer of the ovary.