

ISCTE  IUL
Instituto Universitário de Lisboa

Escola de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia Social e das Organizações

A atribuição da causa do cancro da mama, perceção de risco e o locus de controlo de saúde
nas mulheres portuguesas: predição da intenção comportamental

Sabrina Medina Pereira

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia
Social da Saúde

Orientadora:

Professora Doutora Cristina Maria Lopes Camilo, Professora Auxiliar Convidada, ISCTE -
Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2018

ISCTE  IUL
Instituto Universitário de Lisboa

Escola de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia Social e das Organizações

A atribuição da causa do cancro da mama, perceção de risco e o locus de controlo na saúde
nas mulheres portuguesas: predição da intenção comportamental

Sabrina Medina Pereira

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia
Social da Saúde

Orientadora:

Professora Doutora Cristina Maria Lopes Camilo, Professora Auxiliar Convidada,
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2018

Agradecimentos

A todos os que acreditaram mais nas minhas capacidades do que eu própria.

À Professora Doutora Cristina, orientadora desta dissertação, pelos conhecimentos transmitidos e pela paciência, mas sobretudo pela sua preciosa ajuda que tornaram possível a concretização deste trabalho.

A todas as duzentas e cinquenta e duas participantes neste trabalho.

À minha família. Aos meus avós pela preocupação e ao meu pai pelo seu esforço diário. À minha mãe pelo incentivo e em especial à minha irmã, pelas palavras bondosas e encorajadoras ao longo deste processo.

Aos meus amigos, a família que eu pude escolher, pela compreensão nos momentos mais difíceis.

Resumo

Atualmente, o cancro da mama é a segunda neoplasia mais comum a nível mundial e mais frequentemente diagnosticada nas mulheres. É vulgarmente compreendido como algo que destrói e acarreta um impacto inimaginável na vida das mulheres, o que tem implicações nas suas representações de saúde e doença e, por conseguinte, nos seus comportamentos. O presente estudo experimental manipula a atribuição causal num plano 2x2 e tem como objetivo explorar os efeitos desta manipulação no tipo de causas atribuídas ao cancro da mama, na perceção de risco, no locus de controlo e na intenção comportamental preventiva associados ao cancro da mama. A amostra foi constituída por 252 mulheres portuguesas, com idade média de 27 anos ($DP=8.64$). Os dados foram recolhidos através de um questionário de autorrelato, no qual foram avaliadas as variáveis da atribuição causal, perceção de risco, locus de controlo e intenção comportamental. Os resultados demonstram que apenas a intenção comportamental preventiva apresenta resultados significativos no que respeita à manipulação da atribuição causal.

Palavras-chave: cancro da mama, atribuição causal, perceção de risco, locus de controlo na saúde, intenção comportamental

Abstract

Breast cancer is the second most common neoplasm worldwide and the most diagnosed in women. It is commonly understood as something that destroys and has an unimaginable impact on women's lives, which has implications for their health and disease perceptions and therefore for their behaviors. The present experimental study manipulates causal attribution and aims to explore the effects of this manipulation on the type of causes attributed to breast cancer, risk perception, locus of control and preventive behavioral intention. Two hundred and fifty-two Portuguese women participated on this study, with a mean age of 27 years old ($SD=8.64$). Data was collected through a self-report questionnaire that evaluated the variables of causal attribution, risk perception, locus of control and intention to engage with healthy behaviors. The results show that only preventive behavioral intention presents significant results regarding due the manipulation of causal attribution.

Keywords: breast cancer, causal attribution, risk perception, health locus of control, preventive behavioral intention

Índice

Introdução.....	1
Capítulo I – Enquadramento Teórico	3
1. Cancro da mama.....	3
1.1. Definição e tipos de cancro da mama	3
1.2. Panorama mundial e nacional.....	3
1.3. Fatores de risco associados ao cancro da mama.....	4
1.3.1. Fatores de risco não modificáveis.....	4
1.3.2. Fatores de risco modificáveis.....	5
2. Intenção comportamental preventiva	7
2.1. Definição e modelos teóricos	7
2.2. Abordagem do Processo de Ação para a Saúde (Health Action Process Approach - HAPA).....	8
3. Atribuição causal.....	10
3.1. Definição e modelo teórico.....	10
4. Perceção de risco	13
5. Locus de controlo	17
6. Justificação e Objetivos do Estudo.....	19
Capítulo II – Método	20
1. Desenho do Estudo.....	20
2. Participantes	20
2.1. Caracterização sociodemográfica e clínica.....	20
3. Instrumentos	22
3.1. Locus de controlo	22
3.2. Perceção de risco.	23
3.3. Atribuição causal	24
3.4. Intenção comportamental	25
3.5. Questionário sociodemográfico e clínico	25
4. Procedimento.....	25

Capítulo III - Resultados	27
1. Análise Descritiva das Variáveis em Estudo	27
2. Correlações entre as variáveis Atribuição Causal, Locus de Controlo, Perceção de Risco e Intenção Comportamental.....	32
Capítulo IV - Discussão	34
1. Discussão dos Resultados.....	34
Referências Bibliográficas	36
Anexos.....	43

Índice de quadros

Quadro 2.1 - Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra.....	21
Quadro 3.2 - Análise descritiva da variável Atribuição causal	27
Quadro 3.3 - Análise descritiva da variável Locus de controlo	29
Quadro 3.4 - Análise descritiva da variável Perceção de controlo.....	30
Quadro 3.5 - Análise descritiva da variável Intenção comportamental	31
Quadro 3.6 - Matriz de Correlações das variáveis do estudo.....	32

Índice de Figuras

Figura 3.1 – Efeito mediador da atribuição e do controlo na Intenção Comportamental.....31

Introdução

A saúde é definida pela Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1946, p. 1) como “*o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença ou enfermidade.*” O estado de saúde é possível através práticas quotidianas saudáveis ao nível da nutrição, atividade física, gestão do stress, responsabilidade e desenvolvimento espiritual, bem como através da redução ou eliminação de fatores prejudiciais à manutenção da saúde do indivíduo (Stringhini, Sabia, Shipley, Brunner, Nabi, Kivimaki & Singh-Manoux, 2010). A promoção de comportamentos de proteção da saúde, definidos por Matarazzo (1984 citado por Teixeira, 1992) como comportamentos imunogénicos com resultados positivos, possibilita a independência do indivíduo no que concerne à manutenção de um estilo de vida saudável, bem como o aumento da sua qualidade de vida.

O emergente interesse pelo papel das variáveis subjacentes aos comportamentos de proteção de saúde é notório e justifica a presente investigação. Uma das principais prioridades da Organização Mundial de Saúde prende-se exatamente com a modificação destes comportamentos, de forma a contrariar as estatísticas que a literatura tem vindo a demonstrar: apenas 5 a 10% dos vários tipos de cancro são associados a fatores genéticos hereditários (Gonzalez & Riboli, 2010), pelo que os restantes fatores se prendem com o estilo de vida – alimentação, obesidade, inatividade física, consumo de álcool e tabaco, e exposição solar – e com fatores ambientais e agentes infecciosos. Cerca de 50% da mortalidade associada à doença oncológica está relacionada com os comportamentos e estilo de vida não saudáveis (Doll & Peto, 1981 citado por Blot & Tarone, 2015). Os comportamentos de saúde podem ser preditos e encorajados por fatores genéticos, fatores emocionais (stress, ansiedade e medo), fatores sociais (aprendizagem, modelagem, reforço e normas sociais), pelos sintomas percebidos e pelas crenças do doente e dos profissionais de saúde (Leventhal et al., 1985 citado por Ogden, 2004). Tal como a literatura evidencia, o papel das crenças de saúde como a atribuição causal, a perceção de risco e o locus de controlo, é fundamental para a compreensão dos comportamentos (Ogden, 2004).

Este trabalho encontra-se organizado em quatro capítulos. No primeiro capítulo conceptualiza-se o cancro da mama e são explorados os panoramas mundial e nacional de incidência. Tendo em conta o objetivo do estudo, são primeiro enfatizados os fatores de risco associados à doença bem como comportamentos saudáveis ou preventivos. De seguida, são introduzidas as temáticas da atribuição causal, perceção de risco e locus de controlo, as

variáveis do presente estudo. Apresenta-se uma revisão dos seus pressupostos teóricos e evidências empíricas que demonstram como estes construtos podem ou não ter impacto na intenção de adoção de comportamentos preventivos.

No segundo capítulo apresentam-se os detalhes da metodologia utilizada neste estudo experimental, como a caracterização da amostra e a descrição das medidas incluídas no questionário para avaliar as variáveis da atribuição causal, percepção de risco, locus de controlo e intenção comportamental preventiva.

O terceiro capítulo integra todas as análises estatísticas, descritivas e multivariadas das variáveis do estudo. No quarto e último capítulo apresenta-se a discussão dos resultados obtidos, seguidos de reflexão crítica com base na literatura existente, e identifica os contributos deste estudo bem como possíveis limitações e sugestões para estudos futuros.

Capítulo I – Enquadramento Teórico

1. Cancro da mama

1.1. Definição e tipos de cancro da mama

O cancro consiste no crescimento incontrolado de células anormais, produzindo neoplasias, vulgarmente denominadas por tumores (Ogden, 2004). As células cancerígenas podem ser classificadas em três tipos: carcinomas, quando têm origem nas células dos tecidos; sarcomas, com origem no tecido conjuntivo e leucemias, se têm origem no sangue. Por sua vez, os tumores podem ser benignos se não se espalham no corpo ou malignos, se ocorrerem metástases, isto é, a separação das células e respetiva deslocação (Ogden, 2004). Akram, Iqbal, Daniyal & Khan (2017) sintetizam numa revisão de literatura os vários tipos de cancro da mama, os estádios da doença e os fatores de risco associados. O carcinoma ductal, o mais comum, tem origem nas células dos ductos da mama; o carcinoma lobular quando tem origem nas células dos lóbulos. Ambos os carcinomas poderão ainda ser classificados como *in situ*, se as células cancerígenas não tiverem ultrapassado a membrana basal que separa as células dos ductos e lóbulos das restantes, ou invasivos quando a proliferação ultrapassa a membrana. Dentro dos carcinomas invasivos e para além dos dois tipos acima referidos, existem o carcinoma medular, carcinoma mucinoso ou colóide, carcinoma inflamatório, doença de Paget da mama, tumor filóide, cancro da mama triplo (Akram et al., 2017; Stewart & Wild, 2014). Dependendo do tamanho, do tipo de tumor e da extensão das células cancerígenas nos tecidos mamários e/ou noutros órgãos, é possível aferir em que estádio da doença a mulher se encontra. O estadiamento do cancro da mama é imprescindível na decisão e planeamento do tratamento – cirurgia (de conservação ou mastectomia no caso de remoção total da mama), radioterapia e quimioterapia (para eliminar as células cancerígenas localmente e noutros órgãos, respetivamente) e terapia hormonal para inibir a ação do estrogénio em tumores que dele dependam para se desenvolverem (Akram et al., 2017).

1.2. Panorama mundial e nacional

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2012 foram diagnosticados no mundo 14,1 milhões novos casos de cancro, 8,2 milhões de mortes confirmadas por cancro e 32,6 milhões de indivíduos a viver com a doença (com cinco anos de diagnóstico). A realçar que 57% dos novos casos diagnosticados, 65% das mortes por doença oncológica e 48% dos indivíduos cuja preeminência mínima da doença é de cinco anos tiveram lugar nas regiões de

baixo desenvolvimento (e.g. sudoeste asiático, Ásia Central, África e América Central). A OMS estima que no mundo, por ano, sejam diagnosticados cerca de 1 380 000 novos casos de cancro da mama e 450 mil óbitos. Em Portugal, à luz dos dados reportados em abril de 2018 pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2016 as mortes por doença oncológica representam 27,7% do total de óbitos, com um aumento de 2,7% comparativamente ao ano anterior. Os tumores malignos da laringe e traqueia/brônquios/pulmão surgem como principal causa de morte por doença oncológica (4434 mortes), seguido do tumor maligno do cólon (2655 mortes) e do tumor maligno do tecido linfático (2375 mortes). O tumor maligno da mama em 2016 provocou 1798 mortes, das quais 1774 respeitam ao sexo feminino. O cancro da mama trata-se do segundo tipo de cancro mais comum a nível mundial e o mais frequente nas mulheres, tendo sido diagnosticados 1,67 milhões novos casos em 2012, o correspondente à quarta parte de todos os cancros registados, e 522 mil mortes (OMS, 2012). De acordo com as estatísticas (OMS, 2012), o cancro da mama é a quinta causa de morte por cancro no geral, sendo a principal causa de morte por cancro nas mulheres nos países em desenvolvimento e a segunda causa de morte por cancro nos países desenvolvidos, nos quais está associada uma taxa de mortalidade mais elevada ao cancro do pulmão. As taxas de mortalidade são mais baixas quando comparadas às de incidência (OMS, 2012). Em 2014 e mais especificamente nas mulheres portuguesas, o cancro da mama foi o tipo de cancro com maior incidência (n=6088) e com maior taxa de mortalidade (16,9%) associada.

1.3. Fatores de risco associados ao cancro da mama

Ao longo dos últimos anos, têm sido conduzidos diversos estudos com o intuito de identificar fatores que contribuem para a incidência desta doença oncológica. Os fatores de risco podem ser modificáveis, geralmente associados ao estilo de vida, e não passíveis de modificação ou controlo, como o envelhecimento, fatores genéticos e reprodutivos (Colditz, Bohlke & Berkey, 2014).

1.3.1. Fatores de risco não modificáveis.

A incidência do cancro da mama é geralmente maior nas mulheres com idade superior a 50 anos. Todavia, o risco de cancro da mama parece aumentar com a idade de forma mais célere no período pré-menopausa, abrandando na fase pós-menopausa (Akram et al., 2017). Mulheres com mais filhos parecem estar menos suscetíveis ao risco de cancro da mama comparativamente às mulheres com menos filhos. Nesta linha, também há evidências que mulheres que tiveram filhos antes dos 20 anos de idade apresentam menor risco de incidência

à doença quando comparadas a mulheres que não têm filhos ou que tenham sido mães depois dos 30 anos. Também a amamentação é sugerida como fator redutor do risco de cancro da mama (Stewart & Wild, 2014; Akram et al., 2017). Tumores benignos na mama podem aumentar o risco de cancro da mama, assim como o próprio cancro da mama aumenta a probabilidade de risco de reincidência na outra mama cerca de quatro vezes. O histórico de cancro dos ovários, do endométrio e do cólon pode aumentar uma a duas vezes o risco de cancro da mama (Akram et al., 2017). Mulheres com histórico familiar de cancro da mama estão entre duas a quatro vezes mais expostas ao risco de desenvolvimento da doença, principalmente se possuírem o gene BRCA1 ou BRCA2 (Akram et al., 2017). São também referidos como fatores de risco de cancro da mama a primeira menstruação se precoce, a toma de contraceptivos orais e terapia hormonal de substituição (Akram et al., 2017). A utilização passada de contraceptivos orais não está associada com o risco de cancro da mama, mas o uso atual pode estar relacionado a um aumento significativo do risco (Hunter, Colditz, Hankinson, Spiegelman, Chen, Stampfer & Willett, 2010). O risco de incidência parece ser maior nas mulheres que tomam contraceptivos orais quando existem antecedentes familiares ou se são portadoras de mutação genética (Gierisch, Coeytaux, Urrutia, Havrilesky, Moorman, Lowery, Dinan, McBroom, Hasselblad, Sanders, & Myers, 2013).

1.3.2. Fatores de risco modificáveis

Uma alimentação rica em gorduras e pobre em fibras é geralmente associada ao aumento do risco de incidência do cancro da mama (Akram et al., 2017). Foram encontradas associações positivas entre a ingestão de ácidos gordos saturados e o risco de cancro da mama em mulheres com diagnóstico após a menopausa e entre a ingestão lípidos de origem animal e o risco de cancro da mama pré-menopausa. Outros estudos revelam que a diferentes padrões alimentar estão associados níveis de risco diferentes: mulheres com um padrão dietético de estilo ocidental, caracterizado pelo elevado consumo de alimentos de origem animal, alimentos ricos em ácidos gordos e ingestão de bebidas alcoólicas, encontram-se mais suscetíveis à incidência do cancro da mama quando comparadas às mulheres com um padrão dietético mediterrânico, associado ao consumo de peixe, vegetais, fruta e óleos vegetais, identificado como fator protetor do cancro (Sousa, 2015). Os estudos de Zhang, Ho, Fu, Chen e Lin (2011) e de Zhu, Zhou, Jiao e Xu (2011) evidenciam a importância do padrão alimentar oriental baseado em vegetais, fruta, leite, peixe, carne de aves e soja na redução significativa do risco em 74%, bem como os benefícios do consumo de soja – verifica-se uma redução do

risco do cancro da mama em 58% para os altos consumidores de soja comparativamente aos baixos consumidores.

O consumo de álcool parece aumentar o risco de cancro da mama nas mulheres entre 30 a 50%. Gonzalez e Riboli (2010) verificaram que existe um aumento de 3% do risco de cancro da mama para um consumo diário de 10g de bebidas alcoólicas. O consumo diário de um copo de álcool pode aumentar a probabilidade do aparecimento do cancro da mama em 50%, sendo que este efeito seria mais perceptível em mulheres que se encontram antes do período em que ocorre a menopausa (Rohan & McMichael, 1988). Segundo a Agency for Research on Cancer (IARC), o álcool é considerado carcinógeno humano, pelo que promove o risco do aparecimento do cancro da mama. Ao interagir diretamente com o metabolismo do estrogénio, o álcool intensifica os níveis de hormonas que circulam no sangue, sugerindo ainda que a obesidade e o álcool podem partilhar mecanismos biológicos semelhantes através do nível de hormonas sexuais que se encontram na circulação sanguínea, ativando o crescimento/proliferação celular (Shin, Sandin, Lof, Margolis, Kim, Couto, Adami & Weiderpass, 2015; Connor, 2016). Contudo, a literatura não apresenta resultados conclusivos no que respeita a esta associação. Akram et al. (2017) conceptualizam esta associação como secundária, pois o consumo de bebidas alcoólicas aumenta os níveis hormonais na corrente sanguínea.

O excesso de peso está associado ao aumento da incidência do cancro da mama, na medida em que o tecido adiposo promove a produção de estrogénio, bem como outras hormonas que estimulam ou inibem a proliferação celular (Akram et al., 2017), podendo aumentar o risco de mortalidade pelo cancro da mama em cerca de 30% (Hauner & Hauner, 2010). Uma vez que se trata de um fator modificável, o controlo do peso é fundamental na prevenção primária e secundária do cancro da mama (Howell, Anderson, Clarke, Duffy, Evans, Garcia-Closas, Gescher, Key, Saxton & Harvie, 2014). A atividade física é considerada como fator protetor ao cancro da mama (Gonzalez & Riboli, 2010; Miyawaki, Shibata, Ishii & Oka, 2014) e reduz o risco entre 20 a 30% (Stewart & Wild, 2014).

A prevenção primária e a identificação dos fatores de risco são a principal estratégia de prevenção do cancro da mama (Washbrook, 2006; Kruk, 2015). Assim, quando adotados comportamentos saudáveis, considerados de baixo risco e por isso protetores do cancro da mama, mas dependendo do momento da vida da mulher, é possível a diminuição da incidência (prevenindo entre 50 a 70% dos cancros) e melhores prognósticos (Demark-Wahnefried, Rock, Patrick & Byers, 2008; Colditz & Bohlke, 2015).

2. Intenção comportamental preventiva

2.1. Definição e modelos teóricos

A intenção é entendida como o processo psicológico que orienta a ação para a realização de objetivos. É vasto o leque de modelos teóricos de mudança de comportamentos no contexto da saúde propostos ao longo dos anos, com o objetivo de identificar variáveis preditoras deste processo, bem como colmatar a lacuna existente entre intenção e comportamento (*intention-behavior gap*) (Gollwitzer, 1999). Neste sentido, Armitage e Conner (2000) sintetizam os modelos de mudança de comportamento em modelos contínuos, que se subdividem nos modelos motivacionais e modelos de ação comportamental, e em modelos por estádios.

Os modelos contínuos motivacionais debruçam-se sobre as variáveis intrínsecas à motivação para a mudança de comportamento (Armitage & Conner, 2000). Contudo, a literatura tem evidenciado a lacuna existente na relação intenção-comportamento destes modelos, não integrando possíveis variáveis mediadoras e moderadoras inerentes à transformação da intenção em ação, uma vez que são consideradas independentes entre si (Armitage & Conner, 2000). Os modelos contínuos de ação comportamental surgem da necessidade de colmatar as falhas dos modelos motivacionais. Destaca-se a Teoria da Implementação de Intenções de Gollwitzer (*Gollwitzer's Implementation Intentions*, 1993) e distingue intenção para o objetivo como a intenção para realizar determinado comportamento ou alcançar um objetivo (“*Tenciono alcançar x*”) da implementação de intenções, definida como os planos de ação através dos quais o indivíduo delibera sobre quando, onde e como a intenção para o objetivo se traduzirá no comportamento desejado (“*Tenciono iniciar o comportamento x direcionado para o objetivo quando ocorrer a situação y*”). A intenção é ativada quando a pista situacional ocorre, transformando-se em ação por meio de mecanismos de processamento automático. Gollwitzer (1993; 1999) refere que a implementação de intenções se dá ao longo de quatro fases de ação: pré-decisão ou deliberação, na qual o indivíduo compreende a sua vontade, define os comportamentos a realizar e estabelece compromisso para os executar; pré-ação ou implementação, na qual o indivíduo desenvolve os planos de ação (onde, como e quando) o comportamento ocorrerá, bem como a associação da resposta comportamental a pistas ambientais; na fase de ação, o plano é executado com vista à concretização do objetivo do indivíduo; e, por último, na fase de pós-ação ou avaliação o indivíduo compara o comportamento realizado e o desejado de forma a avaliar se serão necessários ajustes para alcançar o objetivo inicialmente definido. Os resultados do estudo de

Orbell, Hodgkins e Sheeran (1997) sobre o autoexame da mama corroboram com a premissa de que a implementação de intenções através dos planos de ação é importante para o estabelecimento do compromisso na mudança de comportamentos. Solicitou-se a metade das mulheres para indicar quando e onde, no mês seguinte, tencionavam realizar o autoexame da mama, verificando-se que 64% das mesmas o fizeram comparativamente a 16% das participantes não sujeitas à implementação de intenções (Armitage & Conner, 2007).

Os modelos por estádios, como a Abordagem do Processo de Ação para a Saúde (*Health Action Process Approach – HAPA*), propõem a mudança do comportamento enquanto processo, pelo que o indivíduo passa por diferentes estádios qualitativos nos quais ocorrem mudanças ao nível da perceção e cognição através da manipulação das variáveis inerentes e específicas a cada estádio (Armitage & Conner, 2000; Schwarzer, 2008). Esta especificidade permite uma intervenção ajustada ao indivíduo pois é tido em conta o estádio de mudança em que se encontra, possibilitando a passagem de um estádio de mudança para o seguinte; contudo, da mesma forma que o indivíduo progride de um estádio para outro, poderá também regredir em caso de recaída ou falha na implementação do comportamento.

2.2. Abordagem do Processo de Ação para a Saúde (*Health Action Process Approach - HAPA*).

Este modelo é conceptualizado por Schwarzer (1992; 2008) com o objetivo de aprimorar as limitações de outros modelos por estádios, principalmente as que o Modelo Transteórico de Mudança (*TTM*) apresenta. Schwarzer (2008) enfatiza a arbitrariedade na delimitação dos estágios do modelo. Mais especificamente, o estágio de contemplação é definido por Velicer, DiClemente, Prochaska e Brandenburg (1985 citado por Schwarzer, 2008) como o estágio em que o indivíduo pondera a mudança de comportamento no próximo ano, enquanto que Prochaska et al. (1994 citado por Schwarzer, 2008) refere a contemplação como a fase em que a mudança de comportamento é planeada para os próximos seis meses. Schwarzer (1992; 2008) propõe a mudança dos comportamentos de saúde como um processo que comporta dois processos de autorregulação: o motivacional (pré-intencional) e o volitivo.

Na fase motivacional o indivíduo não age, todavia desenvolve a intenção para a ação, isto é, para a execução de determinado comportamento; à fase motivacional está, por isso, associada ao estádio pré-intencional. A fase volitiva compreende os estádios intencional e de ação: no primeiro são desenvolvidas estratégias anteriores à iniciação do comportamento e, no segundo, estratégias que visam a manutenção do comportamento já iniciado. O desenvolvimento da intenção comportamental exige que o indivíduo esteja motivado para a

mudança. Este processo envolve três variáveis fundamentais: (1) percepção de risco, que despoleta a motivação para a mudança comportamental; (2) expectativas de resultado, crenças que mais influenciam a motivação para a mudança; e (3) autoeficácia percebida, que permite a manutenção do otimismo quando o indivíduo se depara com situações desconhecidas e barreiras (Luszczynska & Schwarzer, 2003).

O estágio pré-intencional abrange as variáveis percepção de risco, expectativas de resultado e a autoeficácia de realização. O indivíduo pondera o risco associado à não concretização do comportamento e avalia as expectativas de resultado bem como as suas competências de realização. Enquanto crença nas próprias capacidades para executar tarefas e lidar com acontecimentos desafiantes ou potencialmente stressantes (Bandura, 1998; Schwarzer, 2005), a autoeficácia é considerada um preditor da intenção comportamental. Neste sentido, no modelo *HAPA* são distinguidos três tipos de autoeficácia previamente conceptualizados por Marlatt, Baer e Quigley (1995) num estudo sobre mudança de comportamento em comportamentos aditivos: a autoeficácia de ação para a fase motivacional, a autoeficácia de manutenção para a fase intencional e a autoeficácia de recuperação para a fase de ação (Schwarzer, 2008; 2016). Segundo o autor, a autoeficácia de ação corresponde a uma crença otimista na primeira fase do processo e pode prever intenções. Indivíduos com crenças elevadas de autoeficácia de ação antecipam estratégias de acordo com as expectativas de resultado, pensam no sucesso e são mais propensos a iniciar o novo comportamento; pelo contrário, em casos de autoeficácia de ação baixa, os indivíduos têm dúvidas acerca da própria competência, focam-se no insucesso e tendem a procrastinar mais.

A execução do comportamento de saúde não depende unicamente da intenção já desenvolvida pelo indivíduo, como também das suas competências e estratégias de autorregulação (Schwarzer, 2008). Na fase volitiva, mais concretamente no estágio intencional, são elaborados planos de ação através de estratégias de *coping* e da autoeficácia de manutenção. A autoeficácia de manutenção, ou autoeficácia de *coping*, tende a prever comportamentos e compreende as competências do indivíduo para lidar com as possíveis adversidades e barreiras no período de manutenção do novo comportamento de saúde. Assim, indivíduos com maior autoeficácia de manutenção revelam mais esforço e persistência comparativamente aos que apresentam um nível de autoeficácia de manutenção mais baixo (Schwarzer, 2008). No estágio de ação, a última fase do processo, está em causa a possível experiência de fracasso e recuperação de contratemplos e dificuldades na execução do comportamento. A autoeficácia de recuperação refere-se à crença do indivíduo na sua

capacidade para recuperar o controlo, voltando a executar o comportamento cuja manutenção não foi bem-sucedida (Schwarzer, 2008). De acordo com Marlatt, Baer e Quigley (1995), a atribuição causal está relacionada com a autoeficácia de recuperação: ao fracasso podem ser atribuídas causas internas, estáveis e globais.

Em contexto prático, a eficácia das intervenções com base nos modelos por estádios é avaliada através da transição entre estádios, bem como com a adequação da intervenção ao estádio no qual se encontra o indivíduo. Schüz, Sniehotta e Schwarzer (2006) verificaram que indivíduos que se encontram na fase volitiva e que receberam uma intervenção correspondente ao seu estádio (*match*) beneficiaram mais da mesma comparativamente aos que receberam uma intervenção não adequada ao seu estádio (*mismatch*). O estudo de Luszczynska e Schwarzer (2003) esclarece a importância das estratégias autorregulatórias, como o planeamento, na transformação de objetivos em ação no que respeita ao autoexame da mama. Estudos no âmbito da mudança de comportamentos com vista à perda de peso e de atividade física (Schwarzer, 1992), mudança dos comportamentos alimentares (Schwarzer & Renner, 2000; Schwarzer, Schüz, Ziegelmann, Lippke, Luszczynska & Scholz, 2007; Renner, Kwon, Yang, Paik, Kim, Roh & Schwarzer, 2008) mostram que a autoeficácia, seguida pela perceção de risco, são preditores importantes da adoção dos comportamentos saudáveis.

À semelhança dos restantes modelos teóricos, a Abordagem do Processo de Ação para a Saúde não está isenta de limitações. Ogden (2004) destaca a não importância conferida aos fatores menos racionais como a emoção e aos fatores sociais e ambientais no modelo. Não obstante, o presente trabalho debruça-se sobre este modelo teórico uma vez que na fase de motivação é desenvolvida a intenção para a mudança de comportamentos baseada na perceção de risco. Ainda que não seja um forte preditor do comportamento, permite que o indivíduo considere a mudança do comportamento e forme a intenção necessária (Schwarzer & Renner, 2000).

3. Atribuição causal

3.1. Definição e modelo teórico

A atribuição da causa de determinado acontecimento refere-se ao conjunto de informação disponível, crenças e motivações, comportamentos, expectativas e sentimentos do indivíduo (Kelley & Michela, 1980). De forma genérica, diz respeito à forma como este explica um acontecimento ou consequência e, por esta razão, influenciam as suas motivações e futuros comportamentos.

As atribuições causais baseiam-se em três dimensões. O locus de causalidade, que pode ser interno se a causa percebida pelo indivíduo é atribuída ao próprio, às suas capacidades ou estados emocionais, ou externo se atribuído às circunstâncias e ao ambiente, à sorte ou azar. A estabilidade trata-se de uma dimensão de natureza temporal e pode ser estável, se se tratar das competências do indivíduo, ou instável em caso de estados emocionais, por exemplo. A controlabilidade, tal como a designação indica, refere-se à possibilidade de controlo da causa – pode ser controlável (e.g. empenho) ou incontrolável (e.g. sorte ou azar) (Heider, 1958; Weiner, 1986). Uma atribuição causal interna, instável e controlável pode predizer a diminuição da autoestima e o aumento do sentimento de culpa bem como da expectativa de sucesso de *coping*, pelo que o indivíduo tende a manter a crença de que poderá fazer algo determinante; daqui resultarão comportamentos ativos e persistentes com o objetivo de responder à ameaça. Pelo contrário, se o indivíduo atribuir uma causa que considera externa, estável e incontrolável, este poderá manter a autoestima, mas devido à sua passividade, há o decréscimo das suas expectativas para a recuperação pois acredita que não tem controlo sobre a doença. Neste caso, o indivíduo tende a resignar-se, sendo pouco provável a probabilidade de adotar estratégias de *coping* positivo (Weiner, 1986; Roesch & Weiner, 2000). A atribuição causal permite ao indivíduo compreender o contexto no qual se insere e é através da identificação de invariâncias que o indivíduo percebe o ambiente como sendo mais ou menos estável, previsível e controlável (Heider, 1958; Kelley, 1973).

Weiner e colaboradores (1972) distinguem quatro elementos da atribuição causal à luz da dimensão da controlabilidade percebida das causas: a capacidade e aptidão pessoal (interna, estável e incontrolável), o esforço (interno, instável e controlável), o nível de dificuldade da atividade (externo, estável e controlável) e o acaso, sorte ou azar (externo, instável e incontrolável). O indivíduo tende a atribuir causas externas a situações de fracasso ou ameaça e causas internas a acontecimentos bem-sucedidos, através de estratégias cognitivas de *self-serving bias*, devido à necessidade de se proteger e manter a autoestima (Miller & Ross, 1975). Aplicado especificamente à atribuição causal, o *self-serving bias* é particularmente evidente uma vez que o indivíduo, perante experiências negativas, que são geralmente inesperadas, é significativamente mais propenso a atribuir-lhe causas externas do que causas internas e estáveis. Por exemplo, os fumadores tendem a atribuir o seu comportamento tabágico a causas externas como os pares, diversão e prazer (Eiser, Sutton & Wober, 1978).

À luz da Teoria da Adaptação Cognitiva (Taylor, 1983; Taylor, Lichtman & Wood, 1984), o indivíduo lida e gere a doença através de mecanismos ilusórios que não são forçosamente uma contradição da realidade, mas interpretações positivas dessa realidade que desempenham um papel fundamental na redefinição de objetivos e na manutenção do ajustamento à doença. São comuns a procura de significado, pois o indivíduo tem a necessidade, prever e controlar o meio (Weiner, 1986), bem como compreender as implicações inerentes à doença; a procura de domínio através da crença que o cancro é controlável; e o processo de autoaperfeiçoamento, que decorre da reconstrução da autoestima através da análise comparativa entre a própria situação e outras piores (comparações em sentido descendente, tal como sugere a Teoria da Comparação Social de Festinger, 1957).

O estudo de Thomson, Heyworth, Girschick, Selevin, Saunders e Fritschi (2014) esclarece que, à semelhança das mulheres com cancro da mama, também as mulheres consideradas saudáveis têm crenças sobre as causas da doença. Com o objetivo de comparar as atribuições causais do cancro da mama entre mulheres diagnosticadas com a doença e mulheres saudáveis (grupo controlo), Thomson et al. (2014) verificaram que o grupo controlo atribui como causa mais comum os fatores hereditários, seguidos do estilo de vida (alimentação pobre, inatividade física, consumo de álcool e tabaco) e fatores ambientais (poluição, químicos, toxinas e alterações nos alimentos). As mulheres saudáveis não atribuem tão frequente causas relacionadas com fatores mentais e stress. Era também esperado que ambos os grupos identificassem a terapia hormonal de substituição como causa do cancro da mama; verificou-se mais identificada no grupo de mulheres com cancro, uma vez que podem ter recebido informação da equipa médica. Foram identificados como fatores protetores a alimentação rica em vegetais, a redução da ingestão de gordura, carnes vermelhas e álcool, a prática de exercício físico e a manutenção de um peso considerado saudável.

O estudo de Levy e Niederdeppe (2007), com o objetivo de avaliar a relação entre crenças fatalistas (e.g. *“Parece que tudo causa cancro”*, *“Não há muito que as pessoas possam fazer para diminuir a probabilidade de ter cancro”* e *“Há tantas recomendações sobre a prevenção do cancro, que é difícil saber quais seguir”*) associadas à prevenção do cancro e três comportamentos preventivos – consumo de frutas e vegetais, tabagismo e atividade física – mostra que este tipo de crenças estão associadas a uma baixa probabilidade de os indivíduos praticarem exercício físico, serem não fumadores e comerem cinco porções diárias de frutas e vegetais. Lykins, Graue, Brechting, Roach, Gochett e Andrykowski (2008) verificaram que mais de metade dos participantes reportaram ter antecedentes familiares de

cancro e que estes atribuíam mais facilmente causas controláveis à doença, o que os autores referem como tentativa de manter a crença de que têm controlo sobre os acontecimentos da sua vida. Mais ainda, um estudo comparativo entre mulheres com cancro da mama, mulheres com tumor benigno da mama e mulheres saudáveis (Anagnostopoulos & Spanea, 2005) evidencia que as mulheres saudáveis sobrestimam as consequências negativas físicas, sociais e económicas associadas à doença e atribuem fatores ambientais como causas (e.g. alimentação, poluição e exposição a radiações).

A compreensão da atribuição causal do cancro da mama é especialmente importante uma vez que as causas percecionadas influenciam as respostas das mulheres e a adoção de comportamentos com o objetivo de reduzir a exposição ao risco do cancro (Lykins et al., 2008). São úteis para o desenho de estratégias que visem a promoção da saúde, como a consciencialização para o cancro da mama e programas de adesão aos rastreios, pois é notória a discrepância entre os fatores de risco geralmente associados ao cancro da mama e os fatores de risco cientificamente reconhecidos.

4. Perceção de risco

A perceção de risco de doença é definida como a crença da probabilidade de se poder ser atingido por determinada doença, à qual estão associadas a probabilidade de ocorrência, a controlabilidade do risco (perceção de controlo) e a gravidade das consequências (severidade percebida) (Cox et al., 2008). A perceção de risco tem um papel fundamental na compreensão das ameaças, na gestão da incerteza e na tomada de decisões (Slovic, 1987), e funciona como fator motivador para comportamentos saudáveis, permitindo ao indivíduo avaliações mais ponderadas sobre os constrangimentos inerentes à doença. O indivíduo utiliza estratégias para negar potenciais situações de risco, evitar dúvidas e atribuir significado aos acontecimentos. Esta capacidade cria e reduz a perceção do risco – otimismo ilusório (Slovic, 1985).

O otimismo ilusório ou irrealista compreende duas heurísticas cognitivas (Lek & Bishop, 1995). A heurística da representatividade (*representativeness heuristic*) refere-se à avaliação da probabilidade de um item pertencer a uma determinada categoria, através do nível em que o item partilha características relevantes aos membros da categoria, não atendendo às taxonomias base para categorias diferentes. No caso específico da doença (e.g. cancro do pulmão), o indivíduo conceptualiza o estereótipo – que poderá ser socialmente estigmatizado – de que a doença afeta apenas determinadas pessoas (e.g. o cancro do pulmão afeta apenas fumadores mais velhos) (Lek & Bishop, 1995), perceciona o seu risco à doença como menor através da negação defensiva que lhe permite não ser identificado com quem

considera vulnerável à doença. A segunda heurística, de disponibilidade (*availability heuristic*), é utilizada quando o indivíduo estima a frequência da probabilidade de determinados acontecimentos com base na facilidade em pensar em exemplos desses mesmos eventos. O otimismo ilusório é maior quando o indivíduo não tem experiência pessoal ou indireta com determinada doença, uma vez que tende a recordar mais rapidamente comportamentos redutores do risco, geralmente intencionalmente levados a cabo, do que comportamentos que aumentam o risco à doença (Lek & Bishop, 1995). Assim, a incerteza tem um papel mediador nas respostas em situações nas quais as consequências são desconhecidas (Slovic, 1985). Pelo contrário, quanto maior a percepção de risco do indivíduo, maior será o desejo de reduzi-lo (Slovic, Fischhoff & Lichtenstein, 1985). A ilusão de controlo é entendida como fator mediador na percepção de risco, isto é, menos risco percebido em situações que dependam do controlo pessoal do indivíduo. Geralmente o indivíduo acredita que detém mais controlo em dada situação do que na realidade tem (Sjöberg, Moen & Rundmo, 2004). A percepção de controlo do indivíduo permite-lhe o sentido de segurança, autoconceito e autoestima que auxiliam na manutenção do humor não depressivo (Taylor & Brown, 1988 citado por Brennan, 2001). A diminuição da percepção de controlo pode surgir da incerteza quanto ao prognóstico, das modificações corporais, do ambiente médico e da discriminação social relativa ao cancro (Brennan, 2001).

Wendt (2005) refere que uma das formas possíveis para avaliar a percepção de risco do cancro é questionar um grupo de indivíduos sobre como percebem o próprio risco: se igual, mais elevado ou mais baixo comparativamente aos seus pares. No caso de um nível alto de percepção de risco, estamos perante um pessimismo irrealista; pelo contrário, se o indivíduo tem a percepção de risco ao cancro mais baixa quando comparado aos outros, demonstra-se um otimismo irrealista. O estudo da percepção de risco requer que sejam consideradas as variáveis cognitivas e emocionais associadas, como a frequência da percepção de doença, que pode predizer comportamentos saudáveis; o medo de contrair ou desenvolver uma doença, que pode estar relacionado com o nível da percepção de risco; a consciência dos fatores de risco, que pode estar na base da percepção de risco; a controlabilidade (quanto maior o nível de percepção de controlo sobre uma doença, menor será o nível de percepção de risco); a vivacidade da imagem mental (comparação do próprio nível de suscetibilidade à doença com o dos outros); gravidade; e a experiência, em caso anterior de doença, quer pessoal quer de alguém próximo, o nível de percepção de risco tende a ser mais alto. Mais especificamente no

contexto do cancro da mama, a percepção de risco baseia-se mais no impacto da doença do que na natureza genética e hereditária da mesma (Wendt, 2005).

Segundo o paradigma psicométrico (Slovic, 1987), e sobre o qual este estudo dirige a sua atenção, o risco é definido pelo indivíduo e influenciado por fatores psicológicos, sociais, institucionais e políticos. A percepção de risco é, portanto, um construto complexo de índole social e cultural ao qual estão subjacentes valores, símbolos, ideologias e a história (Sjöberg, Moen & Rundmo, 2004). Douglas e Wildavsky (1982 citado por Rippl, 2002) referem a percepção de risco como uma construção social, uma vez que o ser humano atua cada vez menos como indivíduo e mais como ser social, e como fenómeno cultural na medida em que a seleção dos riscos contribui para a preservação da sociedade e dos seus valores culturais.

O paradigma psicométrico utiliza escalas psicofísicas e técnicas de análise multivariada para obter representações quantitativas da percepção de risco e atitudes do indivíduo. Através deste modelo compreende-se quais as características dos riscos e o nível de regulação desejado dos mesmos. O risco pode ser avaliado pelo indivíduo como: voluntário ou involuntário, com efeito imediato ou a longo prazo, conhecido ou desconhecido para as pessoas expostas, controlável ou incontrolável, novo ou antigo, crónico ou catastrófico, comum ou terrível, com consequências pouco graves ou fatais e conhecido pela ciência ou não (Slovic, Fischhoff & Lichtenstein, 1985; Slovic, 1987).

Mulheres com histórico familiar de cancro da mama têm uma percepção de risco mais elevada e muitas vezes sobrestimada no caso de se tratar de um familiar muito próximo; contudo, esta elevada percepção de risco pode não ser associada a comportamentos de saúde como rastreios e mamografias (Martin & Lobchuk, 2003).

Hopwood (2000) refere que as diferenças culturais podem influenciar a percepção de risco, partindo das diferentes fontes de informação e dos métodos de avaliação da percepção de risco. Mulheres com risco elevado de desenvolver cancro da mama podem ter uma percepção de risco baixa comparativamente às mulheres no geral – neste caso, estamos perante o otimismo ilusório. No que concerne à relação entre a percepção de risco do cancro da mama e variáveis demográficas como a idade, etnia e/ou cultura e habilitações literárias, os resultados são incongruentes. Orom, Kiviniemi, Shavers, Ross, e Underwood III (2013), atendendo à possível influência cultural, mostram que a percepção de risco pode prever comportamentos de saúde positivos mais frequentemente nas mulheres caucasianas quando comparadas às mulheres negras ou hispânicas devido às diferenças culturais e socioeconómicas. Fatores sociodemográficos relacionados com a consciencialização do papel da atividade física na

prevenção do cancro da mama. Mulheres casadas e com nível de escolaridade mais elevado parecem estar mais conscientes da importância da atividade física; pelo contrário, esta relação não se verificou nas mulheres com filhos, possivelmente pela escassez de tempo para procurar informação sobre a temática (Miyawaki, Shibata, Ishii & Oka, 2014). Indivíduos com estatuto socioeconómico mais elevado percecionam maioritariamente causas do cancro associadas a fatores comportamentais e psicossociais e pessoas com estatuto socioeconómico intermédio identificam mais fatores de risco ambientais (Peretti-Watel, Fressard, Bocquier & Verger, 2016). Os indivíduos que identificam fatores comportamentais não adotam uma atitude fatalista, ao contrário de quem identifica fatores ambientais como mais propensos ao desenvolvimento do cancro; neste caso, é mais comum a crença de que nada poderá evitar a doença oncológica, sendo geralmente partilhada por fumadores.

A literacia em saúde pode ser também importante na compreensão da perceção de risco. Backer (2006) refere a literacia em saúde como as capacidades individuais e dinâmicas que permitem adquirir, compreender e utilizar nova informação, dependentes do problema de saúde, dos prestadores de cuidados de saúde e do sistema de saúde. Um nível baixo de literacia em saúde pode ser um fator de risco para várias doenças, incluindo o cancro, pois está associada a um nível baixo de compreensão e conhecimento e utilização e adoção reduzidas de serviços e comportamentos de prevenção, rastreio de doença e promoção de saúde (Paul et al., 1999; Asobayire & Barley, 2014). Uma forma de aprimorar os conhecimentos das mulheres sobre o cancro prende-se com a comunicação em saúde, através de campanhas informativas sobre a prevenção da doença através dos *media* (Miyawaki, Shibata, Ishii & Oka, 2014). Aliás, Haas, Kaplan, Des Jarlais, Gildengoin, Pérez-Stable e Kerlikowske (2005) mostram que as mulheres com risco moderado de desenvolver cancro da mama percecionam o risco corretamente e que destas, as mais novas, com antecedentes familiares da doença, sem filhos ou que tenham acesso a fontes de informação menos formais, sobrestimem o seu risco. A maioria das mulheres com risco elevado subestimam o seu risco e menos de metade das mulheres com elevado risco percecionam corretamente o risco, sobretudo as mais novas e com histórico familiar.

A literatura tem vindo a evidenciar o papel fundamental da perceção de risco de cancro da mama na adoção de comportamentos de prevenção da doença e técnicas de vigilância, como mamografias e autoexame da mama (apalpação do peito). Posluszny, McFeeley, Hall & Baum (2004) mostram que as mulheres com risco elevado do cancro da mama têm uma perceção de risco alta, contudo não associada à adoção de comportamentos

preventivos. Não existem diferenças significativas entre as mulheres quer com risco elevado, quer com risco moderado de desenvolver cancro da mama, no que concerne à técnica de apalpação.

Skinner, Kreuter, Kobrin e Strecher (1998) num estudo com o objetivo de avaliar e comparar a perceção de risco e o risco objetivo de desenvolver cancro da mama em 1803 mulheres, concluíram que a perceção de risco diferiu significativamente entre etnias, mulheres negras percecionam como abaixo da média o risco de desenvolver cancro da mama comparativamente às mulheres caucasianas, nível de escolaridade, mulheres com menos anos de escolaridade percecionam o risco como médio, e hábito tabágico, apenas 22% das mulheres atualmente fumadoras percecionam o risco de desenvolver cancro da mama como abaixo da média. Um nível de perceção de risco mais elevado, ou considerado acima da média, está significativamente relacionado com a execução de imagem, como a mamografia – 70% das mulheres com perceção de risco elevada já realizaram uma mamografia, comparativamente a pouco mais de metade das mulheres quer com perceção de risco média, quer com perceção de risco abaixo da média. Também o histórico familiar desta doença está positivamente associado à perceção de risco.

5. Locus de controlo

O conceito locus de controlo é conceptualizado na Teoria da Aprendizagem Social por Rotter (1966; 1990) como uma expectativa generalizada sobre o grau de controlo exercido pelo indivíduo sobre os acontecimentos ou reforços que ocorrem na sua vida. Esta abordagem teórica visa a predição do comportamento humano em determinadas situações, atendendo a quatro variáveis: (1) comportamento potencial, a probabilidade de dado comportamento ocorrer em determinada situação e dependendo dos reforços obtidos – consequências positivas adquiridas ou negativas evitadas; (2) expectativas, julgamentos com base nas experiências de vida anteriores relativamente à probabilidade de um reforço ocorrer como resultado de determinado comportamento; (3) valor do reforço, a preferência subjetiva por um tipo de reforço em detrimento de outros; e (4) situação psicológica, a perspetiva pessoal acerca dos acontecimentos. O autor entende o locus de controlo como uma variável unidimensional, através de um contínuo onde um extremo representa a internalidade e o outro, a externalidade, dependendo da intensidade da sua crença de controlo. O locus de controlo interno refere-se à perceção de controlo pessoal sobre o resultado do acontecimento ou o reforço, sendo resultante das próprias ações, enquanto que o locus de controlo externo

indica a percepção de falta de controlo pessoal em dada situação ou que o resultado não depende do seu comportamento, com tendência à atribuição a fatores externos como a sorte ou o acaso (Rotter, 1990).

A psicologia da saúde tem vindo a debruçar-se sobre o locus de controlo aplicado à saúde e na compreensão das razões que levam o indivíduo a adotar determinados comportamentos promotores de saúde. À luz dos contributos da Teoria da Aprendizagem Social, Wallston (1978, 1992) propõe uma teoria social da aprendizagem modificada – mais concreta e específica no contexto da saúde e na relação expectativa-comportamento. Wallston (1992) sugere o locus de controlo como variável multidimensional preditiva dos comportamentos promotores da saúde, que resulta da função multiplicativa entre o grau em que o indivíduo acredita que os seus comportamentos influenciarão o seu estado de saúde e a intensidade em que o indivíduo valoriza a sua saúde – bem-estar psicológico e mental. A valorização da saúde é aqui entendida como variável moderadora da relação entre o locus de controlo interno e os comportamentos relativos à saúde. As crenças internas de controlo da saúde podem ser preditivas da adoção ou manutenção de comportamentos promotores de saúde quando o indivíduo valoriza o seu estado de saúde, enfatizado o papel da autoeficácia – o indivíduo pode percecionarse como responsável pela própria saúde e valorizá-la, mas não se sentir competente para tomar ações que controlem a mesma (Wallston, 1992). A autoeficácia, enquanto crença na própria capacidade para lidar com situações de crise e exigências do contexto social, bem como exercer controlo sobre as mesmas, permite que o indivíduo não seja perturbado de forma tão acentuada pelo evento stressor (Bandura, 1998). Assim, quanto maior o nível de autoeficácia, maior será o esforço do indivíduo para a adoção e manutenção de comportamentos promotores de saúde (Beckham, Burker, Lytle, Feldman & Costakis, 1997).

Contudo, os resultados apresentados noutros estudos são inconclusivos no que respeita à relação entre o locus de controlo e os comportamentos, pois concluem em ambos os sentidos. Uma relação positiva entre o locus de controlo e comportamentos de promoção e manutenção da saúde é evidenciada nos estudos de Slenker, Price e O’Connell (1985), Weiss e Larsen (1990), Wallston (1992), Bennett, Moore, Smith, Murphy e Smith (1993) e Norman, Bennett, Smith e Murphy (1998) e Stapleton e Smith (2013). Indivíduos com um locus de controlo interno têm maior probabilidade de adotar comportamentos preventivos e promotores de saúde, pois percecionam o controlo pessoal sobre o resultado do acontecimento ou o reforço como resultante das próprias ações, ainda que em casos de doença crónica possa ser

mais vantajoso acreditar nos outros poderosos (Wallston, 1992). Por outro lado, a existência de uma relação não significativa entre o locus de controlo e comportamentos promotores de saúde pode ser clarificada no estudo de Ozcakir, Dogan, Bayram e Bilgel (2014). Indivíduos com nível de perceção de controlo mais elevado têm maior probabilidade de adotar comportamentos promotores de saúde comparativamente aos indivíduos com locus de controlo externo (Wardle & Steptoe, 2001), como tomar vacinas (Dabbs & Kirscht, 1971), procurar informação sobre saúde (Wallston, Wallston, Kaplan & Maides, 1976) e seguir recomendações médicas (Lewis, Morisky & Flynn, 1978).

6. Justificação e Objetivos do Estudo

À luz do enquadramento teórico apresentado, sabe-se que o sucesso na mudança de comportamentos na saúde tende a ser atribuído a causas internas e controláveis, facilitando a manutenção da motivação e a perceção de autoeficácia. Pelo contrário, ao fracasso costumam ser associadas causas externas e incontroláveis e despoleta o desinvestimento na tarefa. Espera-se, portanto, que: (1) uma maior intenção de adotar comportamentos preventivos do cancro da mama esteja relacionada com causas internas e controláveis, uma perceção de risco elevada e locus de controlo da saúde interno; (2) uma menor intenção de adotar comportamentos preventivos esteja relacionada com causas externas e incontroláveis, uma perceção de risco mais baixa e locus de controlo da saúde externo.

O presente estudo incide sobre os tipos de atribuição causal do cancro da mama e pretende compreender como as mulheres portuguesas percecionam a doença. Mais especificamente, pretende-se avaliar se e de que forma a atribuição causal do cancro da mama influencia a intenção comportamental preventiva. Mais ainda, pretende-se verificar como é que, perante as quatro condições experimentais definidas (atribuição causal interna e controlável, interna e incontrolável, externa e controlável, e externa e incontrolável do cancro da mama) as mulheres percecionam o risco de desenvolver a doença e se têm ou não controlo sobre a mesma, e se estas variáveis têm impacto na intenção de adotar comportamentos saudáveis e preventivos.

Capítulo II – Método

1. Desenho do Estudo

O presente estudo seguiu um *design* experimental com manipulação da variável independente atribuição causal. Para além desta, também a perceção de risco e o locus de controlo são definidas como variáveis independentes. A intenção comportamental preventiva é a variável dependente deste estudo.

2. Participantes

A amostra deste estudo é composta por 252 participantes, selecionadas através do método de amostragem não probabilística por conveniência, entre Agosto e Setembro do presente ano, respeitando os seguintes critérios de inclusão: (1) ser do sexo feminino; (2) ter nacionalidade portuguesa; (3) ter idade igual ou superior a 18 anos; e (4) nunca, até ao momento presente, ter experienciado qualquer tipo de doença oncológica. Os dados foram recolhidos através de um questionário *online* de autorresposta.

2.1. Caracterização sociodemográfica e clínica

Na presente amostra, as participantes têm uma idade média de 27 anos ($DP=8.64$), sendo que a mais nova tem 18 anos e a mais velha tem 67 anos. Tal como se pode verificar no Quadro 2.1., a maioria é solteira (78,6%), com escolaridade ao nível da licenciatura (48%) e encontra-se ativa/a trabalhar. A maioria das mulheres não tem filhos (86,1%) e não apresenta histórico familiar de cancro da mama (71,4%).

Quadro 2.1 - *Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra*

	N	Percentagem	Média	Desvio-padrão
Idade	252	-	27.49	8.64
Estado civil	252	-	-	-
Solteira	198	7.6	-	-
Casada	31	12.3	-	-
União de facto	17	6.7	-	-
Divorciada/separada	5	2.0	-	-
Viúva	1	0.4	-	-
Escolaridade	252	-	-	-
9º ano	2	0.8	-	-
Ensino secundário	58	23.0	-	-
Licenciatura	121	48.0	-	-
Mestrado	69	27.4	-	-
Outras	2	0.8	-	-
Situação laboral	252	-	-	-
Ativa/a trabalhar	155	61.5	-	-
Desempregada	29	11.5	-	-
De baixa	2	0.8	-	-
Reformada	1	0.4	-	-
Outras	65	25.8	-	-
Filhos	252	-	-	-
Sim	35	13.9	-	-
Não	217	86.1	-	-
Histórico familiar de cancro da mama	252	-	-	-
Sim	72	28.6	-	-
Não	180	71.4	-	-

3. Instrumentos

O questionário aplicado é constituído por três partes (Anexos A a E). Na primeira parte foi solicitado às participantes que lessem atentamente um breve texto informativo sobre o cancro da mama. Sendo este um estudo de carácter experimental, procedeu-se à manipulação da variável independente Atribuição causal, através de um delineamento fatorial 2x2. Para o efeito, foram construídos quatro textos distintos correspondentes às quatro condições experimentais, nos quais a informação genérica é a mesma: *“O cancro consiste no crescimento incontrolado de células anormais, produzindo neoplasias, geralmente conhecidas como tumores. As células cancerígenas podem ser classificadas em três tipos: carcinomas, quando têm origem nas células dos tecidos; sarcomas, com origem no tecido conjuntivo e leucemias, se têm origem no sangue. Por sua vez, os tumores podem ser benignos se não se espalham no corpo, ou malignos se ocorrerem metástases, isto é, a separação das células e respetiva deslocação”*.

Foram definidos quatro planos de manipulação da variável escolhida: (1) atribuição interna e controlável (Anexo A) – *“Sabe-se que uma mulher tem maior probabilidade de desenvolver cancro da mama quando existem antecedentes familiares com a mesma doença, bem como quando fuma”*; (2) atribuição interna e incontrolável (Anexo B) – *“Sabe-se que uma mulher tem maior probabilidade de desenvolver cancro da mama quando existem antecedentes familiares com a mesma doença, bem como quando é mais velha”*; (3) atribuição externa e controlável (Anexo C) – *“Sabe-se que uma mulher tem maior probabilidade de desenvolver cancro da mama quando exposta a ambientes tóxicos, bem como quando fuma”*; e (4) atribuição externa e incontrolável (Anexo D) – *“Sabe-se que uma mulher tem maior probabilidade de desenvolver cancro da mama quando exposta a ambientes tóxicos, bem como quando é mais velha”*.

Na segunda parte do questionário (Anexo E), foi-lhes pedido que respondessem a um conjunto de questões relativos às variáveis a que esta investigação se propõe estudar, que se encontram explicadas de seguida. Finalmente na terceira parte (Anexo F), as participantes responderam a questões de caracterização sociodemográfica. A ordem das perguntas foi a mesma para todas as participantes.

3.1. Locus de controlo

A perceção de controlo foi avaliada através da Forma A da *Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLC)*, Wallston, Wallston & DeVellis, 1978; Wallston, 2005). É

constituída por 18 itens respondidos numa escala de tipo Likert de 6 pontos (1 = Discordo fortemente a 5 = Concordo fortemente), com o objetivo de medir três dimensões, com 6 itens cada: locus de controlo interno (i.e. “Se estiver doente, a recuperação rápida vai depender do meu comportamento”), locus de controlo externo – outros poderosos (i.e. “Quando eu recupero de uma doença é geralmente por causa de outras pessoas (por exemplo médicos, enfermeiros, família, amigos) que tomaram bem conta de mim”) e locus de controlo externo – acaso (i.e. “Se estiver destinado, eu permanecerei saudável”). A subescala de locus de controlo interno avalia a crença de que a saúde é determinada pelos comportamentos do próprio indivíduo; a subescala de locus de controlo externo – outros poderosos avalia a crença de que a saúde depende de outras pessoas como médicos ou familiares; e a subescala de locus de controlo externo – acaso refere-se à crença de que a saúde é determinada pela sorte ou destino. Os resultados são obtidos realizando a média das pontuações dos 6 itens de cada dimensão: uma pontuação mais elevada significa uma crença maior de que a respetiva dimensão controla a sua saúde.

A MHLIC apresenta boa consistência interna no estudo original (alfas de *Cronbach* entre .67 e .77; Wallston, Wallston & DeVellis, 1978), bem como em estudos posteriores com versões traduzidas (alfas de *Cronbach* entre .53 e 0.72; Rodríguez-Rosero, Ferriani & Coleta, 2002). Neste estudo, a análise de consistência interna revelou um alfa de *Cronbach* de .64 para o locus interno, .55 para o locus externo – outros poderosos, e .67 para o locus externo – acaso.

3.2. Perceção de risco.

Foi perguntado às participantes “*Pense na probabilidade de desenvolver cancro da mama. Como classificaria este risco de saúde?*” com base no paradigma psicométrico (Slovic, 1980; Slovic, Fischhoff & Lichtenstein, 1985). A perceção de risco foi avaliada através de oito diferenciais semânticos, numa escala de um a nove pontos que varia em: risco controlável e incontrolável; risco assustador e não assustador; risco fatal e não fatal; exposição voluntária e involuntária; afeta-me e não me afeta; risco desconhecido e conhecido; risco novo e antigo; com efeitos imediatos e com efeitos diferidos. Estes diferenciais semânticos encontram-se agrupados em duas dimensões – risco assustador e risco desconhecido, ambos compostos por quatro diferenciais. A pontuação de cada dimensão é calculada a partir da média dos 4 diferenciais que compõem cada uma delas.

Esta medida apresentou uma consistência interna de .64 na dimensão Risco assustador e .50 na dimensão Risco desconhecido. Dada a baixa correlação entre os diferenciais semânticos do Risco desconhecido, procedeu-se à exclusão do diferencial semântico dos efeitos (imediatos e diferidos), aumentando a consistência interna da dimensão para um alfa de Cronbach de .57.

3.3. Atribuição causal

A *Illness Attributions Scale* (IAS; Shiloh, Rashuk-Rosenthal & Benyamini, 2002) é composta por 42 itens adaptados do *Inventory of Illness Causes* (IIC), respondidos segundo uma escala de tipo Likert de 6 pontos (1 = Discordo totalmente a 6 = Concordo totalmente), agrupados em sete dimensões: causa ambiental abstrata, causa ambiental concreta, causa comportamental – substância, causa comportamental – estilo de vida, causa escondida genética/biológica, causa escondida mística e causa escondida psicossocial.

A subescala de causa ambiental abstrata é constituída por 4 itens: poluição do ar, químicos/radiação, mau tempo e ar condicionado; a subescala de causa ambiental concreta agrupa 3 itens como o contacto com pessoas doentes, germes/viroses e lesões acidentais.

A subescala de causa comportamental – substância inclui 6 itens como efeitos secundários da medicação, contraceptivos orais, cafeína, tabaco, álcool e drogas; a subescala de causa comportamental – estilo de vida é composta por 8 itens: dormir muito/pouco, exercício físico muito/pouco, comida não saudável (“de plástico”), comer muito/pouco, vitaminas, não seguir recomendações médicas, práticas não higiénicas e sexo desprotegido.

A subescala de causa escondida genética/biológica é constituída por 6 itens, incluindo hereditariedade, mutação genética, anomalias nos cromossomas, tendência biológica, idade e complicações no parto; a subescala de causa escondida mística abrange 6 itens: castigo de Deus, mau olhar, destino, acaso, pensamentos pecaminosos e causa inexplicável; e, por fim, a subescala de causa escondida psicossocial é composta por 9 itens: hiponcondria, carácter, humor negativo, preocupações, stress familiar e interpessoal, stress no trabalho/na escola, stress do quotidiano, condições de trabalho desfavoráveis e condições de vida desfavoráveis.

A IAS apresenta uma consistência interna considerada entre fraca a boa: .80 na dimensão abstrata; .62 na dimensão concreta; .79 na dimensão ambiental; .83 na dimensão substância; .76 na dimensão estilo de vida; .87 na dimensão comportamental; .71 na dimensão genética/biológica; .73 na dimensão mística; .94 na dimensão psicossocial; e .89 na dimensão de causas escondidas (Shiloh, Rashuk-Rosenthal & Benyamini, 2002).

Para a amostra em estudo, a agregação dos itens revelou os seguintes valores de alfa de Cronbach: .66 nas causas ambientais abstratas; .53 nas causas ambientais concretas; .81 nas causas comportamentais – substância; .85 nas causas comportamentais – estilo de vida; .76 nas causas escondidas genéticas; .68 nas causas escondidas místicas; e .90 nas causas escondidas psicossociais.

3.4. Intenção comportamental

A intenção foi avaliada através de onze itens numa escala de Likert de 7 pontos (1= Não tenciono a 7= Tenciono muitíssimo), baseada numa escala psicométrica de avaliação de intenções à luz do modelo HAPA (Renner & Schwarzer, 2005; Schwarzer, 2008). Esta escala é originalmente constituída por 10 itens; neste estudo, foi adicionado o item “Tenciono realizar o autoexame da mama (apalpação) regularmente”, uma vez que todos os itens são alusivos aos principais comportamentos preventivos do cancro da mama (i.e. “Tenciono ingerir gorduras o mínimo possível”, “Tenciono praticar exercício físico regularmente” e “Tenciono beber menos bebidas alcoólicas”), tal como sustenta a literatura. A intenção é avaliada através da média das respostas e apresenta um alfa de Cronbach de .87.

3.5. Questionário sociodemográfico e clínico

As participantes preencheram ainda um questionário de dados sociodemográficos (e.g. idade, estado civil, nível de escolaridade, situação laboral atual) e clínicos (e.g. filhos e histórico familiar de cancro da mama, de resposta dicotómica “Sim” ou “Não”), desenvolvido especificamente para este estudo.

4. Procedimento

O presente estudo tem um *design* experimental e a recolha de dados decorreu ao longo de pouco mais de um mês, entre Agosto e Setembro. Previamente ao estudo, realizou-se um pré-teste do questionário com quatro pessoas que reunissem todos os critérios de inclusão de participação, para aferir se era de fácil compreensão.

A recolha de dados foi realizada através da plataforma *online DocForms*. divulgados nas redes sociais e pelos contactos da discente. Em primeiro lugar, foi facultado às participantes o termo de consentimento informado, no qual constava uma breve explicação sobre o intuito da investigação e garantindo o carácter voluntário da participação e anonimato e confidencialidade das respostas. Foram também incluídos no consentimento informado os contactos das investigadoras responsáveis pelo estudo. Após o preenchimento do

questionário, que demorou entre 10 a 15 minutos, as participantes tiveram acesso ao *debriefing*, com informação detalhada acerca dos objetivos do estudo, novamente seguidos dos contactos *e-mail* das investigadoras, em caso de dúvida ou sugestão.

Capítulo III - Resultados

Seguem-se abaixo os resultados das análises estatísticas realizadas após a recolha e inserção dos dados numa base de dados única, analisados através do programa de tratamento de dados estatísticos *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 25. Todas as análises estatísticas foram realizadas a um intervalo de confiança de 95%.

1. Análise Descritiva das Variáveis em Estudo

Primeiramente apresenta-se a análise descritiva dos dados, mais especificamente os valores médios, desvio-padrão e significância das dimensões relacionadas com a atribuição causal, o locus de controlo, a perceção de risco e a intenção comportamental preventiva no contexto do cancro da mama. Seguem abaixo os quatro quadros correspondentes a cada variável.

Quadro 3.2 - Análise descritiva da variável Atribuição causal

	Atribuição Interna	Atribuição Externa	$F(1,248)$	p	η^2
Causa Ambiental abstrata					
Controlável	2.58 (.73)	2.76 (.96)			
Incontrolável	2.59 (.85)	2.62 (.85)			
Controlo			0.37	.544	.00
Atribuição			0.99	.321	.00
Atribuição x Controlo			0.50	.480	.00
Causa Ambiental concreta					
Controlável	2.13(.84)	2.36 (1.05)			
Incontrolável	2.19 (.99)	2.16 (.94)			
Controlo			0.29	.588	.00
Atribuição			0.70	.403	.00
Atribuição x Controlo			1.07	.301	.00
Causa Comportamental substância					
Controlável	3.52 (1.05)	3.47 (1.17)			

Incontrolável	3.08 (1.21)	3.15 (1.01)			
Controlo			6.80	.010	.03
Atribuição			0.00	.972	.00
Atribuição x Controlo			0.02	.659	.00

Causa Comportamental estilo de vida

Controlável	2.89 (1.05)	2.84 (1.09)			
Incontrolável	2.76 (1.03)	2.69 (1.02)			
Controlo			1.01	.317	.00
Atribuição			0.19	.662	.00
Atribuição x Controlo			0.01	.932	.00

Causa Escondida genética

Controlável	4.30 (.98)	3.92 (1.17)			
Incontrolável	4.10 (.95)	3.95 (1.01)			
Controlo			0.40	.526	.00
Atribuição			4.02	.046	.02
Atribuição x Controlo			0.81	.369	.00

Causa Escondida mística

Controlável	1.76 (.75)	1.70 (.85)			
Incontrolável	1.76 (.68)	1.71 (.67)			
Controlo			0.01	.931	.00
Atribuição			0.35	.555	.00
Atribuição x Controlo			0.01	.943	.00

Causa Escondida psicossocial

Controlável	2.13 (1.02)	2.14 (1.15)			
Incontrolável	2.08 (.96)	1.95 (1.01)			
Controlo			0.81	.369	.00
Atribuição			0.21	.646	.00
Atribuição x Controlo			0.25	.615	.00

Verifica-se no Quadro 3.1. que não existem diferenças na atribuição do cancro da mama a causas ambientais abstratas e ambientais concretas devido à manipulação do controlo ou da atribuição de causa. O mesmo acontece na atribuição da doença a causas

comportamentais - estilo de vida. Pelo contrário, é possível observar o efeito significativo da manipulação do controlo na atribuição de Causas Comportamentais - substância ($p = .010 < .05$), sendo que há menor propensão de atribuir este tipo de causas ao cancro da mama quando a doença é apresentada como interna e incontrolável ($M=3.08$, $DP=1.21$).

Dentro das Causas Escondidas, apenas a dimensão Causa Escondida – genética apresenta efeito da manipulação da atribuição ($p = .046 < .05$), pelo que são mais facilmente atribuídas quando a doença é apresentada como interna e controlável ($M=4.30$, $DP=.98$).

Quadro 3.3 - Análise descritiva da variável Locus de controlo

	Atribuição	Atribuição	$F(1,248)$	p	η^2
	Interna	Externa			
Locus Interno					
Controlável	3.57 (.63)	3.60 (.50)			
Incontrolável	3.50 (.64)	3.48 (.57)			
Controlo			1.72	.191	.007
Atribuição			.00	.981	.000
Atribuição x Controlo			.09	.768	.000
Locus Outros Poderosos					
Controlável	2.84 (.62)	2.99 (.67)			
Incontrolável	2.96 (.64)	2.85 (.59)			
Controlo			.02	.896	.000
Atribuição			.05	.819	.000
Atribuição x Controlo			.09	.103	.011
Locus Acaso					
Controlável	2.36 (.65)	2.25 (.66)			
Incontrolável	2.24 (.62)	2.38 (.73)			
Controlo			.00	.955	.000
Atribuição			.04	.851	.000
Atribuição x Controlo			2.28	.141	.009

Não se verificam efeitos da manipulação experimental em nenhuma das três dimensões da variável Locus de Controlo.

As mulheres parecem perceber-se como sobre controlo do cancro da mama quando lhes são apresentadas causas externas e controláveis. Por outro lado, as mulheres tendem a perceber que o controlo sobre a doença está nos outros poderosos (e.g. profissionais de saúde) quando lhes são apresentadas causas externas e controláveis. O controlo atribuído ao acaso (e.g. destino) parece ser maior quando ao cancro da mama são atribuídas causas externas e incontroláveis.

Quadro 3.4 - *Análise descritiva da variável Percepção de controlo*

	Atribuição Interna	Atribuição Externa	<i>F</i> (1,248)	<i>p</i>	η^2
Risco Assustador					
Controlável	6.90 (1.23)	6.82 (1.14)			
Incontrolável	7.04 (1.18)	7.05 (1.09)			
Controlo			1.53	.217	.006
Atribuição			.04	.847	.000
Atribuição x Controlo			.09	.766	.000
Risco Desconhecido					
Controlável	6.12 (1.98)	6.28 (1.65)			
Incontrolável	5.97 (1.82)	6.14 (1.94)			
Controlo			.36	.547	.001
Atribuição			.49	.485	.002
Atribuição x Controlo			.00	.983	.000

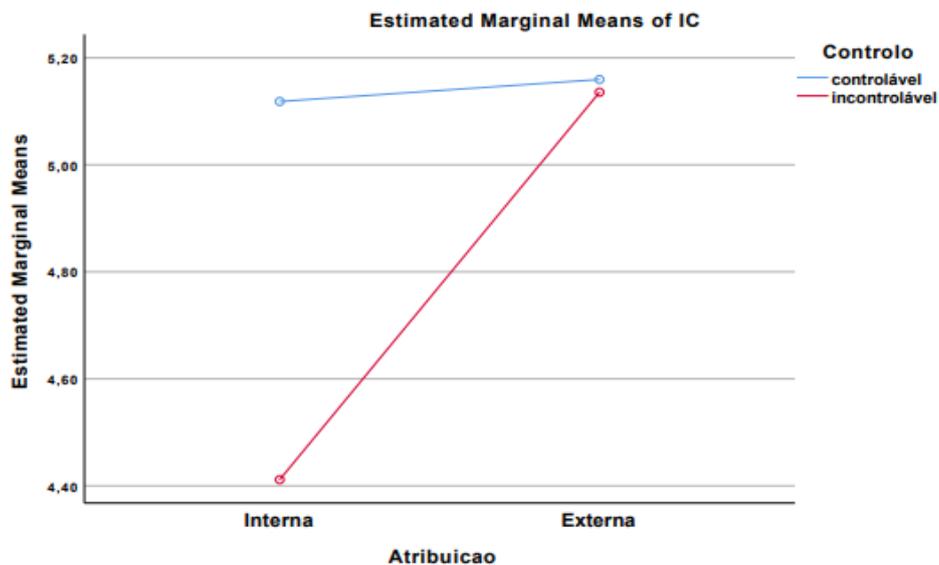
À semelhança da variável anterior, também não são verificadas diferenças na Percepção de Risco devido à manipulação do controlo e da atribuição de causa. Ainda assim, o efeito do controlo na dimensão Risco Assustador parece ser o mais significativo.

Quadro 3.5 - *Análise descritiva da variável Intenção comportamental*

	Atribuição	Atribuição	<i>F</i> (1,248)	<i>p</i>	η^2
	Interna	Externa			
Intenção Comportamental					
Controlável	5.12 (1.28)	5.16 (1.23)			
Incontrolável	4.41 (1.43)	5.14 (1.14)			
Controlo			5.06	.025	.020
Atribuição			5.55	.019	.022
Atribuição x Controlo			4.42	.037	.018

Observa-se um efeito significativo quer do controlo ($p = .025 < .05$), da atribuição ($p = .019 < .05$) e da interação entre estas duas variáveis ($p = .037 < .05$) sobre a intenção comportamental. A intenção de pôr em prática comportamentos preventivos em relação ao cancro da mama é significativamente menor quando a causa da doença é apresentada como sendo interna e incontrolável. Pelo contrário, a intenção comportamental preventiva é maior quando a causa é externa e controlável. Estes resultados estão ilustrados abaixo na Figura 3.1.

Figura 3.1 – *Efeito mediador da atribuição e do controlo na Intenção Comportamental*



2. Correlações entre as variáveis Atribuição Causal, Locus de Controlo, Perceção de Risco e Intenção Comportamental

Foi também realizada uma análise correlacional entre as variáveis do estudo.

Quadro 3.6 - *Matriz de Correlações das variáveis do estudo*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. Causa Ambiental abstrata	-												
2. Causa Ambiental concreta	.55**	-											
3. Causa Comportamental substância	.54*	.51**	-										
4. Causa Comportamental estilo de vida	.56**	.52**	.81**	-									
5. Causa Escondida genética	.29*	.28**	.39**	.34**	-								
6. Causa Escondida mística	.26**	.25**	.11	.14*	-.35**	-							
7. Causa Escondida psicossocial	.49**	.44**	.57**	.67**	.42**	.34**	-						
8. Locus Interno	.24**	.11	.30**	.31**	.16*	-.11	.18**	-					
9. Locus Outros Poderosos	.14*	.13*	.18**	.25**	.14*	.07	.16*	.31**	-				
10. Locus Acaso	.13*	.01	.04	.03	.19**	.47**	.13*	-.07	.21**	-			
11. Risco Assustador	-.05	-.06	-.13*	-.07	-.04	.12	-.08	-.14*	.08	.19**	-		
12. Risco Desconhecido	-.05	-.02	-.1	-.02	-.04	.08	-.07	-.04	.07	.08	.12	-	
13. Intenção Comportamental	.17**	.14*	.26**	.25**	.03	.04	.09	.18**	.16*	-.03	.09	.06	-

** $p < .01$; * $p < .05$

Observando o Quadro 3.6 pode constatar-se que, de uma forma geral, a correlação entre as variáveis é baixa (menor que .30) a moderada (menor que .50). Os resultados indicam então que as medidas usadas avaliam construtos diferentes. No entanto, algumas das subescalas da Atribuição causal apresentam correlações fortes entre si, como se verifica, por exemplo, entre a causa comportamental estilo de vida e a causa comportamental substância.

A atribuição de causas ambientais abstratas relaciona-se de forma positiva e significativa com as restantes dimensões da atribuição causal, destacando-se a associação moderada com a atribuição de causas comportamentais substância, comportamentais estilo de vida, causas ambientais concretas e causas escondidas psicossociais ao cancro da mama. Significa isto que quanto mais as participantes atribuem ao cancro da mama causas ambientais abstratas mais facilmente atribuirão os quatro tipos de causas acima referidos. O mesmo acontece quando são atribuídas causas ambientais concretas.

Verifica-se a associação fraca e não significativa entre a atribuição de causas escondidas místicas e a atribuição de causas comportamentais – substância.

O locus de controlo interno está associado de forma positiva e significativa, ainda que baixa, com as causas comportamentais substância e estilo de vida. Isto significa que as participantes que acreditam que a sua saúde é por elas controlada, atribuem mais causas comportamentais ao cancro da mama (e.g. exercício físico e tabaco).

As dimensões da Atribuição Causal revelam uma associação positiva, baixa a moderada e significativa entre si, à exceção da associação bastante fraca entre a causa escondida mística e a causa comportamental – substância, bem como a relação negativa baixa e significativa com a causa escondida genética. Relativamente às dimensões do Locus de Controlo, estas apresentam uma associação positiva fraca e significativa; destaca-se a associação negativa entre as dimensões locus de controlo interno e locus de controlo externo – acaso. As dimensões da Perceção de Risco também apresentam uma relação de correlação positiva fraca e não significativa entre si.

Mais especificamente, observa-se uma relação positiva moderada e significativa entre o locus de controlo externo atribuído ao acaso e as causas escondidas místicas. Isto quer dizer que as mulheres que não sentem ter controlo sobre o cancro da mama são mais propensas a atribuir causas místicas (e.g. castigo de Deus) à doença.

Capítulo IV - Discussão

1. Discussão dos Resultados

O presente trabalho de investigação incidiu sobre variáveis que a literatura tem vindo a demonstrar estarem associadas à formação de intenções. No contexto específico da saúde, e mais concretamente no cancro da mama, importa compreender de que forma estes construtos se relacionam entre si. Com esse propósito, foram escolhidas duas das três dimensões da atribuição causal, o locus de causalidade (interno *versus* externo, e mencionado como “atribuição”) e a controlabilidade (controlável *versus* incontrolável, mencionado como “controlo”), para proceder à realização das quatro condições experimentais deste estudo, apresentadas no procedimento no Capítulo II. A manipulação desta variável independente prende-se com o facto de se querer verificar se, perante o tipo de atribuição causal do cancro da mama apresentado no texto informativo, as causas atribuídas pelas mulheres têm influência na sua perceção de risco e locus de controlo e se alguma das relações entre as variáveis é preditiva de intenção comportamental preventiva.

Os efeitos da manipulação experimental mostraram ser significativos apenas sobre a variável dependente intenção comportamental: verifica-se um efeito significativo do “controlo”, da “atribuição”, bem como da interação entre estas duas variáveis. Quer isto dizer que a intenção de pôr em prática comportamentos preventivos em relação ao cancro da mama é significativamente menor quando a causa da doença é apresentada no texto informativo como sendo interna e incontrolável (i.e. “Sabe-se que uma mulher tem maior probabilidade de desenvolver cancro da mama quando existem antecedentes familiares com a mesma doença, bem como quando é mais velha”). Quando a causa do cancro da mama é apresentada como externa e controlável “Sabe-se que uma mulher tem maior probabilidade de desenvolver cancro da mama quando exposta a ambientes tóxicos, bem como quando fuma”), a intenção comportamental preventiva é maior. Estes resultados não corroboram com o pressuposto de que a intenção, à qual a motivação está intimamente ligada (Schwarzer, 2008), é mais frequentemente associada a causas internas e controláveis, ou seja, inerentes ao próprio indivíduo, referem-se às suas competências e a uma perceção de autoeficácia mais elevada. Por outro lado, causas externas e incontroláveis são geralmente associadas a uma perceção de controlo e de autoeficácia mais baixas e, por conseguinte, o indivíduo não está motivado para a mudança. Neste caso, a intenção das mulheres para adotar comportamentos preventivos do cancro da mama deveria ser menor.

No que respeita à percepção de risco, não foram verificadas diferenças devido à manipulação experimental. As mulheres parecem perceber mais o risco de desenvolver cancro da mama como assustador quando lhes são apresentadas causas externas e incontroláveis (i.e. “Sabe-se que uma mulher tem maior probabilidade de desenvolver cancro da mama quando exposta a ambientes tóxicos, bem como quando é mais velha”). Uma das hipóteses deste estudo defende que a percepção de risco é uma das variáveis base na formação da intenção para o comportamento de saúde e que, por isso, pode ter um valor preditivo na adoção de comportamentos preventivos e de deteção da doença (Luszczynska & Schwarzer, 2003; Washbrook, 2006; Schwarzer, 2008). Tal não se verificou neste estudo, pois as variáveis não se encontram correlacionadas.

O mesmo acontece nas três dimensões do locus de controlo na saúde. Aqui as mulheres percebem-se sobre controlo do cancro da mama quando lhes são apresentadas causas externas e controláveis (i.e. “Sabe-se que uma mulher tem maior probabilidade de desenvolver cancro da mama quando exposta a ambientes tóxicos, bem como quando fuma). As mulheres tendem também a perceber que o controlo sobre a doença está nos outros poderosos (i.e. profissionais de saúde) quando lhes são apresentadas causas externas e controláveis. O locus de controlo atribuído ao acaso (i.e. destino) parece ser maior quando apresentadas causas externas e incontroláveis (i.e. “Sabe-se que uma mulher tem maior probabilidade de desenvolver cancro da mama quando exposta a ambientes tóxicos, bem como quando é mais velha”). A associação entre o locus de controlo interno e a intenção, e entre o locus externo outros poderosos e a intenção, é fraca, positiva e significativa, sugerindo então que estas dimensões não são preditivas da intenção comportamental.

O tipo de causas atribuídas ao cancro também não apresenta associações significativas com a intenção comportamental, sendo que se destacam as causas comportamentais substância e estilo de vida, com uma relação de correlação positiva, fraca e significativa. Da mesma forma se conclui que as causas atribuídas pelas participantes não são preditores da sua intenção em adotar comportamentos mais saudáveis.

Este estudo não está isento de limitações. O facto de as medidas utilizadas apresentarem fraca a moderada consistência interna revela que estas não medem o mesmo construto. A literatura clarifica que esta tem sido uma falha difícil de colmatar. As variáveis sobre as quais este estudo se debruça são representações que englobam diversos processos cognitivos e psicológicos, e por isso mais sensíveis.

Referências Bibliográficas

- Anagnostopoulos, F. & Spanea, E. (2005). Assessing illness representations for breast cancer: A comparison of patients with health and benign controls. *Journal of Psychosomatic Research*. 58:327-334. doi: 10.1016/j.jpsychores.2004.09.011
- Akram, M., Iqbal, M., Daniyal, M., & Khan, A. U. (2017). Awareness and current knowledge of breast cancer. *Biological Research*, 50, 33. <http://doi.org/10.1186/s40659-017-0140-9>
- Armitage, C. J. & Conner, M. (2000). Social cognition models and health behaviour: A structured review. *Psychology and Health*, 15, 173-189
- Asobayire, A. & Barley, R. (2014). Women's cultural perceptions and attitudes towards breast cancer: Northern Ghana. *Health Promotion International*. Vol. 30. Nº3. 647-657. doi:10.1093/heapro/dat087
- Baker, D. (2006). The Meaning and the Measure of Health Literacy. *J Gen Intern Med*. 21: 878-883.
- Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and Health*, 13, 623-649.
- Beckham, J., Burker, E., Burker, E., Feldman, M. & Costakis, M. (1997). Self-Efficacy and Adjustment in Cancer Patients: A Preliminary Report, *Behavioral Medicine*, 23:3, 138-142. doi: 10.1080/08964289709596370
- Bennett, P., Moore, L., Smith, A., Murphy, S. & Smith, C. Health locus of control and value for health as predictors of dietary behaviour. *Psychology and Health*. 10(1), 41-54. doi: 10.1080/08870449408401935
- Blot, W. & Tarone, R. (2015). Doll and Peto's Quatitative Estimates of Cancer Risks: Holding Generally True for 35 Years. *JNCI J Natl Cancer Inst*. 107(4): djv004
- Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer – coping or personal transition? *Psycho-Oncology*. 10: 1-18.
- Colditz G., Bohlke K. & Berkey C. (2014). Breast cancer risk accumulation starts early: Prevention must also. *Breast Cancer Res Treat*. 145(3):567-579. doi:10.1007/s10549-014-2993-8.
- Colditz G. & Bohlke K. (2015). Preventing breast cancer now by acting on what we already know. *npj Breast Cancer*. 2015;19(April):19-22. doi:10.1038/npjbcancer.2015.9
- Connor, J. (2016) Alcohol consumption as a cause of cancer. *Society for the Study of Addiction*.

- Cox, C., Montgomery, M., Rai, S., McLaughlin, R., Steen, B. & Hudson, M. (2008). Supporting Breast Self-Examination in Female Childhood Cancer Survivors: A Secondary Analysis of a Behavioral Intervention. *Oncology Nursing Forum*. 35 (3), 423-430. doi: 10.1188/08.ONF.423-430
- Dabbs, J. & Kirscht, J. (1971). "Internal Control" and the Taking of Influenza Shots. *Psychological Reports*, 28(3), 959–962. doi: 10.2466/pr0.1971.28.3.959
- Demark-Wahnefried W., Rock C., Patrick K. & Byers T. (2008). Lifestyle interventions to reduce cancer risk and improve outcomes. *Am Fam Physician*. 77(11):1573-1578. <http://www.aafp.org/afp/2008/0601/p1573.html>npapers2://publication/uuid/8AB231C7181-4508-8125-614C2C0CBCE1.
- Eiser, J., Sutton, S. & Wober, M. (1978). "Consonant" and "dissonant" smokers and the self-attribution of addiction. *Addictive Behaviors*. Vol. 3. 99-106. doi: 10.1016/0306-4603(78)90032-1
- Gonzales, C. & Riboli, E. (2010). Diet and cancer prevention: Contributions from the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) study. *European Journal of Cancer*. 46. 2555-2562.
- Gollwitzer, P. M. (1993). Goal achievement: The role of intentions. In W. Stroebe & M. Hewstone (Eds.), *European review of social psychology*. 4, 141-185. Chichester, UK: Wiley.
- Gollwitzer, P. (1999). Implementation Intentions. Strong Effects of Simple Plans. *The American Psychologist*. 54(7). 493-503.
- Haas, J., Kaplan, C., Des Jarlais, G., Gildengoin, V., Pérez-Stable, E. & Kerlikowske, K. (2005). Perceived Risk of Breast Cancer among Women at Average and Increased Risk. *Journal of Women's Health*. Vol. 14 N°9 845-851.
- Hauner H. & Hauner D. (2010). The impact of nutrition on the development and prognosis of breast cancer. *Breast Care*. 5(6):377-381. doi:10.1159/000322648.
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York, Wyley.
- Hopwood, P. (2000). Breast cancer risk perception: what do we know and understand? *Breast Cancer Res*. 2(6) 387-391.
- Howell, A., Anderson, A., Clarke, R., Duffy, S., Evans, D., Garcia-Closas, M., Gescher, A., Key, T., Saxton, J. & Harvie, M. (2014). Risk determination and prevention of breast cancer. *Breast Cancer Res*. 16(5):446. doi: 10.1186/s13058-014-0446-2.

- Kelley, H. & Michela, J. (1980). Attribution theory and research. *Ann. Rev. Psychol.* 31:457-501.
- Lek, Y. & Bishop, G. (1995). Perceived vulnerability to illness threats: the role of disease type, risk factor perception and attributions. *Psychology and Health*. Vol. 10. 205-217.
- Levi, A., Shea, J., Williams, S., Quistberg, A. & Armstrong, K. (2006). Measuring Perceptions of Breast Cancer Risk. *Cancer Epidemiol Biomarkers*. Vol 15(10). 1893-1898.
- Levy, A. & Niederdeppe, J. (2007). Fatalistic beliefs about cancer prevention and three prevention behaviors. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 16:998-1003.
- Lykins, E., Graue, L., Brechting, E., Roach, A., Gochett, C. & Andrykowski, M. (2008). Beliefs about breast cancer causation and prevention as a function of personal and family history of cancer: a national, population-based study. *Psycho-Oncology*. 17:967-976.
- Luszczynska, A. & Schwarzer, R. (2003). Planning and self-efficacy in the adoption and maintenance of breast self-examination: a longitudinal study on self-regulatory cognitions. *Psychology and Health*. Vol. 18(1). 93-108.
- Marlatt, A., Baer, J. & Quigley, L. (1995). Self-efficacy and addictive behavior.
- Martin, W. & Lobchuk, M. (2003). Breast Cancer Risk Perception and Surveillance: An Integrative Review. *The Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing*. 10(2)
- Miyawaki, R., Shibata, A., Ishii, K., & Oka, K. (2014). Awareness and correlates of the role of physical activity in breast cancer prevention among Japanese women: results from an internet-based cross-sectional survey. *BMC women's health*, 14, 80. doi:10.1186/1472-6874-14-80
- Miller, D. & Ross, M. (1975). Self-Serving Biases in the Attribution of Causality: Fact or Fiction? *Psychology Bulletin*. Vol. 82, N°2. 213-225.
- Norman, P., Bennett, P., Smith, C. & Murphy, S. (1998). Health Locus of Control and Health Behaviour. *Journal of Health Psychology*. 3(2), 171-180.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde*. Clempsi Editores.
- Orom, H., Kiviniemi, M., Shavers, V., Ross, L. & Underwood III, W. (2013). Perceived risk for breast cancer and its relationship to mammography in Blacks, Hispanics, and Whites. *Journal Behav Med*. Vol. 36(5). 466-476. doi:10.1093/heapro/dat087
- Ozcakir, A., Dogan, O., Bayram, N. & Bilgel, N. (2014). Health Locus of Control, Health Related Behaviors and Demographic Factors: A Study in a Turkish Population. *British Journal of Medicine & Medical Research*. 4(21): 3856-3869

- Peretti-Waterl, Fressard, L., Bocquier, A. & Verger, P. (2016). Perceptions of cancer risk factors and socioeconomic status. A French study. *Preventive Medicine Reports*. 3: 171-176. doi: 10.1016/j.pmedr.2016.01.008
- Paul, C., Barratt, A., Redman, S., Cockburn, J. & Lowe, J. (1999). Knowledge and perceptions about breast cancer incidence, fatality and risk among Australian women. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. Vol 23(4). 396-400
- Posluszny, D., McFeeley, S., Hall, L. & Baum, A. (2004). Stress, Breast Cancer Risk, and Breast Self-Examination: Chronic Effect of Risk and Worry. *Journal of Applied Biobehavioral Research*. 9(2): 91-105.
- Renner, B., Kwon, S., Yang, B-H., Paik, K-C., Kim, S. H., Roh, S., & Schwarzer, R. (2008). Social-cognitive predictors of dietary behaviors in South Korean men and women. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15, 4-13.
- Rippl, S. (2002). Cultural theory and risk perception: a proposal for a better measurement. *Journal of Risk Research*. 5(2), 147-165.
- Roesch, S. & Weiner, B. (2000). A meta-analytic review of coping with illness. Do causal attributions matter? *Journal of Psychosomatic Research*. 50 (205-219).
- Rohan, T. & McMichael. (1988). Alcohol consumption and risk of breast cancer. *Int. J. cancer*: 41, 695-699.
- Rotter, J. (1990). Internal Versus External Control of Reinforcement. *A Case History of a Variable*. *American Psychologist*. 45(4): 489-493.
- Schüz, B., Sniechotta, F. & Schwarzer, R. (2007). Stage-specific effects of na action control intervention on dental flossing. 22(3). 332-341. doi:10.1093/her/cyl084
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 217–242). Washington, DC: Hemisphere.
- Schwarzer, R., & Renner, B. (2000). Social-cognitive predictors of health behavior: Action self-efficacy and coping self-efficacy. *Health Psychology*, 19, 487-495.
- Schwarzer, R. & Luszczynka, A. (2005). Self-efficacy, adolescents' risk-taking behaviors, and health. *Self-Efficacy Beliefs of Adolescents*. 139-159.
- Schwarzer, R., Schüz, B., Ziegelmann, J. P., Lippke, S., Luszczynska, A., & Scholz, U. (2007). Adoption and maintenance of four health behaviors: Theory-guided longitudinal

- studies on dental flossing, seat belt use, dietary behavior, and physical activity. *Annals of Behavioral Medicine*, 33, 156-166.
- Schwarzer, R. (2008). Modeling Health Behavior Change: How to Predict and Modify the Adoption and Maintenance of Health Behaviors. *Applied Psychology: an international review*. 57(1), 1-29. doi: 10.1111/j.1464-0597.2007.00325.x
- Schwarzer, R. (2016). Health Action Process Approach (HAPA) as a Theoretical Framework to Understand Behavior Change. *Actualidades en Psicología*. 30(121). 119-130.
- .
- Shin, A., Sandin, S., Lof, M., Margolis, K., Kim, K., Couto, E., Adami, H. & Weiderpass, E. (2015). Alcohol consumption, body mass index and breast cancer risk by hormone receptor status: Women' Lifestyle and Healthy Study. *BMC Cancer*. 15:881.
- Skinner, C., Kreuter, M., Kobrin, S. & Strecher, V. (1998). Perceived and Actual Breast Cancer Risk. Optimistic and Pessimistic Biases. *Journal of Health Psychology*. Vol.3(2). 181-193
- Sjöberg, L., Moen, B-E. & Rundmo, T. (2004). Explaining risk perception. An evaluation of the psychometric paradigm in risk perception research. ISBN 82-7892-024-9
- Slenker, S., Price, J. & O'Connell, J. (1985). Health Locus of Control of Joggers and Nonexercisers. *Perceptual and Motor Skills*. 61, 323-328.
- Slovic, P., Fischhoff, B., & Lichtenstein, S. (1985). Characterizing perceived risk. In R. W. Kates, C. Hohenemser, & J. X. Kasperson (Eds.), *Perilous progress: Managing the hazards of technology*. 91-125. Boulder, CO: Westview.
- Slovic, P. (1987). Perception of Risk. *Science*. 236: 280-285.
- Sousa, G. (2015). Oncologia – Aspetos Gerais. In: Albuquerque, E. & Cabral, A.S. (2015). *Psico-oncologia. Temas Fundamentais*. Lidel – Edições Técnicas, Lisboa.
- Stapleton, P. & Smith, H. (2013). Health locus of control, self-awareness, and integrative eating styles in university students. *The International Journal of Healing and Caring*.
- Stephoe, A. & Wardle, J. (2001). Locus of control and health behavior revisited: A multivariate analysis of young adults from 18 countries. *British Journal of Psychology*. 92, 659-672.
- Stewart, B & Wild, C. (2014). *World Cancer Report 2014*. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization.

- Stringhini, S., Sabia, S., Shipley, M., Brunner, E., Nabi, H., Kivimaki, M., & Singh-Manoux, A. (2010). Association of socioeconomic position with health behaviors and mortality. *JAMA*, *303*(12), 1159-66.
- Taylor, S. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, *38*, 1161-1173.
- Taylor, S., Lichtman, R., & Wood, J. (1984). Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, *46*(3), 489-502.
- Teixeira, J. (2004). Psicologia da Saúde. Análise Psicológica. *3*(XXII): 441-448.
- Thomson, A., Heyworth, J., Girschick, J., Selevin, T., Saunders, C. & Fritschi, L. (2014). Beliefs and perceptions about the causes of breast cancer: a case-control study. *BMC Research Notes*, *7*.
- Wallston, B., Wallston, K., Kaplan, G. & Maides, S. (1976). Development and validation of the health locus of control scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. *44*, 580-585.
- Wallston, K., Wallston, B. & DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, *6*, 160-170.
- Wallston, K. (1992). Hocus-Pocus, the Focus Isn't Strictly on Locus: Rotter's Social Learning Theory Modified for Health. *Cognitive Therapy and Research*. *16*(2) 183-199.
- Washbrook, E. (2006). Risk factors and epidemiology of breast cancer. *Women's Health Medicine*, *3* (1), 8-14.
- Weiner, B., Frieze, I., Kukla, A., Reed, L., Rest, S., & Rosenbaum, R. M. (1972). Perceiving the causes of success and failure. Em Jones, D. E. Kanouse, H. H. Kelley, R. E. Nisbett, J. Valins & B. Weiner (Eds.), *Attribution: Perceiving the causes of behavior* (95-120). Morristown: General Learning.
- Weiner, B. (1986). *An attributional theory of motivation and emotion*. New York, NY: Springer.
- Weiss, G., & Larsen, D. (1990). Health value, health locus of control, and the prediction of health protective behaviors. *Social Behavior and Personality: An international journal*, *18*, 121-136. doi: 10.2224/sbp.1990.18.1.121
- Wendt, S. (2005) Perception of future risk of breast cancer and coronary heart disease in female undergraduates, *Psychology, Health & Medicine*, *10*:3, 253-262, DOI: 10.1080/13548500412331334145

Anexos

Anexo A – Protocolo do estudo (questionário) – primeira condição experimental



QUESTIONÁRIO - 1ª PARTE

Na primeira parte deste questionário, apresentamos um pequeno excerto de carácter informativo, relativo ao cancro da mama e respetivas causas. Solicitamos que o leia atentamente.

O cancro consiste no crescimento incontrolado de células anormais, produzindo neoplasias, geralmente conhecidas como tumores.

As células cancerígenas podem ser classificadas em três tipos: carcinomas, quando têm origem nas células dos tecidos; sarcomas, com origem no tecido conjuntivo e leucemias, se têm origem no sangue. Por sua vez, os tumores podem ser benignos se não se espalham no corpo, ou malignos se ocorrerem metástases, isto é, a separação das células e respetiva deslocação. Sabe-se que uma mulher tem maior probabilidade de desenvolver cancro da mama quando existem antecedentes familiares com a mesma doença, bem como quando fuma.

Anexo B – Protocolo do estudo (questionário) – segunda condição experimental



QUESTIONÁRIO - 1ª PARTE

Na primeira parte deste questionário, apresentamos um pequeno excerto de carácter informativo, relativo ao cancro da mama e respetivas causas. Solicitamos que o leia atentamente.

O cancro consiste no crescimento incontrolado de células anormais, produzindo neoplasias, geralmente conhecidas como tumores.

As células cancerígenas podem ser classificadas em três tipos: carcinomas, quando têm origem nas células dos tecidos; sarcomas, com origem no tecido conjuntivo e leucemias, se têm origem no sangue. Por sua vez, os tumores podem ser benignos se não se espalham no corpo, ou malignos se ocorrerem metástases, isto é, a separação das células e respetiva deslocação. Sabe-se que uma mulher tem maior probabilidade de desenvolver cancro da

mama quando existem antecedentes familiares com a mesma doença, bem como quando é mais velha.

Anexo C – Protocolo do estudo (questionário) – terceira condição experimental



QUESTIONÁRIO - 1ª PARTE

Na primeira parte deste questionário, apresentamos um pequeno excerto de carácter informativo, relativo ao cancro da mama e respetivas causas. Solicitamos que o leia atentamente.

O cancro consiste no crescimento incontrolado de células anormais, produzindo neoplasias, geralmente conhecidas como tumores.

As células cancerígenas podem ser classificadas em três tipos: carcinomas, quando têm origem nas células dos tecidos; sarcomas, com origem no tecido conjuntivo e leucemias, se têm origem no sangue. Por sua vez, os tumores podem ser benignos se não se espalham no corpo, ou malignos se ocorrerem metástases, isto é, a separação das células e respetiva deslocação. Sabe-se que uma mulher tem maior probabilidade de desenvolver cancro da mama quando exposta a ambientes tóxicos, bem como quando fuma.

Anexo D – Protocolo do estudo (questionário) – quarta condição experimental



QUESTIONÁRIO - 1ª PARTE

Na primeira parte deste questionário, apresentamos um pequeno excerto de carácter informativo, relativo ao cancro da mama e respetivas causas. Solicitamos que o leia atentamente.

O cancro consiste no crescimento incontrolado de células anormais, produzindo neoplasias, geralmente conhecidas como tumores.

As células cancerígenas podem ser classificadas em três tipos: carcinomas, quando têm origem nas células dos tecidos; sarcomas, com origem no tecido conjuntivo e leucemias, se têm origem no sangue. Por sua vez, os tumores podem ser benignos se não se espalham no

corpo, ou malignos se ocorrerem metástases, isto é, a separação das células e respetiva deslocação. Sabe-se que uma mulher tem maior probabilidade de desenvolver cancro da mama quando exposta a ambientes tóxicos, bem como quando é mais velha.

Anexo E – Protocolo do Estudo (questionário)

Nesta parte do questionário, solicitamos que tenha em conta as suas experiências quando adoece e opinião relativamente ao cancro da mama. Relembramos que não existem respostas certas e erradas. O que realmente importa é a sua opinião sincera.

Instruções:

Abaixo encontra uma lista de afirmações. Por favor indique com qual se identifica, de acordo com os seguintes critérios:

1 – Discordo Totalmente 2 – Discordo Parcialmente 3 – Não tenho a certeza

4 – Concordo Parcialmente 5 – Concordo Totalmente

	1				5
	Discordo Totalmente	2	3	4	Concordo Totalmente
1. Se estiver doente, a recuperação rápida vai depender do meu comportamento.	1	2	3	4	5
2. Não importa o que eu faça, se eu tiver de ficar doente, vou ficar doente.	1	2	3	4	5
3. Ter contacto com o meu médico é a melhor forma para evitar ficar doente.	1	2	3	4	5
4. A maioria das coisas que afetam a minha saúde acontecem por acaso.	1	2	3	4	5
5. Quando eu não me sinto bem, consulto um médico.	1	2	3	4	5
6. Eu tenho controlo sobre a minha	1	2	3	4	5

saúde.					
7. A minha família tem muito a ver com o facto de eu estar doente ou estar saudável.	1	2	3	4	5
8. Quando fico doente, normalmente sou a culpada.	1	2	3	4	5
9. A sorte é muito importante para recuperar de uma doença.	1	2	3	4	5
10. Os profissionais de saúde controlam a minha saúde.	1	2	3	4	5
11. A minha saúde é principalmente uma questão de sorte ou azar.	1	2	3	4	5
12. O que mais afeta a minha saúde é o que eu própria faço.	1	2	3	4	5
13. Se eu tiver cuidado comigo própria, consigo evitar doenças.	1	2	3	4	5
14. Quando eu recupero de uma doença é geralmente por causa de outras pessoas (por exemplo médicos, enfermeiros, família, amigos) que tomaram bem conta de mim.	1	2	3	4	5
15. Não importa o que eu faça, poderei sempre ficar doente.	1	2	3	4	5
16. Se estiver destinado, eu permanecerei saudável.	1	2	3	4	5
17. Se eu fizer as coisas certas, posso permanecer saudável.	1	2	3	4	5
18. Relativamente à minha saúde, a					

única coisa que posso fazer é o que o meu médico me diz para fazer.	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Instruções:

Agora pedimos-lhe que pense sobre o risco associado ao cancro da mama e responda a todas as questões que lhe são colocadas.

Em cada questão colocada existem dois pólos opostos (por exemplo, “É um risco totalmente controlável” vs. “É um risco totalmente incontrolável”), situados nos extremos de uma escala de 9 pontos. Assinale a sua resposta no ponto que melhor reflete a sua posição. Por exemplo, se se inclina mais a pensar que o risco é controlável, responda na parte esquerda da escala, mas se pensa que o risco é incontrolável, responda na parte direita da escala. Respostas mais próximas dos extremos da escala revelam um maior grau de concordância.

Pense na possibilidade de desenvolver cancro da mama. Como classificaria este risco de saúde?

É um risco totalmente controlável 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É um risco totalmente incontrolável

Não me assusta 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É aterrorizador

Não é fatal 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Tem consequências fatais

A exposição à doença é voluntária 1 2 3 4 5 6 7 8 9 A exposição à doença é involuntária

É um risco que não me afeta 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É um risco que me afeta

Para mim, é um risco totalmente desconhecido 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Para mim, é um risco totalmente conhecido

É um risco totalmente novo 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Já é um risco antigo

Os efeitos não são imediatamente visíveis 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Os efeitos são imediatamente visíveis

Instruções:

Abaixo encontra uma lista de fatores possíveis que causam o cancro da mama. Cada fator tem a sua importância. Por favor assinale na escala de 6 pontos, em que 1 corresponde a “Discordo Totalmente” e 6 corresponde a “Concordo Totalmente”, o quão importante considera cada um dos fatores como causa do cancro da mama.

	1					6
1. Causas ambientais:	Discordo Totalmente	2	3	4	5	Concordo Totalmente
1.1. Poluição do ar						
1.2. Contacto com pessoas doentes						
1.3. Químicos/radiação						
1.4. Germes/viroses						
1.5. Mau tempo						
1.6. Ar condicionado						
1.7. Lesões acidentais						

2. Causas comportamentais:	1					6
	Discordo Totalmente	2	3	4	5	Concordo Totalmente
2.1. Contracetivos orais						
2.2. Dormir (muito/pouco)						
2.3. Não seguir recomendações médicas						
2.4. Cafeína						
2.5. Comida não saudável						
2.6. Práticas não higiénicas						
2.7. Comer (muito/pouco)						
2.8. Efeitos secundários de medicações						
2.9. Tabaco						
2.10. Vitaminas						
2.11. Álcool						
2.12. Exercício físico (muito/pouco)						
2.13. Sexo desprotegido						
2.14. Drogas						

3. Causas escondidas:	1					6
	Discordo Totalmente	2	3	4	5	Concordo Totalmente
3.1. Hereditariedade						

3.2. Castigo de Deus						
3.3. Causa inexplicável						
3.4. Hipocondria						
3.5. Mutação genética						
3.6. Caráter						
3.7. Preocupações						
3.8. Tendência biológica						
3.9. Idade						
3.10. Condições de vida desfavoráveis						
3.11. Acaso						
3.12. Stress no trabalho/na escola						
3.13. Pensamentos/Atos pecaminosos						
3.14. Humor negativo						
3.15. Anomalias nos cromossomas						
3.16. Stress familiar e interpessoal						
3.17. Mau olhado						
3.18. Stress quotidiano						
3.19. Complicações no parto						
3.20. Condições de trabalho						

desfavoráveis						
3.21. Destino						

Instruções:

Segue-se abaixo uma lista de comportamentos considerados preventivos do cancro da mama. Por favor assinale na escala de 7 pontos, em que 1 corresponde a “Não tenciono nada” e 6 corresponde a “Tenciono muitíssimo”, a opção que mais se adequa ao seu caso.

Que intenções tem para as próximas semanas e meses?

Tenciono...	1 Não tenciono nada	2	3	4	5	6	7 Tenciono muitíssimo
1. ... viver uma vida saudável.							
2. ... ter uma alimentação o mais saudável possível.							
3. ... ingerir gorduras o mínimo possível (ex.: evitar carnes gordas, queijo, etc.)							
4. ... fazer mais pela minha saúde.							
5. ... reduzir e/ou deixar de fumar.							
6. ... reduzir o consumo de sal.							

7. ... beber menos bebidas alcoólicas.							
8. ... participar em rastreios e exames médicos para deteção precoce do cancro da mama.							
9. ... praticar exercício físico regularmente.							
10. ... realizar o autoexame da mama (apalpação) regularmente.							
11. ... perder peso.							

QUESTIONÁRIO - 3ª PARTE

Na terceira e última parte deste questionário, gostaríamos de lhe pedir que nos indique alguns dados pessoais atuais para efeitos de caracterização da amostra. Relembramos que estes dados são confidenciais e as respostas serão sempre tratadas de forma coletiva, de modo que as respostas individuais nunca serão divulgadas. **Para cada questão, por favor indique a opção que se adequa mais ao seu caso.**

1. **Idade:** _____ anos

2. **Estado civil:** Solteiro¹ Casado² União de facto³ Divorciado/separado⁴
Viúvo⁵

3. **Escolaridade completa:**

4º ano¹ 9º ano² Ensino Secundário³ Licenciatura⁴
Mestrado⁵ Doutoramento⁶

Outra⁷. Qual? _____

4. Situação laboral atual:

Ativa/a trabalhar¹ Desempregada² De baixa³ Reformada⁴ Outra⁵.

Qual? _____

5. Tem filhos?

Sim¹ Quantos? ____ Não²

6. Tem histórico familiar de cancro da mama? Sim¹ Não²

Anexo F – *Debriefing* do Estudo

DEBRIEFING/EXPLICAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

Muito obrigado por ter participado neste estudo. Conforme adiantado no início da sua participação, o estudo incide sobre os tipos de atribuição causal do cancro da mama e pretende compreender como as mulheres portuguesas percecionam a doença. Mais especificamente, queremos avaliar como é que perante uma atribuição causal interna ou externa e controlável ou incontrolável desta doença, as mulheres se percecionam como estando em risco ou não, e se a doença está ou não sob o seu controlo. Além disso, também queremos perceber se e como é que cada tipo de atribuição causal do cancro da mama pode influenciar a intenção comportamental preventiva.

Assim, reforçamos os dados de contacto que também pode utilizar caso deseje colocar uma dúvida, partilhar algum comentário, ou assinalar a sua intenção de receber informação sobre os principais resultados e conclusões do estudo: **Sabrina Pereira** (smaaa1@iscte-iul.pt) e/ou **Cristina Camilo** (cristina_camilo@iscte-iul.pt).

Mais uma vez, muito obrigado pela sua participação!

Anexo G – Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

O presente estudo surge no âmbito de uma dissertação de mestrado a decorrer no **ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa**. Este estudo incide sobre as representações que as mulheres saudáveis de nacionalidade portuguesa têm do cancro da mama. Com a informação recolhida, pretendemos compreender quais as atribuições causais que as mulheres portuguesas fazem do cancro da mama e as suas perceções de risco e de controlo da doença, bem como a sua intenção comportamental preventiva.

O estudo é realizado por Sabrina Pereira (smaaa1@iscte-iul.pt), sob a supervisão de Cristina Camilo (cristina_camilo@iscte-iul.pt), que poderá contactar caso deseje colocar uma dúvida ou partilhar algum comentário.

A sua participação, que será muito valorizada, consiste em preencher um questionário acerca das suas crenças e opinião sobre o cancro da mama, e poderá durar cerca de X minutos. Não existem riscos significativos expectáveis associados à participação no estudo. Ainda que possa não beneficiar diretamente com a participação no estudo, as suas respostas vão contribuir para uma melhor compreensão das representações da população portuguesa feminina relativas a esta doença oncológica, que são essenciais para novas estratégias e intervenções preventivas.

A participação neste estudo é estritamente **voluntária**: pode escolher participar ou não participar. Se escolher participar, pode interromper a participação em qualquer momento sem ter de prestar qualquer justificação. Para além de voluntária, a participação é também **anónima** e **confidencial**. Os dados destinam-se apenas a tratamento estatístico e nenhuma resposta será analisada ou reportada individualmente.

Para participar, por favor certifique-se que são reunidas todas as seguintes condições:

- Ser do sexo feminino;
- Ter idade igual ou superior a 18 anos;
- Ter nacionalidade portuguesa;
- Nunca, até ao momento presente, ter experienciado cancro da mama ou outro qualquer tipo de doença oncológica.

Face a estas informações, por favor indique se aceita participar no estudo:

ACEITO

NÃO ACEITO

Nome: _____ Data: _____

Assinatura:
