

IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



Resumo

Enquadramento: O aumento da incidência e prevalência de doenças oncológicas, nomeadamente o CCU, faz com que se considere que este seja um problema de saúde pública mundial envolvendo recursos na área da prevenção.

Objetivos: Identificar os factores que influenciam as crenças em saúde relacionadas com o CCU; Determinar a influência das variáveis sociodemográficas nas crenças em saúde sobre o CCU; Determinar as variáveis de contexto ginecológico e sexual que influenciam as crenças em saúde relativas ao CCU e analisar a relação entre as variáveis de contexto sociopsicológico e de saúde e as crenças em saúde relativas ao CCU.

Metodologia: É um estudo quantitativo, não experimental, descritivo-correlacional e transversal. A recolha de dados foi realizada através de um questionário, o qual permitiu realizar a caracterização sociodemográfica, ginecológica/sexual, psicológica de saúde e conhecimento sobre CCU. Utilizámos ainda escalas Crenças em Saúde (Patrão, I. 2000), Locus Control Saúde, Valor Saúde, Satisfação com Suporte Social (Pais-Ribeiro, 1999) e Questionário do Estado de Saúde SF8 (Pais-Ribeiro, 2005). A amostra é não probabilística por conveniência, constituída por 946 participantes da região centro de Portugal.

Resultados: Verificamos que as crenças em saúde cancro colo do útero são, na dimensão benefícios, influenciadas pelas variáveis idade adulta, zona urbana, não usam métodos contraceptivos e existência de familiares com CCU. A dimensão gravidade é influenciada pelas variáveis, zona rural, mulheres que vão periodicamente a consulta de planeamento familiar, uso de métodos contraceptivos e existência de familiares com CCU. A dimensão obstáculos é influenciada pelas variáveis zona rural, uso de métodos contraceptivos, existência de familiares com CCU e já ter iniciado na sua atividade sexual. A dimensão vulnerabilidade é influenciada pelas variáveis zona rural, uso de métodos contraceptivos, existência de familiares com CCU e ocorrência prévia de problemas do foro ginecológico. O total das crenças é influenciado pela zona rural, uso de métodos contraceptivos, existência de familiares com CCU e ocorrência prévia de problemas do foro ginecológico. No locus control acaso, é preditor da vulnerabilidade, obstáculos, gravidade e fator global. O locus controlo externo é preditor da gravidade, benefícios e obstáculos. O locus controlo interno é preditor da vulnerabilidade e benefícios. O estado de saúde na componente mental é preditor em todas as dimensões e fator global. A componente física é preditora na vulnerabilidade, gravidade, obstáculos e total crenças. No suporte social, a satisfação com os amigos é preditora da gravidade e obstáculos. A satisfação com a família é preditora da vulnerabilidade, obstáculos e fator global. A actividade social é preditora da vulnerabilidade.

Conclusões: Desenvolver competências nos profissionais de saúde que permitam ampliar as ações de cidadania em saúde, capacitando desta forma os cidadãos, de modo que se tornem mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde, encorajando medidas de promoção da saúde e de prevenção da doença.

Palavras-Chave: cancro do colo do útero; crenças em saúde, suporte social.

Abstract

Background: The increase in incidence and prevalence of cancer diseases, in particular cervical cancer, makes it a worldwide public health problem involving resources in terms of prevention.

Objectives: To identify factors that influence health beliefs related to cervical cancer; To determine the influence of sociodemographic variables on health beliefs about cervical cancer; To determine the gynecological and sexual context variables that influence health beliefs regarding cervical cancer and to analyze the relationship between sociopsychology and health context variables and health beliefs regarding cervical cancer.

Material and methods: This is a quantitative, non-experimental, descriptive-correlational and cross-sectional study. Data collection was performed through a questionnaire, which allowed sociodemographic, gynecological/sexual, psychological characterization of health and knowledge about cervical cancer. We also used Health Belief Scales (Patrão, I. 2000), Locus Control Saúde, Health Value, Satisfaction with Social Support (Pais-Ribeiro, 1999) and State Health Questionnaire SF8 (Pais-Ribeiro, 2005). The sample is non-probabilistic for convenience, consisting of 946 participants from the central region of Portugal.

Results: We found that beliefs in cervical cancer health are, in the dimension benefits, influenced by the variables adulthood, urban zone, non-use of contraceptive methods and existence of relatives with cervical cancer. The severity dimension is influenced by the variables rural area, women who periodically consult family planning, use of contraceptive methods and existence of relatives with cervical cancer. The obstacle dimension is influenced by the rural zone variables, use of contraceptive methods, existence of relatives with cervical cancer and have already started in their sexual activity. The vulnerability dimension is influenced by the rural zone variables, use of contraceptive methods, existence of relatives with cervical cancer and prior incidence of gynecological problems. The total beliefs are influenced by the countryside, use of contraceptive methods, existence of relatives with cervical cancer and prior incidence of gynecological problems. In the control locus of chance, it is a predictor of vulnerability, obstacles, gravity and global factor. The external control locus is a predictor of gravity, benefits and obstacles. The locus of internal control is a predictor of vulnerability and benefits. The state of mental health is a predictor in all dimensions and global factor. The physical component is a predictor of vulnerability, severity, obstacles and total beliefs. As far as social support is concerned, satisfaction with friends is a predictor of gravity and obstacles. Satisfaction with family is predictive of vulnerability, obstacles and overall factor. Social activity is a predictor of vulnerability.

Conclusions: To develop competencies in health professionals that allow for the expansion of health-related citizenship actions, thus enabling citizens to become more autonomous and responsible in relation to their health, encouraging health promotion and prevention measures.

Keywords: cervical cancer; beliefs in health, social support.

SUMÁRIO

	Pág.
Introdução	21
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	23
1 – Epidemiologia do cancro	24
2 - Modelos explicativos dos comportamentos de adesão a programas de rastreio 26	
2.1 - Fatores influenciadores dos comportamentos de adesão	29
3 - Crenças em saúde relativas ao cancro do colo do útero	32
1 – Metodologia	37
1.1 - Métodos	37
1.2 – Participantes	39
1.2.1 – Caracterização sociodemográfica da amostra	39
1.3- Instrumento de recolha de dados.....	40
1.3.1- Escala de crenças da saúde (ECS)	41
1.3.2- Locus Contol de Saúde (LCS)	48
1.3.3- Escala Valor de Saúde	50
1.3.4- Questionário do Estado de Saúde SF-8	51
1.3.5-Escala Satisfação com o Suporte Social	51
1.4 - Análise de dados	53
2- Resultados	56
2.1-Análise descritiva	56
2.2- Análise inferencial.....	68
3 - Discussão dos resultados	82
3.1 - Discussão metodológica	82
3.2 - Discussão dos resultados	83
4 – Conclusões	90
5 – Referências bibliográficas	94
Anexo – Instrumento de colheita de dados	103

LISTA DE TABELAS

	<i>Pág.</i>
Tabela 1- Caraterização sociodemográfica da amostra (N= 946)	40
Tabela 2- Consistência interna da escala crenças em saúde (Patrão et al, 2000)	43
Tabela 3- Índices de ajustamento da ECS	45
Tabela 4- Fiabilidade compósito e validade convergente	48
Tabela 5 - Índices de ajustamento da LCS	48
Tabela 6 - Validade convergente e divergente	50
Tabela 7 - Rastreios em saúde / Problemas do foro ginecológico	56
Tabela 8- Regularidade de frequência de consultas de ginecologia	57
Tabela 9 - Atividade sexual/ Número de anos de início da atividade sexual	57
Tabela 10 - Métodos contraceptivos utilizados	58
Tabela 11- Frequência de consulta de Planeamento Familiar	58
Tabela 12- Factores de risco para cancro do colo do útero	58
Tabela 13- Finalidades da Citologia	59
Tabela 14 - Periodicidade de realização da citologia.....	59
Tabela 15 - Risco elevado de desenvolver Cancro do Colo do Útero	60
Tabela 16 – Aspetos relativos à citologia.....	60
Tabela 17 – Horizonte temporal de realização da citologia	61
Tabela 18 - Historia de familiares com CCU / familiares com outro tipo de cancro	61
Tabela 19 - Regularidade de frequência a consultas médicas	62
Tabela 20 - Interlocutor que sugeriu a realização da citologia.....	62
Tabela 21 - Estatísticas descritivas das subescalas das crenças de saúde	63
Tabela 22 - Estatísticas descritivas do locus controlo saúde	63
Tabela 23 - Idade e Locus Control.....	64
Tabela 24 - Locus Control e Crenças em Saúde.....	64
Tabela 25 - Estatística descritiva do valor saúde.....	65
Tabela 26 - Idade e Valor Saúde.....	65
Tabela 27 - Valor Saúde e Crenças em Saúde.....	66
Tabela 28 - Estatística descritiva relativas ao estado saúde	67
Tabela 29 - Estatísticas descritivas relativas à satisfação com o suporte social.....	68
Tabela 30 - Suporte Social	68
Tabela 31 - Análise de variância entre grupos etários e as crenças em saúde	69
Tabela 32- Test. t. Student entre zona de residência e crenças em saúde	69
Tabela 33 - Relação entre problemas do foro ginecológicos e crenças em saúde sobre o CCU	70
Tabela 34 – Relação entre frequência na consulta de ginecologia e as crenças sobre o CCU	70
Tabela 35 - Relação entre o início atividade sexual e as crenças em saúde sobre o CCU	71
Tabela 36 - Relação entre utilização de métodos contraceptivos e as crenças em saúde relativas ao CCU	71

Tabela 37 - Relação entre a existência de familiares com CCU e as crenças em saúde sobre CCU	72
Tabela 38 - Correlações de Pearson entre variáveis independentes e a vulnerabilidade	72
Tabela 39 - Análise variância entre a componente física, acaso, componente mental, satisfação com a família, locus control interno e vulnerabilidade	73
Tabela 40 - Correlações de Pearson entre variáveis independentes e a dimensão gravidade	74
Tabela 41 - Análise de variância entre a componente mental, locus control acaso, componente física, locus control externo e satisfação com os amigos e gravidade	75
Tabela 42 - Correlações de Pearson entre variáveis independentes e a dimensão benefícios.....	76
Tabela 43 -Análise de variância entre o locus control interno, locus control externo, componente mental, idade e benefícios	76
Tabela 44 - Correlações de pearson entre variáveis independentes e a dimensão obstáculos das crenças em saúde do CCU	77
Tabela 45 - Análise de variância entre o locus control acaso, locus control externo, componente física e mental, satisfação com a família, satisfação com amigos e obstáculos	78
Tabela 46 - Correlações de Pearson entre variáveis independentes e as crenças em saúde globais do CCU.....	79
Tabela 47 -Análise de variância entre locus contol acaso, componente física e mental e satisfação com a família com o total de crenças.....	80

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 – Cinco dimensões da adesão	27
Figura 2 -Modelo do comportamento planeado as principais variáveis	28
Figura 3- Representação esquemática conceptual da investigação	39
Figura 4 - Modelo de quatro factores das crenças da saúde	45
Figura 5 - Modelo com índices de modificação e sem itens 7, 15, 18 e 23	46
Figura 6 - Modelo de 2ª ordem.....	47
Figura 7- Modelo de três fatores do locus de controlo	49
Figura 8 - Modelo de 2ª ordem do locus control	49

LISTA DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 – Distribuição dos itens pelas subescalas das crenças em saúde.....	42
Quadro 2 - Divisão do Questionário do Estado de Saúde SF-8 em componentes em função dos itens do mesmo e dimensões por eles avaliadas	51
Quadro 3 - Distribuição dos itens pelas subescalas	52

ABREVIATURAS E SIGLAS

CCU - Cancro do colo do útero

DGS – Direção Geral de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

UMW – Teste U-Mann Whitney

IARC - International Agency for Researchon Cancer

ARS – Administração regional de saúde

SPDC - Sociedade Portuguesa da Contraceção

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

HPV – Papiloma Vírus Humano

LISTA DE SÍMBOLOS

% - Percentagem

> - Superior a

< - Inferior a

\geq - Superior ou igual a

\leq - Inferior ou igual a

= - Igual a

+ - Soma

M – Média

Min – Mínimo

Máx – Máximo

D.P. – Desvio Padrão

C.V. - Coeficiente de variação

P – Significância

F – test F

N – Amostra

Nº - Número

K – Kurtosis

SK – *Skewness*

r – Correlação de Pearson

α – Alfa de *Cronbach*

X^2 - Qui Quadrado

Introdução

No cancro do colo do útero verificou-se uma diminuição tanto no número de óbitos como na taxa padronizada. A expansão dos programas de rastreio tem -se refletido em ganhos de saúde importantes, havendo ainda alguma margem para melhoria. Ouve uma cobertura de rastreio a nível nacional de 76%, correspondendo a 100% na região centro. (Portugal, DGS, 2017).

A preocupação cada vez maior com as doenças oncológicas reflete-se nos indicadores de saúde e nos custos que acarretam. Assim, os profissionais devem ter como objetivo principal a promoção da saúde realizando ações de cariz informativo que possibilitem a prevenção da doença oncológica, nomeadamente o caso do cancro do colo do útero. Na verdade, um indivíduo apenas adotará um comportamento preventivo se for capaz de se considerar suscetível a um problema de saúde, perceber se esse pode ter consequências sérias e acreditar que o poderá prevenir com ações cujos benefícios superam os aspetos negativos (Santos, 2011).

Os comportamentos de saúde podem ser influenciados por hábitos, valores e crenças, que caracterizam e definem o estilo de vida de cada pessoa, o qual é responsável pelo bem-estar biopsicossocial. Vários investigadores têm incentivado o uso dos modelos de forma complementar e a inclusão de variáveis adicionais para melhor prever os comportamentos de saúde (Conner&Armitage, 1998; Glanz&Bishop, 2010).

Assim, torna-se imprescindível proceder à compreensão das crenças em saúde e as variáveis a elas associadas, a saber, a vulnerabilidade; a gravidade; os obstáculos e os seus benefícios, destacando-se a importância da ação do enfermeiro que, valendo-se da sua relação terapêutica de proximidade com as utentes, poderá desmistificar crenças que proporcionem atitudes promotoras da adesão das utentes ao rastreio, informando, incentivando e apostando na prevenção (Ferreira, 2012).

Face ao exposto, este estudo pretende identificar as crenças em saúde relativas ao cancro do colo do útero, nomeadamente nas dimensões sociodemográficas, ginecológico e sexuais, sociopsicológicas e de saúde e ainda verificar quais os conhecimentos sobre cancro do colo do útero. São também questões de investigação: Que factores influenciam as crenças em saúde relacionadas com o cancro do colo do útero? Para além da questão de partida, ainda nos questionamos: (I) Qual a influência das variáveis sociodemográficas nas crenças em saúde sobre o CCU? (II) Que variáveis de contexto ginecológico e sexual têm influência nas

crenças em saúde relativas ao CCU? (IV) Qual a relação entre as variáveis de contexto sociopsicológico e de saúde e as crenças em saúde relativas ao CCU?

Por sua vez formularam-se os seguintes objectivos: (I) Identificar os factores que influenciam as crenças em saúde relacionadas com o cancro do colo do útero. (II) Determinar a influência das variáveis sociodemográficas nas crenças em saúde sobre o CCU (IV) Determinar as variáveis de contexto ginecológico e sexual que influenciam as crenças em saúde relativas ao CCU (V) Analisar a relação entre as variáveis de contexto sociopsicológico e de saúde e as crenças em saúde relativas ao CCU.

Estruturalmente o trabalho encontra-se dividido em duas partes. Na primeira parte apresentamos a revisão da literatura, distribuída por três temáticas, apresentamos o foco de intervenção, com revisão bibliográfica acerca do CCU, realçando dados sobre a incidência e prevalência da doença em Portugal. No segundo, expomos os modelos explicativos dos comportamentos de adesão a programas de rastreio, abordamos ainda, os factores influenciadores dos comportamentos de adesão. Terminámos a revisão da literatura abordando o tema das crenças em saúde relativas ao cancro do colo do útero. A segunda parte compreende o estudo empírico, onde é delineado o esquema de investigação, bem como, as perguntas e respectivos objectivos. Aportamos os métodos do estudo, apresentamos e discutimos os resultados e terminando com as conclusões.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – Epidemiologia do cancro

A evidência epidemiológica em oncologia, tem revelado um crescimento progressivo do número de novos casos anuais de cancro, e um aumento da média de idade da população afetada. O aumento de incidência deve-se maioritariamente aos ganhos de esperança de vida da população. As modificações dos estilos de vida, para além de influenciarem as variações de incidência, contribuem para mudanças relativas entre as diversas neoplasias.

A mortalidade por cancro desceu ligeiramente, no último ano, quando avaliada a mortalidade padronizada, ou seja, descontando o efeito de envelhecimento da população, revela o relatório “Portugal – Doenças Oncológicas em Números 2015”, apresentado pela Direção-Geral da Saúde. No entanto, o mesmo documento sublinha o peso das doenças oncológicas tanto em carga de doença como nos encargos dos cuidados associados.

No ano de 2015 existiam cerca de 17,4 milhões de casos de cancro dos quais 8,7 milhões de mortes. Entre 2005 e 2015 os casos de cancro aumentaram 33%. Em 2015 526000 mulheres desenvolveram cancro do colo do útero em todo o mundo, causando a morte de 239000. (Global Burden of Disease Cancer Collaboration, 2015).

O cancro é a segunda principal causa de morte em todo o mundo e é responsável por cerca de 9,6 milhões de mortes em 2018. Globalmente, cerca de 1 em 6 mortes é devido ao cancro. Aproximadamente 70% das mortes por cancro ocorrem em países de baixa e média renda. (World Health Organization, 2018).

No cancro do colo do útero verificou-se uma diminuição tanto no número de óbitos como na taxa padronizada. A expansão dos programas de rastreio tem -se refletido em ganhos de saúde importantes, havendo ainda alguma margem para melhoria. Ouve uma cobertura de rastreio a nível nacional de 76%, correspondendo a 100% na região centro. (Portugal, DGS, 2017).

Na União Europeia, a previsão realizada pela International Agency for Research on Cancer (IARC) e tendo como base apenas o envelhecimento da população, determina um aumento dos novos casos de cancro em 13.7%. As previsões para Portugal são semelhantes e apontam para um acréscimo de 12.6% no cancro em geral. (Portugal, DGS, 2013)

Por outro lado, a sobrevivência dos doentes com cancro tem também vindo a aumentar graças a múltiplos fatores, entre os quais o desenvolvimento científico e o empenho dos

profissionais na promoção da saúde e prevenção da doença, nomeadamente através de rastreios, sendo crescente uma nova população, os sobreviventes de cancro, com problemas clínicos e sociais particulares. O cancro é uma das doenças do futuro (e do presente) que para além duma perspetiva clínica multidisciplinar, reclama uma abordagem política e social concertada, que se estende para além dos muros das estruturas de saúde. (Portugal, DGS, 2013)

Similarmente a publicação do Despacho 4803/2013 do SEAMS, relativo aos programas de rastreio de base populacional das patologias oncológicas (cólon e reto, colo do útero e mama) prevê monitorização periódica. A uniformização dos indicadores a monitorizar (iguais para todas as ARS) e o acompanhamento da sua evolução vão permitir acompanhar a realidade nacional em tempo real (Portugal, DGS, 2013).

Para 2020, a OMS propôs para a Europa (UN SustainableDevelopmentGoals), um plano de ação para a saúde sexual e reprodutiva, reconhecendo a importância da implementação/continuação de novas políticas para garantir a equidade de acesso, condições e qualidade de saúde. Esta proposta foi aceite por todos os 53 países membros Europeus incluindo Portugal (Sociedade Portuguesa da Contraceção (SPDC) e a Associação para o Planeamento da Família, 2017).

2 - Modelos explicativos dos comportamentos de adesão a programas de rastreio

Os comportamentos de adesão aos rastreios sofrem influência de alguns fatores intrínsecos, tal como as crenças que se relacionam com a doença, com o tratamento, relação com a equipa de saúde e motivação e ainda fatores extrínsecos que representam os fatores condizentes com as políticas de saúde e custos (Campos, Saturno & Carneiro, 2010).

Todos os anos, o cancro do colo do útero mata mais de 250 000 mulheres e 85% dessas mortes ocorrem em países de baixo e mediano rendimento. O cancro do colo do útero é o quarto mais comum em mulheres em todo o mundo, mas a maioria dessas mortes poderia ser evitada com prevenção adequada, recorrendo a medidas, como a vacinação e os programas de rastreio. Em países desenvolvidos, a triagem generalizada reverteu radicalmente a incidências e a mortalidade do cancro do colo do útero (International Agency for Research on Cancer (IARC) 2017).

O comportamento é resultado de um processo complexo que comporta as atitudes, a análise de custo-benefício e o juízo quanto aos resultados e à eficácia. Embora a ênfase seja colocada nos modelos cognitivos, os processos sociais e ambientais devem também ser considerados, quer na forma de normas sociais e suporte social, nas barreiras à mudança e quer nos processos de controlo sobre o comportamento (Glanz & Bishop, 2010)

O Modelo de Crenças da Saúde analisa os fatores preditivos e percussores dos comportamentos de saúde, sugerindo que os comportamentos resultam de uma ponderação racional dos potenciais custos e benefícios de um dado comportamento. O Modelo postula que os indivíduos são mais propensos à mudança de comportamento quando percebem que podem estar vulneráveis à doença (perceção de suscetibilidade), que as consequências da doença podem ser graves (perceção de severidade), que há benefícios em adotar comportamentos preventivos (perceção de benefício), e que a mudança comportamental gera benefícios que superam os inconvenientes da adoção de determinada prática (perceção de barreiras). Alguns autores mencionam que realizar rastreio do cancro do colo do útero, pode estar relacionados com as crenças de saúde (Ferreira, Ferreira, Ferreira, Andrade & Duarte, 2014; Secginili & Nahcivan, 2006).

Relativamente à adesão aos rastreios, o Conselho Internacional de Enfermeiros (2009) apresenta no catálogo de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) o conceito de adesão, e refere-a como uma importante medida de comportamento dos utentes,

que deve ser condizente com as recomendações do prestador de cuidados, ou seja, os utentes devem ter sempre uma postura preventiva da sua saúde e seguir as instruções dos médicos e enfermeiros, tendo em consideração a relação que se estabelece entre o prestador de cuidados e o seu paciente.

De acordo com a OMS (2004) e WHO (2003) a adesão é um fenómeno multidimensional, e determinada através de uma ação recíproca de cinco dimensões condizentes com o indivíduo e com o meio envolvente. Podem ainda ser considerados outros fatores como determinantes para a adesão, como o rendimento, o grau de escolaridade, a precariedade no emprego, as redes de apoio social, as condições de vida, a distância da unidade de rastreio, a acessibilidade de transportes, as situações de mudança ambiental, a cultura e as crenças sobre a saúde e a doença.

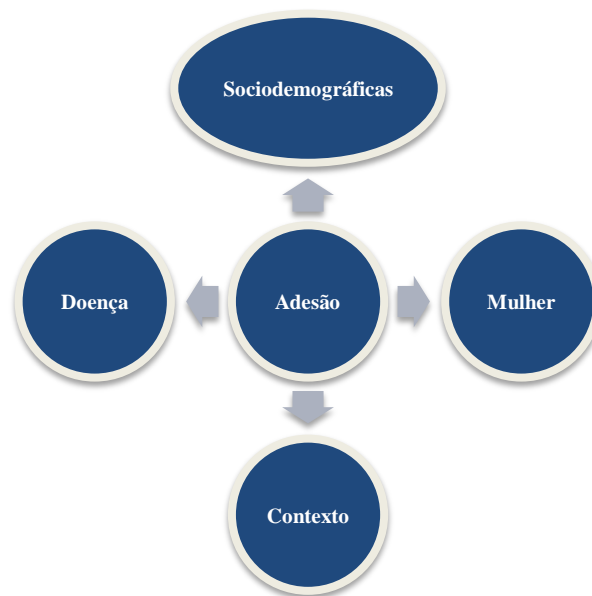


Figura 1 – Cinco dimensões da adesão

Fonte: Adaptada de Comissão das Comunidades Europeias. (2008).

A equipa de profissionais de saúde tem como objetivo principal organizar esforços para influenciar positivamente a população para a adesão aos rastreios como forma de promoção da sua saúde, através de estratégias específicas que tenham em consideração fatores emocionais, psicológicos, sociais, idade da população e o acesso ao exame.

Outra das teorias do comportamento em relação à adesão a rastreios é a teoria do comportamento planeado que foi inicialmente desenvolvida por Ajzen (1991) com base na

teoria da Ação Racional (Ajzen&Fishbein, 1975). Esta teoria tinha como finalidade a explicação de comportamentos humanos em contextos específicos. A premissa fundamental desta teoria baseia-se no facto de o ser humano ser racional e, como tal fazer uso sistemático da informação disponível nos processos de tomada de decisão relacionados com a execução de um comportamento específico (Ajzen&Fishbein, 1980)

A compreensão dos aspetos sócio-culturais que orientam a adesão pode auxiliar na definição do que recomendar ao doente, na comunicação entre o paciente e o profissional e num maior seguimento à terapia proposta (Costa., 2007). Para Gusmão e Mion (2006), a adesão é um processo complexo do comportamento, sendo fortemente influenciado pelo meio ambiente, pelos profissionais de saúde e também pelos cuidados de assistência médica.

As crenças sobre o controle referem-se aos fatores que podem facilitar ou impedir o desempenho do comportamento. Sendo assim, assume-se que o poder exercido pela atitude, pela norma subjetiva e pelo controle percebido determina a intenção do comportamento (Ajzen, 2008).

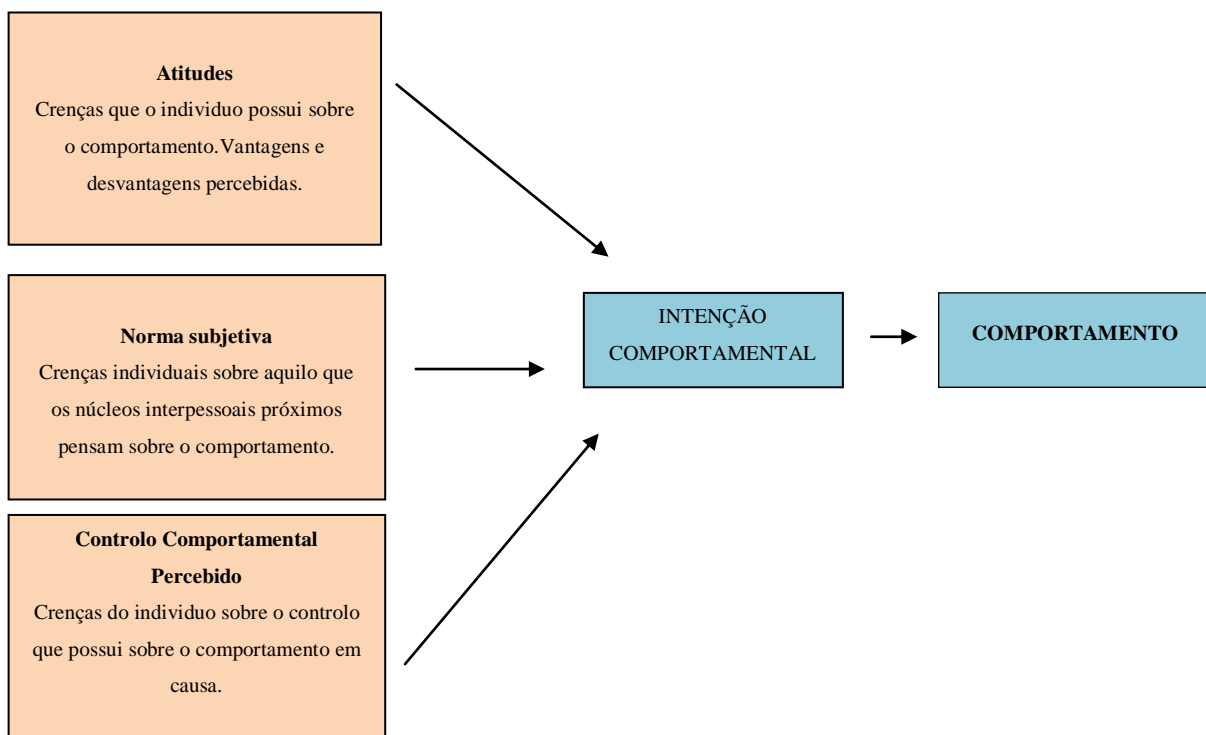


Figura 2 -Modelo do comportamento planeado as principais variáveis

Fonte: Adaptado, Ajzen (2006).

2.1 - Fatores influenciadores dos comportamentos de adesão

Alguns modelos que explicam os comportamentos de saúde explicam algumas atitudes e crenças da saúde que influenciam os indivíduos na adesão à terapêutica e prevenção das doenças, mas não identificam os fatores que influenciam a não adesão ao tratamento. De acordo com Machado (2009) existe um conjunto de fatores que afetam o comportamento e a capacidade de adesão, tais como, as características relacionadas com a doença, o tratamento, o indivíduo, a relação médico/utente a relação deste último com os Serviços de Saúde (Bishop, 1994; Brannon, 1992; Dunbar-Jacob, 1995; Greca & Shuman, 1995; Sarafino, 1990).

Para Barros e Rocha (2006), o consumo é o sistema que classifica bens e identidades, coisas e pessoas, diferenças e semelhanças na vida social. As características, as motivações e os interesses do consumidor sofrem vários tipos de influências, desde aspectos sociais, demográficos, culturais, psicológicos até importantes estímulos como: preço, produto, praça e promoção; que afetam e impulsionam as atitudes e ações das pessoas em suas decisões de consumo (Morsch & Samara, 2003).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adesão aos tratamentos diz respeito ao grau em que o comportamento de uma pessoa doente, como por exemplo, tomar a medicação recomendada, seguir o regime alimentar indicado pelo profissional de saúde e primar por um estilo de vida saudável, corresponde às recomendações acordadas por um profissional de saúde (Lima, Meiners & Soler, 2010).

As crenças representam ideias e concepções que foram estabelecidas ao longo da vida e orientam os comportamentos do indivíduo em relação à sua saúde. E, a suscetibilidade percebida define-se como a percepção do sujeito em relação à probabilidade de adquirir a doença, equivalente ao conceito de percepção de risco. Deste modo, no caso em que a pessoa se considera suscetível aumenta os seus comportamentos preventivos, contrariamente, quando a pessoa não se considera suscetível para uma determinada doença, aumenta a probabilidade de ocorrência de comportamentos de risco (Figueiras, Marcelino e Ferreira, 2009).

O objetivo principal dos rastreios é alterar a distribuição de casos detetados através de rastreios e no sentido de conseguir identificar alguns casos em fases iniciais de severidade da doença e, para as quais existe maior eficácia de tratamentos (Mausner & Kramer, 2007).

É por isso pertinente referir que na Teoria da Ação Refletida todo o comportamento se considera como uma escolha, uma opção ponderada do paciente entre várias alternativas (Lima, 2006).

As atitudes podem desempenhar diversas funções, tais como: favorecer o processo de tomada de decisões (função avaliativa), controlar os comportamentos, propiciar a adaptação à realidade (ajudam a definir grupos sociais, função instrumental, ideológica). Para além disto, contribuem para a estabilização da personalidade (estabelecimento da identidade) e podem determinar o modo como pensamos, sentimos e agimos.

As atitudes são compostas por crenças, sentimentos (ou afetos) e tendências de ação (comportamentos). Ou seja, a atitude é um construto multidimensional, que inclui o domínio afetivo, cognitivo e comportamental.

Relativamente ao domínio cognitivo, as crenças são de dois tipos: crenças informacionais (isto é, o que a pessoa acredita acerca dos fatos de uma situação) e crenças avaliativas (resumem-se ao que a pessoa acredita em relação aos méritos/deméritos, bem/mal, justo/injusto de diferentes situações). Desta forma, Fishbein e Ajzen (1975) consideram as atitudes como o resultado de uma avaliação das crenças relativas ao objeto.

As crenças de saúde podem ser influenciadas por factores demográficos, como a idade e a etnia, e por factores pessoais como ter um familiar afectado pela doença em questão (Azaiza & Cohen, 2006).

No que se refere à componente afetiva, esta é unidimensional (relaciona-se com a forma como o indivíduo vivencia a situação como um todo). As atitudes baseadas na componente afetiva derivam de emoções despoletadas ou relacionadas com determinado objeto, através de efeitos de mera exposição e/ou de processos de condicionamento.

Assim sendo, as pessoas formam as suas intenções refletindo acerca das suas atitudes e das suas normas subjetivas, formam as suas atitudes refletindo acerca das consequências do seu comportamento e formam as suas normas subjetivas refletindo acerca da aprovação/desaprovação dos outros significativos em relação ao seu comportamento.

Este estudo baseou-se na teoria do comportamento planejado (Ajzen, 2015), para identificar as crenças que influenciam o comportamento pro-ambiental dos jovens, revelou que crenças comportamentais, normativas e de controle prévias, respetivamente, atitudes, normas subjetivas e controle comportamental percebido. Preocupação empática influenciou intenções e comportamento indiretamente por seus efeitos em crenças comportamentais,

normativas e de controle. O exame dos efeitos de crenças específicas revelou implicações importantes para o planeamento de intervenções eficazes de mudança de comportamento.

3 - Crenças em saúde relativas ao cancro do colo do útero

Em países desenvolvidos, a prevenção generalizada reverteu radicalmente os índices e a incidência de cancro do colo de útero e a mortalidade caíram agudamente com o impacto da vacinação na redução de doenças relacionadas ao HPV, conforme a Agência Internacional para Pesquisa sobre Câncer (IARC) da OMS (2017)

As intervenções conducentes a reduzir o aumento de incidência do Cancro em Portugal são a aposta de futuro. Tomar medidas de prevenção primária, que promovam comportamentos saudáveis (modificação de estilos de vida e programas de vacinação) como de prevenção secundária (diagnóstico precoce) são a única forma de mitigar a atual epidemia do Cancro. Em Portugal existe uma cobertura de rastreios de 76%, na região centro 100% (DGS, 2017).

Verificou-se uma diminuição tanto no número de óbitos como na taxa padronizada. A expansão dos programas de rastreio tem se refletido em ganhos de saúde importantes. O esforço notável que Portugal tem desenvolvido nos programas de vacinação, tem tido como reflexo taxas de cobertura populacional invejáveis. Como formas reconhecidas de prevenir o cancro, são de referir os programas de vacinação da hepatite B e do vírus do papiloma humano (HPV) (DGS, 2017).

O Modelo de Crenças de Saúde (HBM) tem sido amplamente utilizado como uma estrutura para explicar comportamentos de saúde em diversas populações. Utilizamos as escalas de Crenças em Saúde e Modelo de Auto-Eficácia da Champion para avaliar as relações entre a adesão ao teste de Papanicolau e os construtos da HBM Mulheres com maior percepção de autoeficácia e menores escores de barreira percebida relataram melhor adesão ao teste de Papanicolau. Os resultados indicam que as mulheres infectadas pelo HIV não estão cientes do risco de cancro do colo do útero e podem não tomar medidas preventivas(Champman& Harris 2016). Estudo realizado sobre Estilos de vida e de vigilâncias de saúde sexual e reprodutiva da mulher portuguesa, a maioria das mulheres já ouviu falar do CCU (98,9%), já realizou o rastreio (69,5%), 91% indica que uma das formas de prevenir o aparecimento do CCU é através da vacinação e 64,8% das inquiridas reconhece o vírus do papiloma humano (VPH) como responsável pelo CCU. A maioria das inquiridas possui bons conhecimentos acerca do CCU (45,6%). As mulheres no grupo etário dos 38-47 anos têm maior crença de vulnerabilidade e de gravidade CCU e na escala global, enquanto as mulheres mais novas possuem maior crença nos obstáculos em relação à citologia e as

mulheres com idades entre os 31 e os 37 anos têm maior crença nos benefícios da citologia. (Ferreira, 2012)

Um estudo realizado no Norte da Índia sobre o Rastreo e Prevenção do Cancro do Colo do Útero: Uma Análise das Crenças e Preditores do Conhecimento. Revelou que a maioria das mulheres (73%) estavam cientes de que o cancro do colo do útero é inevitável, e 58,6% sabia sobre a disponibilidade de testes de rastreio para o mesmo. Apesar disso, apenas 3% das mulheres foram submetidas ao rastreio do cancro do colo do útero. A fonte dessa conscientização foi uma visita ao médico na maioria das mulheres. Apenas 2% das mulheres estavam cientes do papel da infecção pelo vírus do papiloma humano (HPV) no câncer do colo estavam dispostas a se vacinar, se fornecidas gratuitamente (Zutshi, Dankher&Malik, 2017)

O processo que envolve a prevenção do cancro CCU necessita confiarna garantia de oferta dos serviços e profissionais qualificados de forma sistematizada. No entanto, a adoçãodos comportamentos preventivos não depende somente de fatores externos, mas também de fatoressubjetivos próprios às mulheres.O modelo de crenças em saúde está exposto às teorias sobre processo decisivo e as propostas afirmam que o comportamento depende de duas variáveis: o desejo de evitar a doença ou, no caso de já doente, de curar-se; e a crença que um comportamento específico relativo à saúde prevenirá ou melhorará o estado do sujeito. (Rodrigues, 2014).

A magnitude do consumo do serviço de rastreio do cancro do colo do útero entre as mulheres electivas para a idade ainda é inaceitavelmente baixa. Idade das mulheres, história de múltiplos parceiros sexuais e doenças sexualmente transmissíveis, seropositividade para o HIV, Conhecimento, Susceptibilidade Percebida e Barreira Percebida foram preditores importantes da adesão ao serviço de rastreio do cancro do colo do útero(Bayu, Berhe, Mulat&Alemu, 2016)

O medo dos resultados do teste também representa uma das barreiras para evitar que algumas mulheres realizem o rastreio (Abdullahi, 2009). Medo de que os resultados dos testes detetem a presença de cancro do colo do útero (Mutyaet al,2006; Basuetai, 2006; Winkleretal. 2008, 2011). A presença de abuso sexual na infância e a violência pelo parceiro íntimo (Winkleretal., 2008, 2011), levam a que muitas mulheres não realizem o rastreio do cancro do colo do útero.Outras variáveis associadas às crenças em saúde que influenciam comportamentos relacionados com o cancro do colo do útero são as variáveis demográficas,

psicossociais, conhecimento, socioculturais, raça, educação, estas afetam indiretamente a saúde preventiva (Glanze, 2008).

Assim, os fatores sociodemográficos apresentam um efeito indireto sobre o comportamento de adesão ao rastreio do cancro do colo do útero, já que influenciam a percepção de suscetibilidade para contrair a doença, a sua gravidade e benefícios deste mesmo comportamento.

Estudo executado em Elmina no sul do Gana sobre Conhecimento, prática e barreiras para o rastreio do cancro do colo do útero, encontrou associação significativa entre barreiras institucionais e pessoais e realização do exame de Papanicolau. A educação abrangente sobre o rastreio do cancro do colo do útero e remoção de barreiras de acesso é fundamental para reduzir o risco associado à doença e promover a saúde das mulheres (Ebu, Mupepi, Siakwa, & Knowledge, 2014).

Um estudo transversal realizado na Tanzânia para determinar a cobertura de rastreio do cancro do colo do útero e os conhecimentos, atitudes e barreiras aos testes de rastreio entre mulheres nas zonas rurais e urbanas demonstraram que maioria das mulheres (82%) relatou ter ouvido falar de câncer do colo do útero. Nas áreas urbanas, os fatores associados ao rastreamento foram: idade avançada, possuindo seguro saúde, e ter conhecimento sobre o câncer do colo do útero. Em contraste, entre as mulheres residentes em áreas rurais, apenas o uso de preservativo, foi associado ao rastreamento. Mulheres de áreas rurais e urbanas tinham baixo conhecimento relacionado à vacina; no entanto, a maioria indicou que aceitaria muito se estivesse prontamente disponível (93%) (Cunningham, Skrastins, Fitzpatrick, Jindal, Oneko, O. Yeates, & Aronson, 2015).

Derivou um estudo onde, a população alvo era, de uma universidade do norte de Portugal, a maioria dos participantes (76,9%) é sexualmente ativa, tem um conhecimento mediano e uma atitude SSR favorável. O método contraceptivo mais utilizado pelas raparigas é a pílula (52,9%) e por rapazes o preservativo (32,1%). Os estudantes estão expostos a riscos sexuais e reprodutivos, por não usarem consistentemente o preservativo (60,5%), por terem relações sexuais com parceiros ocasionais (32,0%), dos quais desconhecem o passado sexual e o nível de risco, e pela combinação de relações sexuais com álcool (33,0%) ou drogas (9,7%) (Santos, 2017).

Os profissionais de saúde devem adotar práticas de rastreio e promover decisões informadas e seguras para a saúde das mulheres. As recomendações médicas para realização da citologia, bem como as características sociodemográficas, devem ser consideradas pelos profissionais de saúde na promoção da saúde sexual e reprodutiva da mulher (Ferreira, Ferreira, Andrade, & Duarte, 2014).

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

1 – Metodologia

No capítulo anterior procedeu-se ao enquadramento teórico que define o campo de análise a ser estudado, importa agora definir como se vai fazer esse estudo, isto é, qual a metodologia mais adequada à prossecução do mesmo.

Para tal, neste capítulo irão ser descritos os procedimentos desenvolvidos para a realização das diferentes fases da presente investigação. Depois de uma breve explanação sobre o que nos levou a executar este estudo, aborda-mos as questões de investigação e objectivos, Seguidamente procederemos à descrição dos participantes, dando depois ênfase aos instrumentos de medida seleccionados para o efeito. Terminamos este capítulo fazendo referência aos procedimentos éticos e estatísticos que serão utilizados.

1.1 - Métodos

A transformação epidemiológica da Oncologia, tem levado a um crescimento progressivo do número de novos casos anuais, e a um aumento da média de idade da população afetada. O aumento de incidência deve-se maioritariamente aos ganhos de esperança de vida da população portuguesa. As modificações dos estilos de vida, para além de influenciarem as variações de incidência, contribuem para mudanças relativas entre as diversas neoplasias. A conjugação destes dois fatores, tem vindo a levar a correções em alta, das previsões de evolução de incidência. (Portugal, DGS, 2015)

A mortalidade por cancro do colo do útero tem apresentado uma taxa decrescente, em paralelo com a diminuição de incidência. O sucesso dos programas de rastreio é evidente. Em 2014 ocorreu uma taxa de mortalidade de 3.8%. (Portugal, DGS, 2015,)

O modelo das crenças de saúde inclui os construtos de natureza cognitiva e motivacional, relacionadas com as ações desenvolvidas em prol da saúde e na motivação para recorrer a cuidados médicos em caso de doença (Cardoso & Rolim, 2005).

A equipa de profissionais de saúde tem como objetivo principal elaborar esforços para influenciar positivamente a população para a adesão aos rastreios como forma de prevenção da sua saúde, através de estratégias específicas que tenham em consideração fatores emocionais e psicológicos, a influência social, a idade da população e o acesso ao exame.

É neste âmbito que surge a necessidade de estudar as crenças em que estas mulheres se revestem, de forma, a poder compreendê-las e entender os fatores que lhes são intrínsecos e que afetam a sua vulnerabilidade na prevenção desta doença oncológica.

Deste modo, assumindo como referencia todas estas preocupações, colocamos algumas questões que se constituíram como ponto de partida para o desenvolvimento deste trabalho: Que fatores influenciam as crenças relacionadas com o cancro do colo do útero? Para além da questão de partida, ainda nos questionamos: (I) Qual a influência das variáveis sociodemográficas no contexto das crenças em saúde sobre o CCU? (II) Que variáveis de contexto ginecológico e sexual têm influência nas crenças em saúde sobre o CCU?(III) Qual a relação entre as variáveis de contexto sociopsicológico e de saúde e as crenças em saúde sobre o CCU?

Para dar resposta às questões de investigação formuladas delinearam-se os seguintes objetivos: (I) Identificar os fatores que influenciam as crenças em saúde relacionadas com o cancro do colo do útero (II) Determinar a influência das variáveis sociodemográficas nas crenças em saúde sobre o CCU (III) Determinar as variáveis de contexto ginecológico e sexual que influencia as crenças em saúde relativas ao CCU (IV) Analisar a relação entre as variáveis de contexto sociopsicológico e de saúde e as crenças em saúde relativas ao CCU.

Face às questões e objetivos formuladas elaborou-se o esquema conceptual de base que procura de forma pictórica estabelecer a relação prevista entre as variáveis em estudo.

Trata-se dum estudo do tipo quantitativo, não experimental, descritivo-correlacional com enfoque transversal. É quantitativo, pelo fato de se fundamentar no método hipotético dedutivo, pelo qual os dados colhidos fornecem realidades objetivas no que respeita às variáveis em estudo, suscetíveis de serem conhecidas. É transversal porque analisa o objeto de estudo em determinado momento, que no caso do estudo desenvolvido corresponde apenas ao momento de preenchimento dos questionários. Possui as características de um estudo descritivo-correlacional.

Na figura 3 encontra-se representado o esquema concetual de suporte do presente trabalho de investigação, no qual estão representadas as variáveis selecionadas com o propósito a serem medidas e avaliadas.

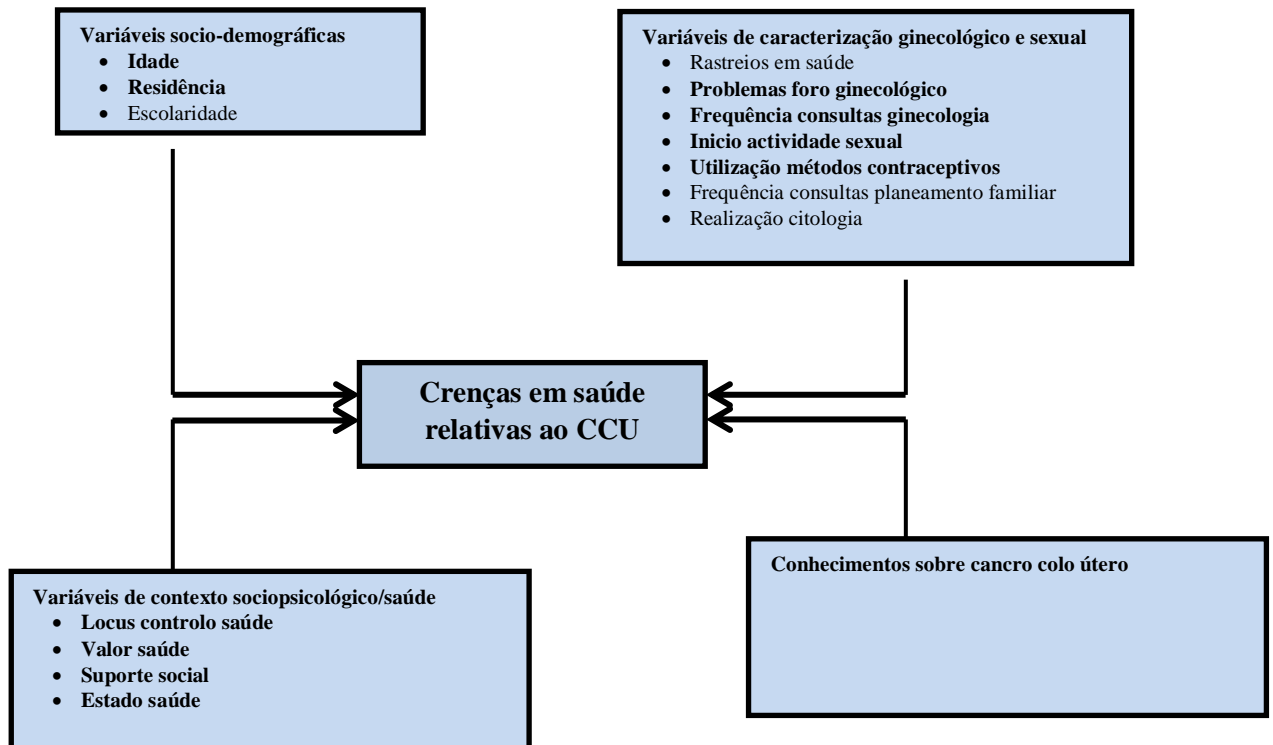


Figura 3- Representação esquemática conceptual da investigação

1.2 – Participantes

Para o nosso estudo, recorreremos a uma amostra não probabilística por conveniência constituída por 946 mulheres com idades compreendidas entre os 18 os 58 anos, os dados foram colhidos na região centro de Portugal.

A escolha da amostra teve implícitos critérios de inclusão: Aceitar participar no estudo, ser jovem adultaeadulta. Como critérios de exclusão considerou-se estar em tratamento deCCU.

1.2.1 – Caracterização sociodemográfica da amostra

Colaboraram no estudo 946 mulheres, com idades compreendidas entre os 18 e os 58 anos. A média de idades é de 32 anos (DP = 13.4 anos). Um pouco mais de metade da

amostra são adultas (50.4%) e 49.6% são jovens adultas. A maioria reside em aldeia (39.9%). Quanto à escolaridade, 39.8% têm o Ensino Secundário e 18%o Ensino Superior.

Tabela 1- Caraterização sociodemográfica da amostra (N= 946)

	N	%
Idade (M=32.2 ; DP=13.4)		
Faixa etária		
...Jovens adultas	469	49,6
...Adultas	477	50,4
Residência		
...Cidade	300	31,7
...Vila	269	28,4
...Aldeia	377	39,9
Escolaridade		
...1º Ciclo	37	6,2
...2º Ciclo	92	15,3
...3º Ciclo	123	20,5
...EnsinoSecundário	239	39,8
...Ensino Superior	109	18,1

1.3- Instrumento de recolha de dados

O instrumento de colheita de dados utilizado neste trabalho de investigação (questionário) já se encontrava construído e testado, tendo apenas sofrido ligeiras alterações. O instrumento permitiu a caraterização sociodemográfica, ginecológica e sexual. Inclui ainda escala que permitem avaliar outras variáveis, como é o caso da Escala de crenças em saúde (Patrão, I. 2000), Locus controlo de saúde, Escala valor saúde, Questionário do estado de saúde SF-8 (Pais-Ribeiro, 2005) e Escala de satisfação com o suporte Social (Pais-Ribeiro, 1999).

O questionário foi construído em blocos temáticos obedecendo a uma ordem lógica na elaboração de perguntas, (anexo 1).

Parte 1:Caraterização sociodemográfica da amostra

A primeira parte do instrumento de colheita de dados reúne um agregado de questões que se destinam à caracterização sociodemográfica das participantes, baseada na idade, zona de residência e escolaridade das participantes no estudo.

Parte 2: Caracterização Ginecológica e Sexual

Na segunda parte pretendemos ter informação sobre hábitos de rastreio, problemas ginecológicos prévios, início da actividade sexual, utilização de métodos contraceptivos, frequência de consultas de planeamento familiar ou de ginecologia, realização de citologia, opinião sobre o profissional de saúde que deve realizar o procedimento técnico envolvido nas citologias e história de cancro do colo do útero, ou outros, na família. Agregada a caracterização ginecológica e sexual encontram-se um conjunto de quatro questões que tem como propósito avaliar o nível de conhecimento das participantes relativamente ao cancro do colo do útero, fatores de risco e citologia. O nível de conhecimento é avaliado em função do número de respostas certas dadas nas alíneas de cada questão e no conjunto total, pelo que foram criados dois grupos:

Grupo com nível de conhecimento Insatisfatório – 0/9 respostas corretas no total.

Grupo com nível de conhecimento Satisfatório – 10/19 respostas corretas no total.

Consideraram-se corretas as respostas “Não” às questões 1^a, 1e, 3^a, 3d, 3e, 4^a, 4c, 4d e 4e e “Sim” às questões 1b, 1c, 1d, 1f, 1g, 3b, 3c, 3f, 4b. Na questão dois considerou-se a opção “antes dos 18anos, se iniciado a atividade sexual” como correta.

Parte 3: Escalas e questionário

Na terceira e última parte encontra-se um aglomerado de escalas, a saber a Escala de Crenças em Saúde (Patrão, I. 2000), Escala de LocusControl de Saúde, Escala Valor de Saúde, o Questionário do Estado de Saúde SF-8 (País Ribeiro, 2005) e a Escala de Satisfação com o Suporte Social (País Ribeiro, 1999), as quais visam a avaliação das variáveis de saúde, sociais, as crenças em saúde, a percepção do estado de saúde e a percepção do suporte social.

1.3.1- Escala de crenças da saúde (ECS)

Champion (1993) e Champion & Scott (1997) desenvolveram a escala de Crenças em Saúde que permite avaliar as crenças em saúde. É um instrumento construído por 27 itens que se unem em quatro subescalas: Vulnerabilidade, Gravidade; Benefícios e Obstáculos. Sendo á posteriori traduzida para português por Patrão et al., (2000).

No quadro 1 podemos ver a distribuição dos itens pelas subescalas das crenças em saúde, sendo elas: Vulnerabilidade, Gravidade, Benefícios e Obstáculos.

Quadro 1 – Distribuição dos itens pelas subescalas das crenças em saúde

Crenças em Saúde	Itens
Vulnerabilidade	1,2,3,4,5 e 6
Gravidade	7,8,9,10,11,12 e 13
Benefícios	14,15,16, 17 e 18
Obstáculos	19,20,21,22,23,24,25,26 e 27

A presente escala é do tipo Likert, composta por 26 itens, em que todos os itens vão no sentido positivo, sendo a cotação atribuída respectivamente: discordo totalmente (1), discordo (2), discordo indiferente (3), concordo (4), concordo totalmente (5). Perante cada item, por exemplo no caso do primeiro item que faz parte da subescala de vulnerabilidade - “É bastante provável que eu possa vir a ter cancro do colo do útero” – a mulher tem de expressar a sua opinião, que pode ir desde o extremo do discordo totalmente ao concordo totalmente.

Considera-se que quanto mais alta for a pontuação nas subescalas de vulnerabilidade e gravidade, mais elevadas serão as crenças de gravidade e vulnerabilidade em relação ao cancro do colo do útero. Em relação às subescalas de benefícios e obstáculos, também quanto maior for o score obtido, mais elevadas serão as crenças de benefícios e de obstáculos em relação à citologia.

Na tabela 2 estão descritas as médias e desvio padrão dos diferentes itens e os resultados da fiabilidade, nomeadamente, as correlações entre cada item e os valores de *alfa* de *cronbach*. Aferimos que os índices médios não se encontram centrados porquanto oscilam entre 1.92 no item 27 “A realização do exame (Citologia) está dependente da opinião do meu namorado, companheiro ou marido” e 3.84 no item 14 e 16 correspondendo respetivamente “A realização de Citologia ajuda-me a detetar mais cedo a existência de lesões no útero”, “A realização da Citologia é a melhor maneira de detetar pequenas lesões no útero.” Por sua vez os valores correlacionais estão todos superiores aos valores de referência (0.20). Os valores de

alfa de cronbach denota-se a existência de uma boa consistência interna oscilam entre valores 0.876 e 0.888 para um alfa global de 0.883.

Tabela 2- Consistência interna da escala crenças em saúde (Patrão *et al*, 2000)

	Questões	Média	dp	R item-total	R ²	α (s/item)
1	É bastante provável que eu possa vir a ter Cancro do Colo do Útero.	2,45	,958	,563	,644	,876
2	A probabilidade de eu vir a ter Cancro do Colo do Útero nos próximos anos é elevada.	2,34	,915	,540	,656	,877
3	Sinto que ao longo da minha vida poderei vir a ter Cancro do Colo do Útero.	2,50	1,000	,593	,615	,876
4	Tenho maiores probabilidades de ter Cancro do Colo do Útero do que a maioria das mulheres.	2,17	,914	,520	,471	,878
5	O desenvolvimento do Cancro do Colo do Útero é algo que me pode ocorrer presentemente.	2,49	1,030	,560	,550	,876
6	Estou preocupada como facto de poder vir a desenvolver o Cancro do Colo do Útero nos próximos tempos.	2,66	1,159	,562	,505	,876
7	Pensar no Cancro do Colo do Útero assusta-me.	3,32	1,223	,509	,637	,877
8	Quando eu penso acerca do Cancro do Colo do Útero, o meu coração fica a bater mais depressa.	2,90	1,156	,579	,660	,875
9	Tenho medo de pensar acerca do Cancro do Colo do Útero.	3,04	1,170	,552	,617	,876
10	Os problemas que eu teria se sofresse de Cancro do Colo do Útero durariam muito tempo.	2,92	1,119	,558	,505	,876
11	Se eu tivesse Cancro do Colo do Útero não iria viver mais de 5 anos.	2,31	,976	,594	,635	,876
12	O Cancro do Colo do Útero poderia ameaçar a relação que mantenho com o meu namorado, marido ou companheiro.	2,34	1,047	,497	,406	,878
13	Se eu desenvolvesse Cancro do Colo do Útero não iria viver mais de 5 anos.	2,32	1,007	,550	,580	,877
14	A realização de Citologia ajuda-me a detetar mais cedo a existência de lesões no útero.	3,84	,978	,036	,428	,888
15	Se for encontrada alguma lesão no útero através da Citologia, o tratamento do cancro não será assim tão mau.	3,21	1,053	,145	,249	,886
16	A realização da Citologia é a melhor maneira de detetar pequenas lesões no útero.	3,84	,884	,081	,472	,886
17	A realização de uma Citologia diminuirá as muitas hipóteses de morrer de Cancro do Colo do Útero.	3,55	1,001	,208	,378	,884
18	Quando faço uma Citologia tenho receio de descobrir que alguma coisa não está bem.	3,56	1,038	,308	,364	,882
19	Tenho receio de fazer uma Citologia porque não compreendo como será feita.	2,40	1,076	,395	,394	,880
20	A realização de uma Citologia seria embaraçosa.	2,52	1,117	,436	,593	,879
21	A realização de uma Citologia demoraria muito tempo.	2,39	1,003	,532	,637	,877
22	A realização de uma Citologia seria dolorosa.	2,54	1,059	,483	,607	,878
23	A realização de uma Citologia obrigar-me-ia a faltar ao emprego.	2,67	1,079	,326	,330	,882
24	Tenho outros problemas mais importantes do que pensar em fazer uma Citologia.	2,29	1,036	,425	,485	,880
25	A realização de uma Citologia seria dispendiosa.	2,23	,981	,418	,478	,880
26	Não consigo lembrar-me de marcar o exame (Citologia).	2,31	1,020	,476	,486	,878
27	A realização do exame (Citologia) está dependente da opinião do meu namorado, companheiro ou marido.	1,92	,943	,393	,539	,880
		1ª metade		0.894		

	<i>Alfa Cronbach</i>	2ª metade	0.803
		Global	0.883

A estrutura fatorial foi avaliada com recurso à estimação de máxima verosimilhança. Para a análise dos dados foram efetuados os seguintes procedimentos estatísticos:

- Distribuição da normalidade dos itens avaliada pela assimetria (Sk) e achatamento (Ku). Itens com valores absolutos de assimetria superiores a 3 e de achatamento superiores a 7 não foram considerados.
- Qualidade do ajustamento global do modelo fatorial efetuada de acordo com os índices e respetivos valores de referência, nomeadamente: Razão χ^2 e graus de liberdade ($\chi^2/g.l$). Como valores de referência para um bom ajustamento valores inferiores a 5.0 Comparative Fit Index (CFI) e o Goodness of Fit Index (GFI). Valores superiores a 0.9 para estes dois índices indicam um bom ajustamento. O Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), o RMR e o SRMR em que se consideram como valores de referência inferiores a 0.08, como indicadores de um bom ajustamento do modelo (Maroco, 2014).
- A qualidade do ajustamento local foi avaliada pelos pesos fatoriais considerando-se valores de referência saturações acima de 0.50 e pela fiabilidade individual dos itens com valores de r^2 de 0.25.
- O ajustamento do modelo foi realizado a partir dos índices de modificação superiores a 11 produzidos pelo AMOS e com base em considerações teóricas.
- A validade convergente de cada fator foi avaliada pela Variância Extraída Média (VEM). Com o proposto por Maroco (2014) assume-se que existia validade convergente quando a VEM for superior a 0.5.
- A validade discriminante dos fatores foi avaliada comparando o VEM por cada fator com a correlação de Pearson ao quadrado. A evidência da validade discriminante é obtida quando a correlação ao quadrado entre os fatores é menor do que a VEM, para cada fator.
- A fiabilidade compósita (FC) foi avaliada com o α de Cronbach standardizado para cada um dos fatores e com o α de Cronbach estratificado para o total da escala. A consistência é adequada quando o α for superior a 0.7 (Maroco, 2014).

Os procedimentos acima descritos serão usados em todas as escalas que aportam este estudo. Postas estas considerações passaremos a analisar os resultados obtidos.

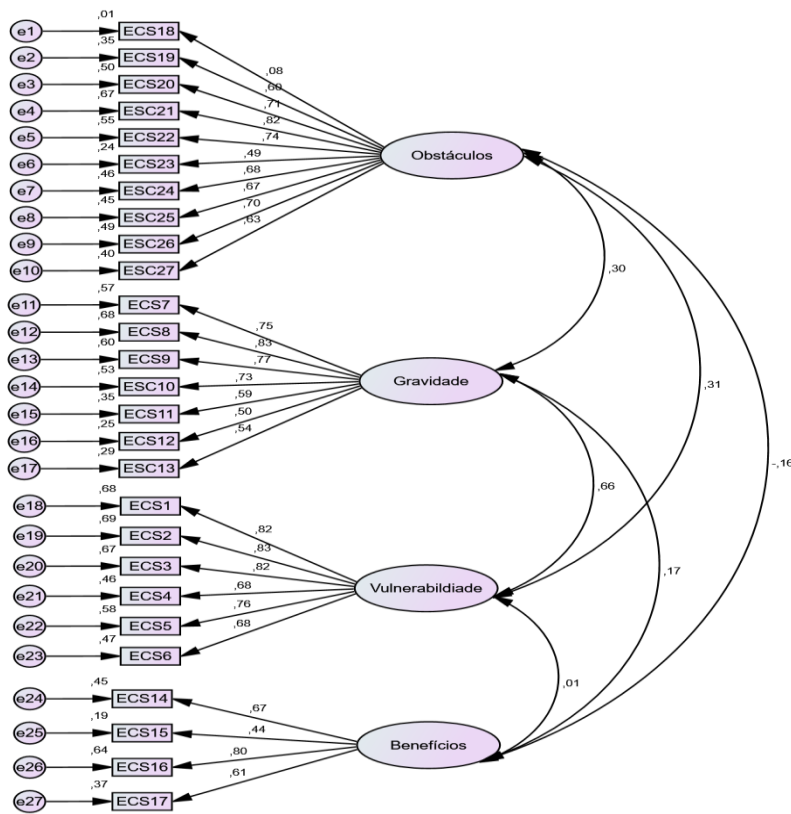
Analizadas as estatísticas através dos valores de assimetria e curtose, verificamos que os itens 12, 14 e 16 apresentavam valores de assimetria e curtose acima dos adequados pelo que se procedeu à sua eliminação.

Tabela 3- Índices de ajustamento da ECS

	χ^2/df	CFI	GFI	RMR	RMSEA
4 factores	9.854	.780	.747	.104	.097
4 factores (4 itens)	5.541	.923	.916	.074	.069
2º ordem	6.080	.912	.904	.083	.073

A tabela 3 configura as trajetórias e os rácios críticos dos itens para os factores a que pertencem denotando-se que todos são estatisticamente significativos. Aporta ainda as saturações obtidas por item com o respectivo fator. Procedeu-se à eliminação de todos os que apresentavam saturações inferiores a 0.50 e fiabilidade individual inferior a 0.25.

Figura 4 - Modelo de quatro factores das crenças da saúde



A estrutura factorial da escala de Crenças em Saúde foi analisada através de uma análise factorial confirmatória. Testaram-se modelos com 4 factores, o mesmo modelo depois de refinado sem os itens 18, 15, 7 e 23 e um modelo de 2ª ordem. Os indicadores de ajustamento do modelo de 2ª ordem são satisfatórios no que se refere ao χ^2 / df (6.080 – referência: < 5), CFI (bom), GFI (bom) e RMSEA (aceitável). Os valores de referência são os publicitados em Maroco (2010).

Figura 5 - Modelo com índices de modificação e sem itens 7, 15, 18 e 23

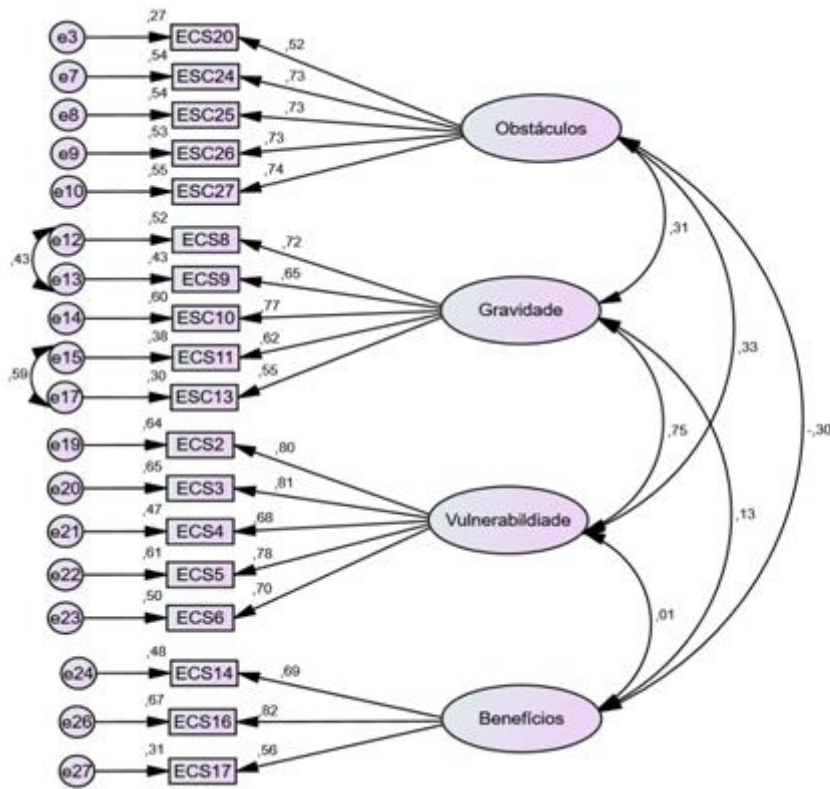
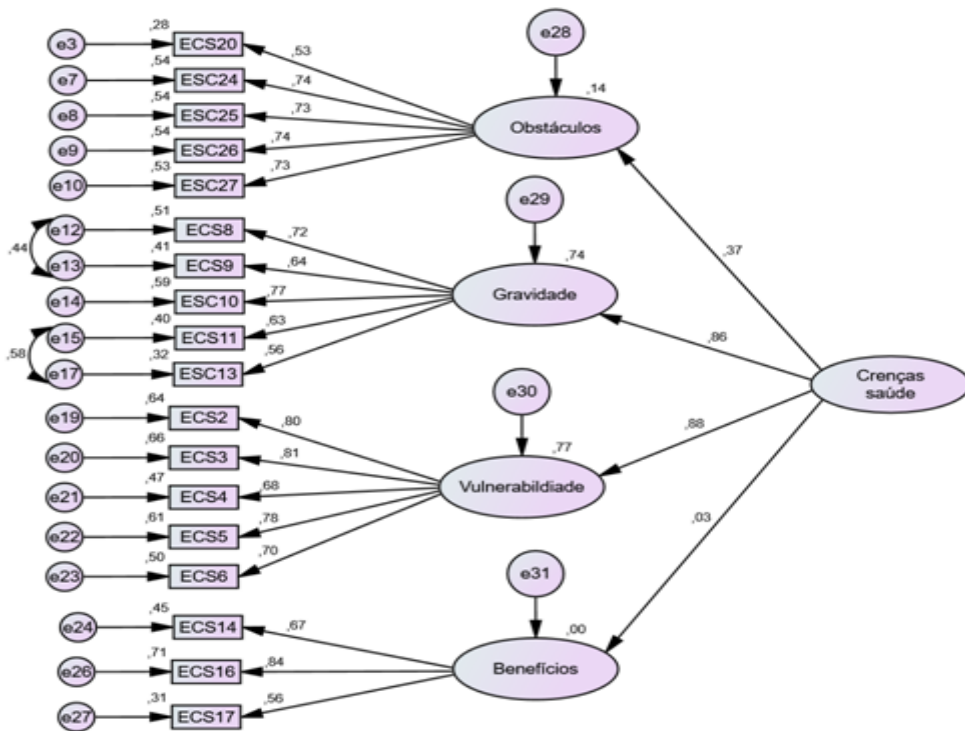


Figura 6 - Modelo de 2ª ordem



Os índices de fiabilidade compósita obtidos revelam que a escala apresenta boa consistência interna uma vez que todas as subescalas apresentam valores acima de 0.70 (valor de referência). Os índices da variância extraída média indicam boa qualidade pois todas as subescalas ostentam valores superiores a 0.50. A validade discriminante também é boa pois os valores de VEM são superiores ao quadrado da correlação entre os factores.

Tabela 4–Fiabilidade compósito e validade convergente

	FC	VEM
Obstáculos	0,886	0,613
Gravidade	0,867	0,569
Vulnerabilidade	0,938	0,755
Benefícios	0,821	0,611

1.3.2- Locus Control de Saúde(LCS)

A Escala de Locus Control de Saúde pretende avaliar a expectativa de reforço ao longo de uma dimensão de control interno *vs.* externo (Cloninger, 1999; Hjelle&Zigler, 1992).

O conceito de locus control foi aplicado à saúde por Wallston (1992) o qual desenvolveu instrumentos para avaliar em que medida os sujeitos concebiam o seu estado de saúde ou a sua doença como controlados por eles próprios, pelo acaso ou por outros significativos.

O seu objectivo era avaliar as expectativas ou as crenças sobre o control da saúde, podendo ser relacionadas com comportamentos específicos no domínio da saúde, pelo que não poderiam ser generalizadas para outros domínios da vida dos sujeitos(Wallston, 1992).

Tabela 5 - Índices de ajustamento da LCS

	χ^2/df	CFI	GFI	RMR	RMSEA
3 factores	5.257	.956	.971	.050	.067
Modelo 2ª ordem	5.257	.956	.971	.050	.067

A estrutura factorial da escala de locus control foi analisada através de uma análise factorial confirmatória. Os índices de ajustamento do modelo de 3 factores, sofrível no que se refere ao χ^2/df (5.257), muito bons para CFI, GFI (muito bom), e bons para RMSEA E RMR. Posteriormente refinou-se o modelo de locuscontrol através de criação e um factor global de segunda ordem. O modelo pode ser observado na figura 7.

Figura 7- Modelo de três fatores do locus de controlo

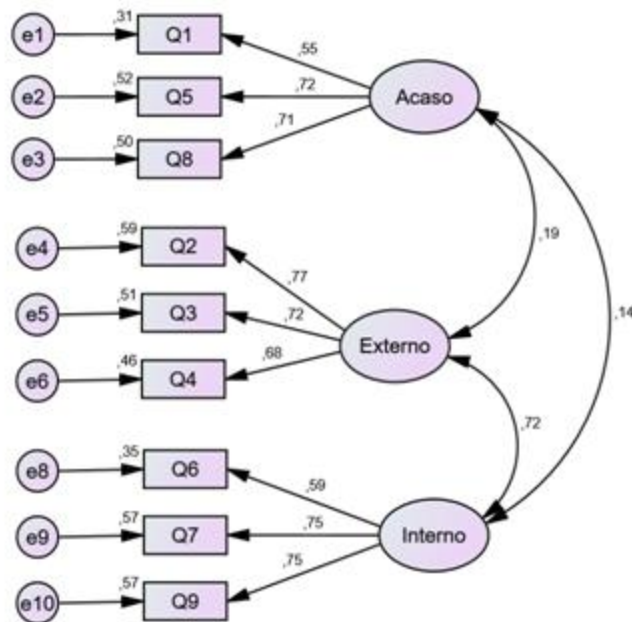
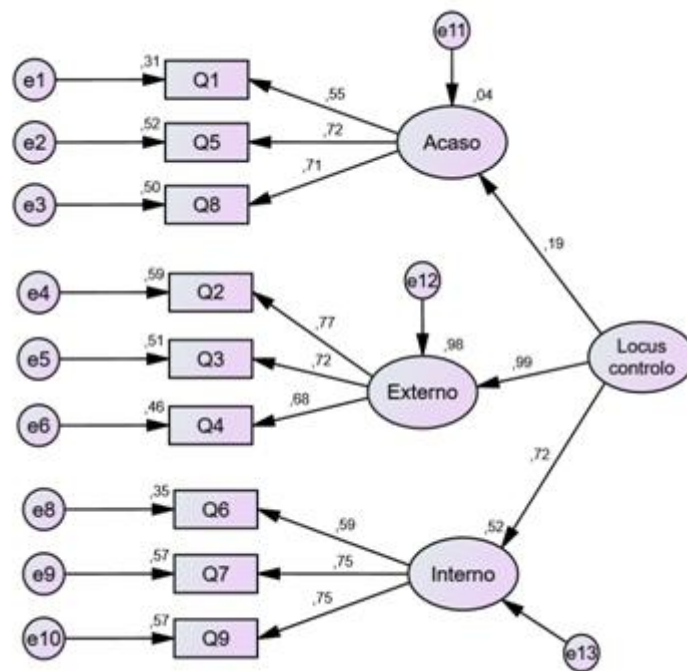


Figura 8 -Modelo de 2ª ordem do locuscontrol



Os índices de fiabilidade compósita obtidos revelam que a escala apresenta boa consistência interna uma vez que todas as subescalas apresentam valores acima de 0.70 (valor de referência). Os índices da variância extraída média indicam boa qualidade pois todas as subescalas ostentam valores superiores a 0.50. A validade discriminante também é boa pois os valores de VEM são superiores ao quadrado da correlação entre os factores.

Tabela 6 - Validade convergente e divergente

	FC	VEM
Locus control Acaso	0,794	0,565
Locus control Externo	0,847	0,649
Locus control Interno	0,829	0,620

1.3.3- Escala Valor de Saúde

A escala valor saúde foi desenvolvida por Lauetal. (1986) a escala é composta por quatro itens que avalia o valor conferido pela pessoa à sua saúde. Os quatro itens da escala são avaliados numa escala de Likert de 5 pontos (correspondendo 1 a “discordo completamente” e 5 a “concordo completamente”). Os itens 2 e 3, por estarem formulados na negativa, são cotados de forma invertida. Quanto mais elevado for o total obtido – dado pela

soma das pontuações dos quatro itens – maior será o valor atribuído pelo indivíduo à sua saúde.

1.3.4- Questionário do Estado de Saúde SF-8

Questionário Estado de saúde: recorreu-se ao SF-8, ou forma reduzida do SF-36 (Pais-Ribeiro, 2005). O SF-36 foi desenvolvido por Ware, Snow, Kosinski, e Gandek (1993), tendo este grupo desenvolvido posteriormente duas versões mais reduzidas, o SF-12 e o SF-8. O acrónimo SF significa forma reduzida (short-form), e o número corresponde ao número de itens do questionário. O questionário utilizado inclui, portanto, oito itens que definem dois componentes, um componente físico e um componente mental, com quatro itens cada, como se pode constatar no quadro 2.

Quadro 2 - Divisão do Questionário do Estado de Saúde SF-8 em componentes em função dos itens do mesmo e dimensões por eles avaliadas

Componente Física	Saúde Geral	Item 1
	Funcionamento Físico	Item 2
	Desempenho Físico	Item 3
	Dor Corporal	Item 5
Componente Mental	Desempenho Emocional	Item 4
	Vitalidade	Item 6 ^a
	Saúde Mental	Item 6b
	Funcionamento Social	Item 7

1.3.5-Escala Satisfação com o Suporte Social

O Suporte social é definido através da “existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós” (Pais Ribeiro 1999). A escala de satisfação com o suporte social foi construída para medir a satisfação da pessoa com o suporte social existente ou disponível. É um instrumento

desenvolvido por Wethington&Kessler (1986) validado para a população portuguesa por Pais Ribeiro (1999).

É um instrumento de auto preenchimento, constituído por 15 itens, ordenados numa escala ordinal tipo Likert, com classificações que variam de 1 a 5 pontos ao que corresponde as seguintes afirmações: concordo totalmente, concordo na maior parte, não concordo nem discordo, discordo na maior parte e discordo totalmente (Lopes, 2011, p.30).

Decompõe-se em quatro subescalas, nomeadamente satisfação com os amigos (5 itens); satisfação com a família (3 itens); intimidade (4 itens) e satisfação com atividades sociais (3 itens) (Lopes, 2011, p.30).

Quadro 3 - Distribuição dos itens pelas subescalas

Satisfação com o Suporte Social	Itens
Satisfação com os amigos	3,12,13,14,15
Intimidade	1,4,5,6
Satisfação com a Família	9,10,11
Atividades Sociais	2,7,8

Os itens das afirmações são cotados atribuindo o valor “1” aos sinalizados com “1” e “5” aos sinalizados com “5”, salva exceção dos itens que se encontram invertidos, respetivamente 4,5,9,10,11,12,13,14 e 15, nos quais o valor de “1” corresponde aos sinalizados com “5” e o valor “5” aos sinalizados com “1” (Silveira, Costa, Ferreira, Lage, & Rocha, 2014, p.51).

Esta escala permite quantificar a satisfação com o suporte social segundo as seguintes pontuações: de 0 a 25 “Baixo Suporte Social”, de 26 a 50 “Médio Suporte Social” e de 51 a 75 “Alto Suporte Social”. (Lopes, 2011, p.30)

O estudo psicométrico desenvolvido pelos autores, revelou uma consistência interna bastante satisfatória com um *alfa de Cronbach* global de 0.85 e uma percentagem de variância explicada de 63%. Por subescala no primeiro factor a consistência interna foi de 0.83 explicando 35.0%, no segundo de 0.74 (12.1%) no terceiro de 0.74 (8.7%) e no último de 0.74 (7.3%)

O facto de ser um instrumento de auto-avaliação, leva a que seja um instrumento de fácil e rápido preenchimento.

1.4 - Análise de dados

Efectuada a recolha de dados, realizamos uma primeira análise a todos os questionários, no intuito de eliminarmos aqueles que porventura se encontrassem incompletos ou mal preenchidos. Na análise dos dados, recorremos à estatística descritiva e analítica. Em relação à primeira, determinámos frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização como médias e medidas de variabilidade ou dispersão como amplitude de variação, coeficiente de variação e desvio padrão, para além de medidas de assimetria e achatamento, de acordo com as características das variáveis em estudo.

O coeficiente de variação permite determinar a dispersão de uma variável em valores percentuais, obtendo-se pela razão do desvio padrão com a média e é interpretado da seguinte forma:

<u>Coeficiente de variação</u>	<u>Classificação do Grau de dispersão</u>
0% - 15%	Dispersão baixa
16% - 30%	Dispersão moderada
> 30%	Dispersão alta

O coeficiente de correlação de Pearson consiste numa medida de associação linear usada para o estudo de duas variáveis quantitativas. Por convenção, os valores de r devem ser interpretados do seguinte modo (Pestana & Gageiro, 2014):

- $r < 0.2$ – associação muito baixa
- $0.2 \leq r \leq 0.39$ – associação baixa
- $0.4 \leq r \leq 0.69$ – associação moderada
- $0.7 \leq r \leq 0.89$ – associação alta
- $0.9 \leq r \leq 1$ – associação muito alta

A utilização de testes paramétricos exige a verificação simultânea de duas condições, a primeira é que as variáveis de natureza quantitativa possuam distribuição normal e a segunda que as variâncias populacionais sejam homogéneas caso se esteja a comparar duas ou mais amostras populações (Maroco, 2010). Deste modo, para o estudo da normalidade da distribuição das variáveis foi usado o teste de Kolmogorov-Smirnov (Maroco, 2014).

Em termos de estatística inferencial, recorreu-se a testes paramétricos e não paramétricos, designadamente:

- **Testes t de Student ou teste de U Mann Whitney:** usados para amostras independentes, ou seja, permitem fazer a comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais;

- **Análise de variância a um fator (ANOVA) ou Teste de KruskalWallis:** usados para a comparação de médias de uma variável quantitativa (variável endógena) em três ou mais grupos de sujeitos diferentes (variável exógena - qualitativa), isto é, analisam o efeito de um fator na variável endógena, testando se as médias da variável endógena em cada categoria do fator são ou não iguais entre si. Com o teste One-Way, recorre-se, por norma, aos testes *post-hoc*, de modo a poder saber-se quais as médias que se diferenciam entre si.

- **Teste de qui quadrado (X²):** para o estudo de relações entre variáveis nominais. Este teste é aplicado a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias, comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, de modo a inferir-se acerca da relação existente entre as variáveis. Com a aplicação do teste de qui quadrado fazemos ainda uso dos valores residuais uma vez que se tornam mais potente que o teste de X², como indicam Pestana & Gajreiro (2014), Os resíduos ajustados na forma estandardizada informam sobre as células que mais se afastam da independência entre as variáveis. A leitura só se efetua em valores superiores a 2 positivos e para poderem interpretar-se é necessário um número mínimo de oito elementos, quer no total da linha, quer na coluna.

Na análise estatística, foram utilizados os seguintes valores de significância:

- $p < 0.05$ * - diferença estatística significativa
- $p < 0.01$ ** - diferença estatística bastante significativa
- $p < 0.001$ *** - diferença estatística altamente significativa
- $p \geq 0.05$ n.s. – diferença estatística não significativa

A apresentação dos resultados é feita com o recurso de tabelas e figuras, onde se apresentam os dados mais relevantes.

Todo o tratamento estatístico foi processado através do programa SPSS (StatisticalPackage for the Social Sciences) versão 24.0 para Windows.

No capítulo seguinte faz-se apresentação dos resultados obtidos, iniciando-se com a análise descritiva e, posteriormente, a análise inferencial.

2- Resultados

No presente capítulo, estruturado em duas partes, sendo que na primeira iremos descrever alguns aspectos gerais relacionados com as características específicas dos grupos amostrais que entraram no nosso estudo e reservamos para a segunda a análise das relações que poderão existir entre as diferentes variáveis em questão.

2.1-Análise descritiva

Caraterização sexual e ginecológica

Mediante a análise da tabela 7, podemos constatar que mais de metade da amostra (61.1%) informa que tem por hábito realizar rastreios em saúde.

Cerca de 14.7% indica que já teve problemas ginecológicos e 85.3% nunca teve problemas do foro ginecológico. Sendo as mais referidas as infeções (66.4%) e os poliquistos (8%).

Tabela 7 - Rastreios em saúde / Problemas do foro ginecológico

	N	%
Rastreios em saúde		
Sim	578	61,1
Não	368	38,9
Total	946	100,0
Problemas do foro ginecológico		
Sim	139	14,7
Não	807	85,3
Total	946	100,0

Como mostra a tabela 8, 25.7% das inquiridas frequenta-a ocasionalmente a consulta de Ginecologia, 21% frequenta uma vez por ano e 9.2% de 6 em 6 meses.

Tabela 8– Regularidade de frequência de consultas de ginecologia

	N	%
Nunca	265	28,0
Quando sente necessidade por problemas ginecológicos	149	15,8
Ocasionalmente	243	25,6
Uma vez por ano	202	21,4
De 6 em 6 meses	87	9,2
Total	946	100,1

Caraterização sexual

Pela análise dos resultados da tabela 9, 10.1% das mulheres afirma que ainda não iniciou a actividade sexual. 89.9% já iniciou a actividade sexual.

Das mulheres que já iniciaram a actividade sexual, 78.4% já o fez há mais de 2 anos, 16% há pelo menos 1 ano e 5.6% há menos de 1 ano.

Tabela 9 - Actividade sexual/ Número de anos de início da actividade sexual

	N	%
Actividade sexual		
Sim	850	89,9
Não	96	10,1
Total	946	100
Número de anos de início da actividade sexual		
< 1 ano	48	5,6
>= 1 e <2	136	16,0
>= 2 anos	666	78,4
Total	850	100,0

Como retratado na tabela 10 relativa ao uso de métodos contraceptivos verifica-se que os mais utilizados são os hormonais (42%) e menos usados são de barreira (25.1%).

Tabela 10 - Métodos contraceptivos utilizados

	N	%
Barreira	198	25,0
Hormonais	331	42,0
Barreira e hormonais	260	33,0
Total	789	100,0

Um terço das mulheres indica que nunca frequentou a consulta de planeamento familiar e 24.4% indica que o faz ocasionalmente. Já 15.9% indica que quando tem problemas reprodutivos ou sexuais, recorre a consulta de planeamento familiar (cf. Tabela 11).

Tabela 11- Frequência de consulta de Planeamento Familiar

	N	%
Nunca	306	32,3
Quando sente necessidade por problemas reprodutivos ou sexuais	150	15,9
Ocasionalmente	231	24,4
Uma vez por ano	170	18,0
De 6 em 6 meses	89	9,4
Total	946	100,0

Conhecimentos sobre CCU

Na tabela 12 apresentamos o conhecimento das mulheres relativos aos fatores de risco para desenvolver CCU.

As mulheres associam mais o risco de ter Cancro do Colo do Útero se houver antecedentes familiares (88.4%), se tiverem sofrido uma lesão do colo do útero (81.3%) ou se tiverem vários parceiros sexuais (75.8%).

Tabela 12- Factores de risco para cancro do colo do útero

	Sim		Não	
	N	%	N	%
Não tiver iniciado a sua atividade sexual.	65	6,9	881	93,1
Tiver iniciado a atividade sexual antes dos 18 anos.	362	38,3	584	61,7
Ter vários parceiros sexuais.	717	75,8	229	24,2

Tomar a pilula, associada a hábitos tabágicos.	534	56,4	412	43,6
Tiver familiar com cancro do colo do útero.	836	88,4	110	11,6
Estiver na menopausa.	434	45,9	512	54,1
Tiver sofrido uma lesão do colo do útero.	769	81,3	177	18,7

Uma percentagem elevada considera que a citologia é um exame que permite detetar o cancro do colo do útero em fases muito precoces (89.9%) e reduz o número de mortes por cancro do colo do útero (85.7%) (cf. Tabela 13).

Tabela 13- Finalidades da Citologia

	Sim		Não	
	N	%	N	%
Só deve ser feito quando se detetam alguns sintomas.	162	17,1	784	82,9
Permite detetar o Cancro do Colo Útero em fases muito precoces.	850	89,9	96	10,1
Reduz o número de mortes por Cancro do Colo do Útero.	811	85,7	135	14,3
É considerado o método menos eficaz para deteção do Cancro do Colo do Útero.	185	19,6	761	80,4
Dispensa a realização de outros exames de rastreio.	254	26,8	692	73,2
Deve ser realizado periodicamente a partir dos 18 anos ou antes se a mulher for sexualmente ativa.	688	72,7	258	27,3

Perante a questão quando a citologia deve ser efetuada, cerca de três quartos das mulheres inquiridas (73.7%) entende que a citologia deve ser efetuada pela primeira vez aos 18 anos ou antes se a mulher é sexualmente ativa e 46.2% de 5 em 5 anos, a partir dos 40 anos, até aos 64 anos. Mais de metade da amostra (60%) afirma já ter realizado um exame de citologia (c f Tabela 14).

Tabela 14 - Periodicidade de realização da citologia

	Sim		Não	
	N	%	N	%
A partir do momento em que se tem filhos.	331	35,0	615	65,0
Pela primeira vez aos 18 anos ou antes se a mulher é sexualmente ativa.	697	73,7	249	26,3
Só quando é recomendado pelo médico.	383	40,5	563	59,5
De 5 em 5 anos, a partir dos 40 anos, até aos 64 anos.	437	46,2	509	53,8
Só a partir dos 65 anos.	136	14,4	810	85,6

As diferenças de proporções entre as respostas correctas e incorrectas, analisadas com o teste Binomial, são todas estatisticamente significativas.

Nas respostas: Não tiver iniciado a sua atividade sexual (93.1% vs 6.9%); Ter vários parceiros sexuais (75.8% vs 24.2%); Ter sofrido uma lesão do colo do útero (81.3% vs 18.7%) a proporção de acertos supera significativamente a proporção de respostas incorrectas (cf. Tabela 15).

Tabela15 - Risco elevado de desenvolver Cancro do Colo do Útero

	Incorrecto	Correcto	P
..Não tiver iniciado a sua atividade sexual.	6,9%	93,1%	.001***
..Tiver iniciado a atividade sexual antes dos 18 anos.	61,7%	38,3%	.001***
..Teve vários parceiros sexuais.	24,2%	75,8%	.001***
..Tomar a pilula, associada a hábitos tabágicos.	56,4%	43,6%	.001***
..Tiver familiar com cancro do colo do útero.	88,4%	11,6%	.001***
..Estiver na menopausa.	54,1%	45,9%	.012*
..Tiver sofrido uma lesão do colo do útero.	18,7%	81,3%	.001***

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Na tabela 16 quanto à questão “A citologia é um exame que...” em todas as questões, a proporção de acertos é sempre significativamente superior a proporção de respostas incorretas.

Tabela 16– Aspetos relativos à citologia

	Incorrecto	Correcto	p
Só deve ser feito quando se detetam alguns sintomas	17,3%	82,7%	.001***
Permite detetar o Cancro do Colo Útero em fases muito precoces	10,1%	89,9%	.001***
Reduz o número de mortes por Cancro do Colo do Útero	14,3%	85,7%	.001***
É considerado o método menos eficaz para deteção do Cancro do Colo do Útero	19,7%	80,3%	.001***
Dispensa a realização de outros exames de rastreio	26,8%	73,2%	.001***
Deve ser realizado periodicamente a partir dos 18 anos ou antes se a mulher for sexualmente ativa	27,4%	72,6%	.001***

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Na resposta à questão “A citologia deve ser efectuada...” a proporção de acertos é sempre significativamente superior a proporção de respostas incorretas em todas as questões (cf. Tabela 17).

Tabela 17–Horizonte temporal de realização da citologia

	Incorrecto	Correcto	<i>p</i>
A partir do momento em que se tem filhos.	35,0%	65,0%	.001***
Pela primeira vez aos 18 anos ou antes se a mulher é sexualmente ativa.	26,3%	73,7%	.001***
Só quando é recomendado pelo médico.	40,6%	59,4%	.001***
De 5 em 5 anos, a partir dos 40 anos, até aos 64 anos.	46,3%	53,7%	.025*
Só a partir dos 65 anos.	14,5%	85,5%	.001***

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

História familiar de CCU

Os resultados apresentados na tabela 18 mostram que uma percentagem de 5.% indica que teve familiares com cancro do colo do útero. Verificamos que a maioria das participantes (94.5%) não tem ou teve familiares com CCU.

No que diz respeito à história de familiares com outro tipo de cancro os resultados apresentados são que 44.7% tiveram familiares com outro tipo de cancro.

Tabela 18 - Historia de familiares com CCU / familiares com outro tipo de cancro

	N	%
..Familiares com CCU		
Sim	52	5,5
Não	894	94,5
Total	946	100,0
Familiares com outro tipo de cancro		
Sim	422	44,7
Não	523	55,3
Total	945	100,0

Hábitos de Saúde

Na tabela 19 podemos apreciar a distribuição da regularidade de frequência a consultas médicas. Assim, 38% indica que o faz ocasionalmente e 33.3% só quando se sente doente. As que o fazem com regularidade, com intervalos de 1 ano ou de 6 em 6 meses, representam, respectivamente, 16.8% e 10.1%. Quase 40% indica que faz outro tipo de rastreios com alguma regularidade e 77% indica que os seus familiares também os fazem.

Tabela 19 - Regularidade de frequência a consultas médicas

	N	%
Nunca	6	1,7
Só quando me sinto doente	115	33,3
Ocasionalmente	131	38,0
Uma vez por ano	58	16,8
De 6 em 6 meses	35	10,1
Total	345	100,0

Perante análise dos resultados expostos na tabela 20, a realização da citologia foi recomendada por médico/enfermeiro de família em 51.1% dos casos. Uma percentagem elevada (75.2%) entende que é indiferente se a citologia é realizada por um profissional do sexo feminino ou masculino. No entanto cerca de 5% deixou de realizar a citologia pelo facto do profissional de saúde ser do sexo masculino.

Tabela 20 - Interlocutor que sugeriu a realização da citologia

	N	%
Iniciativa própria	120	21,1
Recomendada por médico/enfermeiro de família	291	51,1
Recomendada por ginecologista	143	25,1
Sugerida por amigo/familiar	15	2,6
Total	569	100,0

Crenças em saúde

Ao analisarmos as estatísticas das crenças em saúde aferimos que os valores oscilam para o total das crenças em saúde. O índice mínimo é de 18% e um máximo de 74%, com uma média de 48.16% e um desvio padrão de 9.63%.

Na subescala vulnerabilidade e gravidade, a distribuição é simétrica, sendo que os valores variam entre mínimo de 5% e um máximo de 25%, com um valor médio de 12.16 (D.P= 4.05) para a primeira e de 13.49 (D P=4.17) para a segunda.

Comparativamente a subescala benefícios o índice mínimo é de 3% e o máximo de 15%, com uma média de 11.23 (D P=2.30), como se pode ler na tabela 17.

Em desfecho, na subescala obstáculos apuramos um índice mínimo de 5% e o máximo de 21%. A média encontrada é de 11.28% (D P=3.88) (cf. Tabela 21).

Tabela 21 - Estatísticas descritivas das subescalas das crenças de saúde

	N	Mínimo	Máximo	Média	D. P.
Vulnerabilidade	946	5	25	12,16	4,05
Gravidade	946	5	25	13,49	4,17
Benefícios	946	3	15	11,23	2,30
Obstáculos	946	5,00	21,00	11,28	3,88
Total crenças	946	18,00	74,00	48,16	9,63

Locus controlo saúde

Ao estudarmos o locus control de saúde, verificamos que os valores locus total variam mínimo de 9% e o máximo de 45%, com uma média de 29,92% e um desvio padrão de 5,20. Relativamente as variáveis Locus control Acaso, Locus control Extremo e Interno, os valores mínimo e máximo não variam, sendo que a média é de 7.91% (D P=2.67) para a primeira, 10.87% (D P=2.47) para o segundo e 11.14% (D P=2.26) para o terceiro (cf. Tabela 22).

Tabela 22 - Estatísticas descritivas do locus controlo saúde

	N	Mínimo	Máximo	Média	D. P.
Locus controlo Acaso	946	3,00	15,00	7,91	2,67
Locus controlo Externo	946	3,00	15,00	10,87	2,47
Locus control Interno	946	3,00	15,00	11,14	2,26
Locus controlo total	946	9,00	45,00	29,92	5,20

Mediante a análise dos resultados apresentados na tabela 23 verificamos que há uma relação estatisticamente significativa entre a idade e o Locus Control, $\chi^2 (2) = 36.632, p = .001$. Há uma proporção mais elevada de jovens adultos com baixo ou médio locus de controlo e de adultos com alto Locus control.

Tabela 23 - Idade e Locus Control

Locus de controlo		Idade		Total
		jovens adultas	Adultas	
Baixo	Freq.	169	130	299
	% locus control	56.5%	43.5%	100.0%
	% Idade	36.0%	27.3%	31.6%
	% do total	17.9%	13.7%	31.6%
	Resíduos ajustados	2.9	-2.9	
Medio	Freq.	209	170	379
	% locus controlo	55.1%	44.9%	100.0%
	% Idade	44.6%	35.6%	40.1%
	% do total	22.1%	18.0%	40.1%
	Resíduos ajustados	2.8	-2.8	
Alto	Freq.	91	177	268
	% locus controlo	34.0%	66.0%	100.0%
	% Idade	19.4%	37.1%	28.3%
	% do total	9.6%	18.7%	28.3%
	Resíduos ajustados	-6.0	6.0	
Total	Freq.	469	477	946
	% locus controlo	49.6%	50.4%	100.0%
	% Idade	100.0%	100.0%	100.0%
	% do total	49.6%	50.4%	100.0%

Encontrámos as seguintes diferenças estatisticamente significativas ao analisar os resultados da tabela 24, as participantes com baixo locus Control obtêm valores significativamente mais baixos nas crenças relacionadas com os benefícios (2.46 vs 2.83 e 3.01), $p \leq .001$ e os com locus intermédio apresentam valores mais baixos do que os com alto nas crenças relacionadas com os benefícios (2.83 vs 3.01), $p \leq .001$.

Os sujeitos com alto locus control obtêm valores significativamente mais elevados nas crenças relacionadas com a vulnerabilidade (2.39 vs 2.25 e 2.17), $p \leq .001$ e $p = .035$. A diferença nas crenças relacionadas com a vulnerabilidade entre os sujeitos com locus baixo e locus intermédio não é estatisticamente significativa ($p = .317$).

Tabela 24 - Locus Control e Crenças em Saúde

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	P
Benefícios	Between Groups	45.623	2	22.812	75.595	.000***
	Within Groups	284.564	943	.302		

	Total	330.187	945			
Vulnerabilidade	Between Groups	8.102	2	4.051	8.121	.000***
	Within Groups	470.432	943	.499		
	Total	478.534	945			
Gravidade	Between Groups	38.694	2	19.347	32.239	.000***
	Within Groups	565.910	943	.600		
	Total	604.604	945			
Obstáculos	Between Groups	10.362	2	5.181	16.611	.000***
	Within Groups	294.108	943	.312		
	Total	304.470	945			

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Os sujeitos com alto locus control obtêm valores significativamente mais elevados nas crenças relacionadas com a gravidade (3.18 vs 2.71 e 2.76), $p \leq .001$. A diferença nas crenças relacionadas com a gravidade entre os sujeitos com locus baixo e locus intermédio não é estatisticamente significativa ($p = .751$).

Os sujeitos com locus control intermédio obtêm valores significativamente mais elevados nas crenças relacionadas com os obstáculos (1.54 vs 1.77 e 1.73), $p \leq .001$. A diferença nas crenças relacionadas com os obstáculos entre os sujeitos com locus baixo e locus alto não é estatisticamente significativa ($p = .773$) (cf. Tabela 24).

Valor da saúde

Ao estudarmos o valor conferido pela pessoa à sua saúde pode dizer-se que a dispersão em torno da média demonstrou-se moderada, visto que o coeficiente de variação é inferior a 30% (cf. Tabela 25).

Tabela 25 - Estatística descritiva do valor saúde

	N	Mínimo	Máximo	Média	D. P.
Valor saúde	946	4,00	20,00	10,71	2,22

Como podemos observar na tabela 26 há uma relação marginalmente significativa entre a idade e o valor de saúde, $\chi^2(2) = 5.468$, $p = .065$. Há uma proporção mais elevada de jovens adultas com baixo valor de saúde.

Tabela 26 - Idade e Valor Saúde

Valor saúde	Idade	Total
-------------	-------	-------

		juvens adultas	Adultas	
Baixo	Freq.	135	108	243
	% valor saúde	55.6%	44.4%	100.0%
	% idade	28.8%	22.6%	25.7%
	% do total	14.3%	11.4%	25.7%
	Residuos ajustados	2.2	-2.2	
Medio	Freq.	185	192	377
	% valor saúde	49.1%	50.9%	100.0%
	% idade	39.4%	40.3%	39.9%
	% do total	19.6%	20.3%	39.9%
	Residuos ajustados	-.3	.3	
Alto	Freq.	149	177	326
	% valor saúde	45.7%	54.3%	100.0%
	% idade	31.8%	37.1%	34.5%
	% do total	15.8%	18.7%	34.5%
	Residuos ajustados	-1.7	1.7	
Total	Freq.	469	477	946
	% valor saúde	49.6%	50.4%	100.0%
	% idade	100.0%	100.0%	100.0%
	% do total	49.6%	50.4%	100.0%

Mediante a análise da tabela 27 observamos que, os sujeitos com baixo valor de Saúde obtêm valores significativamente mais baixos nas crenças relacionadas com a vulnerabilidade (1.90 vs 2.10 e 2.70), $p \leq .001$, e os com intermédio valor de saúde apresentam valores mais baixos do que os com alto valor de saúde nas crenças relacionadas com a vulnerabilidade (2.10 vs 2.70), $p \leq .001$.

Tabela 27 - Valor Saúde e Crenças em Saúde

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	p.
Benefícios	Between Groups	4.508	2	2.254	6.527	.002**
	Within Groups	325.679	943	.345		
	Total	330.187	945			
Vulnerabilidade	Between Groups	105.151	2	52.575	132.782	.000***
	Within Groups	373.383	943	.396		
	Total	478.534	945			
Gravidade	Between Groups	68.729	2	34.364	60.472	.000***
	Within Groups	535.876	943	.568		

	Total	604.604	945			
Obstáculos	Between Groups	37.717	2	18.859	66.668	.000**
	Within Groups	266.752	943	.283		*
	Total	304.470	945			

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

As participantes com alto valor de saúde obtêm valores significativamente mais elevados nas crenças relacionadas com a gravidade (3.24 vs 2.69 e 2.69), $p = .001$. A diferença nas crenças relacionadas com a gravidade entre os sujeitos com baixo e intermédio valor de saúde não é estatisticamente significativa ($p = .786$)

Os sujeitos com baixo valor de saúde obtêm valores significativamente mais baixos nas crenças relacionadas com os obstáculos (1.45 vs 1.57 e 1.93), $p \leq .020$ e $p = .001$, e os com intermédio valor de saúde apresentam valores mais baixos do que os com alto valor de saúde nas crenças relacionadas com os obstáculos (1.57 vs 1.93), $p \leq .001$ (c.f. Tabela 27).

Estado de saúde

Ao estudarmos a perceção da saúde demonstrada pelas participantes, verificamos que na componente física os valores oscilam entre um mínimo de 0% e um máximo de 91.67%, com uma média de 65.35% (D P=15.55%).

Previamente no que diz respeito à componente mental verificamos um score mínimo de 0% e um máximo de 100%, com valor médio de 66.26% e um desvio padrão de 22.06% (cf. Tabela 28).

Tabela 28 - Estatística descritiva relativas ao estado saúde

	N	Mínimo	Máximo	Média	D. P.
Componente física	946	,00	91,67	65,35	17,55
Componente mental	946	,00	100,00	66,26	22,06

Satisfação com o suporte social

Da observação da tabela 29 as respostas dadas pelas participantes perante a escala de satisfação com o suporte social verificam que os valores oscilam entre mínimo de 16% e um máximo de 75%, com uma média de 43.89% (D P=12.05).

Nas subescalas satisfação familiar e actividades sociais os valores mínimos e máximos encontrados foram, respetivamente 3% e 15% diferenciando-se os valores da média e respetivos desvios padrões.

Verificamos na subescala satisfação com os amigos um mínimo de 5% e um máximo de 25%, com uma média de 14.50% (D P=5.10).

Para a subescala intimidade encontramos valores mínimos de 20% e máximo de 12.21%, com um D P=3.57%.

Tabela 29 - Estatísticas descritivas relativas à satisfação com o suporte social

	N	Mínimo	Máximo	Média	D. P.
Satisfação com os Amigos	946	5,00	25,00	14,50	5,10
Intimidade	946	4,00	20,00	12,21	3,57
Satisfação com a Família	946	3,00	15,00	8,10	3,48
Actividades Sociais	946	3,00	15,00	9,08	2,64
Satisfação global	946	16,00	75,00	43,89	12,05

Como espelhado pela tabela 30 a maioria das participantes perceciona alto nível de suporte social (66.1%). Apenas (1.4%) perceciona baixo suporte social.

Tabela 30 - Suporte Social

	N	%
Baixo Suporte Social	5	1,4
Médio Suporte Social	112	32,5
Alto Suporte Social	228	66,1
Total	345	100,1

2.2- Análise inferencial

Relação entre variáveis sociodemográficas e crenças em saúde sobre o CCU

A primeira questão de investigação procura saber: “Qual a influência das variáveis sociodemográficas no contexto das crenças em saúde sobre o CCU?”

Procuramos averiguar qual a influência da **idade** sobre as crenças. Após realizado o teste de comparação múltipla indica-nos que as adultas apresentam valores significativamente mais elevados na dimensão benefícios do que as jovens adultas (cf. Tabela 31)

Tabela 31 - Análise de variância entre grupos etários e as crenças em saúde

Crenças	Jovens Adultas		Adultas		F	P
	M	DP	M	DP		
Vulnerabilidade	12,17	3,84	12,16	4,26	,026	,979
Gravidade	13,41	3,75	13,57	4,54	-,571	,568
Benefícios	10,91	2,30	11,55	2,25	-4,333	,001
Obstáculos	11,17	3,70	11,38	4,05	-,828	,408
Total crenças	47,66	8,82	48,65	10,35	-1,596	,111

Para analisar a existência de relação entre as crenças do CCU e a **zona de residência** procedemos à execução de um teste t. Pelos índices médios apuramos que as crenças relativas ao CCU, em todos os fatores da escala e valor global, são maiores nas mulheres residentes da zona rural, com exclusão nos benefícios, mais evidentes nas mulheres residentes em zona urbana. No entanto para nenhuma das sub-escalas foi encontrada significância estatística (cf. Tabela 32).

Tabela 32- Test. t. Student entre zona de residência e crenças em saúde

Crenças	Urbana		Rural		t	P
	M	DP	M	DP		
Vulnerabilidade	11.99	3.95	12.42	4.19	-1.600	.110
Gravidade	13.38	4.05	13.65	4.33	-.964	.335
Benefícios	11.28	2.33	11.16	2.23	.731	.465
Obstáculos	11.18	3.94	11.41	3.79	-.872	.383
Total crenças	47.83	9.43	48.64	9.91	-1.268	.205

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Relação entre os contextos ginecológicos e sexuais e as crenças em saúde sobre o CCU

A segunda pergunta de investigação refere-se a:

“Que variáveis de contexto ginecológico e sexual têm influência nas crenças em saúde sobre o CCU?”

Tentamos saber se os **problemas do foro ginecológico** influenciam as crenças CCU, tendo-se realizado o teste de UMW. Pelos valores apresentados verificamos que as mulheres com problemas do foro ginecológico apresentam mais crenças em saúde na dimensão vulnerabilidade e no total das crenças (cf. Tabela 33).

Tabela 33 - Relação entre problemas do foro ginecológicos e crenças em saúde sobre o CCU

Problemas do foro ginecológico	Sim	Não	MU	P
	OM	OM		
Crenças				
Vulnerabilidade	654.13	462.99	13851.000	.000
Gravidade	530.57	470.18	20276.500	.120
Benefícios	426.85	476.21	20818.000	.195
Obstáculos	473.93	473.47	23221.500	.991
Valor global	576.71	467.50	17877.000	.005

Realizamos o teste de comparação múltipla para analisarmos a relação entre a frequência com que as mulheres vão à **consulta de ginecologia** e as suas crenças relativamente CCU. Observou-se que as diferenças significativas se encontram entre as mulheres que nunca vão à consulta de planeamento familiar e as que vão ocasionalmente ou periodicamente, sendo que as primeiras obtêm valores mais baixos, vulnerabilidade, $F(2, 943) = 4.624$, $p = .010$.

Gravidade, $F(2, 943) = 7.005$, $p = .001$, o teste de comparação múltipla indica-nos que as diferenças significativas se encontram entre as mulheres que nunca vão à consulta de planeamento familiar e as que vão periodicamente, sendo que as primeiras obtêm valores mais baixos.

Obstáculos, $F(2, 943) = 22.022$, $p = .001$, o teste de comparação múltipla indica-nos que as diferenças significativas são todas estatisticamente significativas, sendo as mulheres que vão periodicamente obtêm valores mais baixos (cf. Tabela 34).

Tabela 34– Relação entre frequência na consulta de ginecologia e as crenças sobre o CCU

Frequência de consulta ginecologia	Nunca		Ocasionalmente		Periodicamente		F	P
	M	DP	M	DP	M	DP		
Crenças								
Vulnerabilidade	11,52	3,91	12,38	4,18	12,45	3,96	4.624	.010
Gravidade	12,83	3,67	13,45	4,30	14,15	4,32	7.005	.001
Benefícios	11,24	2,21	11,26	2,38	11,19	2,26	.070	.933
Obstáculos	12,32	3,59	11,37	4,00	10,19	3,71	22.022	.000

Total crenças	47,92	8,94	48,45	10,13	47,98	9,57	.315	.730
----------------------	-------	------	-------	-------	-------	------	------	------

Para verificar a relação entre o início da actividade sexual das mulheres e as crenças em saúde sobre o CCU, fizemos um teste de UMW. Observamos que os valores são significativamente mais elevados nas mulheres que já tinham iniciado a sua actividade sexual para a subescala obstáculos, MU = 3508.500, $p = .024$ (cf. Tabela 35).

Tabela 35 - Relação entre o início atividade sexual e as crenças em saúde sobre o CCU

Iniciou da atividade sexual	Sim	Não	MU	P
	OM	OM		
Crenças				
Vulnerabilidade	471.32	492.76	38951.000	.463
Gravidade	473.66	472.08	40663.500	.957
Beneficios	478.04	433.28	36938.500	.120
Obstaculos	466.77	533.07	35081.500	.024
Total crenças	471.82	488.38	39371.500	.573

Ao comparar a utilização de métodos contraceptivos e as crenças em saúde relativas ao CCU verificamos que as ordenações médias são mais elevadas nas mulheres que usam métodos contraceptivos, em todas as dimensões e escala global, com exceção dos benefícios que apresente valores mais elevados as mulheres que não usam métodos contraceptivos (cf. Tabela 36). Foi observada significância estatística para as dimensões vulnerabilidade, gravidade, benefícios e globalidade das crenças.

Tabela 36 - Relação entre utilização de métodos contraceptivos e as crenças em saúde relativas ao CCU

Métodos contraceptivos	Sim	Não	MU	P
	OM	OM		
Crenças				
Vulnerabilidade	446.36	378.69	29698.000	.016
Gravidade	448.69	358.00	27857.000	.001
Beneficios	425.19	566.34	23822.000	.000
Obstaculos	444.05	399.19	31523.000	.112
Total crenças	445.45	386.72	30413.500	.038

Através da análise da tabela 37 observamos a relação entre as participantes que têm familiares com CCU e as crenças em saúde relativas ao CCU. Os resultados evidenciam que as

participantes que tiveram um familiar com CCU têm crenças mais elevadas acerca do CCU em todas as dimensões das subescalas e na escala global. No entanto, apenas foi observada significância estatística nas dimensões vulnerabilidade e total das crenças.

Tabela 37 - Relação entre a existência de familiares com CCU e as crenças em saúde sobre CCU

Familiar com CCU	Sim	Não	MU	P
	OM	OM		
Crenças				
Vulnerabilidade	654.13	462.99	13851.000	.000
Gravidade	530.57	470.18	20276.500	.120
Benefícios	426.85	476.21	20818.000	.195
Obstáculos	473.93	473.47	23221.500	.991
Total crenças	576.71	467.50	17877.000	.005

Relação entre variáveis independentes (contexto sociopsicológico e de saúde) e a dimensão vulnerabilidade das crenças em saúde do CCU

A terceira pergunta de investigação refere-se a:

“Qual a relação entre as variáveis de contexto sociopsicológico e de saúde e as crenças em saúde sobre o CCU?”

Na tabela 38 podemos apreciar os coeficientes de correlação de Pearson entre a Vulnerabilidade e as restantes variáveis. Encontramos relevância estatística na associação entre as escalas LocusControlSaúde, Locus controlo Acaso ($p=0.001$), Locus controlo Interno ($p=0.003$), as dimensões da Satisfação com o Suporte Social, Intimidade ($p=0,021$), Satisfação com a família ($p=0.027$) e Atividades Sociais ($p=0.002$) e o Estado de Saúde SF-8 Componente física ($p=0.001$) e Componente Mental ($p=0.001$).

Tabela 38 - Correlações de Pearson entre variáveis independentes e a vulnerabilidade

Variáveis	R	P
Idade	.044	.089
LocuscontrolAcaso	.186	.001
LocuscontrolExterno	-.038	.125
Locus controlInterno	-.091	.003
Satisfação Amigos	.020	.269
Intimidade	-.066	.021
Satisfação Família	.063	.027
ActividadesSociais	-.094	.002
Componente física	-.247	.001

Componente mental	-.243	.001
-------------------	-------	------

As variáveis predictoras da Vulnerabilidade são a idade, locus control acaso, locus control externo, locus control interno, satisfação com os amigos, intimidade, satisfação com a família, actividades sociais, componente física e componente mental que explicam na sua totalidade 11.3% da variabilidade, sendo a variância explicada ajustada de 10.8%. O erro padrão de regressão é 3.82, os valores de t ($t=16.076$; $p=0.000$) e o teste F ($f=4.492$; $p=0.034$), apresentam significância estatística, o que leva a inferir que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo sobre a vulnerabilidade.

O modelo final ajustado para a vulnerabilidade é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Vulnerabilidade} = 14.550 - .036 \text{ componente física} + .270 \text{ locus control acaso} - .023 \text{ componente mental} + .085 \text{ satisfação com a família} - .119 \text{ locus control interno.}$$

Pelos coeficientes padronizados beta, verifica-se que a componente física, a componente mental e o locus control interno estabelecem uma relação inversa com a vulnerabilidade enquanto o locus control acaso e a satisfação com a família têm uma relação direta.

Assim, quanto mais elevado é o locus control acaso e a satisfação com o suporte da família e quanto mais baixos são a componente física, componente mental e locus control interno mais elevada é a vulnerabilidade.

Tabela 39 - Análise variância entre a componente física, acaso, componente mental, satisfação com a família, locus control interno e vulnerabilidade

Variável dependente: Vulnerabilidade				
R	.336			
R ²	.113			
R ² ajustado	.108			
Erro padrão de estimativa	3.829			
Incremento de R ²	.052			
F =	4.492			
P =	.034			
Pesos de regressão				
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente Beta	T	P
Constante	14.550		16.076	.000
Componente física	-.036	-.155	-3.975	.000
Locus Control Acaso	.270	.178	5.718	.000

Componente mental	-.023	-.127	-3.288	.001	
Satisfaçãocomafamília	.085	.073	2.289	.022	
Locus ControlInterno	-.119	-.066	-2.119	.034	
Análise de Variância					
	Efeito	Soma dos quadrados	Média dos quadrados	F	P
Regressão	1750.582	5	350.116	23.876	.001
Residual	13784.348	940	14.664		
Total	15534.930	945			

Relação entre variáveis independentes (contexto sociopsicológico e de saúde) e a dimensão gravidade das crenças em saúde do CCU

Na tabela 40 podemos apreciar correlação entre a dimensão gravidade e as restantes variáveis. Encontramos relevância estatística na associação com idade ($p=0.004$), locus controlo acaso ($p=0.001$), locuscontrol externo ($p=0.001$), intimidade ($p=0.005$), actividades sociais ($p=0.001$), componente física ($p=0.001$) e componente mental ($p=0.001$).

Tabela 40 - Correlações de Pearson entre variáveis independentes e a dimensão gravidade

Variáveis	R	P
Idade	.086	.004
Locus Control Acaso	.236	.000
Locus Control Externo	.098	.001
Locus Control Interno	.024	.229
Satisfação com os Amigos	.035	.138
Intimidade	-.084	.005
Satisfação com a família	.024	.227
Active sociais	-.129	.000
Componente física	-.307	.000
Componente mental	-.326	.000

As variáveis predictoras da Gravidade são a componente mental, locus controlacaso, componente física, locus control externo e satisfação com os amigos que explicam na sua totalidade 18.2% da variabilidade, sendo a variância explicada ajustada de 17.7%. O erro padrão de regressão é 3.78, os valores de t ($t=14.748$; $p=0.000$) e o teste F ($f=41.692$; $p=0.001$), apresentam significância estatística, o que leva a inferir que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo sobre a gravidade.

O modelo final ajustado para a gravidade é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Gravidade} = 13.738 - .039 \text{ componente mental} + .319 \text{ Acaso} - .042 \text{ componente física} + .162 \text{ locuscontrol externo} + .056 \text{ satisfação com os amigos}$$

Pelos coeficientes padronizados beta, verifica-se que a componente física e a componente mental estabelecem uma relação inversa com a gravidade enquanto o locus control acaso, o locus control externo e a satisfação com os amigos têm uma relação direta.

Assim, quanto mais elevado é locus control acaso, locus control externo e a satisfação com o suporte social dos amigos e quanto mais baixos são a componente física e a componente mental mais elevada é a gravidade.

Tabela 41 - Análise de variância entre a componente mental, locus control acaso, componente física, locus control externo e satisfação com os amigos e gravidade

Variável dependente: Gravidade					
R	426				
R ²	.182				
R ² ajustado	.177				
Erro padrão de estimativa	3.780				
Incremento de R ²	.071				
F =	4.760				
P =	.029				
Pesos de regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente Beta	T	P	
Constante	13.738		14.748	.000	
Componente mental	-.039	-.205	-5.477	.000	
LocusControlAcaso	.319	.204	6.812	.000	
Componentefísica	-.042	-.179	-4.785	.000	
Locus ControlExterno	.162	.096	3.179	.002	
Satisfação com amigos	.056	.068	2.182	.029	
Análise de Variância					
	Efeito	Soma dos quadrados	Média dos quadrados	F	P
Regressão	2978.350	5	595.670	41.692	.001
Residual	13430.044	940	14.287		
Total	16408.394	945			

Relação entre variáveis independentes (contexto sociopsicológico e de saúde) ea dimensão benefícios das crenças em saúde do CCU

Na tabela 42 podemos apreciar os coeficientes de correlação de Pearson entre a dimensão benefícios e as restantes variáveis. Encontramos relevância estatística na associação com idade ($p=0.001$), locus control externo ($p=0.001$), locus control interno ($p=0.001$), satisfação com amigos ($p=0.001$), satisfação a família ($p=0.001$), componente física ($p=0.010$) e componente mental ($p=0.001$).

Tabela 42 - Correlações de Pearson entre variáveis independentes e a dimensão benefícios

Variáveis	R	P
Idade	.131	.000
Locus Control Acaso	.044	.088
Locus Control Externo	.449	.000
Locus Control Interno	.412	.000
Satisfaçãoamigos	-.125	.000
Intimidade	-.026	.210
Satisfaçãofamilia	-.138	.000
Actividadessociais	-.007	.416
Componentefisica	.076	.010
Componentemental	.127	.000

As variáveis predictoras dos benefícios são locuscontrolexterno, locus control interno, componente mental e idade que explicam na sua totalidade 25.7% da variabilidade, sendo a variância explicada ajustada de 25.4%. O erro padrão de regressão é 1.98, os valores de t ($t=10.653$; $p=0.000$) e o teste F ($f=81.420$; $p=0.001$), apresentam significância estatística, o que leva a inferir que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo sobre os benefícios.

O modelo final ajustado para os benefícios é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Benefícios} = 4.367 + .286 \text{ locuscontrol externo} + .236 \text{ locus control interno} + .010 \text{ componente mental} + .014 \text{ idade}$$

Pelos coeficientes padronizados beta, verifica-se que o locus control externo, locus control interno, componente mental e idade estabelecem uma relação directa com os benefícios.

Assim, quanto mais elevados são o locus control externo, locus control interno, a componente mental e a idade mais elevados são os Benefícios.

Tabela 43 -Análise de variância entre o locuscontrolinterno, locus control externo, componente mental, idade e benefícios

Variável dependente: Benefícios	
R	.507
R ²	.257
R ² ajustado	.254

Erro padrão de estimativa	1.983
Incremento de R ²	.056
F =	8.397
P =	.004

Pesos de regressão				
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente Beta	T	P
Constante	4.367		10.653	.000
Locus control Externo	.286	.308	9.109	.000
Locus control Interno	.236	.232	6.917	.000
Componente mental	.010	.099	3.493	.000
Idade	.014	.083	2.898	.004

Análise de Variância					
	Efeito	Soma Quadrados	Média Quadrados	F	P
Regressão	1281.015	4	320.254	81.420	.000
Residual	3701.286	941	3.933		
Total	4982.301	945			

Relação entre variáveis independentes (contexto sociopsicológico e de saúde) e a dimensão obstáculos das crenças em saúde do CCU

Na tabela 44 podemos apreciar os coeficientes de correlação de Pearson entre a dimensão obstáculos e as restantes variáveis. Encontramos relevância estatística na associação com locus control acaso ($p=0.001$), locus control externo ($p=0.001$), locus control interno ($p=0.001$), intimidade ($p=0.001$), satisfação com a família ($p=0.049$), actividades sociais ($p=0.014$), componente física ($p=0.001$) e componente mental ($p=0.016$).

Tabela 44 - Correlações de Pearson entre variáveis independentes e a dimensão obstáculos das crenças em saúde do CCU

Variáveis	R	P
Idade	.046	.080
Locus control Acaso	.339	.000
Locus control Externo	-.213	.000
Locus control Interno	-.164	.000
Satisfação com os Amigos	-.032	.164
Intimidade	-.068	.018

Satisfação com a Família	.054	.049
Actividades Sociais	-.071	.014
Componente Física	-.190	.000
ComponenteMental	-.070	.016

As variáveis predictoras da dimensão obstáculos são locuscontrolacaso, locus control externo, componente mental, componente física, satisfação com amigos e satisfação com família que explicam na sua totalidade 22.2% da variabilidade, sendo a variância explicada ajustada de 21.7%. O erro padrão de regressão é 3.43, os valores de t ($t=15.754$; $p=0.000$) e o teste F ($f=44.695$; $p=0.001$), apresentam significância estatística, o que leva a inferir que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo sobre os obstáculos.

O modelo final ajustado para os obstáculos é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Obstáculos} = 13.391 + .519 \text{ locus control acaso} - .380 \text{ locus control externo} - .044 \text{ componente física} + .013 \text{ componente mental} + .237 \text{ satisfação com a família} - .140 \text{ satisfação com amigos}$$

Pelos coeficientes padronizados beta, verifica-se que o locuscontrol acaso, locus control interno, componente mental, satisfação com família e idade estabelecem uma relação directa com os obstáculos enquanto o locus control externo, a componente física e a satisfação com os amigos o fazem de forma inversa.

Assim, quanto mais elevados são o locus controlacaso, a componente mental, a satisfação com a família e mais baixos são o locus control externo, a componente física e a satisfação com os amigos mais elevados são os obstáculos.

Tabela 45 - Análise de variância entre o locuscontrol acaso, locus control externo, componente física e mental, satisfação com a família, satisfação com amigos e obstáculos

Variável dependente: Obstáculos	
R	.471
R ²	.222
R ² ajustado	.217
Erro padrão de estimativa	3.43540
Incremento de R ²	.108
F =	13.192

Pesos de regressão				
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente Beta	T	P
Constante	13.391		15.754	.000
Locus controlAcaso	.519	.357	12.217	.000
Locus controlExterno	-.380	-.242	-8.130	.000
Componentefísica	-.044	-.197	-5.395	.000
Componente mental	.013	.074	2.041	.042
Satisfação com a Família	.237	.212	4.189	.000
Satisfação com os Amigos	-.140	-.184	-3.632	.000

Análise de Variância					
	Efeito	Soma dos quadrados	Média dos quadrados	F	P
Regressão	3164.950	6	527.492	44.695	.000
Residual	11082.040	939	11.802		
Total	14246.990	945			

Relação entre variáveis independentes (contexto sociopsicológico e de saúde) e as crenças em saúde globais do CCU

Na tabela 46 podemos apreciar os coeficientes de correlação de Pearson entre o total das crenças em saúde relativas ao CCU e as restantes variáveis. Encontramos relevância estatística na associação com idade (p=0.001), locus control acaso (p=0.001), intimidade (p=0.001), actividades sociais (p=0,001), componente física (p=0.001) e componente mental (p=0.001).

Tabela 46 - Correlações de Pearson entre variáveis independentes e as crenças em saúde globais do CCU

Variáveis	R	P
Idade	.105	.001
Locus control Acaso	.327	.000
Locus control Externo	.047	.073
Locus control Interno	.005	.444
Satisfação com os Amigos	-.019	.282
Intimidade	-.098	.001
Satisfação com a Família	.026	.215
ActividadesSociais	-.126	.000
Componente Física	-.295	.000

ComponenteMental	-.241	.000
------------------	-------	------

As variáveis preditoras do total de crenças são o locuscontrolacaso, componente física, componente mental e satisfação com família que explicam na sua totalidade 19% da variabilidade, sendo a variância explicada ajustada de 18.6%. O erro padrão de regressão é 8.68, os valores de t ($t=29.541$; $p=0.000$) e o teste F ($f=55.077$; $p=0.001$), apresentam significância estatística, o que leva a inferir que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo sobre os obstáculos.

O modelo final ajustado para o total de crenças é dado pela seguinte fórmula:

Total de crenças = 43.348 + 1.116 locus control acaso - .123 componente física - .037 componente mental + .185 satisfação com a família.

Pelos coeficientes padronizados beta, verifica-se que o locuscontrolacaso e a satisfação com a família estabelecem uma relação directa com o total de crenças enquanto a componente física e a componente mental o fazem de forma inversa.

Assim, quanto mais elevados são o locus control acaso, a satisfação com a família e mais baixos são a componente mental e a componente física mais elevado é o Total das Crenças.

Tabela 47 -Análise de variância entre locus contol acaso, componente física e mental e satisfação com a família com o total de crenças

Variável dependente: Crenças				
R	.436			
R ²	.190			
R ² ajustado	.186			
Erro padrão de estimativa	8.689			
Incremento de R ²	.083			
F =	4.862			
P =	.028			
Pesos de regressão				
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente Beta	T	P
Constante	48.348		29.541	.000
Locus ControlAcaso	1.116	.309	10.452	.000

Componentefísica	-.123	-.224	-6.075	.000
Componente mental	-.037	-.085	-2.303	.021
Satisfação com a Família	.185	.067	2.205	.028

Análise de Variância					
	Efeito	Soma	Média	F	P
		Quadrados	Quadrados		
Regressão	16634.474	4	4158.619	55.077	.000
Residual	71050.423	941	75.505		
Total	87684.897	945			

Em síntese, utilizamos análise descritiva para investigar a caracterização sociodemográfica segundo a idade e residência, a caracterização ginecológica e sexual, nomeadamente frequência da consulta de ginecologia, planeamento familiar e rastreios, início e duração da atividade sexual, a utilização de métodos contraceptivos e problemas do foro ginecológico. Analisamos as estatísticas das respetivas escalas que compõem o nosso instrumento de recolha de dados, escala de crenças em saúde (Patrão, I, 2000), locus control saúde, escala valor saúde, questionário do estado de saúde SF- 8 (PaisRibeiro, 2005) e escala de satisfação com o suporte social (Pais Ribeiro, 1999).

Na análise inferencial, demos respostas as nossas questões de investigação com análise da relação entre variáveis.

3 - Discussão dos resultados

A discussão dos resultados é uma fase pertinente dum estudo científico permitindo-nos refletir sobre a investigação realizada, enfatizar os dados mais significativos e confrontá-los com a literatura científica.

Neste capítulo vamos comentar os resultados, de forma resumida e simples, realçando o que acharmos de mais significativo, sempre que possível, comparando-os com as questões por nós enunciadas e com os resultados de outros estudos.

3.1 - Discussão metodológica

Os cuidados metodológicos, no decurso do nosso trabalho, mereceram da nossa parte uma atenção especial, nesta medida, uma das preocupações fundamentais desde o seu início foi o de controlar as variáveis “concorrentes ou parasitas” que poderão causar “vieses” nos resultados encontrados.

Uma limitação deste nosso estudo, prende-se com o facto de ele apresentar uma tipologia com características transversal e descritivo / analítico, carecendo por esse motivo de controlo experimental das variáveis independentes (Maroco, 2014).

Para o nosso estudo, recorreremos a uma amostra não probabilística por conveniência constituída por 946 mulheres com idades compreendidas entre os 18 e os 58 anos, amostra recolhida na região centro de Portugal.

Na seleção do instrumento de colheita de dados, tivemos em consideração os objectivos do estudo e características da população. Decidimos utilizar como instrumento de colheita de dados o questionário já que é considerado por autores como sendo um óptimo meio para colher informação e mensuração das variáveis em estudo.

Utilizámos o questionário e solicitámos a autorização aos respectivos Conselhos de Administração das instituições onde foram colhidos os dados, através de ofício juntamente com um exemplar dos questionários que pretendíamos aplicar, garantindo todos os procedimentos éticos.

Os questionários foram entregues pessoalmente nos diferentes serviços, com indicação para após o preenchimento serem devolvidos sem qualquer identificação, e posteriormente procedeu-se à sua recolha. Recolhidos os dados efetuámos o tratamento estatístico que nos pareceu mais adequado ao estudo em questão.

Somos da opinião que as opções metodológicas foram adequadas ao tipo de estudo.

3.2 - Discussão dos resultados

Na mostra, da **idade**, a média de idade é de 32 anos ($\pm 13,40$ anos). Averiguamos que as participantes adultas, têm maior crença, na dimensão benefícios, relativamente ao CCU. Nas crenças, a dimensão obstáculos indica-nos que as diferenças significativas se encontram as adultas, onde obtêm valores mais elevados

Resultados análogos foram encontrados por (Asilar, Kose & Yildirim, 2015) tendo os autores constatado que as mulheres que obtiveram informações sobre o cancro do colo do útero e o rastreio do CCU apresentavam maiores benefícios para a realização do mesmo e mais motivação para a saúde. Os autores verificaram ainda que a média de idade das mulheres foi de 36.05 ± 10.73 anos, das quais 33.7% obtiveram informações sobre o cancro do colo de útero e rastreio, 44.1% ouviram falar do exame, e 39.7% sabiam que o exame era realizado para o diagnóstico precoce CCU.

Relativamente à **zona de residência**, a maioria reside em aldeias (39.9%) apuramos que as crenças relativas ao CCU em todos os fatores da escala e valor global são maiores nas mulheres residentes da zona rural, com exclusão na dimensão benefícios mais evidentes nas mulheres da zona urbana. Resultados idênticos foram encontrados por Ferreira em 2012, no seu estudo, no que se refere à residência a autora aponta que são nas mulheres que residem em zona urbana aquelas que têm melhores conhecimentos acerca do CCU (55.5%), embora também seja neste grupo que encontram os valores percentuais mais elevados relativos aos conhecimentos razoáveis e fracos com uma percentagem de 54.7% e 54.5% respetivamente.” “Um estudo realizado na Tanzânia para determinar a cobertura de rastreio do cancro do colo do útero e os conhecimentos, atitudes e barreiras aos testes de rastreio entre mulheres nas zonas rurais e urbanas demonstraram que a maioria das mulheres (82%) relatou ter ouvido falar de cancro do colo do útero. Nas áreas urbanas, os fatores associados ao rastreio foram idade avançada, ter seguro de saúde, e ter conhecimento sobre o cancro do colo do útero. Em

contraste, entre as mulheres residentes em áreas rurais, apenas o uso de preservativo, foi associado ao rastreamento. Mulheres de áreas rurais e urbanas tinham baixo conhecimento relacionado à vacina HPV; no entanto, a maioria indicou que aceitaria se estivesse prontamente disponível (93%)” (Cunningham, et al 2016).

Relativamente aos **problemas do foro ginecológico**, cerca de 15% indica que já teve problemas ginecológicos, sendo mais referidas as infecções (66.4%) e os poliquistos (8%). Os valores encontrados são significativamente mais elevados nas mulheres que já tiveram problemas do foro ginecológico, apresentando crenças do CCU mais elevadas nas dimensões, vulnerabilidade e nas crenças totais.

Lambert, Chandler, MCMillan, Kromrey, Mallard&Kurtyka, (2015) realizaram um estudo onde verificaram que as mulheres tinham baixos níveis de conhecimento em relação ao risco de cancro do colo do útero e HPV. Mulheres com maior percepção de auto eficácia e menores escores de barreira percebida alegaram melhor adesão à citologia.

No que se refere à regularidade com que **frequentam a consulta de ginecologia e rastreios** mais de metade da amostra (61.1%) informa que tem por hábito realizar rastreios em saúde. Quanto a frequentar a consulta de ginecologia, 25.7% das inquiridas frequenta ocasionalmente e 21% uma vez por ano. Um terço das mulheres indica que nunca frequenta a consulta de Planeamento Familiar e 24% indica que o faz ocasionalmente. A realização da citologia foi recomendada por médico/enfermeiro de família em 51.1% dos casos. Uma proporção elevada (75.2%) entende que é indiferente se a citologia é realizada por um profissional do sexo feminino ou masculino. No entanto, cerca de 5% deixou de realizar a citologia pelo facto do profissional de saúde ser do sexo masculino. Podemos apreciar a distribuição da regularidade das idas ao médico como hábitos de saúde das participantes: 38% indica que o faz ocasionalmente e 33.3% só quando se sente doente. As que o fazem com regularidade, 1 ano ou de 6 em 6 meses, representam, respectivamente, 16.8% e 10.1%. Quase 40% indica que faz outro tipo de rastreios com alguma regularidade. Observou-se que as mulheres que nunca vão à consulta de planeamento familiar, obtêm valores mais baixos, na dimensão da vulnerabilidade. As mulheres que vão periodicamente, são as que têm valores mais altos relativamente as crenças do CCU na dimensão gravidade. As mulheres que vão periodicamente as consultas apresentam menores crenças do CCU na dimensão obstáculos.

Uma investigação efectuada em Porto Velho, no Brasil, evidenciou que “Quando foi avaliada a correspondência múltipla entre os parâmetros do modelo de crenças em

saúde, verificou-se que mulheres com baixa percepção de suscetibilidade, associaram-se a pontuações mais próximas do desejável com relação à gravidade, benefícios e barreiras. Isto pode levar a crer que a baixa percepção de susceptibilidade está associada ao fato de que algumas mulheres, realizam ou já realizaram ao menos uma vez na vida o exame de prevenção do CCU” (Rodrigues, et al 2014). Um estudo realizado em Elmina no sul do Gana sobre conhecimento, prática e barreiras para o rastreio do cancro do CCU, encontrou associação significativa entre barreiras institucionais e pessoais e realização do exame de Papanicolau. A educação abrangente sobre o rastreio do cancro do colo do útero e remoção de barreiras de acesso é fundamental para reduzir o risco associado à doença e promover a saúde das mulheres” (Ebu, et al 2014).

Assim sendo temos que ter em atenção que as intervenções conducentes a reduzir o aumento de incidência do Cancro em Portugal são a aposta de futuro. Tomar medidas de prevenção primária, que promovam comportamentos saudáveis (modificação de estilos de vida e programas de vacinação) como de prevenção secundária (diagnóstico precoce) são a única forma de mitigar a atual epidemia do cancro em Portugal.(DGS, 2017).

No que se refere ao **início da atividade sexual**, apenas 10% das mulheres afirma que ainda não iniciou a atividade sexual. Das que já iniciaram, 78% já o fez há mais de 2 anos e 16% há pelo menos 1 ano. Presenciamos que os valores são significativamente mais elevados nas mulheres que já tinham iniciado a sua actividade sexual para as crenças em saúde na dimensão obstáculos. Na questão relativa ao uso de métodos contraceptivos por parte das mulheres que já iniciaram a atividade sexual verifica-se que os mais utilizados eram os Hormonais (42%) e de Barreira (25%).

Resultados semelhantes foram encontrados pelo autor Santos (2017), onde constatou que à maioria dos participantes (76.9%) é sexualmente ativa, tem um conhecimento médio e uma atitude benéfica sobre saúde sexual e reprodutiva. O método contraceptivo mais utilizado pelas raparigas é a pílula (52.9%) e por rapazes o preservativo (32.1%). Os estudantes estão expostos a riscos sexuais e reprodutivos, por não usarem consistentemente o preservativo (60.5%), por terem relações sexuais com parceiros ocasionais (32.0%), dos quais desconhecem o passado sexual e o nível de risco, pela combinação de relações sexuais com álcool (33.0%) ou drogas (9.7%).

Ao compararmos a **utilização de métodos contraceptivos** com a escala de crenças em saúde, verificamos que as ordenações médias são mais elevadas nas mulheres que usam métodos contraceptivos em todas as dimensões da escala crenças em saúde, com exceção dos benefícios que apresente valores mais elevados nas mulheres que não usam métodos contraceptivos. Resultados idênticos foram encontrados num estudo realizado no Porto Velho, no Brasil, onde, “Foi demonstrada a correspondência múltipla entre os parâmetros do modelo crenças em saúde e as variáveis: renda; anos de estudo; uso de preservativo; e realização anterior de citologia preventiva. Tais resultados se complementam ao ponto que demonstram que mulheres com maior percepção de suscetibilidade, gravidade da doença e alta percepção de benefícios com a realização do exame, apresentam maior escolaridade, maior renda e maior utilização de preservativos nas relações sexuais (Rodrigues, 2014) “O método contraceptivo mais utilizado pelas raparigas é a pílula (52.9%) e por rapazes o preservativo (32.1%). Os estudantes estão expostos a riscos sexuais reprodutivos, por não usarem consistentemente o preservativo (60.5%), por terem relações sexuais com parceiros ocasionais (32.0%), dos quais desconhecem o passado sexual e o nível de risco” (Santos, 2017).

Quanto ao conhecimento das mulheres relativo ao CCU estas associam mais risco de ter CCU se houver antecedentes familiares (88.4%), se tiverem sofrido uma lesão do colo do útero (81.3%) ou se tiverem vários parceiros sexuais (75.8%). Relativamente à citologia ser um exame, uma percentagem elevada considera que a citologia é um exame que permite detetar o Cancro do Colo do Útero em fases muito precoces (89.9%) e reduz o número de mortes por Cancro do Colo do Útero (85.7%). Conforme um estudo sobre, o impacto da educação sobre CCU e o papilomavírus humano no estilo de vida saudável das mulheres e os comportamentos e crenças: usando o modelo educacional PRECEDE, “revelam que programas educacionais que visam motivar as mulheres a aumentar a sua consciencialização sobre o CCU, prevenir o CCU e fazer o exame de Papanicolaou são necessários e benéficos” (Koç, et al, 2018).

Os resultados mostram que uma percentagem de 5% indica que teve familiares com cancro do colo do útero. Verificamos que a maioria das participantes não tem ou teve familiares com CCU (94.5%). No que diz respeito à existência de familiares com outro tipo de cancro os resultados apresentados são que 44.7% tiveram familiares com outro tipo de cancro e 77% indica que os seus familiares também fazem rastreios em saúde. Verificamos que as mulheres **que têm familiares CCU** têm crenças mais elevadas em todas as dimensões das subescalas e na escala global. O Modelo Crenças de Saúde postula que a “probabilidade de um

indivíduo ter um comportamento saudável depende das suas crenças pessoais acerca da ameaça percebida da doença e do risco/benefício de praticar a ação” (Ferreira e tal, 2014).

Uma outra variável em estudo remete ao **locus control**. Este, apoia-se no facto de que os indivíduos que crêem que a doença surgiu como resultado das suas ações e que acreditam que os resultados de saúde são controláveis por si detêm um locus control interno (Barletta, 2010; Kurita & Pimenta, 2004). Já os indivíduos que tendem a fazer atribuições externas e que acreditam que a sua saúde depende da ação de outros, como os profissionais de saúde ou que os seus resultados de saúde são definidos casualmente apresentam um locus control externo (Barletta, 2010; Berglund, Lytsy, & Westerling, 2014; Carrijo & Coleta, 2007).

Verificamos que os valores locus control totais variam num mínimo de 9% e um máximo de 45%, ou seja, apresentam uma tendência elevada para o locus control de saúde. Apuramos que locus control acaso, exceto para a dimensão benefícios, é uma variável que se manifestou como preditora em todas as dimensões da escala e fator global das crenças em saúde, varia assim em sentido direto, ou seja, quanto maiores os índices no acaso, melhores as crenças sobre o CCU. Por outro lado o control externo é preditora gravidade, benefícios e obstáculos e tem uma relação direta nas dimensões gravidade e benefícios, ou seja quanto maiores os índices externos maiores as crenças em saúde do CCU. Em relação a dimensão obstáculos, tem uma relação de forma inversa, ou seja, quanto mais baixo o control externo mais elevadas são as crenças em saúde relativas ao CCU. Finalmente o control interno manifestou-se preditor da vulnerabilidade e benefícios. Estabelece uma relação directa com os benefícios e uma relação inversa na dimensão vulnerabilidade, ou seja, quanto maior control nos benefícios e menor na vulnerabilidade maiores são as crenças em saúde relativas ao CCU. Estudos comparativos revelam que o processo que envolve a prevenção do cancro CCU necessita confiar na garantia de oferta dos serviços e profissionais qualificados de forma sistematizada, permitindo assim equidade de acesso e condições de saúde. No entanto, a adoção dos comportamentos preventivos não depende somente de fatores externos, mas também de fatores subjetivos próprios às mulheres. O modelo de crenças em saúde está exposto às teorias sobre processo decisivo e as propostas afirmam que o comportamento depende de duas variáveis, o desejo de evitar a doença ou, no caso de já doente, de curar-se, e a crença que um comportamento específico relativo à saúde prevenirá ou melhorará o estado do sujeito (Rodrigues, 2014).

Ao estudarmos o **valor conferido pela pessoa a sua saúde** pode dizer-se que a dispersão em torno da média demonstrou-se moderada, visto que o coeficiente de variação é

inferior a 30%.As variáveis preditoras do total de crenças são o valor saúde. Pelos coeficientes padronizados beta, verifica-se que o valor saúde estabelece uma relação directa, ou seja, quanto mais elevado é o valor saúde física mais elevado é o total das crenças relativas ao CCU.Por isso os profissionais de saúde devem adotar práticas de rastreio e promover decisões informadas e seguras para a saúde das mulheres. As recomendações médicas para realização da citologia, bem como as características sociodemográficas, devem ser consideradas pelos profissionais de saúde na promoção da saúde sexual e reprodutiva da mulher (Ferreira et al, 2014).

Por outro lado o processo que envolve a prevenção do cancro CCU necessita confiar na garantia de oferta dos serviços e profissionais qualificados de forma sistematizada, permitindo assim equidade de acesso e condições de saúde. No entanto, a adoção dos comportamentos preventivos não depende somente de fatores externos, mas também de fatores subjetivos próprios às mulheres. (Rodrigues, 2014).

Ao estudarmos a **percepção da saúde** demonstrada pelas participantes, analisamos que na componente física temos uma média de 65.35% (D P=15.55%).Previamente no que diz respeito à componente mental verificamos um valor médio de 66.26% e um desvio padrão de 22.06%. São variáveis preditoras da componente física a vulnerabilidade, gravidade, obstáculos e total crenças.Inferimos ainda que a componente mental é uma variável que se manifestou como preditora em todas as dimensões e fator global das crenças em saúde CCU.

Verifica-se que a componente física, a componente mental do questionário do estado saúde estabelecem uma relação inversa, ou seja, quanto mais baixos são a componente física, componente mental mais elevada são as dimensões da vulnerabilidade e gravidade, maior são as crenças em saúde relativas ao CCU. Verifica-se que, a componente mental estabelece uma relação directa com os benefícios. Assim, quanto mais elevada é a componente mental e mais baixa a componente física, melhores são as crenças em saúde CCU nas dimensões benefícios e obstáculos.

Comparativamente quanto mais baixos os valores da componente física e a componente mental mais elevado é o total das crenças relativas ao CCU.Outras variáveis associadas às crenças em saúde que influenciam comportamentos relacionados com o cancro do colo do útero são as variáveis demográficas, psicossociais, conhecimento, socioculturais, raça, educação, estas afetam indiretamente a saúde preventiva (Glanze, 2008).

Relativamente à **satisfação com o suporte social**, verifica-mos que os valores médios são de 43.89% (DP=12.05). Apuramos que a dimensão satisfação com os amigos é preditora da gravidade e obstáculos. Verifica-se que na satisfação com os amigos, quanto mais elevada a gravidade e menor os obstáculos melhores são as crenças em saúde CCU. Verificamos que na dimensão satisfação familiar, são preditoras a vulnerabilidade, obstáculos e o total das crenças em saúde. Assim, quanto mais elevado e a satisfação com o suporte da família mais elevada é a vulnerabilidade, obstáculos e o total das crenças em saúde relativas ao CCU. Resultados semelhantes foram encontrados por Nunes, (2012) a falta de apoio e incentivo por parte da família e amigos, isto é, a falta de suporte social, pode levar as mulheres em risco de vir a desenvolver CCU e a não adotarem comportamentos preventivos, pelo que se pode destacar, mais uma vez, a importância do papel do profissional de saúde como agente de suporte durante a concretização de uma prestação de cuidados humanizada.

4 – Conclusões

Na elaboração deste capítulo pretende-se refletir acerca do estudo realizado e das conclusões que dele advirem, para isso recorreremos, a uma revisão crítica da literatura que procurou ser o mais atual possível, de forma a aprofundar e consolidar conhecimentos interligados com o tema e a realização do estudo empírico.

Tratou-se de um estudo do tipo quantitativo, não experimental, descritivo-correlacional com enfoque transversal. Utilizámos o questionário para recolha de dados, o qual permitiu caracterizar a amostra nas dimensões sociodemográficas, ginecológico e sexual, sosiopsicológico/saúde e conhecimento sobre cancro do colo do útero. Utilizamos ainda as escalas Crenças em Saúde, LocusControl Saúde, Satisfação com Suporte Social e questionário do Estado de Saúde SF-8. A amostra é constituída por 946 participantes divididas em sub-classes, jovens adultas e adultas, ao que equivale uma média de 32 anos (± 13.40 anos). Na amostra 377 das mulheres vivem em zona rural e 300 em zona urbana. Quanto aos problemas do foro ginecológico, cerca de 15% indica que já teve problemas ginecológicos, sendo mais referidas as infecções (66.4%) e os poliquistos (8%). Relativamente aos **problemas do foro ginecológico**, cerca de 15% indica que já teve problemas ginecológicos. No que se refere com que regularidade **frequentam a consulta de ginecologia e rastreios** mais de metade da amostra (61.1%) informa que tem por hábito realizar rastreios em saúde. Quanto a frequentar a consulta de ginecologia, frequenta uma vez por ano e 21% das inquiridas indica que faz consulta de planeamento familiar ocasionalmente.

O interesse deste estudo surgiu da necessidade de estudar as crenças em saúde relacionadas com o CCU em que estas mulheres se revestem, de forma, a poder compreendê-las e entender os fatores que lhes são intrínsecos e que implicam vulnerabilidade na prevenção desta doença oncológica.

Deste modo, demos ênfase as questões de investigação que se constituíram como ponto de partida para o desenvolvimento deste trabalho:

(I) “Qual a influência das variáveis sociodemográficas no contexto das crenças em saúde sobre o CCU?”

Averigua-mos que as mulheres adultas, têm mais crenças em saúde relativas ao CCU na dimensão Obstáculo.

Comparativamente à zona de residência, a maioria reside em aldeias (39,9%) apuramos que as crenças relativas ao CCU em todos os fatores da escala e valor global são maiores nas mulheres residentes da zona rural, com exclusão nos benefícios mais evidentes nas mulheres da zona urbana.

(II) Quais os comportamentos que conduzem à adesão ao rastreio do cancro do colo do útero?

Presenciou-se que as mulheres que nunca vão à consulta de planeamento familiar, prececionam valores mais baixos nas crenças em saúde relativas ao CCU, na dimensão vulnerabilidade. As mulheres que vão periodicamente, são as que têm valores mais altos relativamente as crenças do CCU na dimensão gravidade. As mulheres que vão periodicamente as consultas apresentam menores crenças do CCU na dimensão obstáculos.

No que reporta ao uso de métodos contraceptivos averiguamos que as ordenações médias são mais elevadas nas mulheres que usam métodos contraceptivos em todas as dimensões da escala global, o que traduz melhores crenças em CCU, com exceção dos benefícios que apresenta valores mais elevados nas mulheres que não usam métodos contraceptivos.

O estado de conhecimento das mulheres em conexão aos fatores de risco e à possibilidade de vir a ter ou desenvolver CCU bem como o conhecimento que as mesmas possuem sobre a finalidade de realização da citologia na prevenção do CCU. Verificamos que as mulheres que têm familiares CCU têm crenças mais elevadas acerca do CCU em todas as dimensões das subescalas e na escala global.

(III) Que variáveis de contexto ginecológico e sexual têm influência nas crenças em saúde sobre o CCU?

Apuramos que, os valores são significativamente mais elevados nas mulheres que já tiveram problemas do foro ginecológico apresentam crenças do CCU mais elevadas nas dimensões, vulnerabilidade e nas crenças totais.

No que se refere ao início da actividade sexual, presenciamos que os valores são significativamente mais elevados nas mulheres que já tinham iniciado a sua actividade sexual para as crenças em saúde na dimensão obstáculos.

(IV) Qual a relação entre as variáveis de contexto sociopsicológico e de saúde e as crenças em saúde sobre o CCU?

Verificamos que os valores locus de controlo em relação ao acaso, exceto para os benefícios, é uma variável que se manifestou como preditora em todos as dimensões e fator global das crenças em saúde, variam assim em sentido direto quanto maiores os índices no acaso, melhores as crenças sobre o CCU. Por outro lado o controlo externo é preditor da gravidade, benefícios e obstáculos tem uma relação direta nas dimensões gravidade e benefícios, ou seja quanto maiores os índices externos maiores as crenças em saúde do CCU. Em relação a dimensão obstáculos tem relação de forma inversa, quanto mais baixo o controlo externo mais elevadas são as crenças em saúde relativas ao CCU. Finalmente o controlo locus interno manifestou-se preditor da vulnerabilidade e benefícios. Estabelece uma relação directa com os benefícios e uma relação inversa na dimensão vulnerabilidade, ou seja, quanto maior controlo nos benefícios e menor na vulnerabilidade maiores são as crenças em saúde relativas ao CCU.

Ao estudarmos o **valor conferido pela pessoa a sua saúde**, verifica-mos que o valor saúde estabelecem uma relação directa, ou seja, quanto mais elevados são o valor saúde mais elevado é o Total das Crenças relativas ao CCU.

Ao estudarmos a **percepção da saúde** demonstrada pelas participantes, averigua-mos que as variáveis preditoras da componente física a vulnerabilidade, gravidade, obstáculos e total crenças. Inferimos ainda que a componente mental é uma variável que se manifestou como preditora em todos as dimensões e fator global das crenças em saúde CCU.

Verifica-se que a componente física, a componente mental estabelecem uma relação inversa, ou seja, quanto mais baixos são a componente física, componente mental mais elevada são as dimensões da vulnerabilidade e gravidade, maior são as crenças em saúde relativas ao CCU. Verifica-se que, componente mental estabelece uma relação directa com os benefícios. Assim, quanto mais elevada é a componente mental e mais baixa a componente física, melhores são as crenças em saúde CCU nas dimensões benefícios e obstáculos.

Comparativamente quanto mais baixos os valores da componente física e a componente mental mais elevado é o Total das Crenças relativas ao CCU.

Utilizando a Escala de satisfação com o suporte social, verificamos que a dimensão satisfação com os amigos é preditora da gravidade e obstáculos. Verifica-se que na satisfação com os amigos, quanto mais elevada a gravidade e menor os obstáculos melhores são as crenças em saúde CCU. Verificamos que na dimensão satisfação com a família, são preditoras a vulnerabilidade, obstáculos e o total das crenças em saúde. Assim, quanto mais elevado e a satisfação com o suporte da família mais elevada é a vulnerabilidade, obstáculos e o total das crenças em saúde relativas ao CCU.

Concluimos que o suporte social, o locus de controlo da saúde e a percepção de saúde são componentes a ter em consideração quando se estudam as crenças em saúde relativas ao CCU, manifestam-se como variáveis preditoras nas diferentes dimensões da escala de crenças em saúde.

Esta estrutura multidimensional tem implicações várias exigindo dos profissionais de saúde uma abordagem formativa mais complexa. Contudo, particularmente no que diz respeito ao papel do enfermeiro há que realçar o trabalho dos mesmos, pois são excelentes educadores em saúde. Os enfermeiros, assim como outros profissionais de saúde devem, não só, incentivar as práticas de rastreio, como também, debater, junto das utentes, os riscos e os benefícios para que estas possam tomar decisões informadas e seguras para a sua saúde (Ferreira, 2012).

Ao concluir este trabalho, julgamos que é pertinente referir alguma utilidade para a atuação na área preventiva da saúde, os serviços devem envolver, a capacitação dos cidadãos, de modo que se tornem mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde, a realização de ações que promovam e foquem medidas de promoção da saúde e prevenção da doença. Desenvolver competências nos profissionais de saúde que permitam ampliar as ações de cidadania em saúde.

Em apreciação poder concluir-se que embora reconhecendo algumas limitações, os objetivos do nosso estudo foram atingidos.

Em síntese nenhuma investigação isolada pode ser completamente válida.

5 – Referências bibliográficas

- Afonso, A., & Nunes, C. (2011). *Probabilidade e estatística, Aplicações e soluções em SPSS*. Lisboa: Escolar Editora.
- Abdullahi, A., Copping, J., Kessel, A., Luck, M., & Bonell, C. (2009) Cervical screening: Perceptions and barriers to uptake among Somali women in Camden. *Public Health*, 123(10), 680-685. doi: 10.1016/j.puhe.2009.09.011.
- Agurto, I., Bishop, A., & Sanchez, G. (2004). Perceived barriers and benefits to cervical cancer screening in Latin America. *Preventive Medicine*, 39(1), 91-98.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. doi:10.1016/0749-5978(91)90020-T.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wwsley.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl, & J. Beckman (Eds.), *Action control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). New York: Springer-Verlag.
- Almeida, J. P., & Pereira, M. G. (2006). Locus de controlo na saúde: conceito e validação duma escala em adolescentes com diabetes tipo 1. *Psicologia., Saúde & Doenças*, 7(2), 221-238.
- Amaral, M. S., Gonçalves, A. G., & Silveira, L. C. G. (2017) Prevenção do câncer de colo de útero: a atuação do profissional enfermeiro nas unidades básicas de saúde. *Revista Científica FacMais*, 8 (1). Acedido em <http://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2017/04/8-PREVEN%C3%87%C3%83O-DO-C%C3%82NCER-DE-COLO-DE-%C3%94TERO-A-ATUA%C3%87%C3%83O-DO-PROFISSIONAL-ENFERMEIRO-NAS-UNIDADES-B%C3%81SICAS-DE-SA%C3%94DE.pdf>
- Asilar, R. H. Kose, S., & Yildirim, A. (2015) Women's knowledge, beliefs and behaviors about cervical cancer and pap smear test. *Turkiye klinikleri journal of Nursing Sciences* (7)2, 102-111 doi: 10.5336/nurses.2014-42620.
- Areias, P. A. (2011). *Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do colo do útero* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu). Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1543/1/AREIAS%20Paula%20Alexandra%>

[20Pombo%20Pereira%2C%20Comportamentos%20ades%C3%A3o%20rastreo%20cancro%20colo%20C3%BAtero.pdf](http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0356.pdf)

- Badaró, A. C., Dittz, C. P., Feres, A. C., Vieira, H. I. S., & Lourenço, L. M. (2014). *Crenças em saúde: Levantamento bibliométrico*. Acedido em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0356.pdf>
- Barletta, J. (2010). Comportamentos e crenças em saúde: Contribuições da psicologia para a medicina comportamental. *Revista de Psicologia da IMED*, 2, 307-317. doi:10.18256/2175-5027/psicoimed.v2n1p307-318
- Bayu, H., Berhe, Y., Mulat, A., & Alemu, A., (2016). Cervical Cancer Screening Service Uptake and Associated Factors among Age Eligible Women in Mekelle Zone, Northern Ethiopia, 2015: A Community Based Study Using Health Belief Model. *PLoS One*, 11(3), e0149908. doi.org/10.1371/journal.pone.0149908.
- Berglund, E., Lytsy, P., & Westerling, R. (2014). The influence of locus of control on self-rated health in context of chronic disease: A structural equation modeling approach in a cross sectional study. *BMC Public Health*, 14, 492. doi:10.1186/1471-2458-14-492
- Benard, V., B., Greek, A., Roland, K., B., Hawkins, N., A., Lin, L., & Saraiya, N. (2016): Change in Provider Beliefs Regarding z Cervical Cancer Screening Intervals After an Educational Intervention. *Journal of Women's Health* 25(5). doi:10.1089/jwh.2015.5706
- Bishop, G. (1994). Human behavior and health. In *Health psychology: Interacting mind and body* (pp. 69-91). Needham-Heights, Massachusetts: Allyn & Bacon.
- Bishop, G. (1994). Interacting with the health care system. In *Health Psychology: 5 Integrating mind and body* (pp. 220-227). Needham-Heights, Massachusetts: Allyn and Bacon.
- Borges, M. P. M. (2016). *Conhecimentos sobre HPV e Cancro do Colo DO Útero nos adolescentes: Uma questão de Saúde Pública* (Dissertação de Mestrado em Enfermagem Comunitária, Instituto Politécnico de Bragança). Acedido em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/13073/1/Tese%2019%20de%20Abril%20%28corrigido%29.pdf>
- Brannon, L., & Feist, J. (1992). Adhering to medical advice. In *Health Psychology: An introduction to behavior and health* (pp. 255-374). California, Pacific Grove: Brooks Cole Publishing Company.
- Campos, L., Saturno, P., & Carneiro, A.V. (2010). *Plano nacional de saúde 2011-2016: a qualidade dos cuidados e dos serviços*. Lisboa: Faculdade de Medicina, Universidade

de Lisboa. Acedido em <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/07/Q2.pdf>.

- Cardoso, J. A. Z., & Rolim, L (2005) Aspectos psicossociais da medicina preditiva: revisão da literatura sobre testes de riscos genéticos. *Psicologia, saúde & doenças*, 6 (1), 3-34
- Carrijo, R., & Coleta, M. (2007). A influência de variáveis psicossociais na adesão ao tratamento de pacientes diabéticos. *Horizonte Científico*, 1(1), 1-25.
- Costa, S. M., Sassi, R. A. M., Teixeira, T. P., Leivas, V.A., & Vaz, M. R. C (2011). Conhecimento dos clientes com tuberculose pulmonar e seus familiares sobre adesão ao tratamento e, fatores associados no município do rio grande. *Ciências saúde colectiva* 16 (1) pp .1427 – 1435 doi.10.1590/S1413-81232011000700078.
- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Lisboa: Almedina.
- Cunha, M. C. A. (2014). *O impacto das variáveis sociodemográficas e familiares nas crenças e na adesão ao tratamento: Estudo exploratório, numa amostra de doentes crónicos Angolanos* (Dissertação de Mestrado em Psicologia, Área de Especialização em Psicologia Clínica (Sistémica, Saúde e Família) Universidade de Coimbra Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação) Acedido em <http://hdl.handle.net/10316/27904>.
- Cunningham, M. S. Skrastins, E. Fitzpatrick, R. Jindal, P. Onoko, O. Yeates, K. & Aronson , K. (2015).Cervical cancer screening and HPV vaccine acceptability among rural and urban women in Kilimanjaro Region, Tanzania.*BMJ Journals* 5(3). doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005828
- Cloninger, S. (1999). *Teorias da Personalidade*. São Paulo: Martins Fontes Ed.
- Champion, V. L., & Scott, C. R. (1997).*Reliability and validity of breast cancer screening belief scales in African American women.Nursing Research*, 46(6), 331-337. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9422052>
- Champion, V. L. (1993).Instrument refinement for breast cancer screening behaviors.*Nursing Research*, 42(3), 139-43.Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8506161>.
- Champman, C. L., & Harris, A.L. (2016).Cervical Cancer Screening for Women Living With HIV. *Nursing for Women`s Health* (20)4, 392-398 doi: <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2016.07.002>.
- Crosby, R. A. Vanderpool, R., & Jones, C. (2016).Associations of an abnormal Pap test result with attitudes and beliefs relevant to cervical cancer: A study of rural

- Appalachian women. *Cancer Causes & Control* 27(7), 947-950. doi:10.1007/s10552-016-0765-y.
- Dunbar-Jacob, J., Burke, L., & Puczynski, S. (1995). Clinical Assessment and management of Adherence to Medical Regimes. In P. Nicasso, & T. Smith, *Managing Chronic Illness: A Biopsychological Perspective* (pp. 313-349). Washington: American Psychology Association.
- Ebu, N. I. Mupepi, S. C. Siakwa, M. P., & Knowledge, C. M. (2014): Knowledge, practice, and barriers toward cervical cancer screening in Elmina, Southern Ghana. *Int J Womens Health* (7) 31–39. doi:10.2147/IJWH.S71797.
- Esteves, S. C. A. L. (2012). *Cancro do colo do útero educar para prevenir* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.26/15784>.
- Figueiras, M. J. Marcelino, D., & Ferreira, M. M. (2009). Preditores da intenção de adoptar comportamentos preventivos face ao HIV/SIDA em adolescentes portugueses. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 27 (2) 27-36. Acedido em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252009000200004.
- Ferreira, S. M. G. (2012). *Estilos de vida e vigilância de saúde e reprodutiva da mulher portuguesa*. (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu). Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1756>.
- Ferreira, M. Ferreira, S. Ferreira, N. Andrade, J., & Duarte, J. (2014). Adesão ao Rastreio do Cancro do Colo do Útero e da Mama na Mulher Portuguesa. *Millenium* (47) 83-86. Acedido em <http://revistas.rcaap.pt/millenium/article/viewFile/8111/5709>.
- Ferlay, J. Soerjomataram, I. Dikshit, R. Eser, S. Mathers, C. Rebelo, M. ..., & Bray, F. (2014). Cancer Incidence and Mortality Worldwide: sources, methods and major patterns in *GLOBOCAN 2012*. *International Journal of Cancer*, 136(5), 359-386. doi: 10.1002/ijc.29210.
- Giles, M., & Garland, S. (2006). A study of women's knowledge regarding human papillomavirus infection, cervical cancer and human papillomavirus vaccines. *Anzjog Obstetrics & Gynaecology*. 46(4), 311-315. doi:10.1111/j.1479-828X.2006.00598.x
- Greca, A., & Schuman, W. (1995). Adherence to prescribed medical regimens. In M. Roberts (Ed.), *Handbook of Pediatric Psychology* (2nd ed., pp. 55-70). New York: Gilgord Press.
- GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. (2013). Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death,

- 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 385(9963), 117-171. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61682-2.
- GBD (2015) *Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015*. *Lancet*, 388(10053), 1659-1724.
- Gusmão, J. L., & Mion, Jr. D. (2006). Adesão ao tratamento. *Revista Brasileira de Hipertensão*. (13), 23-25. Acedido em <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/06-adesao-ao-tratamento.pdf>.
- Glanz, K., & Bishop, D. B. (2010). The Role of Behavioral Science Theory in Development and Implementation of Public Health Interventions. *Annual Review Public Health*, 31, 399-418. doi: 10.1146/annurev.publhealth.012809.103604.
- Hjelle, L. A., & Ziegler, D. J. (1992). *Personality Theories: Basic Assumptions, Research and Applications*. New York: McGraw-Hill, Inc.
- International Agency for Research on Cancer. (2017). *World Cancer Day 2017*. Acedido em <http://www.iarc.fr/en/media-centre/iarcnews/2017/wcd2017.php>
- Koç, Z. Özdeş, E. K. Topatan, S. Çinarlı, T. Şener, A. . . . , & Palazoğlu C. A. (2014): The impact of education about cervical cancer and human papillomavirus on women's healthy lifestyle behaviors and beliefs: using the precede educational model. *Cancer Nursing*. doi: 10.1097/NCC.0000000000000570.
- Kurita, G., & Pimenta, C. (2004). Adesão ao tratamento da dor crônica e o locus de controle da saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* (38), 254-261 doi: 10.1590/S0080-62342004000300003.
- Lambert, C. Chandler, R. McMillan, S. Kromrey, J. Mallard, V., & Kurtyka, D. (2015). Pap test adherence, cervical cancer perceptions, and hpv knowledge among hiv-infected women in a community health setting. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* (26) 271–280. doi.org/10.1016/j.jana.2014.11.007.
- Lima, T. M. Meiners, M. M. A., & Soler, O. (2010). Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde de Fátima, em Belém, Pará, Amazônica. *Revista Pan-Amazônica de Saúde* (1)2, 113- 120 doi.org/10.5123/S2176-62232010000200014.
- Lopes, L. M. S. (2012). *Suporte social e qualidade de vida: a satisfação do suporte social e a qualidade de vida nos doentes de internamento da unidade hospitalar de Bragança*

(Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto). Acedido em <http://hdl.handle.net/10216/62259>.

Mausner, J.S., & Kramer, S. (2007) *Introdução à epidemiologia* 4ª ed Fundação Calouste Guçbenkian.

Machado, M. M. (2009). *Adesão ao regime terapêutico representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros* (Dissertação de mestrado, Universidade do Minho). Acedido em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tese%20de%20Mestrado%20-%20Ades%25C3%25A3o%20ao%20Regime%20Terap%25C3%25AAutico%20-%20Representa%25C3%25A7%25C3%25B5es%20das%20pessoas%20com%20IRC%20sobre%20o%20cont.pdf>.

Marôco, J. (2010). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações*. Pêro Pinheiro: Report Number.

Maroco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS* (6ª ed). Pero Pinheiro ReportNumber.

Nunues, A. S. S. D. (2012). Modelo de crenças de saúde e o locus de controlo da saúde face ao rastreio do cancro colo-retal (Disertação de Mestrado, Instituto Universitario de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida). Acedido em <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/2269>

Patrão, I. Inácio, M., & Teixeira, J. (2000). Comportamentos adesão ao rastreio do cancro do colo do útero. In J. Ribeiro, I. Leal, & R. Dias (Eds.), *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*(pp. 373-380). Lisboa: ISPA.

Patrão, I. & Leal, I. (2002). Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do colo do útero: Estudo exploratório numa amostra de utentes do centro de saúde de Peniche. *Psicologia Saúde & Doenças* (3), 103-112. Acedido em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1645-00862002000100007&lng=en&nrm=i&tlng=pt.

Pestana, H. M. Gajeiro, J. (2014). *Análise de dados para ciências sociais – A complementaridade do SPSS* (6ª ed.) Lisboa, Edições Sílabo

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral Saúde. (2015). *Plano Nacional de saúde Revisão e extensão a 2020*. Lisboa: DGS. Acedido em <http://pns.dgs.pt/pns-revisao-e-extensao-a-2020/>.

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2013). *Plano Nacional para as Doenças Oncológicas: Portugal Doenças Oncológicas Em Números: 2013*. Lisboa:

DGS. Acedido em <https://www.dgs.pt/saude-a-a-z.aspx?v=8e00381f-52ce-45fb-b5a0-35fe84fa926a#saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-as-doencas-oncologicas>.

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas: Portugal Doenças Oncológicas Em Números: 2015*. Lisboa:

DGS. Acedido em <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-doencas-oncologicas-em-numeros-201511.aspx>.

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2017). *Programa nacional para as doenças oncológicas: 2017*. Lisboa: DGS. Acedido em

[file:///C:/Users/Marisa/Downloads/DGS_PNDO2017_V10%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/Marisa/Downloads/DGS_PNDO2017_V10%20(4).pdf).

Rafael, R. M. R. (2009). *Barreiras na prevenção do câncer do colo uterino: uma análise mediada pelo Modelo de Crenças em Saúde e sob a perspectiva da Estratégia de Saúde da Família* (Dissertação de Mestrado, Universidade Estácio de Sá) Acedido em

<http://livros01.livrosgratis.com.br/cp115741.pdf>.

Reis, J. Pires, R., & Silva, N. (2017). Locus de controlo e adesão terapêutica em adultos emergentes e adultos com condições crónicas de saúde: O papel moderador do grupo etário. *Revista Psicologia*, 31(2), 89-104. doi:10.17575/rpsicol.v31i2.1223.

Ribeiro, J. L. P. (1999) Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 17(3), 547-558. Acedido em

http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82311999000300010.

Ribeiro, J. L. P. (2005). *Reconstrução de uma escala de locus-de- controlo de saúde*. Porto: Faculdade de Psicologia da Universidade do Porto. Acedido em

<https://www.fpce.up.pt/docentes/paisribeiro/testes/LOcus.htm>

Rodrigues, D. E. (2014) *Barreiras à prevenção do câncer de colo do útero entre mulheres acompanhadas por uma equipe de saúde da família no Município de Porto Velho*

(Dissertação de Mestrado, Fundação Universidade Federal de Rondônia Núcleo de

Saúde – NUSAU). Acedido em <http://www.ri.unir.br/jspui/handle/123456789/1349>.

Rocha, E. & Barros, C. (2006) Dimensões culturais do marketing: teoria antropológica, etnografia e comportamento do consumidor. *Revista de Administração de Empresas* (46) 4, p. 36-47.

Samara, B. S., & Morsch, M. A. *Comportamento do consumidor: conceitos e casos*. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2005.

- Santos, M. J. O. (2017). *Saúde sexual e reprodutiva em estudantes do ensino superior - Contributo para o desenvolvimento de programas de intervenção* (Tese de Doutoramento, Universidade do Porto). Acedido em <http://hdl.handle.net/10216/105488>
- Santos, A. E. Leão, F. M. Araújo, L. S., & Ferreira, L.T. (2011). *Saúde sexual e reprodutiva: Direitos e desafios em um mundo multicultural*. Acedido em <http://www.sinus.org.br/2011/press/downloads/oms.pdf>.
- Sarason, I.G., & Sarason, B.R. (1984). Life changes, moderators of stress, and health. In: A. Baum, S. Taylor, & J. Singer (Edtrs.) *Handbook of psychology and health*. (4). (pp279-300). New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- Sarafino, E. (1990). *Biopsychosocial interactions*. Canada: Jonh Wiley & Sons, Inc.
- Silveira, A. R.R., Costa, B. F., Ferreira, J. S. J., Lage, L. M. C., & Rocha, S. A. D. (2014). *As Crencas em saúde sobre o cancro do colo do útero em estudantes do ensino superior* (Monografia de licenciatura não publicada). Viseu: Instituto Politécnico de Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu, Portugal.
- Secginli, S., & nahcivan, N. O. (2006). Breast Self Examination remains an important component of breast health: A response to Tarrant (2006). *International Journal of Nursing Studies*, 43(4), 521-523. doi: DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2006.02.002.
- Secginli, S., & nahcivan, N. O. (2006). Factors associated with breast cancer screening behaviours in a sample of Turkish women: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43(2), 161-171. doi:10.1016/j.ijnurstu.2005.02.004
- Secginli, S., & Nahcivan, N. O. (2011). The effectiveness of a nursedelivered breast health promotion program on breast cancer screening behaviours in non-adherent Turkish women: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 48(1),24-36. doi: DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2010.05.016.
- Sociedade Portuguesa da Contraceção. (2017). 1. *Acessibilidade a consultas de planeamento familiar* 2. *Disponibilidade de métodos de contraceção*. Acedido em <https://www.spdc.pt/index.php/noticias>.
- Turk, D., & Meichenbaum, D. (1991). Adherence to Self-Care regimens: The Patient's Perspective. In J. Sweet (Ed.), *Handbook of Clinical Psychology in Medical Settings* (pp.249- 267). New York: Lenum Press.
- Zutshi, V. Dankher, S & Malik, A. (2017). Cervical Cancer Screening and Prevention: An Analysis of Beliefs and Predictors of Knowledge, Attitude and Practice in Northern India. *Indian J Gynecol Oncolog* 15:71. doi:10.1007/s40944-017-0160-y.

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.

Wethington, E. & Kessler, R. C. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social Behavior* (27), 78-89.

World Health Organization (2018). *Cancer*. Acedido em <http://www.who.int/news-room/factsheets/detail/cancer>.

World Health Organization. (2018, Mar). *Human papillomavirus (HPV)*. Geneva: WHO.

Acedido em <https://www.who.int/immunization/diseases/hpv/en/>.

Anexo – Instrumento de colheita de dados



(Não preencher este quadrado) N° Quest.

--	--	--

Cara estudante,

No âmbito da Unidade Curricular _____, estou a desenvolver uma investigação sobre **“Crenças em saúde relativas ao Cancro do Colo do Útero”**. Solicito assim, a sua colaboração para preenchimento do presente questionário. Este é de carácter **anónimo** e de participação **voluntária**. As respostas são confidenciais e todas as opções de resposta são válidas pois traduzem a sua opinião.

Nas afirmações onde existir uma quadrícula () , deve assinalar com uma cruz (X) a(s) opção(ões) que considera correcta(s). Nas questões onde encontrar um espaço em branco (____), deve responder claramente, e de forma legível, ao que lhe é pedido.

Para que seja salvaguardada a validade do questionário, peço que **não deixe nenhuma questão por responder**.

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

Parte I - Caracterização sociodemográfica

1. Idade _____ anos 2. Residência: Cidade Vila Aldeia

Parte II - Caracterização Ginecológica e Sexual

1. Tem por hábito realizar rastreios em saúde? Sim Não
2. Já teve algum problema do foro ginecológico? Não Sim
Se sim, qual? _____
3. Frequenta a consulta de Ginecologia?
Nunca
Quando sente necessidade por problemas ginecológicos
Ocasionalmente
Uma vez por ano
De 6 em 6 meses
4. Já iniciou a sua atividade sexual?
Sim Não Se não, avance para a pergunta 7.
5. Há quantos anos iniciou a atividade sexual?
< 1 ano ≥ 1 e < 2 anos ≥ 2 anos
6. Utiliza métodos contraceptivos:
De barreira Hormonais De barreira e hormonais
7. Frequenta a consulta de Planeamento Familiar?
Nunca
Quando sente necessidade por problemas reprodutivos ou sexuais
Ocasionalmente
Uma vez por ano
De 6 em 6 meses

As questões que se seguem **não são pessoais**, são de carácter geral.

1. Uma mulher tem maior risco de ter Cancro do Colo do Útero se:

Sim	Não
-----	-----

a) Não tiver iniciado a sua atividade sexual.		
b) Tiver iniciado a atividade sexual antes dos 18 anos.		
c) Teve vários parceiros sexuais.		
d) Tomar a pilula, associada a hábitos tabágicos.		
e) Tiver familiar com cancro do colo do útero.		
f) Estiver na menopausa.		
g) Tiver sofrido uma lesão do colo do útero.		

2. A possibilidade de poderem vir a desenvolver Cancro do Colo do Útero aumenta em mulheres, cuja idade se situa entre:

Antes dos 18 anos, se iniciou atividade sexual

40-50 anos

Dos 18 aos 30 anos

50-60 anos

30-40 anos

60 anos e superiores

3. A citologia é um exame que:

	Sim	Não
--	-----	-----

a) Só deve ser feito quando se detetam alguns sintomas.		
b) Permite detetar o Cancro do Colo Útero em fases muito precoces.		
c) Reduz o número de mortes por Cancro do Colo do Útero.		
d) É considerado o método menos eficaz para deteção do Cancro do Colo do Útero.		
e) Dispensa a realização de outros exames de rastreio.		
f) Deve ser realizado periodicamente a partir dos 18 anos ou antes se a mulher for sexualmente ativa.		

4. A citologia deve ser efetuada:

	Sim	Não
--	-----	-----

a) A partir do momento em que se tem filhos.		
b) Pela primeira vez aos 18 anos ou antes se a mulher é sexualmente ativa.		
c) Só quando é recomendado pelo médico.		
d) De 5 em 5 anos, a partir dos 40 anos, até aos 64 anos.		
e) Só a partir dos 65 anos.		

8. Já alguma vez realizou citologia?

Sim

Não

9. Nos últimos 5 anos fez citologia:

Anualmente

≥ 2 e ≤ 4

Apenas uma vez

Nenhuma

10. Sabe quando vai realizar a próxima citologia?

Não sei quando vou realizar

Este ano

No próximo ano

Daqui a dois anos

Daqui a três anos

Daqui a cinco anos

11. De quanto em quanto tempo deve ser realizada a citologia? _____

12. A realização da citologia:

Foi por minha iniciativa

Recomendada por médico/ enfermeiro de família

Recomendada pelo ginecologista

Sugerida por um amigo/familiar

13. A citologia devia ser realizada por:

Um profissional do sexo feminino

Um profissional do sexo masculino

Indiferente

14. Alguma vez deixou de realizar a citologia pelo facto do profissional de saúde ser do sexo masculino? Não Sim

15. Teve ou tem algum familiar com cancro do colo do útero?
Não Sim Se sim, indique qual o grau de parentesco: _____

16. Teve ou tem algum familiar com outro tipo de cancro?
Não Sim
Se sim, este foi detetado por rastreio? Não Sim

Parte III – Hábitos de Saúde

1. Com que regularidade costuma ir ao médico?
Nunca
Só quando me sinto doente
Ocasionalmente
Uma vez por ano
De 6 em 6 meses
2. Habitualmente, faz outro tipo de rastreios? Não Sim
3. Os seus familiares costumam fazer rastreios? Não Sim

Parte IV – Escalas

Escala de Crenças em Saúde (Patrão, I. 2000)

Legenda:

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo Totalmente

Questões	1	2	3	4	5
1. É bastante provável que eu possa vir a ter Cancro do Colo do Útero.					
2. A probabilidade de eu vir a ter Cancro do Colo do Útero nos próximos anos é elevada.					
3. Sinto que ao longo da minha vida poderei vir a ter Cancro do Colo do Útero.					
4. Tenho maiores probabilidades de ter Cancro do Colo do Útero do que a maioria das mulheres.					
5. O desenvolvimento do Cancro do Colo do Útero é algo que me pode ocorrer presentemente.					
6. Estou preocupada como facto de poder vir a desenvolver o Cancro do Colo do Útero nos próximos tempos.					
7. Pensar no Cancro do Colo do Útero assusta-me.					
8. Quando eu penso acerca do Cancro do Colo do Útero, o meu coração fica a bater mais depressa.					
9. Tenho medo de pensar acerca do Cancro do Colo do Útero.					
10. Os problemas que eu teria se sofresse de Cancro do Colo do Útero durariam muito tempo.					

11.	Se eu tivesse Cancro do Colo do Útero não iria viver mais de 5 anos.					
12.	O Cancro do Colo do Útero poderia ameaçar a relação que mantenho com o meu namorado, marido ou companheiro.					
13.	Se eu desenvolvesse Cancro do Colo do Útero não iria viver mais de 5 anos.					
14.	A realização de Citologia ajuda-me a detetar mais cedo a existência de lesões no útero.					
15.	Se for encontrada alguma lesão no útero através da Citologia, o tratamento do cancro não será assim tão mau.					
16.	A realização da Citologia é a melhor maneira de detetar pequenas lesões no útero.					
17.	A realização de uma Citologia diminuirá as muitas hipóteses de morrer de Cancro do Colo do Útero.					
18.	Quando faço uma Citologia tenho receio de descobrir que alguma coisa não está bem.					
19.	Tenho receio de fazer uma Citologia porque não compreendo como será feita.					
20.	A realização de uma Citologia seria embaraçosa.					
21.	A realização de uma Citologia demoraria muito tempo.					
22.	A realização de uma Citologia seria dolorosa.					
23.	A realização de uma Citologia obrigar-me-ia a faltar ao emprego.					
24.	Tenho outros problemas mais importantes do que pensar em fazer uma Citologia.					
25.	A realização de uma Citologia seria dispendiosa.					
26.	Não consigo lembrar-me de marcar o exame (Citologia).					
27.	A realização do exame (Citologia) está dependente da opinião do meu namorado, companheiro ou marido.					

Questões		1	2	3	4	5
1.	Não importa o que faça, se tiver que adoecer, adoecerei.					
2.	Ir ao Médico regularmente é a melhor maneira de eu evitar adoecer.					
3.	Sempre que eu não me sinta bem deveria consultar um Médico.					
4.	Os Técnicos de Saúde controlam a minha Saúde,					
5.	Estar bem de Saúde é em grande parte uma questão de boa sorte.					
6.	A principal coisa que afeta a minha Saúde é aquilo que eu faço.					
7.	Se cuidar de mim próprio posso evitar a doença.					
8.	Se tiver de ser terei Saúde.					
9.	Se agir corretamente, poderei manter-me Saudável.					

Questões		1	2	3	4	5
1.	É bastante provável que eu possa vir a ter Cancro do Colo do Útero.					

2.	Existem muitas coisas com as quais eu me preocupo mais do que com a minha Saúde.					
3.	Ter Saúde é pouco importante para uma vida feliz.					
4.	Não há nada mais importante do que ter boa Saúde.					

Questionário do Estado de Saúde SF-8 (Pais-Ribeiro, 2005)

Nas próximas questões, responda assinalando com um círculo o número da resposta que melhor representa a sua opinião.

1. Em geral, com diria que a sua saúde é:

Fraca	1
Razoável	2
Boa	3
Muito Boa	4
Ótima	5

2. A pergunta é sobre atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa. Será que a sua Saúde a limita nesta actividade? Se sim, quanto?

Sim, muito limitada	1
Sim, um pouco limitada	2
Não, nada limitada	3

3. Durante as últimas quatro semanas sentiu-se limitado no tipo de trabalho ou outras atividades como consequência do seu estado de Saúde física?

Não	2
Sim	1

4. Durante as últimas quatro semanas, fez menos do que queria no seu trabalho ou nas suas atividades diárias, devido a quaisquer problemas emocionais (tais como sentir-se deprimida ou ansiosa)?

Não	1
Sim	2

5. Durante as últimas quatro semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	5
Um pouco	4
Moderadamente	3
Bastante	2
Imenso	1

6. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas. Quanto tempo nas últimas quatro semanas:

- a. Se sentiu cansada?

Sempre	1
A maior parte do tempo	2
Bastante tempo	3
Algum tempo	4
Pouco tempo	5
Nunca	6

- b. Se sentiu triste e em baixo?

Sempre	1
A maior parte do tempo	2
Bastante tempo	3
Algum tempo	4
Pouco tempo	5
Nunca	6

7. Durante as últimas quatro semanas, em que medida é que a sua Saúde física ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Sempre	1
--------	---

A maior parte do tempo	2
Algum tempo	3
Pouco tempo	4
Nunca	5

Escala de Satisfação com o Suporte Social (Pais-Ribeiro,1999)

Legenda:

1	2	3	4	5
Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente

Questões	1	2	3	4	5
1. Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio.					
2. Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria.					
3. Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria.					
4. Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer.					
5. Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer.					
6. Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas.					
7. Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam.					
8. Gostava de participar mais em atividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)					
9. Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família.					
10. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família.					
11. Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família.					
12. Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho.					
13. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos.					
14. Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos.					
15. Estou satisfeito como tipo de amigos que tenho.					

FIM