

COMPORTAMENTOS DE ADEÇÃO AO RASTEIO DO CANCRO DA PRÓSTATA (ESTUDO EXPLORATÓRIO)

Joana V. Coutinho

Instituto Superior de Psicologia Aplicada – Lisboa

RESUMO: O objectivo deste estudo foi descrever as crenças de saúde em homens com mais de 50 anos e investigar a sua influência nos comportamentos de adesão a exames de rasteio do cancro da próstata (toque rectal). Participaram neste estudo 80 homens com idade igual ou superior a 50 anos, de nacionalidade portuguesa e com ausência de anterior registo de cancro da próstata. Para avaliar as crenças de saúde dos sujeitos recorremos ao Modelo de Crenças de Saúde como suporte teórico e utilizámos uma adaptação para a língua portuguesa e para o Cancro da Próstata, da Escala de Crenças de Saúde aplicada ao Cancro da Mama, desenvolvida por Champion (1993).

Paravras-chave: Cancro da próstata, Comportamentos de adesão, Modelo de crenças de saúde, Rasteio.

ADHERENCE BEHAVIOUR TO THE PROSTATE CANCER SCREENING (EXPLORATORY STUDY)

ABSTRACT: This study aims to describe the health beliefs of man over 50 and to study its impact on prostate cancer screening (digital rectal examination). The sample consisted of 80 Portuguese male individuals older than 50 and with absence of previous prostate cancer records. To evaluate the health beliefs we took advantage of the Health Belief Model (HBM) as a theoretic support and we used an adaptation for Portuguese and for prostate cancer of the Health Belief Scale applied to breast cancer developed by Champion (1993).

Key words: Adherence behaviour, Health belief model, Prostate cancer, Screening.

Este trabalho insere-se no domínio da psicologia da saúde, nomeadamente ao nível da prevenção da doença oncológica, uma vez que a adesão aos exames de rasteio permite detectar precocemente a doença e tratá-la atempadamente, sendo por isso importante perceber quais os motivos que conduzem à adesão ou não aos exames de rasteio.

O cancro da próstata é, no sexo masculino, o cancro mais frequente no que respeita a órgãos internos). Raramente se diagnostica este cancro antes dos 50 anos de idade, aumentando a sua incidência rapidamente com a idade, vindo a estabilizar a partir dos 90 anos (Silva, 1994). Ainda segundo este autor, a partir dos 50 anos, 10% dos homens desenvolve cancro da próstata clinicamente evidente, mas só um em cada nove homens produz sintomas, sendo nos restantes assintomático.

O facto da população escolhida para este estudo ser constituída por homens com mais de 50 anos deve-se às recomendações da Direcção Geral de Saúde para o cancro da próstata, que vão no sentido da realização anual do toque rectal a partir dos 50 anos.

O que leva um indivíduo a aceitar ou rejeitar um convite para fazer um exame de rasteio é determinado pelas suas crenças de saúde, tal como foi tematizado por Rosenstock na década de 60 no Modelo de Crenças de Saúde (Houlston & Lemoine, 1991).

O Modelo de Crenças de Saúde parece, ser um bom predictor dos comportamentos de adesão aos exames de rasteio do cancro (Aiken, West, Woodward, & Reno, 1994; Aiken, West, Woodward, Reno, & Reynolds, 1994; Champion & Miller, 1996; Murray & McMillan, 1993; Orbell, Crombie, & Johnston, 1996).

De acordo com o Modelo de Crenças de Saúde, um homem submeter-se-á a um toque rectal se se perceber como sendo vulnerável ao cancro da próstata (percepção de vulnerabilidade), perceber as consequências do cancro da próstata como sendo graves (percepção de gravidade), perceber fortes benefícios do toque rectal na diminuição da ameaça e do impacto do cancro da próstata (percepção dos benefícios) e perceber os obstáculos à realização do toque rectal como sendo relativamente baixos (percepção dos obstáculos) (Becker & Maiman, 1975, ref. por Aiken, West, Woodward, Reno, & Reynolds, 1994). Assim, quanto maior for a vulnerabilidade, a gravidade e os benefícios percebidos e quanto menores os obstáculos maior é a probabilidade de decidir desenvolver a acção (Conner & Norman, 1994).

Os estudos publicados que recorressem ao Modelo de Crenças de Saúde para estudar a adesão ao exame do cancro da próstata não são frequentes (principalmente em Portugal). Este estudo constitui uma investigação exploratória de aplicação ao cancro da próstata, no universo da população portuguesa, a fim de observar, se o modelo é útil na intervenção nesta área.

Assim, os objectivos deste estudo são os seguintes: (a) identificar a relação entre os conhecimentos sobre o cancro da próstata e do seu rasteio nos homens com mais de 50 anos (b) identificar as componentes ou dimensões do modelo de crenças da saúde; (c) identificar as variáveis que se encontram relacionadas com a prática do rasteio do cancro da próstata em homens com mais de 50 anos.

MÉTODO

Participantes

A amostra é constituída por 80 sujeitos do sexo masculino, com idade igual ou superior a 50 anos e com ausência de anterior registo de cancro da próstata. Todos os sujeitos da amostra são de nacionalidade portuguesa, possuem um nível de escolaridade igual ou superior ao 1º ciclo do ensino básico, e são utentes de um Centro de Saúde da Sub-Região de Saúde de Lisboa ou de uma Instituição que presta cuidados de saúde a funcionários

bancários (locais de recolha da amostra). As características da amostra são apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1

Características da amostra

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	Varição
IDADE	80	58,58	7,63	50-79
ESCOLARIDADE				
1º ciclo básico	9			
2º ciclo básico	7			
3º ciclo básico e secundário	30			
Ensino superior	33			
ESTADO CIVIL				
solteiro	3			
casado	59			
divorciado	9			
viúvo	9			
SITUAÇÃO PROFISSIONAL				
activo	55			
baixa	1			
desempregado	2			
reformado	20			

Os sujeitos pertencentes à amostra situam-se, predominantemente, na faixa etária dos 50 aos 59 anos de idade (66,3%); possuem formação a nível do ensino superior (41,3%); são casados (73,8%) e são activos (68,8%).

Material

O instrumento utilizado neste estudo teve como base a tradução para língua portuguesa da Escala de Crenças de Saúde aplicada ao Cancro da Mama e sua adaptação ao cancro da próstata (Pereira, 1999), desenvolvida por Champion (1993), Champion e Scott (1997), constituindo um questionário de auto-preenchimento com 27 itens que se agrupam em quatro sub-escalas: Vulnerabilidade (6 itens), Gravidade (7 itens), Benefícios (4 itens) e Obstáculos (10 itens) (em relação ao cancro da próstata e ao toque rectal). A resposta a cada um dos itens é dada numa escala tipo Likert com 5 posições. O resultado provém da soma dos itens. A consistência interna avaliada com o alfa de Cronbach para a escala total foi de 0,89. Para cada uma das sub-escalas pela ordem referida antes foi de 0,85, 0,85, 0,51, e 0,83. O alfa de Cronbach para a sub-escala “benefícios” é abaixo dos valores considerados aceitáveis. Tal deve-se,

provavelmente, ao facto de ter poucos itens. Esta sub-escala deverá ser melhorada.

Um Questionário de Avaliação de Conhecimentos com as seguintes dimensões: oito questões com resposta “Verdadeiro/Falso” relacionadas com os factores de risco do cancro da próstata e cujo objectivo é avaliar os conhecimentos acerca do cancro da próstata; duas questões com resposta “Verdadeiro/Falso” cujo objectivo é avaliar os conhecimentos acerca do toque rectal no que respeita às recomendações periódicas para a realização do exame e à sua eficácia na detecção precoce do cancro da próstata e na redução da mortalidade por este cancro; duas questões (uma de escolha múltipla e uma dicotómica de sim/não) cujo objectivo é o de avaliar a adesão ao rasteio do cancro da próstata através do toque rectal e duas questões (uma de escolha múltipla e uma dicotómica de sim/não) que pretendem estudar o papel da recomendação médica na adesão ao toque rectal. Este questionário fornece os seguintes resultados: Conhecimento de Factores de Risco, resultante da soma dos oito itens respondidos correctamente (Trisco); Conhecimento do Toque Rectal, resultante da soma dos seis itens respondidos correctamente (Ttoque); Conhecimento de Quando Deve ser Feito o Toque Rectal, resultante da soma dos quatro itens respondidos correctamente (Tfeito);

Adesão avaliada dicotomicamente, entre os que realizaram alguma vez o exame e os que nunca o realizaram.

Além dos questionários Escala de Crenças de Saúde e de Avaliação de Conhecimentos, o instrumento utilizado neste estudo é composto ainda por: uma parte inicial onde se pretende caracterizar as variáveis sociodemográficas da amostra (estado civil, nível de escolaridade e situação profissional); e um conjunto de questões sobre o comportamento de prevenção de saúde relativo ao cancro da próstata.

Procedimento

A aplicação do instrumento foi precedida de uma breve explicação apresentada aos sujeitos sobre os nossos objectivos, momento em que se aproveitou, também, para transmitir a garantia de anonimato e de confidencialidade.

Após a recolha dos dados e de forma a verificar a existência ou não de relações significativas entre as Variáveis Principais (Comportamento de Adesão e Crenças de Saúde) e entre estas e as Variáveis de Influência (Idade, Estado Civil, Nível de Escolaridade, Situação Profissional, Recomendação Médica e Nível de Conhecimento), criou-se uma base de dados para possibilitar um tratamentos estatístico em SPSS, adoptando um nível de significância de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Nível de conhecimento

83,8% dos homens apresentam um nível de conhecimento geral satisfatório acerca do cancro da próstata e do toque rectal e 16,2% dos homens apresentam um nível de conhecimento insatisfatório.

Quanto ao nível de conhecimentos não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos constituídos a partir das variáveis demográficas (nível educacional, estatuto profissional, estado civil, nem correlação com a idade).

Relação entre variáveis demográficas e adesão ao toque rectal

Quando a adesão é avaliada dicotomicamente, verifica-se que 36,3% dos homens já realizaram o toque rectal pelo menos uma vez, e 63,7% dos sujeitos nunca realizaram este exame. Com base na realização ou não do toque rectal dividiram-se os participantes em dois grupos: o grupo adesão que já tinha realizado pelo menos um exame e os que nunca tinham realizado nenhum exame.

Quanto à idade os indivíduos que realizaram o toque rectal ($M=61,12$) diferenciam-se significativamente dos que não realizaram ($M=56,97$), $t(78)=2,44$, $p<0,02$, verificando-se que os mais velhos têm maior probabilidade de realizar um toque rectal, embora o factor determinante pareça ser a recomendação médica.

Relação entre as crenças de saúde e adesão

Os resultados mostram que para as dimensões do Modelo de Crenças da Saúde – Vulnerabilidade, Gravidade, Benefícios e Obstáculos, somente para a dimensão Obstáculos se verificam diferenças estatisticamente significativas entre o grupo que já realizou o exame ($M=27,79$) e o que nunca realizou ($M=22,83$), $t(78)=3,24$, $p<0,002$. Ou seja os indivíduos que realizaram o exame consideram que os obstáculos para a realização do exame são menores do que os que não o realizam. Para as restantes dimensões do Modelo de Crenças da Saúde os dois grupos não se diferenciam. Estes resultados estão de acordo com os resultados da investigação em geral que mostram que a dimensão Obstáculos é a que melhor explica a adesão aos comportamentos de prevenção das doenças.

Relação entre a recomendação médica e adesão

Existe um impacto significativo da recomendação médica na realização do toque rectal. O Quadro 2 mostra que 93% dos sujeitos a quem o médico

recomendou o toque rectal o realizou. A realização de uma crosstabulação mostra um $\chi^2 = 71,90$, $p < 0.0001$, ou seja a probabilidade desta distribuição ser acidental é muito reduzida. Assim, a recomendação médica funciona como uma pista para a acção externa (Stroebe & Stroebe, 1996), ou dito de outro modo, a recomendação médica parece ser um elemento essencial para a realização do toque rectal.

Quadro 2

Distribuição da recomendação médica de acordo com a realização ou não do toque rectal

O médico recomendou	Realizou			
	Não	%	Sim	%
Não	49	61,2	0	0
Sim	2	2,5	29	36,3
Total	51	63,7	29	36,3

Relação entre a recomendação médica e dimensões do modelo de crenças de saúde

Os indivíduos a quem foi recomendada a realização do exame exibem valores mais baixos ou seja, afirmam menos Obstáculos ($M(29)=23,44$) do que os indivíduos a quem não foi recomendado o exame ($M(51)=27,25$), ($t(78)=2,38$, $p < 0,02$). Tal resultado pode estar contaminado pela recomendação médica, como se verá a seguir.

Para as restantes dimensões do modelo de crenças da saúde não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (recomendados *versus* não recomendados).

Relação entre as crenças de saúde e variáveis demográficas

Considerando-se a escolaridade nos quatro níveis mostrados no Quadro 1 verifica-se que somente para a dimensão Obstáculos do Modelo de Crenças de Saúde se encontram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos $F(3,75)= 3,12$, $p < 0,04$, em que o grupo com o segundo ciclo do ensino básico exhibe valores mais elevados de obstáculos ($M=30,28$), do que os que têm somente o primeiro ciclo do ensino básico ($M=28,77$), seguidos dos que têm o secundário ($M=26,86$) e finalmente dos que têm o ensino superior ($M=23,48$). Ou seja a educação parece ter um papel importante nos comportamentos de prevenção de saúde, ou mais concretamente na adesão ao exame médico.

Não se verificam diferenças estatisticamente significativas para as restantes variáveis demográficas consideradas

Relação entre modelo de crenças de saúde e conhecimentos

Para verificar se havia relação entre as dimensões do Modelo de Crenças de Saúde e os Conhecimentos recorreremos ao estudo da correlação entre os dois grupos de variáveis cujo resultado é apresentado no quadro 3

Quadro 3

Correlação entre dimensões do modelo de crenças de saúde e conhecimentos

	Trisco	Ttoque	Tfeito	Exame	Total
Vulnerabilidade	<i>ns</i>	<i>ns</i>	0,23*	<i>ns</i>	<i>ns</i>
Gravidade	0,32**	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>
Benefícios	<i>ns</i>	0,29**	0,29**	0,33**	0,26
Obstáculos	0,27*	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>

Nota. *ns* – não significativa; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$. Dimensões do modelo de Crenças de Saúde; Vulnerabilidade; Gravidade; Benefícios; Obstáculos. Trisco – Conhecimento de Factores de Risco, resultante da soma dos oito itens respondidos correctamente; Ttoque – Conhecimento do Toque Rectal, resultante da soma dos seis itens respondidos correctamente; Tfeito – Conhecimento de Quando Deve ser Feito o Toque Rectal, resultante da soma dos quatro itens respondidos correctamente. Exame – soma dos itens ttoque mais tfeito; Total – soma do total de conhecimentos.

A análise da matriz de correlações entre as dimensões do Modelo de Crenças de Saúde e os Conhecimentos de cada um dos aspectos mostra correlações estatisticamente significativas mas modestas entre algumas das dimensões consideradas. A dimensão do Modelo de Crenças de Saúde melhor explicada pelos conhecimentos são os benefícios. No entanto não é esta dimensão que melhor explica a adesão ao exame. Tal exemplifica algo que há muito é claro, ou seja, que os conhecimentos só por si não são suficientes para levar as pessoas a aderir a programas de prevenção.

Se se inspecionarem as variáveis relacionadas com o conhecimento não se verificam diferenças significativas entre o grupo que realizou exame e os que nunca o fizeram.

DISCUSSÃO

De acordo com os resultados do nosso estudo, uma percentagem de 36,3% dos participantes realizou o toque rectal.

Verifica-se que no presente estudo a adesão ao exame se encontra associada à recomendação médica e que é o grupo dos mais velhos que mais participa no exame. Tal está provavelmente, associado à recomendação médica, dado a probabilidade de contrair a doença referida aumentar com a idade.

Das dimensões do Modelo de Crenças da Saúde a Percepção de Obstáculos é a única que diferencia os que realizaram os exames dos que não realizaram. Ou seja a Percepção de Obstáculos é o melhor preditor do indivíduo participar num exame de rastreio do cancro. Este é um padrão reconhecido na literatura e que aliás constitui crítica ao Modelo de Crenças da Saúde (Lashley, 1987; Norman & Fitter, 1989; Wyper, 1990).

Os obstáculos mais apontados pelos participantes foram a falta de conhecimento acerca do procedimento que envolve o toque rectal, a existência de outras preocupações mais importantes, o embaraço que implica a realização do exame e a humilhação que este representaria para os homens.

Pode-se ainda dizer que a educação revelou um papel importante nos comportamentos de prevenção da saúde, uma vez que são os sujeitos com nível de escolaridade mais baixo os que tendem a ter uma Percepção de Obstáculos à realização do exame mais elevada.

Apesar do grau de conhecimento apresentar correlações estatisticamente significativas com a crença de Benefícios, estes não se revelam preditores da adesão ao exame.

Apesar da amostra de conveniência não permitir uma generalização à população em geral, o presente estudo aponta pistas susceptíveis de facilitar a intervenção na promoção da adesão ao rastreio do cancro da próstata.

REFERÊNCIAS

- Aiken, L.S., West, S.G., Woodward, C.K., & Reno, R.R. (1994). Health beliefs and compliance with mammography-screening recommendations in asymptomatic women. *Health Psychology, 13*(2), 122-129.
- Aiken, L.S., West, S.G., Woodward, C.K., Reno, R.R., & Reynolds, K.D. (1994). Increasing screening mammography in asymptomatic women: Evaluation of a second-generation, theory-based program. *Health Psychology, 13*(6), 526-538.
- Champion, V. (1993). Instrument refinement for breast cancer screening behaviors. *Nursing Research, 42*(3), 139-143.
- Champion, V., & Miller, T. (1996). Predicting mammography utilization through model generation. *Psychology, Health and Medicine, 1*(3), 273-282.
- Champion, V., & Scott, C.R. (1997). Reliability and validity of breast cancer screening belief scales in african american women. *Nursing Research, 46*(6), 331-337.
- Conner, M., & Norman, P. (1994). Applying the health belief model and the theory of planned behaviour to predicting attendance at health screening. In J.P. Danwalder (Ed.), *Psychology and promotion of health* (pp. 187-197). Seattle: Hogrefe and Huber Publisher.
- Houlston, R.S., & Lemoine, L. (1991). Medical and psychological perspectives on breast cancer screening: A comment on Pitts, McMaster and Wilson. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 1*, 43-44.

- Lashley, M. (1987). Predictors of breast self examination practice among elderly women. *Advances in Nursing Science*, 9, 25-34
- Murray, M., & McMillan, C. (1993). Health beliefs, locus of control, emotional control and women's cancer screening behaviour. *British Journal of Clinical Psychology*, 32, 81-100.
- Norman, P., & Fitter, M. (1989). Intention to attend a health screening appointment: Some implications for general practice. *Counselling Psychology Quarterly*, 2, 261-272
- Orbell, S., Crombie, I., & Johnston, G. (1996). Social cognition and social structure in the prediction of cervical screening uptake. *British Journal of Health Psychology*, 1, 35-50.
- Pereira, A. (1999). *SPSS Guia prático de utilização. Análise de dados para ciência sociais e psicologia*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pestana, M.H., & Gageiro, J.N. (1998). *Análise de dados para ciência sociais. A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Silva, J.P. (1994). *A próstata e as suas doenças*. Lisboa: Saúde e Bem-Estar.
- Stroebe, W., & Stroebe, M. (1996). *Social psychology and health*. Buckingham: Open University Press.
- Wyper, M. (1990). Breast self-examination and Health Belief Model. *Research in Nursing and Health*, 13, 421-428