

RISCO DE CÂNCER E COMPORTAMENTOS PREVENTIVOS: A PERSUASÃO COMO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO¹

Marcela Tonani²
Emilia Campos de Carvalho³

A efetividade das intervenções de promoção da saúde, proteção e diagnóstico precoce pode contar com o processo de persuasão empregado. Este estudo buscou avaliar o grau de risco para apresentação de câncer, contemplando os fatores de risco pertinentes a cada tipo, bem como a presença e as características da persuasão na comunicação para a prevenção e detecção precoce. Trata-se de estudo observacional, de 110 habitantes de um bairro de Ribeirão Preto, SP. Constatou-se altos riscos para cânceres de cólon/reto, de cérvix e de endométrio; moderados riscos para os já descritos, além de pulmão e mama. Quanto à persuasão, constatou-se desencadeamento das informações sobre câncer, mas essas não conseguiram manter-se por longos períodos, além da inexistência de reforço. Considera-se a persuasão estratégia útil para diminuição desses riscos e de incentivo e manutenção de comportamentos preventivos, se adotado todo o seu processo, já que aponta caminhos a serem percorridos.

DESCRITORES: comunicação persuasiva; comportamento de redução do risco; prevenção primária; prevenção secundária

CANCER RISK AND PREVENTIVE BEHAVIOR: PERSUASION AS AN INTERVENTION STRATEGY

The effectiveness of interventions for health promotion, protection, and early diagnosis may include the process of persuasion employed. This study aims to evaluate the risk level of developing cancer, considering the pertinent risk factors, and the presence of persuasion and characteristics in communication regarding cancer prevention and early detection. It is an observational study, conducted among 110 inhabitants of a neighborhood in Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil. It was confirmed that there are high risks for colon/rectum, cervical, and endometrial cancer; and moderate risks for the above as well as lung and breast cancer. In terms of persuasion, it was observed that cancer information was spread but not sustained for long periods. Moreover, there was no reinforcement. In view of cancer risk and the identified preventive behaviors, persuasion is considered a useful strategy to reduce these risks, as well as to encourage and sustain preventive behaviors, since it indicates routes to be followed.

DESCRIPTORS: persuasive communication; risk reduction behavior; primary prevention; secondary prevention

RIESGO DE CÁNCER Y COMPORTAMIENTOS PREVENTIVOS: LA PERSUASIÓN COMO UNA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

La efectividad de las intervenciones de promoción de la salud, protección y diagnóstico precoz puede depender del proceso de persuasión empleado. Este estudio buscó evaluar el grado de riesgo para la aparición de cáncer, contemplando los factores de riesgo pertinentes a cada tipo, así como la presencia y las características de la persuasión en la comunicación para su prevención y detección precoz. Se trata de un estudio observacional, de 110 habitantes de un barrio de Ribeirão Preto, San Pablo. Se constataron altos riesgos para el cáncer del colon/recto, de cervix y de endometrio; moderados riesgos para los ya descritos, además de pulmón y de mama. En cuanto a la persuasión, se observó el desencadenamiento de las informaciones sobre cáncer; sin embargo estas no consiguieron mantenerse por largos períodos, además de la inexistencia de refuerzo. Se considera la persuasión una estrategia útil para disminuir esos riesgos y de incentivo y mantención de comportamientos preventivos, adoptándose en todo su proceso, ya que apunta caminos a ser recorridos.

DESCRIPTORES: comunicación persuasiva; conducta de reducción del riesgo; prevención primaria; prevención secundaria

¹ Artigo extraído de Dissertação de Mestrado. Pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil; ² Enfermeira, Mestre em Enfermagem; ³ Professor Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Brasil, e-mail: ecdcava@usp.br.

INTRODUÇÃO

O câncer tem sido classificado tanto como uma doença crônico-degenerativa, apresentando evolução prolongada e progressiva, se não sofrer interferência em alguma de suas fases, como também um processo comum a um grupo heterogêneo de doenças que diferem em etiologia, frequência e manifestações clínicas⁽¹⁻³⁾.

Configura-se como um grande problema de saúde pública tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento; no Brasil ocupa o segundo lugar na mortalidade por causas definidas⁽¹⁾, sendo que no ano de 2006, ocorreram 472.050 casos novos de câncer. Os tipos mais incidentes foram os de próstata e pulmão no sexo masculino e, mama e colo do útero no sexo feminino, acompanhando o mesmo perfil da magnitude observada no mundo⁽⁴⁾. Tal informação epidemiológica é fundamental para o planejamento de ações de promoção à saúde, detecção precoce e de atenção oncológica em todos os níveis.

Inúmeras vezes, os cânceres somente são diagnosticados em fases mais avançadas, o que piora seu prognóstico e, principalmente, aumenta a mortalidade pela doença. A prevenção neste caso é fundamental para melhora da morbi-mortalidade e qualidade de vida dos acometidos⁽⁵⁾. Assim, seu controle depende essencialmente de ações nas áreas da promoção da saúde, proteção específica e do diagnóstico precoce da doença.

A informação da contribuição de um fator de risco para as taxas globais de doença em populações, e não apenas em indivíduos expostos, é útil para decidir quais são os fatores de risco particularmente importantes e triviais para a saúde geral da comunidade, podendo informar, aos que decidem as políticas de saúde, sobre como escolher prioridades para aplicação dos recursos à saúde. Um fator de risco relativamente fraco (de baixo risco relativo) que seja bastante prevalente na comunidade, pode ser responsável por uma maior incidência de doença que um fator mais forte, mas de rara prevalência⁽⁶⁾.

Estudos nesta área necessitam ser desenvolvidos para que a população possa utilizar da informação para adoção de métodos mais saudáveis de vida; destacam-se aqueles que visam a avaliação tanto do risco de câncer apresentado por uma população como da efetiva persuasão de informações sobre tais fatores de risco e sua prevenção.

Considera-se risco a probabilidade de um evento indesejado ocorrer⁽⁷⁾; uma associação a um maior risco de tornar-se doente. Mesmo que não cause a doença, sua presença nos permite predir a probabilidade de que a doença venha ocorrer⁽⁶⁾.

A etiologia do câncer é multicausal, ou seja, resulta da interação de vários fatores, os quais, em maior ou menor extensão, aumentam a probabilidade de um indivíduo vir a ter a doença, estes são os fatores de risco relacionados ao câncer. Por outro lado, alguns fatores conferem ao organismo uma menor probabilidade de ocorrência do câncer, são denominados fatores de proteção⁽⁷⁾.

Assim, para se reduzir o impacto do câncer, é necessário que se reduza, primeiramente, a prevalência dos fatores comportamentais e ambientais que aumentam seu risco. Devem-se assegurar programas de rastreamento e protocolos de tratamentos baseados em evidências que estejam acessíveis, particularmente às populações menos assistidas pelos serviços de saúde. Para tanto, pode-se lançar mão da comunicação persuasiva.

A palavra persuasão é derivada do latim *persuasione*, significando ato ou efeito de persuadir. Persuadir (*persuadere*) é levar à persuasão ou à convicção; é induzir a fazer, aceitar, crer, aconselhar, admitir como verdadeiro, acreditar, convencer-se⁽⁸⁾.

A saúde, assim como outros campos, necessita de estratégias de comunicação que consigam atingir as metas de uma mensagem persuasiva, considerando que esta depende de abordagens e apelos diferenciados quanto aos objetivos, linguagem e público receptor.

No modelo adotado⁽⁹⁾, o processo de persuasão trata dos efeitos que a mensagem ocasiona no receptor, efeitos esses relevantes e úteis para a meta desejada pela fonte. Alguns critérios estão relacionados a essa definição, a saber: 1) a relevância dos efeitos para o objetivo da fonte; 2) a instrumentalidade da persuasão, ou seja, o meio ou ação para se alcançar a meta; a ação pode ser de adoção, permanência, dissuasão e descontinuidade. 3) a importância das mensagens, podendo estas ser verbais, não verbais ou a combinação de ambas; 4) o envolvimento da escolha, isto é, a ilusão da escolha e 5) a natureza pessoal e interpessoal da persuasão, lembrando que a fonte desenvolve uma mensagem para atingir meta envolvendo mais de um receptor⁽¹⁰⁾.

O processo de persuasão ocorre em cinco etapas: uma mensagem é enviada a um receptor; a

mensagem é percebida e identificada pelo receptor; o intérprete (receptor) atribui um significado à mensagem; o significado dentro do receptor atua como um estímulo para quaisquer efeitos que possam ocorrer; e os efeitos no receptor geram uma ação que pode relacionar-se com a meta desejada pelo persuasor. O importante conceito central neste modelo é que o estímulo para a mudança é o significado suscitado no receptor⁽¹⁰⁾.

Enquanto geradora de efeitos relevantes e úteis nos receptores, a comunicação persuasiva pode ser utilizada como estratégia para diminuição do risco de câncer em uma população, isto é, o uso deste processo na comunicação para prevenção e detecção precoce do câncer pode gerar comportamentos preventivos. Estudos mostram que ao utilizar campanhas publicitárias direcionadas ao público alvo, com a utilização de linguagem apropriada a uma determinada população, o sucesso foi observado⁽¹¹⁻¹²⁾. Neste sentido, este trabalho utilizou-se destes referenciais para seu desenvolvimento, com os objetivos: avaliar o grau de risco para apresentação de câncer contemplando os fatores de risco pertinentes; avaliar a presença e as características da persuasão na comunicação para prevenção e detecção precoce de câncer.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, com caráter transversal, realizado em um bairro da cidade de Ribeirão Preto-SP (Jardim Paiva I), no qual a Universidade desenvolve ações de extensão. Tal escolha deve-se ao fato, ainda, da possível colaboração do estudo para o planejamento de estratégias efetivas no bairro, com a implantação de uma Unidade de Saúde. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP; somente participaram do estudo os sujeitos que concordaram voluntariamente em assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, após conhecimento dos objetivos do estudo e garantia de seu anonimato.

A população deste estudo foi constituída pelos moradores do bairro, com seleção aleatória (sorteio) de 25% das 440 casas, obtendo-se uma amostra de 110 residências. Quando não foi possível o contato, pela ausência do morador, em duas tentativas, foi realizada a reposição pela residência da esquerda ou da direita, nesta seqüência. Em caso de não sucesso,

após duas tentativas, foi feito novo sorteio de reposição.

Foram critérios de inclusão: concordância em participar do estudo voluntariamente, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido seguido do conhecimento dos objetivos do estudo; idade igual ou superior a 18 anos; ser morador do bairro (não importando o tempo de residência) e conservar aspectos cognitivos. E de exclusão: estar em tratamento oncológico ou ainda, não estar em remissão da doença.

Para a coleta de dados foram empregados dois instrumentos:

1 - *Câncer: assessing your risk*, foi desenvolvido pela Sociedade Americana de Câncer, para avaliação de presença de fatores de risco dos diversos cânceres. Foi realizada sua tradução e adaptação para a realidade brasileira; a metodologia⁽¹³⁾ de tal procedimento contemplou tradução, retro tradução, comparação entre as três versões por um grupo de peritos, com concordância entre 99% e 80%, classificado deste modo como quase o mesmo significado do instrumento original, resultando no instrumento adaptado. Seus itens relacionam-se aos cânceres de pulmão, cólon e reto, pele, mama e colo de útero, e contemplam: dados pessoais (sexo, idade), hábitos de vida, história pregressa do respondente e familiares, exames, sinais e sintomas.

2 - Questionário para identificação dos elementos de persuasão contidos na comunicação persuasiva. Foram seguidos os preceitos da literatura⁽¹⁴⁾ para sua construção, contemplando o itens que atendessem ao conteúdo da teoria da persuasão adotada⁽⁹⁾. Cada questão foi avaliada por um grupo de peritos quanto à clareza, sensibilidade ao estado psicológico do respondente, ausência de parcialidade, nível de leitura e seqüência das questões. Foi ainda aplicado em 20 sujeitos, de bairro vizinho, com características similares aos sujeitos do estudo, para verificação da pertinência e do alcance dos objetivos. O instrumento foi considerado adequado em face dos resultados da validação aparente e de conteúdo. Seus principais itens contemplaram: identificação de informação sobre prevenção e detecção precoce de câncer, conteúdo da informação, tipo de câncer, fonte da informação, estímulo de ação e comportamento adotado em face da informação.

Os dados coletados pela pesquisadora, por meio de entrevista, foram registrados em um banco de dados, empregando-se o programa SPSS versão 15.0

e analisados com estatística descritiva (frequência simples e percentual). Para análise das variáveis pertinentes à persuasão foram utilizados os preceitos da teoria supra descrita⁽⁹⁾.

RESULTADOS

Quanto às características observadas na amostra, dos 110 sujeitos entrevistados, 81,8% eram mulheres e 18,2% homens. A idade variou entre 18 e 75 anos, apresentando uma média de 38,1 anos e mediana de 36 anos. Com relação aos dados sócio-demográficos, obteve-se uma média de quatro moradores por casa, com mínimo de um e máximo de oito moradores, variância de 2,14. No estado civil dos sujeitos houve predomínio de casados (55,5%) e as ocupações mais frequentes são do lar e doméstica (58,2%).

Deste modo, o perfil dos sujeitos pode ser assim considerado: mulheres, com média de idade de 38 anos, primeiro grau incompleto, casada, do lar e morando em uma residência com quatro pessoas.

Os escores de risco variaram segundo o tipo de câncer (Tabela 1) na amostra estudada.

Tabela 1 - Distribuição dos escores de risco de câncer segundo o tipo de câncer

| Tipo | Risco de câncer | | | | | | Total | |
|------------|-----------------|------|----------|------|------|-----|-------|-----|
| | Baixo ou leve | | Moderado | | Alto | | N | % |
| | N | % | N | % | N | % | | |
| Pulmão | 100 | 90.9 | 10 | 9.1 | - | - | 110 | 100 |
| Cólon/reto | 59 | 53.6 | 48 | 43.6 | 3 | 2.7 | 110 | 100 |
| Mama | 74 | 66.7 | 16 | 14.4 | - | - | 90 | 100 |
| Cérvix | 75 | 68.2 | 11 | 10.0 | 4 | 3.6 | 90 | 100 |
| Endométrio | 66 | 60 | 17 | 15.5 | 7 | 6.4 | 90 | 100 |

O risco para câncer de pulmão foi observado predominantemente na classificação baixo ou leve risco (90,9%), ou seja, quando o indivíduo apresentava baixo risco ou ainda era considerado um fumante leve, com boas chances de cessar o hábito. Já os de moderado risco, com chances aumentadas de câncer de pulmão e do trato respiratório, foi apresentado em baixa frequência (9,1%); nestes, a parada no hábito de fumar passa a ser muito importante.

Para câncer de cólon e reto, identificou-se 2,7% em alto risco nos sujeitos do estudo, tendo como fator de impacto o histórico da família com câncer ou pólipos de cólon; nesse caso é indicada uma avaliação

periódica para acompanhamento. Já o risco moderado, considerado em 43,6% dos sujeitos, deve-se ao fato da idade superior aos 40 anos, o que isoladamente já traz o sujeito ao escore de risco moderado. A maioria, contudo, permaneceu em escores de baixo risco para esse câncer.

Relacionado ao risco de câncer de mama, 14,4% dos sujeitos apresentavam risco moderado; destes, para 87,5%, o principal fator de impacto foi a idade superior a 50 anos e o restante, sujeitos com idade entre 40 e 49 anos, ausência de realização de mamografia ou exame clínico das mamas. Destacase que a maioria (66,7%) enquadra-se na faixa de baixo risco.

O risco de câncer de cérvix uterino foi identificado como alto em 3,6% das entrevistadas e como moderado em 10%; os principais fatores determinantes foram: idade entre 40 e 54 anos, início precoce das relações sexuais e não realização de exame Papanicolaou, este último fator presente em todas participantes consideradas de alto risco. Este indicador também foi determinante dos resultados do risco de câncer de endométrio, uma vez que estava presente para as entrevistadas que obtiveram alto e moderado riscos; para este grau de risco também foram dominantes a idade superior aos 50 anos e a obesidade.

Relacionado ao risco de câncer de pele, este é mensurado a partir de respostas positivas ou não sobre fatores de risco, assim a média observada foi de 1,58 fator de risco nos sujeitos entrevistados, com um mínimo de nenhum fator apresentado e máximo de cinco fatores. Dentre os fatores levantados, quando o sujeito apresentava somente uma resposta positiva estes foram relacionados à: biótipo claro, exposição solar anterior aos 18 anos excessiva, exposição solar atual, história familiar e presença de modificações pela pele.

Para a avaliação das características e presença de persuasão envolvida no câncer, os sujeitos foram questionados sobre a existência de informações acerca da prevenção ou detecção precoce conhecida, a fim de ser levantada a capacidade de identificação de uma mensagem enviada, isto é, se ela foi percebida pelos sujeitos; identificou-se que 80% deles eram capazes de reconhecer sua existência, e 55,5% destes a relacionou ao câncer de mama (37,3%), de colo de útero (21,8%), de pele (20,9%), de próstata (3,6%), de cólon e reto (0,9%), de pulmão (2,7%) e de boca (1,8), sendo que a poderiam relacionar a mais de um tipo de câncer.

Todos aqueles que identificaram a presença de informações, também reconheciam os locais onde estas foram veiculadas: televisão (58,2%), cartazes (13,6%), posto de saúde (10,9%), folhetos (8,2%), profissional de saúde (7,3%), revistas (3,6%), jornal (2,7%) e familiar (1,8%). Questionados sobre o conteúdo das mensagens, 61% conseguiram se lembrar. Dentre eles, 53,7% referiam estímulo de realização a uma atividade relacionada a informação apresentada.

O conteúdo das informações sobre prevenção e detecção precoce de câncer, mencionado pelos

entrevistados, é o mesmo que as atividades realizadas por eles, por exemplo, a pessoa identifica o auto-exame de mama como uma informação e esta pode tê-la persuadido, estimulando a praticar tal atividade (84,2%); no entanto, mesmo não identificando um conteúdo, a atividade poderia ser realizada. Por exemplo, no presente estudo o exame de mamografia periódico referido por uma das pessoas da amostra (Tabela 2) foi realizado sem a presença de estímulo persuasivo. Portanto, existem atividades executadas pelos sujeitos sem relação direta com o estímulo identificado pelo mesmo.

Tabela 2 - Relação do conteúdo das informações sobre prevenção e detecção precoce de câncer e a existência de estímulo mediante tal informação

| Conteúdo das informações | Existência de estímulo | | | | Total | |
|--------------------------------------|------------------------|-------|----------|-------|-------|------|
| | Presença | | Ausência | | | |
| Auto-exame da mama | 16 | 84.2% | 3 | 15.8% | 19 | 100% |
| Exame de rotina de Papanicolau | 8 | 61.5% | 5 | 38.5% | 13 | 100% |
| Exame de mamografia periódica | 0 | 0% | 1 | 100% | 1 | 100% |
| Percepção de modificações pelo corpo | 7 | 77.7% | 2 | 22.3% | 9 | 100% |
| Procura de profissionais à mudanças | 6 | 60% | 4 | 40% | 10 | 100% |
| Importância da prevenção | 3 | 50% | 3 | 50% | 6 | 100% |
| Importância do diagnóstico precoce | 0 | 0% | 1 | 100% | 1 | 100% |
| Uso de meios de proteção solar | 2 | 100% | 0 | 0% | 2 | 100% |

A motivação dos entrevistados, para a execução das atividades de prevenção e detecção precoce de câncer em 16,4% foi pela importância das informações, 9,1% pelo medo do acometimento pela doença, 8,2% pelos efeitos promovidos pelas ações preventivas e de detecção precoce e, para 3,6%, por decisão própria.

Dentre os sujeitos identificados como estimulados à realização de uma atividade de prevenção e detecção precoce de câncer por meio de informações veiculadas, 58,6% mantiveram a prática de tal atividade por até um mês e 27,5% de um a seis meses, mostrando a descontinuidade indesejada pela fonte na prática dessas ações. E ainda, todos eles não reconheceram a existência de incentivo, reforço na continuidade das práticas adotadas.

DISCUSSÃO

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

cancerígenos inspirados e o principal deles, o fumo, relacionando os vários aspectos que o envolvem, tempo, tipo, quantidade⁽¹⁵⁾.

Ao fumo, atribui-se o principal fator de risco evitável não só para câncer de pulmão, como também para doenças cardiovasculares e respiratórias⁽⁷⁾. No estudo, os sujeitos com risco moderado eram todos fumantes, com índices de longo período de tabagismo, metade fumava há mais de 25 anos e os outros entre 15 e 25 anos.

Embora todos os sujeitos com risco moderado fossem fumantes, ainda restaram 15 fumantes com risco leve, pois o principal fator desta classificação foi conferido ao tempo menor do hábito de fumo. Além disso, dos 25 fumantes, 40% permaneciam na faixa de menos de 30 anos, ou seja, adultos jovens candidatos a aumentarem seus riscos com o tempo ou ainda, a sofrerem intervenções para que este fator de risco seja diminuído.

Os marcadores de grupos de risco de câncer de cólon e reto são⁽¹⁵⁾: idade superior aos 50anos; história de adenomas ou câncer de cólon e reto em parentes de primeiro grau; história pessoal progressiva de câncer de ovário, endométrio ou mama; portadores de colite ulcerativa crônica ou Doença de

Crohn; algumas condições hereditárias como a polipose adenomatosa familiar e o câncer colorretal hereditário sem polipose, vindo ao encontro dos fatores abordados neste estudo. O consenso do INCA/MS⁽¹⁵⁾ para prevenção e controle desse tipo de câncer prevê: oferecer rastreamento por pesquisa de sangue oculto nas fezes para população com idade igual ou superior a 50 anos, anual (preferencialmente) ou bianual; oferecer colonoscopia para aqueles com pesquisa de sangue oculto nas fezes positiva; em grupos de risco, os métodos endoscópicos devem ser priorizados e realizados anualmente; a prevenção primária deve basear-se na adoção de uma dieta saudável, rica em fibras, frutas e vegetais, e pobre em gordura animal.

Os fatores de impacto relacionados ao câncer de mama, apontados pelo estudo, corroboram com os marcadores preconizados em grupos de risco⁽¹⁵⁾: idade, principal marcador de grupo de risco, havendo um aumento rápido da incidência quanto maior a idade; história familiar (mãe ou irmã) de câncer de mama na pré-menopausa; fatores reprodutivos, como menopausa tardia, menarca precoce, primeira gravidez em idade avançada ou nuliparidade; obesidade, álcool e exposição à radiação ionizante.

Os marcadores citados são multifatoriais e, desta forma, dificilmente suscetíveis à prevenção primária, sendo o rastreamento a grande arma da saúde pública para o controle do câncer de mama. É recomendado o oferecimento da mamografia anualmente às mulheres entre 50 e 69 anos e, exame clínico das mamas a partir dos 40 anos. O auto-exame não deve ser uma estratégia isolada, portanto não substitui o exame clínico⁽¹⁵⁾. As entrevistadas com risco aumentado não cumpriam essa recomendação.

Ressalta-se, entre as entrevistadas, a realização do auto-exame de mama em 76,6% e 42,2% o exame clínico ou mamografia. Àquelas com idade superior a 50 anos, todas realizaram o exame clínico ou mamografia das mamas, e entre 40 e 49 anos, 68,1% também o fizeram.

Dentre os marcadores de grupo de risco de câncer de colo de útero identificam-se: idade; infecção pelo HPV; atividade sexual precoce; multiplicidade de parceiros sexuais; baixo nível sócio-econômico; infecção pelo HIV e fumo. O exame de Papanicolaou é uma estratégia de rastreamento, na qual ainda não há dados precisos de sua sensibilidade e especificidade, estima-se em torno de 60% e 90-99%,

respectivamente⁽¹⁵⁾. No entanto, este ainda é o meio mais utilizado e recomendado para mulheres a partir de 18 anos ou início de atividade sexual.

A observação dos fatores de risco para câncer de pele vem ao encontro dos principais marcadores para identificação de grupos de risco: pele clara; exposição solar excessiva; idade avançada; história familiar de câncer de pele; exposição a agentes químicos. Os fatores de prevenção primária, entre os entrevistados, foram: 57% examinam a pele procurando modificações, 19,7% utilizam protetor solar à exposição e 18,3% utilizam proteção externa, por exemplo, bonés para se protegerem da exposição solar, o que reduz os riscos para este câncer. Em específico, a redução estimada de mortalidade com o auto-exame da pele é de 63%.

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

Foram identificadas a presença e as características da persuasão de informações relacionadas à prevenção e detecção precoce de câncer. A maioria dos entrevistados (80%) reconheceu a existência de informações acerca da prevenção e detecção precoce do câncer, corroborando com um estudo anterior⁽¹⁶⁾, no qual os enfermeiros atuantes nesta mesma cidade mencionaram participar de ações de prevenção de câncer em programas, campanhas além daquelas de iniciativa própria do enfermeiro. E ainda, em relação aos programas previstos para a prevenção e controle do câncer no seu local de trabalho, a maioria deles (86,4%) afirmaram esta existência referentes ao câncer de colo de útero, mama, pele, boca e próstata. Deste modo, os tipos de câncer mencionados pelos entrevistados neste estudo e que não foram reconhecidos pelos profissionais são: colo de útero, colón e reto, e pulmão.

De acordo com o observado, a televisão foi o principal meio de veiculação das informações sobre prevenção e detecção precoce. As mensagens persuasivas utilizaram a combinação verbal e não

verbal⁽⁹⁾ e atingiram de forma mais persuasiva os respondentes, mostrando ser um meio importante e eficaz para atingir a meta em uma campanha, por exemplo.

No entanto, é importante enfatizar também o papel do profissional de saúde, em especial o enfermeiro que, da equipe multiprofissional, é um dos agentes de educação para a saúde. A sua ação deve ser integral e participativa; não deve perder oportunidades e sempre estar voltado para o desenvolvimento de ações de saúde e práticas educativas no sentido de prevenir doenças, inclusive o câncer.

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

Logo, segundo a teoria abordada, suscitaram efeitos: afetivos (nível de sentimento), cognitivos (conhecimento, opiniões, crenças) e efeitos comportamentais manifestos, os quais são os planejados pela fonte, no caso os emissores de mensagens preventivas. Além da decisão do próprio indivíduo poder ser atribuída ao critério de persuasão em que o sujeito tem a ilusão da escolha, ou seja, acredita ter realizado uma atividade sem interferência de algo.

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

CONCLUSÃO

Este estudo buscou contribuir para a verificação da realidade apresentada pela população estudada, identificando presença de fatores de risco determinantes para diferentes tipos de cânceres, com vistas a posterior atuação perante tais fatores, quando estas forem cabíveis.

O processo de persuasão das informações relacionadas à prevenção e detecção precoce de câncer mostrou-se, ainda, discreto, visto que há divulgação, recepção e entendimento dessas informações, mas a adoção por períodos mais longos não é observada.

Portanto, diante do risco de câncer e dos comportamentos preventivos identificados, considera-se a persuasão como estratégia útil para diminuição desses riscos e também para incentivo e manutenção de comportamentos preventivos, já que aponta caminhos a serem percorridos para o êxito de tal percurso; contudo é necessário que sejam utilizados todos os passos deste processo persuasivo, em especial estratégias que propiciem a manutenção do comportamento por longo período.

Espera-se que este estudo colabore para o progresso das medidas envolvidas no câncer e, sobretudo, para a contribuição aos enfermeiros participantes deste processo, fornecendo-lhes embasamentos destas medidas visando a diminuição da morbi-mortalidade e ao aumento da qualidade de vida da população.

Ainda que este estudo tenha sido realizado em uma população específica, o que limita seu poder de generalizações, ele contribui para a análise da situação do bairro, no que diz respeito às estratégias a serem adotadas para controle do câncer, ótica ainda não muito empregada; pode ser ainda um estímulo a se testar a eficácia do uso de persuasão, em todas as suas etapas, que poderá ser expandida a outras comunidades.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer [Página na Internet]. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2005. [acessado em 14 de novembro de 2005]. Disponível em <http://www.inca.gov.br>.
2. Carvalho EC, Tonani M, Barbosa JS. O uso da comunicação na prevenção e detecção precoce do câncer. In: Mendes IAC. Comunicação em Enfermagem na Era Digital: 9º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem; 2004 maio 27–28; Ribeirão Preto, São

- Paulo. Ribeirão Preto: FIERP; 2004. p.103.
3. Teixeira JB, Nogueira MS. Câncer gástrico: fatores de risco em clientes atendidos nos serviços de atenção terciária em um município do interior paulista. Rev Latino-am Enfermagem, 2003; 11(1):43-8.
4. Instituto Nacional de Câncer [Página na Internet]. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2005. [acessado em 08 de setembro de 2006]. Disponível em <http://www.inca.gov.br>
5. Stewart BW, Coates AS. Cancer prevention: a global perspective. J Clin Oncol 2005 January; 23(2):392-403.

6. Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. *Epidemiologia Clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p. 103-19.
7. Ministério da Saúde (BR). *Ações de Enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço*. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Nacional de Câncer; 2002.
8. Michaelis: *moderno dicionário da língua portuguesa*. São Paulo: Companhia Melhoramentos; 1998.
9. Fotheringham WC. *Perspectives on persuasion*. Boston: Allyn & Bacon; 1966.
10. Littlejohn SW. *Fundamentos teóricos da comunicação humana*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1988.
11. Ward B, Bertera EM, Hoge P. Developing and evaluating a Spanish TEL-MED message on breast cancer. *J Commun Health* 1997; 22 (2):127-35.
12. Cohen L, Dobson H, Mcguire. Promoting breast screening in Glasgow. *Health Bull* 2000; 58(2):127-32.
13. Brislin RN. Back-translation for cross-cultural research. *J Cross-Cultural Psychol* 1970; 1(3):185-216.
14. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. São Paulo: Artmed; 2004.
15. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer. *Normas e Recomendações do INCA*. *Rev Bras Cancerol* 2002; 48(3):317-32.
16. Carvalho EC, Tonani M, Barbosa JS. *Ações de enfermagem para combate ao câncer desenvolvidas em unidades básicas de saúde de um município do estado de São Paulo*. *Rev Bras Cancerol* 2005; 51(4):297-303.