

RIESGO DE CÁNCER Y COMPORTAMIENTOS PREVENTIVOS: LA PERSUASIÓN COMO UNA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN¹

Marcela Tonani²
Emilia Campos de Carvalho³

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 Ribeirao 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 periodos, además de la inexistencia de refuerzo. Se considera la persuasión una estrategia útil para disminuir esos riesgos y de incentivo y manutención 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

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 Ribeirao Preto, Sao 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

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

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.

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

¹ Artículo extraído de Disertación de Maestría. Investigación financiada por el Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico, CNPq, Brasil; ² Enfermera, Maestra en Enfermería; ³ Profesor Titular de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Brasil, e-mail: ecdcava@usp.br.

INTRODUCCIÓN

El cáncer ha sido clasificado como una enfermedad crónico-degenerativa, que presenta una evolución prolongada y progresiva si no sufre interferencia en alguna de sus fases, así como también un proceso común a un grupo heterogéneo de enfermedades que difieren en etiología, frecuencia y manifestaciones clínicas⁽¹⁻³⁾.

Se configura como un gran problema de salud pública tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo; en Brasil ocupa el segundo lugar en la mortalidad por causas definidas⁽¹⁾, siendo que en el año de 2006, ocurrieron 472.050 casos nuevos de cáncer. Los tipos más incidieron fueron los de próstata y pulmón en el sexo masculino y, mama y cuello del útero en el sexo femenino, acompañando el mismo perfil de la magnitud observada en el mundo⁽⁴⁾. Tal información epidemiológica es fundamental para la planificación de acciones de promoción de la salud, detección precoz y de atención oncológica en todos los niveles.

Muchas veces, el cáncer solamente es diagnosticado en fases más avanzadas, lo que empeora su pronóstico y, principalmente, aumenta la mortalidad por la enfermedad. La prevención en este caso es fundamental para obtener mejoría de la morbilidad, disminuir la mortalidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes⁽⁵⁾. Así, su control depende esencialmente de acciones en las áreas de la promoción de la salud, protección específica y del diagnóstico precoz de la enfermedad.

La información de la contribución de un factor de riesgo para las tasas globales de enfermedad en poblaciones, y no apenas en individuos expuestos, es útil para decidir cuales son los factores de riesgo particularmente importantes y los triviales para la salud general de la comunidad, pudiendo informar, a los que deciden las políticas de salud, sobre como escoger prioridades para aplicar los recursos a la salud. Un factor de riesgo relativamente débil (de bajo riesgo relativo) que esté bastante presente en la comunidad, puede ser responsable por una mayor incidencia de la enfermedad que un factor más fuerte, sin embargo de rara presencia⁽⁶⁾.

Estudios en esta área necesitan ser desarrollados para que la población pueda utilizar la información para adoptar los métodos más saludables de vida; se destacan aquellos que tienen por objetivo la evaluación tanto del riesgo de cáncer presentado

por una población como de la efectiva persuasión de informaciones sobre tales factores de riesgo y su prevención.

Se considera riesgo a la probabilidad de ocurrir un evento indeseado⁽⁷⁾; es una asociación a un mayor riesgo de enfermarse. Aunque no cause la enfermedad, su presencia nos permite predecir la probabilidad de que la enfermedad venga a ocurrir⁽⁶⁾.

La etiología del cáncer es multicausal, o sea, resulta de la interacción de varios factores, los cuales, en mayor o menor extensión, aumentan la probabilidad de un individuo tener la enfermedad, estos son los factores de riesgo relacionados al cáncer. Por otro lado, los factores buenos confieren al organismo una menor probabilidad de ocurra el cáncer, ellos son denominados factores de protección⁽⁷⁾.

Así, para reducir el impacto del cáncer, es necesario que se reduzca, primeramente, la presencia de los factores de comportamiento y ambientales que aumentan su riesgo. Se deben asegurar programas de seguimiento y protocolos de tratamientos basados en evidencias que sean accesibles, particularmente a las poblaciones menos asistidas por los servicios de salud. Para esto, se puede echar mano a la comunicación persuasiva.

La palabra persuasión es derivada del latín *persuasione*, que significa acto o efecto de persuadir. Persuadir (*persuadere*) es llevar a la persuasión o a la convicción; es inducir a hacer, aceptar, creer, aconsejar, admitir como verdadero, convencerse⁽⁸⁾.

La salud, así como otros campos, necesita de estrategias de comunicación que consigan obtener las metas de un mensaje persuasivo, considerando que esta depende de los abordajes y apelativos diferenciados relacionados a los objetivos, lenguaje y público receptor.

En el modelo adoptado⁽⁹⁾, el proceso de persuasión trata de los efectos que el mensaje ocasiona en el receptor, efectos que son relevantes y útiles para la meta deseada por la fuente. Algunos criterios están relacionados a esa definición, a saber: 1) la relevancia de los efectos para el objetivo de la fuente; 2) el instrumento de la persuasión, o sea, el medio o acción para alcanzar la meta; la acción puede ser de adopción, permanencia, disuasión y discontinuidad. 3) la importancia de los mensajes, pudiendo estos ser verbales, no verbales o una combinación de ambas; 4) la participación de escoger, esto es, la ilusión de escoger y 5) la naturaleza

personal e interpersonal de la persuasión, recordando que la fuente desarrolla un mensaje para alcanzar la meta en la que participa más de un receptor⁽¹⁰⁾.

El proceso de persuasión ocurre en cinco etapas: un mensaje es enviado a un receptor; el mensaje es percibido e identificado por el receptor; el intérprete (receptor) atribuye un significado al mensaje; el significado dentro del receptor actúa como un estímulo para cualquier efecto que pueda ocurrir; y los efectos en el receptor generan una acción que puede relacionarse con la meta deseada por el persuasor. El concepto importante, central en este modelo, es que el estímulo para el cambio es el significado suscitado en el receptor⁽¹⁰⁾.

En cuanto generadora de efectos relevantes y útiles en los receptores, la comunicación persuasiva puede ser utilizada como estrategia para disminuir el riesgo de cáncer en una población, esto es, el uso de este proceso en la comunicación para prevención y detección precoz del cáncer puede generar comportamientos preventivos. Algunos estudios muestran que al utilizar campañas publicitarias dirigidas al público deseado, con la utilización de lenguaje apropiada a una determinada población, el suceso fue observado⁽¹¹⁻¹²⁾. En este sentido, este trabajo utilizó para su desarrollo estos referenciales con el objetivo de evaluar el grado de riesgo para la aparición del cáncer, contemplando los factores de riesgo pertinentes y también de evaluar la presencia y las características de la persuasión en la comunicación para la prevención y detección precoz del cáncer.

MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional, con carácter transversal, realizado en un barrio de la ciudad de Ribeirao Preto, San Pablo (Barrio Jardín Paiva I), en el cual la Universidad desarrolla acciones de extensión. Esta opción se debió a que era posible que el estudio colaborase en la planificación de estrategias efectivas en el barrio, con la implantación de una Unidad de Salud. El proyecto fue sometido y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la EERP-USP; solamente participaron del estudio los sujetos que estuvieron de acuerdo voluntariamente en firmar el término de consentimiento libre y esclarecido, después del conocimiento de los objetivos del estudio y la garantía de su anonimato.

La población de este estudio fue constituida por los habitantes del barrio, con selección aleatoria (sorteo) de 25% de las 440 casas, obteniéndose una muestra de 110 residencias. Cuando no fue posible el contacto, por la ausencia del morador, en dos oportunidades, fue realizada la reposición con la residencia de la izquierda o de la derecha, en esa secuencia. En caso de no obtener éxito, después de dos intentos, fue hecho nuevo sorteo de reposición.

Fueron criterios de inclusión: estar de acuerdo en participar del estudio voluntariamente, después de firmar el término de consentimiento libre y esclarecido seguido del conocimiento de los objetivos del estudio; tener edad igual o superior a 18 años; ser habitante del barrio (no importando el tiempo de residencia) y conservar aspectos cognitivos. Y de exclusión: estar en tratamiento oncológico o no estar en remisión de la enfermedad.

Para la recolección de datos fueron empleados dos instrumentos:

1 - *Cancer: asesing your risk*, fue desarrollado por la Sociedad Americana de Cáncer, para evaluar la presencia de factores de riesgo de los diversos tipos de cáncer. Fue realizada su traducción y adaptación para la realidad brasileña; la metodología⁽¹³⁾ de tal procedimiento contempló la traducción, retrotraducción, comparación entre las tres versiones por un grupo de peritos, con aprobación entre 99% y 80%, clasificado, de este modo, con casi el mismo significado del instrumento original, resultando un instrumento adaptado. Sus ítems se relacionan al cáncer de pulmón, de colon y recto, de piel, de mama y de cuello de útero, y contemplan: datos personales (sexo, edad), hábitos de vida, historia anterior del paciente y familiares, exámenes, signos y síntomas.

2 - Cuestionario para identificación de los elementos de persuasión contenidos en la comunicación persuasiva. Fueron seguidos los preceptos de la literatura⁽¹⁴⁾ para su construcción, contemplando los ítems que atendiesen al contenido de la teoría de la persuasión adoptada⁽⁹⁾. Cada pregunta fue evaluada por un grupo de peritos en cuanto a claridad, sensibilidad al estado psicológico del entrevistado, ausencia de parcialidad, nivel de lectura y secuencia de las preguntas. También fue aplicado en 20 sujetos, del barrio vecino, con características similares a los sujetos del estudio, para verificar la pertinencia y el alcance de los objetivos. El instrumento fue considerado adecuado teniendo en cuenta los resultados de la validación aparente y de contenido.

Sus principales ítems contemplaron: identificación de información sobre prevención y detección precoz de cáncer, contenido de la información, tipo de cáncer, fuente de la información, estímulo de acción y comportamiento adoptado frente a la información.

Los datos recolectados por la investigadora, por medio de la entrevista, fueron registrados en un banco de datos, en el programa SPSS versión 15.0; analizados con estadística descriptiva (frecuencia simple y porcentajes). Para analizar las variables pertinentes a la persuasión fueron utilizados los preceptos de la teoría ya descrita⁽⁹⁾.

RESULTADOS

En cuanto a las características observadas en la muestra, de los 110 sujetos entrevistados, 81,8% eran mujeres y 18,2% hombres. La edad varió entre 18 y 75 años, presentando un promedio de 38,1 años y mediana de 36 años. Con relación a los datos socio-demográficos, se encontró un promedio de cuatro habitantes por casa, con mínimo de uno y máximo de ocho habitantes, varianza de 2,14. En el estado civil de los sujetos hubo predominio de casados (55,5%) y las ocupaciones más frecuentes fueron del hogar y doméstica (58,2%).

De este modo, el perfil de los sujetos puede ser así considerado: mujeres, con promedio de edad de 38 años, primer grado incompleto, casada, del hogar y viviendo en una residencia con personas.

Las puntuaciones de riesgo variaron según el tipo de cáncer (Tabla 1) en la muestra estudiada.

Tabla 1 - Distribución de las puntuaciones de riesgo de cáncer según el tipo de cáncer

Tipo	Riesgo de cáncer						Total	
	Bajo		Moderado		Alto		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Pulmón	100	90.9	10	9.1	-	-	110	100
Colon/recto	59	53.6	48	43.6	3	2.7	110	100
Mama	74	66.7	16	14.4	-	-	90	100
Cervix	75	68.2	11	10.0	4	3.6	90	100
Endometrio	66	60	17	15.5	7	6.4	90	100

El riesgo para cáncer de pulmón fue observado predominantemente en la clasificación bajo riesgo (90,9%), o sea, cuando el individuo presentaba bajo riesgo o era considerado un fumador moderado, con buenas oportunidades de dejar el hábito. Y a los de riesgo moderado, con mayores probabilidades de

cáncer de pulmón y del tracto respiratorio, fue presentado en baja frecuencia (9,1%); parar estos, el hábito de fumar pasa a ser muy importante.

Para el cáncer de colon y recto, se identificó 2,7% en alto riesgo en los sujetos del estudio, teniendo como factor de impacto el antecedente de la familia con cáncer o pólipo de colon; en ese caso es indicada una evaluación periódica de acompañamiento. Y el riesgo moderado, considerado en 43,6% de los sujetos, se debe a la edad superior a los 40 años, lo que aisladamente ya coloca al sujeto en el puntaje de riesgo moderado. Sin embargo, la mayoría permaneció en puntuaciones de bajo riesgo para ese tipo de cáncer.

Con relación al riesgo de cáncer de mama, 14,4% de los sujetos presentaban riesgo moderado; de estos, para 87,5%, el principal factor de impacto fue la edad superior a 50 años, y los restantes, sujetos con edad entre 40 y 49 años se detectó la ausencia de realización de mamografía o examen clínico de las mamas. Se destaca que la mayoría (66,7%) se encuadra en el intervalo de bajo riesgo.

El riesgo de cáncer de cervix uterino fue identificado como alto en 3,6% de las entrevistadas y como moderado en 10%; los principales factores determinantes fueron: edad entre 40 y 54 años, inicio precoz de las relaciones sexuales y la no realización de examen Papanicolau, este último factor presente en todas las participantes consideradas de alto riesgo. Este indicador también fue determinante en los resultados del riesgo de cáncer de endometrio, una vez que estaba presente en las entrevistadas que obtuvieron alto y moderado riesgo; para este grado de riesgo también fueron dominantes la edad superior a los 50 años y la obesidad.

Relacionado al riesgo de cáncer de piel, este es mensurado a partir de respuestas positivas o negativas sobre factores de riesgo, así el promedio observado fue de 1,58 factores de riesgo en los sujetos entrevistados, con un mínimo de ningún factor presentado y máximo de cinco factores. Entre los factores encontrados, cuando el sujeto presentaba solamente una respuesta positiva estos fueron relacionados a: biotipo claro, exposición solar excesiva anterior a los 18 años, exposición solar actual, historia familiar y presencia de modificaciones en la piel.

Para evaluar las características y la presencia de persuasión relacionadas al cáncer, los sujetos fueron cuestionados sobre la existencia de

informaciones acerca de la prevención o detección precoz conocida, a fin de ser levantada la capacidad de identificación del mensaje enviado, esto es, si ella fue percibida por los sujetos; se identificó que 80% de ellos eran capaces de reconocer su existencia, y 55,5% de estos la relacionaron al cáncer de mama (37,3%), de cuello de útero (21,8%), de piel (20,9%), de próstata (3,6%), de colon y recto (0,9%), de pulmón (2,7%) y de boca (1,8), siendo que la podrían haber relacionado a más de un tipo de cáncer.

Todos aquellos que identificaron la presencia de informaciones, también reconocían los locales donde estas fueron vehiculadas: televisión (58,2%), carteles (13,6%), puesto de salud (10,9%), folletos (8,2%), profesional de salud (7,3%), revistas (3,6%), periódicos (2,7%) y familiar (1,8%). Cuestionados sobre el contenido de los mensajes, 61% consiguieron recordar. Entre ellos, 53,7% refirieron sentirse estimulados a realizar una actividad relacionada a la información presentada.

El contenido de las informaciones sobre prevención y detección precoz de cáncer, mencionado por los entrevistados, es el mismo que las actividades realizadas por ellos, por ejemplo, la persona identifica el auto-examen de mama como una información y esto puede haberla persuadido, estimulándola a practicar tal actividad (84,2%); entre tanto, inclusive no identificando un contenido, la actividad podría ser realizada. Por ejemplo, en el presente estudio el examen de mamografía periódico referido por una de las personas de la muestra (Tabla 2) fue realizado sin la presencia del estímulo persuasivo. Por lo tanto, existen actividades ejecutadas por los sujetos sin relación directa con el estímulo identificado por el mismo.

Tabla 2 - Relación del contenido de las informaciones sobre prevención y detección precoz de cáncer y la existencia de un estímulo mediante esa información

Contenido de las informaciones	Existencia de estímulo		Total
	Presencia	Ausencia	
Auto-examen de la mama	16 84.2%	3 15.8%	19 100%
Examen de rutina de Papanicolau	8 61.5%	5 38.5%	13 100%
Examen de mamografía periódica	0 0%	1 100%	1 100%
Percepción de modificaciones en el cuerpo	7 77.7%	2 22.3%	9 100%
Búsqueda de profesionales ocasionada por los cambios	6 60%	4 40%	10 100%
Importancia de la prevención	3 50%	3 50%	6 100%
Importancia del diagnóstico precoz	0 0%	1 100%	1 100%
Uso de medios de protección solar	2 100%	0 0%	2 100%

La motivación de los entrevistados, para la ejecución de las actividades de prevención y detección precoz de cáncer en 16,4% fue por la importancia de las informaciones, 9,1% por el miedo del acometimiento de la enfermedad, 8,2% por los efectos promovidos por las acciones preventivas y de detección precoz y, para 3,6%, por decisión propia.

Entre los sujetos identificados como estimulados a la realización de una actividad de prevención y detección precoz de cáncer por medio de informaciones vehiculadas, 58,6% mantuvieron la práctica de tal actividad por hasta un mes y 27,5% de uno a seis meses, mostrando una discontinuidad indeseada por la fuente en la práctica de esas acciones. Y también, todos ellos no reconocieron la existencia de incentivo, refuerzo en la continuidad de las prácticas adoptadas.

DISCUSIÓN

La clasificación de riesgo de cáncer de pulmón, según el cuestionario, contempla los ítems preconizados por el INCA/MS, como sexo, edad, exposición a agentes, comprobadamente, cancerígenos inspirados y el principal de ellos, el cigarro, relacionando los varios aspectos relacionados: tiempo, tipo y cantidad⁽¹⁵⁾.

Al cigarro, se atribuye el principal factor de riesgo evitable no solo para el cáncer de pulmón, como también para enfermedades cardiovasculares y respiratorias⁽⁷⁾. En el estudio, los sujetos con riesgo moderado eran todos fumadores, con índices de largo período de tabaquismo, la mitad fumaba hacia más de 25 años y los otros entre 15 y 25 años.

A pesar de que todos los sujetos con riesgo moderado eran fumadores, quedaron 15 fumadores con riesgo moderado, ya que el principal factor de esta clasificación fue otorgado al tiempo menor del hábito de fumar. Además de eso, de los 25 fumantes, 40% permanecían en el intervalo de menos de 30 años, o sea, adultos jóvenes candidatos a aumentar sus riesgos con el tiempo o a sufrir intervenciones para que este factor de riesgo sea disminuido.

Los indicadores de grupos de riesgo de cáncer de colon y recto son⁽¹⁵⁾: edad superior a los 50 años; historia de adenomas o cáncer de colon y recto en parientes de primer grado; historia personal anterior de cáncer de ovario, endometrio o mama; portadores de colitis ulcerativa crónica o Enfermedad de Crohn;

algunas condiciones hereditarias como la poliposis adenomatosa familiar y el cáncer rectal hereditario sin poliposis, lo que corrobora los factores abordados en este estudio. El consenso del INCA/MS⁽¹⁵⁾ para la prevención y control de este tipo de cáncer prevé: ofrecer seguimiento por investigación de sangre oculta en las heces para la población con edad igual o superior a 50 años, anual (de preferencia) o bienal; ofrecer colonoscopia para aquellos con investigación de sangre oculta en las heces positiva; en grupos de riesgo, los métodos endoscópicos deben ser prioritarios y realizados anualmente; la prevención primaria debe basarse en la adopción de una dieta saludable, rica en fibras, frutas y vegetales, y pobre en grasa animal.

Los factores de impacto relacionados al cáncer de mama, apuntados por el estudio, corroboran los ítems preconizados en grupos de riesgo⁽¹⁵⁾: edad, principal ítem del grupo de riesgo, habiendo un aumento rápido de la incidencia cuanto mayor es la edad; historia familiar (madre o hermana) de cáncer de mama antes de la menopausia; factores reproductivos, como menopausia tardía, menarca precoz, primera gravidez en edad avanzada o nunca haber tenido gravidez; obesidad, alcoholismo y exposición a radiaciones iónicas.

Los factores citados son multifactoriales y, de esta forma, difícilmente susceptibles de prevención primaria, siendo el acompañamiento la gran arma de la salud pública para el control del cáncer de mama. Es recomendado ofrecer el examen de mamografía anualmente a las mujeres entre 50 y 69 años y, un examen clínico de las mamas a partir de los 40 años. El auto-examen no debe ser una estrategia aislada, por lo tanto no substituye el examen clínico⁽¹⁵⁾. Las entrevistadas con riesgo aumentado no seguían esa recomendación.

Se resalta, entre las entrevistadas, la realización del auto-examen de mama en 76,6% y 42,2% el examen clínico o mamografía. Aquellas con edad superior a 50 años, todas realizaron el examen clínico o mamografía de las mamas, y entre 40 y 49 años, 68,1% también lo hicieron.

Entre los indicadores de grupo de riesgo de cáncer de cuello de útero se identifican: edad; infección por el VPH; actividad sexual precoz; múltiples compañeros sexuales; bajo nivel socioeconómico; infección por el VIH y cigarro. El examen de Papanicolaou es una estrategia de acompañamiento, en la cual todavía no se consiguieron datos precisos de su sensibilidad y especificidad, se estima en torno

de 60% y 90-99%, respectivamente⁽¹⁵⁾. Sin embargo, este es todavía el medio más utilizado y recomendado para mujeres a partir de 18 años o que están iniciando la actividad sexual.

La observación de los factores de riesgo para el cáncer de piel coinciden con los principales indicadores para identificar los grupos de riesgo: piel clara; exposición solar excesiva; edad avanzada; historia familiar de cáncer de piel; exposición a agentes químicos. Los factores de prevención primaria, entre los entrevistados, fueron: 57% examinan la piel buscando modificaciones, 19,7% utilizan protector solar y 18,3% utilizan protección externa, por ejemplo, sombreros para protegerse de la exposición solar, lo que reduce los riesgos para este tipo de cáncer. Específicamente, la reducción estimada de mortalidad con el auto-examen de la piel es de 63%.

De forma general, en cuanto al riesgo de cáncer, se nota una población con riesgos disminuidos; inclusive los sujetos con índices más altos, se obtuvieron a partir de datos inherentes a ellos, por ejemplo, la edad más avanzada, además de eso algunas medidas preventivas ya son adoptadas lo que puede haber causado interferencia en la expresión de riesgos por informaciones anteriores de los sujetos. En ese sentido, los datos relativos a la persuasión van a colaborar para ese análisis.

Fueron identificadas la presencia y las características de la persuasión de informaciones relacionadas a la prevención y detección precoz de cáncer. La mayoría de los entrevistados (80%) reconoció la existencia de informaciones acerca de la prevención y detección precoz del cáncer, corroborando un estudio anterior⁽¹⁶⁾, en el cual los enfermeros actuantes en esta misma ciudad mencionaron participar de acciones de prevención de cáncer en programas, campañas, además de aquellas de iniciativa propia del enfermero. También, en relación a los programas previstos para la prevención y control del cáncer en su local de trabajo, la mayoría de ellos (86,4%) afirmaron esta existencia referente al cáncer de colo de útero, mama, piel, boca y próstata. De este modo, los tipos de cáncer mencionados por los entrevistados en este estudio y que no fueron reconocidos por los profesionales son: cuello de útero, colón y recto, y pulmón.

De acuerdo con lo observado, la televisión fue el principal medio de exposición de las informaciones sobre prevención y detección precoz. Los mensajes persuasivos utilizaron la combinación

verbal y no verbal⁽⁹⁾ y llegaron de forma más persuasiva a los entrevistados, mostrando ser un medio importante y eficaz para alcanzar la meta en una campaña.

Sin embargo, es importante enfatizar también el papel del profesional de la salud, en especial el enfermero que, en el equipo multiprofesional, es uno de los agentes de educación para la salud. Su acción debe ser integral y participativa; no debe perder oportunidades y siempre estar dirigido para el desarrollo de acciones de salud y prácticas educativas en el sentido de prevenir enfermedades, inclusive el cáncer.

Así, el proceso de persuasión observado apunta que el mensaje (prevención y detección precoz de cáncer) fue enviado, los receptores (entrevistados) le atribuyeron un significado, y este actuó como un estímulo para un efecto en los mismos (53,7% de los entrevistados). Es importante resaltar que el estímulo para el cambio, en este caso, las acciones de comportamiento de prevención y detección precoz de cáncer deseado por la fuente es el significado suscitado en el receptor.

Luego, según la teoría abordada, suscitaron efectos: afectivos (nivel de sentimiento), cognitivos (conocimiento, opiniones, creencias), y efectos de comportamiento explícitos, los cuales son los planificados por la fuente, en el caso de los emisores de mensajes preventivos. Además la decisión del propio individuo, puede ser atribuida al criterio de persuasión en que el sujeto tiene la ilusión de escoger, o sea, piensa haber realizado una actividad sin interferencia externa.

La evaluación de los factores de riesgo y protectores que participan en el apareamiento del cáncer es una actividad en constante transformación en nuestro medio, debido a los avances científicos y cambios de comportamiento de los seres humanos; así la verificación del riesgo de cáncer y de los comportamientos preventivos están sometidos a esas inherentes transformaciones.

CONCLUSIÓN

Este estudio buscó contribuir para la verificación de la realidad presentada por la población estudiada, identificando la presencia de factores de riesgo determinantes para diferentes tipos de cáncer, con el objetivo de una posterior actuación en esos factores, cuando esta sea posible.

El proceso de persuasión de las informaciones relacionadas a la prevención y detección precoz de cáncer se mostró, discreto, ya que hay divulgación, recepción e intención en esas informaciones, sin embargo, la adopción por períodos más largos no fue observada.

Por lo tanto, delante del riesgo de cáncer y de los comportamientos preventivos identificados, se considera a la persuasión como una estrategia útil para disminuir esos riesgos y también para incentivar y mantener comportamientos preventivos, ya que apuntan caminos a ser recorridos para obtener el éxito de este proceso; sin embargo, es necesario que sean utilizados todos los pasos de este proceso persuasivo, en especial estrategias que propicien el mantenimiento del comportamiento por largos períodos.

Se espera que este estudio colabore con el progreso de las medidas que participan en la prevención del cáncer y, sobre todo, para contribuir con los enfermeros participantes de este proceso, entregándoles conocimientos sobre estas medidas, con el objetivo de disminuir la mortalidad y aumentar la calidad de vida de la población.

A pesar de que este estudio fue realizado en una población específica, lo que limita su poder de generalizaciones, el mismo contribuye para el análisis de la situación del barrio, en lo que se refiere a las estrategias a ser adoptadas para controlar el cáncer, opción que no ha sido muy empleada; también puede ser un estímulo para comprobar la eficacia del uso de la persuasión, en todas sus etapas, que podrá ser extendida a otras comunidades.

REFERENCIAS

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.