

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC - SP

Fabiana Rocha Biagigo

**Atribuição de Causalidade para o Câncer de Mama e Câncer Ginecológico: a
doença sob o olhar das pacientes**

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

SÃO PAULO

2013

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC - SP

Fabiana Rocha Biagigo

**Atribuição de Causalidade para o Câncer de Mama e Câncer Ginecológico: a
doença sob o olhar das pacientes**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica - Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar, sob orientação da Professora Doutora Ceres Alves de Araújo.

SÃO PAULO

2013

Banca Examinadora

Para Neuza e Waldomiro

AGRADECIMENTOS

Agradeço a meus pais pelo amor, suporte e incentivo constantes. Sem vocês, nada disso teria se tornado realidade.

À Marcela, minha irmã, amiga e companheira. Seu olhar para a vida me encanta. Obrigada por tudo.

Ao Marcelo Spirandelli, por estar ao meu lado me incentivando sempre a buscar o melhor de mim e da vida.

Agradeço à minha orientadora, Ceres Alves de Araújo, pelos direcionamentos claros e objetivos que me trouxeram a segurança e tranquilidade necessárias para a realização deste trabalho. Obrigada por sua atenção, confiança, apoio e generosidade durante todo esse processo. Muito obrigada por tudo!

Agradeço aos membros da banca: à Denise Ramos, pelos direcionamentos enriquecedores e por me guiar pelos caminhos da pesquisa científica. Ao Dr. José Carlos Pascalicchio pela contribuição precisa, delicada e generosa. À Edna Kahhale pelo olhar leve e empolgante que imprimiu ao processo de realização da pesquisa. Ao Dr. Roberto Euzébio dos Santos, pela disposição e interesse.

À Dra. Mathilde Neder por partilhar seu conhecimento e as histórias de toda uma vida de trabalho, dedicação e descobertas.

Aos meus colegas de curso, por todos os momentos e conhecimentos compartilhados e pelas amizades que fiz nessa caminhada. Agradeço especialmente à Camila Novaes, Carla Storch, Manuela Reis, Fabíola, Sideli e Maria Aparecida Mello, que contribuíram para a realização deste trabalho nas diversas etapas do processo.

À Flávia Bello, pela imensa ajuda, pela companhia, pelo ombro amigo e por todas as lágrimas e risadas. Você é muito especial, minha amiga!

Ao grupo de orientação que, em muitos momentos, me ajudou a encontrar o caminho e acolheu minhas angústias. À Rita Rosa, pela atenção e disponibilidade que me levaram até a equipe de profissionais do Hospital Pérola Byington.

Às equipes de Psicologia, Oncologia e Enfermagem do Hospital Pérola Byington, especialmente à Alcina Meirelles, por ter autorizado e incentivado a realização deste trabalho.

Às mulheres participantes da pesquisa que, em um momento tão delicado de suas vidas, se dispuseram a compartilhar suas vivências, pensamentos e crenças.

Ao Prof. Dr. Leandro Campi Prearo, pela colaboração com a análise estatística, atenção e interesse.

A todos os meus amigos, pela paciência e compreensão nos momentos em que estive ausente. À Vera Lúcia Vieira, pelo incentivo e empolgação.

A todas as pessoas que me dão o privilégio de acompanhar suas histórias e jornadas heroicas. Muito obrigada!

RESUMO

Este estudo tem como objetivo geral investigar as crenças de 197 mulheres diagnosticadas com câncer de mama ou ginecológico, em fase de tratamento, a respeito das causas de sua própria doença. O objetivo específico é de correlacionar as crenças causais relatadas pelas participantes com as variáveis sociodemográficas e clínicas. Todas as participantes encontravam-se em tratamento em um hospital público da cidade de São Paulo. Os instrumentos utilizados na coleta de dados foram: questionário clínico e sociodemográfico e a subescala de Causas do *Illness Perception Questionnaire – Revised* (IPQ-R). O método utilizado foi quantitativo e o referencial teórico foi o da Psicologia Analítica. As participantes citaram diversos fatores como causa de sua doença e atribuíram papel importante para o estresse e os fatores emocionais. Entre as causas mais mencionadas estiveram: “estresse ou preocupação” (77,2%), “preocupações ou problemas familiares” (77,2%), “estado emocional” (69,5%), “pouca assistência médica no passado” (54,3%), “alteração das defesas do organismo” (52,3) e “destino ou má sorte” (45,3%). As variáveis sociodemográficas e clínicas (idade, nível de escolaridade, renda familiar, tipo de câncer, tabagismo, mudanças nos cuidados com a saúde, religião, histórico anterior da doença, histórico familiar e realização de acompanhamento psicológico), influenciaram as crenças causais relatadas pelas participantes. A condição marital das pacientes não teve influência significativa sobre as atribuições causais. O baixo nível de escolaridade, somado à falta de informação, e a baixa renda familiar foram variáveis que apresentaram grande influência sobre as crenças causais das participantes da amostra. Campanhas educativas, que tenham como foco as causas do câncer e os fatores de risco que podem ser modificados a fim de reduzir o risco da doença, são de grande importância para a amostra estudada.

Palavras-chave: Câncer de mama; Câncer ginecológico; Crenças causais; Atribuição causal; Teoria da atribuição; Psico-oncologia; Psicologia analítica.

ABSTRACT

The overarching objective of this study is to investigate 197 women in treatment stage diagnosed with either breast or gynecologic cancer in regard to their beliefs about the causes of their very own diseases. Specifically, the present study aims to establish correlations of these subjects' reported causal beliefs with selected sociodemographic and clinical variables. All subjects found themselves under treatment at a public hospital located in São Paulo, where the data was collected. The tools adopted specifically for data collection were a sociodemographic and clinical questionnaire as well as the "Causes" subscale from Illness Perception Questionnaire – Revised (IPQ-R). A quantitative method was implemented and Analytical Psychology used for theoretical reference. Subjects reported several factors as causes for their cancer and attributed an important role to stress and emotional factors. The predominant causes mentioned were: "stress or worry" (77,2%), "worries or family problems" (77,2%), "emotional state" (69,5%), "poor medical care administered in the past" (54,3%), "changes in the body defense system" (52,3%) and "fate or bad luck" (45,3%). The sociodemographic and clinical variables (age, educational level, household income, type of cancer, tobacco addiction, changes in healthcare behavior, religion, family or own history of cancer and psychological treatment) influenced the causal beliefs reported by the subjects. Marital status was not observed as having influence over causal attribution. Low educational level on top of lack of information as well as low family income presented great influence in causal beliefs in regard to these subjects. Educational campaigns are crucial initiatives to the studied subjects, especially those targeting causes and factors that if acted upon might mitigate risk of cancer.

Keywords: Breast cancer; Gynecologic cancer; Causal beliefs; Causal attribution; Attribution theory; Psycho-oncology; Analytical psychology.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da frequência dos resultados da amostra em relação à idade	59
Tabela 2 - Distribuição da frequência dos resultados da amostra em relação ao local de residência	61
Tabela 3 - Distribuição da frequência dos resultados da amostra em relação ao nível de escolaridade	61
Tabela 4 - Distribuição da frequência dos resultados da amostra em relação ao estado civil	63
Tabela 5 - Distribuição da frequência dos resultados da amostra em relação ao número de filhos	64
Tabela 6 - Distribuição da frequência dos resultados da amostra em relação à renda familiar mensal	64
Tabela 7 - Distribuição da frequência dos resultados da amostra em relação à composição domiciliar	65
Tabela 8 - Distribuição da frequência dos resultados da amostra em relação à religião	66
Tabela 9 - Distribuição da frequência dos resultados da amostra em relação à profissão	66
Tabela 10 - Distribuição da frequência dos resultados da amostra em relação à situação ocupacional	67
Tabela 11 - Distribuição da frequência dos resultados da amostra em relação ao hábito de fumar	69
Tabela 12 - Distribuição da frequência dos resultados da amostra em relação ao tipo de câncer	69
Tabela 13 - Distribuição da frequência dos resultados da amostra em relação à presença de histórico pessoal anterior de câncer	70
Tabela 14 - Distribuição da frequência dos resultados da amostra em relação à presença de histórico familiar de câncer	71
Tabela 15 - Distribuição da frequência dos resultados da amostra em relação à realização de acompanhamento psicológico após o diagnóstico de câncer	71
Tabela 16 - Distribuição da frequência dos resultados da amostra em relação à adoção de mudanças relacionadas aos cuidados com a saúde após o diagnóstico de câncer	72
Tabela 17 - Distribuição da frequência dos resultados da amostra em relação às mudanças relativas aos cuidados com a saúde adotadas pelas participantes	73
Tabela 18 - Distribuição da frequência dos resultados da amostra em relação às causas atribuídas ao próprio câncer (subescala de “Causas” do questionário IPQ-R)	79

Tabela 19 - Distribuição da frequência dos resultados da amostra em relação à hierarquia das causas atribuídas ao próprio câncer	88
Tabela 20 - Distribuição dos resultados da correlação estatística entre as causas atribuídas ao câncer e a faixa etária	92
Tabela 21 - Distribuição dos resultados da correlação estatística entre as causas atribuídas ao câncer e o grau de escolaridade	97
Tabela 22 - Distribuição dos resultados da correlação estatística entre as causas atribuídas ao câncer e a renda familiar dos entrevistados	100
Tabela 23 - Distribuição dos resultados da correlação estatística entre as causas atribuídas ao câncer e o estado civil das participantes (possui ou não possui companheiro)	104
Tabela 24 - Distribuição dos resultados da correlação estatística entre as causas atribuídas ao câncer e a religião dos entrevistados	105
Tabela 25 - Distribuição da frequência dos resultados da correlação estatística entre as causas atribuídas à doença e o tipo de câncer diagnosticado	107
Tabela 26 - Distribuição da frequência dos resultados da correlação estatística entre as causas atribuídas ao câncer e o histórico pessoal de câncer	110
Tabela 27 - Distribuição da frequência dos resultados da correlação estatística entre as causas atribuídas ao câncer e o histórico familiar de câncer	112
Tabela 28 - Distribuição da frequência dos resultados da correlação estatística entre as causas atribuídas ao câncer e tabagismo	114
Tabela 29 - Distribuição da frequência dos resultados da correlação estatística entre as causas atribuídas ao câncer e a realização de acompanhamento psicológico	116
Tabela 30 - Distribuição da frequência dos resultados da correlação estatística entre as causas atribuídas ao câncer e a realização de mudanças relacionadas aos cuidados com a saúde	118

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 – Questionário sobre dados sociodemográficos e clínicos	132
Anexo 2 – Subescala de Causas do <i>Illness Perception Questionnaire – Revised</i> (IPQ-R)	134
Anexo 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	135

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
OBJETIVOS	17
Objetivo geral	17
Objetivos específicos	17
1 REVISÃO DE LITERATURA	18
1.1 Estatísticas do câncer no Brasil e no mundo	18
1.2 Sobre o câncer	19
1.3 Atribuição de causalidade	20
1.4 Psico-oncologia e Psicologia Analítica	23
1.5 Levantamento e análise de pesquisas na área de atribuição de causalidade	28
1.6 Fatores de risco e de proteção	45
1.6.1 Fatores de risco e de proteção relacionados ao câncer	45
1.6.2 Fatores de risco e proteção relacionados ao câncer de mama	47
1.6.3 Fatores de risco e proteção relacionados ao câncer ginecológico	48
1.6.3.1 Câncer de colo do útero	48
1.6.3.2 Câncer de ovário	50
1.6.3.3 Câncer de vagina	51
2 MÉTODO	53
2.1 Caracterização do estudo	53
2.2 Participantes	53
2.3 Local da coleta de dados	54
2.4 Instrumentos	54
2.4.1 Questionário clínico e sociodemográfico	54
2.4.2 <i>Illness Perception Questionnaire – Revised</i> (IPQ-R)	55
2.5 Procedimentos	56
2.5.1 Seleção da Amostra	56
2.5.2 Aplicação dos instrumentos	56
2.5.3 Análise dos dados	56

2.6 Cuidados éticos	57
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	59
3.1 Caracterização da amostra	59
3.1.1 Dados sociodemográficos	59
3.1.2 Dados clínicos	69
3.2 Atribuições causais	79
3.3 Correlações estatísticas	92
CONSIDERAÇÕES FINAIS	122
BIBLIOGRAFIA	127
ANEXOS	132

INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA, 2012a, 2011b), nos últimos quarenta anos o câncer deixou de ser uma doença que acometia principalmente a população de países desenvolvidos, e seu impacto passou a ser observado em países em desenvolvimento, especialmente aqueles com poucos e médios recursos. O câncer adquiriu maior dimensão, tornando-se reconhecidamente um problema de saúde mundial.

Atualmente, o enfrentamento do câncer no Brasil depende de ações que incluam educação em saúde em todos os níveis da sociedade, campanhas de promoção de saúde e de prevenção orientadas aos indivíduos em geral e grupos específicos, geração de opinião pública e estímulo à criação de leis que permitam monitorar a incidência da doença (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - INCA, 2012a).

No âmbito individual, a adesão a programas de prevenção, diagnóstico e tratamentos, depende, em grande parte, da quantidade e da qualidade da informação que as pessoas possuem a respeito da patologia (VEIT & CARVALHO, 2010). No entanto, esse não é o único fator a influenciar e interferir nos comportamentos de saúde.

Desde a década de 60, pesquisadores vêm estudando as crenças causais de pacientes com diversos tipos de doença e observaram que essas crenças motivam, guiam e moldam os comportamentos de saúde dos indivíduos, suas interações com o tratamento, assim como estratégias de enfrentamento específicas (LYKINS et al., 2008; ARMAN et al., 2006; ROESCH & WEINER, 2001). Estudos apontaram ainda que as atribuições causais dos pacientes, muitas vezes, não condizem com a opinião médica dos especialistas (ARMAN et al., 2006; WOLD et al., 2005).

As atribuições causais têm importância central na compreensão que o indivíduo tem a respeito do mundo e, desse modo, são determinantes na interação desse indivíduo com o ambiente que o cerca. Tanto a experiência pessoal quanto vicariante de uma pessoa, a respeito de uma doença específica, podem influenciar as crenças causais relacionadas à patologia (LYKINS et al., 2008).

O diagnóstico e tratamento de uma doença, como o câncer, afetam o indivíduo em sua totalidade mente-corpo, estando envolvidos, dessa forma, fatores emocionais, sociais, psicológicos, físicos, espirituais, entre outros. Psique e corpo estão envolvidos durante todo o processo de adoecimento e cura.

A visão psicossomática moderna reconhece a inter-relação e interdependência fundamental entre a mente e o corpo, em todos os estágios da saúde e da doença (FERREIRA, 2004). Segundo Ramos (2006), a inter-relação contínua entre corpo e mente está envolvida na origem, desenvolvimento e cura das doenças.

O conhecimento a respeito das concepções de saúde e doença dos pacientes oncológicos e, especificamente, das crenças relacionadas à etiologia de sua doença, apresenta-se como um dos aspectos centrais para a compreensão mais ampla do processo de adoecimento, diagnóstico e tratamento dos mesmos.

Para Fugita & Gualda (2006), considerar as crenças das pacientes com câncer no planejamento de programas de educação em saúde, seria uma das formas de se obter maior participação e adesão a estes programas.

Lykins et al. (2008) afirmam que as pesquisas a respeito das atribuições causais relacionadas ao câncer servem a dois propósitos principais: ajudar a identificar as relações entre crenças causais específicas e as práticas de saúde; e, promover uma fundamentação empírica para os esforços de saúde pública, a fim de educar a população a respeito das causas do câncer e comportamentos apropriados de redução de risco.

O interesse e o estímulo para investigar o universo das atribuições causais em pacientes oncológicos surgiram há cerca de três anos, em função da experiência profissional que tive entre os anos de 2007 e 2009. Nesse período, participei da equipe interdisciplinar da Associação Ciranda Viva, que oferece, desde 2006, grupos de apoio a pacientes com câncer e seus familiares.

No ano de 2007, soube que a associação estava iniciando um curso de capacitação para profissionais da saúde que tivessem interesse em trabalhar na área da Psico-oncologia e foi então que tive contato com Maria Lúcia Ferreira, psico-oncologista há mais de vinte anos e idealizadora do projeto. A partir daí, passei a integrar o grupo como psicóloga e pesquisadora.

Os grupos atendidos eram compostos, majoritariamente, por mulheres com cânceres de mama, colo do útero e ovário, em diferentes fases de diagnóstico e tratamento.

Um aspecto comum a essas mulheres, que chamava minha atenção, era que todas buscavam encontrar os porquês de sua doença, sendo essa uma temática recorrente e bastante discutida nos atendimentos em grupo.

Algumas afirmavam que o câncer estava relacionado com o sofrimento resultante de uma vida difícil e uma rotina estressante, outras acreditavam que mágoa, depressão, raiva e solidão poderiam ser causas de sua doença. Dificuldades nos relacionamentos interpessoais e familiares eram muito citadas como fontes de estresse e possíveis causas de adoecimento.

Com o apoio dos profissionais e do próprio grupo, muitas mulheres eram capazes de realizar mudanças que julgavam necessárias em aspectos como relacionamento, trabalho, cuidados com a saúde e gerenciamento do estresse, com o objetivo de alcançar melhorias na qualidade de vida.

Em 2009, me desliguei do projeto, mas o interesse a respeito do papel das atribuições causais em pacientes com neoplasias, especialmente mulheres com cânceres de mama e ginecológico, permaneceu e, agora, se concretiza como tema de pesquisa do presente trabalho.

OBJETIVOS

Objetivo geral

O objetivo geral do presente estudo é investigar as crenças causais que as pacientes diagnosticadas com câncer de mama ou ginecológico, em fase de tratamento, possuem a respeito de sua própria doença.

Objetivos específicos

São objetivos específicos da presente pesquisa:

1. Correlacionar as crenças causais relatadas pelas participantes com variáveis sociodemográficas: idade, estado civil, nível de escolaridade, renda familiar mensal e religião.
2. Correlacionar as crenças causais relatadas pelas participantes com variáveis clínicas: tabagismo, tipo de câncer, histórico familiar e pessoal da doença, realização de acompanhamento psicológico e mudanças relacionadas aos cuidados com a saúde realizadas após o diagnóstico.

1 REVISÃO DE LITERATURA

1.1 Estatísticas do câncer no Brasil e no mundo

Segundo publicação do Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2012a), “Estimativa 2012: Incidência de Câncer no Brasil” (levantamento realizado a cada dois anos e que tem como base as informações geradas pelos Registros de Câncer de Base Populacional - RCBP), válida para o país, nos anos de 2012 e 2013, ocorrerão 518.510 (quinhentos e dezoito mil, quinhentos e dez) casos novos de câncer por ano.

O câncer de pele do tipo não melanoma (134.170 novos casos) será o mais incidente na população brasileira, seguido pelos tumores de próstata (60.180), mama feminina (52.680), cólon e reto (30.140), pulmão (27.320), estômago (20.090) e colo do útero (17.540).

São esperados um total de 257.870 (duzentos e cinquenta e sete mil oitocentos e setenta) casos novos para o sexo masculino e 260.640 (duzentos e sessenta mil seiscentos e quarenta) para o sexo feminino. Os cinco tumores mais incidentes para o sexo masculino serão o câncer de pele não melanoma (62.680 novos casos), próstata (60.180), pulmão (17.210), cólon e reto (14.180) e estômago (12.670). Para o sexo feminino, destacam-se, entre os cinco primeiros, os tumores de pele não melanoma (71.490 novos casos), mama (52.680), colo do útero (17.540), cólon e reto (15.960) e pulmão (10.110).

Numericamente, o câncer da mama é o tipo que possui maior mortalidade entre as mulheres em todo o mundo, tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos. A sobrevivência média, após cinco anos, é de 85% (oitenta e cinco por cento) em países desenvolvidos e 60% (sessenta por cento) em países em desenvolvimento.

O câncer do colo do útero é o terceiro tipo de câncer mais frequente entre as mulheres no mundo e sua incidência é cerca de duas vezes maior em países menos desenvolvidos.

É o tipo de neoplasia que possui maior potencial de prevenção e de cura, quando diagnosticado precocemente. As altas taxas de mortalidade da doença nos países em desenvolvimento poderiam ser explicadas pela ausência ou ineficiência dos programas de rastreamento. No Brasil, a estratégia de rastreamento recomendada pelo Ministério da Saúde é o exame citopatológico (teste de Papanicolau), prioritariamente em mulheres de vinte e cinco a sessenta e quatro anos.

O câncer de ovário é o sétimo tipo de câncer mais incidente na maioria das regiões do Brasil, exceto pela região Norte, onde é o oitavo mais frequente. As maiores taxas de incidência da doença no mundo foram observadas na América do Norte e nas regiões ocidental e norte da Europa.

1.2 Sobre o câncer

De acordo com a *American Cancer Society* (2011a) e o Instituto Nacional de Câncer (2011c), câncer é o nome dado a um grupo de mais de cem doenças nas quais as células de determinada parte do corpo começam a se desenvolver de forma descoordenada pelo organismo, podendo invadir outros órgãos e tecidos. Trata-se de um complexo grupo de doenças que apresenta muitas causas possíveis.

As causas do câncer podem ser classificadas como internas ou externas ao organismo, estando ambas inter-relacionadas. Esses fatores causais podem interagir de diversas formas, influenciando na probabilidade de ocorrência da doença (INCA, 2011c).

Cerca de 80 (oitenta) a 90% (noventa por cento) dos cânceres estão associados a fatores externos. As causas externas estão relacionadas aos fatores ambientais, estilo de vida, hábitos e costumes próprios de uma sociedade, como tabagismo, alimentação, atividade física, exposição solar, alguns tipos de vírus e exposição ambiental a determinados produtos químicos e radiação. O surgimento da doença depende da intensidade e da duração da exposição das células aos agentes causadores de câncer (*American Cancer Society - ACS*, 2011b; INCA, 2011c, 2011d).

As causas internas, observadas em 10 (dez) a 20% (vinte por cento) dos pacientes, incluem fatores genéticos, em que um gene anormal (mutação) é herdado, podendo levar ao desenvolvimento de um câncer. Nesses casos, o que é herdado é o gene anormal e não o câncer em si (ACS, 2011a). Segundo o INCA (2011c), são raros os casos de cânceres que se devem exclusivamente a fatores hereditários, familiares e étnicos, apesar de o fator genético exercer um importante papel na oncogênese.

O risco de desenvolver a maioria dos diversos tipos de câncer pode ser reduzido por meio de mudanças no estilo de vida, como parar de fumar, limitar o tempo de exposição ao sol, realizar atividades físicas e mudar hábitos alimentares (ACS, 2011b; WOLD et al., 2005).

Para que mudanças de estilo e hábitos de vida sejam adotadas, visando a redução do risco de desenvolver a doença, é necessário que o indivíduo tenha conhecimento e informação a respeito das causas do câncer, dos fatores de risco que podem ser por ele modificados, assim como os comportamentos saudáveis relacionados à prevenção.

Compreender e controlar as doenças malignas requer conhecimentos científicos e experiências que vão desde o conhecimento dos complexos mecanismos de regulação molecular intracelular às escolhas individuais do estilo de vida (INCA, 2011, s/p).

1.3 Atribuição de causalidade

Conhecimento e informações a respeito das doenças, especialmente aquelas que oferecem grande risco à vida, não são os únicos fatores a interferir nos comportamentos relacionados às mesmas. O ser humano responde aos eventos da vida com toda a sua complexidade e, dessa maneira, aspectos emocionais, vivências e crenças relacionadas à saúde e à doença exercem importante influência sobre as percepções e comportamentos do indivíduo.

Os indivíduos possuem representações cognitivas a respeito das ameaças à saúde e estas representações influenciam diretamente as respostas comportamentais e emocionais do indivíduo ao diagnóstico e tratamento (TRAEGER et al., 2009; LYKINS et al., 2008; ANAGNOSTOPOULOS & SPANEA, 2005).

As representações sobre as doenças são constituídas por cinco atributos: identidade (compreende o rótulo e os sintomas que o paciente acredita estarem relacionados à mesma); linha do tempo (tempo de duração – aguda, crônica ou episódica); consequências (efeitos e resultados esperados); causas (ideias pessoais sobre a etiologia); cura/controle (possibilidade de recuperação e controle sobre a mesma) (LEVENTHAL et al., 1997).

Focando-se especificamente nas atribuições causais, pesquisadores afirmam que, diante de eventos negativos, incertos ou ambíguos, incluindo patologias que representem grande risco, as pessoas tendem a buscar explicações e possíveis causas para sua ocorrência (COUTINHO & TRINDADE, 2006; SALANDER, 2007; LYKINS et al., 2008; GULYN & YOUSSEF, 2010).

Desenvolvida na década de 60, a teoria da atribuição trata de como as pessoas, os “homens nas ruas”, constroem explicações causais para os eventos da vida e para o comportamento de outras pessoas, sendo também denominada “*naïve psychology*” (“psicologia ingênua”, em tradução literal) ou “psicologia do senso comum” (KELLEY, 1973, 1992).

A teoria da atribuição postula que os seres humanos têm necessidade de compreender, dar sentido e atribuir causas aos eventos da vida. As atribuições causais identificam o porquê de determinados efeitos (ou eventos) e formam a base para as decisões sobre como agir a fim de manter ou não tais efeitos (KELLEY, 1973).

Não existe apenas uma, mas diversas “teorias” da atribuição. As ideias comuns entre essas teorias são: a) as pessoas interpretam os comportamentos em termos causais; b) as interpretações têm um papel importante na determinação das reações a esses comportamentos (KELLEY, 1980).

Segundo Kelley (1973), o livro de Fritz Heider, *The Psychology of Interpersonal Relations*, de 1958, teve papel central na origem e definição da teoria da atribuição e continua sendo a maior fonte de ideias a este respeito.

Para Weiner (2008), as ideias de Fritz Heider foram o ponto de partida para a investigação da atribuição, e Harold Kelley levou algumas das ideias centrais da atribuição para a Psicologia Social.

Weiner (1985) acrescenta ainda que a atribuição de causalidade possui três dimensões: *locus* (interno/externo), estabilidade (estável/instável) e controlabilidade (controlável/incontrolável) e pode afetar uma variedade de experiências emocionais como culpa, vergonha, desesperança, raiva, entre outras.

Atualmente, a teoria da atribuição não é mais o campo dominante de investigação, como no período de 1970 a 1985, mas certamente não desapareceu (WEINER, 2008).

Quando se fala em “teoria” da atribuição, não se deve pensar em um conjunto sistematizado de suposições, proposições e deduções. O termo “teoria” foi utilizado para se referir a um conjunto de princípios gerais oferecidos para explicar determinados fenômenos observados (KELLEY, 1973).

Na visão de Kelley (1973), a teoria da atribuição se desenvolveu dentro da Psicologia Social, pois esta se ocupa da interpretação e compreensão dos comportamentos das outras pessoas. No entanto, o autor afirma que ela seria relevante para outros campos da psicologia, particularmente aqueles nos quais os autoconceitos fossem considerados importantes.

Dado que as atribuições causais podem impactar significativamente no comportamento, crenças específicas sobre a causa de uma doença em particular, como o câncer, podem influenciar fortemente comportamentos de redução de risco relevantes para aquela doença (LYKINS et al., 2008).

Crenças relacionadas à saúde e doença incluem uma série de pressupostos e concepções que, certamente, exercem influência sobre as opiniões da pessoa, sua interação com o tratamento, enfrentamento e recuperação da saúde e bem estar (ARMAN et al., 2006).

As crenças do paciente a respeito de sua condição médica têm sido relacionadas à adesão a comportamentos saudáveis, assim como ao sofrimento psicológico entre pacientes com patologias graves (COSTANZO et al., 2005; TRAEGER et al., 2009).

Crenças a respeito de uma doença podem influenciar se (e como) um indivíduo adota atitudes para reduzir o risco de desenvolvê-la, ou minimizar os riscos associados a uma doença já existente (ARMAN et al., 2006; LYKINS et al., 2008). As crenças causais podem promover ou inibir comportamentos promotores de saúde (LEVY & NIEDERDEPPE, 2007).

Uma vez que os comportamentos apropriados de redução de risco são parcialmente determinados pelas crenças causais (COSTANZO et al., 2005; ARMAN et al., 2006; LEVY & NIEDERDEPPE, 2007; LYKINS et al., 2008), é importante identificar por meio de pesquisas, as crenças dos pacientes com câncer a respeito das causas de sua própria doença, possibilitando desenvolver programas educacionais mais específicos, com foco na redução de comportamentos de risco à saúde.

Por meio da modificação de possíveis crenças causais inapropriadas entre os pacientes com câncer, pode-se diminuir ainda a probabilidade de recorrências da neoplasia (WOLD et al., 2005; LYKINS et al., 2008).

1.4 Psico-oncologia e Psicologia Analítica

A psico-oncologia é a área de intersecção entre a psicologia e a oncologia e cabe a ela o estudo das variáveis psicológicas e comportamentais envolvidas no processo de adoecimento e cura, assim como as intervenções necessárias ao longo desse processo (VEIT & CARVALHO, 2010).

A psico-oncologia se organizou na década de 1980, nos Estados Unidos, com a médica psiquiatra Jimmie Holland. Em 1977 ela criou, junto com uma equipe de profissionais, o serviço psiquiátrico do *Memorial-Sloan Kettering Cancer Center*, em Nova York. Alguns anos depois, a psico-oncologia se estabeleceu como uma subespecialidade da oncologia e da psiquiatria (FERREIRA, 2004).

No Brasil, os primeiros trabalhos nessa área se iniciaram em 1983 e, em 1989, aconteceu o primeiro “Encontro Brasileiro de Psico-oncologia” em Curitiba. Em 1994, foi fundada a SBPO – Sociedade Brasileira de Psico-oncologia. Embora a psico-oncologia seja uma área de atuação multidisciplinar, no Brasil ela foi

desenvolvida principalmente por psicólogos. (VEIT & CARVALHO, 2010; FERREIRA, 2004; CARVALHO, 2002).

Segundo Ferreira (2004), a psico-oncologia pode se utilizar de qualquer teoria psicológica – psicanálise, cognitiva, comportamental, junguiana e outras – desde que se conheça o objeto de trabalho, ou seja, o paciente, sua família e os profissionais envolvidos no tratamento.

Veit & Carvalho (2010) afirmam que a primeira preocupação da área da psico-oncologia teve seu foco nas origens e causas da doença. O resultado das investigações apontou para a multifatoriedade, entendida como o conjunto dos fatores biopsicossociais presentes, na instalação das neoplasias.

Historicamente, como aponta Carvalho (2002), já se fazia presente no pensamento de Hipócrates e Galeno a ideia de saúde como resultado do equilíbrio entre corpo e mente do indivíduo, e deste com o meio ambiente.

No decorrer dos séculos, visando o desenvolvimento do conhecimento, o homem passou a compartimentá-lo, separando religião, filosofia e ciência umas das outras (RAMOS, 2006).

No século XVII, a proposição de René Descartes de que a matéria seria uma realidade separada da mente (embora a origem de ambas se remetesse ao campo do divino) permitiu, por um lado, um grande avanço no estudo das doenças do corpo. Por outro lado, porém, resultou na visão do homem como um ser composto de partes separadas e influenciou a prática da assistência à saúde, dividindo a profissão em dois campos distintos, quase sem comunicação entre si (RAMOS, 2006; CARVALHO, 2002; CAPRA, 2006[1982]).

Para Capra (2006[1982], p. 134), essa separação implicou em “uma séria desvantagem para a compreensão da maioria das doenças importantes”, uma vez que impediu que pesquisadores investigassem os papéis do estresse e dos estados emocionais no curso das doenças.

Ao longo da história da medicina ocidental observou-se, no entanto, diversas tentativas de se desenvolver uma abordagem unificada do fenômeno corpo-mente. Tais tentativas resultaram na formulação da medicina psicossomática como disciplina científica (CAPRA, 2006[1982]).

Segundo Lipowsky (1986), a medicina psicossomática emergiu com uma reação às concepções dualísticas e reducionistas, e como uma tentativa de submeter os diversos aspectos da relação mente-corpo na saúde e doença à investigação científica. O termo “psicossomática” foi introduzido por Heinroth em 1818, mas a medicina psicossomática foi fundada apenas no início da década de 1930.

Para Capra (2006[1982]), dentro da concepção psicossomática, a finalidade básica de qualquer terapia deve ser a de reestabelecer o equilíbrio do paciente e a abordagem terapêutica deve ser multidimensional, envolvendo vários níveis do sistema corpo-mente. Essa abordagem exige o esforço de uma equipe multidisciplinar.

A manutenção da saúde seria, segundo o autor, uma questão, em parte, individual e, em parte, coletiva. A assistência individual à saúde baseia-se no reconhecimento de que a saúde dos homens é determinada por seu comportamento, sua alimentação e a natureza de seu ambiente. Já a assistência social à saúde, deveria seguir dois pontos básicos: a educação para a saúde e as políticas de saúde.

Foram os grandes avanços científicos nas áreas da medicina e psicologia e a formulação da medicina psicossomática como campo científico, que abriram caminho para o estabelecimento e desenvolvimento da psico-oncologia.

Muitos aspectos psicológicos são mobilizados durante o curso da doença, tornando-se necessárias intervenções psicossociais adequadas aos pacientes e seus familiares. Observa-se que a participação ativa do paciente no processo da doença e sua adesão aos tratamentos estão diretamente associadas a fatores psicológicos e sociais (VEIT & CARVALHO, 2010).

Para Carl Gustav Jung (1996[1981], p. 29), “os processos do corpo e os processos mentais desenrolam-se simultaneamente”.

Segundo Ramos (2006, p. 47), atualmente “existe uma tendência a considerar todas as doenças como psicossomáticas, na medida em que elas envolvem a inter-relação contínua entre corpo e mente na sua origem, em seu desenvolvimento e sua cura”.

De acordo com Jung (1996[1981]), corpo e psique seriam dois aspectos do ser vivo que agiriam simultaneamente. O autor ressalta a existência, no mundo, de um princípio de sincronicidade, segundo o qual os fatos aconteceriam ao mesmo tempo, como se fossem um só.

Ramos (2006, p. 72) afirma que o conceito de sincronicidade está implícito nos conceitos de doença e de símbolo e “refere-se à existência de dois ou mais fenômenos que acontecem ao mesmo tempo, sem relação de causa e efeito entre si, mas com relação de significado”.

Para a autora, todas as doenças teriam uma expressão no corpo e na psique simultaneamente, e o símbolo seria o terceiro fator na polaridade mente-corpo. O símbolo é a “expressão da percepção do fenômeno psique-corpo, feita por meio da percepção das alterações fisiológicas e das imagens referentes sincronicamente” (RAMOS, 2006, p. 68). Acrescenta ainda a autora que “o símbolo informa os acontecimentos orgânicos” (Idem, p. 70).

Os sintomas somáticos ou psíquicos teriam origem nos complexos, afirma a autora. Para Jung (1996[1981]) (1999[1971]), o complexo seria um aglomerado de associações, constituído de um elemento central e de associações secundariamente consteladas.

O complexo, por ser dotado de tensão ou energia própria, tem a tendência de formar, também por conta própria, uma pequena personalidade. Apresenta uma espécie de corpo e uma determinada quantidade de fisiologia própria, podendo perturbar o coração, o estômago, a pele (JUNG, (1996[1981]), p. 66).

Ramos (2006, p. 68) observa que “um complexo tem sempre uma expressão simbólica corpórea, por intermédio da qual podemos ter a chave para a compreensão da doença”.

A autora afirma que, de acordo com a concepção finalista proposta por Jung, a finalidade básica das doenças orgânicas seria a de compensar uma atitude unilateral da consciência, apontando a atitude necessária para que o ego possa integrar os conteúdos psíquicos inconscientes. A doença orgânica seria uma reação do organismo, uma compensação.

Jung (1999[1971], p. 23) afirma que:

Não há dúvida de que a ciência tem necessidade de saber como é o fenômeno 'em si', mas a ciência também não pode esquivar as condições psicológicas exigidas para o ato de conhecimento e a própria Psicologia deve estar atenta de modo particular para estas condições.

Segundo o autor, todo fenômeno requer um ponto de vista mecanicista-causal e um ponto de vista energético-final. A finalidade e a causalidade seriam duas formas possíveis de se entender os fatos. Para Jung (1999[1971]), a predominância de um determinado ponto de vista depende mais das disposições psicológicas do pesquisador ou do pensador, do que do comportamento dos fenômenos em si.

Na concepção mecanicista-causal, o fenômeno é compreendido como efeito resultante de uma causa. Já na concepção energético-final, o fenômeno é compreendido partindo do efeito para a causa. Na raiz das mudanças ocorridas nos fenômenos há uma energia que se mantém constante, produzindo um estado de equilíbrio geral no centro dessas mutações. O processo energético possui uma direção definida que obedece à diferença de potencial. "A concepção finalista vê as coisas como meios ordenados a um fim" (JUNG, (1999[1971],p.22)

De acordo com Jung (1999[1971]), a finalidade é um princípio imprescindível de explicação da natureza, uma vez que esta não poderia ser apenas mecanicista.

Jung (1999[1971]) afirma que a alma humana possui um ponto de vista finalista, sendo desse modo, psicologicamente inadmissível procedermos apenas casualmente em relação aos fenômenos psíquicos. Segundo ele, "a concepção simbolista das *causae* [causas] que o ponto de vista energético nos proporciona é necessária para a diferenciação da alma" (JUNG (1999[1971], p. 23).

O autor acrescenta ainda que a causa não possibilita uma evolução. Não se pode negar que a ligação da libido aos fatos elementares seja necessária, mas para ele, a alma não pode ficar parada nesse estágio. Ela deve evoluir convertendo as causas em meios ordenados a um fim, "em expressões simbólicas de um caminho a ser percorrido" (JUNG, (1999[1971]), p. 23).

As intervenções na área da psico-oncologia convergem com o olhar proposto pelas tendências atuais da psicologia, inclusive da psicologia analítica, no sentido de buscarem compreender a saúde e a doença a partir do próprio paciente. Ambas

consideram o indivíduo em toda a sua complexidade, considerando o fenômeno psique-corpo na compreensão dos processos de adoecimento, tratamento e cura.

Carvalho (2002) afirma que, para chegarmos ao entendimento do complexo processo que envolve as doenças cancerígenas, é essencial que os profissionais da saúde saibam ouvir e aprender com o paciente, tendo em mente que estamos diante de um ser humano e não apenas de uma patologia.

1.5 Levantamento e análise de pesquisas na área de atribuição de causalidade

Desde a década de 60, pesquisadores buscam compreender as explicações causais construídas pelos indivíduos na tentativa de explicar os comportamentos de outras pessoas e eventos da vida, como doenças que impliquem em risco de morte.

O número de investigações a respeito do papel da percepção das doenças (agudas e crônicas) apresentou grande aumento, impulsionado pelo desenvolvimento de escalas confiáveis para a mensuração das crenças a respeito das doenças, como o *Illness Perception Questionnaire* (IPQ), e, consequentemente, pelas fortes associações encontradas entre as percepções dos pacientes a respeito de suas doenças e os resultados comportamentais e emocionais (PETRIE et al., 2007).

Um levantamento das pesquisas realizadas nos últimos anos, na área de percepção das doenças e, mais especificamente, das atribuições causais relacionadas ao câncer, evidencia a importante relevância científica da temática nos dias atuais.

A revisão de literatura do presente estudo foi realizada por meio de pesquisa em bases de dados diversas, com o auxílio da ferramenta de busca do Google Acadêmico, devido à dificuldade para encontrar os artigos mais recentes (2005 a 2011) na íntegra. Foram exploradas também as referências secundárias. As bases acessadas foram: Portal de Periódicos Capes, SciELO, PubMed, ScienceDirect, SpringerLink, Wiley Online Library.

As palavras-chave utilizadas foram: *attribution* e *cancer*, *belief* e *cancer*, *causal* e *attribution* e *cancer*, *causal* e *beliefs* e *cancer*, *attribution theory* e *cancer*, *illness perception* e *cancer*, causalidade e câncer.

Foram encontrados trinta e três artigos disponíveis para consulta, sendo que onze eram anteriores a 2005. Foram excluídos artigos que estudaram as crenças e atribuições, exclusivamente, de indivíduos saudáveis ou familiares e cuidadores de pacientes com câncer (dois artigos). Entre os vinte artigos restantes, foram escolhidos aqueles que apresentavam temática mais próxima do assunto investigado no presente trabalho e boa metodologia.

Ao final, foram selecionados onze artigos publicados em português ou inglês, no período de 2005 a 2010, sendo um deles um artigo de revisão de literatura sobre a percepção social relacionada a dois tipos de câncer (mama e pulmão).

Entre onze estudos selecionados, seis foram realizados nos Estados Unidos (GULYN & YOUSSEF, 2010; TRAEGER et al., 2009; LYKINS et al., 2008; LEVY & NIEDERDEPPE, 2007; COSTANZO et al., 2005; WOLD et al., 2005), dois na Suécia (SALANDER, 2007; ARMAN et al., 2006) e três no Brasil (COUTINHO E TRINDADE, 2006; DIAS & TURATO, 2006; FUGITA & GUALDA, 2006).

Os principais tipos de neoplasias estudados pelos pesquisadores foram: câncer de mama (GULYN & YOUSSEF, 2010; ARMAN et al., 2006; FUGITA & GUALDA, 2006; WOLD et al., 2005), leucemia e linfoma (COUTINHO & TRINDADE, 2006), câncer de pulmão (GULYN & YOUSSEF, 2010; SALANDER, 2007; DIAS & TURATO, 2006), câncer colorretal (WOLD et al., 2005), câncer de próstata (TRAEGER et al., 2009; WOLD et al., 2005), câncer ginecológico – endométrio e cervical (COSTANZO et al., 2005).

Lykins et al. (2008) e Levy & Niederdeppe (2007) estudaram todos os tipos de câncer presentes na amostra, obtida a partir de uma pesquisa americana de base populacional, composta por seis mil trezentos e sessenta e nove participantes. Dentre os participantes, setecentos e sessenta e três relataram terem sido diagnosticados com algum tipo de câncer.

Entre os onze artigos selecionados, cinco optaram pelo uso de entrevistas semidirigidas (COUTINHO & TRINDADE, 2006; DIAS & TURATO, 2006; FUGITA & GUALDA, 2006; ARMAN et al., 2006; SALANDER, 2007), conduzidas pelos

pesquisadores e/ou assistentes de pesquisa. Em dois estudos (LYKINS et al., 2008; LEVY & NIEDERDEPPE, 2007) os dados foram coletados a partir de entrevistas dirigidas, feitas por telefone.

Em três pesquisas foram utilizados escalas e questionários autoaplicativos, sendo que em dois dos estudos os instrumentos de coleta foram enviados por correio (COSTANZO et al., 2005; WOLD et al., 2005). No estudo de Traeger et al. (2009), a aplicação dos questionários foi realizada na presença de um auxiliar de pesquisa ou estudante graduado de psicologia, que colheu os dados pessoais e médicos dos participantes.

Algumas das escalas utilizadas foram: Escalas de atribuição de causalidade (LYKINS et al., 2008; COSTANZO et al., 2005; WOLD et al., 2005); escalas sobre comportamentos saudáveis (COSTANZO et al., 2005); *Functional Assessment of Cancer Therapy* (TRAEGER et al., 2009; COSTANZO et al., 2005); *Illness Perception Questionnaire – Revised* e *The Perceived Stress Scale* (TRAEGER et al., 2009); *The Concerns About Recurrence Scale*, *The Impact of Events Scale*, *The Center for Epidemiological Studies Depression Scale* (COSTANZO et al., 2005).

Foram adotadas escalas de cinco pontos para atribuição de causalidade em diversos estudos (TRAEGER et al., 2009; LYKINS et al., 2008; LEVY & NIEDERDEPPE, 2007; WOLD et al., 2005), por possibilitarem observar o grau de “força” de uma determinada crença (ex. “certamente causa câncer/ certamente não causa câncer”).

O artigo de Gulyn & Youssef (2010) não deixou claro como foram selecionados os artigos que compuseram a revisão sobre a percepção social de culpa.

Wold et al. (2005), com o objetivo de descrever as crenças dos sobreviventes de cânceres de mama, próstata e colorretal, realizaram um estudo com seiscentos e setenta participantes, sendo 62,1% (sessenta e dois vírgula um por cento) com câncer de mama, 24,6% (vinte e quatro vírgula seis por cento) com câncer de próstata e 13,3% (treze vírgula três por cento) com câncer colorretal. A amostra foi composta por 67,6% (sessenta e sete vírgula seis por cento) de mulheres e a faixa etária predominante foi acima de sessenta e cinco anos (48,1% - quarenta e oito vírgula um por cento). Entre os participantes, 52,7% (cinquenta e dois vírgula sete

por cento) apresentavam alto risco familiar para câncer, 44,9% (quarenta e quatro vírgula nove por cento) tinham ensino superior completo ou pós-graduação, 49% (quarenta e nove por cento) eram não fumantes e 76,9% (setenta e seis vírgula nove por cento) eram casados. Categorias de análise foram utilizadas para descrever associações entre as crenças dos participantes sobre as causas do seu tipo de câncer e de sua própria neoplasia, e variáveis sociodemográficas e da doença, como gênero, idade e histórico familiar da doença. Independente do sexo e tipo de câncer, os sobreviventes relataram mais frequentemente fatores genéticos (75% - setenta e cinco por cento), seguidos pelo tabagismo e fatores ambientais (como poluição e ocupação) como causas do seu tipo de câncer. O estresse foi citado como causa por 60% (sessenta por cento) das mulheres e 40% (quarenta por cento) dos homens. Quando perguntados a respeito das causas de sua própria neoplasia, os participantes relataram com maior frequência os fatores genéticos, poluentes e estresse.

Segundo os autores, o estresse apareceu como uma causa importante, como observado em estudos anteriores. Para eles, as frequentes divulgações feitas pela mídia sobre os impactos do estresse na saúde, poderiam levar à crença de que o estresse pode acarretar em diferentes doenças, incluindo o câncer. Sobreviventes mais jovens (idade inferior a cinquenta anos) dos cânceres de mama (n=83) e próstata (idade inferior a sessenta e cinco anos; n=53) acreditavam que poluição e aditivos alimentares tinham um papel importante no desenvolvimento da malignidade. Mulheres mais jovens com câncer de mama citaram a vontade de Deus e o baixo consumo de frutas e vegetais como causas da doença. Para os autores, essa diferença entre as faixas etárias pode ser explicada pelo fato de que sobreviventes mais jovens busquem causas externas para sua doença, por compreenderem que o câncer afeta tipicamente pessoas mais velhas, ou ainda, é possível que as fontes de informação sobre a doença variem de acordo com a idade.

Nos resultados obtidos por Wold et al. (2005) parece haver uma aceitação geral de que a genética tem um papel importante no risco do câncer, em pacientes com e sem histórico familiar de câncer. Os sobreviventes com alto risco familiar estavam mais propensos a citarem os fatores genéticos como causa principal. No entanto, os participantes, mesmo aqueles com histórico familiar positivo, eram mais propensos a indicar o fator genético como uma causa importante para o câncer de

outras pessoas do que para sua própria doença. Apesar de não estar relacionado ao câncer de mama ou de próstata, e estar fracamente relacionado ao câncer colorretal, todos os grupos citaram o tabagismo como uma causa importante. Para 32% (trinta e dois por cento) dos fumantes, 18% (dezoito por cento) dos ex-fumantes e 9% (nove por cento) dos não fumantes, o tabagismo se constituía como uma causa de sua neoplasia. Menos da metade dos participantes afirmou acreditar que o sedentarismo, obesidade e uma dieta empobrecida poderiam ser causas importantes do câncer de mama e colorretal. Para Wold et al. (2005), as crenças dos sobreviventes são substancialmente diferentes daquelas dos especialistas.

Para Wold et al. (2005), os resultados indicam que esforços da saúde pública e dos profissionais da saúde para educar o público em geral e pacientes sobre as causas do câncer, precisam ser melhorados e ampliados. Esforços educativos são necessários para promover a compreensão de que muitos fatores modificáveis, como obesidade, dieta empobrecida e sedentarismo, podem reduzir o risco da doença.

Arman et al. (2006), estudaram cento e dezoito mulheres com câncer de mama, em diferentes estágios da doença, com o objetivo de examinar suas crenças e percepções a respeito da gênese da patologia. Metade das mulheres (cinquenta e nove participantes) realizava tratamento complementar contra o câncer em um hospital antroposófico e a outra metade (grupo de comparação) recebia apenas o tratamento oncológico convencional. Os grupos eram equivalentes em relação à idade, estágio da doença, tratamentos anteriores e prognóstico. No que se refere ao estágio da doença, oitenta e quatro participantes apresentavam a doença em estágio avançado. O tempo médio decorrido desde o diagnóstico foi de trinta e quatro meses, variando entre um e duzentos e trinta e oito meses e a idade média do grupo foi de quarenta e nove anos, com variação entre vinte e oito e setenta e cinco anos. Quanto ao estado civil, trinta e uma eram solteiras, e oitenta e sete eram casadas ou viviam em união estável. Todas as participantes estavam empregadas ou aposentadas antes da doença. Condições socioeconômicas e educacionais não foram mensuradas. Do total das participantes, 71% (setenta e um por cento – cinquenta e uma mulheres do grupo de tratamento antroposófico e trinta e duas do grupo de comparação) citaram aspectos da vida pessoal, internos e externos, como causa da doença. Dieta, tabaco, álcool, hormônios e toxinas

ambientais foram citados como causas isoladas ou combinadas com outros fatores. Aspectos como estresse, pressão no trabalho, relacionamentos e eventos traumáticos foram proeminentes entre as crenças relatadas pelas mulheres. Dentre as cento e dezoito mulheres, 4% (quatro por cento - todas pertencentes ao grupo de comparação) citaram a hereditariedade como única origem da neoplasia e 25% (vinte e cinco por cento) não souberam responder (oito mulheres do grupo de tratamento antroposófico e vinte e duas do tratamento convencional).

Assim como nos trabalhos de Salander (2007), Wold et al. (2005) e Costanzo et al. (2005), nos quais os participantes citaram o estresse como sendo uma causa significativa para o câncer, no estudo de Arman et al. (2006) os aspectos psicológicos tiveram destaque dentre as causas citadas. Estresse mental, trauma, depressão, perdas, luto e mágoa foram mencionados como causas importantes. Aspectos psicológicos sozinhos ou combinados com outros fatores foram a atribuição mais prevalente entre os dois grupos de mulheres. Segundo elas, o estresse afeta o corpo, tornando-o suscetível a doenças. A diferença mais marcante entre os grupos foi a rejeição da crença em uma relação entre o estilo de vida e o câncer de mama, no grupo de tratamento convencional.

Arman et al. (2006) constataram que a combinação de diferentes fatores internos e externos foi o tema central das reflexões a respeito da gênese do câncer de mama. As associações estavam baseadas na crença de que diversos fatores juntos levaram a mudanças físicas, tornando o corpo mais frágil e suscetível ao câncer. Esse processo seria visto pelas pacientes, como uma luta na qual o corpo perde força para resistir ao inimigo imunológico. Segundo os autores, as percepções e crenças das mulheres com câncer de mama incluem uma abordagem holística, na qual os aspectos psicossociais estão integrados.

Levy & Niederdeppe (2007) buscaram examinar a correlação entre crenças fatalistas a respeito da prevenção das neoplasias e três comportamentos preventivos (tabagismo, atividade física e consumo de frutas e vegetais). Foram entrevistados, por telefone, seis mil trezentos e sessenta e nove adultos americanos, maiores de dezoito anos, portadores ou não da doença, participantes do “2003 *Health Information National Trends Survey*”, nos Estados Unidos. A idade média da população estudada foi de quarenta e cinco vírgula dois anos, sendo que 51,9% (cinquenta e um vírgula nove por cento) eram mulheres; mais da metade da

população tinha renda anual inferior a U\$50.000/ano (cinquenta mil dólares ao ano), 32% (trinta e dois por cento) haviam completado o Ensino Médio e apenas 16,9% (dezesesseis vírgula nove por cento) tinham nível educacional inferior ao Ensino Médio, 59,8% (cinquenta e nove vírgula oito por cento) estavam empregados e 63,6% (sessenta e três vírgula seis) eram casados ou mantinham união estável. No que se refere às crenças fatalistas, quase metade dos participantes (47,1% - quarenta e sete vírgula um por cento) concordou que “Parece que quase tudo causa câncer”; 27% (vinte e sete por cento) afirmaram que “Não há muito que as pessoas possam fazer para diminuir suas chances de ter câncer”; 71,5% (setenta e um vírgula cinco por cento) concordaram que “Há tantas recomendações sobre a prevenção do câncer, que é difícil saber quais seguir”. Crenças fatalistas estavam associadas com uma menor probabilidade de engajamento em atividades físicas, ser não fumante e comer cinco porções diárias de frutas e vegetais. A única exceção é que a crença “não há muito que as pessoas possam fazer...” não estava associada a uma menor probabilidade de o participante ser não fumante.

Levy & Niederdeppe (2007) observaram que as crenças fatalistas sobre a prevenção do câncer são prevalentes entre a população adulta dos Estados Unidos e afirmam que essas crenças foram mais fortes entre participantes com níveis educacionais mais baixos. Renda e situação ocupacional não estavam relacionados com nenhuma das três crenças causais. Ser casado ou ter uma união estável estava positivamente correlacionado com duas das três crenças. A idade dos participantes não apresentou um padrão de associação com as crenças fatalistas. Mulheres tinham maior probabilidade de acreditar que “tudo causa câncer”, assim como participantes com histórico familiar de câncer (61,9% - sessenta e um vírgula nove por cento), sugerindo que a experiência próxima, além de aumentar o risco da doença, pode atuar como uma barreira para os esforços de promoção de saúde. Os resultados da pesquisa sugerem que participantes que possuíam crenças fatalistas a respeito da prevenção poderiam apresentar maior risco para a doença, uma vez que apresentavam menor probabilidade de engajamento em comportamentos preventivos.

Para Levy & Niederdeppe (2007), o desenvolvimento de campanhas mais simples relacionadas à prevenção do câncer, que possam ser amplamente

disseminadas e compreendidas pela população com níveis educacionais mais baixos é um trabalho de grande importância do ponto de vista social e de saúde.

Lykins et al. (2008) buscaram examinar a relação entre históricos familiar e pessoal de câncer, e as crenças sobre a etiologia e prevenção da doença, entre seis mil trezentos e sessenta e nove adultos, maiores de dezoito anos, participantes do “2003 *Health Information National Trends Survey*”, nos Estados Unidos. A idade média da população estudada foi de quarenta e sete vírgula sete anos, 60,4% (sessenta vírgula quatro por cento) da amostra foi composta por mulheres e 54,2% (cinquenta e quatro vírgula dois por cento) declararam-se casados ou em união estável. Quanto ao nível de escolaridade, 30,3% (trinta vírgula três por cento) tinham nível superior completo ou pós-graduação. Mais da metade da amostra tinha renda anual inferior a U\$50.000,00 (cinquenta mil dólares). Entre os participantes, setecentos e sessenta e três tinham histórico pessoal da doença e 40% (quarenta por cento) havia recebido o diagnóstico há onze anos ou mais. Alguns participantes foram diagnosticados com câncer em duas ou mais ocasiões (7,9% - sete vírgula nove por cento da amostra). Todos os tipos de malignidade que apareceram na pesquisa foram abordados pelos pesquisadores.

Os resultados obtidos no estudo de Lykins et al. (2008) mostraram que os históricos pessoal e familiar positivos estavam associados com diferentes crenças a respeito das causas do câncer. Quando comparados os dois grupos (com histórico familiar e histórico pessoal de câncer), uma única variável causal apresentou diferença estatisticamente significativa: “ter muitos parceiros sexuais”. O histórico pessoal da doença estava associado a aproximadamente 20% (vinte por cento) de probabilidade de o participante indicar o uso de álcool como causa do câncer. Participantes com histórico familiar tinham 90% (noventa por cento) de probabilidade de acreditar que o histórico familiar poderia ser uma das causas da doença. Possuir histórico pessoal ou familiar diminuiu em 35% (trinta e cinco por cento) a probabilidade de o entrevistado acreditar que “tudo causa câncer”. O histórico familiar positivo aumentou em 15% (quinze por cento) a probabilidade de o indivíduo concordar que “existem tantas recomendações sobre a prevenção do câncer que é difícil saber quais seguir”. Segundo os autores as representações da doença, especificamente o componente da crença causal, foram influenciadas tanto pela experiência pessoal como vicariante.

Lykins et al. (2008) observaram que o histórico familiar de câncer, presente entre 62,3% (sessenta e dois vírgula três por cento) dos participantes, estava associado a crenças causais mais fortes, especialmente no que diz respeito a causas controláveis. Os autores afirmam que, de acordo com a teoria da atribuição, os indivíduos querem manter a crença de controle sobre a vida, o que pode resultar na atribuição do câncer a causas controláveis. A crença de que os indivíduos podem fazer mudanças comportamentais para prevenir o câncer pode reduzir a ansiedade associada às fortes crenças de que o histórico familiar os coloca em risco. Para os autores, isso sugere que essa população teria maior probabilidade de aceitar mensagens relacionadas a mudanças de comportamento e intervenções voltadas à redução do risco de câncer. Participantes com histórico pessoal da doença demonstraram apresentar crenças causais significativamente mais fracas, minimizando a influência das escolhas pessoais e comportamentos na causa das neoplasias, o que poderia ser compreendido como um mecanismo de autoproteção, como apontam também Gulyn & Youssef (2010). Para os autores, a ausência de crenças fortes a respeito das causas do câncer poderia, por um lado, reduzir a probabilidade de engajamento espontâneo em comportamentos apropriados de redução de risco, mas, por outro lado, poderia aumentar a probabilidade de sucesso das intervenções educativas voltadas para a redução de comportamentos de risco. Lykins et al. (2008) constataram ainda que a existência de histórico familiar da patologia tendia a aumentar a probabilidade de o entrevistado concordar que uma causa específica poderia estar associada ao aumento do risco de câncer.

Costanzo et al. (2005) investigaram, entre cento e trinta e quatro mulheres sobreviventes de cânceres cervical (55% - cinquenta e cinco por cento) e de endométrio (45% - quarenta e cinco por cento), se as crenças a respeito das causas e prevenção de recidiva estavam associadas com práticas de saúde e estresse. As participantes tinham idades entre vinte e três e noventa anos, com idade média de sessenta anos, e o tempo de diagnóstico da doença variou entre cinco e vinte anos, com média de onze vírgula dois anos. Foram excluídas participantes que haviam tido diagnóstico de algum outro tipo de câncer. Quanto ao nível educacional, 40% (quarenta por cento) haviam completado o Ensino Médio e 47% (quarenta e sete por cento) estavam empregados. Cerca de metade da população (51% - cinquenta e um por cento) declarou-se casada. Em relação ao tipo de tratamento, 87% (oitenta e

sete por cento) haviam realizado cirurgia, 44% (quarenta e quatro por cento) radioterapia e 25% (vinte e cinco por cento) tinham passado por sessões de quimioterapia.

Assim como observaram Arman et al. (2006) e Wold et al. (2005), as atribuições de causalidade apresentadas pelas participantes no estudo de Costanzo et al. (2005) não foram necessariamente consistentes com o conhecimento científico. Entre as participantes, 54% (cinquenta e quatro por cento) classificaram genética/hereditariedade como a mais importante causa para a malignidade, assim como no estudo de Wold et al. (2005), seguido por estresse (46,2% - quarenta e seis vírgula dois por cento), “vontade divina” (39,2% - trinta e nove vírgula dois por cento), hormônios (38,8% - trinta e oito vírgula oito por cento), estilo de vida (37% - trinta e sete por cento), toxinas ambientais (35,9% - trinta e cinco vírgula nove por cento), alimentação (33,6% - trinta e três vírgula seis por cento), má sorte ou acaso (29,8% - vinte e nove vírgula oito por cento), álcool ou tabaco (17,1% - dezessete vírgula um por cento), ferimento (10% - dez por cento) e etnia (8% - oito por cento). Os exames médicos foram classificados como o mais importante fator de prevenção de recidiva (94,8% - noventa e quatro vírgula oito por cento), seguido de atitude positiva (93,6% - noventa e três vírgula três por cento), orações (87,9% - oitenta e sete vírgula nove por cento) e dieta alimentar (83,4% - oitenta e três vírgula nove por cento). As atribuições foram muito parecidas para os dois tipos de câncer. Não houve diferenças estatisticamente significativas na maioria das atribuições causais, exceto pelas causas “ferimento” e “etnia”, que foram citadas como mais importantes no desenvolvimento da neoplasia pelas sobreviventes de câncer de endométrio. Não houve diferenças significativas entre fumantes e não fumantes ao atribuírem o câncer ao tabaco ou estilo de vida não saudável. Atribuições de causalidade mais fortes foram associadas com alta sintomatologia para depressão e ansiedade, exceto pelas causas “vontade de Deus” e “acaso”.

Fatores como estilo de vida, alimentação e tabaco não foram percebidos, pelas participantes do estudo de Costanzo et al. (2005), como causas importantes para o desenvolvimento do câncer, assim como obesidade e dieta gordurosa, relacionadas ao câncer de endométrio. Por outro lado, as sobreviventes acreditavam que o estresse tinha um papel importante no desenvolvimento das neoplasias, apesar dos dados científicos serem inconclusivos. Os autores afirmam ainda que as

crenças das sobreviventes de câncer ginecológico se mostraram muito similares às atribuições de sobreviventes de câncer de mama, observadas na literatura. Ambos os grupos tendem a atribuir grande importância aos fatores “estresse” e “genética” como causas das neoplasias. Para os autores, é possível que se as causas da neoplasia não forem claras para os pacientes, aumente a propensão a atribuir a doença a fatores psicossociais, como estresse e atitude mental.

Segundo Costanzo et al. (2005), mulheres que citaram comportamentos saudáveis como importantes na prevenção da recidiva relataram maior ansiedade, mas estavam mais propensas a apresentar comportamentos de saúde positivos. Os resultados sugeriram que atribuições causais que envolvem controle pessoal podem estar associadas a um maior estresse, mas estar engajado em comportamentos tidos como importantes para a prevenção e recorrência do câncer parece amenizar esse estresse.

Arman et al. (2006) constataram que a culpa estava presente nas atribuições causais relacionadas a fatores internos, mas frequentemente as pacientes buscavam compreender a sua responsabilidade no processo de adoecimento e cura, levando à possibilidade de mudanças voltadas aos cuidados com a saúde.

Em um estudo sobre a percepção do câncer de próstata e sua correlação com o bem estar emocional, realizado com duzentos e quatorze homens, Traeger et al. (2009) não encontraram uma correlação significativa entre controle pessoal percebido e bem estar emocional. Para os autores, os benefícios do controle individual dependem do quanto alguns aspectos da doença podem ser objetivamente controlados.

Como observado nos estudos de Arman et al. (2006) e Costanzo et al. (2005), Traeger et al. (2009) constataram que indivíduos que apresentaram poucas crenças causais relacionadas à personalidade e comportamentos individuais relataram maior bem estar emocional. Observou-se ainda que homens que vivenciavam maior estresse diário apresentavam menos recursos atencionais, psicológicos e sociais para lidar com as preocupações relacionadas à doença. O estresse pode exacerbar o impacto das percepções da doença sobre o ajustamento emocional, mesmo depois de terminado o tratamento. A correlação entre estresse percebido, o controle por meio do tratamento e as causas relacionadas à personalidade e comportamentos não foi significativa. No entanto, menor percepção de controle por

meio do tratamento e maior percepção das causas relacionadas à personalidade e comportamentos estavam relacionadas ao empobrecimento do bem estar emocional em pacientes com estresse. Resultados indicaram que a percepção de que o tratamento poderia controlar o câncer de próstata, maior compreensão da doença e de seus sintomas, menor percepção de consequências negativas relacionadas à doença e poucas crenças causais relacionadas à personalidade e comportamentos individuais estavam associadas com maior bem estar emocional. Maior grau de escolaridade e renda familiar mais alta também estavam associados com maior bem estar emocional.

No estudo de Traeger et al. (2009), as variáveis sociodemográficas correlacionadas com o bem estar emocional foram: idade, estado civil, grau de escolaridade, renda, ocupação e etnia. A idade média da amostra foi de sessenta e quatro vírgula nove anos e a renda média foi de U\$48.000,00/ano (quarenta e oito mil dólares ao ano). Dentre os participantes, 77,1% (setenta e sete vírgula um por cento) eram casados, 47,2% (quarenta e sete vírgula dois por cento) estavam empregados e a média de anos de estudo foi de treze vírgula oito. Todos os participantes tinham nível de leitura compatível com o nono ano de ensino para garantir a compreensão do material. O tempo decorrido desde o diagnóstico da doença foi de quinze vírgula três meses, em média, e o tempo desde o tratamento apresentou média de dez vírgula dois meses. Foram excluídos homens com histórico de outros tipos de câncer.

Um dos estudos realizados no Brasil, na cidade de São Paulo, com nove mulheres com câncer de mama, buscou explorar as crenças a respeito da causalidade da doença (FUGITA & GUALDA, 2006). O estudo não explicita dados sociodemográficos das participantes da pesquisa, como idade, grau de escolaridade, renda familiar e estado civil. As principais causas citadas pelas entrevistadas foram: reposição hormonal, uso de anticoncepcional, não amamentar, alimentos gordurosos, poluição, estilo de vida sedentário e agitado, preocupações, eventos estressantes da vida, ambiente estressante na infância, Deus, destino e maldade dos outros. Resultados do estudo mostraram que as mulheres que atribuíram a causalidade do câncer a fatores externos percebiam-se mais suscetíveis à patologia. A crença no acaso, por sua vez, resulta na percepção de que todas são suscetíveis a qualquer doença (inevitabilidade), mas esta não é percebida como barreira, apesar

de dificultar a percepção de benefícios da detecção precoce e mudanças de comportamento de risco. O fato de não possuírem antecedentes familiares fez com que as mulheres não considerassem a possibilidade de manifestar a malignidade, minimizando a necessidade de exames de detecção precoce. Por outro lado, no caso de possuírem antecedentes, as mulheres tendiam a não buscar ajuda profissional diante de algum sinal da doença, como nódulo no seio, por medo da confirmação do diagnóstico.

Fugita & Gualda (2006) verificaram que, das nove participantes do estudo, três faziam exames preventivos rotineiramente. As demais, no entanto, afirmaram não pensar na possibilidade de ter câncer e apresentavam descuidos em relação a esse aspecto da saúde. As mulheres afirmaram não terem recebido orientação dos profissionais de saúde ou sentirem vergonha em ter as mamas examinadas por um médico. Algumas disseram ainda que nunca tinham ouvido falar em câncer de mama ou mamografia. Todas essas colocações representam barreiras para o engajamento em condutas de saúde. Outras barreiras que dificultaram a procura do serviço de saúde para realização de exames preventivos foram: insegurança em relação à competência médica, inconveniências relacionadas ao próprio serviço de saúde, como a demora na realização dos exames e falta de disponibilidade e descuido da própria paciente em relação à sua saúde.

Para as autoras, as orientações dos profissionais de saúde e a troca de experiências com pessoas da rede social, citadas como referência, podem atuar como estímulo para ações e comportamentos preventivos. No entanto, aspectos negativos dos comportamentos de saúde, que podem ser percebidos como desagradáveis pelas pacientes, podem agir como barreiras para a adoção dos comportamentos de saúde recomendados.

Assim como Costanzo et al. (2005) observaram uma associação entre estresse e atribuições causais que envolvem controle pessoal, Fugita & Gualda (2006) notaram que a possibilidade de reincidência é um medo daquelas que não mudaram comportamentos que julgam ser a causa do câncer, daquelas que buscaram tratamento tardio ou que faziam parte do grupo de risco. Algumas participantes negaram a possibilidade de recidiva, pois segundo elas, a medicação teria matado todas as células doentes, ou então, as mudanças de comportamento por elas realizadas teriam sido suficientes para evitar a patologia.

De acordo com Fugita & Gualda (2006), para as mulheres entrevistadas, a vivência do câncer de mama ultrapassou os limites da experiência física, envolvendo sofrimento nos planos espiritual, psicológico, comportamental, emocional e social.

Em outro estudo brasileiro, realizado em Vitória, no estado do Espírito Santo, Coutinho & Trindade (2006) buscaram verificar as representações sociais de saúde de oito indivíduos com leucemia e linfoma, em tratamento pelo SUS (Sistema Único de Saúde), assim como as práticas sociais adotadas no tratamento. Os participantes tinham entre vinte e cinco e cinquenta anos; moravam com a família de origem ou família constituída após o casamento. Cinco deles haviam completado o ensino médio, dois tinham o ensino fundamental incompleto e um cursava o nível superior; todos afirmaram ter uma religião. Observou-se a prevalência de profissões que exigiam menor nível de escolaridade. Os dados sociodemográficos não foram correlacionados com as demais variáveis do estudo. Os autores observaram que o impacto do diagnóstico deu início a uma série de questionamentos, feitos pelos pacientes, aos médicos, a Deus e a si próprios, em busca das causas. A busca pelas causas da doença parecia ser fundamental para o controle do câncer, na crença dos pacientes. Os resultados mostraram que não houve consenso quanto à causalidade e alguns participantes acreditavam que sua doença fora motivada por diversos fatores, assim como observado por Arman et al. (2006). A dificuldade de obter um consenso entre as respostas pode estar associada ao número reduzido de participantes do estudo. As causas mencionadas durante as entrevistas foram: má alimentação (dieta inadequada, ficar sem se alimentar), o modo de vida (não fazer exames, beber), genética, determinação de Deus (necessidade de maior intimidade com Deus, aprendizado de vida, provação da fé e ensinamento para outras pessoas), radiação e exposição a produtos químicos.

Os autores observaram que estar em tratamento provocou uma ruptura no cotidiano dos pacientes, levando a mudanças drásticas em diversos aspectos de suas vidas, incluindo o aspecto físico, relações familiares, conjugais, amorosas e sociais, trabalho, estudo, lazer e crenças religiosas.

Segundo Coutinho & Trindade (2006), no decorrer do tratamento, houve uma busca por informações sobre a leucemia e o linfoma, propiciando novas reflexões aos entrevistados, que passaram a adotar uma série de cuidados de saúde, que iam da restrição à intensificação e à incorporação de hábitos (alimentares, físicos, de

lazer, religiosos, etc.). As mudanças alimentares observadas estavam diretamente relacionadas às informações recebidas por meio dos médicos e às experiências pessoais ou de outras pessoas. A crença de que alguns alimentos seriam capazes de restabelecer a saúde levou a mudanças na dieta alimentar ao longo do tratamento.

Para Coutinho & Trindade (2006), a busca de informações é empreendida com o objetivo de entender e de lidar melhor com a malignidade, alimentando a crença de controle sobre o câncer e propiciando um melhor ajustamento à doença.

De acordo com Gulyn & Youssef (2010), no caso de doenças graves, existem geralmente diferentes explicações para suas causas. A percepção dos indivíduos a respeito de sua doença podem incluir fatores como estresse, ferimento, toxinas ambientais, vontade de Deus ou dieta alimentar. Para as autoras as percepções dos pacientes a respeito das causas das doenças poderia levá-los ao sentimento de culpa. Foi realizada uma revisão de literatura como objetivo principal de examinar a percepção de culpa envolvida nas neoplasias de mama e pulmão em mulheres. O trabalho sobre as percepções sociais relacionadas a doenças graves mostrou que as explicações causais se dividem em duas categorias, uma relacionada aos comportamentos dos pacientes e outra relacionada aos fatores externos, que estariam fora do controle dos pacientes. Os pesquisadores observaram que quando uma pessoa faz uma atribuição comportamental, pode sentir-se no controle da situação, possibilitando um melhor ajustamento à doença.

Por outro lado, a atribuição das causas a fatores internos poderiam levar à percepção de culpa, como afirmam Gulyn & Youssef (2010), Salander (2007), Arman et al. (2006) e Dias & Turato (2006), enquanto a atribuição a fatores externos poderiam levar à percepção de susceptibilidade (FUGITA & GUALDA, 2006).

Foram focadas, na revisão de Gulyn & Youssef (2010), questões relacionadas (1) ao enfrentamento do paciente, (2) estigma e (3) às respostas dos cuidados de saúde e comunidades de pesquisa. Segundo o estudo, a percepção social segue padrões diferentes para o câncer de mama e de pulmão. Câncer de mama não é visto como uma doença causada por comportamentos do paciente, despertando maior consciência social e compaixão, enquanto o câncer de pulmão é associado ao tabagismo, sendo o paciente “culpado” por sua patologia. Para as autoras, é possível que quando a vítima é vista como culpada, como no caso da neoplasia de

pulmão, existam efeitos mensuráveis no enfrentamento e ajustamento do paciente, nos cuidados médicos, detecção precoce, esforços preventivos e investimentos em pesquisa, e, por esse motivo, sugerem que novos e mais aprofundados estudos sejam feitos sobre o tema.

Em outro estudo, Salander (2007) buscou investigar os fatores aos quais os participantes (vinte e três pacientes com câncer de pulmão) atribuíam sua doença e compreender como essas atribuições se relacionam com modo como os participantes lidam com a tensão. Foram entrevistados quinze homens e oito mulheres, com idade média de sessenta anos, sendo dezesseis fumantes. Dos vinte e três participantes, dezesseis atribuíram sua doença a alguma causa. A causa mais comumente citada entre os fumantes foi “poluição e toxinas ambientais”. Entre os não fumantes, as causas mais comuns foram psicológicas. Participantes que declararam não saber a causa da doença eram predominantemente fumantes e essa foi a resposta mais frequente dentro desse grupo. Foi mais comum encontrar atribuições entre os não fumantes do que entre os fumantes. Apenas 13% (treze por cento) de fumantes e ex-fumantes atribuíram a causa da doença diretamente ao cigarro.

Para Salander (2007), subestimar o tabagismo como causa do câncer é consistente com o processo de negação, por meio do qual os pacientes lidam com a tensão e criam esperança. Ele afirma, porém, que os pacientes não negam os fatos, mas dão um significado pessoal à ameaça. Essa poderia ser uma forma que os pacientes teriam para lidar com a culpa pela própria doença e com o medo de serem julgados pelas outras pessoas.

Dias & Turato (2006), em um estudo brasileiro com onze participantes com câncer de pulmão, realizado na cidade de Campinas, obtiveram conclusões e resultados muito parecidos com o trabalho de Salander (2007), no que diz respeito ao modo como os pacientes subestimam a importância do cigarro como fator de risco para a neoplasia, sem, no entanto, desconsiderá-lo. Apesar de estarem, em sua maioria, cientes dos problemas de saúde causados pelo tabaco, nem todos os participantes pararam de fumar. Segundo os autores, aqueles participantes que atribuíram o câncer claramente ao cigarro, apresentaram intensa culpa e se utilizavam da racionalização como mecanismos de defesa. Para os autores, os pacientes tentavam minimizar a ação danosa do tabaco, buscando diminuir o

sentimento de culpa. Os pacientes com câncer de pulmão ainda atribuíram a patologia a outros fatores como: doenças pulmonares anteriores (pneumonia, bronquite, enfisema, tuberculose), vontade de Deus e punição do Diabo.

Para os autores, os indivíduos criam “teorias leigas” para explicar os fenômenos, como doenças graves, a partir de conteúdos internos (medos inconscientes) e externos (crenças culturais), a fim de que possam encontrar maneiras de lidar com o fenômeno saúde-doença.

A amostra do estudo de Dias e Turato (2006) foi composta por seis homens e cinco mulheres, com idades entre quarenta e seis e sessenta e oito anos, sendo seis deles casados e cinco viúvos, solteiros ou divorciados. Dez eram aposentados, um participante estava empregado e prevaleceram as profissões que não exigiam altos níveis de escolaridade. Nove participantes estavam em tratamento e dois aguardavam decisão clínica sobre o tratamento. Os dados sociodemográficos não foram correlacionados com as atribuições causais.

Apesar da importância do conhecimento das causas do câncer entre os pacientes e sobreviventes, o número de estudos na área é restrito e pouco se sabe sobre o assunto (WOLD et al., 2005; FUGITA & GUALDA, 2006).

Pesquisas voltadas para a compreensão das percepções e crenças pessoais relacionadas às neoplasias revelam dados de significativa importância, que servem de base para o desenvolvimento de intervenções focadas na sensibilização e conhecimento dos fatores associados à doença, na promoção de comportamentos saudáveis e no incentivo à detecção precoce, podendo afetar positivamente as estatísticas e o prognóstico.

A análise dos estudos apresentados evidencia a dificuldade de comparação dos dados obtidos a respeito das crenças relacionadas à patologia, em função da heterogeneidade das amostras (pacientes, ex-pacientes e pessoas saudáveis, com ou sem histórico familiar) e das diferenças intrínsecas aos diversos tipos de cânceres existentes e ao processo da doença (diagnóstico, tratamento, acompanhamento pós-tratamento).

Entre a literatura selecionada, poucos estudos, como os de Levy e Niederdeppe (2007) e Wold et al. (2005), comparam os dados de atribuição causal obtidos com variáveis sociodemográficas como sexo, idade, estado civil, nível

socioeconômico e grau de escolaridade, podendo haver discrepâncias não identificadas entre os diversos grupos.

Os estudos brasileiros selecionados possuem amostras pequenas, compostas de oito a onze participantes, dificultando obter um consenso a respeito das atribuições causais desses pacientes (COUTINHO & TRINDADE, 2006). Amostras reduzidas permitem um conhecimento mais profundo e detalhado a respeito da vivência pessoal do paciente com determinado tipo de câncer, mas dificultam generalizações para a população geral, o que seria de grande importância para o desenvolvimento de campanhas educativas e intervenções sociais.

De acordo com o INCA (2011d), a formação das neoplasias é, frequentemente, multicausal. A interação entre os fatores de risco e de proteção à qual as pessoas são expostas influencia na probabilidade de aumento ou redução do risco de adoecimento.

1.6 Fatores de risco e de proteção

1.6.1 Fatores de risco e de proteção relacionados ao câncer

Segundo a *American Cancer Society* (ACS, 2012a), o câncer compreende um grupo complexo de doenças com diversas causas possíveis.

A prevenção do câncer pode ser definida, segundo o *National Cancer Institute* (NCI, 2012a), como a redução da mortalidade por meio da diminuição da incidência da doença. A prevenção inclui: evitar o contato com agentes carcinogênicos; ter um estilo de vida e hábitos alimentares que influenciem positivamente diminuindo os fatores de risco e o impacto das predisposições genéticas; realizar intervenções médicas quando necessário; estratégias de detecção precoce que podem resultar na retirada de lesões pré-cancerosas.

As estratégias que visam a prevenção da ocorrência das neoplasias compõem a prevenção primária, enquanto as estratégias que envolvem a detecção precoce são conhecidas como prevenção secundária (INCA, 2012a).

De acordo com o NCI (2012a), as informações a respeito da prevenção do câncer foram baseadas em estudos que mostraram associações entre fatores modificáveis de estilo de vida ou exposição ambiental e alguns tipos específicos de neoplasias. Alguns fatores demonstram ter, claramente, uma relação causal com o câncer; outros têm uma relação causal ainda incerta.

Alguns dos fatores de risco relacionados ao desenvolvimento do câncer, segundo o NCI (2012a) são:

- Tabagismo: décadas de estudo estabeleceram uma forte relação entre o uso do tabaco e diversos tipos de câncer (pulmão, cavidade oral, esôfago, bexiga, rins, pâncreas, estômago, colo do útero e leucemia mieloide aguda). Estima-se que o fumo seja responsável por 30% (trinta por cento) das mortes por câncer nos Estados Unidos. O tabagismo apresenta, no entanto, um raro efeito protetor relacionado ao câncer de endométrio (MENDONÇA et al., 2004).
- Infecções: estimativas apontam que 18% (dezoito por cento) dos casos de neoplasia são causados por agentes infecciosos. Nos países em desenvolvimento, são responsáveis por 26% (vinte e seis por cento) dos casos e nos países desenvolvidos, 8% (oito por cento). Alguns dos agentes infecciosos que podem causar câncer são: HPV (câncer de colo do útero, vagina, pênis, ânus e orofaringe); vírus da hepatite B e C (câncer de fígado); Epstein-Barr (linfoma de Burkitt); *Helicobacter pylori* (câncer gástrico).
- Radiação: exposição à radiação, principalmente radiação ultravioleta e ionizante, é uma das causas de neoplasia claramente estabelecida. A radiação ultravioleta está relacionada ao câncer de pele não-melanoma e a radiação ionizante aos cânceres de mama, pulmão, tireoide e do sistema hematológico.
- Exposição ambiental a poluentes: o tabagismo e as infecções têm apresentado um peso maior no desenvolvimento da doença quando comparados com poluentes ambientais. No entanto, algumas associações entre poluentes e câncer foram claramente estabelecidas, principalmente no que se refere ao câncer de pulmão. Entre os poluentes associados com o câncer de pulmão estão o amianto, radônio, poluição do ar e ser fumante passivo. Altas concentrações de arsênico na água estão relacionadas aos cânceres de pele, bexiga e pulmão. Outros poluentes ambientais, como os pesticidas, ainda apresentam relação causal indeterminada com as neoplasias.

Segundo o NCI (2012a), alguns fatores de risco ou proteção ainda apresentam relação causal incerta no que se refere ao desenvolvimento dos cânceres:

- Alimentação: evidências da influência da dieta alimentar sobre o câncer ainda são incertas. Evidências mais consistentes a respeito dos fatores alimentares que podem proteger contra o câncer estão relacionadas ao consumo de frutas e vegetais.
- Álcool: a respeito dos fatores alimentares que podem aumentar o risco de câncer, a evidência mais forte do relatório do *World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research - WCRF/AICR* (2012) está relacionada com o consumo de álcool.
- Atividade física: evidências sugerem que pessoas que são mais ativas fisicamente têm um risco diminuído para o desenvolvimento de certas neoplasias. Segundo o WCRF/AICR (2012), foi julgada convincente a evidência de que o aumento de atividade física protege contra o câncer colorretal e, como provável, a evidência de que a atividade física estava associada com menor risco de câncer de mama pós-menopausa e câncer de endométrio tipo I. Assim como ocorre com os fatores alimentares, a atividade física parece exercer um papel mais importante sobre algumas neoplasias específicas.
- Obesidade: tem sido cada vez mais reconhecida como um importante fator de risco para o câncer. O relatório do WCRF/AICR (2012) concluiu que a obesidade está relacionada ao câncer de mama pós-menopausa e cânceres de esôfago, pâncreas, endométrio, rim e colorretal.

Outros fatores ambientais e estilos de vida são conhecidos por influenciar o risco de câncer (positiva ou negativamente), como determinadas práticas reprodutivas e sexuais, uso de estrogênio e exposição a certos químicos.

1.6.2 Fatores de risco e proteção relacionados ao câncer de mama

O principal fator de risco para esse tipo de câncer é a idade. As taxas de incidência aumentam significativamente até cinquenta anos de idade, seguindo um ritmo mais lento posteriormente. Outros fatores de risco importantes estão bem

estabelecidos, como os relacionados à vida reprodutiva da mulher (menarca precoce, nuliparidade, primeira gestação acima dos trinta anos, uso de anticoncepcionais orais, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal), histórico familiar de câncer de mama e alta densidade do tecido mamário. A exposição à radiação ionizante é outro fator considerado de risco (INCA, 2012a).

Ao contrário do que se observa no câncer de colo do útero, o número de casos é superior em mulheres com situação socioeconômica mais elevada, se comparado com mulheres de classes sociais mais baixas.

A existência de histórico familiar positivo para essa neoplasia aumenta em duas a três vezes o risco de adoecimento. Alterações em genes responsáveis pela regulação e pelo metabolismo hormonal e reparo de DNA, como BRCA1, BRCA2 e p53, aumentam o risco de desenvolver câncer da mama (INCA, 2012a). Segundo o Oncoguia (2012c), mulheres com mutações nos genes BRCA 1 ou BRCA 2 apresentam 80% (oitenta por cento) de chances de desenvolver câncer de mama em algum momento da vida.

O *National Cancer Institute* (2012b) acrescenta ainda aos fatores associados com o aumento do risco de câncer de mama já citados (terapia hormonal, radiação ionizante e susceptibilidade herdada - mutações genéticas), a obesidade e o consumo de álcool.

Entre os fatores associados à diminuição do risco de câncer de mama estão: prática de exercícios físicos, gravidez em idade precoce (antes dos vinte anos), amamentação.

1.6.3 Fatores de risco e proteção relacionados ao câncer ginecológico

1.6.3.1 Câncer de colo do útero

As maiores incidências dessa neoplasia se encontram a partir da faixa etária de vinte a vinte e nove anos, tendo seu risco aumentado até atingir o pico etário entre cinquenta e sessenta anos (INCA, 2012a).

O câncer de colo do útero demora alguns anos para se desenvolver e as alterações celulares que podem desencadear a neoplasia podem ser observadas no exame de Papanicolau (INCA, 2012b).

A doença apresenta uma fase pré-clínica, ou seja, sem sintomas, na qual a detecção de possíveis lesões precursoras é feita por meio da realização periódica do exame preventivo. Conforme o tumor progride, podem surgir sintomas como sangramento vaginal intermitente ou após a relação sexual, secreção vaginal anormal e dor abdominal associada a queixas urinárias ou intestinais nos casos mais avançados (INCA, 2012b; ONCOGUIA, 2012a).

O principal fator de risco para o desenvolvimento de lesões intraepiteliais de risco e de câncer do colo do útero é a infecção pelo papilomavírus humano (HPV). Esse vírus está presente em mais de 90% (noventa por cento) dos casos de câncer de colo do útero, mas a infecção pelo vírus por si só não é uma causa suficiente para o surgimento da neoplasia (INCA, 2012a; ONCOGUIA, 2012a).

Além de aspectos relacionados à própria infecção pelo HPV (tipo e carga viral, infecção única ou múltipla), existem outros fatores de risco importantes para o desenvolvimento do câncer, como: idade (maioria das infecções por HPV regride espontaneamente em mulheres com menos de trinta anos); baixas condições socioeconômicas (impactam na realização de exames de prevenção); início precoce da atividade sexual; multiplicidade de parceiros sexuais; tabagismo (risco é proporcional ao número de cigarros fumados por dia e aumenta quando o ato de fumar é iniciado em idade precoce); higiene íntima inadequada e uso prolongado de contraceptivos orais (INCA, 2012a; ONCOGUIA, 2012a; NCI, 2012a).

Dados do NCI (2012a) apontam ainda para um aumento do risco de câncer cervical em fumantes passivas e mulheres com elevado número de gestações.

Atualmente, o exame de Papanicolau é a principal estratégia utilizada nos programas de rastreamento do câncer do colo do útero. No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda que o teste seja realizado prioritariamente em mulheres com idades entre vinte e cinco e sessenta e quatro anos (INCA, 2012a).

1.6.3.2 Câncer de ovário

É o câncer ginecológico mais difícil de ser diagnosticado. Cerca de 75% (setenta e cinco por cento) dos casos de tumores malignos nesse órgão são diagnosticados em estágio avançado, uma vez que frequentemente não apresentam sintomas (INCA, 2012a; ONCOGUIA, 2012b).

Trata-se de um tipo de câncer relativamente raro, sendo menos frequente do que o câncer de mama, colo do útero, intestino, pulmão e estômago (ONCOGUIA, 2012b).

Segundo dados do INCA (2012a), a estimativa para 2012 é de ocorram 6.190 (seis mil cento e noventa) novos casos no Brasil. Em 2008, o número de óbitos foi de 2.963 (dois mil novecentos e sessenta e três).

Segundo informações do INCA (2012a), um dos fatores de risco importantes para o desenvolvimento do câncer do ovário é o histórico familiar de câncer de mama ou ovário. Mulheres que já desenvolveram câncer da mama e são portadoras de mutações nos genes BRCA1 e BRCA2 apresentam risco aumentado para desenvolver câncer do ovário. Outra condição genética que indica risco aumentado para o desenvolvimento dessa neoplasia é o câncer do cólon hereditário não polipoide (síndrome de Lynch).

Outros fatores de risco são a idade (mais comum em mulheres pós-menopausa), a terapia de reposição hormonal, o tabagismo e a obesidade (INCA, 2012b; ONCOGUIA, 2012b).

De acordo com o INCA (2012a), existem estudos que reportam uma relação direta entre o desenvolvimento do câncer ovariano e a menopausa tardia.

A endometriose (doença inflamatória frequente durante a vida reprodutiva da mulher) aparece como uma questão importante para o câncer de ovário. A doença causa um estado crônico de inflamação, que também pode contribuir para o desenvolvimento da neoplasia. Dados sugerem que o risco de câncer do ovário dobra em mulheres portadoras dessa doença em comparação com as que não a têm (INCA, 2012b).

Mutações no gene ARID1A podem ser também responsáveis por casos de câncer de ovário. Em sua forma normal, o gene tem a função de reprimir a formação de tumores. (PROGRAMA INTERINSTITUCIONAL DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO EM BIOLOGIA DO CÂNCER, 2012).

O Oncoguia (2012b) aponta alguns fatores que podem diminuir o risco do câncer de ovário: gravidez, uso de pílula anticoncepcional, ligadura de trompas e histerectomia, ressecção dos ovários, manutenção do peso ideal e dieta pobre em gorduras e rica em alimentos de origem vegetal.

1.6.3.3 Câncer de vagina

A vagina compreende desde a região do cérvix (porção inferior do útero) até a vulva (área genital externa) (ACS, 2012b).

O câncer primário da vagina é raro e representa aproximadamente 1% (um por cento) dos tumores ginecológicos. No entanto, tumores secundários ou metástases de outros tumores (colo do útero, endométrio, ovário, intestino grosso) são encontrados mais comumente na vagina do que os tumores primários (ABC DA SAÚDE, 2012). Os tipos de câncer de vagina podem ser de células escamosas (70% - setenta por cento), adenocarcinoma (15% - quinze por cento), melanoma (9% - nove por cento) e sarcoma (4% - quatro por cento) (ACS, 2012b).

Os principais sintomas dessa neoplasia são corrimento ou sangramento vaginal. Podem ocorrer ardência e dispareunia (dor na relação sexual) e, nos casos mais avançados, pode haver ulcerações (feridas) com ou sem infecção superposta (ABC DA SAÚDE, 2012).

O câncer de vagina deve ser identificado mediante exame especular das paredes vaginais e inspeção vaginal a olho nu ou com colposcópio (aparelho que aumenta a imagem), sendo que, em qualquer lesão suspeita, deve ser realizada a biópsia (ABC DA SAÚDE, 2012).

Os fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento da neoplasia são: idade (apenas 15% - quinze por cento - dos cânceres de células escamosas são encontrados em mulheres com menos de quarenta anos); infecção pelo HPV;

tabagismo (aumenta em mais de 50% - cinquenta por cento - as chances de desenvolver a neoplasia); álcool; infecção pelo HIV (vírus da imunodeficiência humana); dietilestilbestrol - hormônio usado para prevenir abortos espontâneos entre 1940 e 1971 (mulheres, cujas mães usaram o hormônio, desenvolveram adenocarcinoma de vagina e cérvix com mais frequência do que o esperado) (ACS, 2012b).

2 MÉTODO

2.1 Caracterização do estudo

O estudo caracteriza-se como uma pesquisa de levantamento de dados, no qual se pretende investigar as atribuições de pacientes com câncer de mama e ginecológico no que diz respeito às causas de sua doença, assim como a influência das variáveis sociodemográficas e clínicas sobre as crenças causais. Trata-se de uma investigação quantitativa e o referencial teórico utilizado foi o da psicologia analítica, com foco na atribuição de causalidade (teoria da atribuição).

2.2 Participantes

A amostra foi composta por cento e noventa e sete pacientes oncológicos adultos, do sexo feminino, maiores de dezoito anos, com câncer de mama ou câncer ginecológico, em fase de tratamento oncológico. Os tipos de câncer selecionados acometem predominantemente mulheres adultas, e não foram incluídas na amostra crianças e adolescentes menores de idade.

Com o objetivo de garantir uma amostra homogênea e adequada aos objetivos do presente do estudo, não foram incluídos pacientes em fase terminal ou cuidados paliativos. Cada fase da doença impõe novas situações e vivências, podendo influenciar na percepção que o paciente tem a respeito das causas do seu câncer.

Os critérios de inclusão foram: mulheres maiores de dezoito anos, com diagnóstico de câncer de mama ou câncer ginecológico, em fase de tratamento oncológico.

2.3 Local da coleta de dados

A amostra foi selecionada entre as pacientes que se encontravam em tratamento para os cânceres de mama ou ginecológico no Hospital Pérola Byington – Centro de Referência da Saúde da Mulher, localizado na cidade de São Paulo. A coleta de dados foi realizada na sala destinada ao tratamento quimioterápico, na qual as pacientes permaneciam por cerca de duas horas.

2.4 Instrumentos

Os questionários foram elaborados de modo a serem respondidos pelas próprias pacientes, possibilitando, assim, a obtenção de um maior número de participantes para o estudo. No entanto, devido ao baixo grau de escolaridade de grande parte da população atendida na instituição, mostrou-se necessária a aplicação individual, com auxílio da pesquisadora, na maioria dos casos. Optou-se, desse modo, pela aplicação com auxílio da pesquisadora em todos os casos, a fim de padronizar a coleta de dados.

Questionários utilizados:

2.4.1 Questionário clínico e sociodemográfico

Com questões fechadas e abertas, elaborado pela pesquisadora, com base na revisão de literatura que considerou trabalhos relevantes já realizados na área e dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011; LYKINS et al., 2008; LEVY & NIEDERDEPPE, 2007; WOLD et al., 2005; ARMAN et al., 2006; COSTANZO et al., 2005; TRAEGER et al., 2009) (ANEXO 1).

2.4.2 Illness Perception Questionnaire – Revised (IPQ-R)

Questionário elaborado por Weinman et al., em 1996, e revisado por Moss-Morris et al. (2002). O questionário foi elaborado com o objetivo de oferecer acesso aos cinco componentes (identidade, consequências, duração, controle/cura e causas) da percepção das doenças abordados pelo *Leventhal's Self-Regulatory Model* (LEVENTHAL et al., 1997). O IPQ-R apresenta alguns itens centrais, mas permite que o usuário adicione outros itens voltados para grupos específicos de pacientes ou de doenças (WEINMAN et al., 1996).

Em 2007, o questionário IPQ-R para indivíduos saudáveis foi adaptado para Portugal por Figueiras & Alves (2007). Até essa data, o questionário já havia sido utilizado em mais de cem estudos (PETRIE et al., 2007). O endereço eletrônico do *Illness Perception Questionnaire* disponibiliza o questionário em suas diversas traduções já realizadas (para indivíduos saudáveis e pacientes), assim como outras informações importantes sobre o teste.

No presente estudo será utilizada apenas a subescala relacionada às causas das doenças, traduzida do português de Portugal para o português do Brasil pela pesquisadora e revisada por cinco psicólogas da área clínica (entre elas três mestrandas e uma doutoranda), sendo que três delas possuíam vasta experiência no atendimento a pacientes oncológicos. Uma variável causal foi incluída na subescala (“vontade de Deus”), como sugestão de uma das psicólogas consultadas e com base nos resultados de estudos publicados (COSTANZO, 2005; WOLD et al., 2005; COUTINHO & TRINDADE, 2006; DIAS & TURATO, 2006; FUGITA & GUALDA, 2006). A subescala apresenta, ao final, uma questão a respeito da hierarquia das causas do câncer (quais seriam os três fatores mais importantes), que permite que os pacientes acrescentem outros fatores que julguem importantes no desenvolvimento da doença, mesmo que não façam parte da tabela anterior.

Foram utilizadas duas traduções disponíveis realizadas para o português de Portugal, uma voltada para indivíduos saudáveis e outra para pacientes, como base para a tradução para o português do Brasil, uma vez que ambas quase não diferem em seu conteúdo. (ANEXO 2).

2.5 Procedimentos

2.5.1 Seleção da Amostra

As participantes, pacientes do Hospital Pérola Byington diagnosticadas com câncer de mama ou câncer ginecológico e em tratamento quimioterápico, foram convidadas pela pesquisadora a participarem do estudo, de forma voluntária e gratuita.

Na ocasião, foi informado às pacientes que se tratava de um estudo voltado para a compreensão de alguns aspectos relacionados à vivência pessoal do câncer e às crenças a respeito das causas da doença. Com o consentimento das pacientes, foi iniciada a aplicação dos questionários.

2.5.2 Aplicação dos instrumentos

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 3) foi lido para as participantes, que puderam esclarecer eventuais dúvidas e, em seguida, assinado pelas mesmas.

Após a leitura do termo de consentimento, foram aplicados o Questionário clínico e sociodemográfico e, por último, a subescala de Causas adaptada do instrumento de pesquisa IPQ-R. O tempo total de aplicação dos instrumentos foi de trinta minutos, aproximadamente.

2.5.3 Análise dos dados

Os dados coletados na pesquisa foram avaliados pelo método quantitativo, de acordo com a proposta dos autores dos instrumentos utilizados na coleta e com a consultoria e orientação do pesquisador e docente da Universidade Municipal de São Caetano do Sul, Prof. Dr. Leandro Campi Prearo.

Os dados sociodemográficos (questões 1 a 12) e clínicos (questões 13 a 18), assim como da subescala de Causas do IPQ-R, foram categorizados por conteúdo, atribuindo-lhes codificação específica para facilitar lançamento no programa estatístico SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*. Os dados foram apresentados, em tabelas, por meio das medidas descritivas pertinentes a cada variável: frequência, média, mediana e coeficiente de variação.

Os testes estatísticos não-paramétricos utilizados na comparação das variáveis foram Mann-Whitney, quando realizada a comparação entre dois grupos, e Kruskal-Wallis, quando comparados mais de dois grupos. Os testes estatísticos não-paramétricos possuem papel proeminente nas ciências sociais e do comportamento e são bastante utilizados na análise de escalas ordinais, como a utilizada no estudo (SIEGEL & CASTELLAN Jr., 2006).

Nos testes de hipóteses, as estatísticas dos testes não-paramétricos não dependem diretamente dos valores das observações, mas sim de outras características, como a relação de ordem e a graduação das observações (APIS 2, 2013). As medidas de significância estatística consideradas foram escore Z e *P-value*. Para todos os testes estatísticos, o nível de significância considerado foi de 0,05 (5% - cinco por cento).

2.6 Cuidados éticos

O projeto de pesquisa “Atribuição de causalidade no câncer: a doença sob o olhar do paciente” foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Referência da Saúde da Mulher (Secretaria de Estado da Saúde) e aprovado em 26 de outubro de 2011.

Os devidos cuidados éticos foram seguidos de acordo com a Resolução 196/96 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Foi assinado o Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável, comprometendo-se, a pesquisadora, a respeitar e garantir a autonomia,

beneficência, não maleficência, justiça, privacidade e confidencialidade dentro do estudo.

Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, anteriormente mencionado, para informar aos participantes da pesquisa a respeito das garantias de acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para sanar eventuais dúvidas; a respeito da liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo; a respeito da garantia de confidencialidade, sigilo e privacidade; e da possibilidade de acesso aos resultados da pesquisa a qualquer momento.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados coletados na pesquisa foram avaliados pelo método quantitativo, de acordo com a proposta dos autores do instrumento utilizado na coleta, e com a consultoria e orientação do pesquisador e docente da Universidade Municipal de São Caetano do Sul, Prof. Dr. Leandro Campi Prearo.

Os resultados da coleta de dados serão apresentados abaixo por meio de tabelas, na seguinte ordem: caracterização da amostra a partir dos dados sociodemográficos, dados clínicos de saúde e a escala de atribuição de causalidade.

Em seguida, serão apresentadas as tabelas com os resultados das correlações estatísticas realizadas entre as atribuições causais (variável principal) e as variáveis sociodemográficas e clínicas (variáveis secundárias).

Os resultados foram analisados e discutidos com base na teoria da atribuição de causalidade, sob o referencial teórico da Psicologia Analítica.

3.1 Caracterização da amostra

3.1.1 Dados sociodemográficos

Tabela 1: Distribuição da frequência dos resultados da amostra em relação à idade

Idade média	Idade mediana	Coeficiente de variação
52,1	52,0	21,5%
18 a 29 anos		4,0
30 a 39 anos		10,2
40 a 49 anos		25,4
50 a 59 anos		31,5
60 anos ou mais		28,9

Fonte: elaborado pela autora.

Na tabela 1, verifica-se que **31,5% (trinta e um vírgula cinco por cento) das participantes têm idades entre cinquenta e cinquenta e nove anos**, 28,9% (vinte e oito vírgula nove por cento) possuem sessenta anos ou mais, 25,4% (vinte e cinco vírgula quatro por cento) têm idades entre quarenta e quarenta e nove anos, 10,2%

(dez vírgula dois por cento) entre trinta e trinta e nove anos e 4% (quatro por cento) entre dezoito e vinte e nove anos. **A média de idade é cinquenta e dois vírgula um anos** e o coeficiente de variação, 21,5% (vinte e um vírgula cinco por cento). A idade mediana é de cinquenta e dois anos.

Participantes com idades entre dezoito e trinta e nove anos (14,2% - quatorze vírgula dois por cento) foram agrupadas na mesma faixa, para fins estatísticos, uma vez que o número de participantes com faixa etária entre dezoito e vinte e nove anos e trinta e trinta e nove anos não foi suficiente para a realização de uma análise estatística eficiente, caso fossem trabalhadas separadamente.

As faixas etárias predominantes na população estudada correspondem aos achados da literatura médica. O câncer de mama tem sua incidência aumentada até os cinquenta anos de idade, apresentando uma diminuição após essa idade. O câncer de colo do útero, por sua vez, acomete mulheres a partir da faixa etária entre vinte a vinte e nove anos, atingindo seu pico entre cinquenta e sessenta anos. O câncer de ovário é mais comum em mulheres na pós-menopausa e o câncer de vagina, em mulheres acima dos quarenta anos (ACS, 2012b; INCA, 2012a, 2012b; ONCOGUIA, 2012b).

Entre os estudos realizados com pacientes com câncer de mama ou câncer ginecológico, as faixas etárias predominantes foram semelhantes às encontradas no presente estudo. Das quatrocentas e dezesseis mulheres com câncer de mama, participantes do estudo de Wold et al. (2005), trezentas e trinta e três tinham idade superior a cinquenta anos. No estudo de Arman et al. (2006), envolvendo cento e dezoito mulheres também com câncer de mama, as idades variaram entre vinte e oito e setenta e cinco anos e a idade média foi de quarenta e nove anos. A idade média das cento e trinta e quatro mulheres com câncer ginecológico, no estudo de Costanzo et al. (2005) foi de sessenta anos.

Tabela 2: Distribuição da frequência dos resultados da amostra em relação ao local de residência

Local de residência	% de casos
Estado de São Paulo	97,5
São Paulo / SP	57,9
Outros municípios	39,6
Outros Estados	2,5
Total	100,0

Fonte: elaborado pela autora.

Na tabela 2 quanto ao local de moradia, verifica-se que **97,5% (noventa e sete vírgula cinco por cento) das participantes residem no estado de São Paulo**, sendo que 57,9% (cinquenta e sete vírgula nove por cento) residem na cidade de São Paulo e 39,6% (trinta e nove vírgula seis por cento) em outros municípios do estado; 2,5% (dois vírgula cinco por cento) residem em outros estados do país.

O Hospital Pérola Byington – Centro de Referência da Saúde da Mulher, onde foi realizada a pesquisa, presta assistência médico-hospitalar e ambulatorial para a região metropolitana da grande São Paulo.

Pacientes de outros estados do país ou que residiam em municípios mais distantes relataram estar morando temporariamente em São Paulo, geralmente na casa de parentes, a fim de realizarem o tratamento oncológico no hospital.

Tabela 3: Distribuição da frequência dos resultados da amostra em relação ao nível de escolaridade

Escolaridade	% de casos
Analfabeto	6,6
Ensino fundamental incompleto	46,8
Ensino fundamental completo	17,3
Ensino médio incompleto	3,0
Ensino médio completo	16,2
Superior incompleto	1,5
Superior completo	8,1
Pós-graduação	0,5

Fonte: elaborado pela autora.

Na tabela 3, constata-se que **46,8% (quarenta e seis vírgula oito por cento) das participantes possuem o ensino fundamental incompleto**, 17,3%

(dezessete vírgula três por cento) ensino fundamental completo, 16,2% (dezesesseis vírgula dois por cento) ensino médio, 8,1% (oito vírgula um por cento) possuem ensino superior, 6,6% (seis vírgula seis por cento) são analfabetas, 3% (três por cento) têm o ensino médio incompleto, 1,5% (um vírgula cinco por cento) possuem nível superior incompleto e 0,5% (meio por cento) tem pós-graduação.

Os níveis educacionais encontrados entre os participantes de estudos realizados nos Estados Unidos foram superiores aos dados obtidos nessa pesquisa. Os dados de escolaridade encontrados são compatíveis com as condições de desenvolvimento encontradas em cada país, que têm impacto sobre outras variáveis, como renda mensal e o atendimento em saúde pública no país.

O fato da amostra do presente estudo ter sido selecionada em um hospital público resulta em um predomínio do número de pacientes com baixos níveis de escolaridade e de renda familiar. Pacientes com padrão de renda superior e, geralmente, maior nível de escolaridade, tendem a procurar atendimento privado. Estudos futuros que possam comparar pacientes com diferentes níveis de escolaridade e renda, no Brasil, são de grande importância para o tema em questão.

No trabalho de Costanzo et al. (2005), 40% (quarenta por cento) haviam completado o ensino médio. Dos seiscentos e setenta participantes do estudo de Wold et al. (2005), 44,9% (quarenta e quatro vírgula nove por cento) tinham ensino superior completo ou pós-graduação, enquanto no trabalho de Lykins et al. (2008), a porcentagem foi de 30,3% (trinta vírgula três por cento). Levy & Niederdeppe (2007) observaram que 32% (trinta e dois por cento) haviam concluído o ensino médio e apenas 16,9% (dezesesseis vírgula nove por cento) tinham grau de escolaridade inferior ao ensino médio. No estudo de Traeger et al. (2009), a média de anos de estudo foi de treze vírgula oito, com desvio padrão de três vírgula quatro.

No estudo brasileiro de Coutinho & Trindade (2006), realizado com oito participantes, cinco possuíam o ensino médio completo, dois não haviam completado o ensino fundamental e um cursava o ensino superior.

Tabela 4: Distribuição da frequência dos resultados da amostra em relação ao estado civil

Estado civil	% de casos
Casada	45,2
Divorciada/ Separada	14,2
Solteira	12,7
Viúva	12,7
União estável/ mora com companheiro	10,7
Tem parceiro fixo	4,5

Fonte: elaborado pela autora.

No que se refere ao estado civil das participantes da amostra, **45,2% (quarenta e cinco vírgula dois por cento) são casadas**, 14,2% (quatorze vírgula dois por cento) são separadas ou divorciadas, 12,7% (doze vírgula sete por cento) são solteiras, 12,7% (doze vírgula sete por cento) são viúvas, 10,7% (dez vírgula sete por cento) têm união estável e 4,5% (quatro vírgula cinco por cento) namoram. Mulheres casadas, com união estável ou parceiro fixo somam 60,4% (sessenta vírgula quatro por cento), enquanto aquelas que se declararam separadas ou divorciadas, solteiras ou viúvas, somam 39,6% (trinta e nove vírgula seis por cento).

A questão sobre ter ou não parceiro fixo foi incluída no questionário com o objetivo de estabelecer uma diferenciação entre as participantes que namoram, são casadas ou têm uma união estável, e aquelas que não possuem um relacionamento amoroso, a fim de observar a correlação entre essas variáveis e a atribuição causal relacionada ao câncer.

Assim como observado nesse trabalho, aqueles estudos que fizeram levantamento do estado civil dos entrevistados (TRAEGER et al., 2009; LYKINS et al., 2008; LEVY & NIEDERDEPPE, 2007; ARMAN et al., 2006; DIAS & TURATO, 2006; COSTANZO et al., 2005; WOLD et al, 2005), obtiveram dados que mostravam que mais da metade das populações estudadas era casada ou vivia em uma união estável.

Para a realização das correlações estatísticas, as participantes foram separadas em apenas dois grupos: aquelas que possuem um companheiro afetivo e as que não possuem. O estudo investigou possíveis diferenças nas atribuições causais entre os dois grupos.

Tabela 5: Distribuição da frequência dos resultados da amostra em relação ao número de filhos

Número de filhos	% de casos
Nenhum filho	13,7
1 filho	16,8
2 filhos	27,4
3 filhos	24,4
4 filhos ou mais	17,7
Número médio de filhos	2,3
Número mediano de filhos	2,0
Desvio padrão do número de filhos	1,5

Fonte: elaborado pela autora.

Na tabela 5, observa-se que **27,4% (vinte e sete vírgula quatro por cento) das participantes têm dois filhos**, 24,4% (vinte e quatro vírgula quatro por cento) têm três filhos, 17,7% (dezessete vírgula sete por cento) têm quatro ou mais filhos, 16,8% (dezesseis vírgula oito por cento) apenas um filho e 13,7% (treze vírgula sete por cento) não têm filhos. O número médio é de dois vírgula três filhos. O número mediano é de dois filhos e o desvio padrão, 1,5 (um vírgula cinco) filhos.

Os trabalhos anteriores selecionados não fornecem dados relacionados ao número de filhos dos participantes. Os dados obtidos nesse estudo servem de base para a caracterização dessa população específica.

Tabela 6: Distribuição da frequência dos resultados da amostra em relação à renda familiar mensal

Faixa de rendimento familiar	% de casos
Até R\$ 620	24,9
R\$ 621 a R\$ 1.240	38,1
R\$ 1.241 a R\$ 2.480	27,9
R\$ 2.481 a R\$ 6.200	8,6
R\$ 6.201 a R\$ 12.400	0,5

Fonte: elaborado pela autora.

Na tabela 6, constata-se que **38,1% (trinta e oito vírgula um por cento) das participantes possuem renda familiar mensal na faixa entre R\$621,00 (seiscentos e vinte e um reais) e R\$1.240,00 (mil duzentos e quarenta reais)**, 27,9% (vinte e sete vírgula nove por cento) entre R\$1.241,00 (mil duzentos e quarenta e um reais) e R\$2.480,00 (dois mil quatrocentos e oitenta reais), 24,9% (vinte e quatro vírgula nove por cento) possuem renda de até R\$620,00 (seiscentos e vinte reais), 8,6% (oito vírgula seis por cento) entre R\$2.481,00 (dois mil

quatrocentos e oitenta e um reais) e R\$6.200,00 (seis mil e duzentos reais) e 0,5% (meio por cento) têm renda familiar mensal entre R\$6.201,00 (seis mil duzentos e um reais) a R\$12.400,00 (doze mil e quatrocentos reais).

Os estudos brasileiros selecionados não fornecem dados sobre a renda familiar mensal dos participantes, o que impossibilita a comparação entre as amostras. No entanto, por se tratar de um hospital público, é esperado que a população atendida apresente uma condição financeira mais baixa.

Em trabalhos realizados nos Estados Unidos, como de Lykins et al. (2008), Levy & Niederdeppe (2007), mais da metade da amostra tinha renda anual inferior a U\$50.000,00 (cinquenta mil dólares). A amostra estudada por Traeger et al. (2009), também nos Estados Unidos, apresentou renda média anual de U\$48.000,00 (quarenta e oito mil dólares).

Tabela 7: Distribuição da frequência dos resultados da amostra em relação à composição domiciliar

Composição domiciliar	% de casos
Sozinho	10,2
Filhos	13,7
Marido / Companheiro	9,1
Marido / Companheiro e Filhos	34,5
Outros Parentes	32,5

Fonte: elaborado pela autora.

Na tabela 7, quanto à composição domiciliar, **34,5% (trinta e quatro vírgula cinco por cento) das participantes moram com o marido ou companheiro e os filhos**, 32,5% (trinta e dois vírgula cinco por cento) moram com outros parentes, 13,7% (treze vírgula sete por cento) moram apenas com os filhos, 10,2% (dez vírgula dois por cento) moram sozinhas e 9,1% (nove vírgula um por cento) moram apenas com o marido ou companheiro.

No trabalho realizado por Coutinho & Trindade (2006), todos os participantes viviam com a família de origem ou com a constituída após o casamento, diferentemente do dado obtido na presente amostra, em que 10,2% (dez vírgula dois por cento) das mulheres vivem sozinhas.

A amostra reduzida do estudo, constituída por apenas oito participantes, impossibilita, no entanto, comparações significativas entre as duas amostras.

Tabela 8: Distribuição da frequência dos resultados da amostra em relação à religião

Religião	% de casos
Tem religião	95,9
Católico	47,2
Evangélica	41,1
Espírita	5,6
Budista	1,5
Umbanda	0,5
Sem religião	4,1

Fonte: elaborado pela autora.

Na tabela 8, verifica-se que **95,9% (noventa e cinco vírgula nove por cento) declaram ter uma religião**, sendo de **47,2% (quarenta e sete vírgula dois por cento) são católicas**, 41,1% (quarenta e um vírgula um por cento) são evangélicas, 5,6% (cinco vírgula seis por cento) se declararam espíritas, 1,5% (um vírgula cinco) budista e 0,5% (meio por cento) umbandista. As participantes que declararam não ter uma religião somam 4,1% (quatro vírgula um por cento).

Apenas Coutinho & Trindade (2006) investigaram essa variável entre os trabalhos anteriores selecionados. Na amostra composta por oito sujeitos, todos declararam ter alguma religião. As comparações entre as populações estudadas ficam restritas, no entanto, em função da amostra reduzida.

Na análise estatística foram comparadas as participantes que declararam ter alguma religião, independentemente de suas crenças específicas, com aquelas que declararam não ter religião. O estudo investigou possíveis diferenças nas atribuições causais dos dois grupos.

Tabela 9: Distribuição da frequência dos resultados da amostra em relação à profissão

Profissão	% sobre o total de casos
Do lar	23,4
Empregada doméstica	12,2
Diarista	6,6
Ajudante geral	4,6
Costureira	4,1
Auxiliar de enfermagem	3,6
Outros	45,5

Fonte: elaborado pela autora.

Na tabela 9, verifica-se que **23,4% (vinte e três vírgula quatro por cento) das participantes são do lar**, 12,2% (doze vírgula dois por cento) trabalham como

empregada doméstica, 6,6% (seis vírgula seis por cento) são diaristas, 4,6% (quatro vírgula seis por cento) ajudantes gerais e 3,6% (três vírgula seis por cento) auxiliares de enfermagem. As demais profissões totalizam 45,5% (quarenta e cinco vírgula cinco por cento), tendo cada uma delas percentuais menores ou iguais a 3% (três por cento).

Observa-se a prevalência de profissões menos técnicas e que não exigem alto nível de escolaridade, assim como identificado nos estudos brasileiros de Coutinho & Trindade (2006) e Dias & Turato (2006).

Os dados relacionados à profissão são compatíveis com os dados de escolaridade e renda mensal observados anteriormente.

Tabela 10: Distribuição da frequência dos resultados da amostra em relação à situação ocupacional

Ocupação	% de casos
Empregada	5,1
Trabalho Autônomo	1,5
Desempregada	12,2
Do lar	34,5
Aposentada por tempo de serviço ou idade	14,7
Aposentada por motivo de saúde	7,1
Afastada pelo INSS	24,9

Fonte: elaborado pela autora.

Na tabela 10, quanto à situação ocupacional, **34,5% (trinta e quatro vírgula cinco por cento) são do lar**, 24,9% (vinte e quatro vírgula nove por cento) estão afastadas pelo INSS, 14,7% (quatorze vírgula sete por cento) aposentadas por idade ou tempo de serviço, 12,2% (doze vírgula dois por cento) estão desempregadas, 7,1% (sete vírgula um por cento) aposentadas por motivo de saúde, 5,1% (cinco vírgula um por cento) empregadas e 1,5% (um vírgula cinco por cento) são profissionais autônomas. Apenas 6,6% (seis vírgula seis por cento) das participantes exerciam alguma atividade remunerada na época da realização da pesquisa.

Dos onze participantes do estudo de Dias & Turato (2006), dez eram aposentados e um estava empregado. Entre as participantes do estudo de Arman et al. (2006), todas trabalhavam ou eram aposentadas antes do diagnóstico de câncer de mama e, na época da participação da pesquisa, algumas haviam voltado a trabalhar.

Nos estudos de Traeger et al. (2009) e Costanzo et al. (2005), 47% (quarenta e sete por cento) da amostra estava empregada, sendo esse percentual ainda mais alto no estudo de Levy & Niederdeppe (2007), com 59,8% (cinquenta e nove vírgula oito por cento) dos participantes empregados.

Apesar de todas as amostras dos referidos estudos apresentarem médias de idade superiores a quarenta e cinco anos, é perceptível a diferença em relação à situação ocupacional dos participantes dos estudos brasileiros e americanos. As porcentagens de participantes que exercem atividades remuneradas nos estudos americanos são muito superiores às porcentagens dos estudos brasileiros.

Esse dado é compatível com os resultados relacionados ao nível de escolaridade, que indicam níveis educacionais superiores nas amostras de estudos americanos. Níveis educacionais mais altos podem resultar em melhores oportunidades de trabalho, o que contribui para um consequente aumento da renda mensal.

Outra variável importante a ser observada nesse contexto é a fase da doença na qual se encontrava cada uma das populações, o que poderia interferir na sua capacidade de trabalho. Tanto no estudo de Traeger et al. (2009), como no estudo de Costanzo et al. (2005), os pacientes já haviam finalizado o tratamento para sua neoplasia há, pelo menos, dezoito meses. Nos estudos de Lykins et al. (2008) e Levy & Niederdeppe (2007), foram incluídos pacientes em qualquer fase da doença, enquanto no presente trabalho e no de Dias & Turato (2006), os participantes se encontravam em fase de tratamento.

Para muitos pacientes, o tratamento de câncer é bastante debilitante fisicamente, além de demandar muitas horas da semana. No presente estudo, realizado em um hospital público, com grande número de atendimentos diários, mesmo com horários previamente agendados, o tempo de espera para ser atendido era longo. Diversas das pacientes entrevistadas relataram que chegavam a ir ao hospital cerca de duas a três vezes na semana, em função dos tratamentos, exames clínicos e consultas médicas. Todos esses fatores reunidos acabavam, muitas vezes, impossibilitando a manutenção da atividade profissional.

Desse modo, pode-se supor que a grande diferença observada entre os estudos, em relação à situação ocupacional, esteja relacionada tanto com o nível de escolaridade das populações estudadas, quanto com a fase da doença nas quais se

encontravam os participantes e com a própria condição do sistema de saúde público.

3.1.2 Dados clínicos

Tabela 11: Distribuição da frequência dos resultados da amostra em relação ao hábito de fumar

Hábito de fumar	% de casos
Não fumantes	58,4
Ex-fumantes	34,0
Fumantes	7,6

Fonte: elaborado pela autora.

Na tabela 11, quanto ao hábito de fumar, 58,4% (cinquenta e oito vírgula quatro por cento) são não fumantes, 34% (trinta e quatro por cento) são ex-fumantes e 7,6% (sete vírgula seis por cento) fumantes.

No trabalho de Wold et al. (2005), entre os seiscentos e setenta sobreviventes de câncer (mama, próstata e colorretal), 49% (quarenta e nove por cento) declararam-se não fumantes, 41,9% (quarenta e um vírgula nove por cento) ex-fumantes e 9,1% (nove vírgula um por cento) fumantes, resultados próximos aos encontrados no presente estudo. Na amostra utilizada por Salander (2007), dezesseis dos vinte e três participantes (70% - setenta por cento) com câncer de pulmão eram fumantes.

Levy & Niederdeppe (2007) encontraram 77,8% (setenta e sete vírgula oito por cento) de não fumantes na amostra de base populacional, composta por indivíduos com e sem diagnóstico de câncer.

Tabela 12: Distribuição da frequência dos resultados da amostra em relação ao tipo de câncer

Tipo de câncer	% de casos
Câncer de mama	79,8
Câncer ginecológico	20,2
Câncer de colo do útero	11,1
Câncer de ovário	8,6
Câncer de vagina	0,5

Fonte: elaborado pela autora.

Na tabela 12, em relação ao tipo de câncer, **constata-se que 79,8% (setenta e nove vírgula oito por cento) das pacientes têm diagnóstico de câncer de mama** e 20,2% (vinte vírgula dois por cento) de câncer ginecológico. Entre os tipos de câncer ginecológico, 11,1% (onze vírgula um por cento) têm câncer de colo do útero, 8,6% (oito vírgula seis por cento) câncer de ovário e 0,5% (meio por cento) câncer de vagina.

Cinco dos estudos investigaram as atribuições causais de pacientes com um determinado tipo de câncer (TRAEGGER et al., 2009; SALANDER, 2007; DIAS & TURATO, 2006; ARMAN et al., 2006; FUGITA & GUALDA, 2006), enquanto os demais buscaram avaliar as crenças relacionadas a dois ou mais tipos de câncer, como realizado no presente trabalho (GULYN & YOUSSEF, 2010; LYKINS et al., 2008; LEVY & NIEDERDEPPE, 2007; COUTINHO & TRINDADE, 2006; COSTANZO et al., 2005; WOLD et al., 2005).

Tabela 13: Distribuição da frequência dos resultados da amostra em relação à presença de histórico pessoal anterior de câncer

Histórico pessoal	%
Sem diagnóstico anterior de câncer	80,8
Com diagnóstico anterior de câncer	19,2
Câncer de mama	16,7
Câncer de colo do útero	1,5
Câncer de ovário	1,0
Total	100,0

Fonte: elaborado pela autora.

Na tabela 13, observa-se que **80,8% (oitenta vírgula oito por cento) das participantes não tinham diagnóstico anterior de câncer**, enquanto 19,2% (dezenove vírgula dois por cento) haviam recebido um diagnóstico de câncer em outra ocasião.

Entre as mulheres que haviam sido diagnosticadas com câncer anteriormente, 16,7% (dezesesseis vírgula sete por cento) foram diagnosticadas com câncer de mama, 1,5% (um vírgula cinco por cento) tiveram câncer de colo do útero e 1% (um por cento) teve câncer de ovário.

Lykins et al. (2008), em um estudo no qual foram considerados todos os tipos de câncer, constataram que 7,9% (sete vírgula nove por cento) dos participantes do

estudo haviam sido diagnosticados com câncer em duas ou mais ocasiões. No entanto, nenhum dos estudos selecionados investigou o impacto de diagnósticos anteriores da doença sobre as crenças causais dos pacientes.

Tabela 14: Distribuição da frequência dos resultados da amostra em relação à presença de histórico familiar de câncer

Histórico familiar de câncer	% sobre o total de casos
Sim	62,4
Não	37,6

Fonte: elaborado pela autora.

Na tabela 14, observa-se que **62,4% (sessenta e dois vírgula quatro por cento) das pacientes apresentam histórico familiar de câncer entre parentes de primeiro grau**, enquanto 37,6% (trinta e sete vírgula seis por cento) não apresentam histórico familiar da doença.

Lykins et al. (2008) e Levy e Niederdeppe (2007) encontraram dados muito parecidos na amostra estudada, com 62,3% (sessenta e dois vírgula três por cento) e 61,9% (sessenta e um vírgula nove por cento) de participantes com histórico familiar de câncer, respectivamente. Wold et al. (2005) obtiveram uma porcentagem um pouco menor, com 52,7% (cinquenta e dois vírgula sete por cento) dos participantes com alto risco familiar para o câncer.

Tabela 15: Distribuição da frequência dos resultados da amostra em relação à realização de acompanhamento psicológico após o diagnóstico de câncer

Acompanhamento psicológico	% sobre o total de casos
Não	85,3
Sim	14,7

Fonte: elaborado pela autora.

Na tabela 15, em relação à realização de acompanhamento psicológico após o diagnóstico de câncer, constata-se que **85,3% (oitenta e cinco vírgula três por cento) das participantes não realizaram acompanhamento psicológico**, enquanto 14,7% (quatorze vírgula sete por cento) o fizeram.

Os estudos anteriores selecionados não apresentam dados a respeito da realização de acompanhamento psicológico após o diagnóstico de câncer. No

entanto, acreditamos que essa seja uma variável importante de ser investigada em trabalhos futuros relacionados à atribuição causal, devido ao grande destaque dado, pelos participantes de diversos estudos, às causas relacionadas ao estresse e fatores psicológicos (GULYN & YOUSSEF, 2010; SALANDER, 2007; ARMAN et al., 2006; FUGITA & GUALDA, 2006; COSTANZO et al., 2005; WOLD et al., 2005).

Tabela 16: Distribuição da frequência dos resultados da amostra em relação à adoção de mudanças relacionadas aos cuidados com a saúde após o diagnóstico de câncer

Mudanças	% de casos
Não realizou mudanças	65
Realizou mudanças	35

Fonte: elaborado pela autora.

Na tabela 16, em relação às mudanças realizadas pelas participantes após o diagnóstico de câncer, **65% (sessenta e cinco por cento) afirmam não terem realizado mudanças** relacionadas aos cuidados com a saúde, enquanto 35% (trinta e cinco por cento) afirmam que realizaram mudanças.

Mudanças no estilo de vida podem reduzir o risco de desenvolver a maioria dos tipos de câncer (ACS, 2011b; WOLD et al., 2005). No entanto, observou-se entre a amostra estudada, que apenas 35% (trinta e cinco por cento) das pacientes realizaram mudanças voltadas aos cuidados com a saúde, o que pode colocar as pacientes que não fizeram mudanças no estilo de vida em uma condição de maior risco para a ocorrência de recidivas da malignidade.

Pacientes que relataram mudanças voltadas à melhoria dos cuidados com a saúde, afirmaram ter recebido informações dos médicos que as acompanhavam, das enfermeiras ou mesmo de outras pacientes em tratamento no hospital, a respeito da doença e dos fatores de risco e prevenção.

Esse achado condiz com as observações de Coutinho & Trindade (2006) que afirmam que a busca de informações levou os participantes a adotarem uma série de cuidados com a saúde, que iam da restrição à intensificação e incorporação de hábitos relacionados à alimentação, aos aspectos físicos, lazer ou religiosidade.

Além da falta de informação e conhecimento a respeito das neoplasias, Fugita & Gualda (2006), evidenciam um aspecto importante que pode dificultar a adoção de comportamentos de saúde. Para as autoras, a percepção de aspectos negativos

relacionados a esses comportamentos, como o fato de consumir muito tempo ou ser desagradável ou desconfortável na percepção das pacientes, pode agir como impedimento para a ação, gerando conflitos na tomada de decisão relacionada aos comportamentos preventivos.

Acredita-se ser de grande importância, para o atendimento em saúde, a realização de entrevistas com as pacientes portadoras de alguma neoplasia, com o objetivo de identificar crenças, estilo de vida, hábitos e comportamentos relacionados à saúde que possam representar fatores de risco para a ocorrência e recidiva da doença.

Campanhas informativas focadas na adoção de cuidados com a saúde, restrição ou incorporação de hábitos saudáveis e outras mudanças de comportamento voltadas à busca de melhorias na qualidade de vida, podem ser benéficas para as pacientes. Além de fornecer informações importantes, que podem não estar diretamente ao alcance da população com baixo nível de escolaridade e baixa renda, essa seria uma maneira de implicar as mulheres em seu próprio tratamento, dando-lhes a percepção de controle pessoal e aumentando a adesão ao mesmo.

Tabela 17: Distribuição da frequência dos resultados da amostra em relação às mudanças relativas aos cuidados com a saúde adotadas pelas participantes

Mudanças	% de casos
Realizou mudanças	35
Mudanças relacionadas à alimentação (total)	40,2
Melhorou a alimentação de modo geral	24,4
Come mais frutas e legumes	5,6
Cortou frituras / gordura	5,1
Deixou de beber bebidas alcoólicas	3,6
Cortou açúcar	0,5
Voltou a comer carne vermelha	0,5
Voltou a comer feijão	0,5
Outras mudanças ativas	22,7
Tenta preocupar-se menos com problemas/ ficar mais calma	7,6
Parou de fumar	6,6
Não toma mais sol	2,0
Dorme melhor / dorme mais	2,0
Faz caminhadas	1,0
Não guarda mais sentimentos	1,0
Melhorou a higiene da casa/ trocou os produtos de limpeza	1,0

Começou a frequentar a igreja	0,5
Fica mais com os filhos	0,5
Mudou de cidade	0,5
Mudanças alimentação + outras mudanças	62,9
Mudanças emocionais/ psicológicas percebidas ou impostas pela doença/ tratamento	28,8
Está menos alegre / mais triste	6,1
Parou de trabalhar/ estudar/ trabalha menos	5,6
Fica quieta / não sai de casa	4,1
Não pode pegar peso/ não pode fazer força	2,5
Mais impaciente / nervosa	2,5
Isolamento	1,5
Não faz mais caminhada/ joga vôlei	1,5
Dá mais valor à vida	1,5
Parou de andar	0,5
Sente muito calor	0,5
Mais introspectiva	0,5
Muita preocupação com a morte	0,5
Ficou muito sensível emocionalmente	0,5
Maior preocupação com a aparência	0,5
Ficou mais alegre	0,5

Fonte: elaborado pela autora.

Os dados apresentados na tabela 17 foram agrupados de modo a facilitar a compreensão e análise dos mesmos, assim como as correlações estatísticas.

Em relação às mudanças citadas pelas participantes, observa-se que as **mudanças relacionadas à alimentação foram citadas em 40,2% (quarenta vírgula dois por cento) dos casos**, sendo que, **24,4% (vinte e quatro vírgula quatro por cento) afirmam terem realizado alterações na alimentação de maneira geral**, 5,6% (cinco vírgula seis por cento) passaram a comer mais frutas e legumes, 5,1% (cinco vírgula um por cento) cortaram as frituras e a gordura da alimentação, 3,6% (três vírgula seis por cento) deixaram de consumir bebidas alcoólicas, 0,5% (meio por cento) cortou o consumo de açúcar, 0,5% (meio por cento) voltou a comer carne vermelha e 0,5% (meio por cento) voltou a comer feijão.

É importante salientar que as pacientes submetidas à quimioterapia recebiam instruções, fornecidas pelos médicos e enfermeiras, a respeito da alimentação, a fim de evitar que sentissem mal-estar e enjoos devido ao tratamento quimioterápico.

O estudo de Coutinho & Trindade (2006), obteve resultado similar. Os autores observaram que as mudanças nos hábitos alimentares ocorriam principalmente por indicação dos médicos e experiências alimentares pessoais ou sugeridas por outras

pessoas. Segundo os autores, a crença na capacidade de alguns alimentos de restabelecerem a saúde, levou a mudanças na dieta alimentar adotada ao longo do tratamento.

Para Fugita & Gualda (2006), as orientações dos profissionais de saúde e a troca de experiências com as pessoas da rede social podem atuar como estímulo externo para ações e comportamentos preventivos.

Em relação à dieta alimentar, segundo o *National Cancer Institute* (2012a), as evidências mais consistentes a respeito dos fatores alimentares que podem proteger contra o câncer estão relacionadas ao consumo diário de vegetais e frutas, citadas nesse estudo por 5,6% (cinco vírgula seis por cento) das pacientes. Segundo o INCA (2011d), existem evidências científicas de que o consumo de álcool pode aumentar o risco de alguns tipos de câncer, como fígado, reto e, possivelmente, mama, porém, apenas 3,6% (três vírgula seis por cento) das mulheres afirmaram terem deixado de consumir bebidas alcoólicas.

Dietas muito gordurosas e calóricas podem levar à obesidade, que segundo o relatório do WCRF/AICR (2012), está relacionada ao câncer de mama pós-menopausa e câncer de endométrio, entre outros tipos de neoplasias. Dentre as participantes dos estudos, 5,1% (cinco vírgula um por cento) afirmaram terem retirado frituras e alimentos gordurosos de sua dieta.

Algumas participantes (24,4% - vinte e quatro vírgula quatro por cento) relataram mudanças na alimentação “de maneira geral”, sem especificarem que tipos de alterações haviam sido realizadas.

Observa-se que alguns hábitos alimentares relatados não são fatores de proteção reconhecidos relacionados ao câncer, como consumir carne vermelha e feijão. Esses fatores podem estar relacionados, como constataram Coutinho & Trindade (2006), à crença na capacidade de alguns alimentos restabelecerem a saúde.

A porcentagem de pacientes que realizaram mudanças em fatores conhecidamente relacionados com o desenvolvimento de neoplasias foi baixa, mesmo se incluirmos as participantes que não especificaram os hábitos alimentares que sofreram alterações. Menos da metade da amostra investiu em melhorias na alimentação, o que sugere a necessidade de implantação de campanhas educativas

voltadas aos fatores de risco e prevenção relacionados ao desenvolvimento das malignidades.

Outras mudanças realizadas ativamente pelas participantes somam 22,7% (vinte e dois vírgula sete por cento). Dentre elas, **7,6% (sete vírgula seis por cento) afirmam que passaram a se preocupar menos com os problemas e que buscavam ficar mais calmas**, 6,6% (seis vírgula seis por cento) pararam de fumar, 2% (dois por cento) deixaram de tomar sol, 2% (dois por cento) afirmam dormir mais e/ou melhor, 1% (um por cento) passou a fazer caminhadas, 1% (um por cento) diz que não guarda mais os sentimentos para si, 1% (um por cento) afirma que melhorou a higiene da casa e/ou trocou os produtos de limpeza que utilizava, 0,5% (meio por cento) passou a frequentar a igreja, 0,5% (meio por cento) fica mais tempo com os filhos e 0,5% (meio por cento) mudou de cidade para realizar o tratamento.

A somatória das mudanças alimentares e outras mudanças ativas realizadas pelas pacientes foi de 62,9% (sessenta e dois vírgula nove por cento). As mudanças citadas nos questionários e discriminadas na tabela acima não somam 35% (trinta e cinco por cento) (porcentagem de participantes que adotaram mudanças nos cuidados com a saúde) uma vez que as participantes poderiam apontar mais de uma mudança, em sua resposta.

Entre as mudanças relatadas pelas participantes, não relacionadas à alimentação, observa-se a predominância de aspectos emocionais e psicológicos, como preocupar-se menos com os problemas, ficar mais calma e não guardar sentimentos. Esse dado é compatível com os resultados obtidos na escala de atribuição causal, apresentada na tabela 18 (adiante), na qual se observa a predominância dos aspectos emocionais entre as crenças causais das participantes da amostra.

Aparentemente, algumas pacientes preocuparam-se em alterar alguns comportamentos, como “preocupar-se muito”, que acreditavam estar entre as causas de sua neoplasia. Para Gulyn & Youssef (2010), essa seria uma maneira de sentir-se no controle da situação, possibilitando assim, um melhor ajustamento à doença.

Em relação ao hábito de fumar, 6,6% (seis vírgula seis por cento) das participantes afirmaram terem parado de fumar após receberem o diagnóstico da doença. Sabe-se que o tabagismo está relacionado ao câncer de colo do útero, mas não ao câncer de mama e, ainda, que existe um raro efeito protetor do tabaco, em relação ao câncer de endométrio. Pacientes com câncer de mama e ginecológico não foram avaliadas separadamente, exceto em relação às causas atribuídas à doença.

A realização de atividade física parece estar associada a um menor risco de câncer de mama pós-menopausa e de endométrio, segundo o NCI (2012a), mas nota-se que apenas 1% (um por cento) da amostra afirmou ter iniciado exercícios físicos. Dentre as participantes, 2% (dois por cento) relataram que deixaram de tomar sol, por indicação médica.

Assim como Lykins et al. (2008) afirmam que a crença na possibilidade de realizar mudanças comportamentais para prevenir o câncer pode reduzir a ansiedade de indivíduos com histórico familiar de câncer, Costanzo et al. (2005) observam que estar engajado em comportamentos tidos como importantes para prevenção e recidiva do câncer pode amenizar o estresse relacionado às atribuições causais que envolvem controle pessoal. Coutinho & Trindade (2006), propõem, por sua vez, que a informação pode alimentar a percepção de controle sobre a doença, o que levaria a um bom ajustamento à doença.

Algumas participantes não citaram mudanças realizadas ativamente por elas mesmas, mas sim **alterações emocionais e psicológicas que perceberam em si mesmas após o diagnóstico, assim como mudanças impostas pela doença e tratamento (28,8% - vinte e oito vírgula oito por cento).**

Dentre essas mudanças, **6,1% (seis vírgula um por cento) afirmam estar mais tristes e/ou menos alegres**, 5,6% (cinco vírgula seis por cento) afirmam que tiveram que parar de trabalhar e/ou estudar ou passaram a trabalhar menos, seja em função das limitações físicas ou da rotina intensa de tratamentos e exames, 4,1% (quatro vírgula um por cento) afirmam que não saem de casa e que estão mais quietas, 2,5% (dois vírgula cinco por cento) afirmam que não podem mais fazer força ou pegar peso, devido à cirurgia de retirada do câncer de mama, 2,5% (dois vírgula cinco por cento) se percebem mais impacientes e/ou nervosas, 1,5% (um vírgula cinco por cento) afirmam que estão mais isoladas, 1,5% (um vírgula cinco por cento)

não praticam mais esportes (caminhadas, jogar vôlei), 1,5% (um vírgula cinco por cento) afirmam que passaram a dar mais valor à vida, 0,5% (meio por cento) parou de andar (por incapacitação física decorrente de metástase óssea), 0,5% (meio por cento) diz que sente muito calor após histerectomia, 0,5% (meio por cento) afirma ter ficado mais introspectiva, 0,5% (meio por cento) passou a se preocupar muito com a morte, 0,5% (meio por cento) percebe-se muito sensível emocionalmente, 0,5% (meio por cento) preocupa-se mais com a aparência e 0,5% (meio por cento) diz que se sente mais alegre, por perceber que tinha muitas pessoas ao seu lado.

Mudanças que não estavam relacionadas à adoção de cuidados com a saúde não foram utilizadas na análise estatística, uma vez que o objetivo da questão era observar se as pacientes que adotaram mudanças nos cuidados com a saúde teriam crenças causais diferentes daquelas que não realizaram mudanças. Esse grupo foi analisado juntamente com as participantes que declararam não terem realizado mudanças relacionadas aos cuidados com a saúde.

Fica evidente, no entanto, a necessidade de um olhar que englobe os aspectos clínicos e emocionais no tratamento dessas mulheres. O diagnóstico de câncer, as consequências da própria doença, assim como a rotina de tratamento, têm grande impacto na rotina diária das pacientes, acarretando em importantes alterações emocionais e psicológicas e mudanças na qualidade de vida.

Esses dados são compatíveis com o olhar proposto por Jung (1996[1981]), segundo o qual, psique e corpo seriam dois aspectos do indivíduo que atuariam simultaneamente, de acordo com o princípio da sincronicidade. Ramos (2006) afirma que a tendência atual é de considerar todas as doenças como psicossomáticas, uma vez que o fenômeno psique-corpo estaria envolvido na origem, desenvolvimento e cura de todas as patologias.

Ao falarem sobre a doença, as participantes do estudo acabavam, inevitavelmente, referindo-se a aspectos emocionais e psicológicos vivenciados durante o tratamento e/ou envolvidos nas causas da neoplasia.

Estudos como o de Traeger et. al (2009) e Costanzo et. al (2005) tiveram como foco a compreensão das relações entre as crenças causais dos pacientes e os quadros de ansiedade, depressão e bem estar emocional geral, assim como o

impacto dessas variáveis sobre a adoção de comportamentos de saúde e adesão aos tratamentos.

Veit & Carvalho (2010) apontam que muitos aspectos psicológicos são mobilizados durante o curso da doença e que, a participação ativa do pacientes, assim como sua adesão aos tratamentos, estão diretamente associadas a fatores psicossociais.

3.2 Atribuições causais

Tabela 18: Distribuição da frequência dos resultados da amostra em relação às causas atribuídas ao próprio câncer (subescala de “Causas” do questionário IPQ-R)

Causas	% de casos					
	Discordo Totalmente	Discordo	Nem Concordo / Nem Discordo	Concorda	Concorda Totalmente	Concorda + Concorda Totalmente
Estresse ou preocupação	17,8	2,5	2,5	17,3	59,9	77,2
Preocupações ou problemas familiares	20,3	2,0	0,5	14,7	62,4	77,2
Estado emocional	23,9	5,1	1,5	15,2	54,3	69,5
Pouca Assistência Médica no Passado	42,6	1,5	1,5	8,6	45,7	54,3
Alteração das defesas do organismo	29,9	4,6	13,2	16,2	36,0	52,3
Destino ou má sorte	45,7	3,0	6,1	12,7	32,5	45,2
Próprio Comportamento	45,4	6,1	3,6	14,8	30,1	44,9
A minha personalidade	51,8	4,1	1,0	12,2	31,0	43,1
Deus (Vontade Divina)	53,3	0,5	4,1	8,6	33,5	42,1
Poluição Ambiental	42,6	6,1	9,6	18,8	22,8	41,6
Hereditariedade	48,7	4,1	7,1	8,1	32,0	40,1
Tipo de Alimentação	56,7	4,6	2,1	13,4	23,2	36,6
Excesso de trabalho	58,4	4,1	1,0	8,1	28,4	36,5
Atitude Mental	66,0	3,0	1,5	6,1	23,4	29,4
Fumar	67,0	5,1	1,5	7,6	18,8	26,4
Um micróbio ou um vírus	52,6	4,1	18,4	8,7	16,3	25,0
Não ter sido vacinado	68,5	3,0	4,1	9,6	14,7	24,4

Acidente ou lesão	71,8	4,6	3,6	6,7	13,3	20,0
Envelhecimento	78,2	5,1	2,5	4,6	9,6	14,2
Excesso de peso	77,0	5,1	4,6	4,6	8,7	13,3

Fonte: elaborado pela autora.

Na tabela 18, em relação às causas atribuídas pelas pacientes ao próprio câncer, na subescala do questionário IPQ-R, **“estresse ou preocupação” e “preocupações ou problemas familiares” foram as mais citadas, com 77,2% (setenta e sete vírgula dois por cento) cada.** Em seguida, 69,5% (sessenta e nove vírgula cinco por cento) das participantes concordam que o “estado emocional” seria uma das causas de sua doença. “Pouca assistência médica no passado” foi citada por 54,3% (cinquenta e quatro vírgula três) das mulheres e “alteração das defesas do organismo” aparece em quinto lugar com 52,3% (cinquenta e dois vírgula três por cento).

“Destino ou má sorte” aparece com 45,2% (quarenta e cinco vírgula dois por cento), “próprio comportamento” com 44,9% (quarenta e quatro vírgula nove por cento), “a minha personalidade” com 43,1% (quarenta e três vírgula um por cento), “Deus (vontade divina)” com 42,1% (quarenta e dois vírgula um por cento), “poluição ambiental” com 41,6% (quarenta e um vírgula seis por cento), “hereditariedade” com 40,1% (quarenta vírgula um por cento), “tipo de alimentação” com 36,6% (trinta e seis vírgula seis por cento), “excesso de trabalho” com 36,5% (trinta e seis vírgula cinco por cento), “atitude mental” com 29,4% (vinte e nove vírgula quatro por cento), “fumar” com 26,4% (vinte e seis vírgula quatro por cento), “um micróbio ou um vírus” com 25% (vinte e cinco por cento), “não ter sido vacinado” com 24,4% (vinte e quatro vírgula quatro por cento), “acidente ou lesão” com 20% (vinte por cento), “envelhecimento” com 14,2% (quatorze vírgula dois por cento) e “excesso de peso” com 13,3% (treze vírgula três por cento).

Assim como foi observado nos estudos de Arman et al. (2006), Coutinho & Trindade (2006) e Costanzo et al. (2005), as participantes acreditavam que sua doença fora causada por diversos fatores.

As três primeiras causas citadas pelas mulheres que participaram do estudo (“estresse ou preocupação”, “preocupações ou problemas familiares” e “estado emocional”), com mais de 69% (sessenta e nove por cento) de concordância, são

causas relacionadas ao estresse e aspectos emocionais e subjetivos percebidos pelas pacientes. Fatores psicossociais, como a percepção de estresse, tiveram papel de destaque entre as atribuições causais relacionadas aos diferentes tipos de câncer e figuraram entre as mais citadas em estudos anteriores (GULYN & YOUSSEF, 2010; SALANDER, 2007; ARMAN et. al, 2006; FUGITA & GUALDA, 2006; WOLD et. al, 2005; COSTANZO et. al, 2005).

Como afirmam Costanzo et al. (2005) e Wold et al. (2005), apesar de não existirem estudos que comprovem a relação causal direta entre estresse e outros fatores psicológicos e o desenvolvimento de neoplasias, esses fatores aparecem entre os mais citados entre os pacientes como possível causa de suas doenças, em diversas pesquisas. Arman et al. (2006) observaram que os aspectos psicológicos, sozinhos ou em combinação com outros fatores constituíram as atribuições mais prevalentes.

Wold et al. (2005) apontam para a frequente divulgação, na mídia, a respeito dos impactos do estresse sobre a saúde, que poderia levar à crença de que o estresse pode levar a diferentes doenças, incluindo o câncer. O mesmo fenômeno pode ser observado no Brasil, o que pode explicar as fortes crenças, das participantes do presente estudo, relacionadas ao papel do estresse no adoecimento.

Arman et al. (2006) apontam para a existência de um pensamento holístico, entre as pacientes, sobre a relação entre corpo e mente na gênese e no curso da doença e da saúde. Este pensamento holístico também se faz presente entre as participantes desse estudo e se mostra coerente com o olhar da psico-oncologia, que entende que a instalação das neoplasias se dá a partir de conjunto de fatores psicossociais (VEIT & CARVALHO, 2010).

Atribuições relacionadas à assistência médica, que nesse trabalho aparecem entre as causas mais citadas, estiveram presentes apenas em outro estudo brasileiro, de Coutinho & Trindade (2006), no qual os participantes citaram causas como “não ir ao médico” e “não fazer exames”. As amostras dos dois estudos foram obtidas em hospitais públicos.

Algumas participantes do presente estudo, ao justificarem espontaneamente sua resposta, remeteram-se ao fato de terem vivido “na roça” (sic), onde, muitas

vezes, não contavam com o atendimento médico necessário. Outras citaram fatores como “falha médica”, “problemas de diagnóstico” e demora na marcação de consultas e exames ou mesmo a dificuldade de se deslocarem para cidades próximas para serem atendidas, uma vez que não encontravam o atendimento necessário em suas cidades.

Houve outro grupo ainda que justificou a concordância com a causa em função de seus próprios comportamentos, como deixar de ir ao médico e de fazer exames preventivos. Essas diferenciações ficam mais explícitas na questão relacionada à hierarquia das crenças causais, na qual as participantes poderiam citar quaisquer causas, que estivessem ou não presentes na subescala do IPQ-R.

Os dados obtidos sugerem algumas falhas do sistema de saúde público, como a dificuldade em atender a demanda de pacientes, ocasionando na demora na marcação e realização de consultas e exames, o que pode inibir a procura da população para a realização de exames preventivos. A necessidade de ampliação dos esforços educativos, voltados à conscientização a respeito da própria doença e da importância da realização de exames de rotina para identificação precoce das neoplasias, pode ser outro fator implicado na percepção das pacientes relacionado à precariedade da assistência médica recebida.

Fatores como desconhecimento, falta de informação, constrangimento em ser examinada por um médico, medo da realização dos exames, dificuldades de acesso ao sistema público de saúde e falhas do próprio sistema, irão influenciar diretamente a percepção das pacientes a respeito da assistência médica recebida e, conseqüentemente, as atribuições causais. Para Fugita & Gualda (2006), esses fatores seriam ainda obstáculos para o engajamento em comportamentos preventivos e no tratamento.

Participantes do estudo de Fugita & Gualda (2006) relataram barreiras na procura pelo serviço de saúde para a realização de exames preventivos, entre elas, a falta de conhecimento a respeito da doença e dos exames, insegurança em relação à competência médica, dificuldades para marcar exames no período em que necessitam, constrangimentos relacionados à realização dos exames e descuido pessoal.

Outra crença que aparece em destaque no presente estudo é a “alteração das defesas do organismo”, mencionada por mais da metade da amostra (52,3% - cinquenta e dois vírgula três por cento). Assim como no estudo de Arman et al. (2006), as mulheres parecem acreditar que a gênese do câncer se daria por meio de uma combinação de fatores psicossociais. Pode-se supor, como observado por Arman et al. (2006), que essas mulheres acreditem que a associação dos diversos fatores poderia levar a alterações orgânicas, que tornariam o corpo mais frágil e suscetível ao câncer.

A presença da causa “destino ou má sorte” entre as mais mencionadas (45,2% - quarenta e cinco vírgula dois por cento), parece estar relacionada à percepção das pacientes de que todas estão suscetíveis à doença, aparentando ser um fato “inevitável” e fora do controle. O mesmo pode ser observado nos estudos de Fugita & Gualda (2006), no qual foram citadas causas como “destino” e “maldade dos outros”, Costanzo et al. (2005), no qual se evidencia a crença “má sorte ou acaso” (29,8% - vinte e nove vírgula oito por cento) e de Levy & Niederdeppe (2007), em que 27% (vinte e sete por cento) dos participantes concordam com a crença fatalista de que “não há muito que as pessoas possam fazer para diminuir suas chances de ter câncer”.

As crenças que apontam para a inevitabilidade da doença podem resultar em uma menor probabilidade de engajamento em comportamentos preventivos e mudanças relacionadas aos hábitos de saúde, aumentando o risco para o desenvolvimento das neoplasias (LEVY & NIEDERDEPPE, 2007; FUGITA & GUALDA, 2006).

A crença na vontade de Deus é citada em diversos estudos (GULYN & YOUSSEF, 2010; COUTINHO & TRINDADE, 2006; FUGITA & GUALDA, 2006; DIAS & TURATO, 2006; COSTANZO et al., 2005; WOLD et al., 2005), como aparece no presente estudo com 42,1% (quarenta e dois vírgula um por cento) de concordância entre as pacientes. Essa determinação divina foi explicada pelas pacientes desse estudo como “um aprendizado de vida”, “um ensinamento para outras pessoas” que estivessem na mesma situação e como “provação” ou “teste da fé”.

Salander (2007) afirma que os pacientes com câncer estão conscientes de sua situação e percebem corretamente os fatos, mas, ao mesmo tempo, elaboram um significado pessoal para a ameaça.

Aparentemente, a atribuição da doença a Deus, deu às pacientes uma razão a mais para enfrentar, lutar e superar a adversidade, uma vez que a doença é colocada como um “teste divino” e uma possibilidade de superação pessoal. Pode-se pensar que essas pacientes, além de buscarem explicações causais para sua doença, conseguiram, por meio de um olhar prospectivo, encontrar significado para sua condição.

Essa observação é condizente com o postulado da teoria da atribuição, segundo o qual os seres humanos têm necessidade de atribuir causas, além de compreender e dar sentido aos eventos da vida (KELLEY, 1973).

Para Jung (1999[1971]), a natureza não poderia ser explicada exclusivamente pelo princípio mecanicista-causal, sendo imprescindível a adoção de uma concepção finalista. Segundo o autor, apesar de ser necessária a compreensão dos fatos elementares, essa concepção não levaria à evolução do indivíduo. Para ele, a alma humana possui um ponto de vista finalista e, por meio dele, poderia evoluir, convertendo as causas em meios ordenados a um fim. Sob essa perspectiva, a doença seria uma “expressão simbólica de um caminho a ser percorrido” (JUNG, 1999[1971], p. 23).

É possível pensarmos que os significados atribuídos ao câncer tenham impacto sobre o ajustamento emocional e enfrentamento da doença.

Costanzo et al. (2005) observaram, em seu estudo, que a atribuição à “vontade de Deus” e ao “acaso” não estavam associadas aos sintomas de depressão e ansiedade, como observado em outras crenças causais.

É possível que ao atribuírem a causa da doença a fatores que não podem ser controlados, como destino, acaso, má sorte e Deus, as pacientes se afastem da percepção de responsabilidade pessoal e da sensação de culpa que pode surgir com a crença de que alguns comportamentos e hábitos adotados podem ter aumentado o risco relacionado à doença. Pode-se pensar que, apesar de diminuir a percepção de controle pessoal e a probabilidade de engajamento em comportamentos preventivos, a atribuição a fatores incontroláveis pode diminuir a culpa, a ansiedade e o estresse associados às crenças do paciente.

Para Gulyn & Youssef (2010), algumas atribuições causais relacionadas a fatores internos e comportamentais, tais como “próprio comportamento” (44,9% -

quarenta e quatro vírgula nove por cento) e “minha personalidade” (43,1% - quarenta e três vírgula um por cento), citadas pelas participantes do presente estudo, poderiam levar alguns pacientes ao sentimento de culpa, afetando o enfrentamento e ajustamento desses pacientes em relação à doença. Os dados obtidos por Arman et al. (2006), no entanto, apontam para outra direção. Segundo os autores, a percepção de culpa não impediu que os pacientes buscassem alterar hábitos e comportamentos, visando à melhoria nas condições de saúde.

A percepção de culpa, assim como a presença de sintomas depressivos e de ansiedade, relacionadas às atribuições causais não foram investigadas no presente estudo, mas, em estudos futuros, podem fornecer dados importantes quando associados às mudanças nos cuidados com a saúde, ao enfrentamento da doença e engajamento no processo de tratamento.

Algumas crenças que figuraram entre as mais citadas em outros estudos, como “poluição do ambiente” (GULYN & YOUSSEF, 2010; SALANDER, 2007; COSTANZO et al., 2005; WOLD et al., 2005), “hereditariedade ou genética” (COUTINHO & TRINDADE, 2006; COSTANZO et al., 2005; WOLD et al., 2005) e “tipo de alimentação” (GULYN & YOUSSEF, 2010; COUTINHO & TRINDADE, 2006; FUGITA & GUALDA, 2006; WOLD et al., 2005), apresentaram porcentagem de concordância em torno de 40% (quarenta por cento) ou menos no presente trabalho.

Já os fatores “envelhecimento” e “excesso de peso”, apesar de representarem risco na formação de neoplasias, foram subestimados pelas participantes. A obesidade tem sido cada vez mais associada aos cânceres de mama pós-menopausa e endométrio, entre outros (WCRF/AICR, 2012). O envelhecimento, por sua vez, tem sido relacionado aos cânceres de mama e ovário, entre outros (ONCOGUIA, 2012d).

Costanzo et al. (2005) e Wold et al. (2005) obtiveram dados similares, e afirmam que fatores como estilo de vida, alimentação, tabaco, sedentarismo e obesidade, não foram percebidos como importantes pelos sobreviventes de câncer.

Como apontam Wold et al. (2005), esforços educativos são necessários para promover a compreensão de que fatores como a obesidade, tipo de alimentação e sedentarismo, podem reduzir o risco da doença se modificados.

No que diz respeito à “força da crença” (concorda totalmente / discorda totalmente), a escala de cinco pontos para atribuição de causalidade utilizada no presente estudo possibilita observar o grau de “força” de determinada crença, assim como nos estudos realizados por Traeger et al. (2009), Lykins et al. (2008), Levy & Niederdeppe (2007) e Wold et al. (2005).

A crença mais forte, em grau de concordância, entre as participantes (“concordo totalmente o fator pode ter causado minha doença”) foi “preocupações ou problemas familiares” (62,4% - sessenta e dois vírgula quatro por cento), seguida de “estresse ou preocupação” (59,9% - cinquenta e nove vírgula nove por cento) e “estado emocional” (54,3% - cinquenta e quatro vírgula três por cento). As demais causas tiveram menos de 46% (quarenta e seis por cento) de concordância, sugerindo que esse grupo específico de mulheres apresenta, de maneira geral, poucas crenças fortes a respeito da causalidade das neoplasias.

Costanzo et al. (2005) observaram que fortes atribuições a quase todos os fatores estavam associadas a sintomas depressivos, pensamentos intrusivos e preocupação recorrente, exceto pelas causas “vontade de Deus” e “acaso”.

Entre as causas mais fortes em grau de discordância (“discordo totalmente que o fator pode ter causado minha doença”) estão: “envelhecimento” (78,2% - setenta e oito vírgula dois por cento), “excesso de peso” (77% - setenta e sete por cento), “acidente ou lesão” (71,8% - setenta e um vírgula oito por cento), “não ter sido vacinada” (68,5% - sessenta e oito vírgula cinco por cento), “fumar” (67% - sessenta e sete por cento), “atitude mental” (66% - sessenta e seis por cento), “excesso de trabalho” (58,4% - cinquenta e oito vírgula quatro por cento), “tipo de alimentação” (56,7% - cinquenta e seis vírgula sete por cento), “Deus (vontade divina)” (53,3% - cinquenta e três vírgula três por cento), “a minha personalidade” (51,8% - cinquenta e um vírgula oito por cento).

Dentre as vinte causas apresentadas, onze tiveram porcentagem de “discordância total” maior do que 50% (cinquenta por cento), ou seja, mais de 50% (cinquenta por cento) das mulheres discordaram totalmente dessas causas. Em relação à “concordância total”, apenas cinco das vinte causas obtiveram “concordância total” da maioria das pacientes (mais de 50% - cinquenta por cento).

Observa-se que as mulheres que compuseram a amostra estavam mais propensas a negar as causas explicitadas na tabela, como responsáveis pela sua doença, do que a aceitá-las. Essa dinâmica poderia ser compreendida como um mecanismo de autoproteção (LYKINS et al., 2008), visando diminuir a culpa que poderia surgir com a aceitação de determinadas causas que dependeriam de atitudes e comportamentos da própria paciente. Para Salander (2007), a negação seria a maneira, por meio da qual, os pacientes com câncer lidam com a tensão e criam esperança.

A negação das causas pode ser, por outro lado, uma maneira de diminuir a ansiedade em relação à doença, uma vez que quanto mais causas forem atribuídas à doença, maior pode ser a percepção de risco de uma recidiva, por exemplo.

Segundo Lykins et al. (2008), a ausência de crenças fortes a respeito das causas do câncer pode reduzir a probabilidade de engajamento espontâneo em comportamentos apropriados de redução de risco. Mas, por outro lado, poderia aumentar a probabilidade de sucesso das intervenções educativas voltadas para a redução de comportamentos de risco.

Para cada causa apresentada na tabela da subescala, foi baixa a porcentagem de mulheres que “não concordaram nem discordaram” da causa. A maioria apresentou porcentagens abaixo de 10% (dez por cento), exceto as causas “um micróbio ou vírus” (18,4% - dezoito vírgula quatro por cento) e “alteração das defesas do organismo” (13,2% - treze vírgula dois por cento).

É possível pensarmos que “não concordar nem discordar” com a causa pode indicar não só a neutralidade da paciente em relação à causa, mas também desconhecimento a respeito da influência da mesma no desenvolvimento da neoplasia. Estudos futuros que façam essa diferenciação entre a neutralidade e o desconhecimento talvez possam apontar as causas a respeito das quais os pacientes tenham pouca informação, permitindo direcionamentos específicos das campanhas educativas.

O baixo nível de escolaridade das participantes dificultou a autoaplicação do material como um todo. Apesar de não terem sido notadas dificuldades na compreensão geral do tema e das questões realizadas, algumas pacientes apresentaram dificuldades para responder à subescala das causas, em função dos

cinco pontos de atribuição. É possível que uma escala de três pontos (ex. discordo/ concordo/ não sei) se mostrasse mais adequada à população estudada.

Tabela 19: Distribuição da frequência dos resultados da amostra em relação à hierarquia das causas atribuídas ao próprio câncer

Causas	% de casos				Pontuação*
	1º lugar	2º lugar	3º lugar	Total de citações	
Estresse ou preocupação	23,4%	13,2%	5,1%	41,6%	200
Estado emocional	16,8%	13,2%	4,1%	34,0%	159
Preocupações ou problemas familiares	18,3%	9,1%	4,6%	32,0%	153
Hereditariedade	5,6%	2,5%	3,6%	11,7%	50
Vontade divina	5,6%	3,0%	0,0%	8,6%	45
Deixar de ir ao médico	4,6%	2,5%	1,5%	8,6%	40
Tipo de alimentação	2,5%	4,6%	2,5%	9,6%	38
Excesso de trabalho	2,0%	5,1%	1,0%	8,1%	34
Fumar	3,0%	1,0%	2,0%	6,1%	26
Pouca assistência médica	2,5%	2,0%	0,0%	4,6%	23
Acidente ou lesão	2,5%	1,5%	0,0%	4,1%	21
Hormônios	1,0%	1,5%	0,5%	3,0%	13
Poluição do ambiente	0,5%	1,5%	1,0%	3,0%	11
Falha médica / problemas no diagnóstico	1,0%	0,5%	0,5%	2,0%	9
Destino ou má sorte	1,0%	0,5%	0,0%	1,5%	8
Excesso de peso	0,0%	1,5%	1,0%	2,5%	8
Micróbio ou vírus	0,5%	1,0%	0,0%	1,5%	7
Depressão	0,0%	1,5%	0,0%	1,5%	6
Estupro	1,0%	0,0%	0,0%	1,0%	6
Exposição a produtos químicos	0,5%	0,5%	0,5%	1,5%	6
Outras doenças	0,5%	0,5%	0,0%	1,0%	5
Personalidade	0,5%	0,5%	0,0%	1,0%	5
Alteração das defesas do organismo	0,5%	0,0%	0,5%	1,0%	4
Filho arrotou no seio	0,5%	0,0%	0,0%	0,5%	3
Causas espirituais	0,0%	0,5%	0,0%	0,5%	2
Falta de informação	0,0%	0,5%	0,0%	0,5%	2
“Falta” de Deus	0,0%	0,5%	0,0%	0,5%	2
História de vida	0,0%	0,5%	0,0%	0,5%	2
Relação sem preservativo	0,0%	0,5%	0,0%	0,5%	2
Uso de microondas	0,0%	0,5%	0,0%	0,5%	2
Envelhecimento	0,0%	0,0%	0,5%	0,5%	1
Insônia	0,0%	0,0%	0,5%	0,5%	1
Menopausa	0,0%	0,0%	0,5%	0,5%	1
O próprio comportamento	0,0%	0,0%	0,5%	0,5%	1
Sedentarismo	0,0%	0,0%	0,5%	0,5%	1
Não sabe		-		5,6%	-

*Foram atribuídos três pontos para causas citadas em primeiro lugar (mais importante); dois pontos para causas citadas em segundo lugar e um ponto para causas citadas em terceiro lugar. Fonte: elaborado pela autora.

Na tabela 19, em relação à hierarquia das causas atribuídas ao próprio câncer, **“estresse ou preocupação” recebeu a maior pontuação (duzentos pontos), sendo citada por 41,6% (quarenta e um vírgula seis por cento) das participantes.** Entre as pacientes, 23,4% (vinte e três vírgula quatro por cento) citaram a causa como a mais importante para o desenvolvimento de sua doença, 13,2% (treze vírgula dois por cento) como a segunda causa mais importante e 5,1% (cinco vírgula um por cento) como a terceira causa.

O **“estado emocional” recebeu a segunda maior pontuação (cento e cinquenta e nove pontos) e foi citada por 34% (trinta e quatro por cento) das mulheres.** Essa causa foi apontada como a mais importante para o desenvolvimento do câncer por 16,8% (dezesseis vírgula oito por cento) das participantes. Um total de 13,2% (treze vírgula dois por cento) das participantes afirmou que o “estado emocional” seria a segunda causa mais importante e 4,1% (quatro vírgula um por cento) a citaram como terceira causa na hierarquia.

“Preocupações ou problemas familiares” apareceu em terceiro lugar na hierarquia (cento e cinquenta e três pontos), sendo citada por 32% (trinta e dois por cento) das mulheres. Entre as participantes, 18,3% (dezoito vírgula três por cento) citaram a causa como a mais importante no desenvolvimento da neoplasia, 9,1% (nove vírgula um por cento) como a segunda causa e 4,6% (quatro vírgula seis por cento) como a terceira causa.

Ao compararmos as tabelas 18 e 19, observa-se que as causas “estresse e preocupação”, “estado emocional” e “preocupações ou problemas familiares” são as mais citadas em ambas as tabelas. Ocorre, no entanto, uma inversão entre segundo e terceiro lugares quando as participantes são questionadas a respeito do grau de importância (hierarquia) das causas. Apesar da pequena diferença na pontuação (6 pontos), “estado emocional” aparece como a segunda causa mais importante e “preocupações ou problemas familiares” aparece como a terceira causa no total de citações.

Em quarto lugar, apresentando uma pontuação bastante inferior aos três primeiros lugares, aparece “hereditariedade”, com cinquenta pontos e um total de 11,7% (onze vírgula sete por cento) de citações. “Vontade divina” aparece em quinto lugar com quarenta e cinco pontos e 8,6% (oito vírgula seis por cento) de citações.

“Deixar de ir ao médico” tem quarenta pontos e 8,6% (oito vírgula seis por cento) de citações. Em seguida, aparece “tipo de alimentação” com trinta e oito pontos e 9,6% (nove vírgula seis por cento) de citações, “excesso de trabalho” com trinta e quatro pontos e 8,1% (oito vírgula um por cento) de citações, “fumar” com vinte e seis pontos e 6,1% (seis vírgula um por cento) de citações, “pouca assistência médica” com vinte e três pontos e 4,6% (quatro vírgula seis por cento) de citações e “acidente ou lesão” com vinte e um pontos e 4,1% (quatro vírgula um por cento) de citações.

As demais causas apontadas pelas participantes tiveram pontuação menor ou igual a treze pontos e 3% (três por cento) ou menos de citações. Dentre as participantes, 5,6% (cinco vírgula seis por cento) afirmaram que “não sabiam” quais teriam sido as causas mais importantes no desenvolvimento da neoplasia.

Algumas causas, mesmo não fazendo parte da tabela da subescala do IPQ-R, foram apontadas pelas pacientes como importantes na gênese de sua doença, como em outros estudos, sendo elas: “deixar de ir ao médico” (COUTINHO & TRINDADE, 2006), “hormônios” (FUGITA & GUALDA, 2006; COSTANZO et al., 2005), “depressão” (ARMAN et al., 2006), “estupro”, “exposição a produtos químicos” (COSTANZO et al., 2005; COUTINHO & TRINDADE, 2006), “outras doenças anteriores” (SALANDER, 2007; DIAS & TURATO, 2006), “filho arrotou no seio”, “causas espirituais”, “falta de conhecimento (a respeito da doença)”, “falta de Deus / pouca dedicação à religião” (COUTINHO & TRINDADE, 2006), “história de vida” (FUGITA & GUALDA, 2006), “relação sexual sem preservativo”, “uso de microondas”, “insônia”, “menopausa” e “sedentarismo” (FUGITA & GUALDA, 2006). É importante ressaltar que a instrução fornecida na escala do IPQ-R permite que os pacientes acrescentem outros fatores que julguem terem sido importantes no desenvolvimento da neoplasia.

Algumas das crenças causais mencionadas pelas pacientes evidenciam claramente a falta de conhecimento a respeito dos fatores de risco relacionados às neoplasias.

Das causas citadas, não presentes na subescala do IPQ-R, “deixar de ir ao médico” teve uma pontuação expressiva (quarenta pontos), ocupando o sexto lugar entre as causas. Ao responderem sobre a hierarquia das causas do câncer, as participantes fizeram uma distinção entre “deixar de ir ao médico”, “falha médica ou

problemas no diagnóstico” (nove pontos) e ter recebido “pouca assistência médica no passado” (vinte e três pontos). O primeiro caso refere-se a um comportamento da própria paciente de adiar ou evitar consultas médicas e exames preventivos, enquanto nos outros casos, as pacientes apontam para problemas do próprio sistema de saúde, como erros médicos de diagnóstico e falha ou dificuldade de acesso à assistência médica.

Com exceção da causa “hormônios” que obteve treze pontos, as demais causas apontadas atingiram seis pontos ou menos. Segundo a literatura médica, o uso de anticoncepcionais orais e terapia de reposição hormonal podem aumentar o risco para o desenvolvimento do câncer de mama e de alguns tipos de câncer ginecológico. O câncer de colo do útero foi relacionado ao uso de anticoncepcionais orais e o câncer de ovário à terapia de reposição hormonal (INCA, 2012a, 2012b; NCI, 2012a, 2012b; ONCOGUIA, 2012a, 2012b).

Na tabela 19, é possível observar que, entre as dez primeiras causas com maiores pontuações, sete referem-se a aspectos emocionais ou comportamentos das próprias participantes, como deixar de ir ao médico, fumar, o tipo de alimentação e excesso de trabalho. Pode-se supor que essas atribuições tenham impacto direto sobre a percepção de controle das pacientes sobre a doença, no sentido de que comportamentos de risco poderiam ser alterados pela própria paciente, assim como sobre a percepção de culpa.

Gulyn & Youssef (2010) afirmam que a atribuição do câncer a causas relacionadas a características individuais pode gerar estresse, ansiedade e culpa nas pacientes, enquanto as atribuições comportamentais podem levar a uma percepção de controle pessoal sobre a doença, possibilitando melhor ajustamento e enfrentamento da doença. Traeger et al. (2009) apontam, no entanto, que tanto as atribuições comportamentais como as relacionadas a características pessoais do indivíduo estariam relacionadas ao empobrecimento do bem estar emocional em pacientes oncológicos.

3.3 Correlações estatísticas

O presente estudo, além de investigar e descrever as crenças causais das mulheres com câncer de mama ou câncer ginecológico, teve como objetivo correlacionar as causas atribuídas por essas pacientes (tabela da subescala do teste IPQ-R) com algumas das variáveis exploradas em estudos anteriores e outras escolhidas pela pesquisadora, a partir das reflexões sobre o tema das atribuições causais.

As crenças causais relatadas pelas participantes foram correlacionadas estatisticamente com as variáveis: idade (WOLD et al., 2005), grau de escolaridade (LEVY & NIEDERDEPPE, 2007) renda familiar (LEVY & NIEDERDEPPE, 2007), estado civil (LEVY & NIEDERDEPPE, 2007), tipo de câncer (WOLD et. al, 2005; COSTANZO et. al, 2005), histórico pessoal da doença (LYKINS et. al, 2008), histórico familiar da doença (LYKINS et. al, 2008; LEVY & NIEDERDEPPE, 2007; FUGITA & GUALDA, 2006; WOLD et. al, 2005), tabagismo (GULYN & YOUSSEF, 2010; SALANDER, 2007; DIAS & TURATO, 2006; WOLD et. al, 2005), adoção de cuidados com a saúde (COSTANZO et. al, 2005).

Com base na literatura consultada, levantou-se a hipótese de que outras variáveis poderiam ter influência sobre as atribuições causais relacionadas aos cânceres de mama e ginecológico, sendo elas: religião (ter ou não uma religião, independente da crença) e realização de acompanhamento psicológico após o diagnóstico.

Tabela 20: Distribuição dos resultados da correlação estatística entre as causas atribuídas ao câncer e a faixa etária

Causas	% de casos com CONCORDÂNCIA (Concorda + Concorda Totalmente)				Teste Kruskal-Wallis	
	18 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 anos ou mais	Estatística Z	Significância
Estresse ou preocupação	78,6	84,0	82,1	64,9	8,516	p<0,05
Preocupações ou problemas familiares	78,6	84,0	79,0	68,4	8,310	p<0,05
Deus (vontade Divina)	67,9	34,0	37,1	42,1	8,557	p<0,05
O meu estado emocional	75,0	82,0	72,6	52,6	7,200	p>0,05

Pouca assistência médica no passado	53,6	50,0	53,2	59,6	0,723	p>0,05
Alteração das defesas do organismo	57,1	60,0	51,6	43,9	1,417	p>0,05
Destino ou má sorte	57,1	40,0	53,2	35,1	4,232	p>0,05
Excesso de trabalho	42,9	36,0	41,9	28,1	1,544	p>0,05
Poluição do ambiente	46,4	36,0	40,3	45,6	1,832	p>0,05
O meu próprio comportamento	50,0	58,0	43,5	32,1	9,804	p<0,05
A minha personalidade	35,7	52,0	46,8	35,1	6,398	p>0,05
Tipo de alimentação	39,3	38,0	37,7	32,7	0,465	p>0,05
Um micróbio ou um vírus	28,6	22,0	23,0	28,1	1,106	p>0,05
Hereditariedade	32,2	48,0	42,0	35,1	1,723	p>0,05
A minha atitude mental	21,4	38,0	33,9	21,1	5,610	p>0,05
Acidente ou lesão	22,2	24,0	16,1	19,6	1,118	p>0,05
Fumar	14,3	34,0	32,3	19,3	4,121	p<0,05
Envelhecimento	10,7	10,0	11,3	22,8	6,997	p>0,05
Excesso de peso	14,3	6,0	14,5	17,9	7,722	p>0,05
Não ter sido vacinado	7,1	18,0	30,6	31,6	12,655	p<0,05

Fonte: elaborado pela autora.

Na tabela 20, referente à correlação entre as atribuições causais e a idade, constata-se que **houve uma diferença estatisticamente significativa (p<0,05) na importância que os grupos atribuíram às causas “estresse ou preocupação”, “preocupações ou problemas familiares”, “Deus (vontade Divina)”, “meu próprio comportamento”, “fumar” e “não ter sido vacinada”, de acordo com a faixa etária das participantes.**

No que se refere à causa “estresse e preocupação”, 84% (oitenta e quatro por cento) das mulheres entre quarenta e quarenta e nove anos acreditam ser essa uma das causas da sua neoplasia, seguidas pelas participantes entre cinquenta e cinquenta e nove, com 82,1% (oitenta e dois vírgula um por cento). Pacientes nas faixas etárias de dezoito e trinta e nove anos e sessenta anos ou mais tiveram, respectivamente, 78,6% (setenta e oito vírgula seis por cento) e 64,9% (sessenta e quatro vírgula nove por cento) de concordância com a causa.

Quanto à causa “preocupações ou problemas familiares”, 84% (oitenta e quatro por cento) das pacientes com idades entre quarenta e quarenta e nove anos concordaram com a causa, seguidas pelas faixas etárias de cinquenta a cinquenta e nove anos, dezoito a trinta e nove anos e sessenta anos ou mais com porcentagens de concordância de 79% (setenta e nove por cento), 78,6% (setenta e oito vírgula seis por cento) e 68,4% (sessenta e oito vírgula quatro por cento), respectivamente.

Observa-se que as preocupações com a família e o estresse da vida cotidiana foram associados com o adoecimento entre as mulheres mais jovens (com menos de sessenta anos) que compuseram a amostra.

Pode-se supor que as duas causas acima citadas, “estresse ou preocupação” e “preocupações ou problemas familiares”, tenham relação com os situações e aspectos da vida específicos de cada faixa etária. É possível que pacientes mais jovens, tenham maior preocupação, por exemplo, com questões relacionadas à profissão, à questão financeira, ao casamento e possuam filhos mais novos que ainda necessitem de cuidados e atenção. As pacientes com mais idade, por outro lado, provavelmente se encontram em uma condição de vida na qual, provavelmente, estão aposentadas e com filhos mais velhos, sem tantas demandas externas.

Pode-se inferir que os acontecimentos e exigências de cada fase da vida sejam fatores capazes de influenciar as atribuições causais das participantes da pesquisa.

Assim como constatado por Wold et al. (2005), observou-se no presente estudo que mulheres mais jovens, quando comparadas aos grupos de maior faixa etária, atribuíram, mais frequentemente, sua neoplasia à “vontade de Deus”. Entre pacientes com idades entre dezoito e trinta e nove anos, 67,9% (sessenta e sete vírgula nove por cento) afirmaram que a vontade de Deus seria uma das causas de sua doença, seguidas das participantes com sessenta anos ou mais, com 42,1% (quarenta e dois vírgula um por cento) de concordância. Mulheres na faixa etária de cinquenta a cinquenta e nove anos e de quarenta a quarenta e nove anos apresentaram, respectivamente, 37,1% (trinta e sete vírgula um por cento) e 34% (trinta e quatro por cento), de concordância com a causa.

A causa “Deus (vontade Divina)” ficou entre as cinco causas mais citadas pelas mulheres com idades entre dezoito e trinta e nove anos, o que não ocorreu nos demais grupos.

Wold et al. (2005) afirmam que é provável que as fontes de informação variem de acordo com a idade, acarretando diferenças nas atribuições. Para os autores é possível ainda que os participantes mais jovens procurem causas externas por acreditarem que o câncer afetaria tipicamente pessoas mais velhas.

Dentre as correlações estatísticas realizadas, apenas a variável idade apresentou influência estatisticamente significativa sobre a causa “Deus (vontade Divina)”.

A causa “meu próprio comportamento” ficou entre as cinco causas mais citadas pelas participantes na faixa etária entre quarenta e quarenta e nove anos, com 58% (cinquenta e oito por cento) de concordância, diferente do observado nos demais grupos. Metade (50% - cinquenta por cento) das participantes com idades entre dezoito e trinta e nove anos acredita que o seu “próprio comportamento” possa ser uma das causas do desenvolvimento de seu câncer, enquanto 43,5% (quarenta e três vírgula cinco por cento) e 32,1% (trinta e dois vírgula um por cento) dos grupos com cinquenta a cinquenta e nove anos e sessenta anos ou mais, respectivamente, possuem a mesma crença.

Para Lykins et al. (2008), de acordo com a teoria da atribuição, os indivíduos querem manter a crença de que possuem controle efetivo sobre suas vidas, o que poderia levá-los a atribuir o câncer a causas controláveis, como o “próprio comportamento”. Gulyn & Youssef (2010) também observaram que as atribuições comportamentais podem levar à percepção de controle e acrescentam ainda, que essas atribuições possibilitariam um melhor ajustamento à doença.

Desse modo, pode-se pensar que a maioria das pacientes mais jovens, com idades entre dezoito e quarenta e nove anos, ao atribuírem a neoplasia a fatores comportamentais, estaria assumindo a possibilidade de controle pessoal sobre a doença, estando assim, mais suscetíveis às campanhas educativas voltadas às mudanças relacionadas aos comportamentos de risco.

Em relação ao hábito de fumar, 34% (trinta e quatro por cento) das participantes da faixa etária entre quarenta e quarenta e nove anos acreditam que

esse seja um dos fatores causadores da neoplasia. Do grupo com idades entre cinquenta e cinquenta e nove anos, 32,2% (trinta e dois vírgula dois por cento) concordam com a causa, em seguida, aparece o grupo com mais de sessenta anos e as participantes mais jovens, na faixa etária entre dezoito e trinta e nove anos, com 19,3% (dezenove vírgula três por cento) e 14,3% (quatorze vírgula três por cento) de concordância, respectivamente.

A informação relacionada aos fatores de risco, como o hábito de fumar, é um fator importante a ser considerado na compreensão dos dados obtidos, tanto no que se refere à facilidade de acesso à informação quanto a própria informação em si. Campanhas informativas e educativas sempre têm como preocupação o público alvo a ser atingido, em função das especificidades dos grupos, como por exemplo, a faixa etária.

É possível que campanhas voltadas para o público mais jovem tenham apresentado maior eficiência do que os esforços educativos direcionados ao público com mais idade. Além disso, é provável que participantes mais jovens tenham acesso a outros recursos na busca de informações, como a internet, por exemplo, que traz a informação de maneira bastante rápida e objetiva.

Em relação à causa “não ter sido vacinada”, 31,6% (trinta e um vírgula seis por cento) das mulheres com sessenta anos ou mais concordaram que esse fator seria importante na gênese da malignidade. Das mulheres com idades entre cinquenta e cinquenta e nove anos, 30,6% (trinta vírgula seis por cento) concordaram com a causa, seguidas pelos grupos com faixas etárias entre quarenta e quarenta e nove anos e dezoito e trinta e nove anos, com 18% (dezoito por cento) e 7,1% (sete vírgula um por cento) de concordância.

Algumas participantes, com mais idade, afirmaram durante a aplicação do questionário que “em sua época de criança” não existiam tantas informações disponíveis, relacionadas aos cuidados com a saúde e que, muitas vezes, tinham dificuldade de acesso ao sistema de saúde, seja porque “viviam na roça” ou porque nas cidades onde moravam não havia o atendimento necessário. Para algumas pacientes, o fato de não terem sido vacinadas quando pequenas poderia ser um dos motivos para terem ficado doentes nesse momento.

Esses dados apontam, claramente, que a falta de informação a respeito dos cuidados com a saúde de modo geral e relacionados aos fatores de risco para o desenvolvimento das neoplasias, podem influenciar nas crenças causais das pacientes.

O próprio fato de a amostra ser constituída predominantemente por pacientes com baixo nível de escolaridade, sendo muitas delas analfabetas, dificulta a busca e o acesso à informação, especialmente entre as participantes mais velhas.

É interessante notar que participantes de todas as faixas etárias subestimaram a importância do envelhecimento e do excesso de peso no desenvolvimento das neoplasias. No estudo de Wold et al. (2005), independente da faixa etária, todas as participantes também minimizaram a importância da obesidade, assim como do sedentarismo.

Levy & Niederdeppe (2007), por sua vez, não encontraram associações entre idade e as crenças fatalistas.

Tabela 21: Distribuição dos resultados da correlação estatística entre as causas atribuídas ao câncer e o grau de escolaridade

Causas	% de casos com CONCORDÂNCIA (Concorda + Concorda Totalmente)				Teste Kruskal-Wallis	
	Analfabeto + E.F. incompleto	E.F. Completo	E.M. Completo	Algum Ensino Superior	Estatística Z	Significância
Preocupações ou problemas familiares	76,2	75,0	78,1	85,0	1,955	p>0,05
Estresse ou preocupação	74,3	75,0	81,3	90,0	3,550	p>0,05
Pouca assistência médica no passado	69,5	47,5	31,2	25,0	20,339	p<0,05
O meu estado emocional	69,5	67,5	65,6	80,0	3,040	p<0,05
Alteração das defesas do organismo	47,6	52,5	62,6	40,0	3,276	p>0,05
Destino ou má sorte	47,6	52,5	31,3	40,0	5,999	p>0,05
Deus (vontade Divina)	45,7	35,0	34,4	50,0	3,199	p>0,05
A minha personalidade	41,9	45,0	37,5	55,0	1,967	p>0,05
Poluição do ambiente	40,9	50,0	28,1	50,0	6,762	p>0,05

O meu próprio comportamento	40,0	50,0	38,7	70,0	5,741	p>0,05
Excesso de trabalho	39,1	35,0	31,3	35,0	2,265	p>0,05
Não ter sido vacinada	37,2	10,0	15,8	0,0	21,480	p<0,05
Hereditariedade	31,4	40,0	50,1	70,0	12,522	p<0,05
Tipo de Alimentação	31,1	40,0	38,7	55,0	4,834	p>0,05
Um micróbio ou um vírus	30,5	22,5	18,8	10,0	6,504	p>0,05
Atitude Mental	29,6	30,0	18,8	45,0	2,373	p>0,05
Fumar	24,7	27,5	25,0	35,0	0,304	p>0,05
Acidente ou lesão	20,0	25,6	16,2	15,0	3,884	p>0,05
Envelhecimento	19,1	10,0	6,2	10,0	7,672	p<0,05
Excesso de peso	16,2	2,5	16,1	15,0	2,265	p>0,05

Fonte: elaborado pela autora.

Na tabela 21, referente à correlação entre as atribuições causais e o grau de escolaridade, constata-se que **houve uma diferença estatisticamente significativa (p<0,05) na importância que os grupos atribuíram às causas “pouca assistência médica no passado”, “não ter sido vacinada”, “hereditariedade” e “envelhecimento”, de acordo com o grau de escolaridade das participantes.**

No que diz respeito à causa “pouca assistência médica no passado”, no grupo das **pacientes não alfabetizadas ou com ensino fundamental incompleto, 69,5% (sessenta e nove vírgula cinco por cento) concordam com a influência desse fator** sobre o desenvolvimento do câncer. Entre as participantes com ensino fundamental completo, 47,5% (quarenta e sete vírgula cinco por cento) concordam que “pouca assistência médica no passado” pode ser uma das causas de sua neoplasia, 31,2% (trinta e um vírgula dois por cento) das participantes com ensino médio completo concordam com a causa, seguido das participantes com ensino superior completo, incompleto ou pós-graduação, com 25% (vinte e cinco por cento) de concordância.

Constatou-se assim, que quanto maior o nível de escolaridade, menor foi a importância dada pelos grupos para a causa “pouca assistência médica no passado”. É possível que o nível de escolaridade mais alto resulte em maior acesso

a informações relacionadas à prevenção e à necessidade da realização de exames de rotina, incentivando as pacientes a buscarem atendimento médico de rotina e a adotarem comportamentos preventivos em relação à doença.

Quanto à causa “não ter sido vacinada”, no grupo formado pelas **pacientes não alfabetizadas ou com ensino fundamental incompleto, 37,2% (trinta e sete vírgula dois por cento) concordaram** com a causa, seguido pelo grupo com ensino médio completo, com 15,8% (quinze vírgula oito por cento) de concordância e 10% (dez por cento) de concordância no grupo com o ensino fundamental completo. Nenhuma das participantes com nível superior completo, incompleto ou pós-graduação atribuiu a causa de seu câncer ao fato de não ter sido vacinada.

Esse dado dá maior embasamento à interpretação sugerida na tabela 20, segundo a qual, à atribuição à crença “não ter sido vacinada” poderia estar relacionada à falta de informação a respeito dos cuidados de saúde em geral e à prevenção do câncer, especificamente. Pacientes com nível de escolaridade mais alto parecem estar cientes de que as vacinas recomendadas desde a infância, a fim de evitar diversas outras doenças, não teriam relação com o desenvolvimento ou não do câncer. A única vacina que estaria relacionada a alguns tipos de câncer ginecológico, e especialmente ao câncer de colo do útero, seria a vacina contra o vírus HPV.

Levy & Niederdeppe (2007) propõem em seu estudo o desenvolvimento de campanhas educativas mais simples relacionadas à prevenção do câncer, que possam ser amplamente disseminadas e compreendidas pelas populações com baixos níveis educacionais.

Em relação à causa “hereditariedade”, **70% (setenta por cento) das participantes com nível superior completo, incompleto ou pós-graduação afirmaram que a causa poderia estar relacionada com o desenvolvimento da malignidade**, enquanto 50,1% (cinquenta vírgula um por cento) do grupo com ensino médio completo concordou com a causa. O grupo de pacientes com ensino fundamental completo apresentou 40% (quarenta por cento) de concordância com a causa, enquanto o grupo não alfabetizado ou com ensino fundamental incompleto apresentou 31,4% (trinta e um vírgula quatro por cento).

A concordância com a causa “hereditariedade” aumentou de acordo com o aumento do nível de escolaridade e é possível que esse fato esteja relacionado com maior acesso à informação. Pode-se supor que pacientes com maior nível de

escolaridade possuam melhor compreensão do papel da hereditariedade no desenvolvimento das neoplasias, assim como maior acesso à informação propriamente dita.

A porcentagem de concordância com a causa “envelhecimento” foi de **19,1% (dezenove vírgula um por cento) entre as mulheres não alfabetizadas ou com ensino fundamental incompleto**, 10% (dez por cento) no grupo com ensino fundamental completo, 10% (dez por cento) no grupo com ensino superior completo, incompleto ou pós-graduação e 6,2% (seis vírgula dois por cento) no grupo com ensino médio completo.

É surpreendente observar que, apesar de “envelhecimento” ter sido uma causa subestimada pela amostra do estudo, quando correlacionada com o nível de escolaridade, o grupo que mais atribuiu importância à causa foi o das participantes não alfabetizadas ou com ensino fundamental incompleto, no qual esperava-se encontrar um menor acesso à informação.

No que se refere às correlações entre atribuições causais e nível de escolaridade, abordadas em estudos anteriores, Levy & Niederdeppe (2007) observaram que as crenças fatalistas foram mais fortes em níveis educacionais mais baixos, enquanto Traeger et al. (2009) constataram que maiores níveis de escolaridade estavam associados com maior bem estar emocional relacionado às percepções relacionadas ao câncer. O estudo de Traeger et al. (2009), no entanto, não realizou correlações diretas entre o grau de escolaridade e as atribuições causais relacionadas à doença.

Tabela 22: Distribuição dos resultados da correlação estatística entre as causas atribuídas ao câncer e a renda familiar dos entrevistados

Causas	% de casos com CONCORDÂNCIA (Concorda + Concorda Totalmente)				Teste Kruskal-Wallis	
	Até R\$620	R\$621 a R\$ 1.240	R\$1.241 a R\$ 2.480	R\$2.481 a R\$ 12.400	Estatística Z	Significância
Pouca Assistência Médica no Passado	71,4	52,0	52,8	22,3	12,656	p<0,05
Estresse ou preocupação	69,4	78,7	83,6	72,2	5,361	p>0,05
Preocupações ou problemas familiares	63,4	74,6	85,4	72,3	0,784	p>0,05
Alteração das defesas do	51,0	50,7	50,9	66,7	1,464	p>0,05

organismo						
O meu estado emocional	47,2	77,3	74,6	55,6	8,774	p<0,05
Excesso de trabalho	44,9	30,6	40,0	27,8	3,475	p>0,05
Destino ou má sorte	42,8	42,6	50,0	50,0	0,537	p>0,05
Deus (vontade Divina)	42,8	38,7	41,8	55,6	2,925	p>0,05
Poluição ambiental	42,4	42,7	48,1	44,4	0,535	p>0,05
Hereditariedade	40,8	33,3	47,2	44,4	3,891	p>0,05
A minha personalidade	36,8	42,6	49,1	44,5	0,636	p>0,05
Não ter sido vacinada	36,8	25,3	11,4	11,1	6,476	p>0,05
A minha atitude mental	36,7	30,7	21,8	27,8	1,129	p>0,05
Um micróbio ou um vírus	36,7	18,7	22,3	27,8	5,056	p>0,05
Tipo de alimentação	33,4	32,0	44,4	41,2	2,663	p>0,05
O meu próprio comportamento	32,6	51,7	53,7	22,2	9,995	p<0,05
Fumar	24,5	25,4	25,5	38,9	0,958	p>0,05
Acidente ou lesão	24,5	15,1	25,5	11,2	5,078	p>0,05
Excesso de peso	18,4	12,0	11,1	11,1	2,121	p>0,05
Envelhecimento	18,3	17,4	5,5	16,7	2,756	p>0,05

Fonte: elaborado pela autora.

Na tabela 22, referente à correlação entre as atribuições causais e a renda familiar das participantes, constata-se que **houve uma diferença estatisticamente significativa ($p<0,05$) na importância que os grupos atribuíram às causas “pouca assistência médica no passado”, “o meu estado emocional” e “o meu próprio comportamento”, de acordo com a renda familiar mensal.**

Em relação à causa “pouca assistência médica no passado”, **71,4% (setenta e um vírgula quatro por cento) das pacientes com renda familiar até R\$620,00 (seiscentos e vinte reais) concordaram** que essa poderia ser uma das causas de sua doença, enquanto 52,8% (cinquenta e dois vírgula oito por cento) do grupo com renda entre R\$1.241,00 (mil duzentos e quarenta e um reais) a R\$2.480,00 (dois mil quatrocentos e oitenta reais) concordou com a causa, seguidos pelo grupo com renda familiar entre R\$621,00 (seiscentos e vinte e um reais) a R\$1.240,00 (mil

duzentos e quarenta reais), com 52% (cinquenta e dois por cento) de casos de concordância e, por último, o grupo com renda de R\$2.481,00 (dois mil quatrocentos e oitenta e um reais) a R\$12.400,00 (doze mil e quatrocentos reais), com 22,3% (vinte e dois vírgula três por cento) de casos.

Aparentemente, o acesso à assistência em saúde sofre grande impacto em função da condição socioeconômica do indivíduo. Pacientes com renda mensal de até R\$640,00 (seiscentos e quarenta reais) provavelmente dependerão exclusivamente do sistema de saúde público, que em muitas situações, não consegue dar conta da demanda imediata dos pacientes, levando à demora na marcação de consultas e exames. Quando se trata das neoplasias, essa espera pode ser determinante no processo de tratamento e cura. Pacientes com melhores condições socioeconômicas, por outro lado, podem recorrer à assistência médica privada quando necessário.

Quase três quartos das pacientes com renda mensal de até R\$620,00 (seiscentos e vinte reais) atribuíram a causa de seu câncer às dificuldades de acesso à assistência médica, enquanto menos de um quarto das pacientes com renda superior a R\$2.481,00 (dois mil quatrocentos e oitenta e um reais) atribuíram importância a esse fator, no desenvolvimento de sua neoplasia. Nos dois grupos intermediários, pouco mais da metade das participantes atribuiu importância à causa.

Quanto à causa “estado emocional”, os grupos com renda familiar entre R\$621,00 (seiscentos e vinte e um reais) e R\$1.240,00 (mil duzentos e quarenta reais), e R\$1.241,00 (mil duzentos e quarenta e um reais) e R\$2.480,00 (dois mil quatrocentos e oitenta reais) apresentaram 77,3% (setenta e sete vírgula três por cento) e 74,6% (setenta e quatro vírgula três por cento) de casos de concordância, respectivamente. No grupo com renda familiar mensal entre R\$2.481,00 (dois mil quatrocentos e oitenta e um reais) e R\$12.400,00 (doze mil e quatrocentos reais), 55,6% (cinquenta e cinco vírgula seis por cento) das participantes concordaram que o “estado emocional” poderia ser uma das causas da sua doença, enquanto que no grupo com renda de até R\$620,00 (seiscentos e vinte reais) essa concordância foi de 47,2% (quarenta e sete vírgula dois por cento).

Em relação à causa “o meu próprio comportamento”, 53,7% (cinquenta e três vírgula sete por cento) das componentes do grupo com renda entre R\$1.241,00 (mil

duzentos e quarenta e um reais) e R\$2.480,00 (dois mil quatrocentos e oitenta reais) concordaram que essa poderia ser uma das causas do seu câncer, quanto no grupo com renda de R\$621,00 (seiscentos e vinte e um reais) a R\$1.240,00 (mil duzentos e quarenta reais) a concordância foi de 51,7% (cinquenta e um vírgula sete por cento). Os grupos com rendas de até R\$620,00 (seiscentos e vinte reais) e de R\$2.481,00 (dois mil quatrocentos e oitenta e um reais) a R\$12.400,00 (doze mil e quatrocentos reais) apresentaram, respectivamente, 32,6% (trinta e dois vírgula seis por cento) e 22,2% (vinte e dois vírgula dois por cento) de concordância.

Observa-se, desse modo, que os dois grupos de participantes com rendas intermediárias (R\$621,00 a R\$ 1.240,00 e R\$1.241,00 a R\$2.480,00) atribuíram grande importância às causas “estado emocional” e “o meu próprio comportamento”, quando comparados com os grupos com menor e maior renda familiar mensal (até R\$620,00 e de R\$2.481,00 a R\$12.400,00).

Não são claras as razões dessas atribuições específicas, no entanto, essas crenças podem nos fazer pensar a respeito da dinâmica desses grupos de mulheres.

As atribuições comportamentais, como “meu próprio comportamento”, podem sugerir, como observado na tabela 20, a necessidade de manter a percepção de controle pessoal da doença, por meio da atribuição a causas controláveis. Já as atribuições internas, como “meu estado emocional”, apesar de estarem associadas à percepção de culpa em alguns casos, podem despertar para a percepção de responsabilidade pessoal sobre a doença, possibilitando que o indivíduo assuma mudanças relacionadas aos cuidados com sua saúde (ARMAN et al., 2006).

Parece-nos possível imaginar que essas pacientes estariam mais suscetíveis às campanhas voltadas a adoção de comportamentos relacionados à prevenção de recidivas da doença.

No estudo de Traeger et al. (2009) observou-se que o aumento da renda mensal estava positivamente relacionado com o bem estar emocional, como seria esperado, mas não foram investigadas correlações com as crenças causais. Levy e Niederdeppe (2007) não encontraram correlações entre a condição socioeconômica e crenças fatalistas.

Tabela 23: Distribuição dos resultados da correlação estatística entre as causas atribuídas ao câncer e o estado civil das participantes (possui ou não possui companheiro)

Causas	% de casos com CONCORDÂNCIA (Concorda + Concorda Totalmente)		Teste Mann-Whitney	
	Possui companheiro	Não possui companheiro	Estatística Z	Significância
Preocupações ou problemas familiares	74,3	79,0	-1,307	p>0,05
Estresse ou preocupação	73,0	79,9	-1,436	p>0,05
O meu estado emocional	65,4	72,3	-0,749	p>0,05
Pouca assistência médica no passado	60,2	50,4	-1,036	p>0,05
Alteração das defesas do organismo	47,5	55,5	-0,097	p>0,05
O meu próprio comportamento	45,5	44,5	-0,274	p>0,05
Destino ou má sorte	44,9	45,4	-0,274	p>0,05
A minha personalidade	44,9	42,1	-0,077	p>0,05
Excesso de trabalho	42,4	32,8	-1,466	p>0,05
Poluição do ambiente	42,3	41,1	-0,238	p>0,05
Tipo de alimentação	36,4	36,8	-0,046	p>0,05
Deus (vontade Divina)	35,9	46,3	-1,776	p>0,05
Hereditariedade	34,5	41,2	-1,101	p>0,05
A minha atitude mental	30,8	28,6	-0,026	p>0,05
Não ter sido vacinada	27,0	22,6	-0,797	p>0,05
Um micróbio ou um vírus	23,4	26,0	-0,403	p>0,05
Fumar	23,1	28,6	-0,855	p>0,05
Acidente ou lesão	16,9	22,1	-1,485	p>0,05
Envelhecimento	16,7	12,6	-0,646	p>0,05
Excesso de peso	13,0	13,4	-1,466	p>0,05

Fonte: elaborado pela autora.

Na tabela 23, constata-se que **não houve correlação estatisticamente significativa ($p<0,05$)** entre as atribuições causais e o fato das participantes possuírem companheiro afetivo ou não (condição marital).

As cinco causas que obtiveram maiores níveis de concordância na amostra geral (estresse ou preocupação, preocupações ou problemas familiares, estado emocional, pouca assistência médica no passado e alteração das defesas do organismo), aparecem também entre as pacientes que possuem companheiro afetivo e entre aquelas que se declararam solteiras, viúvas, separadas ou divorciadas.

No estudo de Levy & Niederdeppe (2007), ser casado ou ter uma união estável estava positivamente correlacionado com duas de três crenças fatalistas relacionadas ao câncer, apresentadas aos participantes.

No entanto, a hipótese testada no presente estudo, de que a existência ou não de um parceiro afetivo poderia ter influência sobre as atribuições causais relacionadas ao câncer, não se confirmou.

Tabela 24: Distribuição dos resultados da correlação estatística entre as causas atribuídas ao câncer e a religião dos entrevistados

Causas	% de casos com CONCORDÂNCIA (Concorda + Concorda Totalmente)		Teste Mann-Whitney	
	Possui religião	Não possui religião	Estatística Z	Significância
Estresse ou preocupação	77,8	62,5	-0,327	p>0,05
Preocupações ou problemas familiares	77,7	62,5	-0,370	p>0,05
Estado emocional	69,9	62,5	-0,199	p>0,05
Pouca Assistência Médica no Passado	53,4	75,0	-0,703	p>0,05
Alteração das defesas do organismo	52,9	40,0	-0,690	p>0,05
Próprio Comportamento	46,3	12,5	-1,629	p>0,05
Destino ou má sorte	46,0	25,0	-0,528	p>0,05
A minha personalidade	44,4	12,5	-1,421	p>0,05
Deus (Vontade Divina)	42,4	37,5	-0,528	p>0,05
Hereditariedade	40,3	37,5	-0,079	p>0,05
Poluição Ambiental	40,2	75,0	-2,012	p<0,05
Excesso de trabalho	36,5	37,5	-0,047	p>0,05
Tipo de Alimentação	36,0	50,0	-0,423	p>0,05

Atitude Mental	29,6	25,0	-0,598	p>0,05
Fumar	25,9	37,5	-0,392	p>0,05
Não ter sido vacinado	25,4	0,0	-1,315	p>0,05
Um micróbio ou um vírus	25,0	25,0	-0,260	p>0,05
Acidente ou lesão	20,4	12,5	-0,872	p>0,05
Envelhecimento	14,3	12,5	-0,965	p>0,05
Excesso de peso	13,2	12,5	-0,108	p>0,05

Fonte: elaborado pela autora.

Na tabela 24, referente à correlação entre as atribuições causais e religião, constata-se que **houve diferença estatisticamente significativa ($p<0,05$) na importância que os grupos atribuíram à causa “poluição do ambiente”**, de acordo com o fato de possuírem ou não uma religião.

No grupo que afirmou não possuir religião, 75% (setenta e cinco por cento) das participantes concordaram que a “poluição do ambiente” poderia ser uma das causas da sua neoplasia, enquanto que no grupo que afirmou ter uma religião, 40,2% (quarenta vírgula dois por cento) concordaram com a influência da causa.

Observa-se na tabela que, no grupo que não possui religião, as duas principais causas citadas, com 75% (setenta e cinco por cento) de casos cada, foram “poluição do ambiente” e “pouca assistência médica no passado”, enquanto que no grupo que possui religião, as participantes citaram em primeiro e segundo lugares “estresse e preocupação” e “preocupações ou problemas familiares”, 77,8% (setenta e sete vírgula oito por cento) e 77,7% (setenta e sete vírgula sete por cento), respectivamente.

Ainda que não seja estatisticamente significante, exceto em relação à causa “poluição do ambiente”, os dados reunidos sugerem que, enquanto o grupo das mulheres que declarou não ter uma religião aparenta dar maior importância às causas externas (poluição, assistência médica), as mulheres que possuem uma religião tendem a enfatizar mais fortemente causas internas, como estresse, preocupações com problemas familiares e o estado emocional.

Aparentemente, aquelas mulheres que não possuem religião, buscam explicar a gênese de sua doença por meio dos fatores externos, atribuindo uma importância secundária às causas emocionais, mas sem deixar de mencioná-las.

O fato de possuir ou não uma religião não resultou em uma diferença estatisticamente significativa de atribuição para a causa “Deus (vontade Divina)”. Entre as mulheres que possuem uma religião, 42,4% (quarenta e dois vírgula quatro por cento) afirmaram que seu câncer poderia ser atribuído à vontade de Deus, enquanto 37,5% (trinta e sete vírgula cinco por cento) das mulheres que não possuíam uma religião concordaram com a causa. Aparentemente, possuir ou não uma religião não está diretamente relacionado à crença em Deus e à atribuição causal relacionada à “vontade de Deus”.

Apesar de não investigarem a correlação entre religião e atribuição causal relacionada ao câncer, estudos anteriores apontam a crença na determinação de Deus entre as principais causas citadas pelos participantes (COSTANZO et al., 2005; WOLD et al., 2005; COUTINHO & TRINDADE, 2006; DIAS & TURATO, 2006; FUGITA & GUALDA, 2006).

Tabela 25: Distribuição da frequência dos resultados da correlação estatística entre as causas atribuídas à doença e o tipo de câncer diagnosticado

Causas	% de casos com CONCORDÂNCIA (Concorda + Concorda Totalmente)		Teste Mann-Whitney	
	Câncer de Mama	Câncer Ginecológico	Estatística Z	Significância
Estresse ou preocupação	80,1	65,9	-2,227	p<0,05
Preocupações ou problemas familiares	78,8	70,7	-1,081	p>0,05
O meu estado emocional	72,4	58,6	-1,880	p>0,05
Alteração das defesas do organismo	50,0	61,0	-1,069	p>0,05
Pouca assistência médica no passado	50,0	70,7	-2,866	p<0,05
Destino ou má sorte	45,6	43,9	-0,213	p>0,05
O meu próprio comportamento	45,2	43,9	-0,147	p>0,05
Poluição do ambiente	43,6	34,1	-1,259	P>0,05
A minha personalidade	42,3	46,4	-0,015	p>0,05

Hereditariedade	40,4	39,0	-0,157	p>0,05
Deus (vontade Divina)	40,4	48,7	-0,703	p>0,05
Tipo de Alimentação	37,9	31,7	-0,615	p>0,05
Excesso de trabalho	37,8	31,8	-0,881	p>0,05
A minha atitude mental	32,1	19,5	-1,702	p>0,05
Fumar	27,6	21,9	-0,320	p>0,05
Não ter sido vacinada	23,7	28,8	-0,547	p>0,05
Um micróbio ou um vírus	21,9	36,4	-2,204	p<0,05
Acidente ou lesão	21,2	14,7	-0,448	p>0,05
Envelhecimento	13,5	17,1	-0,469	p>0,05
Excesso de peso	11,0	22,0	-0,425	p>0,05

Fonte: elaborado pela autora.

Na tabela 25, referente à correlação entre as atribuições causais e o tipo de câncer (câncer de mama ou ginecológico), constata-se que, das vinte causas apresentadas, **houve uma diferença significativa estatisticamente ($p<0,05$) na concordância dos dois grupos em relação a três causas específicas: “estresse ou preocupação”, “pouca assistência médica no passado”, “um micróbio ou vírus”.**

A porcentagem de **concordância com a causa “estresse ou preocupação” foi de 80,1% (oitenta vírgula um por cento) entre as pacientes com câncer de mama e de 65,9% (sessenta e cinco vírgula nove por cento) entre as pacientes diagnosticadas com câncer ginecológico.** As pacientes com câncer de mama estiveram mais propensas a atribuir a causa de sua doença ao “estresse e preocupação” do que as pacientes diagnosticadas com câncer ginecológico.

Em relação à causa **“pouca assistência médica no passado”, entre as pacientes com algum câncer ginecológico, 70,7% (setenta vírgula sete por cento) concordaram com a causa,** enquanto 50% (cinquenta por cento) das pacientes com câncer de mama concordaram com a mesma. Ou seja, mulheres com câncer ginecológico estiveram mais propensas a acreditar que a pouca assistência médica recebida no passado estava relacionada com a causa de sua neoplasia do que as mulheres diagnosticadas com câncer de mama.

No grupo de pacientes com **câncer ginecológico, 36,4% (trinta e seis vírgula quatro por cento) das mulheres concordaram que “um micróbio ou vírus” poderia ser uma das causas** do seu câncer, enquanto a concordância entre as pacientes com câncer de mama foi de 21,9% (vinte e um vírgula nove por cento).

Era esperada a diferença encontrada entre os grupos, sugerindo estar relacionada ao conhecimento de que o vírus HPV encontra-se presente na maioria dos casos (cerca de 90% - noventa por cento) de câncer de colo do útero, o câncer ginecológico mais presente na amostra (11,1% - onze vírgula um por cento), podendo acarretar também no câncer de vagina.

No entanto, o mesmo não foi observado em relação à causa “não ter sido vacinada”, o que pode sugerir um desconhecimento das pacientes com câncer ginecológico a respeito da vacinação contra o vírus HPV.

É importante evidenciar que, apesar de não haver relação clínica entre o câncer de mama e a infecção por vírus ou micróbios, 21,9% (vinte e um vírgula nove por cento) das pacientes com câncer de mama atribuíram a causa de seu câncer a esse fator, assim como 23,7% (vinte e três vírgula sete por cento) acreditam que “não ter sido vacinada” é uma das causas da doença. Esses dados apontam para a falta de informação a respeito dos fatores de risco relacionados aos diferentes tipos de neoplasia.

Pacientes com câncer ginecológico atribuíram maior importância à falta de assistência médica e a um micróbio ou vírus, quando comparadas com participantes com câncer de mama. Essas últimas, por sua vez, deram maior ênfase ao papel do estresse ou preocupação na gênese da neoplasia.

Costanzo et al. (2005) apontam que é possível que pacientes com tipos de câncer cujas causas sejam menos claras, sejam mais propensos a atribuir a doença a fatores psicossociais, como estresse e atitude mental. Assim como o câncer de pulmão está fortemente associado ao cigarro, o câncer de colo do útero está associado à infecção pelo vírus HPV. Para o câncer de mama, no entanto, não existe uma causa específica que seja fortemente enfatizada nas campanhas de prevenção, o que poderia influenciar as atribuições dessas pacientes a fatores emocionais e psicológicos.

A percepção de que o acompanhamento médico poderia ter levado à descoberta da infecção pelo vírus HPV e, talvez, ao diagnóstico precoce da neoplasia, por exemplo, pode estar associada à maior importância dada à causa “pouca assistência médica no passado”, pelas pacientes com câncer ginecológico.

De maneira geral, as atribuições causais foram similares entre as participantes com câncer de mama e com câncer ginecológico, assim como observado por Costanzo et al. (2005). Ambos os grupos atribuíram grande importância aos fatores emocionais, estresse, falta de assistência médica e alterações das defesas do organismo.

Independente do tipo de câncer, as participantes minimizaram a importância de fatores conhecidamente relacionados à doença como hereditariedade, alimentação, tabagismo (associado ao câncer de colo do útero), excesso de peso (associado ao câncer de mama pós-menopausa e de endométrio) e envelhecimento. A porcentagem de concordância com essas causas ficou abaixo de 41% (quarenta e um por cento), nos dois grupos, sendo que, em relação ao excesso de peso e envelhecimento, as porcentagens foram inferiores a 23%(vinte e três por cento).

Em relação ao tabagismo, apesar do tabaco não estar associado ao câncer de mama, mas sim ao câncer de colo do útero, 27,6% (vinte e sete vírgula seis por cento) das mulheres com câncer de mama e 21,9% (vinte e um vírgula nove por cento) com câncer ginecológico atribuíram sua doença ao hábito de fumar, evidenciando falta de informação a respeito do papel do tabaco em relação aos diferentes tipos de neoplasia.

Tabela 26: Distribuição da frequência dos resultados da correlação estatística entre as causas atribuídas ao câncer e o histórico pessoal de câncer

Causas	% de casos com CONCORDÂNCIA (Concorda + Concorda Totalmente)		Teste Mann-Whitney	
	Presença de câncer anterior	Ausência de câncer anterior	Estatística Z	Significância
Estresse ou preocupação	89,7	74,1	-1,606	p>0,05
Preocupações ou problemas familiares	89,7	74,0	-1,631	p>0,05
Estado emocional	82,1	66,5	-1,994	p<0,05
A minha personalidade	53,8	40,5	-1,637	p>0,05

Alteração das defesas do organismo	51,3	52,5	-0,281	p>0,05
O meu próprio comportamento	51,3	43,3	-0,674	p>0,05
Destino ou má sorte	43,6	45,6	-0,210	p>0,05
Pouca assistência médica no passado	45,2	56,3	-1,188	p>0,05
Excesso de trabalho	35,9	36,7	-0,429	p>0,05
Hereditariedade	38,5	40,5	-0,850	p>0,05
Poluição do ambiente	35,8	43,1	-0,630	p>0,05
Tipo de Alimentação	41,1	35,5	-0,958	p>0,05
Deus (vontade Divina)	30,8	44,9	-0,932	p>0,05
A minha atitude mental	33,4	28,5	-0,506	p>0,05
Acidente ou lesão	25,6	18,6	-0,585	p>0,05
Fumar	20,5	27,9	-1,120	p>0,05
Um micróbio ou um vírus	15,8	27,2	-0,820	p>0,05
Envelhecimento	12,9	14,6	-0,947	p>0,05
Excesso de peso	12,8	14,4	-0,741	p>0,05
Não ter sido vacinada	18,0	25,9	-0,930	p>0,05

Fonte: elaborado pela autora.

Na tabela 26, referente à correlação entre as atribuições causais e o histórico pessoal de câncer, constata-se que **houve uma diferença significativa estatisticamente ($p<0,05$) na importância que os grupos atribuíram à causa “estado emocional”**, de acordo com a existência ou não de histórico pessoal da doença.

Entre as participantes com histórico pessoal de câncer, 82,1% (oitenta e dois vírgula um por cento) concordaram que o “estado emocional” seria uma das causas de sua neoplasia, enquanto 66,5% (sessenta e seis vírgula cinco por cento) das mulheres sem histórico pessoal da doença concordaram com a causa.

Desse modo, constata-se que as mulheres com um diagnóstico anterior de câncer estão mais propensas a dar maior importância ao “estado emocional”, como causa de sua doença, se comparadas às pacientes sem história prévia de câncer.

Pode-se supor que a existência anterior de um diagnóstico de neoplasia resulte em grande impacto emocional para a paciente, tanto pelo próprio diagnóstico quanto pela rotina de tratamentos e mudanças no cotidiano, impostas pela doença. Posteriormente, esse impacto emocional pode ter sido percebido pelas mulheres como uma das causas da reincidência da doença.

Tabela 27: Distribuição da frequência dos resultados da correlação estatística entre as causas atribuídas ao câncer e o histórico familiar de câncer

Causas	% de casos com CONCORDÂNCIA (Concorda + Concorda Totalmente)		Teste Mann-Whitney	
	Com histórico familiar	Sem histórico familiar	Estatística Z	Significância
Estresse ou preocupação	76,4	88,4	-0,460	p>0,05
Preocupações ou problemas familiares	74,0	82,5	-1,013	p>0,05
O meu estado emocional	67,5	73,0	-0,260	p>0,05
Hereditariedade	54,5	16,2	-5,207	p<0,05
Alteração das defesas do organismo	54,4	48,7	-0,401	p>0,05
Pouca assistência médica no passado	48,8	63,6	-1,572	p>0,05
Destino ou má sorte	45,5	44,6	-0,150	p>0,05
A minha personalidade	46,4	37,9	-1,016	p>0,05
O meu próprio comportamento	45,1	44,6	-0,228	p>0,05
Tipo de Alimentação	37,7	34,7	-0,566	p>0,05
Deus (vontade Divina)	43,0	40,5	-0,224	p>0,05
Excesso de trabalho	35,8	37,9	-0,121	p>0,05
Poluição do ambiente	39,1	45,9	-0,999	p>0,05
Minha atitude mental	30,9	27,1	-0,919	p>0,05
Fumar	29,2	21,7	-0,959	p>0,05
Acidente ou lesão	18,9	21,9	-0,223	p>0,05
Um micróbio ou um vírus	19,7	33,8	-0,710	p>0,05
Não ter sido vacinada	19,5	32,4	-1,862	p>0,05
Excesso de peso	10,7	17,6	-0,121	p>0,05

Envelhecimento	11,4	18,9	-1,748	p>0,05
----------------	------	------	--------	--------

Fonte: elaborado pela autora.

Na tabela 27, referente à correlação entre as atribuições causais e o histórico familiar de câncer, constata-se que **houve uma diferença estatisticamente significativa ($p<0,05$) na concordância dos grupos em relação à causa “hereditariedade”**, de acordo com a ocorrência ou não de casos de câncer na família.

Das pacientes que possuíam casos de câncer na família (foram considerados quaisquer tipos de câncer), 54,5% (cinquenta e quatro vírgula cinco por cento) acreditam que a “hereditariedade” pode ser uma das causas de sua doença. No grupo das participantes sem histórico familiar de câncer, apenas 16,2% (dezesesseis vírgula dois por cento) concordam com a causa. No grupo de pacientes com histórico familiar de câncer, a causa ocupou o quarto lugar entre as vinte causas da subescala, e a última posição entre as atribuições do grupo que não possuía antecedentes familiares da doença.

Como esperado, há uma maior aceitação de que a hereditariedade possui um papel importante no risco de desenvolver uma neoplasia, entre os pacientes com histórico familiar positivo. No entanto, diferente dos resultados obtidos por Wold et al. (2005), a causa não teve um papel importante entre as atribuições dos pacientes sem histórico familiar.

Lykins et al. (2008) constataram que as representações sobre as doenças, especialmente o componente da atribuição causal, são influenciadas tanto pela experiência pessoal quanto vicariante.

De acordo com os especialistas, o histórico familiar está significativamente relacionado com alguns tipos de câncer, como mama e ovário. No entanto, são raros os casos de câncer que se devem exclusivamente a fatores genéticos (INCA, 2012a, 2011c). O risco de desenvolver a maior parte das neoplasias pode ser reduzido por meio de mudanças no estilo de vida (ACS, 2011b; WOLD et al., 2005).

Levy e Niederdeppe (2007) constataram que a presença de histórico familiar de câncer estava fortemente associada à crença de que “tudo causa câncer”, sugerindo que a experiência próxima da doença, pode atuar como barreira para os

esforços efetivos de promoção de saúde, podendo aumentar ainda mais o risco da doença.

Participantes do estudo de Lykins et al. (2008) tinham 90% (noventa por cento) de probabilidade de aceitar o histórico familiar como uma das causas de sua malignidade. Para os autores, a crença de que os indivíduos são capazes de realizar mudanças comportamentais para prevenir o câncer poderia reduzir a ansiedade associada à forte crença de que seu histórico os coloca em risco.

Tabela 28: Distribuição da frequência dos resultados da correlação estatística entre as causas atribuídas ao câncer e tabagismo

Causas	% de casos com CONCORDÂNCIA (Concorda + Concordo Totalmente)			Teste Kruskal-Wallis	
	Tabagista	Ex-Tabagista	Não Tabagista	Estatística Z	Significância
Estresse ou preocupação	86,7	77,6	75,7	2,319	p>0,05
Preocupações ou problemas familiares	80,0	86,5	71,3	3,897	p>0,05
O meu estado emocional	80,0	80,6	61,8	7,814	p<0,05
Poluição do ambiente	66,6	41,8	38,3	3,853	p>0,05
Alteração das defesas do organismo	60,0	55,2	49,5	0,060	p>0,05
Fumar	60,0	56,7	4,3	80,449	p<0,05
Pouca assistência médica no passado	46,7	51,5	61,2	1,701	p>0,05
Destino ou má sorte	46,7	52,2	40,9	2,807	p>0,05
Meu próprio comportamento	46,7	44,8	44,7	0,664	p>0,05
Um micróbio ou um vírus	40,0	28,3	22,2	2,207	p>0,05
A minha personalidade	33,3	39,2	52,2	3,654	p>0,05
Hereditariedade	33,3	38,5	41,7	0,109	p>0,05
Tipo de Alimentação	33,3	38,8	34,8	1,077	p>0,05
Deus (Vontade Divina)	26,7	41,7	44,4	0,633	p>0,05
Excesso de trabalho	26,7	37,4	37,4	0,842	p>0,05
Não ter sido vacinada	20,0	34,4	19,2	5,700	p>0,05
Acidente ou lesão	20,0	22,4	18,5	2,043	p>0,05
Minha atitude mental	13,3	38,9	26,1	5,369	p>0,05
Envelhecimento	0,0	22,4	11,3	5,914	p>0,05

Excesso de peso	0,0	16,4	13,2	0,842	p>0,05
-----------------	-----	------	------	-------	--------

Fonte: elaborado pela autora.

Na tabela 28, referente à correlação entre as atribuições causais e tabagismo, constata-se que **houve uma diferença estatisticamente significativa ($p<0,05$) na importância que os grupos atribuíram às causas “estado emocional” e “fumar”**, de acordo com a condição de tabagista, ex-tabagista e não-tabagista.

Em relação à causa “estado emocional”, **80,6% (oitenta vírgula seis por cento) das mulheres ex-tabagistas** e 80% (oitenta por cento) das tabagistas afirmaram que a causa poderia estar relacionada com o desenvolvimento da sua neoplasia, enquanto 61,9% (sessenta e um vírgula nove por cento) das não fumantes concordaram com a mesma.

Pode-se supor que fatores emocionais, tenham contribuído para que as pacientes tabagistas e ex-tabagistas adquirissem o hábito de fumar e, desse modo, comparadas com as pacientes não tabagistas, estejam mais propensas a aceitar o “estado emocional” como uma causa importante no desenvolvimento da neoplasia.

Quanto ao hábito de “fumar”, **60% (sessenta por cento) das mulheres tabagistas**, 56,7% (cinquenta e seis vírgula sete por cento) das ex-tabagistas e 4,3% (quatro vírgula três por cento) das não tabagistas concordaram que essa poderia ser uma das causas de sua doença. Mais da metade das participantes fumantes e ex-fumantes reconhecem o cigarro como um fator que contribui para o desenvolvimento da neoplasia.

As porcentagens de concordância com a causa “fumar” entre fumantes e ex-fumantes, encontradas no presente estudo, são bastante superiores aos dados obtidos no estudo de Wold et al. (2005), no qual apenas 18% (dezoito por cento) dos ex-fumantes e 33% (trinta e três por cento) dos fumantes afirmaram que o tabaco poderia ser uma causa para sua doença, independente do fator estar relacionado ao seu tipo de câncer.

Costanzo et al. (2005) não observaram diferenças significativas entre fumantes e não fumantes ao atribuírem o câncer ao uso do tabaco.

O tabagismo aparece entre as principais causas citadas, entre fumantes e ex-fumantes, nos estudos de Salander (2007) e Dias & Turato (2006), assim como se

observa no presente estudo. O hábito de fumar aparece em quinto lugar, empatado com “alterações das defesas do organismo”, com 60% (sessenta por cento) de concordância entre os tabagistas. Entre os ex-tabagistas, aparece em quarto lugar, com 56,7% (cinquenta e seis vírgula sete por cento) de concordância e, no grupo das mulheres não tabagistas, a causa “fumar” aparece na última colocação.

Dias & Turato (2006) constataram que alguns pacientes que haviam atribuído sua doença ao hábito de fumar demonstraram intensa culpa, o que poderia impactar negativamente sobre o ajustamento emocional relacionado à doença.

Assim como observado no estudo de Wold et al. (2005), uma pequena porcentagem (4,3% - quatro vírgula três por cento) de pacientes não fumantes afirmaram que o cigarro seria uma das causas da neoplasia. Entre essas participantes, algumas referiram-se ao fato de serem fumantes passivas e que este fator poderia ter influenciado na gênese de sua doença.

Tabela 29: Distribuição da frequência dos resultados da correlação estatística entre as causas atribuídas ao câncer e a realização de acompanhamento psicológico

Causas	% de casos com CONCORDÂNCIA (Concorda + Concordo Totalmente)		Teste Mann-Whitney	
	Com acomp. psicológico	Sem acomp. psicológico	Estatística Z	Significância
Estresse ou preocupação	93,1	74,4	-2,507	p<0,05
Preocupações ou problemas familiares	89,7	75,0	-1,105	p>0,05
O meu estado emocional	82,8	67,3	-1,812	p>0,05
Alteração das defesas do organismo	55,2	51,8	-0,723	p>0,05
A minha personalidade	51,7	41,7	-0,929	p>0,05
Pouca assistência médica no passado	48,2	55,3	-0,590	p>0,05
Destino ou má sorte	41,3	45,8	-0,204	p>0,05
O meu próprio comportamento	41,3	44,3	-0,216	p>0,05
Tipo de Alimentação	37,9	36,3	-0,690	p>0,05
Poluição do ambiente	37,9	42,2	-0,019	p>0,05
A minha atitude mental	37,9	28,0	-0,654	p>0,05

Deus (vontade Divina)	34,4	43,4	-0,120	p>0,05
Excesso de trabalho	34,4	36,9	-0,749	p>0,05
Hereditariedade	27,5	42,2	-1,235	p>0,05
Fumar	24,1	26,7	-0,469	p>0,05
Um micróbio ou um vírus	20,7	25,8	-0,709	p>0,05
Não ter sido vacinada	17,2	25,6	-0,526	p>0,05
Excesso de peso	17,2	13,8	-0,216	p>0,05
Envelhecimento	10,3	14,9	-0,225	p>0,05
Acidente ou lesão	6,9	22,3	-0,833	p>0,05

Fonte: elaborado pela autora.

Na tabela 29, referente à correlação entre as atribuições causais e a realização de acompanhamento psicológico, constata-se que **houve uma diferença estatisticamente significativa ($p<0,05$) na importância que os grupos atribuíram à causa “estresse e preocupação”,** de acordo com a realização ou não de acompanhamento psicológico após o diagnóstico de câncer.

Entre as participantes que realizaram acompanhamento psicológico após o diagnóstico, **93,1% (noventa e três vírgula um por cento) concordaram que “estresse e preocupação”** seriam uma das causas de sua doença, enquanto 74,4% (setenta e quatro vírgula quatro por cento) das mulheres que não receberam acompanhamento psicológico concordaram com a causa.

Podemos supor que mulheres que já se percebiam estressadas e preocupadas no seu cotidiano, tiveram maior propensão a buscar ajuda psicológica ao receberem o diagnóstico de câncer. O diagnóstico da doença, assim como a rotina de tratamento, são acontecimentos muito estressantes, que aparentemente levaram aquelas pacientes que já se percebiam estressadas no dia a dia a buscarem acompanhamento psicológico.

Mesmo entre as pacientes que não realizaram acompanhamento psicológico, “estresse ou preocupação” aparece como a segunda causa com maior porcentagem de concordância, atrás apenas de “preocupações ou problemas familiares”, com 75% (setenta e cinco por cento) de concordância. No entanto, dentre todas as participantes da pesquisa, apenas 14,7% (quatorze vírgula sete por cento) buscaram

o acompanhamento psicológico, que é oferecido a todos que estejam em tratamento no hospital, após o diagnóstico.

Talvez seja importante repensarmos a importância do atendimento psicológico para pacientes diagnosticadas com câncer de mama e ginecológico, assumindo-o como uma etapa necessária no processo de tratamento dessas pacientes.

Entrevistas psicológicas realizadas após o diagnóstico seriam importantes na identificação de pacientes com altos níveis de estresse. A partir disso, o acompanhamento psicológico poderia ser pensado de acordo com as necessidades de cada paciente ou de um grupo de pacientes, com o objetivo de auxiliá-las durante o processo de diagnóstico, tratamento e acompanhamento pós-tratamento das neoplasias.

Os estudos selecionados não investigaram a correlação entre o acompanhamento psicológico e as atribuições causais, no entanto, Traeger et al. (2009) observaram que homens com câncer de próstata que vivenciavam maior estresse diário poderiam apresentar menos recursos atencionais, psicológicos e sociais para lidar com as preocupações relacionadas à doença. Os autores afirmam ainda que, mesmo depois de finalizado o tratamento, o estresse pode exacerbar o impacto da percepção da doença sobre o ajustamento emocional.

Tabela 30: Distribuição da frequência dos resultados da correlação estatística entre as causas atribuídas ao câncer e a realização de mudanças relacionadas aos cuidados com a saúde

Causas	% de casos com CONCORDÂNCIA (Concorda + Concorda Totalmente)		Teste Mann-Whitney	
	Não realizou mudanças	Realizou mudanças	Estatística Z	Significância
Preocupações ou problemas familiares	73,9	78,9	-1,032	p>0,05
O meu estado emocional	68,1	70,3	-0,139	p>0,05
Estresse ou preocupação	65,2	83,6	-1,496	p>0,05
A minha personalidade	50,7	39,1	-0,978	p>0,05
Destino ou má sorte	46,4	44,5	-0,388	p>0,05
Alteração das defesas do organismo	44,5	56,3	-1,127	p>0,05
Poluição do ambiente	43,5	40,6	-0,808	p>0,05

O meu próprio comportamento	47,1	43,8	-0,141	p>0,05
Deus (vontade Divina)	40,6	43,0	-0,012	p>0,05
Pouca assistência médica no passado	42,0	60,9	-2,419	p<0,05
Hereditariedade	42,0	39,1	-0,131	p>0,05
Excesso de trabalho	30,4	39,8	-0,963	p>0,05
Tipo de alimentação	29,4	40,5	-1,585	p>0,05
A minha atitude mental	27,5	30,5	-0,586	p>0,05
Fumar	21,7	28,9	-1,242	p>0,05
Acidente ou lesão	20,6	19,7	-0,267	p>0,05
Não ter sido vacinado	23,2	25,0	-0,321	p>0,05
Um micróbio ou um vírus	19,1	28,1	-1,115	p>0,05
Excesso de peso	10,0	14,8	-1,191	p>0,05
Envelhecimento	7,2	18,0	-2,184	p<0,05

Fonte: elaborado pela autora.

Na tabela 30, no que se refere à correlação entre as atribuições causais e a realização de mudanças relacionadas aos cuidados com a saúde, observa-se que **houve uma diferença significativa estatisticamente ($p<0,05$) na importância que os grupos atribuíram às causas “pouca assistência médica no passado” e “envelhecimento”, de acordo com a realização ou não de mudanças voltadas aos cuidados com a saúde.**

No grupo de participantes que realizaram mudanças foram incluídas apenas as pacientes que relataram terem realizado ativamente alguma mudança com o objetivo de melhorar a sua saúde, após terem recebido o diagnóstico de câncer.

Em relação à **causa “pouca assistência médica no passado”, 60,9% (sessenta vírgula nove por cento) das participantes que realizaram mudanças e 42% (quarenta e dois por cento) daquelas que não realizaram, concordaram que essa poderia ser uma das causas do desenvolvimento da neoplasia.**

É possível supor que as pacientes que se perceberam afetadas pela falta de assistência médica no passado, seja por deficiências do sistema de saúde ou por descuido pessoal, realizaram mudanças relacionadas aos cuidados com a saúde,

talvez com o objetivo de “compensar” hábitos e comportamentos do passado ou de minimizar problemas que acreditam estar relacionados à falta de assistência na área da saúde.

Em relação à **causa “envelhecimento”, 18% (dezoito por cento) das participantes que realizaram mudanças** e 7,2% (sete vírgula dois por cento) das que não realizaram concordaram que o envelhecimento pode estar relacionado com o surgimento de seu câncer.

Como sugerem os dados, informação e conhecimento não são os únicos fatores envolvidos nas atribuições causais das mulheres com câncer de mama e câncer ginecológico. Aspectos emocionais, condições de vida, vivências e crenças parecem ser de grande importância na construção das explicações causais relacionadas à ocorrência da doença.

Os resultados obtidos por meio das correlações estatísticas e apresentados nas tabelas 20 a 30 evidenciam algumas variáveis que exerceram influência estatisticamente significativa sobre as crenças causais, sendo elas: idade (“estresse ou preocupação”, “preocupações ou problemas familiares”, “vontade de Deus”, “o meu próprio comportamento”, “fumar” e “não ter sido vacinada”), nível de escolaridade (“pouca assistência médica no passado”, “não ter sido vacinada”, “hereditariedade” e “envelhecimento”), renda familiar (“pouca assistência médica no passado”, “estado emocional” e “próprio comportamento”), tipo de câncer (“estresse ou preocupação”, “pouca assistência médica no passado” e “micróbio ou vírus”), tabagismo (“estado emocional” e “fumar”), mudanças nos cuidados com a saúde (“pouca assistência médica no passado” e “envelhecimento”), religião (“poluição ambiental”), histórico anterior da doença (“estado emocional”), histórico familiar (“hereditariedade”), realização de acompanhamento psicológico (“estresse ou preocupação”).

A única variável que não apresentou correlações com as crenças causais foi a condição marital (ter ou não um parceiro fixo).

Foram observadas variações na importância atribuída a determinadas causas, de acordo com a presença de algumas das variáveis sociodemográficas e clínicas. As causas que sofreram influência estatisticamente significativa dessas variáveis foram: “pouca assistência médica no passado”, “hereditariedade”, “estresse ou

preocupação”, “estado emocional”, “próprio comportamento”, “não ter sido vacinada”, “envelhecimento”, “um micróbio ou vírus”, “fumar”, “poluição ambiental”, “preocupações ou problemas familiares” e “Deus (vontade Divina)”.

A importância que as participantes atribuíram à causa “pouca assistência médica no passado” variou conforme o nível de escolaridade, a renda mensal, o tipo de câncer e a adoção ou não de mudanças nos cuidados com a saúde. Já a importância atribuída à “hereditariedade” variou segundo o nível de escolaridade e histórico familiar.

A crença na importância do “estresse ou preocupação” na gênese do câncer foi influenciada pela idade, tipo de câncer e pela realização ou não de acompanhamento psicológico. A importância atribuída ao “estado emocional” variou conforme a renda mensal familiar, tabagismo e a presença ou não de diagnóstico anterior de câncer.

As variáveis idade e renda familiar mensal influenciaram na importância atribuída pelas pacientes à causa “meu próprio comportamento”. Já a causa “não ter sido vacinada” sofreu variações quanto à importância atribuída, segundo o grau de escolaridade e a idade.

A crença no “envelhecimento” como causa da neoplasia foi influenciada pelo nível de escolaridade das participantes, assim como pela adoção ou não de mudanças relativas aos cuidados com a saúde.

A importância atribuída à causa “um micróbio ou vírus” sofreu variações de acordo com o tipo de câncer das pacientes. As variáveis idade e tabagismo tiveram influência na importância atribuída à causa “fumar”.

Participantes que afirmaram não possuir uma religião atribuíram maior importância à “poluição ambiental”, quando comparadas com participantes com uma religião. A importância atribuída às causas “preocupações ou problemas familiares” e “Deus (vontade Divina)” sofreu influência apenas da variável idade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A amostra do estudo foi composta por cento e noventa e sete mulheres, em sua maioria, na faixa etária entre cinquenta e cinquenta e nove anos, residentes na cidade de São Paulo, casadas, com nível de escolaridade fundamental incompleto e renda familiar mensal entre R\$621,00 (seiscentos e vinte e um reais) e R\$1.240,00 (mil duzentos e quarenta reais). A maior parte delas era do lar, possuía uma religião, morava com a família constituída após o casamento e tinha, em média, dois filhos.

Em relação aos dados clínicos, 58,4% (cinquenta e oito vírgula quatro por cento) eram não fumantes, 79,8% (setenta e nove vírgula oito por cento) haviam sido diagnosticadas com câncer de mama. Todas as participantes estavam em fase de tratamento.

Quanto ao histórico pessoal e familiar da doença, 80,8% (oitenta vírgula oito por cento) não tinham diagnóstico anterior de câncer e 62,4% (sessenta e dois vírgula quatro por cento) afirmaram terem parentes de primeiro grau com algum tipo de neoplasia. Apenas 14,7% (quatorze vírgula sete por cento) das participantes realizaram acompanhamento psicológico após o diagnóstico da doença.

Causas relacionadas ao estresse e aspectos emocionais tiveram papel de destaque entre as atribuições das participantes. As principais causas citadas foram “estresse e preocupação” (77,2% - setenta e sete vírgula dois por cento), “preocupações ou problemas familiares” (77,2% - setenta e sete vírgula dois por cento), “estado emocional” (69,5% - sessenta e nove vírgula cinco por cento), “pouca assistência médica no passado” (54,3% - cinquenta e quatro vírgula três por cento) e “alteração das defesas do organismo” (52,3% - cinquenta e dois vírgula três por cento). Apesar da importância atribuída aos fatores emocionais, apenas 14,7% (quatorze vírgula sete por cento) das pacientes afirmaram ter realizado acompanhamento psicológico após o diagnóstico.

Os dados das atribuições causais apontam de forma significativa para a falta de atendimento adequado na área da saúde, que segundo as pacientes figuraria como um fator importante no desenvolvimento das neoplasias.

A predominância de pacientes com baixa renda familiar, que dependem do sistema de saúde público, parece ter influenciado, de maneira significativa, a

importância atribuída pelas pacientes à causa “pouca assistência médica no passado”. O atendimento público do país, em muitas situações, não consegue dar conta da demanda imediata dos pacientes, levando à demora na marcação de consultas e exames. Essa demora no atendimento pode inibir a realização de exames preventivos, impedindo a detecção precoce das neoplasias. Quando se trata do câncer, essa espera pode ser determinante no processo de tratamento e cura. O descuido pessoal, assim como a insegurança em relação à competência dos médicos, foram outros fatores apontados pelas mulheres.

Mais da metade da população mencionou a causa “alterações nas defesas do organismo” como um fator importante no desenvolvimento de sua neoplasia, sugerindo que essas mulheres acreditam que a associação de diversos fatores poderia levar a alterações orgânicas, tornando o corpo suscetível ao câncer.

Ainda em relação às atribuições das pacientes, “destino ou má sorte” aparece com 45,2% (quarenta e cinco vírgula dois por cento) de concordância e a crença na vontade de Deus, foi mencionada por 42,1% (quarenta e dois vírgula um por cento) das pacientes. A crença na determinação divina foi explicada pelas participantes como um “aprendizado de vida”, “um ensinamento para outras pessoas”, “provação” ou “teste da fé”. Pode-se constatar que essas mulheres não somente atribuíram causas à sua doença, mas buscaram encontrar um significado para sua condição.

Crenças que figuraram entre as mais citadas em pesquisas anteriores, como “poluição do ambiente”, “hereditariedade ou genética” e “tipo de alimentação”, apresentaram porcentagens de concordância em torno de 40% (quarenta por cento) ou menos entre as participantes desse trabalho. Os fatores “envelhecimento” e “excesso de peso” foram subestimados pelas pacientes, como observado em outras pesquisas.

Apenas 35% (trinta e cinco por cento) das participantes relataram terem realizado mudanças relacionadas aos cuidados com a saúde após o diagnóstico da doença, o que nos faz pensar que as mulheres que não realizaram mudanças podem estar em uma condição de maior risco para a ocorrência de recidivas da malignidade. Algumas pacientes afirmaram que essas mudanças ocorreram a partir das informações obtidas por meio dos médicos, enfermeiras ou mesmo de outras pacientes. As principais mudanças relatadas estavam relacionadas com os hábitos alimentares das pacientes.

Entre as variáveis que exerceram influência estatisticamente significativa sobre as atribuições causais estão: idade (“estresse ou preocupação”, “preocupações ou problemas familiares”, “Deus (vontade Divina)”, “o meu próprio comportamento”, “fumar” e “não ter sido vacinada”), nível de escolaridade (“pouca assistência médica no passado”, “não ter sido vacinada”, “hereditariedade” e “envelhecimento”), renda familiar (“pouca assistência médica no passado”, “estado emocional” e “próprio comportamento”), tipo de câncer (“estresse ou preocupação”, “pouca assistência médica no passado” e “micróbio ou vírus”), tabagismo (“estado emocional” e “fumar”), mudanças nos cuidados com a saúde (“pouca assistência médica no passado” e “envelhecimento”), religião (“poluição ambiental”), histórico anterior da doença (“estado emocional”), histórico familiar (“hereditariedade”), realização de acompanhamento psicológico (“estresse ou preocupação”).

O fato de possuir ou não parceiro fixo foi a única variável que não apresentou correlações estatisticamente significativas em relação às atribuições causais das pacientes, diferindo do dado obtido na literatura.

As variáveis religião e realização de acompanhamento psicológico, que não haviam sido correlacionadas com as crenças causais, nos estudos selecionados, apresentaram associações com os fatores “poluição ambiental” e “estresse ou preocupação”, respectivamente.

As principais causas afetadas pelas variáveis sociodemográficas e clínicas foram: “pouca assistência médica no passado”, “hereditariedade”, “estresse ou preocupação”, “estado emocional”, “próprio comportamento”, “não ter sido vacinada”, “envelhecimento”, “um micróbio ou vírus”, “fumar”, “poluição ambiental”, “preocupações ou problemas familiares” e “Deus (vontade Divina)”.

As atribuições causais formam a base para as decisões sobre como agir diante das situações, influenciando fortemente os comportamentos de redução de risco. O conhecimento a respeito das crenças causais desse grupo de mulheres e das variáveis que exercem influência sobre as mesmas nos permite pensar em novas campanhas educacionais e informativas, assim como refletir sobre as estratégias de abordagem dessas pacientes, pela equipe de saúde, visando a modificação de crenças inapropriadas.

Ao analisarmos os resultados, a falta de informação a respeito dos fatores de risco relacionados aos cânceres de mama e ginecológico ficou bastante evidente. Os principais fatores de risco, reconhecidos pelos especialistas, não apresentaram papel expressivo nas atribuições das participantes do estudo, como hereditariedade, tabagismo, dieta alimentar e envelhecimento. Foram observados também equívocos no reconhecimento dos fatores de risco relacionados a cada tipo de câncer.

O baixo nível de escolaridade da amostra em geral, parece ter tido papel importante no desconhecimento a respeito de determinadas causas. É imprescindível o desenvolvimento de programas educacionais com foco na redução de comportamentos de risco e promoção de saúde, voltados a essa população específica.

A faixa etária das participantes parece ter sido outro fator importante relacionado à informação. Estudos futuros que investiguem as falhas ou lacunas de informações, entre indivíduos de diferentes faixas etárias, podem servir de base para o direcionamento e aprimoramento das campanhas educativas, com o objetivo de acessar de maneira efetiva os diversos grupos.

Não foram encontradas explicações óbvias, em todas as situações, para os padrões observados nos resultados referentes às crenças causais e suas correlações com outras variáveis, o que aponta para a necessidade de elaboração de novas pesquisas que tenham como objetivo explorar mais detalhadamente as associações relacionadas às atribuições causais.

Os achados das correlações entre atribuições causais e dados sociodemográficos puderam ser comparados exclusivamente com dados de estudos realizados em outros países, uma vez que esses dados não foram abordados nos trabalhos brasileiros selecionados, em função, principalmente, das amostras reduzidas, com oito a onze participantes. As pesquisas brasileiras foram, em sua totalidade, qualitativas.

Seria de grande valor para o tema em questão, a realização de estudos futuros que tenham como objetivo compreender de maneira mais aprofundada as correlações entre as atribuições causais das pacientes com câncer de mama e ginecológico e as variáveis sociodemográficas e clínicas, por meio da investigação de outras correlações apontadas no presente trabalho.

Outro foco importante de pesquisa seria o estudo dos aspectos emocionais relacionados às atribuições causais, como culpa, vergonha, desesperança, ansiedade, depressão, entre outros, além da percepção de controle da doença por parte das pacientes, assim como o impacto desses fatores sobre a adesão aos tratamentos e adoção de comportamentos preventivos. A relação entre as atribuições causais e os aspectos emocionais e psicológicos envolvidos no diagnóstico e tratamento do câncer poderia fornecer também informações importantes para o acompanhamento clínico e tratamento dos pacientes oncológicos.

O presente trabalho apresenta algumas limitações, como o fato da amostra ser constituída, predominantemente, por pacientes de classe social mais baixa, todas em tratamento em hospital público. A investigação sobre as crenças causais de grupos com condições socioeconômicas superiores, assim como a comparação entre os grupos, poderiam ampliar o conhecimento a respeito das crenças das mulheres brasileiras em relação ao câncer de mama e câncer ginecológico e seu impacto sobre os comportamentos de redução de risco, ajustamento à doença e adesão ao tratamento.

Além disso, os dois grupos, com diferentes tipos de câncer, foram comparados, isoladamente, apenas em relação às atribuições causais, mas não no que se refere às variáveis sociodemográficas e clínicas, podendo haver outras discrepâncias não identificadas entre os grupos.

BIBLIOGRAFIA

- ABC DA SAÚDE. Câncer de vagina. Disponível em: <http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?66>, acesso em 18/01/2012.
- AMERICAN CANCER SOCIETY (ACS). *What Causes Cancer?* Disponível em: <http://www.cancer.org/Cancer/CancerCauses/index>, acesso em 30/05/2012a.
- _____. *Vaginal Cancer*. Disponível em: <http://www.cancer.org/cancer/vaginalcancer/index>, acesso em 18/01/2012b.
- _____. *Learn about Cancer*. Disponível em: <http://www.cancer.org/Cancer/index>, acesso em 04/06/2011a.
- _____. *Stay Healthy*. Disponível em: <http://www.cancer.org/Healthy/index>, acesso em 04/06/2011b.
- ANAGNOSTOPOULOS, F.; SPANEA, E. Assessing illness representations for breast cancer: A comparison of patients with health and benign controls. *Journal of Psychosomatic Research*. 2005; 58: 327– 334.
- APIS 2. Estatística não-paramétrica. Disponível em: http://www.apis2.com.br/?page_id=257, acesso em 16/02/2013.
- ARMAN, M.; BACKMAN, M.; CARLSSON, M.; HAMRIN E. Women perceptions and believes about the genesis of their breast cancer. *Cancer Nursing*. 2006; 29(2):142-148.
- CAPRA, F. *O ponto de mutação*. São Paulo: Cultrix, 2006.
- CARVALHO, M.M. Psico-oncologia: história, características e desafios. *Revista Psicologia USP*. 2002; 13(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000100008&lng=pt&nrm=iso, acesso em 06/10/2012.
- COSTANZO, E.S.; LUTGENDORF, S.K.; BRADLEY, S.L.; ROSE, S.L.; ANDERSON, B. Cancer Attributions, Distress, and Health Practices Among Gynecologic Cancer Survivors. *Psychosomatic Medicine*. 2005; 67:972-980.
- COUTINHO, B.B.; TRINDADE, Z.A. As representações sociais de saúde no tratamento da leucemia e linfoma. *Revista de Psicologia da Vetor Editora*. 2006; 7(1):9-18.
- DIAS, O.M.; TURATO, E.R. Cigarette smoker's views on their habit and the causes of their illness following lung cancer diagnosis: a clinical-qualitative study. *São Paulo Medical Journal*. 2006; 124(3): 125-129.
- FERREIRA, M. L. *O Pêndulo de cristal – uma terapia psico-oncológica*. Aparecida – SP: Ideias e Letras, 2004.

FIGUEIRAS, M.J.; ALVES, N.C. Lay perceptions of serious illnesses: An adapted version of the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) for healthy people. *Psychology and Health*. 2007; 22(2): 143–158.

FUGITA, R.M.I.; GUALDA, D.M.R. A causalidade do câncer de mama à luz do Modelo de Crenças em Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. 2006; 40(4): 501-506.

GULYN, L.M.; YOUSSEF, F. Attribution of blame for breast and lung cancers in women. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2010; 28: 291–301.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009*. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009/default.shtm, acesso em 06/07/2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Estimativas 2012: Incidência de Câncer no Brasil. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?ID=1>, acesso em 21/04/2012a.

_____. Tipos de Câncer. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home>, acesso em 17/01/2012b.

_____. Estimativas 2010: Incidência de Câncer no Brasil. Disponível em: http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=1, acesso em 04/06/2011a.

_____. Incidência de Câncer no Brasil e no Mundo – Magnitude. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/vigilancia/docs/Epi%202008/Incidência%20de%20Câncer%20no%20Brasil%20e%20no%20Mundo%20-%20Magnitude.pdf>, acesso em 17/04/2011b.

_____. O que é o câncer. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/oquee>, acesso em 04/06/2011c.

_____. Prevenção e fatores de risco. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=13, acesso em 04/06/2011d.

JUNG, C.G. *Fundamentos de Psicologia Analítica*. 7 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1996.

_____. *A Energia Psíquica*. 7 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

KELLEY, H.H. The process of causal attribution. *American Psychologist*. 1973; 28: 107-128.

_____. Attribution theory and research. *Annual Reviews of Psychology*. 1980; 31: 457-501.

_____. Common-sense psychology and scientific psychology. *Annual Reviews of Psychology*. 1992; 43: 1-24.

LEVENTHAL, H.; BENYAMINI, Y.; BROWNLEE, S.; DIEFENBACH, M.; LEVENTHAL, E.A.; PATRICK-MILLER, L.; ROBITAILLE, C. Illness representations: Theoretical foundations. In PETRIE, K.J, WEINMAN, J.A. (eds.). *Perceptions of health and illness*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 1997. Disponível em: <http://rutgers.academia.edu/HowardLeventhal/Papers>, acesso em 06/07/2011.

LEVY, A.G.; NIEDERDEPPE, J. Fatalistic beliefs about cancer prevention and three prevention behaviors. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2007; 16:998-1003.

LIPOWSKI, Z.J. Psychosomatic Medicine: Past and Present – Part I. Historical Background. *Canadian Journal of Psychiatry*. 1986; 31(1): 2-7.

LYKINS, E.L.B.; GRAUE, L.O.; BRECHTING, E.H.; ROACH, A.R.; GOCHETT, C.G.; ANDRYKOWSKI, M.A. Beliefs about cancer causation and prevention as a function of personal and family history of cancer: a national, population-based study. *Psycho-Oncology*. 2008; 17: 967-974.

MENDONÇA, M.; CAMARGO, R.C.; FERREIRA, R.C.; SILVA, R.E. Tabagismo e sua inter-relação com doenças ginecológicas. *Jornal Brasileiro de Medicina*. 2004; 86(3): 60-63.

MOSS-MORRIS, R.; WEINMAN J.; PETRIE K.J.; HORNE R.; CAMERON L.D.; BUICK D. The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*. 2002; 17(1): 1–16.

NATIONAL CANCER INSTITUTE. PDQ® (NCI) Cancer Prevention Overview. Última modificação em 03/01/2012. Disponível em: <http://cancer.gov/cancertopics/pdq/prevention/overview/HealthProfessional>, acesso em 17/03/2012a.

_____. Breast Cancer Prevention. Disponível em: <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/prevention/breast/HealthProfessional>, acesso em 17/03/2012b.

ONCOGUIA. Câncer do colo do útero. Disponível em: <http://www.oncoguia.com.br/site/interna.php?cat=12&id=100&menu=2>, acesso em 17/01/2012a.

_____. Câncer de ovário. Disponível em: <http://www.slideshare.net/institutooncoguia/cncer-de-ovario-8111609>, acesso em 03/01/2012b.

_____. Saiba tudo sobre o câncer de mama! Disponível em: <http://www.oncoguia.com.br/site/interna.php?cat=13&id=4081&menu=2>, acesso em 18/03/2012c.

_____. Fatores de risco. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/cancer-de-mama/1411/31/>, acesso em 20/11/2012d.

PETRIE, K.J.; JAGO, L.A.; DEVCICH, D.A. The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Current Opinion in Psychiatry*. 2007; 20:163-167.

PROGRAMA INTERINSTITUCIONAL DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO EM BIOLOGIA DO CÂNCER. Disponível em: http://www.oncobiologia.bioqmed.ufrj.br/noticias_clipping_detalhes.asp?id=396, acesso em 11/09/2012.

RAMOS, D.G. *A psique do corpo: a dimensão simbólica da doença*. 3 ed. São Paulo: Summus, 2006.

ROESCH, S.C.; WEINER, B. A meta-analytic review of coping with illness: Do causal attributions matter? *Journal of Psychosomatic Research*. 2001; 50: 205-219.

SALANDER, P. Attributions of lung cancer: My own illness is hardly caused by smoking. *Psycho-Oncology*. 2007; 16: 587–592.

SCHÁVELZON, J. Psicossomática e câncer. In: MELLO FILHO, J. et al. *Psicossomática hoje*. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2010.

SIEGEL S.; CASTELLAN Jr. N.J. *Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

THE ILLNESS PERCEPTION QUESTIONNAIRE (IPQ) Disponível em: <http://www.uib.no/ipq/>, acesso em 05/07/2011.

TRAEGER, L.; PENEDO, F.J.; GONZALEZ, J.S.; DAHN, J.R.; LECHNER, S.C.; SCHNEIDERMAN, N.; ANTONI, M.H. Illness perceptions and emotional well-being in men treated for focalized prostate cancer. *Journal of Psychosomatic Research*. 2009; 67: 389–397.

VEIT, M.T.; CARVALHO, V.A. Psico-oncologia: um novo olhar para o câncer. *O mundo da saúde*. 2010; 34(4): 526-530.

WEINER, B. Reflections on the history of attribution theory and research – people, personalities, publications, problems. *Social Psychology*. 2008; 39(3):151–156.

_____. An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review*. 1985; 92(4): 548-573.

WEINMAN J.; PETRIE, K.J.; MOSS-MORRIS, R.; HORNE, R. The Illness Perception Questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*. 1996; 11: 431-446.

WOLD, K.S.; BYERS, T.; CRANE, L.A.; AHNEN, D. What do cancer survivors believe causes cancer? *Cancer Causes and Control*. 2005; 16: 115–123.

WORLD CANCER RESEARCH FUND / AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH (WCRF/AIRC) Alimentos, nutrição, atividade física e prevenção de câncer: uma perspectiva global. Disponível em: http://www.dietandcancerreport.org/cancer_resource_center/downloads/summary/portuguese.pdf, acesso em 17/03/2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Child and adolescent health and development. Disponível em: http://www.who.int/child_adolescent_health/en/, acesso em 02/08/2011.

ANEXOS**ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO****(DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS)**

Data: ____/____/____

Participante nº _____

I – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**1. Idade:** _____ anos**2. Cidade onde mora:** _____ **3. Estado:** _____**4. Sexo:** (X) feminino**5. Grau de escolaridade:** _____**6. Estado civil:**

() Solteira

() Casada

() União estável/ Mora com companheiro

() Divorciada/ separada

() Tem parceiro fixo

() Viúva

7. Você tem filhos? () Sim () Não**7a. Se sim, quantos?** _____**8. Renda familiar mensal:**

() até R\$ 620,00

() de R\$ 621,00 a R\$ 1.240,00

() de R\$ 1.241,00 a R\$2.480,00

() de R\$ 2.481,00 a R\$ 6.200,00

() de R\$ 6.201,00 a R\$ 12.400,00

() acima de R\$ 12.400,00

9. Você mora com quem? _____**10. Você tem uma religião?** () Sim () Não**10a. Se sim, qual?** _____**II – ATIVIDADE PROFISSIONAL****11. Profissão:** _____**12. Sua situação de trabalho atual:**

() Empregada

() Trabalho autônomo

() Desempregada

() Do lar

() Trabalhos temporários (“bicos”)

() Estudante

() Aposentada por idade ou
tempo de serviço() Aposentada por motivo
de saúde

() Afastada pelo INSS

III – DADOS CLÍNICOS

13. Você é fumante?

() Sim () Não () Ex-fumante

14. Qual foi o tipo de câncer diagnosticado, no seu caso? _____

15. Você recebeu algum outro diagnóstico de câncer no passado?

() Sim () Não

15a. Se você respondeu “sim” na pergunta anterior: qual foi o tipo de câncer diagnosticado anteriormente no seu caso? _____

16. Você tem parentes de 1º grau (pai, mãe, irmãos, tios ou avós) que tiveram algum tipo de câncer?

() Sim () Não

17. Você iniciou algum tipo de acompanhamento psicológico (individual ou em grupo) depois de receber o diagnóstico de câncer atual?

() Sim () Não

18. Após receber o diagnóstico de câncer, você realizou mudanças nos seus hábitos, estilo de vida e comportamentos de saúde?

() Sim () Não

18a. Se você respondeu “sim”, quais mudanças você realizou? _____

ANEXO 2 - As causas do meu câncer

Gostaria de saber quais você considera terem sido **as causas** do seu câncer. Como as pessoas são muito diferentes, não há respostas certas para essa questão. Estou mais interessada nas **suas opiniões** sobre os fatores que causaram a sua doença do que nas opiniões de outras pessoas, incluindo o que médicos ou outras pessoas possam ter sugerido a você.

Abaixo encontra-se uma lista das causas possíveis para o seu câncer. Por favor, indique o **quanto concorda ou discorda com estas causas**, marcando com um X o quadrado apropriado.

	Concorda totalmente	Concorda	Não concorda nem discorda	Discorda	Discorda totalmente
Estresse ou preocupação					
Hereditariedade (é de família)					
Fumar					
Excesso de peso					
Destino ou má sorte					
Tipo de alimentação					
Poluição do ambiente					
O meu estado emocional (por ex., sentir-se “para baixo”, sozinha, ansiosa, vazia)					
O meu próprio comportamento					
Pouca assistência médica no passado					
Acidente ou lesão					
A minha personalidade (a minha maneira de ser)					
Envelhecimento					
Um micróbio ou vírus					
A minha atitude mental (por ex., pensar sobre a vida de forma negativa)					
Alteração das defesas do organismo					
Não ter sido vacinada					
Preocupações ou problemas familiares					
Excesso de trabalho					
Deus (vontade Divina)					

Por favor, classifique abaixo, **por ordem de importância**, os **três fatores** que lhe parecem ter causado o seu câncer. Você pode usar qualquer uma das causas referidas no quadro anterior ou outras que considere importantes.

As causas mais importantes para mim são:

1. _____
2. _____
3. _____

ANEXO 3

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM PSICOLOGIA CLÍNICA
NÚCLEO DE PSICOSSOMÁTICA E PSICOLOGIA HOSPITALAR
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96, de 10 de outubro de 1996)

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Nome do Participante: _____
 Documento de identidade n°: _____
 Data de nascimento: ____/____/_____
 Endereço: _____ n°: _____
 Complemento: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Estado: _____
 CEP: _____ - _____ Telefones: () _____

II – DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

Título do protocolo de pesquisa: ATRIBUIÇÃO DE CAUSALIDADE NOS CÂNCERES DE MAMA E GINECOLÓGICO: A DOENÇA SOB O OLHAR DAS PACIENTES.

Pesquisadora: Fabiana Rocha Biagigo

Profissão: Psicóloga

Inscrição no Conselho Regional n°: 06/62712

Orientadora de pesquisa: Ceres Alves de Araújo

Profissão: Psicóloga

Inscrição no Conselho Regional n°: 06/408

Avaliação de Risco da Pesquisa:

(X) SEM RISCO () BAIXO RISCO () MÉDIO RISCO

III – REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DA PESQUISADORA AO PARTICIPANTE SOBRE A PESQUISA

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem como título: “Atribuição de causalidade nos cânceres de mama e ginecológico: a doença sob o olhar das pacientes”.

Essa pesquisa está sendo realizada para investigar, junto aos pacientes com câncer, quais eles acreditam serem as causas da sua própria doença. Os dados serão utilizados no sentido de compreender como o paciente com câncer entende sua doença, possibilitando, futuramente, a promoção de campanhas informativas e de redução de comportamentos de risco mais adequadas a essa população.

Para a coleta de dados serão utilizados 02 (dois) instrumentos:

- Questionário com informações sociodemográficas e de saúde.
- Questionário de causas relacionadas ao câncer (adaptação IPQ-R).

Por meio do estudo de suas respostas, junto com a de outros participantes, será possível termos uma compreensão a respeito das crenças que os pacientes têm a respeito das causas de sua doença, um estudo que possibilitará averiguar a

adequação das campanhas informativas relacionadas ao câncer, voltadas para a população geral, e a avaliação da necessidade de reformulação das mesmas.

Os resultados da pesquisa serão utilizados para a defesa da dissertação de Mestrado da pesquisadora e para futura publicação de artigo sobre o tema pesquisado. Seu nome jamais será divulgado.

IV – ESCLARECIMENTOS DA PESQUISADORA SOBRE AS GARANTIAS DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

1. O participante poderá ter acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para diminuir eventuais dúvidas.
2. Liberdade para retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo.
3. Garantia da confidencialidade, sigilo e privacidade.

V – INFORMAÇÕES DE NOME, ENDEREÇO E TELEFONE DA RESPONSÁVEL PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO, CASO NECESSITE

Pesquisadora: Fabiana Rocha Biagigo

Endereço: Av. Dr. Cândido Motta Filho, 572, conj. 4 – Vila São Francisco – São Paulo/SP – CEP 05351-000

Telefones: (11) 3763-4634 / (11) 8447-2919

VI – OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Os resultados dessa pesquisa estarão disponíveis, a qualquer momento, bastando para tanto, contatar a pesquisadora e agendar data e horário.

VII – CONSENTIMENTO

Eu, _____, declaro estar ciente do que foi explicado e consinto em participar da presente pesquisa.

São Paulo, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora