

2021/2022

**YANESSA FILIPA
ARRISCADO DE
MORAIS**

**CRENÇAS DA SAÚDE E LOCUS DE
CONTROLO DA SAÚDE FACE AO
CANCRO DE PULMÃO**

2021-2022

**YANESSA FILIPA
ARRISCADO DE
MORAIS**

**CRENÇAS DA SAÚDE E LOCUS DE
CONTROLO DA SAÚDE FACE AO
CANCRO DE PULMÃO**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Sociais e Tecnologia da Universidade Europeia, para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde realizada sob a orientação científica da Prof. Dra. Teresa Cristina Da Cruz Fatela dos Santos, professora auxiliar da Universidade Europeia.

Agradecimentos

Começo por agradecer a todos aqueles que fizeram parte deste meu percurso, direta ou indiretamente.

Agradeço à minha orientadora, Prof^a Teresa Santos, que para além desta investigação, acompanhou-me por alguns anos do meu percurso académico, onde marcou a diferença no que toca ao meu conhecimento como também no meu crescimento pessoal. Não deixando de referir outros docentes do curso de Psicologia da Universidade Europeia que para além de terem feito a diferença no meu percurso académico e na minha vida, também me ajudaram na presente dissertação, nomeadamente, o Prof. Amadeu Martins, o Prof. Paulo Ferrajão, a Prof Inês Ferreira, o Prof. Miguel Nery e a Prof. Liliana Faria. É de referir também que sou grata aos profissionais de saúde, o Dr. André Carvalho e à Dra. Paula Ravasco, que me ajudaram com o protocolo de avaliação da presente dissertação.

É de frisar que sou grata à minha grande avó, Nelinha, que incansavelmente esteve disposta a ajudar-me e a ouvir-me. Sou grata ao meu pai, Michel, e à minha irmã, Tatiana, que prontamente demonstraram-se disponíveis em auxiliar-me.

Agradeço à minha avó Maina e ao meu avô Euclides pelo carinho e pelas palavras de motivação.

Agradeço às minhas tias, Catarina e Vanessa, pelas várias horas passadas ao telemóvel com discursos motivacionais, assim como também a todos os familiares que estiveram dispostos a ajudar-me.

Sou grata aos meus amigos, com especial carinho ao Pedro Almeida, ao Vitor Santos, ao Cláudio Barros, ao Carlos Oliveira, ao Luís Queirós e à Inaara Hassam pela moral, companheirismo, por me ouvirem repetitivamente e por terem sempre palavras e ações de consolo e de motivação nos momentos mais desesperantes.

Agradeço aos meus colegas e amigos da Universidade Europeia, com um especial carinho à Margarida Lalanda, à Patrícia Djaló, à Adriana Figueiredo e ao Rafael Brito, por terem feito parte do meu percurso académico, por me darem forças para continuar e por me terem ajudado incansavelmente.

E não menos importante, quero agradecer ao meu grande avô, Julinho, por ser o primeiro a acreditar no meu potencial e à minha mãe, Joanine, pela inspiração e consequente decisão do tema da presente dissertação.

Resumo

Background: O cancro de pulmão (CP) apresenta uma elevada taxa de mortalidade. O Modelo de Crenças da Saúde (MCS) e o conceito de Locus de Controlo da Saúde (LCS) permitem maior compreensão sobre a predição de comportamentos promotores da saúde, pertinentes no contexto da doença oncológica.

Objetivos: Esta investigação visa analisar e caraterizar as crenças de saúde e LCS dos indivíduos face ao CP.

Método: Neste estudo transversal, quantitativo, exploratório, descritivo e correlacional participaram 235 indivíduos com uma média de 33 anos de idade ($DP=12.632$). Foi recolhida informação referente aos dados sociodemográficos e de estilos de vida, informação clínica e de conhecimentos sobre o CP. Foi usada a Escala de Crenças da Saúde em Relação ao Cancro de Pulmão e a Escala Multidimensional de Locus de Controle da Saúde na Forma A.

Resultados: As subescalas Motivação (Mot) e Locus de Controlo Interno (LCI) obtiveram médias mais elevadas, e, inversamente, a Suscetibilidade Percebida (SusP) e o Locus Controlo Externo-Acaso (LCE-A) as médias mais baixas. Verificaram-se correlações positivas significativas a um nível intra e inter, para as várias subescalas dos instrumentos. Foram identificados valores estatisticamente significativos mais elevados para: 1) homens, no LCI e Locus de Controlo Externo (LCE); 2) participantes sem ensino superior, nas Barreiras Percebidas (BarP); 3) participantes com ensino superior, na Mot; 4) participantes fumadores, na Severidade Percebida (SevP) e nas BarP; 5) participantes não fumadores, na SusP; 6) participantes praticantes de atividade física, na Mot; 7) participantes não praticantes de atividade física, na SevP e nas BarP; 8) participantes que consomem alimentos não saudáveis até uma vez por semana, nos Benefícios Percebidos (BenP), na Mot e na Autoeficácia; 9) participantes com nível socioeconómico alto, na Mot e no LCI; 10) participantes que identificaram ter história familiar de CP e realizado respetivo exame de rastreio, na SusP. Relativamente à variável dos conhecimentos sobre o CP, os BenP foram identificados como um preditor significativo.

Conclusão: Tendo em conta a escassa literatura entre o MCS e o conceito do LCS relativamente ao CP, os presentes resultados permitiram aumentar a compreensão sobre

as associações entre estas variáveis e as outras constantes no estudo. Este conhecimento poderá ser útil no planeamento e implementação de intervenções mais eficazes e focadas nas necessidades dos participantes.

Palavras-chave: Crenças de Saúde; Locus de Controlo da Saúde; Cancro de Pulmão.

Abstract

Background: Lung cancer (LC) has a high mortality rate. The Health Beliefs Model (HBM) and the Health Locus of Control (HLC) concept allow a better understanding on the prediction of health promoting behaviors, in the context of oncological disease.

Objectives: This research aims to analyze and characterize individuals' health beliefs and HLC towards LC.

Method: In this cross-sectional, quantitative, exploratory, descriptive, and correlational study, 235 individuals with a mean age of 33 years ($SD=12.632$) participated. Information regarding sociodemographic and lifestyle data, clinical information and knowledge about LC was collected. The Lung Cancer Health Beliefs Scale and the Multidimensional Health Locus of Control Scale in Form A were used.

Results: Motivation (Mot) and Internal Locus of Control (ILC) subscales had the highest mean scores, and inversely, Perceived Susceptibility (PSus), and External-Case Locus Control (ECLC) had the lowest mean scores. Significant intra and inter positive correlations were found for the various subscales of the instruments. Higher statistically significant values were identified for: 1) men, in ILC and External Locus of Control (ELC); 2) participants without higher education, in Perceived Barriers (PBar); 3) participants with higher education, in Mot; 4) participants who smoke, in Perceived Severity (PSev) and PBar; 5) participants who do not smoke, in PSus; 6) participants who engage in physical activity, in Mot; 7) participants who do not do physical activity, in PSev and PBar; 8) participants who consume unhealthy foods up to once a week, in Perceived Benefits (PBen), Mot, and Self-efficacy; 9) participants with high socioeconomic status, in Mot and ILC; 10) participants who identified having family history of LC and performed a LC screening test, in PSus. Regarding the variable related to LC knowledge, PBen was identified as a significant predictor.

Conclusion: Considering the scarce literature between the HBM and the HLC concept regarding LC, the present results allowed increasing the understanding between these variables and the others in the study. This knowledge may be useful in planning and implementing more effective interventions focused on the participants' needs.

Keywords: Health Beliefs; Health Locus of Control; Lung Cancer.

Índice de Conteúdos

Resumo	vi
Abstract	viii
Índice de Conteúdos	x
Lista de Tabelas	xii
Lista de Abreviaturas e Siglas	xiii
Introdução	14
Enquadramento Teórico	17
Doença oncológica e cancro de pulmão	17
<i>Dados epidemiológicos</i>	20
Psicologia da Saúde	21
<i>Comportamentos de risco associados ao cancro de pulmão</i>	23
<i>Comportamentos protetores da saúde associados ao cancro de pulmão</i>	26
<i>Modelos e conceitos teóricos associados a mudança de comportamento</i>	27
<i>Modelo de Crenças de Saúde</i>	28
<i>Locus de Controlo da Saúde</i>	32
Objetivos da investigação	34
Metodologia	36
Tipo de estudo e Participantes	36
Procedimentos	36
Instrumentos e Variáveis	37
<i>Dados sociodemográficos e de estilos de vida</i>	37
<i>Variáveis clínicas e de conhecimentos relativas a neoplasia do cancro de pulmão</i>	38
<i>Escala de Crenças da Saúde em Relação ao Cancro de Pulmão</i>	38
<i>Escala Multidimensional de Locus de Controlo da Saúde</i>	40
Análise de dados	41
Resultados	43
Caraterização dos dados sociodemográficos e de estilos de vida e as variáveis clínicas e de conhecimentos (Objetivo 1)	43
<i>Dados sociodemográficos e de estilos de vida</i>	43
<i>Variáveis clínicas e de conhecimento relativas a neoplasia do cancro de pulmão</i>	44
Caraterização das crenças de saúde e locus de controlo da saúde (Objetivo 2)	46
<i>Caraterização das subescalas da ECSRCP e das subescalas da EMLCS-A</i>	46
Análise e interligação entre as crenças de saúde e o locus de controlo da saúde (Objetivo 3)	47

<i>Correlações entre as variáveis das subescalas da ECSRCP e das subescalas da EMLCS-A</i>	47
Análise da relação das crenças de saúde e do locus de controlo da saúde, com as variáveis sociodemográficas e de estilos de vida, variáveis clínicas e de conhecimentos (Objetivo 4)	49
<i>Comparações entre as subescalas da ECSRCP e das subescalas da EMLCS-A com as variáveis sociodemográficas e de estilo de vida</i>	49
<i>Comparações entre as subescalas da ECSRCP e das subescalas da EMLCS-A com as variáveis clínicas e de conhecimentos relativas a neoplasia do cancro de pulmão</i>	57
<i>Regressão linear múltipla com as subescalas da ECSRCP e com a variável dos conhecimentos</i>	60
Discussão	62
Forças e limitações	70
Sugestões para investigações futuras	70
Implicações para a prática clínica	71
Conclusões	71
Referências	74
Anexos	95
Anexo 1. Protocolo de avaliação usado neste estudo	95
Anexo 2. Aprovação da Comissão de Ética da Universidade Europeia	106
Anexo 3. Escala de Crenças da Saúde em Relação ao Cancro da Mama (Champion, 1984)	107
Anexo 4. Escala de Crenças da Saúde em Relação ao Cancro Colorretal (Jacobs, 2002)	108
Anexo 5. Versão Portuguesa da Escala de Crenças da Saúde em Relação ao Cancro Colorretal (Nunes, 2012)	109
Anexo 6. Escala de Crenças da Saúde em Relação ao Cancro de Pulmão (Morais & Santos, 2021)	110

Lista de Tabelas

Tabela 1. Consistência Interna das Subescalas das Crenças de Saúde.....	40
Tabela 2. Consistência Interna das Subescalas do Locus de Controlo da Saúde.....	41
Tabela 3. Variáveis Sociodemográficas e de Estilos de Vida.....	43
Tabela 4. Variáveis Clínicas e de Conhecimentos relativas a Neoplasia do Cancro de Pulmão.....	45
Tabela 5. Análises Descritivas (Mínimo, Máximo, Média e Desvio Padrão) das Subescalas da ECSRCP e da EMLCS-A.....	46
Tabela 6. Correlação de Spearman entre as Variáveis Dependentes da ECSRCP e da EMLCS-A.....	48
Tabela 7. Comparações com o Teste de U Mann-Whitney entre a ECSRCP e a EMLCS-A com o Sexo Biológico.....	50
Tabela 8. Comparações com o Teste de U Mann-Whitney entre a ECSRCP e a EMLCS-A com o Grau Académico.....	51
Tabela 9. Comparações com o Teste de U Mann-Whitney entre a ECSRCP e a EMLCS-A com a questão se Fuma.....	52
Tabela 10. Comparações com o Teste de U Mann-Whitney entre a ECSRCP e a EMLCS-A com a Atividade Física.....	53
Tabela 11. Comparações com o Teste de Kruskal Wallis entre a ECSRCP e a EMLCS-A com o Nível Socioeconómico.....	55
Tabela 12. Comparações com o Teste de Kruskal Wallis entre a ECSRCP e a EMLCS-A com a Alimentação Não Saudável.....	56
Tabela 13. Comparações com o Teste de U Mann-Whitney entre a ECSRCP e a EMLCS-A com a História Familiar com Cancro de Pulmão.....	58
Tabela 14. Comparações com o Teste de U Mann-Whitney entre a ECSRCP e a EMLCS-A com a realização do Exame de Rastreio do Cancro de Pulmão.....	59
Tabela 15. Análise de Variância da ECSRCP e os Conhecimentos.....	61
Tabela 16. Regressão Linear Múltipla com os Conhecimentos.....	61

Lista de Abreviaturas e Siglas

ADC: Adenocarcinoma

Aut: Autoeficácia

BarP: Barreiras percebidas

BenP: Benefícios percebidos

CP: Cancro de Pulmão

DPOC: Doença pulmonar obstrutiva crónica

ECSRCP: Escala de Crenças em Saúde em Relação ao Cancro de Pulmão

EMLCS-A: Escala Multidimensional de Locus de Controle da Saúde - Forma A

LC: Locus de controlo

LCE: Locus de controlo externo

LCE-A: Locus de controlo externo-acaso

LCI: Locus de controlo interno

LCLC: Carcinoma pulmonar de grandes células

LDCT: Tomografia computadorizada de baixa dose

MCS: Modelo de Crenças em Saúde

Mot: Motivação

NSCLC: Carcinoma de células não pequenas

SCLC: Carcinoma de células pequenas

SevP: Severidade percebida

SPSS: *Statistical Package for the Social Sciences*

SqCC: Carcinoma de células escamosas

SusP: Suscetibilidade percebida

Introdução

A problemática da doença oncológica tem vindo a acentuar-se no século XXI (Peixoto & Peixoto, 2017). De acordo com Rowland e Baker (2005), o cancro é uma doença que causa impacto no sujeito sendo necessário cada vez mais um enfoque nessas consequências (Doyle, 2008). O indivíduo, perante o diagnóstico de cancro, desencadeia um espiral negativo de consequências comportamentais, psicológicas e sociais (Kaptein, 2021). Torre et al., (2017), alegaram que apesar de 49.5% da população mundial ser constituída por mulheres, esta população constitui uma maior proporção da população de 60 anos que, por sua vez, é a idade onde ocorre com mais frequência o cancro, tanto nos países de alto como de médio rendimento. Os autores frisaram ainda que as intervenções precoces de prevenção e/ou deteção do cancro são uma vantagem, no sentido em que podem diminuir a mortalidade. Devido ao crescimento e envelhecimento da população, o cancro tornou-se das doenças mais mortais em todo o mundo, tanto em países de alto, como de médio e baixo rendimento (Torre et al., 2017). Contudo, poderá existir um risco maior de mortalidade nos países onde não exista uma prevenção e intervenção direcionadas à doença (Ezzati et al., 2008).

Este estudo centra-se nas crenças de saúde e no locus de controlo da saúde do cancro de pulmão. É um estudo pertinente uma vez que o cancro de pulmão é dos tipos de cancro que mais tem sido diagnosticado nas últimas décadas, a nível global, com uma taxa de letalidade alta e uma baixa sobrevida (Bray et al., 2018; Torre et al., 2017). São vários os fatores de risco associados ao cancro de pulmão, e, por ser dos cancros mais mortais, existe a necessidade de se obter um diagnóstico precoce. A abordagem terapêutica desta patologia carece de uma avaliação holística para assim se proporcionar um melhor prognóstico como também uma melhor qualidade de vida. Tendo em conta a escassez de literatura sobre as crenças de saúde e locus de controlo da saúde face ao cancro do pulmão, e em particular em Portugal, este estudo apresenta um carácter exploratório.

A presente dissertação está estruturada de forma a tornar clara a investigação que foi realizada. Para além do Resumo (redigido em português e em inglês), da Lista de Tabelas, da Lista de Abreviaturas e Siglas e do Índice de Conteúdos, este documento

encontra-se organizado em sete partes, nomeadamente, a Introdução, o Enquadramento Teórico, a Metodologia, os Resultados, a Discussão, as Referências e os Anexos.

Enquadramento Teórico

Doença oncológica e cancro de pulmão

Neste século a doença oncológica tornou-se uma das principais causas de morte prematura em todo o mundo (Soerjomataram & Bray, 2021). De acordo com Sung et al., (2020), o cancro foi a primeira ou a segunda causa de morte em 112 países a nível mundial e o terceiro ou o quarto em 23 países. Prevê-se que as doenças oncológicas aumentarão nos próximos 50 anos devido ao crescimento e ao envelhecimento da população (Soerjomataram & Bray, 2021). De acordo com Grassi (2020), estima-se que até o ano de 2030 o número de casos de novos cancros aumentará até 40% nos países de rendimentos altos e 80% nos países com rendimentos baixos. Ainda de acordo com a autora, só em 2018, globalmente, houve cerca de 9.6 milhões de mortes causadas por cancro e que se prevê que o número de mortes até 2030 seja de 13 milhões. Segundo Lin et al., (2021), a mortalidade e a morbilidade do cancro, na atualidade, difere entre países e regiões devido ao facto de existirem diferenças nos fatores de risco da população, causadas pelas mudanças socioeconómicas. Ainda de acordo com os autores, para a formulação de estratégias de prevenção para a doença oncológica é necessário dar mais atenção as características locais e aos fatores de risco prevalentes.

De acordo com Proctor (2012), o cancro de pulmão (CP) não era clinicamente reconhecido até ao século XVIII e, ainda no ano de 1900 apenas 140 casos foram reportados na literatura médica desconfiando-se assim, que esta patologia possa ter sido muitas vezes confundida com a tuberculose, pneumonia ou com algum mau estar pulmonar. Portanto, assume-se que os sujeitos eram diagnosticados incorretamente. Foi apenas em 1912 que Isaac Adler publicou a primeira monografia sobre o CP, mencionando que o abuso de álcool e de tabaco seriam a causa desta doença. Em 1920, os cirurgiões depararam-se com o aumento do cancro de pulmão (Proctor, 2012).

O CP pode ser dividido em dois grupos, nomeadamente, o carcinoma de células pequenas (SCLC) com 13% dos casos e o carcinoma de células não pequenas (NSCLC) com 83% dos casos (Rodriguez-Canales et al., 2016).

A SCLC caracteriza-se por ser um tumor pequeno e metastático de elevado grau de risco (Nooreldeen & Bach, 2021). A SCLC pode influenciar o prognóstico e normalmente é diagnosticado em fase avançada (Nooreldeen & Bach, 2021). O

tratamento consiste na combinação de radioterapia e quimioterapia (Horn et al., 2016). A imunoterapia também tem vindo a ser uma estratégia de terapia ótima e razoável para este tipo de diagnóstico (Melosky et al., 2020).

De acordo com a literatura (Herbst et al., 2008; Travis et al., 2013; Travis et al., 2011; Travis et al., 2015), dentro da NSCLC encontram-se ainda subtipos de cancro, como por exemplo:

- Adenocarcinoma (ADC) que representam 38.5% de todos os casos de cancro de pulmão. O ADC é definido como sendo um tumor epitelial maligno com diferenciação de glândulas;
- Carcinoma de células escamosas (SqCC) que representa 20% dos cancros pulmonares. A SqCC é um tumor epitelial maligno que apresenta queratinização com diferenciação de células escamosas;
- Carcinoma pulmonar de grandes células (LCLC) que representa 2.9% dos casos de cancro de pulmão. O LCLC é definido como um carcinoma indiferenciado do NSCLC, pois, não mostra indícios de células glandulares, escamosas ou diferenciação de pequenas células.

Os subtipos de CP do grupo da NSCLC estão bastante associados à exposição do tabaco (Rodriguez-Canales et al., 2016), contudo, o ADC é o subtipo de cancro mais comum em sujeitos que nunca fumaram (Bresalier et al., 2015; Herbst et al., 2008; Khuder, 2001).

Mais recentemente, foram aparecendo novas alterações moleculares identificadas na NSCLC, que incluem genes supressores de tumores e oncogenes (Fujimoto & Wistuba, 2014). Portanto, pela complexidade e heterogeneidade do CP (por apresentar vários subtipos com relevância clínica e patológica), é importante existir uma abordagem multidisciplinar para assim, se poder fazer um diagnóstico com o intuito de perceber exatamente com que subtipo do CP se está a lidar (Rodriguez-Canales et al., 2016). Após o diagnóstico será escolhida a terapia mais apropriada e eficaz (Rodriguez-Canales et al., 2016).

De acordo com Fauci et al. (2008), o diagnóstico do CP com o estadiamento são fatores imprescindíveis para o planeamento do tratamento. Assim, é necessário perceber a localização tumoral (estadiamento anatómico) e também a aptidão do paciente para ser

submetido aos diferentes tipos de terapia. A TMN (sistema de estadiamento internacional), engloba 3 dimensões, nomeadamente, o T que está associado ao tumor primário, o N que está associado ao envolvimento ganglionar loco-regional e o M que está associado à presença ou ausência de metástases. Após a avaliação destas dimensões, surgem estádios que vai de I a IV com prognósticos e possibilidades de tratamento decrescentes (Fauci et al., 2008).

O tratamento do CP, varia de acordo com o estágio em que o paciente se encontra, assim como também se é portador de SCLC ou de NSCLC (Nasim et al., 2019). Os portadores de SCLC recebem uma abordagem mais simplista, em comparação com portadores de NSCLC (Nasim et al., 2019).

Para os indivíduos com CP, com NSCLC, em fase inicial, é recomendada cirurgia, contudo, esta dependerá da localização e do tamanho do tumor (Howington et al., 2013). Neste estadio inicial, a quimioterapia somente é recomendada caso não se consiga remover por completo o tumor (Nasim et al., 2019). E nestes casos, o cancro passa para o estágio II, onde é recomendada a quimioterapia (Nasim et al., 2019). No estágio III existe um maior benefício numa terapia tri-modalidade, ou seja, cirurgia, quimioterapia e radioterapia, pois, os doentes em estadio III costumam apresentar um envolvimento nodal limitado e, se porventura este envolvimento nodal estiver muito comprometido, o individuo poderá ser um candidato a cirurgia, após as terapias (Ettinger et al., 2021; Ramnath et al., 2013). No estágio IV, normalmente faz-se uma terapia sistémica e, por vezes, ainda é necessário dar foco às metástases que frequentemente se desenvolvem neste estágio (Nasim et al., 2019; Simoff et al., 2013). A irradiação craniana profilática é dada a todos os pacientes que tenham tido alguma resposta perante a terapia, independentemente do estadio, pois, esta terapia aumenta os níveis de sobrevivência (Ettinger et al., 2021; Jett et al., 2013).

De acordo com Nasim et al., (2019), os sintomas recorrentes do CP são: uma nova tosse em pessoas fumadoras ou não fumadoras; pneumonias recorrentes; e dispneia que pode dever-se ao envolvimento pleural ou ao envolvimento das vias respiratórias malignas.

Os sintomas menos comuns do CP são (Nasim et al., 2019) são: dores no peito; rouquidão; disfagia; hemoptise e dores no braço/ombros.

Uma vez que as metástases ósseas são frequentes, alguns sintomas são frequentes, tais como a fadiga e a perda de peso/anorexia (Ost et al., 2013). O paciente ainda pode desenvolver as síndromes neurológicas como a Lambert-Eaton, síndromes miasténicas e a ataxia cerebelar (Kanaji et al., 2014).

Dados epidemiológicos

Segundo Bray et al., (2018), o CP tem sido dos tipos de cancro mais diagnosticado nas últimas décadas globalmente, havendo uma estimativa, em 2018, de 2.1 milhões de novos casos, sendo que a taxa de incidência de cancro do pulmão é mais alta na América do Norte e na Europa. Ainda de acordo com Bray et al., (2018), os óbitos por CP devem-se à altíssima taxa de letalidade da doença e também à baixa sobrevida. De acordo com a World Health Organization (2012), o CP tem um índice de mortalidade mais elevado no mundo comparativamente aos cancros da mama, pancreático, próstata e colorretal, todos juntos. Isto acontece porque a maior parte das pessoas são diagnosticadas num estágio avançado, fazendo com que as opções de tratamento sejam limitadas (Boiselle, 2013).

De acordo com MacRosty e Rivera (2020), a incidência do CP, nos últimos 20 anos, tem vindo a descer nos homens, contudo, num estudo populacional feito nos Estados Unidos, com indivíduos com idades compreendidas de 30-54 anos, concluiu-se que apesar da taxa de incidência do cancro de pulmão no sexo masculino ter vindo a diminuir, os rácios da taxa de incidência para o sexo feminino aumentaram de 0.82 com um intervalo de confiança de 0.70-0.85 para 1.13 com um intervalo de confiança de 1.08-1.18 nos anos de 1995-1999 e 2010-2014, respetivamente (MacRosty & Rivera, 2020).

Smith et al., (2013), frisaram que o CP é o terceiro cancro mais frequente tanto nos homens como nas mulheres. Torre et al., (2017), acrescentou que, nas mulheres, o cancro de pulmão é o segundo motivo para a morte desta população, com uma estimativa, em 2012, de 491.200 mortes em 583.100 casos. A *Organization for Economic Co-operation and Development* (OCDE) (2021), no seu relatório apontou que o cancro de pulmão é o terceiro cancro mais incidente tanto nas mulheres (6%) como

nos homens (12%). O cancro de pulmão, em 2018, constou nas principais causas de mortalidade em Portugal (OECD, 2021).

De acordo com a OECD (2021), a incidência de cancro em Portugal é menor do que a média da União Europeia, tendo uma estimativa de 30000 mortes para 58000 casos em 2020. Em Portugal, a principal causa de morte por doença oncológica é o cancro de pulmão, com uma estimativa, em 2018, de 4671 óbitos (The Global Cancer Observatory, 2019).

O CP, todos os anos, tem uma estimativa de 1.8 milhões de mortes em todo o mundo (Woodman et al., 2020).

Psicologia da Saúde

A criação da Organização Mundial da Saúde em 1948, definiu a *Saúde* como um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença (World Health Organization, 1948). A promoção da saúde, a nível mundial, tem vindo a ser considerada como uma estratégia para o desenvolvimento humano fundamental (Martins, 2005).

De acordo com Trindade e Teixeira (1998), as implicações das condições crónicas de saúde dos sujeitos podem ser físicas como psicológicas e podem comprometer o seu bem-estar. Num estudo realizado pela Direção Geral da Saúde (2015) em Portugal, sobre os fatores que influenciam a saúde dos indivíduos, destacaram-se os fatores biomédicos (por exemplo peso corporal, glicemia, estado imunitário) e os fatores comportamentais (por exemplo o consumo de tabaco, álcool, drogas, atividade física). Nesse estudo concluiu-se ainda que o estilo de vida e os comportamentos têm um grande impacto na saúde dos indivíduos e, que estão associadas à probabilidade da etiologia e aparecimento de uma condição crónica de saúde (DGS, 2015).

As políticas de saúde têm vindo então, a focar-se na administração dos processos saúde-doença, fazendo com que o individuo se responsabilize no ato de se cuidar em relação às atividades da vida quotidiana, otimizando assim comportamentos de promoção de saúde (Petronilho, 2012). De acordo com a Direção Geral da Saúde (2017), é preciso adotar medidas que promovam e previnam os comportamentos

saudáveis, como por exemplo, a modificação de estilo de vida e o diagnóstico precoce. Só assim é que se consegue mitigar o cancro.

Schofield, em 1969, no seu relatório "*The Role of Psychology in the Delivery of Health Services*" apresentou a importância da psicologia nos cuidados de saúde no geral (Leal, 2021). Mark Lalonde criticou a perspectiva tradicional em relação à saúde e distinguiu as expressões "cuidados de saúde" de "campo da saúde" (Leal & Ribeiro, 2021). Os "cuidados de saúde" dizem respeito ao que se faz nos hospitais e noutros contextos de saúde/doenças tradicionais, e "o campo da saúde" ajuda a compreender as causas da doença, o que facilita na identificação de estratégias/ações que podem ser usadas para melhorar/promover a saúde (Leal & Ribeiro, 2021).

A psicologia da saúde é uma área relativamente recente e segundo Morrison e Bennet (2016), esta subárea da Psicologia emergiu da necessidade de se compreender de que modo é que os indivíduos adotam ou não comportamentos saudáveis. Taylor (2017) definiu que a psicologia da saúde tem como principal objetivo compreender as influências psicológicas para os comportamentos saudáveis dos sujeitos, as razões pelas quais adoecem e respetivas respostas quando tal acontece. A psicologia da saúde é uma das áreas de aplicação da disciplina da Psicologia no que toca à intervenção clínica em centros de saúde, clínicas, hospitais e outras estruturas similares (Leal & Ribeiro, 2021). Segundo Leal e Ribeiro (2021), a psicologia da saúde é definida como a junção dos contributos científicos, profissionais e educacionais específicos da área da Psicologia para a promoção, manutenção e prevenção da saúde e também para o tratamento das doenças.

Freedland (2021) e com Watts (2017), defendem que a psicologia da saúde é baseada na ciência aplicada onde o principal valor da investigação biopsicossocial consiste no seu potencial translacional e que existe um ramo da ciência orientado para a solução a fim de satisfazer as necessidades da sociedade. Contudo, a psicologia da saúde desempenha inúmeros papéis vitais, nomeadamente, na promoção da saúde física/mental, na prevenção de doenças médicas assim como também no tratamento de utentes com patologias médicas (Freedland, 2021).

Associando a Psicologia à área oncológica, na década de 70, Jimmie Holland estabeleceu pela primeira vez o conceito de Psico-oncologia (Zielazny et al., 2016), que se constitui como um ramo interdisciplinar que engloba áreas da oncologia clínica,

psiquiatria, psicologia clínica e psicologia da saúde (Zielazny et al., 2016). Apenas na década de 80 é que começou a existir avanços mais significativos na Psico-oncologia, pois o delineamento das investigações começou a identificar as variáveis sociais intervenientes do cancro, como a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (Costa, 1999). De acordo com Lang-Rolling e Berberich (2018), a Psico-oncologia tem vindo a desafiar a visão mecânica do cancro e tem vindo ainda a contribuir para a compreensão da dualidade de corpo *vs* mente (Lang-Rolling & Berberich, 2018). A abordagem terapêutica da Psico-oncologia é crucial para o tratamento de indivíduos com doença oncológica, pois, melhora tanto a saúde física, como também melhora a qualidade de vida (Lang-Rolling & Berberich, 2018).

Comportamentos de risco associados ao cancro de pulmão

Segundo a World Health Organization (2012), o principal fator para mais de metade das mortes por CP, é o tabagismo, contudo, os fumadores passivos, a poluição do ar, o excesso de álcool, a radiação e a exposição a produtos/elementos químicos também são fatores de risco para o cancro do pulmão (Baan et al., 2009; El Ghissassi et al., 2009; Hamra et al., 2014; Straif et al., 2009). Indivíduos que tenham uma doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e história familiar de cancro de pulmão, também apresentam fatores de risco (Alberg et al., 2013).

Ao longo dos anos, foi identificada uma associação entre o consumo de álcool e o cancro de pulmão (Bofferta & Hashibe, 2006). Contudo, de acordo com Bofferta e Hashibe (2006), não se encontraram evidências fortes desta associação, embora o abuso de álcool não deva ser negligenciado. Nos seus estudos, Bagnardi et al., (2015), identificou um aumento de 15% de risco de CP para as pessoas que bebem exageradamente, em comparação com os que bebem ocasionalmente, ou mesmo, para os que não bebem.

Indivíduos não fumadores com histórico de cancro de pulmão, apoiam a tese de que existe uma componente hereditária associada ao risco desta doença (Akhtar & Bansal, 2017). Os resultados de um relatório demonstraram através de uma meta-análise, que envolve 32 estudos, que existe um aumento de duas vezes de risco de cancro de pulmão em sujeitos não fumadores com antecedentes familiares (Gu et al.,

2014). As investigações sobre a genética do CP centram-se maioritariamente na identificação de polimorfismos de nucleotídeos e de mutações que aumentam o risco de contrair a doença. As variações nos genes 5p15.33, 6p21.33 e 15q21.1 influenciam o risco de cancro na população europeia, assim como também as alterações nos polimorfismos de nucleotídeos (22q12 e 15q15.2 locus). A modificação do gene 9p21.3 é um determinante importante para o risco do CP nas células escamosas (Akhtar & Bansal, 2017; Gu et al., 2014; Marshall & Christiani, 2013; Spitz et al., 2007). Numa investigação do *International Lung Cancer Consortium*, os resultados demonstraram que (Coté et al., 2012): os sujeitos têm até 1.5 vezes mais de risco de desenvolver CP quando tem um familiar em primeiro grau (pai, mãe, irmão/irmã) com esta doença; que o sujeito tem mais probabilidade de desenvolver o CP quando o/a seu/sua irmão/irmã sofre desta doença; e que existe um maior risco de CP de carcinoma de células não pequenas para os sujeitos mais jovens e não fumadores.

As doenças pulmonares influenciam no aumento de risco de CP, independentemente se a pessoa é ou não fumadora (Akhtar & Bansal, 2017). Numa investigação feita a homens do sul da China, concluiu-se que a DPOC pode ser considerada um risco significativo para o cancro de pulmão (Wang et al., 2012). Estudos apontam que indivíduos que fumam e que tem uma DPOC estão até 5 vezes mais sujeitos a desenvolver cancro de pulmão que os não fumadores sem a DPOC (Young et al., 2009).

Substâncias como o amianto, arsénico, berílio, cádmio, clorometilo, níquel, éteres, crómio, sílica e cloreto de vinilo, são consideradas como carcinogénicas. Muitas destas substâncias, encontram-se em vários ambientes de trabalho. O amianto apresenta a causa profissional mais comum para o risco de cancro de pulmão (Egilman & Reinert, 2000; Hessel et al., 2005). A sua indução de oxigénio e nitrogénio reativo leva a danos no ADN originando mutações (Huang et al., 2011). O DNA de sujeitos expostos à poluição do ar pode sofrer mutações nas células somáticas e germinais (Sram et al., 2007). Num estudo de uma cidade na China, concluiu-se que a exposição a ambientes com excesso de dióxido de enxofre, de óxidos de azoto e de outras partículas finas, pode aumentar significativamente o risco de cancro de pulmão (Chen et al., 2015).

Apesar do tabaco ser considerado o fator de risco principal para o cancro de pulmão, de acordo com MacRosty e Rivera (2020), 25% dos sujeitos com cancro de

pulmão, são não fumadores e, as mulheres não fumadoras são mais suscetíveis de serem diagnosticadas com cancro de pulmão do que homens não fumadores.

Embora sejam necessários mais esforços para compreender o impacto dos fatores de risco face ao cancro de pulmão, as mulheres têm demonstrado ter mais sensibilidade às influências dos fatores ambientais, moleculares e hormonais (MacRosty & Rivera, 2020).

Posto isto, a prevenção do cancro do pulmão tem como objetivo lutar principalmente com o fator de risco mais incidente - o tabaco - uma vez que, de acordo com José et al., (2017), o tabaco provoca 71% de mortes por cancro de pulmão.

Em Portugal, nos últimos 15 anos foram feitos esforços para o controlo do consumo do tabaco e para proteger indivíduos que estavam expostos involuntariamente ao fumo do tabaco - Lei nº37/2007, que entrou em vigor a 1º de janeiro de 2008 (Diário da república).

Apesar de existirem algumas evidências de que o tabagismo tem vindo a diminuir depois das rígidas implementações legislativas, programas educativos e preventivos, e de campanhas antifumo/antitabaco, a população feminina tem vindo a ser alvo de maiores preocupações, uma vez que, existe uma menor redução/extinção do consumo de tabaco por parte das mulheres (José et al., 2017).

Os dados de 2018, em Portugal, evidenciaram que a prevalência do tabagismo é maior para os homens (30%) e menor para as mulheres (17%), mas os hábitos tabágicos têm vindo a aumentar nas mulheres (World Health Organization, 2018). Além disso, dados mais recentes do Inquérito Nacional de Saúde de 2019, apontaram que a percentagem das mulheres que alegaram nunca ter fumado era de 75.3% e a dos homens de 44.8% (Instituto Nacional de Estatística, 2020).

MacRosty e Rivera (2020) apontaram que as mulheres que sempre fumaram ao longo da sua vida adulta têm até três vezes mais a taxa de mortalidade global das mulheres da mesma idade que nunca fumaram ou que pararam de fumar até a meia-idade. As autoras frisaram ainda que os sujeitos que param de fumar antes dos 40 anos de idade, evitam 90% do excesso de mortalidade e os que param de fumar antes dos 30 anos de idade, evitam até 97%.

De acordo com Bade e Dela Cruz (2020), existem benefícios em manter o peso corporal saudável, ter hábitos de atividade física e uma alimentação saudável para a prevenção do cancro de pulmão. Muitos são os relatórios que insinuam que os fatores dietéticos e a obesidade estão relacionados com um aumento do risco de cancro de pulmão. Num estudo com 242 pessoas diagnosticadas com cancro de pulmão que consumiam pão, arroz, carne, fígado e produtos lácteos demonstraram ser possíveis fatores de risco para a origem do cancro de pulmão (Hosseini et al., 2014). Noutro estudo feito no Uruguai, com 256 sujeitos com cancro de pulmão, os autores concluíram que o consumo de carnes vermelhas e fritos demonstraram ser um fator que aumenta o risco de cancro de pulmão (Deneo-Pellegrini et al., 1996).

Comportamentos protetores da saúde associados ao cancro de pulmão

Como já citado anteriormente, o cancro de pulmão apresenta taxas de mortalidade altíssimas. Isto deve-se ao facto de que 57% dos casos são diagnosticados numa fase tardia da doença. No intervalo de 1 a 5 anos, apenas sobrevivem 26% e 4% dos indivíduos, respetivamente (Rodriguez-Canales et al., 2016).

Segundo a literatura (Cataldo et al., 2012; Else-Quest et al., 2009; Gonzalez & Jacobsen 2012; LoConte et al., 2008; Shen et al., 2015; Steffen et al., 2018) existem vários estudos transversais sobre a sobrevivência do doente com CP, que estabelecem relação entre o estigma reportado pelo paciente, depressão, valores mais baixos de qualidade de vida e de funcionamento social, bem como outras consequências de impacto psicossocial.

Bwon-Johnson et al., (2015), no seu estudo com uma amostra reduzida, desenvolveu uma ferramenta interativa de saúde movel para a comunicação assertiva entre médico-paciente, com o objetivo de combater o estigma dos doentes. O mesmo autor apontou que essa ferramenta demonstrou viabilidade e eficácia, pois, houve uma diminuição do estigma dos sujeitos em relação ao cancro e à depressão. De acordo com Hamann et al., (2018), é necessário alargar este tipo de estudos de modo a demonstrar a sua utilidade com resultados comportamentais e psicossociais. O aconselhamento cognitivo-comportamental e a psicoeducação para a doença também demonstram ser uteis para a promoção da saúde, pertença e a afirmação de valores dos sujeitos

estigmatizados (Lathan, 2015). Letho (2017), alegou que estas técnicas também podem ser destinadas a doentes com CP.

Para diminuir a taxa de mortalidade por cancro de pulmão e melhorar a sobrevida, é necessária a implementação de programas de rastreio nos estágios iniciais (Thai et al., 2021). Portanto, o rastreio do cancro de pulmão, na última década, tem vindo a ser alvo de interesse da comunidade médica, pois, o rastreio desta doença tem como finalidade diminuir a taxa de mortalidade (Costa, 2016). Entre o intervalo de tempo de 2007-2013, a taxa de sobrevivência por CP foi de 23.6% para a NSCLC e de 7% para a SCLC (Nasim et al., 2019). Com isto, os médicos têm vindo a recomendar a necessidade de mais debate e discussões sobre os objetivos dos cuidados de saúde e o prognóstico de um paciente com CP (Nasim et al., 2019). Os cuidados paliativos são recomendados o mais cedo possível, pois existem dados que estes cuidados podem prolongar a taxa de sobrevivência assim como também proporcionar uma melhor qualidade de vida (Sabath & Ost, 2018; Temel et al., 2010;).

A tomografia computadorizada de baixa dose (LDCT) tem vindo a ser um método de rastreio do cancro de pulmão recomendado, aceitável e eficaz (Hwang, 2014). Numa amostra de 53000 fumadores de longa duração, a LDCT tem vindo a ser mais eficaz para o rastreio do cancro de pulmão em comparação ao exame da radiografia torácica, com uma redução de até 20% de mortalidade associada ao cancro de pulmão (Carter-Harris et al., 2016).

Modelos e conceitos teóricos associados a mudança de comportamento

Tendo em conta a informação referida anteriormente, é importante perceber que as crenças de saúde são concepções/ideias que são estabelecidas ao longo da vida do sujeito e por sua vez orientam os seus comportamentos em relação à saúde (Figueiras et al., 2009). Chaves (2019), sugeriu que as crenças de saúde podem sofrer influência por fatores demográficos e/ou por fatores pessoais.

De acordo com Campos et al., (2010), os comportamentos de adesão aos rastreios de patologias, são influenciados pelas crenças que se relacionam com a doença, com o tratamento, com a relação da equipa de saúde, com a motivação e ainda com as

políticas de saúde e custos. Posto isto, Glanz e Bishop (2010), afirmaram que o comportamento resulta de um processo bastante complexo que abrange análises de custo-benefício, autoeficácia e atitudes e o parecer dos resultados.

Brawley e Culos-Reed (2000), identificaram as teorias/modelos sobre a mudança de comportamento mais utilizados na investigação no que concerne à saúde: o modelo de crenças de saúde, a teoria da ação fundamentada, a teoria da proteção da motivação, a teoria do comportamento planeado e a teoria sociocognitiva. Os mesmos autores defenderam ainda que estes modelos/teorias partilham do pressuposto central em que os sujeitos são capazes de pensar com precedência, planear e fazer decisões racionais. Bandura (1986) afirmou que os modelos/teorias sobre a mudança de comportamento no que diz respeito à saúde, reconhecem que os indivíduos adestram a sua autorregulação e a sua tomada de decisão como parte de um processo dinâmico de aprendizagem social.

No presente estudo irá usar-se o Modelo de Crenças em Saúde (MCS), aplicado por inúmeros autores e considerado como um modelo psicossocial, cognitivo e motivacional, devido à sua elevada capacidade de prever comportamentos de adesão de rastreio ao cancro (Aiken et al., 1994; Champion & Miller, 1996; Coutinho, 2001; Murray & McMillan, 1993).

Modelo de Crenças de Saúde

O MCS foi desenvolvido nos anos 50 por um grupo de psicólogos com o intuito de compreender e explicar o porquê da população não aderir a certos serviços preventivos de saúde (Janz & Becker, 1984). Este modelo ao longo do tempo tem vindo a ser aprimorado de forma a poder ser usado para explorar comportamentos associados à saúde (Rosenstock et al., 1994). De acordo com Leal e Ribeiro (2021), este modelo prevê que o comportamento é o resultado de crenças centrais que são redefinidas pelos sujeitos ao longo dos anos e que, essas crenças centrais são usadas para prever a probabilidade de um dado comportamento a ser adotado. Contudo, de acordo com o MCS é necessário que o indivíduo reúna algumas condições para adotar um novo comportamento preventivo em relação a uma doença (Leal & Ribeiro 2021). O MCS lidera, então, o envolvimento de comportamentos preventivos em saúde (Kissal & Karral, 2019) e engloba 4 tipos de crença em saúde, nomeadamente:

- Suscetibilidade percebida (refere a percepção subjetiva do risco de se contrair uma doença);
- Severidade percebida (pode ser avaliada pelo grau de perturbação emocional ao pensar na doença, assim como pode ser avaliada pelas consequências que a doença pode acarretar);
- Benefícios percebidos (referentes às crenças na efetividade da ação para a saúde e a percepção das consequências positivas);
- Barreiras percebidas (são os aspetos negativos que são avaliados numa análise do tipo custo-benefício).

Numa revisão posterior do MCS adicionou-se ainda a motivação para a saúde (onde o sujeito preocupa-se com assuntos sobre a saúde) e a autoeficácia (onde o individuo modifica/altera os comportamentos não saudáveis) (Flaer et al., 2010; Pine et al., 2000).

De acordo com a literatura, a investigação sobre as crenças de saúde face ao cancro de pulmão é escassa, embora existam alguns estudos qualitativos que exploram as crenças de saúde na perspetiva dos fumadores de longa duração (Carter-Harris et al., 2016; Delmerico et al., 2014; Jonnalagadda et al., 2012; Tanner et al., 2013). Carter-Harris et al., (2016), frisaram que o MCS é apropriado no contexto do rastreio do cancro de pulmão.

Carter-Harris et al., (2016), alegaram que as crenças de saúde servem para explicar o porquê de os indivíduos tomarem medidas preventivas para doenças, rastrearem certas patologias e ainda tomarem medidas para controlarem as mesmas.

A severidade percebida, os benefícios percebidos, as barreiras percebidas e a autoeficácia são crenças de saúde que incidem sobre os comportamentos de rastreio do cancro de pulmão (Wools et al., 2016).

No estudo de Tanner et al., (2013), de uma amostra de 209 veteranos militares, verificou-se que:

- No construto da severidade percebida, os fumadores, eram mais suscetíveis de percecionarem que estavam em risco de contrair o cancro de pulmão;
- No construto dos benefícios percebidos os participantes estiveram ligados a uma maior vontade de participar no rastreio do cancro de pulmão;

- E no construto das barreiras percebidas, os participantes apontaram o medo como crença de que se está demasiado velho para fazer o rastreio do cancro de pulmão.

Pacientes com CP ou com suspeitas desta doença, enfrentam inúmeros desafios cognitivos e emocionais (Letho, 2011). Os doentes podem sentir-se responsáveis por estarem doentes devido aos seus comportamentos tabágicos (Letho, 2014). Os fatores ambientais que aumentam a preocupação do indivíduo que recentemente foi diagnosticado com CP, passam sobretudo pelo cumprimento de parar de fumar (caso seja fumador), de lidar com os futuros tratamentos que podem ter possíveis efeitos secundários e também com os reajustes à sua vida pessoal (Lehto, 2011). Tudo isto pode comprometer a perceção da eficácia cognitiva (Choi et al., 2019; Lehto, 2011).

Num estudo transversal os investigadores avaliaram a eficácia de um modelo que prevê os riscos percebidos (severidade percebida) dos sujeitos no que diz respeito ao rastreio do cancro de pulmão. Nessa investigação, os autores identificaram que os riscos pessoais percecionados pelos participantes estavam positivamente ligados ao risco do desenvolvimento do cancro de pulmão (Turner et al., 2021). Os indivíduos mais velhos percecionaram que estavam em menor risco de desenvolver CP (Turner et al., 2021). O facto de os indivíduos terem um historial de doença de cancro de pulmão, aumentou a perceção de risco de contrair a doença e sendo um fumador ativo, ainda aumentou mais este risco percecionado. Ter historial de DPOC também foi um fator importante para afetar a perceção de risco (Turner et al., 2021). No estudo de Patel et al., (2012) e de Park et al., (2014), houve uma maior perceção de risco dos indivíduos em contraírem cancro de pulmão tendo história familiar desta doença oncológica.

De acordo com a literatura (Quaife et al., 2017; Silvestri et al., 2007) os dados de fumadores ativos vs não fumadores demonstraram que o grupo de fumadores tinha um nível de educação mais baixo e apresentava uma maior probabilidade de comorbilidades/sintomas. Existem dados que mostram que fumadores ativos, podem ser menos suscetíveis de percecionar que fumar é perigoso (Greillier et al, 2018). No estudo de Tanner et al., (2013), apontaram que os fumadores são mais suscetíveis de percecionarem que estavam em risco de contrair o cancro de pulmão. E na investigação de Kaufman et al., (2020), os autores encontraram também uma maior perceção de risco associado a fumadores.

Outro estudo baseado em questionários com situações hipotéticas, apontou que na percepção de risco afetivo (severidade percebida) há mais predominância do que a percepção do risco deliberativo em motivar a ação protetora, contudo a severidade percebida apresenta uma maior motivação quando a percepção do risco deliberativa é mais elevada (Ferrer et al., 2018).

Ferrer et al., (2018), propuseram que o risco percebido pode ser visto por três pontos:

- Risco deliberativo que é baseado na probabilidade e na razão do risco de contrair a doença;
- Risco afetivo que está relacionado com as emoções negativas e positivas, assim como também com a magnitude em relação ao risco de contrair a doença;
- Risco experiencial que está relacionado com as possíveis ameaças de se contrair a doença e também visa a orientar o risco pessoal.

Ferrer no seu estudo baseado em questionários de situações relativas e teóricas, encontrou nos seus dados que a percepção do risco afetivo é mais influente que o risco deliberativo no que toca à percepção em motivar a ação protetora, contudo, a percepção afetiva do risco previu uma melhor motivação quando o risco deliberativo era elevado (Turner et al., 2021).

Como citado anteriormente, são poucos os estudos que existem sobre as crenças de saúde e o cancro de pulmão. Neste sentido, procurou investigar-se a literatura existente sobre as crenças de saúde relacionada com o cancro em geral e com outros tipos de cancro.

Fleary et al., (2019), identificaram que as barreiras percebidas face ao rastreio do cancro, estão associadas à crença de que o desenvolvimento e prognóstico do cancro ultrapassa o controlo humano. As barreiras percebidas estão também associadas com um menor envolvimento de comportamentos preventivos (atividade física, evitar fumar e ter uma alimentação saudável) (Fleary et al., 2019). A quantidade de informação dada sobre o cancro cria uma sensação de sobrecarga que por sua vez prejudica os comportamentos preventivos (Jensen et al., 2014).

De acordo com a literatura (Bae et al., 2014; Dashdebei et al., 2016; Hughes et al., 2015; Khani et al., 2017; Wong et al., 2013;), as barreiras percebidas face ao cancro

colorretal estão inversamente associadas à intenção do comportamento de rastreio. A severidade percebida também está associada inversamente à intenção ou comportamento do rastreio do cancro do colorretal (Bae et al., 2014; Leung, 2016). Champion (1984) avaliou os construtos do MCS face ao cancro de mama e, num estudo com 301 mulheres, constatou que esta população apresenta um menor número de barreiras e que também fazem com maior frequência o seu autoexame de mama. Jacobs (2002) no seu estudo com uma amostra de 90 pessoas, verificou que os sujeitos que tem menos barreiras e que percebem o cancro colorretal como uma doença perigosa, com mais facilidade, os indivíduos, comparecem nas consultas médicas. Na pesquisa de Collins et al., (2000), averiguou-se, numa amostra de 127 indivíduos, que a preocupação e a perceção de risco com o cancro colorretal, estavam associadas. Noutro estudo sobre as crenças de saúde face ao cancro colorretal, os autores apontaram que quanto maior for a suscetibilidade percebida com o cancro maior será a severidade percebida (Stark et al., 2006). No estudo de Nunes (2012), sobre as crenças de saúde e o cancro do colorretal, a autora aferiu nos seus resultados que existem diferenças significativas entre o grau académico e as barreiras percebidas.

Locus de Controlo da Saúde

De acordo com Bundeck et al., (1993) o locus de controlo da saúde desempenha um papel importante no que toca as crenças de controlo e prevenção do cancro. Para este estudo, para além de se caracterizar as crenças em saúde, face ao cancro de pulmão, também se caracterizou o locus de controlo face à mesma patologia.

Foi Bandura (1977) que descreveu o construto de *Locus de Controlo* (LC) na sua teoria da Aprendizagem Social que, por sua vez, refere que o comportamento das pessoas é influenciado por fatores situacionais e fatores pessoais. Contudo, foi Rotter (1966) que propôs o conceito de Locus de Controlo da saúde. De acordo com a literatura, vários autores conferem a importância de ambos tipos de Locus de Controlo (Locus de Controlo genérico e Locus de Controlo da saúde), pois, a aprendizagem alcançada ao longo do desenvolvimento causa impacto na aquisição de comportamentos adaptativos como também na construção da personalidade (Bandura, 1977; Jacelon, 2007; Mardiyono et al., 2011).

Portanto, é importante frisar que o LC está então relacionado com as questões de saúde/doença e, centra-se no cognitivismo e comportamentalismo dos indivíduos (Marreiros, 2009; Wallston et al., 1978). A personalidade também influencia nas crenças, no controlo e nos reforços dos indivíduos (Rotter, 1966).

O Locus de Controlo pode ser dividido em três dimensões (Wallston et al., 1978), nomeadamente: 1) Locus de Controlo Interno (LCI), que é a crença que o indivíduo tem sobre como o seu comportamento influencia a saúde); 2) Locus de Controlo Externo (LCE), que remete para a crença que o sujeito tem que a saúde é determinada pela ação de outras pessoas como médicos, família, amigos, etc; e, 3) Locus de Controlo Externo-Acaso (LCE-A), onde o indivíduo acredita que o seu comportamento é influenciado pelo destino ou pela sorte.

O LC tem vindo a ser muito utilizado no contexto de saúde, e usam-se escalas específicas, entre as quais o Locus de controlo multidimensional (Wallston et al., 1978). O locus de controlo da saúde funciona então como uma variável multidimensional que prediz comportamentos promotores da saúde (Wallston et al., 1978).

Nas últimas décadas, a investigação tem vindo a demonstrar que existem conclusões mistas relacionadas com as crenças comportamentais e o LC. As divergências de resultados de LC podem dever-se às diferentes escalas utilizadas, assim como também às diferentes fases de doença em que o sujeito se encontra (De Valck & Vinck, 1996). Com isto, os mesmos autores levantaram como hipótese que a forma como os pacientes são informados sobre a sua doença, pode influenciar com o seu LC da saúde.

Os autores Bard e Dyk (1956) foram os pioneiros a afirmar que pessoas com cancro autculpabilizam-se por ficarem doentes, o que sugere um LC interno relativo à causa da doença.

Os investigadores Wortman e Dunkel-Schetter (1979), afirmaram que as crenças internas podem ter teor mal adaptativo para alguns sujeitos com cancro, principalmente se estes não poderem fazer nada quanto ao seu estado.

Indivíduos com um locus de controlo interno em vez de um locus de controlo externo, tem tendência a adotar comportamentos promotores e preventivos de saúde, uma vez que percecionam o controlo pessoal sobre o resultado do acontecimento ou então percecionam o reforço como resultado das próprias ações, como por exemplo tomar

vacinas ou procurar informação sobre a saúde (Dabbs & Kirscht, 1971; Steptoe & Wardle, 2001).

Dopelt et al., (2022), alegaram que pessoas doentes com o LCI investigam mais sobre a sua doença para terem mais informações, contudo, os pacientes com o LCE ficam à espera de que terceiros (por exemplo médicos) tomem as decisões por eles (Hashimoto & Fukuhara, 2004).

Um estudo japonês (Hashimoto & Fukuhara, 2004) explorou a influência da tomada de decisão e do locus de controlo. Os resultados desse estudo apontaram que a preferência pela informação sobre a saúde era positiva e que estava associada à preferência decisória entre os sujeitos que creem que a sua saúde era menos dependente que de outras pessoas. Um estudo mais recente (Keinki et al., 2016) averiguou as necessidades de informação dos indivíduos com cancro. Nessa investigação, os autores revelaram que utentes com cancro e com um LCE mais alto utilizaram mais frequentemente fontes de informação e que ainda tinham a necessidade de obter mais informação.

Como referido anteriormente, o conceito do locus de controlo adotou um papel importante no que toca às crenças de controlo do cancro. Existe evidencia de que o locus de controlo interno é um fator que determina o rastreio do cancro uma vez que leva o sujeito a ter melhores comportamentos de saúde, contudo, o locus de controlo externo - acaso - pode levar o individuo a ter maus comportamentos de saúde (Grotz et al., 2014). Hallal (1982) e Saei Ghare Naz et al., (2019), alegaram que o comportamento perante o rastreio do cancro pode ser previsto pelo locus de controlo da saúde.

Objetivos da investigação

Face ao atrás exposto e uma vez que a literatura entre as crenças de saúde e o locus de controlo da saúde, nesta neoplasia em particular é escassa, os objetivos em baixo e consequentes hipóteses de investigação assumem um carácter predominantemente exploratório. Este estudo abarca um total de 4 objetivos e de 9 hipóteses (distribuídas pelos objetivos 3 e 4), expostos em seguida:

1. Caracterizar as variáveis dos dados sociodemográficos e estilos de vida e as variáveis clínicas e de conhecimentos relativas ao cancro de pulmão.
2. Caracterizar as variáveis crenças de saúde e locus de controlo da saúde dos indivíduos face ao cancro de pulmão.
3. Analisar a interligação entre as crenças de saúde e o locus de controlo da saúde dos indivíduos, face ao cancro de pulmão. No âmbito deste objetivo foram colocadas as seguintes hipóteses exploratórias:
 - 3.1. Existem correlações positivas entre a Suscetibilidade Percebida e o Locus de Controlo Interno dos indivíduos face ao cancro de pulmão.
 - 3.2. Existem correlações positivas entre os Benefícios Percebidos e o Locus de Controlo Externo dos indivíduos face ao cancro de pulmão.
 - 3.3. Não existem correlações positivas entre as Barreiras Percebidas e o Locus de Controlo Interno dos indivíduos face ao cancro de pulmão.
 - 3.4. Existem correlações positivas entre o Locus de Controlo Externo e a Autoeficácia dos indivíduos face ao cancro de pulmão.
4. Analisar a relação das crenças de saúde e o locus de controlo da saúde, com as variáveis sociodemográficas e de estilos de vida, variáveis clínicas e de conhecimentos dos indivíduos, face ao cancro de pulmão. No âmbito deste objetivo e, para os participantes neste estudo, foram colocadas as seguintes hipóteses exploratórias:
 - 4.1. Os homens têm um Locus de Controlo Interno e um Locus de Controlo Externo mais elevado que as mulheres, face ao cancro de pulmão.
 - 4.2. Existem diferenças estatisticamente significativas na Severidade Percebida nas mulheres em relação aos homens, face ao cancro de pulmão.
 - 4.3. Existem diferenças estatisticamente significativas nas Barreiras Percebidas e na Motivação em relação ao grau académico, face ao cancro de pulmão.
 - 4.4. Existem diferenças estatisticamente significativas na Severidade Percebida dos indivíduos não fumadores com os fumadores, face ao cancro de pulmão
 - 4.5. As crenças de saúde são preditores significativos dos conhecimentos que as pessoas têm sobre o cancro de pulmão.

Metodologia

Tipo de estudo e Participantes

Este estudo é quantitativo com enfoque transversal, e do tipo exploratório uma vez que não existe conhecimento, até ao momento de nenhum estudo desta natureza em Portugal. Esta investigação tem um carácter descritivo e correlacional, pois, pretende-se descrever as variáveis em estudo assim como averiguar se existe ou não relação entre elas.

Os 235 participantes da presente investigação tinham uma idade igual ou superior a 18 anos, sendo que 133 eram mulheres e 102 homens. A média das idades foi de 33 anos ($DP=12.632$), variando entre 18 e 77 anos de idade.

Procedimentos

Após a construção do protocolo do presente estudo, foi pedido a dois profissionais de saúde (Médica Oncologista e a um Psicólogo Clínico e da Saúde), para reverem a Escala de Crenças de Saúde em Relação ao Cancro de Pulmão, pois, esta escala foi usada tendo sido alteradas algumas palavras face à escala original, em concordância com as indicações dos autores. Após a revisão feita pelos profissionais de saúde, foi ainda realizado um pré-teste que incluiu 7 participantes aleatórios (maiores de 18 anos) e 4 especialistas em Psicologia para que dessem um feedback sobre o questionário e restante protocolo. Após as sugestões indicadas, o protocolo foi revisto e finalizado.

Posteriormente o presente projeto de investigação e respetivo protocolo foram submetidos e aprovados para a Comissão de Ética da Universidade Europeia (Anexo 2). Posteriormente, o questionário foi então inserido numa plataforma online (Google Forms) e alvo de vários testes para verificação de correto preenchimento de todos os itens e respostas. o link foi divulgado nas redes sociais (Facebook, Instagram e WhatsApp) apelando ao seu preenchimento por participantes com mais de 18 anos e o questionário esteve disponível desde o dia 21 de dezembro de 2021 até ao dia 22 de março de 2022. O processo de amostragem foi por conveniência.

Este estudo foi conduzido de acordo com os princípios éticos da *American Psychological Association* (2010), relativos à investigação com participantes humanos, com as diretrizes da *World Medical Association of Helsinki* (2008) e com a Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). É de frisar que os direitos, a dignidade e os melhores interesses dos sujeitos devem ser preservados, destacando os princípios éticos, nomeadamente, da Beneficência e não Maleficência, do Respeito dos Direitos e Dignidade das Pessoas, da Integridade e Responsabilidade social e da Competência.

Posto isto, os objetivos desta investigação foram fornecidos aos participantes e também foi explicado que a participação era voluntária e que os dados seriam anónimos e confidenciais. Seguidamente foi ainda solicitado o acordo e consentimento informado aos participantes, antes destes iniciarem o preenchimento do protocolo de avaliação.

Instrumentos e Variáveis

As variáveis presentes neste estudo são referentes aos dados sociodemográficos e estilos de vida, às variáveis clínicas e de conhecimentos relativas a neoplasia do cancro de pulmão, às variáveis da Escala de Crenças da Saúde em Relação ao Cancro de Pulmão (ECSRCP) e às variáveis da Escala Multidimensional de Locus de Controle da Saúde na Forma A (EMLCS-A). Todas estas variáveis e escalas foram incluídas num único documento, constituindo o protocolo de investigação apresentado aos participantes (Anexo 1).

As variáveis principais deste estudo são referentes às subescalas do Modelo de Crenças de Saúde e às subescalas do Locus de Controlo da Saúde. As variáveis de influência são as variáveis sociodemográficas e de estilos de vida, e as variáveis médicas e de conhecimento relativas a neoplasia do cancro e pulmão.

Dados sociodemográficos e de estilos de vida

Para a realização deste estudo foram ainda recolhidos dados sociodemográficos e de estilos de vida referentes à idade, sexo biológico (Feminino; Masculino), nacionalidade (Portuguesa; Angolana; Outras nacionalidades), estado civil (Casado(a);

Recasado(a); Separado(a)/Divorciado(a); Solteiro(a); União de facto; Viúvo(a)), grau académico (Tem ensino superior; Não tem ensino superior), situação profissional (Desempregado(A); Empregado(a); Estudante; Reformado(a); Trabalhador-Estudante), nível socioeconómico (Nível alto; Nível médio; Nível baixo), se é fumador (Sim; Não), se pratica atividade física (Sim; Não) e sobre a alimentação não saudável (De 2 a 3 vezes por semana; Quase todos os dias; Até uma vez por semana).

Ressalva-se que as variáveis referentes à nacionalidade, ao nível socioeconómico e à alimentação não saudável foram recodificadas.

Variáveis clínicas e de conhecimentos relativas a neoplasia do cancro de pulmão

Foram também recolhidas, para esta investigação, informações sobre as variáveis clínicas e de conhecimentos relativas a neoplasia do cancro de pulmão, com resposta dicotómica (Sim; Não):

- História familiar com cancro de pulmão;
- Recomendação médica do exame do cancro de pulmão;
- Se já fez o exame de rastreio do cancro de pulmão;
- Tendo em conta a sua perspetiva, uma pessoa tem maior risco de desenvolver cancro de pulmão se for fumador(a);
- Tendo em conta a sua perspetiva, uma pessoa tem maior risco de desenvolver cancro de pulmão se for fumador(a) passivo(a);
- Tendo em conta a sua perspetiva, uma pessoa tem maior risco de desenvolver cancro de pulmão se tiver história de cancro de pulmão;
- Tendo em conta a sua perspetiva, uma pessoa tem maior risco de desenvolver cancro de pulmão se já realizou (outros) tratamentos de radioterapia;
- E tendo em conta a sua perspetiva, uma pessoa tem maior risco de desenvolver cancro de pulmão se já teve doença pulmonar obstrutiva crónica.

Ressalva-se que a variável dos conhecimentos foi recodificada.

Escala de Crenças da Saúde em Relação ao Cancro de Pulmão

Para a presente dissertação foi usada a Escala de Crenças da Saúde em Relação ao Cancro do Pulmão (ECSRCP) – Anexo 6 –. Contudo, uma vez que a mesma não se

encontra validada para a População Portuguesa nesta neoplasia em particular, será necessário enquadrar a explicação em baixo relativa ao procedimento adotado no uso desta escala na presente investigação.

Após pesquisa na literatura identificou-se a existência de uma Escala de Crenças da Saúde em Relação ao Cancro da Mama (Champion, 1984) que incluía as 5 dimensões do Modelo de Crenças em Saúde (suscetibilidade percebida, severidade percebida, benefícios percebidos, barreiras percebidas e motivação - Anexo 3). Relativamente a esta escala, o autor indicou que a mesma podia ser usada para outros tipos de cancro, bastando para isso fazer apenas a substituição do nome da neoplasia nas respetivas questões. Posteriormente, um outro autor (Jacobs, 2002) usou a escala original de Champion, onde substituiu “cancro de mama” por “cancro colorretal”, e acrescentou o construto da autoeficácia (Anexo 4). A escala de Crenças da Saúde em Relação ao Cancro do Colorretal de Jacobs foi ainda revista por 3 peritos, inclusive pelo próprio Champion, para o julgamento da relevância dos construtos do Modelo de Crenças de Saúde em relação ao cancro do colorretal. A versão portuguesa desta escala foi usada para o Cancro Colorretal (Nunes, 2012) (Anexo 5), e o procedimento de alterar o nome da neoplasia também foi adotado para um estudo sobre cancro do colo do útero (Patrão & Leal, 2002).

Desta forma, na presente investigação optou-se, tal como foram as indicações do autor original e de investigações posteriores, em alterar o nome da neoplasia para “cancro do pulmão” e assim usar a Escala de Crenças em Saúde em Relação ao Cancro de Pulmão (ECSRCP) (Anexo 6). Alterou-se ainda o item 35, substituindo a frase “Consigo identificar alterações normais ou anormais no meu funcionamento intestinal.” por “Consigo identificar alterações na minha função pulmonar (respiração).”, em sintonia com as sugestões indicadas pelos profissionais de saúde a quem foi pedida a revisão desta escala. A ECSRCP é então, constituída por um total de 36 itens, distribuídos pelas 6 subescalas do MCS (suscetibilidade percebida com 5 itens, severidade percebida com 7 itens, benefícios percebidos com 6 itens, barreiras percebidas com 6 itens, motivação com 7 itens e autoeficácia com 5 itens) e é uma escala tipo Likert em que mede uma resposta negativa ou positiva perante uma afirmação na seguinte forma: 1 - Discordo Totalmente; 2 - Discordo Parcialmente; 3 - Não Concordo Nem Discordo; 4 - Concordo Parcialmente; 5 - Concordo Totalmente.

Quanto maior for a pontuação nas subescalas, maior será a percepção do indivíduo perante as mesmas. De acordo com Champion (1984), o Alfa de Cronbach, da escala original variava entre 0.60 e 0.78.

O coeficiente de consistência interna, Alfa de Cronbach, das subescalas da ECSRCP (Tabela 1) apresentou um valor mínimo de 0.717 e um valor máximo de 0.899, que de acordo com Pestana et al., (2008), são valores bons.

Tabela 1

Consistência Interna das Subescalas das Crenças de Saúde

	Alfa de Cronbach	nº de itens
SusP	0.899	5
SevP	0.808	7
BenP	0.829	6
BarP	0.825	6
Mot	0.734	7
Aut	0.717	5

Aut – Autoeficácia; BarP – Barreiras Percebidas; BenP – Benefícios Percebidos; Mot – Motivação; SevP – Severidade Percebida; SusP – Suscetibilidade Percebida.

Escala Multidimensional de Locus de Controlo da Saúde

Para este estudo, também se avaliou o Locus de Controlo da Saúde através da Escala Multidimensional de Locus de Controle da Saúde - Forma A (EMLCS-A). Esta escala foi desenvolvida por Wallston. Esta escala avalia indivíduos saudáveis (Wallston et al., 1994) em três dimensões, nomeadamente o locus de controlo interno (que avalia a crença de que a saúde é determinada pelos comportamentos do próprio sujeito), o locus de controlo externo (que avalia a crença de que a saúde depende de outros indivíduos como os familiares ou médicos) e o locus de controlo externo – acaso (que avalia que a crença de que saúde é determinada pelo destino ou pela sorte) (Wallston et al., 1978; Wallston, 2005). A EMLCS-A apresenta boa consistência interna no estudo original, com coeficientes de Alfa de Cronbach entre 0.67 e 0.77 (Wallston et al., 1978).

Cardoso (2017), validou a Escala Multidimensional do Locus de Controlo da Saúde - Forma A, para a população portuguesa. Cardoso (2017), analisou as características psicométricas das subescalas (LCI, LCE e LCE-A) da EMLCS-A. A

autora apontou que os valores de Alfa de Cronbach do LCI eram de 0.68, os do LCE de 0.72 e os do LCE-A de 0.71. Quanto à validade do construto, Cardoso (2017) apontou que todas as subescalas da EMLCS-A se correlacionaram significativamente. Cardoso (2017) rematou que este instrumento possui uma validade discriminante ao nível da subescala do LCI. A versão portuguesa da EMLCS-A apresentou boas propriedades psicométricas, podendo assim ser utilizada para futuras investigações que integrem o construto de locus de controlo (Cardoso, 2017).

Esta escala é constituída por 18 itens que são avaliados numa escala de Likert (1 = Discordo, 2 = Discordo moderadamente, 3 = Discordo ligeiramente, 4 = Concordo ligeiramente, 5 = Concordo moderadamente e 6 = Concordo completamente). Os resultados desta escala são obtidos pela média das pontuações dos 6 itens de cada subescala (locus de controlo interno, locus de controlo externo e locus de controlo externo-acaso) e, quanto mais elevada a pontuação total de cada subescala for, maior é a crença na saúde na respetiva subescala (Wallston et al., 1978; Wallston, 2005).

O coeficiente de consistência interna, Alfa Cronbach, dos valores das dimensões do locus de controlo da EMLCS-A, da presente investigação, podem ser consultados na Tabela 2. Os valores apresentam um mínimo de 0.612 e um máximo de 0.651, que de acordo com Tabachnick e Fidell (1983) valores superiores a 0.60 podem ser considerados aceitáveis.

Tabela 2

Consistência Interna das Subescalas do Locus de Controlo da Saúde

	Alfa de Cronbach	nº de itens
LCI	0.651	6
LCE	0.612	6
LCE-A	0.639	6

LCE – Locus de Controlo Externo; LCE-A – Locus de Controlo Externo-Acaso; LCI – Locus de Controlo Interno.

Análise de dados

Neste estudo foram feitas análises ao coeficiente de consistência interna, Alfa de Cronbach, da ECSRCP e da EMLCS-A. Realizaram-se análises descritivas e foi ainda feito um estudo à normalidade dos dados através do teste de Kolmogorov-Smirnov.

Verificou-se que os dados não apresentaram uma distribuição normal ($p < 0.05$), sendo necessário o uso de testes não paramétricos, nomeadamente a correlação de Spearman, o teste de comparação de U Mann-Whitney (equivalente ao teste de *t-student*), bem como o teste de comparação de Kruskal Wallis (alternativa à *ANOVA*). Para este estudo foi ainda usado o modelo de regressão linear múltipla.

Os dados quando extraídos do *google forms*, encontravam-se em formato de *Excel*, e foram posteriormente transportados para o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 28 para *Windows*, para serem analisados. O nível de significância foi de $p < 0.05$ e $p < 0.01$.

Resultados

Caraterização dos dados sociodemográficos e de estilos de vida e as variáveis clínicas e de conhecimentos (Objetivo 1)

O primeiro objetivo da presente investigação é referente à caraterização das variáveis dos dados sociodemográficos e estilos de vida e as variáveis clínicas e de conhecimentos relativas ao cancro de pulmão.

Dados sociodemográficos e de estilos de vida

A amostra deste estudo é constituída por 235 indivíduos, sendo a média das idades de 33 anos ($DP=12.632$). A idade variou entre um mínimo de 18 anos e um máximo de 77 anos.

Quanto aos dados sociodemográficos e de estilos de vida constantes na Tabela 3, verificou-se que 56.6% da amostra são mulheres e 43.4% são homens. A amostra é constituída maioritariamente por sujeitos com nacionalidade portuguesa (57%) e angolana (40%), sendo que apenas 3% apresentavam outras nacionalidades. O estado civil mais predominante da amostra foi ser solteira (63.8%) e apenas 0.4% apresentou ser recasada. A maioria da amostra apresenta-se com indivíduos detentores de ensino superior (70.6%). Na amostra encontram-se 51.1% empregados e 86.4% apresenta um nível socioeconómico médio. Mais de metade da amostra é não fumadora (74.5%). A maior parte da amostra faz atividade física (60.4%), e 18.7% tem uma alimentação não saudável quase todos os dias.

Tabela 3

Variáveis Sociodemográficas e de Estilos de Vida

Variáveis Sociodemográficas e de Estilos de Vida		
	N	%
Sexo biológico		
Feminino	133	56.6
Masculino	102	43.4
Nacionalidades		
Angolana	94	40
Portuguesa	134	57

Outras nacionalidades	7	3
Estado civil		
Casado(a)	46	19.6
Recasado(a)	1	0.4
Separado(a)/Divorciado(a)	17	7.2
Solteiro(a)	150	63.8
União de facto	19	8.1
Viúvo(a)	2	0.9
Grau académico		
Tem ensino superior	166	70.6
Não tem ensino superior	69	29.4
Situação profissional		
Desempregado(a)	17	7.2
Empregado(a)	120	51.1
Estudante	55	23.4
Reformado(a)	5	2.1
Trabalhador-Estudante	38	16.2
Nível Socioeconómico		
Nível alto	5	2.1
Nível médio	203	86.4
Nível baixo	27	11.5
Fumador		
Sim	60	25.5
Não	145	74.5
Atividade física		
Sim	142	60.4
Não	93	39.6
Alimentação não saudável		
De 2 a 3 vezes por semana	63	26.8
Quase todos os dias	44	18.7
Até uma vez por semana	128	54.5

Variáveis clínicas e de conhecimento relativas a neoplasia do cancro de pulmão

No que diz respeito aos dados relativos a informação clínica e de conhecimento sobre o cancro do pulmão constantes na Tabela 4, pode-se averiguar que 80.9% dos participantes reportaram não ter história familiar com CP, 3.8% já teve recomendação médica do exame do CP e 6% dos participantes já realizaram o exame do rastreio do CP.

Na mesma tabela, pode-se ainda verificar que quanto aos conhecimentos, 94.5% dos participantes nesta amostra concordam que existe maior risco de se desenvolver

cancro de pulmão se uma pessoa for fumador(a); 74.5% concordam que existe maior risco de se desenvolver cancro de pulmão se uma pessoa for fumador(a) passivo(a), 83.8% concordam que existe maior risco de se desenvolver cancro de pulmão se uma pessoa tiver história de cancro de pulmão; 39.1 % concordam que existe maior risco de se desenvolver cancro de pulmão se uma pessoa já realizou (outros) tratamentos de radioterapia; e, 72.8% concordam que existe maior risco de se desenvolver cancro de pulmão se uma pessoa já teve doença pulmonar obstrutiva crónica.

Tabela 4

Variáveis Clínicas e de Conhecimentos relativas a Neoplasia do Cancro de Pulmão

Variáveis Clínicas e de Conhecimentos relativas a Neoplasia do Cancro de Pulmão		
	N	%
História familiar com cancro de pulmão		
	Sim 45	19.1
	Não 190	80.9
Recomendação médica do exame do cancro de pulmão		
	Sim 9	3.8
	Não 226	96.2
Exame de rastreio do cancro de pulmão		
	Sim 14	6
	Não 221	94
Conhecimentos (Tendo em conta a sua perspetiva, uma pessoa tem maior risco de desenvolver cancro de pulmão (...))		
... se for fumador(a).	Sim 222	94.5
	Não 13	5.5
... se for fumador(a) passivo(a).	Sim 175	74.5
	Não 60	25.5
... se tiver história de cancro de pulmão.	Sim 197	83.8
	Não 38	16.2
... se já realizou (outros) tratamentos de radioterapia.	Sim 92	39.1
	Não 143	60.9
... se já teve doença pulmonar obstrutiva crónica.	Sim 171	72.8
	Não 64	27.2

Caraterização das crenças de saúde e locus de controlo da saúde (Objetivo 2)

O segundo objetivo deste estudo é referente à caraterização das variáveis das crenças de saúde e do locus de controlo da saúde dos indivíduos face ao cancro de pulmão. Posto isto, foram feitas análises descritivas dos valores das subescalas da ECSRCP e da EMLCS-A (Tabela 5).

Caraterização das subescalas da ECSRCP e das subescalas da EMLCS-A

Quanto à ECSRCP, os valores da subescala da Suscetibilidade Percebida indicaram uma média de 9.89 ($DP=4.42$), na subescala da Severidade Percebida uma média de 20.22 ($DP=6.27$), na subescala dos Benefícios Percebidos uma média de 22.71 ($DP=5.15$), na subescala das Barreiras Percebidas uma média de 15.75 ($DP=5.39$), a subescala da Motivação uma média de 27.16 ($DP=5,04$) e na subescala da Autoeficácia uma média de 17.12 ($DP=4.49$).

Posto isto, a subescala da ECSRCP que apresenta uma média mais elevada é referente a da Motivação e a que tem a média mais baixa é a subescala da Suscetibilidade Percebida.

Em relação à EMLCS-A, pode-se observar na mesma tabela, que a subescala do Locus de Controlo Interno apresentou uma média de 25.86 ($DP=4.43$), a subescala do Locus de Controlo Externo uma média de 21.25 ($DP=5.48$) e a subescala do Locus de Controlo Externo-Acaso uma média de 15.05 ($DP=5.79$).

Portanto, a subescala da EMLCS-A que apresenta uma média mais elevada é referente a do Locus de Controlo Interno e a que apresenta uma média mais baixa é a do Locus de Controlo Externo-Acaso.

Tabela 5

Análises Descritivas (Mínimo, Máximo, Média e Desvio Padrão) das Subescalas da ECSRCP e da EMLCS-A

	Mínimo	Máximo	Média	DP
Crenças de Saúde				
SusP	5	25	9.89	4.42

SevP	7	35	20.22	6.27
BenP	6	30	22.71	5.15
BarP	6	30	15.75	5.39
Mot	7	35	27.16	5.04
Aut	5	25	17.12	4.49
Locus de Controlo				
LCI	6	36	25.86	4.43
LCE	6	36	21.25	5.48
LCE-A	6	36	15.04	5.79

Aut – Autoeficácia; BarP – Barreiras Percebidas; BenP – Benefícios Percebidos; LCE – Locus de Controlo Externo; LCE-A – Locus de Controlo Externo-Acaso; LCI – Locus de Controlo Interno; Mot – Motivação; SevP – Severidade Percebida; SusP – Suscetibilidade Percebida.

Análise e interligação entre as crenças de saúde e o locus de controlo da saúde (Objetivo 3)

O terceiro objetivo da presente dissertação visa a analisar a interligação entre as crenças de saúde e o locus de controlo da saúde dos indivíduos, face ao cancro de pulmão. Para isto, foram feitas correlações de Spearman (Tabela 6).

Correlações entre as variáveis das subescalas da ECSRCP e das subescalas da EMLCS-A

Verificou-se que a subescala da Suscetibilidade Percebida apresentou correlações positivas, ao nível de significância de 0.01, com a subescala da Severidade Percebida ($\rho=0.373$; $p=0.001$), com a subescala das Barreiras Percebidas ($\rho=0.173$; $p=0.008$), com a subescala da Autoeficácia ($\rho=0.237$; $p=0.001$) e com a subescala do Locus de Controlo Externo-Acaso ($\rho=0.177$; $p=0.007$).

Quanto à subescala da Severidade Percebida, ao nível de significância de 0.01, verificou-se que existem correlações positivas com a subescala dos Benefícios Percebidos ($\rho=0.240$; $p=0.001$), com a subescala das Barreiras Percebidas ($\rho=0.418$; $p=0.001$), com a subescala da Autoeficácia ($\rho=0.232$; $p=0.001$), com a subescala do Locus de Controlo Externo ($\rho=0.210$; $p=0.001$) e com a subescala do Locus de Controlo Externo-Acaso ($\rho=0.280$; $p=0.001$).

Com a subescala dos Benefícios Percebidos, ao nível de significância de 0.01, constatou-se que existem correlações positivas com a subescala da Motivação

($\rho=0.371$; $p=0.001$), com a subescala da Autoeficácia ($\rho=0.335$; $p=0,001$), com a subescala do Locus de Controlo Interno ($\rho=0.222$; $p=0.001$) e com a subescala do Locus de Controlo Externo ($\rho=0.308$; $p=0.001$).

Ao nível de significância de 0.01, verificou-se que existem correlações positivas entre a subescala das Barreiras Percebidas e a subescala do Locus de Controlo Externo-Acaso ($\rho=0.311$; $p=0.001$).

A subescala da Motivação, apresentou correlações positivas, ao nível de significância de 0.01 com a subescala da Autoeficácia ($\rho=0.400$; $p=0.001$) e com a subescala do Locus de Controlo Interno ($\rho=0.250$; $p=0.001$).

Averiguou-se que existem correlações positivas, ao nível de significância de 0.01, com a subescala da Autoeficácia com a subescala do Locus de Controlo Interno ($\rho=0.207$; $p=0.001$) e com a subescala do Locus de Controlo Externo ($\rho=0.214$; $p=0.001$).

Ao nível de significância de 0.01, a subescala do Locus de Controlo Interno apresentou correlações positivas com a subescala do Locus de Controlo Externo ($\rho=0.289$; $p=0.001$).

A subescala do Locus de Controlo Externo com o Locus de Controlo Externo-Acaso ($\rho=0.221$; $p=0.001$) apresentaram uma correlação positiva, ao nível de significância de 0.01.

Ao nível de significância de 0.05, a correlação de Spearman demonstrou que as Barreiras Percebidas com a Motivação apresentam uma correlação negativa ($\rho=-0.142$; $p=0.030$)

Tabela 6

Correlação de Spearman entre as Variáveis Dependentes da ECSRCP e da EMLCS-A

	SusP	SevP	BenP	BarP	Mot	Aut	LCI	LCE	LCE-A
SusP	-								
SevP	0.373**	-							
BenP	0.043	0.240**	-						
BarP	0.173**	0.418**	-0.123	-					
Mot	-0.006	0.109	0.371**	-0.142*	-				

Aut	0.237**	0.232**	0.335**	-0.082	0.400**	-		
LCI	-0.007	0.004	0.222**	0.044	0.250**	0.207**	-	
LCE	0.029	0.210**	0.308**	-0.002	0.122	0.214**	0.289**	-
LCE-A	0.177**	0.280**	0.018	0.311**	-0.074	0.105	-0.076	0.221**

* $p \leq 0.05$.

** $p \leq 0.01$.

Aut – Autoeficácia; BarP – Barreiras Percebidas; BenP – Benefícios Percebidos; LCE – Locus de Controlo Externo; LCE-A – Locus de Controlo Externo-Acaso; LCI – Locus de Controlo Interno; Mot – Motivação; SevP – Severidade Percebida; SusP – Suscetibilidade Percebida.

Análise da relação das crenças de saúde e do locus de controlo da saúde, com as variáveis sociodemográficas e de estilos de vida, variáveis clínicas e de conhecimentos (Objetivo 4)

O quarto e último objetivo deste estudo remete para a análise da relação das crenças em saúde e o locus de controlo da saúde com as variáveis sociodemográficas e de estilos de vida e com as variáveis clínicas e de conhecimentos, face ao cancro de pulmão.

Para este objetivo recorreu-se ao teste de U Mann Whitney, ao teste de Kruskal Wallis e à regressão múltipla linear.

Comparações entre as subescalas da ECSRCP e das subescalas da EMLCS-A com as variáveis sociodemográficas e de estilo de vida

As comparações realizadas com o teste de U Mann-Whitney (Tabela 7) entre o sexo biológico relativamente às subescalas da ECSRCP, apontaram não existir diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das subescalas, nomeadamente da SusP ($U=6510.500$; $p=0.595$), da SevP ($U=6714.000$; $p=0.894$), dos BenP ($U=6736.500$; $p=0.928$), das BarP ($U=6071.500$; $p=0.168$), da Mot ($U=6097.000$; $p=0.183$) e da Aut ($U=5949.000$; $p=0.105$).

No que diz respeito às comparações do sexo biológico com a EMLCS-A (Tabela 7), verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no LCI ($U=5219.000$; $p=0.002$) com valores mais elevados nos homens (133.33 vs 106.24) e no LCE ($U=5074.500$; $p=0.001$) igualmente com valores mais elevados nos homens (134.75 vs

105.15). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no LCE-A ($U=6097.500$; $p=0.184$).

Tabela 7

Comparações com o Teste de U Mann-Whitney entre a ECSRCP e a EMLCS-A com o Sexo Biológico

	Sexo biológico	N	Rank	U	Z	P
Comparações entre a Escala de Crenças da Saúde em Relação ao Cancro de Pulmão com o Sexo Biológico						
SusP	Feminino	133	115.95	6510.500	-0.532	0.595
	Masculino	102	120.67			
SevP	Feminino	133	118.52	6714.000	-0.134	0.894
	Masculino	102	117.32			
BenP	Feminino	133	117.65	6736.500	-0.090	0.928
	Masculino	102	118.46			
BarP	Feminino	133	112.65	6071.500	-1.38	0.168
	Masculino	102	124.98			
Mot	Feminino	133	112.84	6097.000	-1.331	0.183
	Masculino	102	124.73			
Aut	Feminino	133	111.73	5949.000	-1.619	0.105
	Masculino	102	126.18			
Comparações entre a Escala Multidimensional de Locus de Controle da Saúde - Forma A com o Sexo Biológico						
LCI	Feminino	133	106.24	5219.000	-3.036	0.002
	Masculino	102	133.33			
LCE	Feminino	133	105.15	5074.500	-3.313	0.001
	Masculino	102	134.75			
LCE-A	Feminino	133	112.85	6097.500	-1.33	0.184
	Masculino	102	124.72			

$p \leq 0.05$.

Aut – Autoeficácia; BarP – Barreiras Percebidas; BenP – Benefícios Percebidos; LCE – Locus de Controle Externo; LCE-A – Locus de Controle Externo-Acaso; LCI – Locus de Controle Interno; Mot – Motivação; SevP – Severidade Percebida; SusP – Suscetibilidade Percebida.

Quanto aos dados das comparações feitas com o teste de U Mann-Whitney entre as subescalas da ECSRCP e o grau académico, (Tabela 8), foram identificadas diferenças estatisticamente significativas nas BarP ($U=4561.500$; $p=0.014$), tendo sido verificados os valores mais elevados nos indivíduos que não têm ensino superior (134.89 vs 110.98). É possível observar diferenças estatisticamente significativas na

Mot ($U=4507.500$; $p=0.010$) onde os valores mais elevados correspondem aos sujeitos que têm o ensino superior (125.35 vs 100.33). Na SusP ($U=5094.000$; $p=0.179$), SevP ($U=5536.000$; $p=0.687$), BenP ($U=7447.000$; $p=0.142$) e Aut ($U=5596.000$; $p=0.782$) não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

Quanto às comparações entre as subescalas da EMLCS-A e o grau académico (Tabela 8), não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no LCI ($U=5293.500$; $p=0.360$), no LCE ($U=4886.000$; $p=0.076$) e no LCE-A ($U=4883.500$; $p=0.075$).

Tabela 8

Comparações com o Teste de U Mann-Whitney entre a ECSRCP e a EMLCS-A com o Grau Académico

Grupo		N	Rank	U	Z	P
Comparações entre Escala de Crenças da Saúde em relação ao Cancro de Pulmão com o Grau Académico						
SusP	Tem ensino superior	166	114.19	5094.000	-1.344	0.179
	Não tem ensino superior	69	127.17			
SevP	Tem ensino superior	166	119.15	5536.000	-0.403	0.687
	Não tem ensino superior	69	115.23			
BenP	Tem ensino superior	166	122.19	7447.000	-1.468	0.142
	Não tem ensino superior	69	107.93			
BarP	Tem ensino superior	166	110.98	4561.500	-2.460	0.014
	Não tem ensino superior	69	134.89			
Mot	Tem ensino superior	166	125.35	4507.500	-2.575	0.010
	Não tem ensino superior	69	100.33			
Aut	Tem ensino superior	166	118.79	5596.000	-0.277	0.782
	Não tem ensino superior	69	116.10			
Comparações entre a Escala Multidimensional de Locus de Controle da Saúde - Forma A com o Grau Académico						
LCI	Tem ensino superior	166	120.61	5293.500	-0.916	0.360
	Não tem ensino superior	69	111.72			
LCE	Tem ensino superior	166	123.07	4886.000	-1.775	0.076
	Não tem ensino superior	69	105.81			

LCE-A	Tem ensino superior	166	112.92	4883.500	-1.780	0.075
	Não tem ensino superior	69	130.22			

$p \leq 0.05$.

Aut – Autoeficácia; BarP – Barreiras Percebidas; BenP – Benefícios Percebidos; LCE – Locus de Controlo Externo; LCE-A – Locus de Controlo Externo-Acaso; LCI – Locus de Controlo Interno; Mot – Motivação; SevP – Severidade Percebida; SusP – Suscetibilidade Percebida.

As comparações realizadas, com o teste de U Mann-Whitney, entre as subescalas da ECSRCP e a questão “se é fumador”, podem ser encontradas na Tabela 9. Constatou-se que existem diferenças estatisticamente significativas na SusP ($U=2716.000$; $p=0.001$), onde os não fumadores obtiveram valores mais elevados (160.23 vs 103.52). Observou-se ainda que existem diferenças estatisticamente significativas nas subescalas da SevP ($U=4239.000$; $p=0.026$) e das BarP ($U=4264.000$; $p=0.030$), onde os fumadores obtiveram valores mais elevados (134.85 vs 112.22 e de 134.43 vs 112.37, respetivamente) comparativamente aos não fumadores. Nos BenP ($U=5232.500$; $p=0.969$), na Mot ($U=5224.500$; $p=0.955$) e na Aut ($U=4444.000$; $p=0.075$), não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Em relação as comparações das subescalas da EMLCS-A com a questão se é fumador (Tabela 9), não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas três subescalas do locus de controlo, nomeadamente, no LCI ($U=4809.000$; $p=0,331$), no LCE ($U=4795.500$; $p=0.316$) e no LCE-A ($U=5025.000$; $p=0.620$).

Tabela 9

Comparações com o Teste de U Mann-Whitney entre a ECSRCP e a EMLCS-A com a questão se Fuma

	Grupo	N	Rank	U	Z	P
Comparações entre a Escala de Crenças da Saúde em Relação ao Cancro de Pulmão com a questão se Fuma						
SusP	Fuma	60	103.52	2716.000	-5.619	0.001
	Não Fuma	175	160.23			
SevP	Fuma	60	134.85	4239.000	-2.228	0.026
	Não Fuma	175	112.22			
BenP	Fuma	60	117.71	5232.500	-0.039	0.969
	Não Fuma	175	118.1			
BarP	Fuma	60	134.43	4264.000	-2.174	0.030
	Não Fuma	175	112.37			

Mot	Fuma	60	118.43	5224.500	-0.056	0.955
	Não Fuma	175	117.85			
Aut	Fuma	60	131.43	4444.000	-1.779	0.075
	Não Fuma	175	113.39			
Comparações entre a Escala Multidimensional de Locus de Controle da Saúde - Forma A com a questão se Fuma						
LCI	Fuma	60	125.35	4809.000	-0.973	0.331
	Não Fuma	175	115.48			
LCE	Fuma	60	110.43	4795.500	-1.002	0.316
	Não Fuma	175	120.6			
LCE-A	Fuma	60	121.75	5025.000	-0.496	0.620
	Não Fuma	175	116.71			

$p \leq 0.05$.

Aut – Autoeficácia; BarP – Barreiras Percebidas; BenP – Benefícios Percebidos; LCE – Locus de Controle Externo; LCE-A – Locus de Controle Externo-Acaso; LCI – Locus de Controle Interno; Mot – Motivação; SevP – Severidade Percebida; SusP – Suscetibilidade Percebida.

As comparações realizadas, com o teste de U Mann-Whitney, entre as subescalas ECSRCP e a questão da atividade física (Tabela 10), permitiram identificar diferenças estatisticamente significativas nas subescalas da SevP ($U=5453.000$; $p=0.024$) e das BarP ($U=5436.500$; $p=0.022$), onde os sujeitos que não fazem atividade física apresentaram valores mais elevados (130.37 vs 109.90 e de 130.54 vs 109.79, respetivamente) comparativamente aos que fazem atividade física. Também se observou diferenças estatisticamente significativas na subescala da Mot ($U=7271.500$; $p=0.001$) onde os indivíduos que fazem atividade física apresentam valores mais elevados do que os que não fazem (144.07 vs 78.19). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na SusP ($U=6263.500$; $p=0.502$), nos BenP ($U=6238.500$; $p=0.473$) e na Aut ($U=5961.500$; $p=0.207$).

Quanto às comparações feitas entre a EMLCS-A e a questão da atividade física (Tabela 10), não se encontraram diferenças estatisticamente significativas em nenhuma subescala, nomeadamente, no LCI ($U=6313.500$; $p=0.569$), LCE ($U=6110.500$; $p=0.333$) e o LCE-A ($U=6324.000$; $p=0.583$).

Tabela 10

Comparações com o Teste de U Mann-Whitney entre a ECSRCP e a EMLCS-A com a Atividade Física

	Grupo	N	Rank	U	Z	P
Comparações entre a Escala de Crenças da Saúde em Relação ao Cancro de Pulmão com a Atividade Física						
SusP	Faz exercício	142	115.61	6263.500	-0.671	0.502
	Não faz exercício	93	121.65			
SevP	Faz exercício	142	109.90	5453.000	-2.260	0.024
	Não faz exercício	93	130.37			
BenP	Faz exercício	142	120.57	6238.500	-0.717	0.473
	Não faz exercício	93	114.08			
BarP	Faz exercício	142	109.79	5436.500	-2.293	0.022
	Não faz exercício	93	130.54			
Mot	Faz exercício	142	144.07	7271.500	-7.281	0.001
	Não faz exercício	93	78.19			
Aut	Faz exercício	142	122.52	5961.500	-1.262	0.207
	Não faz exercício	93	111.10			
Comparações entre a Escala Multidimensional de Locus de Controle da Saúde - Forma A com a Atividade Física						
LCI	Faz exercício	142	120.04	6313.500	-0.57	0.569
	Não faz exercício	93	114.89			
LCE	Faz exercício	142	123.3	6110.500	-0.968	0.333
	Não faz exercício	93	114.53			
LCE-A	Faz exercício	142	116.04	6324.000	-0.548	0.583
	Não faz exercício	93	121			

$p \leq 0.05$.

Aut – Autoeficácia; BarP – Barreiras Percebidas; BenP – Benefícios Percebidos; LCE – Locus de Controlo Externo; LCE-A – Locus de Controlo Externo-Acaso; LCI – Locus de Controlo Interno; Mot – Motivação; SevP – Severidade Percebida; SusP – Suscetibilidade Percebida.

Recorreu-se ao teste de Kruskal Wallis e foram realizadas comparações entre as subescalas da ECSRCP e as subescalas da EMLCS-A com a variável do nível socioeconómico (Tabela 11). Foram verificadas diferenças estatisticamente significativas na subescala da Mot [$X^2(2)=3.807$; $p=0.026$] sendo que os indivíduos que apresentaram um valor mais elevado foram os que alegaram ter um nível socioeconómico alto (156.20 vs 121.07 vs 87.87) em comparação com os indivíduos que apresentaram ter um nível socioeconómico médio e baixo. Também se verificou diferenças estatisticamente significativas na subescala do LCI [$X^2(2)= 2.794$; $p=0.023$], onde os indivíduos que apresentaram um valor mais elevado, também foram os que alegaram ter um nível socioeconómico alto (196.70 vs 126.17 vs 114.98) comparativamente aos indivíduos com o nível socioeconómico baixo e médio.

Tabela 11

Comparações com o Teste de Kruskal Wallis entre a ECSRCP e a EMLCS-A com o Nível Socioeconómico

		N	Rank	X ²	P
Comparações entre a Escala de Crenças da Saúde em relação ao Cancro de Pulmão com a Variável do Nível Sociodemográfico					
SusP	Nível alto	5	55.20	1.753	0.107
	Nível baixo	27	121.93		
	Nível médio	203	119.02		
SevP	Nível alto	5	53.20	2.140	0.095
	Nível baixo	27	122.44		
	Nível médio	203	119.00		
BenP	Nível alto	5	116.20	3.139	0.094
	Nível baixo	27	91.41		
	Nível médio	203	121.58		
BarP	Nível alto	5	97.20	1.177	0.467
	Nível baixo	27	130.98		
	Nível médio	203	116.79		
Mot	Nível alto	5	156.20	3.807	0.026
	Nível baixo	27	87.87		
	Nível médio	203	121.07		
Aut	Nível alto	5	135.10	1.257	0.395
	Nível baixo	27	102.44		
	Nível médio	203	119.65		
Comparações entre a Escala Multidimensional de Locus de Controle da Saúde - Forma A com a variável do Nível Sociodemográfico					
LCI	Nível alto	5	196.70	2.794	0.023
	Nível baixo	27	126.17		
	Nível médio	203	114.98		
LCE	Nível alto	5	153.60	2.943	0.282
	Nível baixo	27	104.19		
	Nível médio	203	118.96		
LCE-A	Nível alto	5	96.10	0.786	0.611
	Nível baixo	27	126.74		
	Nível médio	203	117.38		

$p \leq 0.05$.

Aut – Autoeficácia; BarP – Barreiras Percebidas; BenP – Benefícios Percebidos; LCE – Locus de Controlo Externo; LCE-A – Locus de Controlo Externo-Acaso; LCI – Locus de Controlo Interno; Mot – Motivação; SevP – Severidade Percebida; SusP – Suscetibilidade Percebida.

Ainda com o teste de Kruskal Wallis foram realizadas comparações entre as subescalas da ECSRCP, as subescalas do EMLCS-A e a variável da alimentação não saudável como se pode averiguar na Tabela 12. Constatou-se que existem diferenças

estatisticamente significativas nos BenP [$X^2(2)=7.389$; $p=0.006$], onde os valores foram mais elevados nos indivíduos que consomem alimentos não saudáveis até uma vez por semana, em comparação com os sujeitos que consomem alimentos não saudáveis 2 a 3 vezes por dia e quase todos os dias (129.35 vs 113.08 vs 92.03, respetivamente).

Na Mot foram verificadas diferenças estatisticamente significativas [$X^2(2)=19.176$; $p=0.001$], onde os valores mais elevados foram obtidos pelos participantes que consomem alimentos não saudáveis até uma vez por semana, em comparação com os que consomem alimentos de 2 a 3 vezes por semana e os que ingerem alimentos não saudáveis quase todos os dias (139.60 vs 107.39 vs 70.36, respetivamente).

Na Aut também se observaram diferenças estatisticamente significativas [$X^2(2)=9.598$; $p=0.007$], sendo os participantes que consomem alimentos não saudáveis até uma vez por semana os que apresentam valores mais elevados, em comparação aos que consumiam alimentos não saudáveis de 2 a 3 vezes por semana e os que consumiam quase todos os dias alimentos não saudáveis (130.71 vs 103.31 vs 102.06, respetivamente).

Quanto às subescalas da EMLCS-A, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas com a variável da alimentação não saudável.

Tabela 12

Comparações com o Teste de Kruskal Wallis entre a ECSRCP e a EMLCS-A com a Alimentação Não Saudável

		N	Rank	X ²	p
Comparações entre a Escala de Crenças da Saúde em Relação ao Cancro de Pulmão com a Variável da Alimentação Não Saudável					
SusP	De 2 a 3 vezes por semana	63	121.06	0.059	0.915
	Quase todos os dias	44	116.91		
	Até uma vez por semana	128	116.87		
SevP	De 2 a 3 vezes por semana	63	114.86	0.450	0.778
	Quase todos os dias	44	114.17		
	Até uma vez por semana	128	120.86		
BenP	De 2 a 3 vezes por semana	63	113.08	7.389	0.006

	Quase todos os dias	44	92.03		
	Até uma vez por semana	128	129.35		
BarP	De 2 a 3 vezes por semana	63	122.98	4.261	0.271
	Quase todos os dias	44	129.11		
	Até uma vez por semana	128	111.73		
Mot	De 2 a 3 vezes por semana	63	107.39	19.176	0.001
	Quase todos os dias	44	70.36		
	Até uma vez por semana	128	139.60		
Aut	De 2 a 3 vezes por semana	63	103.31	9.598	0.007
	Quase todos os dias	44	102.06		
	Até uma vez por semana	128	130.71		
<hr/>					
Comparações entre a Escala Multidimensional de Locus de Controle da Saúde - Forma A com a Variável da Alimentação Não Saudável					
	De 2 a 3 vezes por semana				
LCI	semana	63	120.21	1.009	0.760
	Quase todos os dias	44	123.16		
	Até uma vez por semana	128	115.14		
LCE	De 2 a 3 vezes por semana	63	113.48	2.188	0.742
	Quase todos os dias	44	123.75		
	Até uma vez por semana	128	118.25		
LCE-A	De 2 a 3 vezes por semana	63	115.19	6.898	0.078
	Quase todos os dias	44	138.65		
	Até uma vez por semana	128	112.29		

$p \leq 0.05$.

Aut – Autoeficácia; BarP – Barreiras Percebidas; BenP – Benefícios Percebidos; LCE – Locus de Controlo Externo; LCE-A – Locus de Controlo Externo-Acaso; LCI – Locus de Controlo Interno; Mot – Motivação; SevP – Severidade Percebida; SusP – Suscetibilidade Percebida.

Comparações entre as subescalas da ECSRCP e das subescalas da EMLCS-A com as variáveis clínicas e de conhecimentos relativas a neoplasia do cancro de pulmão

Neste estudo também foram feitas comparações com o teste de U Mann-Whitney entre as subescalas da ECSRCP, da EMLCS-A e a questão sobre a história familiar com cancro de pulmão (Tabela 13).

Quanto às subescalas da ECSRCP, é possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas na SusP ($U=3315.500$; $p=0.018$) onde os valores mais

elevados são referentes às pessoas que identificaram ter história familiar de cancro de pulmão (139.32 vs 112.95) comparativamente aos indivíduos que alegaram não ter história de cancro de pulmão. Nas outras subescalas não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas, nomeadamente na SevP ($U=3884.000$; $p=0.340$), nos BenP ($U=4211.500$; $p=0.877$), nas BarP ($U=3873.500$, $p=0.327$), na Mot ($U=3907.500$; $p=0.369$) e na Aut ($U=3843.500$; $p=0.291$).

Também não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das subescalas da EMLCS-A, nomeadamente no LCI ($U=3844.500$; $p=0.293$), no LCE ($U=3696.500$; $p=0.158$) e no LCE-A ($U=3878.000$; $p=0.332$).

Tabela 13

Comparações com o Teste de U Mann-Whitney entre a ECSRCP e a EMLCS-A com a História Familiar com Cancro de Pulmão

	Grupo	N	Rank	U	Z	P
Comparações entre Escala de Crenças da Saúde em Relação ao Cancro de Pulmão com a História Familiar com Cancro de Pulmão						
SusP	Tem história de CP	45	139.32	3315.500	-2.358	0.018
	Não tem história de CP	190	112.95			
SevP	Tem história de CP	45	109.31	3884.000	-0.955	0.340
	Não tem história de CP	190	120.31			
BenP	Tem história de CP	45	119.41	4211.500	-0.155	0.877
	Não tem história de CP	190	117.67			
BarP	Tem história de CP	45	126.92	3873.500	-0.981	0.327
	Não tem história de CP	190	115.89			
Mot	Tem história de CP	45	109.83	3907.500	-0.898	0.369
	Não tem história de CP	190	119.93			
Aut	Tem história de CP	45	108.41	3843.500	-1.055	0.291
	Não tem história de CP	190	120.27			
Comparações entre Escala Multidimensional de Locus de Controle da Saúde - Forma A com a História Familiar com Cancro de Pulmão						
LCI	Tem história de CP	45	108.43	3844.500	-1.053	0.293
	Não tem história de CP	190	120.27			

LCE	Tem história de CP	45	105.14	3696.500	-1.413	0.158
	Não tem história de CP	190	121.04			
LCE-A	Tem história de CP	45	126.82	3878.000	-0.970	0.332
	Não tem história de CP	190	115.91			

$p \leq 0.05$.

Aut – Autoeficácia; BarP – Barreiras Percebidas; BenP – Benefícios Percebidos; CP – Cancro de Pulmão; LCE – Locus de Controlo Externo; LCE-A – Locus de Controlo Externo-Acaso; LCI – Locus de Controlo Interno; Mot – Motivação; SevP – Severidade Percebida; SusP – Suscetibilidade Percebida.

As comparações com o teste de U Mann-Whitney entre as subescalas da ECSRCP e a realização do exame de rastreio do cancro de pulmão (Tabela 14) permitiram observar diferenças estatisticamente significativas na SusP ($U=643.000$; $p=0.001$), sendo que os participantes que realizaram o exame de rastreio do cancro de pulmão apresentaram valores mais elevados (182.57 vs 113.91) comparativamente aos que não realizaram o exame de rastreio do cancro de pulmão. Nas subescalas da SevP ($U=1073.500$; $p=0.055$), dos BenP ($U=1304.000$; $p=0.323$), das BarP ($U=1286.000$; $p=0.290$), da Mot ($U=1076.000$; $p=0.056$) e da Aut ($U=1121.500$; $p=0.084$) não se encontraram diferenças estatisticamente significativas.

Quanto às subescalas da EMLCS-A com a realização do exame de rastreio do cancro de pulmão (Tabela 14), nomeadamente o LCI ($U=1277.000$; $p=0.272$), o LCE ($U=1196.500$; $p=0.155$) e o LCE-A ($U=1120.500$; $p=0.083$), não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 14

Comparações com o Teste de U Mann-Whitney entre a ECSRCP e a EMLCS-A com a realização do Exame de Rastreio do Cancro de Pulmão

	Grupo	N	Rank	U	Z	P
Comparações entre Escala de Crenças da Saúde em Relação ao Cancro de Pulmão com o Exame de Rastreio do Cancro de Pulmão						
SusP	Fez rastreio CP	14	182.57	643.000	-3.693	0.001
	Não fez rastreio CP	221	113.91			
SevP	Fez rastreio CP	14	151.82	1073.500	-1.922	0.055
	Não fez rastreio CP	221	115.86			

BenP	Fez rastreio CP	14	135.35	1304.000	-0.988	0.323
	Não fez rastreio CP	221	116.9			
BarP	Fez rastreio CP	14	136.61	1286.000	-1.058	0.290
	Não fez rastreio CP	221	116.82			
Mot	Fez rastreio CP	14	151.64	1076.000	-1.914	0.056
	Não fez rastreio CP	221	115.87			
Aut	Fez rastreio CP	14	148.39	1121.500	-1.097	0.084
	Não fez rastreio CP	221	116.07			
Comparações Escala Multidimensional de Locus de Controle da Saúde - Forma A com o Exame de Rastreio do Cancro de Pulmão						
LCI	Fez rastreio CP	14	137.29	1277.000	-1.097	0.272
	Não fez rastreio CP	221	116.78			
LCE	Fez rastreio CP	14	143.04	1196.500	-1.423	0.155
	Não fez rastreio CP	221	116.41			
LCE-A	Fez rastreio CP	14	148.46	1120.500	-1.732	0.083
	Não fez rastreio CP	221	116.07			

$p \leq 0.05$.

Aut – Autoeficácia; BarP – Barreiras Percebidas; BenP – Benefícios Percebidos; CP – Cancro de Pulmão; LCE – Locus de Controlo Externo; LCE-A – Locus de Controlo Externo-Acaso; LCI – Locus de Controlo Interno; Mot – Motivação; SevP – Severidade Percebida; SusP – Suscetibilidade Percebida.

Regressão linear múltipla com as subescalas da ECSRCP e com a variável dos conhecimentos

Na presente investigação foi ainda feita uma regressão linear múltipla (Tabela 16) com as subescalas da ECSRCP com as variáveis dos conhecimentos. Esta análise resultou em um modelo marginalmente significativo [$F(6, 228)=2.002$; $p=0.066$; $R^2=0.05$].

A variância explicada pelo modelo final foi de 5%.

A variável dos benefícios percebidos (Tabela 15) revelou ser um preditor significativo ($B=0.034$; $t=2.018$; $p=0.045$), dos conhecimentos que os presentes participantes têm sobre o cancro de pulmão. Assim, como o coeficiente é positivo, isso

significa que à medida que aumentam as crenças de saúde relacionadas com os benefícios percebidos aumentam também os conhecimentos sobre o cancro de pulmão.

Tabela 15

Análise de Variância da ECSRCP e os Conhecimentos

Variância	
R	0.224
R2	0.05
R2 ajustado	0.025
Std.Erro	1.09101
df	6
F	2.002
<i>p</i>	0.066*
Residual	228

* $p \leq 0.05$.

Tabela 16

Regressão Linear Múltipla com os Conhecimentos

	B	Std.Erro	Beta	t	<i>p</i>
(Constante)	2.648	0.49		5.401	0.000
SusP	0.011	0.18	0.043	0.584	0.550
SevP	0.800	0.15	0.047	0.566	0.572
BenP	0.034	0.17	0.157	2.018	0.045*
BarP	0.005	0.15	0.023	0.312	0.756
Mot	-0.019	0.17	-0.085	-1.107	0.270
Aut	0.023	0.19	0.093	1.185	0.237

* $p \leq 0.05$.

Aut – Autoeficácia; BarP – Barreiras Percebidas; BenP – Benefícios Percebidos; CP – Cancro de Pulmão; LCE – Locus de Controlo Externo; LCE-A – Locus de Controlo Externo-Acaso; LCI – Locus de Controlo Interno; Mot – Motivação; SevP – Severidade Percebida; SusP – Suscetibilidade Percebida.

Discussão

A presente dissertação foca-se nas Crenças de Saúde e Locus de Controlo da Saúde dos indivíduos face ao cancro de pulmão no contexto da Psicologia da Saúde. O presente estudo compreende 4 objetivos e 9 hipóteses exploratórias distribuídas pelos objetivos 3 e 4, propostos no trabalho.

O **primeiro objetivo** é referente à caracterização das variáveis dos dados sociodemográficos e estilos de vida e as variáveis clínicas e de conhecimentos relativas ao cancro de pulmão. Este estudo teve a participação de 235 sujeitos com uma média de idade de 33 anos ($DP=12.632$). Nesta investigação houve um maior número de mulheres, de sujeitos com a nacionalidade portuguesa e angolana, de indivíduos solteiros, de sujeitos que possuem o ensino superior, de pessoas que se encontram empregados e que apresentam um nível socioeconómico médio. A maior parte dos participantes não é fumador, faz atividade física e alegaram que têm uma alimentação não saudável até uma vez por semana. A maioria dos participantes apresentaram não ter história familiar com cancro de pulmão, não tiveram recomendação médica do exame de rastreio para o cancro de pulmão e que também não fizeram o exame de rastreio para esta doença. No que diz respeito aos conhecimentos, a maior parte dos participantes concorda que existe maior risco de se desenvolver cancro de pulmão se uma pessoa for fumadora, fumadora passiva, se tiver história de cancro de pulmão e se já teve doença pulmonar obstrutiva crónica. A menor parte dos participantes concordam que existe maior risco de se desenvolver cancro de pulmão se uma pessoa já realizou (outros) tratamentos de radioterapia.

O **segundo objetivo** é referente à caracterização das variáveis das crenças de saúde e do locus de controlo de saúde dos indivíduos, face ao cancro de pulmão. Com as análises feitas referentes à ECSRCP, constatou-se que a subescala onde os indivíduos tiveram uma média mais elevada foi na subescala da Motivação para a saúde em relação ao CP, logo, pode ser indicador de que os indivíduos estão mais preocupados com assuntos sobre a saúde em relação ao cancro de pulmão (Kissal & Karral, 2019). A subescala com uma menor média foi referente à subescala da Suscetibilidade Percebida que pode ser um indicador da perceção subjetiva baixa dos sujeitos do risco de contrair cancro de pulmão (Kissal & Karral, 2019). Estes dados vão de encontro com os dados do estudo de Mendes (2022), que apesar de estar relacionado com o cancro colorretal, a

autora também apontou que os valores mais altos foram referentes à subescala da Motivação e que a subescala com menor pontuação foi referente à da Suscetibilidade Percebida. Ressalva-se ainda que os valores baixos referentes à média para a Suscetibilidade Percebida podem estar relacionados com o facto de, nesta amostra, os participantes não terem maioritariamente contacto com o CP, o que é visível na resposta de não existência de história familiar de CP (80.9%), de não terem tido recomendação médica do exame do CP (96.2%) e de nem terem realizado o exame de rastreio do CP (94%).

Em relação à EMLCS-A constatou-se que os participantes apresentam uma média mais elevada na subescala do Locus de Controlo Interno, podendo assim ser um indicador de que a crença predominante nos participantes é de que o seu próprio comportamento influencia a saúde (Wallston et al., 1978). O Locus de Controlo Externo foi a segunda subescala da EMLCS-A, no qual os indivíduos obtiveram uma média mais elevada, podendo indicar que os sujeitos percecionam que a saúde é determinada pela ação de outras pessoas (Wallston et al., 1978). Os dados da presente investigação em relação ao Locus de Controlo, vão ainda ao encontro ao estudo de Chaves (2019), embora tenha sido com o cancro no colo do útero. A autora apontou que o Locus de Controlo Interno foi superior, seguido do Locus de Controlo Externo e com valores mais baixos no Locus de Controlo Externo-Acaso. Os valores mais elevados associados à média para o Locus de Controlo Interno pode relacionar-se com o estilo de vida dos participantes deste estudo, pois a maioria é não fumador (74.5%), faz atividade física (60.4%) e tem alimentação não saudável até uma vez por semana (54.5%).

O terceiro objetivo deste estudo consistiu em analisar a interligação entre as crenças de saúde e o locus de controlo da saúde dos indivíduos, face ao cancro de pulmão. Este objetivo incluiu 4 hipóteses exploratórias, explanadas de seguida.

No que diz respeito à hipótese 3.1 (Existem correlações positivas entre a Suscetibilidade Percebida e o Locus de Controlo Interno dos indivíduos face ao cancro de pulmão), sabe-se que o coeficiente de correlação entre a subescala da Suscetibilidade Percebida e a subescala do Locus de Controlo Interno não é estatisticamente significativo, logo, não se confirma a hipótese. Portanto, à luz da definição dos conceitos da Suscetibilidade Percebida e do Locus de Controlo Interno (Kissal & Karral, 2019; Wallston et al., 1978), a perceção subjetiva que os indivíduos deste estudo

têm no que diz respeito ao contrair a doença do cancro de pulmão não parece estar correlacionada com a crença que os sujeitos têm sobre como o seu comportamento influencia a saúde. No estudo sobre o cancro colo do útero de Chaves (2019), os participantes que apresentaram um locus de controlo elevado, obtiveram valores significativamente mais elevados na Suscetibilidade Percebida.

Para a hipótese 3.2 deste objetivo (Existem correlações positivas entre os Benefícios Percebidos e o Locus de Controlo Externo dos indivíduos face ao cancro de pulmão), o coeficiente de correlação entre a subescala dos Benefícios Percebidos e a subescala do Locus de Controlo Externo é estatisticamente significativo, confirmando-se assim a hipótese. Ou seja, de acordo com os conceitos dos Benefícios Percebidos e do Locus de Controlo Externo, (Kissal & Karral, 2019; Wallston et al., 1978) os sujeitos desta investigação apresentam a crença na efetividade da ação para a saúde e para a perceção das consequências positivas que está correlacionada com a crença de que a saúde é determinada pela ação de outras pessoas (ex. médicos, familiares...). No estudo de Chaves (2019), apesar de ser direcionada para o cancro do colo do útero, apontou que os participantes com o locus de controlo baixo obtiveram valores significativamente mais elevados na subescala dos Benefícios Percebidos.

Para a hipótese 3.3 deste objetivo (Não existem correlações positivas entre as Barreiras Percebidas e o Locus de Controlo Interno dos indivíduos face ao cancro de pulmão), o coeficiente de correlação entre a subescala das Barreiras Percebidas e a subescala do Locus de Controlo Interno não é estatisticamente significativo, portanto confirma-se a hipótese. Por outras palavras, segundo a definição dos construtos das Barreiras Percebidas e do Locus de Controlo Interno (Kissal & Karral, 2019; Wallston et al., 1978), não existe correlação entre os aspetos negativos avaliados numa análise custo-benefício em relação ao cancro de pulmão com a crença que os indivíduos têm sobre como o seu comportamento influencia a saúde. Os participantes que obtiveram um locus de controlo intermédio, no estudo de Chaves (2019), embora o estudo tenha sido direcionado com o cancro do colo de útero, apresentaram valores significativamente mais elevados nas Barreiras Percebidas.

Quanto à hipótese 3.4 deste objetivo (Existem correlações positivas entre o Locus de Controlo Externo e a Autoeficácia dos indivíduos face ao cancro de pulmão), o coeficiente de correlação entre a subescala do Locus de Controlo Externo e a

subescala da Autoeficácia dos indivíduos é estatisticamente significativo, portanto, confirma-se a hipótese. Logo, em concordância com as definições do Locus de Controlo Externo e da Autoeficácia (Kissal & Karral, 2019; Wallston et al., 1978), neste estudo existiu correlação no que toca à crença que os indivíduos têm de que a saúde é determinada pela ação de outras pessoas (ex. médicos, familiares...) com a alteração/modificação dos comportamentos não saudáveis. Rosenstock et al., (1998), indicaram que o locus de controlo interno e a autoeficácia são necessários para que um dado comportamento ocorra. Os autores frisaram ainda que tanto o Locus de Controlo Interno como o Locus de Controlo Externo com a Autoeficácia, podem influenciar os comportamentos relacionados com a saúde.

O **quarto e último objetivo** deste estudo remeteu para a análise da relação das crenças de saúde e o locus de controlo da saúde, com as variáveis sociodemográficas e de estilos de vida e com as variáveis clínicas e de conhecimentos dos indivíduos, face ao cancro de pulmão. Este objetivo compreendeu 5 hipóteses exploratórias, explanadas de seguida.

Os resultados referentes entre as subescalas da EMLCS-A e o sexo biológico, levou a confirmar a hipótese 4.1 deste objetivo (Os homens têm um Locus de Controlo Interno e um Locus de Controlo Externo mais elevado que as mulheres, face ao cancro de pulmão), pois os valores da subescala do LCI são mais elevados nos homens e mostram diferenças estatisticamente significativas assim como, o valor da subescala do LCE é também mais elevado nos homens e com significância. Como referido anteriormente, neste estudo, encontrou-se um predomínio da orientação de Locus de Controlo Interno seguido de um Locus de Controlo Externo, sendo maior nos homens do que nas mulheres. De acordo com Berglund et al., (2014), as diferenças de perceções do Locus de Controlo da Saúde podem influenciar o comportamento dos indivíduos e tendem a influenciar a orientação adotada pelo utente na adaptação/enfrentamento da doença. Apesar de existirem controvérsias na literatura sobre qual é o locus de controlo mais favorável, Janowski et al., (2013), sugerem que pacientes com aumento de um Locus de Controlo Externo são capazes de se adaptar física e mentalmente à doença, enquanto Sargent-Cox e Anstey (2015), mostraram nos seus estudos que pessoas com um Locus de Controlo Interno mais elevado, experienciam menos sofrimento psicológico e têm uma melhor adaptação à doença. Embora Buckelew et al., (1990) tenha conduzido o primeiro estudo sobre as diferenças de sexo e as subescalas do locus

de controlo da saúde face a dor persistente, apontaram que os homens mais jovens apresentam um Locus de Controlo Interno mais forte, enquanto os homens mais velhos apresentaram uma predominância do Locus de Controlo Externo. No mesmo estudo, os autores apontaram que as mulheres com valores mais elevados no Locus de Controlo Interno estavam orientadas para a autogestão das necessidades de cuidados de saúde, onde eram mais propensas em procurar mais informação sobre a saúde/doença. Santos (2005), identificou no seu estudo que as mulheres em comparação com os homens, apresentaram valores mais elevados relativamente à crença de que podem controlar a sua saúde. Face ao exposto, pode colocar-se como hipótese que no presente estudo, os homens, em comparação com as mulheres, podem ser capazes de se adaptarem melhor à doença e experienciar menos sofrimento perante a mesma.

Nesta investigação, observou-se que as subescalas da ECSRCP e o sexo biológico não apresentaram diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das subescalas, portanto, não se confirma a hipótese 4.2 (Existem diferenças estatisticamente significativas na Severidade Percebida nas mulheres em relação aos homens, face ao cancro de pulmão), sendo que os valores da subescala da Severidade Percebida, apesar de serem mais elevados nas mulheres, não apresentaram valores estatisticamente significativos. Contrariamente, no estudo de Nunes (2012), embora a investigação tenha sido direcionado com o cancro colorretal, a autora encontrou diferenças estatisticamente significativas na subescala de Severidade Percebida, onde as mulheres apresentaram valores mais elevados do que os homens.

A hipótese 4.3 deste objetivo (Existem diferenças estatisticamente significativas nas Barreiras Percebidas e na Motivação em relação ao grau académico, face ao cancro de pulmão) foi confirmada, pois, os valores da subescala das Barreiras Percebidas são estatisticamente significativos, sendo os valores mais elevados nos participantes que não têm o ensino superior. Quanto à subescala da Motivação também se observaram valores estatisticamente significativos onde os participantes que têm ensino superior apresentam valores mais elevados em comparação aos que não têm ensino superior. Estes resultados vão no sentido do estudo de Nunes (2012), embora a sua pesquisa tenha sido com o cancro colorretal. A autora aferiu nos seus resultados que existem diferenças significativas entre o grau académico e as Barreiras Percebidas, e nesta subescala as pessoas com ensino superior apresentaram valores mais baixos. Uma vez que neste estudo a maior parte da amostra tem ensino superior (70.6%), levanta-se a hipótese que

na presente investigação os sujeitos que apresentam mais conhecimentos e por sua vez mais literacia em saúde apresentam mais Motivação e menos Barreiras Percebidas para a adoção de comportamentos de saúde.

A hipótese 4.4 deste objetivo (Existem diferenças estatisticamente significativas na Severidade Percebida dos indivíduos não fumadores com os fumadores, face ao cancro de pulmão) também foi confirmada, pois, a subescala da Severidade Percebida e das Barreiras percebidas apresentam diferenças estatisticamente significativas, onde os valores mais elevados foram dos fumadores em comparação aos sujeitos não fumadores. Também se observaram diferenças estatisticamente significativas na subescala da Suscetibilidade Percebida, onde os não fumadores apresentaram valores mais altos em comparação aos fumadores. Tanner et al., (2013), apontou que os fumadores são mais suscetíveis de percecionar que estão em risco de contrair o cancro de pulmão. No estudo de Kaufman et al., (2020), os autores encontraram também uma maior perceção de risco associado a fumadores. Em relação às subescalas da EMLCS-A, neste estudo, não se observaram diferenças estatisticamente significativas em nenhuma subescala. No estudo de Fontes (2019), também não se verificou efeito entre as subescalas do locus de controlo com os indivíduos fumadores vs não fumadores.

Por fim, a última hipótese 4.5 (As crenças de saúde são preditores significativos dos conhecimentos que os participantes têm sobre o cancro de pulmão) foi marginalmente confirmada e a subescala dos Benefícios Percebidos da ECSRCP, revelou ser um preditor significativo dos conhecimentos que os participantes deste estudo têm sobre o cancro de pulmão. Isto pode significar que estes participantes podem apresentar mais crenças na efetividade da ação para a saúde e ter maior perceção das consequências positivas.

Ainda neste 4º objetivo, também se analisou outras variáveis, embora não constem nas hipóteses, nomeadamente, a variável da atividade física, do nível socioeconómico, da alimentação não saudável, da história familiar de cancro de pulmão e da realização do exame de rastreio do cancro de pulmão.

Quanto à relação da atividade física e as subescalas da ECSRCP e da EMLCS-A, apesar de não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas nas subescalas da EMLCS-A, foram encontradas significâncias em três subescalas da ECSRCP. Na subescala da Severidade Percebida e das Barreiras Percebidas, os

participantes que não fazem exercício apresentaram valores mais elevados em comparação com os que fazem. Na subescala da Motivação, inversamente, são os participantes que fazem exercício físico que apresentam valores mais elevados em comparação com quem não pratica exercício físico. Portanto, de acordo com as definições da Severidade Percebida, das Barreiras Percebidas e da Motivação (Kissal & Karral, 2019), neste estudo, pode hipotetizar-se que os participantes que indicaram não fazer exercício físico avaliam mais as consequências que advêm de uma situação de cancro de pulmão, bem como os aspetos negativos numa análise de custo-benefício, comparativamente aos que fazem exercício físico. Tendo em conta ainda os resultados pode sugerir-se que os participantes que fazem exercício físico se preocupam mais com assuntos relacionados à saúde. Em relação ao nível socioeconómico e as subescalas da ECSRCP e da EMLCS-A, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas na subescala da Motivação e na subescala do Locus de Controlo Interno.

Observou-se valores mais elevados para as pessoas com um nível socioeconómico alto nas duas subescalas. Tendo em conta a definição da Motivação e do Locus de Controlo Interno (Kissal & Karral, 2019; Wallston et al., 1978), pode hipotetizar-se que os indivíduos deste estudo com um nível socioeconómico alto apresentam uma maior preocupação com assuntos sobre a saúde e a crença que o seu próprio comportamento influencia a saúde.

Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre a alimentação não saudável e as subescalas da EMLCS-A. Contudo, observou-se que existem diferenças estatisticamente significativas em 3 das subescalas da ECSRCP, nomeadamente, na subescala dos Benefícios Percebidos, da Motivação e da Autoeficácia, sendo os valores mais elevados nos participantes que consomem alimentos não saudáveis até uma vez por semana. Tendo em conta a definição dos construtos dos Benefícios Percebidos, Motivação e Autoeficácia (Kissal & Karral, 2019), pode considerar-se como hipótese no presente estudo, que os participantes que indicaram ter uma alimentação não saudável até uma vez por semana têm uma crença maior na efetividade da ação para a saúde, preocupam-se mais sobre questões de saúde e, por consequência, terem maior probabilidade de alterar/modificar comportamentos não saudáveis.

Apesar de não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a história familiar de cancro de pulmão e as subescalas da EMLCS-A, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas numa subescala da ECSRCP, nomeadamente a subescala da Suscetibilidade Percebida, onde os valores mais elevados são referentes aos indivíduos que indicaram ter história familiar para esta neoplasia. Estes resultados vão no sentido de outros estudos, que identificaram que a história familiar de cancro de pulmão afeta a percepção de risco de vir a ter a doença (Park et al., 2014; Patel et al., 2012; Turner et al., 2021).

Relativamente à relação entre a variável realização do exame de rastreio do cancro de pulmão e subescalas da EMLCS-A, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas. Contudo, observou-se significância na ECSRCP apenas para a subescala Suscetibilidade Percebida, onde os participantes que realizaram o exame de rastreio do cancro de pulmão apresentaram valores mais elevados em comparação com os que não realizaram o exame de rastreio do cancro de pulmão. Relativamente à subescala da Suscetibilidade Percebida, não se verificaram indicações em estudos anteriores e uma possível explicação para estes resultados poderá ser que talvez, seja natural, que os participantes que já fizeram o exame possam ter valores mais elevados de Suscetibilidade Percebida, porque estiveram em contacto com um exame de rastreio para detetar a doença, e porque, talvez existissem fatores de risco que levaram o médico a prescrever o exame. No presente estudo não se verificaram diferenças significativas para a subescala Barreiras Percebidas, Benefícios Percebidos e Autoeficácia com a variável da realização do exame de rastreio do cancro de pulmão, e estes resultados vão no sentido oposto da literatura, pois, no estudo de Coutinho (2001), apesar de ser sobre o cancro da próstata, o investigador observou diferenças estatisticamente significativas na subescala das Barreiras Percebidas no grupo de indivíduos que já tinha realizado o exame de rastreio do cancro da próstata em comparação com aqueles que ainda não tinham feito o exame. No estudo de James et al., (2002), apesar da investigação ter sido direcionada para o cancro colorretal, os autores observaram significância na subescala dos Benefícios Percebidos com os exames de rastreio do cancro do colorretal. No estudo de Tahmasebi e de Norrozi (2016), embora tenha sido no cancro da mama, os autores apontaram que as mulheres que realizaram o autoexame da mama perceberam menos Barreiras Percebidas do

que as que não realizaram o autoexame da mama, existindo diferenças estatisticamente significativas nos Benefícios Percebidos e na Autoeficácia.

Forças e limitações

A força do presente estudo recai para a inexistência, até ao momento, de estudos semelhantes na população Portuguesa, bem como na escassa literatura sobre a aplicação do Modelo de Crenças de Saúde e conceito de Locus Controlo da Saúde neste tipo específico de cancro.

Face ao exposto, salienta-se que o presente estudo é transversal com carácter exploratório, portanto, os dados não podem ser generalizados para a população em geral e apenas compreendidos para esta amostra em particular. O uso da Escala de Crenças da Saúde em Relação ao Cancro de Pulmão é outra limitação. Este instrumento foi apenas modificado em algumas palavras para este estudo e para o tipo específico de cancro, de acordo com as indicações dos autores originais da escala, contudo, ainda não se encontra validada para a População Portuguesa nesta neoplasia em particular. Uma vez que os dados foram auto-reportados pelos participantes, estes podem ter implicado um viés relativamente às respostas. O desequilíbrio dos dados relacionados com a variável do nível socioeconómico é outra limitação deste estudo. Outro aspeto remete para o facto de não se terem usado todas as variáveis sociodemográficas, sobre estilos de vida, informação clínica e conhecimentos relativos à neoplasia do cancro de pulmão recolhidas no protocolo aplicado aos participantes, em virtude dos limites temporais de entrega do presente trabalho de dissertação. Foram apenas utilizadas as variáveis das subescalas das crenças de saúde, as subescalas do locus de controlo, o sexo biológico, o grau académico, o nível socioeconómico, se é fumador, atividade física, a alimentação não saudável, história familiar com cancro de pulmão, exame de rastreio do cancro de pulmão e os conhecimentos que os sujeitos tem em relação à esta neoplasia.

Sugestões para investigações futuras

Para esta investigação apenas usou-se um dos modelos que aborda a mudança de comportamento, Modelo de Crenças da Saúde, que apesar de ter sido desenvolvido nos anos 50, tem vindo a ser aprimorado, e, portanto, é usado por inúmeros autores devido à sua elevada capacidade de prever comportamentos de adesão de rastreio ao cancro. No

entanto, para o futuro, seria interessante usa-se outros modelos mais recentes que incluam outros conceitos teóricos para a compreensão e ajuda nesta importante área da saúde.

Seria também pertinente, no futuro, explorar os demais dados recolhidos no protocolo e que não foram alvo da presente investigação, nomeadamente, por exemplo, perceber com mais pormenor se existem diferenças entre mulheres *vs* homens com as variáveis sociodemográficas e estilos de vida com as subescalas da ECSRCP e da EMLCS-A.

Por fim, para estudos futuros seria fundamental fazer a validação da Escala de Crenças de Saúde em Relação ao Cancro de Pulmão para a População Portuguesa.

Implicações para a prática clínica

Neste estudo e para estes participantes, especificamente para os fumadores e sujeitos sem ensino superior, seria importante fomentar a adoção de comportamentos saudáveis, através da criação de programas de sensibilização e psicoeducativos face à prevenção do cancro do pulmão. Assim, uma abordagem multifacetada que inclua programas de educação para a saúde e que divulgue informações sobre o cancro de pulmão seria uma opção viável para se lidar com esta temática.

Os resultados do presente estudo podem ser de particular interesse para a prática clínica uma vez que permitem ter uma maior compreensão sobre as associações entre as variáveis de crenças de saúde, de locus de controlo da saúde e variáveis sociodemográficas e de estilos de vida, e com as variáveis clínicas e de conhecimentos sobre a neoplasia do cancro do pulmão.

Conclusões

A problemática da doença oncológica tem vindo a acentuar-se no século XXI (Peixoto & Peixoto, 2017). O cancro de pulmão é dos tipos de cancro que mais tem sido diagnosticado nas últimas décadas, a nível global, com uma taxa de letalidade alta e uma baixa sobrevida. A baixa sobrevida deve-se ao facto de que a maior parte de os sujeitos serem diagnosticadas num estágio avançado, fazendo com que as opções de tratamento sejam limitadas (Boiselle, 2013). O cancro de pulmão por ser das doenças oncológicas mais mortais, existe a necessidade de se obter um diagnóstico precoce (Bray et al., 2018; Torre et al., 2017).

O presente estudo centra-se nas crenças de saúde e no locus de controlo da saúde do cancro de pulmão.

Esta dissertação com teor transversal, quantitativo, exploratório e correlacional, compreendeu 4 objetivos centrais e um total de 9 hipóteses exploratórias distribuídas pelos objetivos 3 e 4. O 1º objetivo consistiu em caracterizar as variáveis dos dados sociodemográficos e estilos de vida e as variáveis clínicas e de conhecimentos relativas ao CP. O 2º objetivo (Caraterizar as variáveis crenças de saúde e locus de controlo de saúde dos indivíduos face ao CP), permitiu verificar que a subescala da Motivação da ECSRCP e a subescala Locus de Controlo Interno da EMLCS-A obtiveram as médias mais elevadas, e, inversamente, a subescala da Suscetibilidade Percebida, e do Locus Controlo Externo-A das respetivas escalas, as médias mais baixas. O 3º objetivo (Analisar a interligação entre as crenças de saúde e o locus de controlo da saúde dos indivíduos, face ao CP) identificou correlações entre as diversas subescalas descritas de seguida. A Suscetibilidade Percebida apresentou correlações positivas, com a Severidade Percebida, as Barreiras Percebidas, a Autoeficácia e com o Locus de Controlo Externo-Acaso. Quanto à Severidade Percebida verificou-se que existem correlações positivas com os Benefícios Percebidos, as Barreiras Percebidas, a Autoeficácia e o Locus de Controlo Externo e o Locus de Controlo Externo-Acaso. Com a subescala dos Benefícios Percebidos constatou-se que existem correlações positivas com a Motivação, a Autoeficácia, o Locus de Controlo Interno e o Locus de Controlo Externo. Por sua vez, a subescala da Motivação apresentou correlações positivas com a Autoeficácia e o Locus de Controlo Interno, mas negativas com as Barreiras Percebidas. Já a subescala da Autoeficácia apresentou uma correlação positiva com a subescala do Locus de Controlo Interno e o Locus de Controlo Externo. No que diz respeito ao Locus de Controlo verificaram-se correlações positivas entre as respetivas subescalas. O 4º objetivo (Analisar a relação das crenças de saúde e o locus de controlo da saúde, com as variáveis sociodemográficas e de estilos de vida, variáveis clínicas e de conhecimentos dos indivíduos, face ao CP), possibilitou verificar que os homens apresentam valores estatisticamente superiores no Locus de Controlo Interno e o Locus de Controlo Externo, quando comparando com as mulheres. Os participantes com ensino superior apresentaram valores estatisticamente superiores para a Motivação, e estatisticamente mais baixos para as Barreiras Percebidas, comparando com os que não têm ensino superior. Os participantes fumadores apresentaram resultados mais

elevados na Severidade Percebida e nas Barreiras Percebidas, quando comparando com os não fumadores, e os participantes que não fumam apresentaram valores mais elevados na subescala da Suscetibilidade Percebida. Os praticantes de atividade física apresentaram valores mais elevados para a Motivação, mas inversamente para a Severidade Percebida e para as Barreiras Percebidas. Participantes que consomem alimentos não saudáveis até uma vez por semana apresentam valores mais elevados para Benefícios Percebidos, na Motivação e na Autoeficácia. No que diz respeito ao nível socioeconómico, são os participantes com nível socioeconómico alto que apresentam valores mais elevados de Motivação e Locus de Controlo Interno. Os participantes que identificaram ter história familiar de cancro de pulmão e ter realizado exame de rastreio do cancro do pulmão apresentaram valores mais elevados para a Suscetibilidade Percebida. No que diz respeito à variável dos conhecimentos sobre o cancro do pulmão, a subescala Benefícios Percebidos foi identificada como um preditor significativo.

O Modelo de Crenças de Saúde e o Locus de Controlo da Saúde desempenham um papel fundamental no estudo e compreensão da perceção que os indivíduos têm face ao cancro de pulmão. Desta forma, a presente investigação pretende ser uma mais-valia para os Psicólogos, no que diz respeito à compreensão dos pressupostos sociocognitivos dos comportamentos preventivos, que, por sua vez, se possam traduzir em intervenções mais eficazes e focadas nas necessidades dos indivíduos.

Referências

- Adler, I. (1912). *Primary malignant growths of the lungs and bronchi: A pathological and clinical study*. Longmans, Green.
- Aiken, L., West, S., Woodward, C., & Reno, R. (1994). Health beliefs and compliance with mammography-screening recommendations in asymptomatic women. *Health Psychology, 13*(2), 122-129.
- Akhtar, N., & Bansal, J. G. (2017). Risk factors of Lung Cancer in nonsmoker. *Current problems in cancer, 41*(5), 328–339.
<https://doi.org/10.1016/j.currprobcancer.2017.07.002>
- Alberg, A. J., Brock, M. V., Ford, J. G., Samet, J. M., & Spivack, S. D. (2013). Epidemiology of lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. *Chest, 143*(5 Suppl), e1S–e29S. <https://doi.org/10.1378/chest.12-2345>
- American Psychological Association. (2010). Ethical principles of psychologists and code of conduct. Retrieved from <http://apa.org/ethics/code/principles.pdf>
- Baan, R., Grosse, Y., Straif, K., Secretan, B., El Ghissassi, F., Bouvard, V., Benbrahim-Tallaa, L., Guha, N., Freeman, C., Galichet, L., Cogliano, V., & WHO International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group (2009). A review of human carcinogens--Part F: chemical agents and related occupations. *The Lancet Oncology, 10*(12), 1143–1144. [https://doi.org/10.1016/s1470-2045\(09\)70358-4](https://doi.org/10.1016/s1470-2045(09)70358-4)
- Bade, B. C., & Dela Cruz, C. S. (2020). *Lung Cancer 2020: Epidemiology, Etiology, and Prevention*. *Clinics in chest medicine, 41*(1), 1–24.
<https://doi.org/10.1016/j.ccm.2019.10.001>
- Bae, N., Park, S., & Lim, S. (2014). Factors associated with adherence to fecal occult blood testing for colorectal cancer screening among adults in the Republic of Korea. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society, 18*(1), 72–77. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2013.09.001>
- Bagnardi, V., Rota, M., Botteri, E., Tramacere, I., Islami, F., Fedirko, V., Scotti, L., Jenab, M., Turati, F., Pasquali, E., Pelucchi, C., Galeone, C., Bellocco, R., Negri, E., Corrao, G., Boffetta, P., & La Vecchia, C. (2015). Alcohol consumption and

- site-specific cancer risk: a comprehensive dose-response meta-analysis. *British journal of cancer*, 112(3), 580–593. <https://doi.org/10.1038/bjc.2014.579>
- Bandura A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037//0033-295x.84.2.191>
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action. *Englewood Cliffs, NJ*, 1986(23-28).
- Bard, M., & Dyk, R. B. (1956). The psychodynamic significance of beliefs regarding the cause of serious illness. *Psychoanalytic review*, 43(2), 146–162.
- Berglund, E., Lytsy, P., & Westerling, R. (2014). The influence of locus of control on self-rated health in context of chronic disease: a structural equation modeling approach in a cross sectional study. *BMC public health*, 14, 492. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-492>
- Boffetta, P., & Hashibe, M. (2006). Alcohol and cancer. *The Lancet. Oncology*, 7(2), 149–156. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(06\)70577-0](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(06)70577-0)
- Boiselle P. M. (2013). Computed tomography screening for lung cancer. *JAMA*, 309(11), 1163–1170. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.216988>
- Brawley, L. R., & Culos-Reed, S. N. (2000). Studying adherence to therapeutic regimens: overview, theories, recommendations. *Controlled clinical trials*, 21(5 Suppl), 156S–63S. [https://doi.org/10.1016/s0197-2456\(00\)00073-8](https://doi.org/10.1016/s0197-2456(00)00073-8)
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 68(6), 394–424. <https://doi.org/10.3322/caac.21492>
- Bresalier, R. S., Kopetz, S., & Brenner, D. E. (2015). Blood-based tests for colorectal cancer screening: do they threaten the survival of the FIT test?. *Digestive diseases and sciences*, 60(3), 664–671. <https://doi.org/10.1007/s10620-015-3575-2>
- Brown-Johnson, C. G., Berrean, B., & Cataldo, J. K. (2015). Development and usability evaluation of the mHealth Tool for Lung Cancer (mHealth TLC): a virtual world

- health game for lung cancer patients. *Patient education and counseling*, 98(4), 506–511. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.12.006>
- Buckelew, S. P., Shutty, M. S., Jr, Hewett, J., Landon, T., Morrow, K., & Frank, R. G. (1990). Health locus of control, gender differences and adjustment to persistent pain. *Pain*, 42(3), 287–294. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(90\)91141-5](https://doi.org/10.1016/0304-3959(90)91141-5)
- Bundek, N. I., Marks, G., & Richardson, J. L. (1993). Role of health locus of control beliefs in cancer screening of elderly Hispanic women. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 12(3), 193–199. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.12.3.193>
- Campos, L., Saturno, P., & Carneiro, A.V. (2010). Plano nacional de saúde 2011-2016: a qualidade dos cuidados e dos serviços. Lisboa: Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa.
- Cardoso, A. M. C. (2017). *Estudo psicométrico da versão portuguesa da Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLC) em jovens adultos saudáveis e com condições crónicas de saúde.*
- Carter-Harris, L., Davis, L. L., & Rawl, S. M. (2016). Lung Cancer Screening Participation: Developing a Conceptual Model to Guide Research. *Research and theory for nursing practice*, 30(4), 333–352. <https://doi.org/10.1891/1541-6577.30.4.333>
- Cataldo, J. K., Jahan, T. M., & Pongquan, V. L. (2012). Lung cancer stigma, depression, and quality of life among ever and never smokers. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, 16(3), 264–269. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2011.06.008>
- Champion V. L. (1984). Instrument development for health belief model constructs. *ANS. Advances in nursing science*, 6(3), 73–85. <https://doi.org/10.1097/00012272-198404000-00011>
- Champion, V., & Miller, T. (1996). Predicting mammography utilization through model generation. *Psychology, Health and medicine*, 1(3), 273-282.
- Chaves, M. F. R. (2019). *Crenças em saúde relativas ao cancro do colo do útero.* (Doctoral dissertation).

- Chen, G., Wan, X., Yang, G., & Zou, X. (2015). Traffic-related air pollution and lung cancer: A meta-analysis. *Thoracic cancer*, 6(3), 307–318.
<https://doi.org/10.1111/1759-7714.12185>
- Choi, S. H., Chan, R. R., & Lehto, R. H. (2019). Relationships Between Smoking Status and Psychological Distress, Optimism, and Health Environment Perceptions at Time of Diagnosis of Actual or Suspected Lung Cancer. *Cancer nursing*, 42(2), 156–163. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000579>
- Collins, V., Halliday, J., Warren, R., & Williamson, R. (2000). Cancer worries, risk perceptions and associations with interest in DNA testing and clinic satisfaction in a familial colorectal cancer clinic. *Clinical genetics*, 58(6), 460–468.
<https://doi.org/10.1034/j.1399-0004.2000.580606.x>
- Costa Jr, Á. L. (1999). Psico-oncologia e manejo de procedimentos invasivos em oncologia pediátrica: uma revisão de literatura. *Psicologia: Reflexão e crítica*, 12, 107-118.
- Costa, A. L. D. (2016). *Rastreamento do cancro do pulmão* (Doctoral dissertation).
- Coté, M. L., Liu, M., Bonassi, S., Neri, M., Schwartz, A. G., Christiani, D. C., Spitz, M. R., Muscat, J. E., Rennert, G., Aben, K. K., Andrew, A. S., Bencko, V., Bickeböller, H., Boffetta, P., Brennan, P., Brenner, H., Duell, E. J., Fabianova, E., Field, J. K., Foretova, L., ... Hung, R. J. (2012). Increased risk of lung cancer in individuals with a family history of the disease: a pooled analysis from the International Lung Cancer Consortium. *European journal of cancer (Oxford, England: 1990)*, 48(13), 1957–1968. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2012.01.038>
- Coutinho, J. (2001). Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro da próstata. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(2), 107-115.
- Dabbs, J. M., Jr, & Kirscht, J. P. (1971). "Internal control" and the taking of influenza shots. *Psychological reports*, 28(3), 959–962.
<https://doi.org/10.2466/pr0.1971.28.3.959>
- De Valck, C., & Vinck, J. (1996). Health locus of control and quality of life in lung cancer patients. *Patient education and counseling*, 28(2), 179–186.
[https://doi.org/10.1016/0738-3991\(96\)00897-x](https://doi.org/10.1016/0738-3991(96)00897-x)

Delmerico, J., Hyland, A., Celestino, P., Reid, M., & Cummings, K. M. (2014). Patient willingness and barriers to receiving a CT scan for lung cancer screening. *Lung cancer (Amsterdam, Netherlands)*, *84*(3), 307–309.

<https://doi.org/10.1016/j.lungcan.2014.03.003>

Deneo-Pellegrini, H., De Stefani, E., Ronco, A., Mendilaharsu, M., & Carzoglio, J. C. (1996). Meat consumption and risk of lung cancer; a case-control study from Uruguay. *Lung cancer (Amsterdam, Netherlands)*, *14*(2-3), 195–205.

[https://doi.org/10.1016/0169-5002\(95\)00546-3](https://doi.org/10.1016/0169-5002(95)00546-3)

Despacho n.º 37/2007 de 14 de Agosto: Aprova normas para a protecção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco e medidas de redução da procura relacionadas com a dependência e a cessação do seu consumo. Diário da República n.º 156/2007. <https://dre.pt/>

Direção Geral da Saúde. (2015). A saúde dos portugueses. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde. (2017). Programa nacional para as doenças oncológicas: 2017. Lisboa: DGS.

Dopelt, K., Bashkin, O., Asna, N., & Davidovitch, N. (2022). Health locus of control in cancer patient and oncologist decision-making: An exploratory qualitative study. *PloS one*, *17*(1), e0263086. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263086>

Doyle N. (2008). Cancer survivorship: evolutionary concept analysis. *Journal of advanced nursing*, *62*(4), 499–509. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04617.x>

Egilman, D. S., & Reinert, A. (2000). Corruption of previously published asbestos research. *Archives of environmental health*, *55*(1), 75–76.

<https://doi.org/10.1080/00039890009603390>

El Ghissassi, F., Baan, R., Straif, K., Grosse, Y., Secretan, B., Bouvard, V., Benbrahim-Tallaa, L., Guha, N., Freeman, C., Galichet, L., Cogliano, V., & WHO International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group (2009). *A review of human carcinogens--part D: radiation. The Lancet. Oncology*, *10*(8), 751–752.

[https://doi.org/10.1016/s1470-2045\(09\)70213-x](https://doi.org/10.1016/s1470-2045(09)70213-x)

- Else-Quest, N. M., LoConte, N. K., Schiller, J. H., & Hyde, J. S. (2009). Perceived stigma, self-blame, and adjustment among lung, breast and prostate cancer patients. *Psychology & health, 24*(8), 949–964.
<https://doi.org/10.1080/08870440802074664>
- Ettinger, D. S., Wood, D. E., Aisner, D. L., Akerley, W., Bauman, J. R., Bharat, A., Bruno, D. S., Chang, J. Y., Chirieac, L. R., D'Amico, T. A., Dilling, T. J., Dowell, J., Gettinger, S., Gubens, M. A., Hegde, A., Hennon, M., Lackner, R. P., Lanuti, M., Leal, T. A., Lin, J., ... Hughes, M. (2021). NCCN Guidelines Insights: Non-Small Cell Lung Cancer, Version 2.2021. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network: JNCCN, 19*(3), 254–266. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2021.0013>
- Ezzati, M., Friedman, A. B., Kulkarni, S. C., & Murray, C. J. (2008). The reversal of fortunes: trends in county mortality and cross-county mortality disparities in the United States. *Plos medicine, 5*(4), e66.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050066>
- Fauci, A.S., Braunwald, E., Kasper, D.L., Hauser, S.L., Longo, D.L., Jameson, J.L., Loscalzo, J. (2008). “Harrison's Principles of Internal Medicine”, 17th Edition, McGraw-Hill Professional.
- Ferrer, C. A., Haderlein, T., Maryn, Y., de Bodt, M. S., & Nöth, E. (2018). Collinearity and Sample Coverage Issues in the Objective Measurement of Vocal Quality: The Case of Roughness and Breathiness. *Journal of speech, language, and hearing research : JSLHR, 61*(1), 1–24. https://doi.org/10.1044/2017_JSLHR-S-17-0136
- Figueiras, M. J. Marcelino, D., & Ferreira, M. M. (2009). Preditores da intenção de adoptar comportamentos preventivos face ao HIV/SIDA em adolescentes portugueses. *Revista Portuguesa de Saúde Pública 27*(2) 27-36.
- Flaer, P. J., Younis, M. Z., Benjamin, P. L., & Al Hajeri, M. (2010). A psychosocial approach to dentistry for the underserved: incorporating theory into practice. *Journal of health care finance, 37*(1), 101–108.
- Fleary, S. A., Paasche-Orlow, M. K., Joseph, P., & Freund, K. M. (2019). The Relationship Between Health Literacy, Cancer Prevention Beliefs, and Cancer Prevention Behaviors. *Journal of cancer education: the official journal of the*

American Association for Cancer Education, 34(5), 958–965.

<https://doi.org/10.1007/s13187-018-1400-2>

Fonte, C. (2019). Crenças relacionadas com a saúde, hábitos tabágicos, stress e saúde.

Freedland K. E. (2021). Health Psychology's 40th anniversary. *Health psychology* : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association, 40(12), 823. <https://doi.org/10.1037/hea0001139>

Fujimoto, J., & Wistuba, I. I. (2014). Current concepts on the molecular pathology of non-small cell lung carcinoma. *Seminars in diagnostic pathology*, 31(4), 306–313. <https://doi.org/10.1053/j.semmp.2014.06.008>

Ghobadi Dashdebi, K., Noroozi, A., & Tahmasebi, R. (2016). Factors Predicting Fecal Occult Blood Testing among Residents of Bushehr, Iran, Based on the Health Belief Model. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*, 17(S3), 17–22. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2016.17.s3.17>

Glanz, K., & Bishop, D. B. (2010). The role of behavioral science theory in development and implementation of public health interventions. *Annual review of public health*, 31, 399–418. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.012809.103604>

Gonzalez, B. D., & Jacobsen, P. B. (2012). Depression in lung cancer patients: the role of perceived stigma. *Psycho-oncology*, 21(3), 239–246. <https://doi.org/10.1002/pon.1882>

Grassi L. (2020). Psychiatric and psychosocial implications in cancer care: the agenda of psycho-oncology. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 29, e89. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000829>

Greillier, L., Cortot, A. B., Viguier, J., Brignoli-Guibaudet, L., Lhomel, C., Eisinger, F., Morère, J. F., & Couraud, S. (2018). Perception of Lung Cancer Risk: Impact of Smoking Status and Nicotine Dependence. *Current oncology reports*, 20(Suppl 1), 18. <https://doi.org/10.1007/s11912-017-0650-1>

Grotz, M., Hapke, U., Lampert, T., & Baumeister, H. (2011). Health locus of control and health behaviour: results from a nationally representative survey. *Psychology, health & medicine*, 16(2), 129–140. <https://doi.org/10.1080/13548506.2010.521570>

- Gu, J. D., Hua, F., Mei, C. R., Zheng, D. J., Wang, G. F., & Zhou, Q. H. (2014). HapMap-based study on the association between MPO and GSTP1 gene polymorphisms and lung cancer susceptibility in Chinese Han population. *Acta pharmacologica Sinica*, 35(5), 636–644. <https://doi.org/10.1038/aps.2014.11>
- Hallal J. C. (1982). The relationship of health beliefs, health locus of control, and self concept to the practice of breast self-examination in adult women. *Nursing research*, 31(3), 137–142.
- Hamann, H. A., Ver Hoeve, E. S., Carter-Harris, L., Studts, J. L., & Ostroff, J. S. (2018). Multilevel Opportunities to Address Lung Cancer Stigma across the Cancer Control Continuum. *Journal of thoracic oncology : official publication of the International Association for the Study of Lung Cancer*, 13(8), 1062–1075. <https://doi.org/10.1016/j.jtho.2018.05.014>
- Hamra, G. B., Guha, N., Cohen, A., Laden, F., Raaschou-Nielsen, O., Samet, J. M., Vineis, P., Forastiere, F., Saldiva, P., Yorifuji, T., & Loomis, D. (2014). Outdoor particulate matter exposure and lung cancer: a systematic review and meta-analysis. *Environmental health perspectives*, 122(9), 906–911. <https://doi.org/10.1289/ehp/1408092>
- Hashimoto, H., & Fukuhara, S. (2004). The influence of locus of control on preferences for information and decision making. *Patient education and counseling*, 55(2), 236–240. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2003.09.010>
- Health Organization. (2012). WHO global report on mortality attributable to tobacco.
- Herbst, R. S., Heymach, J. V., & Lippman, S. M. (2008). Lung cancer. *The New England journal of medicine*, 359(13), 1367–1380. <https://doi.org/10.1056/NEJMra0802714>
- Hessel, P. A., Gamble, J. F., & McDonald, J. C. (2005). Asbestos, asbestosis, and lung cancer: a critical assessment of the epidemiological evidence. *Thorax*, 60(5), 433–436. <https://doi.org/10.1136/thx.2004.037267>
- Horn, L., Reck, M., & Spigel, D. R. (2016). The Future of Immunotherapy in the Treatment of Small Cell Lung Cancer. *The oncologist*, 21(8), 910–921. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2015-0523>

- Hosseini, M., Naghan, P. A., Jafari, A. M., Yousefifard, M., Taslimi, S., Khodadad, K., Mohammadi, F., Sadr, M., Rezaei, M., Mortaz, E., & Masjedi, M. R. (2014). Nutrition and lung cancer: a case control study in Iran. *BMC cancer*, *14*, 860. <https://doi.org/10.1186/1471-2407-14-860>
- Howington, J. A., Blum, M. G., Chang, A. C., Balekian, A. A., & Murthy, S. C. (2013). Treatment of stage I and II non-small cell lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*, *143*(5 Suppl), e278S–e313S. <https://doi.org/10.1378/chest.12-2359>
- Huang, S. X., Jaurand, M. C., Kamp, D. W., Whysner, J., & Hei, T. K. (2011). Role of mutagenicity in asbestos fiber-induced carcinogenicity and other diseases. *Journal of toxicology and environmental health. Part B, Critical reviews*, *14*(1-4), 179–245. <https://doi.org/10.1080/10937404.2011.556051>
- Hughes, A. G., Watanabe-Galloway, S., Schnell, P., & Soliman, A. S. (2015). Rural-Urban Differences in Colorectal Cancer Screening Barriers in Nebraska. *Journal of community health*, *40*(6), 1065–1074. <https://doi.org/10.1007/s10900-015-0032-2>
- Hwang, J. Y., Arredondo, A. F., & Paul, T. K. (2014). National Lung Screening Trial Research Team. Results of the Two Incidence Screenings in the National Lung Screening Trial. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, *189*(8), 995.
- Instituto Nacional de Estatística. (2020, June 26). *Inquérito nacional de saúde 2019*. Instituto Nacional de Estatística Statistics Portugal. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main
- Jacelon C. S. (2007). Theoretical perspectives of perceived control in older adults: a selective review of the literature. *Journal of advanced nursing*, *59*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04320.x>
- Jacobs L. A. (2002). Health beliefs of first-degree relatives of individuals with colorectal cancer and participation in health maintenance visits: a population-based survey. *Cancer nursing*, *25*(4), 251–265. <https://doi.org/10.1097/00002820-200208000-00001>

- James, A. S., Campbell, M. K., & Hudson, M. A. (2002). Perceived barriers and benefits to colon cancer screening among African Americans in North Carolina: how does perception relate to screening behavior?. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention: a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*, *11*(6), 529–534.
- Janowski, K., Kurpas, D., Kusz, J., Mroczek, B., & Jedynek, T. (2013). Health-related behavior, profile of health locus of control and acceptance of illness in patients suffering from chronic somatic diseases. *PloS one*, *8*(5), e63920. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0063920>
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The Health Belief Model: a decade later. *Health education quarterly*, *11*(1), 1–47. <https://doi.org/10.1177/109019818401100101>
- Jensen, J. D., Carcioppolo, N., King, A. J., Scherr, C. L., Jones, C. L., & Niederdieppe, J. (2014). The cancer information overload (CIO) scale: establishing predictive and discriminant validity. *Patient education and counseling*, *94*(1), 90–96. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.09.016>
- Jett, J. R., Schild, S. E., Kesler, K. A., & Kalemkerian, G. P. (2013). Treatment of small cell lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*, *143*(5 Suppl), e400S–e419S. <https://doi.org/10.1378/chest.12-2363>
- Jonnalagadda, S., Bergamo, C., Lin, J. J., Lurslurchachai, L., Diefenbach, M., Smith, C., Nelson, J. E., & Wisnivesky, J. P. (2012). Beliefs and attitudes about lung cancer screening among smokers. *Lung cancer (Amsterdam, Netherlands)*, *77*(3), 526–531. <https://doi.org/10.1016/j.lungcan.2012.05.095>
- José, B., Corrêa, R. A., Malta, D. C., Passos, V., França, E. B., Teixeira, R. A., & Camargos, P. (2017). Mortality and disability from tobacco-related diseases in Brazil, 1990 to 2015. Mortalidade e incapacidade por doenças relacionadas à exposição ao tabaco no Brasil, 1990 a 2015. *Revista brasileira de epidemiologia*. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050007>

- Kanaji, N., Watanabe, N., Kita, N., Bandoh, S., Tadokoro, A., Ishii, T., Dobashi, H., & Matsunaga, T. (2014). Paraneoplastic syndromes associated with lung cancer. *World journal of clinical oncology*, 5(3), 197–223.
<https://doi.org/10.5306/wjco.v5.i3.197>
- Kaptein A. A. (2021). Writing cancer. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 29(8), 4375–4380.
<https://doi.org/10.1007/s00520-020-05920->
- Kaufman, A. R., Persoskie, A., Twesten, J., & Bromberg, J. (2020). A review of risk perception measurement in tobacco control research. *Tobacco control*, 29(Suppl 1), s50–s58. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2017-054005>
- Keinki, C., Seilacher, E., Ebel, M., Ruetters, D., Kessler, I., Stellamanns, J., Rudolph, I., & Huebner, J. (2016). Information Needs of Cancer Patients and Perception of Impact of the Disease, of Self-Efficacy, and Locus of Control. *Journal of cancer education: the official journal of the American Association for Cancer Education*, 31(3), 610–616. <https://doi.org/10.1007/s13187-015-0860-x>
- Khani Jeihooni, A., Kashfi, S. M., Shokri, A., Kashfi, S. H., & Karimi, S. (2017). Investigating Factors Associated with FOBT Screening for Colorectal Cancer Based on the Components of Health Belief Model and Social Support. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*, 18(8), 2163–2169.
<https://doi.org/10.22034/APJCP.2017.18.8.2163>
- Khuder S. A. (2001). Effect of cigarette smoking on major histological types of lung cancer: a meta-analysis. *Lung cancer (Amsterdam, Netherlands)*, 31(2-3), 139–148.
[https://doi.org/10.1016/s0169-5002\(00\)00](https://doi.org/10.1016/s0169-5002(00)00)
- Kissal, A., & Kartal, B. (2019). Effects of Health Belief Model-Based Education on Health Beliefs and Breast Self-Examination in Nursing Students. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, 6(4), 403–410.
https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_17_19
- Lang-Rollin, I., & Berberich, G. (2018). Psycho-oncology. *Dialogues in clinical neuroscience*, 20(1), 13–22. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.1/ilangrollin>
- Lathan, C. S. (2015). Lung cancer disparities in the era of personalized medicine. *American Journal of Hematology/Oncology*, 10, 5-8.

- Leal, I., & Ribeiro, J., R. (2021). *Manual de Psicologia da Saúde*. (1ª ed). Factor
- Lehto R. H. (2011). Identifying primary concerns in patients newly diagnosed with lung cancer. *Oncology nursing forum*, 38(4), 440–447.
<https://doi.org/10.1188/11.ONF.440-447>
- Lehto R. H. (2014). Patient views on smoking, lung cancer, and stigma: a focus group perspective. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, 18(3), 316–322.
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.02.003>
- Lehto R. H. (2017). Psychosocial challenges for patients with advanced lung cancer: interventions to improve well-being. *Lung Cancer (Auckland, N.Z.)*, 8, 79–90.
<https://doi.org/10.2147/LCTT.S120215>
- Leung, D. Y., Wong, E. M., & Chan, C. W. (2016). Determinants of participation in colorectal cancer screening among community-dwelling Chinese older people: Testing a comprehensive model using a descriptive correlational study. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, 21, 17–23. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.11.004>
- Lin, L., Li, Z., Yan, L., Liu, Y., Yang, H., & Li, H. (2021). Global, regional, and national cancer incidence and death for 29 cancer groups in 2019 and trends analysis of the global cancer burden, 1990-2019. *Journal of hematology & oncology*, 14(1), 197. <https://doi.org/10.1186/s13045-021-01213-z>
- LoConte, N. K., Else-Quest, N. M., Eickhoff, J., Hyde, J., & Schiller, J. H. (2008). Assessment of guilt and shame in patients with non-small-cell lung cancer compared with patients with breast and prostate cancer. *Clinical lung cancer*, 9(3), 171–178. <https://doi.org/10.3816/CLC.2008.n.026>
- MacRosty, C. R., & Rivera, M. P. (2020). *Lung Cancer in Women: A Modern Epidemic*. *Clinics in chest medicine*, 41(1), 53–65. <https://doi.org/10.1016/j.ccm.2019.10.00>
- Mardiyono, M., Songwathana, P., & Petpichetchian, W. (2011). Concept analysis of perceived control. *Nurse Media Journal of Nursing*, 1(2), 225-243.
- Mardiyono, M., Songwathana, P., & Petpichetchian, W. (2011). Concept analysis of perceived control. *Nurse Media Journal of Nursing*, 1(2), 225-243.

- Marreiros, N. (2009). Considerações teóricas sobre o conceito locus de controlo: Reflexões acerca do seu potencial preventivo. *Revista Toxicodependências*, 15(3), 61-68.
- Marshall, A. L., & Christiani, D. C. (2013). Genetic susceptibility to lung cancer--light at the end of the tunnel?. *Carcinogenesis*, 34(3), 487–502.
<https://doi.org/10.1093/carcin/bgt016>
- Martins, M. D. C. A. (2005). A promoção da saúde: percursos e paradigma. *Revista de saúde Amato Lusitano*, 42-46.
- Melosky, B., Cheema, P. K., Brade, A., McLeod, D., Liu, G., Price, P. W., Jao, K., Schellenberg, D. D., Juergens, R., Leighl, N., & Chu, Q. (2020). Prolonging Survival: The Role of Immune Checkpoint Inhibitors in the Treatment of Extensive-Stage Small Cell Lung Cancer. *The oncologist*, 25(11), 981–992.
<https://doi.org/10.1634/theoncologist.2020-0193>
- Mendes, E. (2022). Fatores que interferem na adesão ao rastreio do cancro colorretal.
- Morrison, V., & Bennett, P. (2016). What is health. In *An Introduction to Health Psychology* (4th ed., p. 24). London, United Kingdom: Pearson Education Limited.
- Murray, M., & McMillan, C. (1993). Health beliefs, locus of control, emotional control and women's cancer screening behaviour. *British Journal of Clinical Psychology*, 32, 81-100
- Nasim, F., Sabath, B. F., & Eapen, G. A. (2019). Lung Cancer. *The Medical clinics of North America*, 103(3), 463–473. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2018.12.006>
- Nooreldeen, R., & Bach, H. (2021). Current and Future Development in Lung Cancer Diagnosis. *International journal of molecular sciences*, 22(16), 8661.
<https://doi.org/10.3390/ijms22168661>
- Nunes, A. S. S. D. (2012). Modelo de crenças de saúde e o locus de controlo da saúde face ao rastreio do cancro colo-rectal [Master's thesis, Instituto Superior de Psicologia Aplicada]. Repositório ISPA.
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021). *Portugal: Country Health Profile 2021*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/8f3b0171-en>

- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2011). Regulamentação número 258/2011, abril 20ª. Diário da República, 2, 78, 17931-17936.
- Ost, D. E., Jim Yeung, S. C., Tanoue, L. T., & Gould, M. K. (2013). Clinical and organizational factors in the initial evaluation of patients with lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*, 143(5 Suppl), e121S–e141S. <https://doi.org/10.1378/chest.12-2352>
- Park, E. R., Streck, J. M., Gareen, I. F., Ostroff, J. S., Hyland, K. A., Rigotti, N. A., Pajolek, H., & Nichter, M. (2014). A qualitative study of lung cancer risk perceptions and smoking beliefs among national lung screening trial participants. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 16(2), 166–173. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntt133>
- Patel, D., Akporobaro, A., Chinyanganya, N., Hackshaw, A., Seale, C., Spiro, S. G., Griffiths, C., & Lung-SEARCH Investigators (2012). Attitudes to participation in a lung cancer screening trial: a qualitative study. *Thorax*, 67(5), 418–425. <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2011-200055>
- Patrão, I., & Leal, I. (2002). Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do colo do útero: estudo exploratório numa amostra de utentes do Centro de Saúde de Peniche. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 3(1), 103-112.
- Peixoto, N. M., & Peixoto, T. A. (2017). Comportamentos de Promoção de Saúde apos Cancro. *Onco. news*, 10(34).
- Pestana, Maria Helena & Gageiro, João Nunes (2008). Análise de Dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS, 5ª edição revista e corrigida. Edições Sílabo
- Petronilho, F. (2012). *O autocuidado como conceito central da enfermagem: da conceptualização aos dados empíricos através de uma revisão da literatura dos últimos 20 anos (1990-2011)*. FORMASAU, Formação e Saúde, Lda.
- Pine, C. M., McGoldrick, P. M., Burnside, G., Curnow, M. M., Chesters, R. K., Nicholson, J., & Huntington, E. (2000). An intervention programme to establish

regular toothbrushing: understanding parents' beliefs and motivating children. *International dental journal*. <https://doi.org/10.1111/j.1875-595x.2000.tb00581.x>

Proctor R. N. (2012). The history of the discovery of the cigarette-lung cancer link: evidentiary traditions, corporate denial, global toll. *Tobacco control*, 21(2), 87–91. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2011-050338>

Quaife, S. L., Marlow, L., McEwen, A., Janes, S. M., & Wardle, J. (2017). Attitudes towards lung cancer screening in socioeconomically deprived and heavy smoking communities: informing screening communication. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 20(4), 563–573. <https://doi.org/10.1111/hex.12481>

Ramnath, N., Dilling, T. J., Harris, L. J., Kim, A. W., Michaud, G. C., Balekian, A. A., Diekemper, R., Detterbeck, F. C., & Arenberg, D. A. (2013). Treatment of stage III non-small cell lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*, 143(5 Suppl), e314S–e340S. <https://doi.org/10.1378/chest.12-2360>

Rodriguez-Canales, J., Parra-Cuentas, E., & Wistuba, I. I. (2016). Diagnosis and Molecular Classification of Lung Cancer. *Cancer treatment and research*, 170, 25–46. https://doi.org/10.1007/978-3-319-40389-2_2

Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the Health Belief Model. *Health education quarterly*, 15(2), 175–183. <https://doi.org/10.1177/109019818801500203>

Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1994). The health belief model and HIV risk behavior change. *In Preventing AIDS*.

Rotter J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological monographs*, 80(1), 1–28.

Rowland, J. H., & Baker, F. (2005). Introduction: resilience of cancer survivors across the lifespan. *Cancer*, 104(11 Suppl), 2543–2548. <https://doi.org/10.1002/cncr.21487>

- Sabath, B. F., & Ost, D. E. (2018). Update on airway stents. *Current opinion in pulmonary medicine*, 24(4), 343–349.
<https://doi.org/10.1097/MCP.0000000000000486>
- Saei Ghare Naz, M., Darooneh, T., Salmani, F., Kholosi Badr, & Ozgoli, G. (2019). Relationship of Health Locus of Control with Breast Cancer Screening Belief of Iranian Women. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*, 20(3), 699–703. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2019.20.3.699>
- Santos, A. T. D. (2005). Perceived control: a comparative study with adult males and females. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1(1), 91-100.
- Sargent-Cox, K., & Anstey, K. J. (2015). The relationship between age-stereotypes and health locus of control across adult age-groups. *Psychology & health*, 30(6), 652–670. <https://doi.org/10.1080/08870446.2014.974603>
- Shen, M. J., Coups, E. J., Li, Y., Holland, J. C., Hamann, H. A., & Ostroff, J. S. (2015). The role of posttraumatic growth and timing of quitting smoking as moderators of the relationship between stigma and psychological distress among lung cancer survivors who are former smokers. *Psycho-oncology*, 24(6), 683–690.
<https://doi.org/10.1002/pon.3711>
- Silvestri, G. A., Nietert, P. J., Zoller, J., Carter, C., & Bradford, D. (2007). Attitudes towards screening for lung cancer among smokers and their non-smoking counterparts. *Thorax*, 62(2), 126–130. <https://doi.org/10.1136/thx.2005.056036>
- Simoff, M. J., Lally, B., Slade, M. G., Goldberg, W. G., Lee, P., Michaud, G. C., Wahidi, M. M., & Chawla, M. (2013). Symptom management in patients with lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*, 143(5 Suppl), e455S–e497S. <https://doi.org/10.1378/chest.12-2366>
- Smith, R. A., Brooks, D., Cokkinides, V., Saslow, D., & Brawley, O. W. (2013). Cancer screening in the United States, 2013: a review of current American Cancer Society guidelines, current issues in cancer screening, and new guidance on cervical cancer screening and lung cancer screening. *CA: a cancer journal for clinicians*, 63(2), 88–105. <https://doi.org/10.3322/caac.21174>

- Soerjomataram, I., & Bray, F. (2021). Planning for tomorrow: global cancer incidence and the role of prevention 2020-2070. *Nature reviews. Clinical oncology*, 18(10), 663–672. <https://doi.org/10.1038/s41571-021-00514-z>
- Spitz, M. R., Hong, W. K., Amos, C. I., Wu, X., Schabath, M. B., Dong, Q., Shete, S., & Etzel, C. J. (2007). A risk model for prediction of lung cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 99(9), 715–726. <https://doi.org/10.1093/jnci/djk153>
- Sram, R. J., Beskid, O., Rössnerova, A., Rössner, P., Lnenickova, Z., Milcova, A., Solansky, I., & Binkova, B. (2007). Environmental exposure to carcinogenic polycyclic aromatic hydrocarbons--the interpretation of cytogenetic analysis by FISH. *Toxicology letters*, 172(1-2), 12–20. <https://doi.org/10.1016/j.toxlet.2007.05.019>
- Stark, J. R., Bertone-Johnson, E. R., Costanza, M. E., & Stoddard, A. M. (2006). Factors associated with colorectal cancer risk perception: the role of polyps and family history. *Health education research*, 21(5), 740–749. <https://doi.org/10.1093/her/cyl049>
- Steffen, L. E., Vowles, K. E., Smith, B. W., Gan, G. N., & Edelman, M. J. (2018). Daily diary study of hope, stigma, and functioning in lung cancer patients. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 37(3), 218–227. <https://doi.org/10.1037/hea0000570>
- Steptoe, A., & Wardle, J. (2001). Locus of control and health behaviour revisited: a multivariate analysis of young adults from 18 countries. *British journal of psychology (London, England : 1953)*, 92(Pt 4), 659–672. <https://doi.org/10.1348/000712601162400>
- Straif, K., Benbrahim-Tallaa, L., Baan, R., Grosse, Y., Secretan, B., El Ghissassi, F., Bouvard, V., Guha, N., Freeman, C., Galichet, L., Coglianò, V., & WHO International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group (2009). A review of human carcinogens--Part C: metals, arsenic, dusts, and fibres. *The Lancet. Oncology*, 10(5), 453–454. [https://doi.org/10.1016/s1470-2045\(09\)70134-2](https://doi.org/10.1016/s1470-2045(09)70134-2)
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of

- Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 71(3), 209–249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
- Tabachnick, B., & Fidell, L. S. (1983). *Using Multivariate Statistics*. New York: Harper & Row.
- Tahmasebi, R., & Noroozi, A. (2016). Is Health Locus of Control a Modifying Factor in the Health Belief Model for Prediction of Breast Self-Examination?. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*, 17(4), 2229–2233. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2016.17.4.2229>
- Tanner, N. T., Egede, L. E., Shamblin, C., Gebregziabher, M., & Silvestri, G. A. (2013). Attitudes and beliefs toward lung cancer screening among US Veterans. *Chest*, 144(6), 1783–1787. <https://doi.org/10.1378/chest.13-0056>
- Taylor, S. (2017). What is health psychology. In *Health Psychology* (10th ed., p. 3). New York, EUA: McGraw-Hill Education.
- Temel, J. S., Greer, J. A., Muzikansky, A., Gallagher, E. R., Admane, S., Jackson, V. A., Dahlin, C. M., Blinderman, C. D., Jacobsen, J., Pirl, W. F., Billings, J. A., & Lynch, T. J. (2010). Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *The New England journal of medicine*, 363(8), 733–742. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1000678>
- Thai, A. A., Solomon, B. J., Sequist, L. V., Gainor, J. F., & Heist, R. S. (2021). Lung cancer. *Lancet (London, England)*, 398(10299), 535–554. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00312-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00312-3)
- The Global Cancer Observatory. Portugal—Globocan 2018 2019. Available from:* <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/620-portugal-fact-sheets.pdf>.
- Torre, L. A., Islami, F., Siegel, R. L., Ward, E. M., & Jemal, A. (2017). Global Cancer in Women: Burden and Trends. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*, 26(4), 444–457. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-16-0858World>
- Travis, W. D., Brambilla, E., & Riely, G. J. (2013). New pathologic classification of lung cancer: relevance for clinical practice and clinical trials. *Journal of clinical*

oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology, 31(8), 992–1001. <https://doi.org/10.1200/JCO.2012.46.9270>

- Travis, W. D., Brambilla, E., Burke, A. P., Marx, A., & Nicholson, A. G. (2015). Introduction to The 2015 World Health Organization Classification of Tumors of the Lung, Pleura, Thymus, and Heart. *Journal of thoracic oncology : official publication of the International Association for the Study of Lung Cancer*, 10(9), 1240–1242. <https://doi.org/10.1097/JTO.0000000000000663>
- Travis, W. D., Brambilla, E., Noguchi, M., Nicholson, A. G., Geisinger, K. R., Yatabe, Y., Beer, D. G., Powell, C. A., Riely, G. J., Van Schil, P. E., Garg, K., Austin, J. H., Asamura, H., Rusch, V. W., Hirsch, F. R., Scagliotti, G., Mitsudomi, T., Huber, R. M., Ishikawa, Y., Jett, J., ... Yankelewitz, D. (2011). International association for the study of lung cancer/american thoracic society/european respiratory society international multidisciplinary classification of lung adenocarcinoma. *Journal of thoracic oncology: official publication of the International Association for the Study of Lung Cancer*, 6(2), 244–285. <https://doi.org/10.1097/JTO.0b013e318206a221>
- Trindade, I., & Teixeira, J. A. C. (1998). Psicologia da saúde infantil. *Análise Psicológica*, 16, 155-158.
- Turner, J., Pond, G. R., Tremblay, A., Johnston, M., Goss, G., Nicholas, G., Martel, S., Bhatia, R., Liu, G., Schmidt, H., Tammemagi, M. C., Puksa, S., Atkar-Khattra, S., Tsao, M. S., Lam, S., & Goffin, J. R. (2021). Risk Perception Among a Lung Cancer Screening Population. *Chest*, 160(2), 718–730. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2021.02.050>
- Turner, J., Pond, G. R., Tremblay, A., Johnston, M., Goss, G., Nicholas, G., Martel, S., Bhatia, R., Liu, G., Schmidt, H., Tammemagi, M. C., Puksa, S., Atkar-Khattra, S., Tsao, M. S., Lam, S., & Goffin, J. R. (2021). Risk Perception Among a Lung Cancer Screening Population. *Chest*, 160(2), 718–730. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2021.02.050>
- Wallston K. A. (2005). The validity of the multidimensional health locus of control scales. *Journal of health psychology*, 10(5), 623–631. <https://doi.org/10.1177/1359105305055304>

- Wallston, K. A., Stein, M. J., & Smith, C. A. (1994). Form C of the MHLC scales: a condition-specific measure of locus of control. *Journal of personality assessment*, 63(3), 534–553. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6303_10
- Wallston, K. A., Wallston, B. S., & DeVellis, R. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. *Health education monographs*, 6(2), 160–170. <https://doi.org/10.1177/109019817800600107>
- Wang, H., Yang, L., Zou, L., Huang, D., Guo, Y., Pan, M., Tan, Y., Zhong, H., Ji, W., Ran, P., Zhong, N., & Lu, J. (2012). Association between chronic obstructive pulmonary disease and lung cancer: a case-control study in Southern Chinese and a meta-analysis. *PloS one*, 7(9), e46144. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0046144>
- Watts, D. J. (2017). Should social science be more solution-oriented? *Nature Human Behaviour*, 1(1). <https://doi.org/10.1038/s41562-016-0015>
- Wong, R. K., Wong, M. L., Chan, Y. H., Feng, Z., Wai, C. T., & Yeoh, K. G. (2013). Gender differences in predictors of colorectal cancer screening uptake: a national cross sectional study based on the health belief model. *BMC public health*, 13, 677. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-677>
- Woodman, C., Vundu, G., George, A., & Wilson, C. M. (2021). Applications and strategies in nanodiagnosis and nanotherapy in lung cancer. *Seminars in cancer biology*, 69, 349–364. <https://doi.org/10.1016/j.semcancer.2020.02.009>
- Wools, A., Dapper, E. A., & de Leeuw, J. R. (2016). Colorectal cancer screening participation: a systematic review. *European journal of public health*, 26(1), 158–168. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv148>
- World Health Organization. (1948). Official records of the World Health Organization n°2: Summary report on proceedings minutes and final acts of the International Health Conference. Geneva: Edição do autor.
- World Health Organization. (2012). Estimated Cancer Incidence. *Mortality and Prevalence Worldwide in, 2012*.
- World Health Organization. (2018). WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000-2025. *World Health Organization*.

World Medical Association. (2008). World medical association declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. Retrieved from <http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/10helsinki/>

Wortman, C. B., & Dunkel-Schetter, C. (1979). Interpersonal relationships and cancer: A theoretical analysis. *Journal of social issues*, 35(1), 120-155.

Young, R. P., Hopkins, R. J., Christmas, T., Black, P. N., Metcalf, P., & Gamble, G. D. (2009). COPD prevalence is increased in lung cancer, independent of age, sex and smoking history. *The European respiratory journal*, 34(2), 380–386.
<https://doi.org/10.1183/09031936.00144208>

Zielazny, P., Zielińska, P., de Walden-Gałuszko, K., Kuziemski, K., & Bętkowska-Korpała, B. (2016). Psychooncology in Poland. *Psychoonkologia w Polsce. Psychiatria polska*, 50(5), 1065–1073. <https://doi.org/10.12740/PP/60906>

Anexos

Anexo 1. Protocolo de avaliação usado neste estudo



Questionário para Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde: Crenças da Saúde e Locus de Controlo da Saúde face ao cancro de pulmão

Elaboração: Yanessa de Moraes

Orientadora: Teresa Santos

Unidade curricular: Dissertação

Por favor, leia com atenção a seguinte informação.

1. DESCRIÇÃO DO ESTUDO

Título: Crenças de saúde e locus de controlo da saúde face ao cancro de pulmão

Âmbito e Descrição Geral: O presente questionário integra-se no trabalho de investigação, da unidade curricular de Dissertação, do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. O principal objetivo desta investigação é a caracterização das crenças de saúde e do locus de controlo da saúde, face ao cancro de pulmão.

O questionário será aplicado à população em geral a partir dos 18 anos de idade.

2. PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

Em concordância com as Declarações Helsínquia da Associação Médica Mundial, o código deontológico e ético da APA e da OPP relativamente à investigação realizada, informamos que a sua participação é voluntária e pode recusar-se a participar ou retirar-se a qualquer altura, sem nenhum tipo de prejuízo, ou penalização. Pode também igualmente corrigir os dados durante todo o tempo.

A sua participação consiste no preenchimento de um questionário, com duração aproximada de 15 minutos.

3. TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

As informações pessoais recolhidas são anónimas e não serão reveladas a terceiros.

Os dados serão usados apenas com a finalidade a que se refere esta investigação, e, no âmbito de publicações científicas/académicas, onde os resultados agregados serão publicados sem individualizar a informação à luz dos direitos, liberdades e garantias, salvaguardando os legítimos interesses dos participantes envolvidos.

Após recolhidos, os dados serão processados usando softwares de tratamento de dados específicos para o efeito (Excel e SPSS), e apenas os investigadores terão acesso às informações. A cada questionário será atribuído um código numérico aleatório, a partir do qual serão associados os respetivos dados. Estes serão analisados em concordância rigorosa com a lei europeia da privacidade e segurança de dados - o RGPD (Regulamento Geral da Proteção de Dados (EU) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016), e demais legislação aplicável ao processamento de dados pessoais.

Contacto do Encarregado de proteção de dados (a quem o participante se pode dirigir para exercer os direitos sobre os seus dados):

Email: direitos.dados@universidadeeuropeia.pt

4. RESPONSÁVEIS PELA INVESTIGAÇÃO

Se necessitar de informação adicional, não hesite em contactar as investigadoras:

Yanessa de Moraes, yanessa59@gmail.com

Teresa Santos, teresa.santos@universidadeeuropeia.pt

5. TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO - No caso de concordar em participar neste estudo, solicitamos que preste o seu acordo e consentimento informado, assinalando nas caixas de verificação em baixo, referentes a cada afirmação:

Desejo participar no estudo “Crenças da Saúde e Locus de Controlo da Saúde face ao cancro de pulmão”

- Declaro ter lido e compreendido a informação prestada, incluindo o âmbito em que este trabalho está a ser realizado, os seus objetivos e o tratamento de dados pessoais.
- Compreendo que posso, em qualquer altura, desistir de participar neste estudo sem ter que dar qualquer justificação e sem ter qualquer tipo de penalização.
- Consinto no tratamento dos meus dados pessoais recolhidos (respostas ao questionário) para as finalidades do estudo de investigação supra assinaladas.

Dados Sociodemográficos

1. Idade: _____
2. Nacionalidade: _____
3. Sexo (biológico):
 - Feminino__
 - Masculino__
4. Estado civil:
 - Solteiro(a)__
 - Casado(a)__
 - Em regime de coabitação__
 - União de facto__
 - Separado(a)/Divorciado(a)__
 - Recasado/a__
 - Viúvo(a)__
5. Considerando o seu rendimento mensal, qual o seu nível socioeconómico atual?
 - Nível baixo__
 - Nível médio-baixo__
 - Nível médio__
 - Nível médio-alto__
 - Nível alto__
6. Grau académico:
 - Ensino básico__
 - Ensino secundário__
 - Bacharelato
 - Licenciatura__

Pós-graduação__

Mestrado__

Doutoramento__

Não se aplica__

7. Situação profissional:

Estudante__

Empregado(a)__

Trabalhador-Estudante__

Desempregado(a)__

Reformado(a)__

Outra opção: _____

8. Profissão: _____

Questionário Clínico/Avaliação de conhecimentos

1. Onde costuma ter atendimento médico?

Com médico de família no centro de saúde__

Com outro médico (que não o de família) no centro de saúde__

Com médico em contexto particular__

Outra opção __ Qual? _____

2. É acompanhado(a) em consultas de Medicina Geral e Familiar:

Mensalmente__

De 6 em 6 meses__

Anualmente__

Nunca__

Outra opção__

3. Atualmente, é fumador(a)?

Sim__

Não__

4. Se respondeu sim à questão anterior,

a) Quantos cigarros fuma por dia? _____

b) Há quantos anos é fumador(a)? _____

5. Nos últimos 6 meses, em média, com que regularidade ingeriu alimentos não saudáveis ou sentiu que a sua alimentação estava fora de controlo?
- Menos de uma vez por semana__
- Uma vez por semana__
- 2 ou 3 dias por semana__
- 4 ou 5 dias por semana__
- Quase todos os dias__
6. Durante os últimos 6 meses,
- a) Quantos copos de vinho bebeu, numa semana típica? ___ copos
- b) Quantos copos de cerveja bebeu, numa semana típica? ___ copos
- c) Quantos copos de bebida espirituosa bebeu, numa semana típica? ___ copos
7. Realiza alguma atividade física com regularidade?
- Sim__
- Não__
- 7.1 Se respondeu sim à questão anterior, com que regularidade?
- Diariamente__
- 6 ou 5 vezes por semana__
- 4 ou 3 vezes por semana__
- 2 vezes por semana__
- Semanalmente__
- Quinzenalmente__
- Mensalmente__
8. Alguma vez realizou um exame de rastreio do cancro de pulmão?
- Sim__
- Não__
9. Tem familiares com história de cancro de pulmão?
- Sim__
- Não__
10. Tendo em conta a sua perspetiva, escolha um dos números de 1 a 6 em baixo, para cada uma das seguintes afirmações:

1 = Discordo

2 = Discordo moderadamente

3 = Discordo ligeiramente

4 = Concordo ligeiramente

5 = Concordo moderadamente

6 = Concordo completamente

	1	2	3	4	5	6
10.1. ... uma pessoa tem maior risco de desenvolver cancro de pulmão se for fumador(a).						
10.2. ... uma pessoa tem maior risco de desenvolver cancro de pulmão se for fumador(a) passivo(a).						
10.3. ... uma pessoa tem maior risco de desenvolver cancro de pulmão se tiver história de cancro de pulmão.						
10.4. ... uma pessoa tem maior risco de desenvolver cancro de pulmão se já realizou (outros) tratamentos de radioterapia.						
10.5. ... uma pessoa tem maior risco de desenvolver cancro de pulmão se já teve doença pulmonar obstrutiva crónica.						

11. Algum médico(a) já recomendou a realização de um exame de rastreio para o cancro de pulmão?

Sim__

Não__

12. Dos exames abaixo quais pensa que podem ser realizados para fazer o rastreio do cancro no pulmão?

Análise ao sangue__

Raio X __

Tomografia computadorizada de baixa dose__

Não sei__

Outro(s). Qual/Quais? _____

Escala Multidimensional de Locus de Controlo da Saúde – Forma A

(Wallston, Wallston & DeVellis, 1978)

Cada um dos itens abaixo representa uma crença sobre a sua condição de saúde, com a qual pode concordar ou discordar. Por baixo de cada afirmação está uma escala de resposta que varia entre: 1 = Discordo; 2 = Discordo moderadamente; 3 = Discordo ligeiramente; 4 = Concordo ligeiramente; 5 = Concordo moderadamente; e 6 = Concordo completamente. Para cada item, gostaria que assinalasse o número que melhor representa o grau em que concorda ou discorda da afirmação. Quanto mais concordar, maior será o número a assinalar. Quanto mais discordar de uma afirmação, menor será o número a assinalar. Esta é uma medida das suas crenças pessoais, não existindo assim respostas certas ou erradas.

1 = Discordo

2 = Discordo moderadamente

3 = Discordo ligeiramente

4 = Concordo ligeiramente

5 = Concordo moderadamente

6 = Concordo completamente

	1	2	3	4	5	6
1. Se eu ficar doente, é o meu próprio comportamento que determina quão cedo eu voltarei a ficar bem.						
2. Faça eu o que fizer, se eu tiver de ficar doente (i.e., se estiver destinado), eu irei ficar doente.						
3. Ter contato frequente com o meu médico é a melhor forma de eu evitar ficar doente.						
4. A maior parte das coisas que afetam a minha saúde acontecem-me por acaso.						
5. Sempre que não me sinto bem, eu devo consultar um profissional de saúde qualificado.						
6. Eu tenho controlo sobre a minha saúde.						
7. A minha família contribui muito para eu ficar doente ou permanecer saudável.						
8. Quando eu fico doente, a culpa é minha.						
9. A sorte é muito importante para determinar quão cedo eu irei recuperar de uma doença.						

10. Os profissionais de saúde controlam a minha saúde.						
11. A minha saúde é, em grande parte, uma questão de sorte.						
12. O que mais influencia a minha saúde é aquilo que eu faço.						
13. Se eu tomar conta de mim próprio, eu posso evitar ficar doente.						
14. Quando eu recupero de uma doença, é geralmente porque outras pessoas (por exemplo, médicos, enfermeiros, familiares, amigos) cuidaram bem de mim.						
15. Faça eu o que fizer, é provável que eu fique doente.						
16. Se estiver destinado, eu continuarei saudável.						
17. Se eu adotar comportamentos adequados, eu posso continuar saudável.						
18. Em relação à minha saúde, eu só posso fazer o que os médicos me disserem para fazer.						

Escala de Crenças da Saúde em Relação ao Cancro de Pulmão (Morais & Santos, 2021)

Selecione a alternativa com a qual se identifica em cada uma das afirmações apresentadas, de acordo com os seguintes critérios:

1 = Discordo totalmente

2 = Discordo parcialmente

3 = Não concordo nem discordo

4 = Concordo parcialmente

5 = Concordo totalmente

	1	2	3	4	5
1. É muito provável que possa vir a ter cancro de pulmão no futuro.					

2. Sinto que vou ter cancro de pulmão no futuro.					
3. Existe uma elevada possibilidade de vir a ter cancro de pulmão nos próximos 10 anos.					
4. As hipóteses de vir a ter cancro de pulmão são elevadas.					
5. Tenho mais probabilidade de vir a ter cancro de pulmão, do que a média das pessoas.					
6. Pensar acerca do cancro de pulmão assusta-me.					
7. Quando penso sobre o cancro de pulmão, o meu coração fica mais acelerado.					
8. Tenho medo de pensar acerca do cancro de pulmão.					
9. Os problemas que pudesse experienciar com o cancro de pulmão iriam durar muito tempo.					
10. O cancro de pulmão iria ameaçar a relação com o/a meu/minha parceiro/a.					
11. Se tivesse cancro de pulmão toda a minha vida se alterava por completo.					
12. Se desenvolver cancro de pulmão, não irei sobreviver mais do que 5 anos.					
13. Se fizer exames de rastreio regulares para detetar o cancro de pulmão, vou sentir-me tranquilo/a.					
14. Se fizer exames de rastreio regulares para detetar o cancro de pulmão, não irei estar tão preocupado/a com o cancro de pulmão.					
15. Fazer exames de rastreio regulares para detetar o cancro de pulmão pode permitir o diagnóstico precoce do cancro.					
16. Se fizer exames de rastreio regulares para detetar o cancro de pulmão, reduzem-se as hipóteses de poder vir a morrer de cancro de pulmão.					
17. Se fizer exames de rastreio regulares para detetar o cancro de pulmão, reduzem-se as hipóteses de precisar de intervenções cirúrgicas radicais ou desfigurantes, caso se diagnostique					

o cancro de pulmão.					
18. Se fizer exames de rastreio regulares para detetar o cancro de pulmão, poderá ajudar a identificar sintomas precoces de cancro.					
19. Sinto-me desconfortável quando falo sobre o cancro de pulmão.					
20. Fazer exames de rastreio regulares para detetar o cancro de pulmão vai-me fazer sentir preocupado/a com o cancro de pulmão.					
21. Os exames de rastreio regulares para detetar o cancro de pulmão vão deixar-me desconfortável.					
22. Os exames de rastreio regulares para detetar o cancro de pulmão vão ocupar muito tempo.					
23. Os exames de rastreio regulares para detetar o cancro de pulmão vão ser desagradáveis.					
24. Fazer exames de rastreio regulares para detetar o cancro de pulmão custa muito dinheiro.					
25. Quero identificar os problemas de saúde precocemente.					
26. Manter um bom nível de saúde é extremamente importante para mim.					
27. Procuo informações atualizadas para promover a minha saúde.					
28. Sinto que é importante desenvolver atividades que promovam a minha saúde.					
29. Como refeições equilibradas.					
30. Faço exercício pelo menos três vezes por semana.					
31. Faço exames médicos regulares mesmo não estando doente.					
32. Sei como obter exames de rastreio regulares para detetar o cancro de pulmão.					
33. Estou confiante que poderei planear exames de rastreio regulares para detetar o cancro de pulmão caso venha a necessitar deles.					

34. Se desenvolvesse cancro de pulmão, continuaria a realizar exames de rastreio regulares.					
35. Consigo identificar alterações na minha função pulmonar (respiração).					
36. Posso ser capaz de identificar precocemente o cancro de pulmão se fizer exames de rastreio regulares.					

Terminou o questionário.

Muito obrigada pela sua participação!

A equipa de investigação.

Anexo 2. Aprovação da Comissão de Ética da Universidade Europeia



PARECER

DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A INVESTIGAÇÃO DA UNIVERSIDADE EUROPEIA

Projeto de Investigação em análise: **Questionário para Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde: Modelo de Crenças em Saúde; Locus de Controlo da Saúde; Cancro de Pulmão; Investigadora: Yanessa de Moraes; Coorientadora: Professora Doutora Teresa Santos; Unidade Curricular: Dissertação**

A Comissão de Ética para a Investigação da Universidade Europeia dá o seu parecer favorável ao projeto de investigação em epígrafe, tendo por base as informações a que teve acesso através da sua investigadora principal, Doutora Teresa Santos, designadamente o acesso a dados pessoais pseudonimizados. A pseudonimização dos dados considerados pessoais, é recomendada por forma a reduzir os riscos de exposição dos titulares de dados e a possibilitar uma segurança adicional para a Universidade Europeia, entidade responsável pelo tratamento. Em caso de vir a ser utilizado dados pessoais, reitera-se que seja cabalmente respeitado o Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados.

Reitera-se que sejam respeitadas, ainda, os Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos, constantes das Declarações de Helsínquia da Associação Médica Mundial, bem como as recomendações da Organização Mundial de Saúde e da União Europeia, no que se refere à experimentação que envolva seres humanos.

Lisboa, 29 de janeiro de 2021

Assinado por: **Cristina Maria de Gouveia Caldeira**
Num. de identificação: 0565 1896
Data: 2023.01.30 12:47:26+00'00'



Cristina Maria de Gouveia Caldeira
Presidente da Comissão de Ética



Anexo 3. Escala de Crenças da Saúde em Relação ao Cancro da Mama (Champion, 1984)

Item

Susceptibility

1. My chances of getting breast cancer are great.
2. My physical health makes it more likely that I will get breast cancer.
3. I feel that my chances of getting breast cancer in the future are good.
4. There is a good possibility that I will get breast cancer.
5. I worry a lot about getting breast cancer.
6. Within the next year I will get breast cancer.

Cronbach Alpha

Seriousness

1. The thought of breast cancer scares me.
2. When I think about breast cancer I feel nauseous.
3. If I had breast cancer my career would be endangered.
4. When I think about breast cancer my heart beats faster.
5. Breast cancer would endanger my marriage (or a significant relationship).
6. Breast cancer is a hopeless disease.
7. My feelings about myself would change if I got breast cancer.
8. I am afraid to even think about breast cancer.
9. My financial security would be endangered if I got breast cancer.
10. Problems I would experience from breast cancer would last a long time.
11. If I got breast cancer, it would be more serious than other diseases.
12. If I had breast cancer, my whole life would change.

Cronbach Alpha

Benefits

1. Doing self breast exams prevents future problems for me.
2. I have a lot to gain by doing self breast exams.
3. Self breast exams can help me find lumps in my breast.
4. If I do monthly breast exams I may find a lump before it is discovered by regular health exams.
5. I would not be so anxious about breast cancer if I did monthly exams.

Cronbach Alpha

Barriers

1. It is embarrassing for me to do monthly breast exams.
2. In order to do monthly breast exams I have to give up quite a bit.
3. Self breast exams can be painful.
4. Self breast exams are time consuming.
5. My family would make fun of me if I did self breast exams.
6. The practice of self breast exams interferes with my activities.
7. Doing self breast exams would require starting a new habit, which is difficult.
8. I am afraid I would not be able to do self breast exams.

Cronbach Alpha

Motivation

1. I eat a well-balanced diet.
2. I always follow medical orders because I believe they will benefit my state of health.
3. I frequently do things to improve my health.
4. I take vitamins when I don't eat good meals.
5. I search for new information related to my health.
6. I have the recommended yearly physical exams in addition to visits related to illness.
7. I have the recommended periodic dental exams in addition to visits for a specific problem.
8. I exercise regularly—at least three times a week.

Anexo 4. Escala de Crenças da Saúde em Relação ao Cancro Colorretal (Jacobs, 2002)

Circle one item on each line:

Scale items	Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
Susceptibility					
1. It is extremely likely I will get colon cancer in the future.	1	2	3	4	5
2. I feel I will get colon cancer in the future.	1	2	3	4	5
3. There is a good possibility I will get colon cancer in the next 10 yrs.	1	2	3	4	5
4. My chances of getting colon cancer are great.	1	2	3	4	5
5. I am more likely than the average person to get colon cancer.	1	2	3	4	5
Seriousness					
1. The thought of colon cancer scares me.	1	2	3	4	5
2. When I think about colon cancer, my heart beats faster.	1	2	3	4	5
3. I am afraid to think about colon cancer.	1	2	3	4	5
4. Problems I would experience with colon cancer would last a long time.	1	2	3	4	5
5. Colon cancer would threaten a relationship with my partner.	1	2	3	4	5
6. If I had colon cancer my whole life would change.	1	2	3	4	5
7. If I developed colon cancer, I would not live longer than 5 years.	1	2	3	4	5
Benefits (surveillance for colon cancer)					
1. If I had regular check-ups to detect colon cancer, I would feel good.	1	2	3	4	5
2. If I had regular check-ups to detect colon cancer, I wouldn't worry as much about colon cancer.	1	2	3	4	5
3. Having regular check-ups to detect colon cancer will allow me to find cancer early.	1	2	3	4	5
4. If I have regular check-ups to detect colon cancer, I will decrease my chance of dying from colon cancer.	1	2	3	4	5
5. If I have regular check-ups to detect colon cancer, I will decrease my chances of requiring radical or disfiguring surgery if colon cancer occurs.	1	2	3	4	5
6. If I have regular check-ups to detect colon cancer, it will help me to detect something that may be cancer early.	1	2	3	4	5
Barriers (surveillance for colon cancer)					
1. I feel uncomfortable talking about colon cancer.	1	2	3	4	5
2. Having regular check-ups to detect colon cancer will make me worry about colon cancer.	1	2	3	4	5
3. Regular check-ups to detect colon cancer will be embarrassing to me.	1	2	3	4	5
4. Regular check-ups to detect colon cancer will take too much time.	1	2	3	4	5
5. Regular check-ups to detect colon cancer will be unpleasant.	1	2	3	4	5
6. Having regular check-ups to detect colon cancer will cost too much money.	1	2	3	4	5

Scale items	Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
Health Motivation					
1. I want to discover health problems early.	1	2	3	4	5
2. Maintaining good health is extremely important to me.	1	2	3	4	5
3. I search for new information to improve my health.	1	2	3	4	5
4. I feel it is important to carry out activities that will improve my health.	1	2	3	4	5
Scale items					
5. I eat well-balanced meals.	1	2	3	4	5
6. I exercise at least 3 times a week.	1	2	3	4	5
7. I have regular health check-ups even when I am not sick.	1	2	3	4	5
Confidence					
1. I know how to get regular check-ups to detect colon cancer.	1	2	3	4	5
2. I am confident that I could schedule regular check-ups to detect colon cancer if I needed them.	1	2	3	4	5
3. If I were to develop colon cancer, I would continue to get regular check-ups.	1	2	3	4	5
4. I can recognize normal and abnormal changes in my bowel habits.	1	2	3	4	5
5. I will be able to detect colon cancer early if I have regular check-ups.	1	2	3	4	5
<i>Used with permission of author: Champion, V.L.</i>					

Anexo 5. Versão Portuguesa da Escala de Crenças da Saúde em Relação ao Cancro Colorretal (Nunes, 2012)

Instruções: Selecione a alternativa com a qual se identifica em cada uma das afirmações apresentadas, de acordo com os seguintes critérios:

1	Discordo Totalmente
2	Discordo Parcialmente
3	Não Tenho a Certeza
4	Concordo Parcialmente
5	Concordo Totalmente

1 – É muito provável que possa vir a ter cancro Colo-rectal no futuro.	1	2	3	4	5
2 – Sinto que vou ter cancro Colo-rectal no futuro.	1	2	3	4	5
3 – Existe uma elevada possibilidade de vir a ter cancro Colo-rectal nos próximos 10 anos.	1	2	3	4	5
4 – As hipóteses de vir a ter cancro Colo-rectal são elevadas.	1	2	3	4	5
5 – Tenho mais probabilidade de vir a ter cancro Colo-rectal, do que a média das pessoas.	1	2	3	4	5
6 – Pensar acerca do cancro Colo-rectal assusta-me.	1	2	3	4	5
7 – Quando penso sobre o cancro Colo-rectal, o meu coração bate mais acelerado.	1	2	3	4	5
8 – Tenho medo de pensar acerca do cancro Colo-rectal.	1	2	3	4	5
9 – Os problemas que pudesse experienciar com o cancro Colo-rectal iriam durar muito tempo.	1	2	3	4	5
10 – O cancro Colo-rectal iria ameaçar a relação com o meu/minha parceiro/a.	1	2	3	4	5
11 – Se tivesse cancro Colo-rectal toda a minha vida se alterava por completo.	1	2	3	4	5
12 – Se desenvolver cancro Colo-rectal, não irei sobreviver mais de que 5 anos.	1	2	3	4	5
13 – Se fizer exames de rastreio regulares para detetar o cancro Colo-rectal, vou sentir-me tranquilo/a.	1	2	3	4	5
14 – Se fizer exames de rastreio regulares para detetar o cancro Colo-rectal, não irei estar tão preocupado/a com o cancro Colo-rectal.	1	2	3	4	5
15 – Fazer exames de rastreio regulares para detetar o cancro Colo-rectal, pode permitir o diagnóstico precoce do cancro.	1	2	3	4	5
16 – Se fizer exames de rastreio regulares para detetar o cancro Colo-rectal, reduzem as hipóteses de poder vir a morrer de cancro Colo-rectal.	1	2	3	4	5
17 – Se fizer exames de rastreio regulares para detetar o cancro Colo-rectal, reduzem as hipóteses de poder precisar de intervenções cirúrgicas radicais ou desfigurantes caso se diagnostique o cancro Colo-rectal.	1	2	3	4	5
18 – Se fizer exames de rastreio regulares para detetar o cancro Colo-rectal, poderá ajudar a identificar sintomas precoces de cancro.	1	2	3	4	5
19 – Sinto-me desconfortável quando falo sobre o cancro Colo-rectal.	1	2	3	4	5
20 – Fazer exames de rastreio regulares para detetar o cancro Colo-rectal, vai-me fazer sentir preocupado/a com o cancro Colo-rectal.	1	2	3	4	5
21 – Os exames de rastreio regulares para detetar o cancro Colo-rectal vão deixar-me desconfortável.	1	2	3	4	5

Anexo 6. Escala de Crenças da Saúde em Relação ao Cancro de Pulmão (Morais & Santos, 2021)

Selecione a alternativa com a qual se identifica em cada uma das afirmações apresentadas, de acordo com os seguintes critérios:

1 = Discordo totalmente

2 = Discordo parcialmente

3 = Não concordo nem discordo

4 = Concordo parcialmente

5 = Concordo totalmente

	1	2	3	4	5
1. É muito provável que possa vir a ter cancro de pulmão no futuro.					
2. Sinto que vou ter cancro de pulmão no futuro.					
3. Existe uma elevada possibilidade de vir a ter cancro de pulmão nos próximos 10 anos.					
4. As hipóteses de vir a ter cancro de pulmão são elevadas.					
5. Tenho mais probabilidade de vir a ter cancro de pulmão, do que a média das pessoas.					
6. Pensar acerca do cancro de pulmão assusta-me.					
7. Quando penso sobre o cancro de pulmão, o meu coração fica mais acelerado.					
8. Tenho medo de pensar acerca do cancro de pulmão.					
9. Os problemas que pudesse experienciar com o cancro de pulmão iriam durar muito tempo.					
10. O cancro de pulmão iria ameaçar a relação com o/a meu/minha parceiro/a.					
11. Se tivesse cancro de pulmão toda a minha vida se alterava por completo.					
12. Se desenvolver cancro de pulmão, não irei					

sobreviver mais do que 5 anos.					
13. Se fizer exames de rastreio regulares para detetar o cancro de pulmão, vou sentir-me tranquilo/a.					
14. Se fizer exames de rastreio regulares para detetar o cancro de pulmão, não irei estar tão preocupado/a com o cancro de pulmão.					
15. Fazer exames de rastreio regulares para detetar o cancro de pulmão pode permitir o diagnóstico precoce do cancro.					
16. Se fizer exames de rastreio regulares para detetar o cancro de pulmão, reduzem-se as hipóteses de poder vir a morrer de cancro de pulmão.					
17. Se fizer exames de rastreio regulares para detetar o cancro de pulmão, reduzem-se as hipóteses de precisar de intervenções cirúrgicas radicais ou desfigurantes, caso se diagnostique o cancro de pulmão.					
18. Se fizer exames de rastreio regulares para detetar o cancro de pulmão, poderá ajudar a identificar sintomas precoces de cancro.					
19. Sinto-me desconfortável quando falo sobre o cancro de pulmão.					
20. Fazer exames de rastreio regulares para detetar o cancro de pulmão vai-me fazer sentir preocupado/a com o cancro de pulmão.					
21. Os exames de rastreio regulares para detetar o cancro de pulmão vão deixar-me desconfortável.					
22. Os exames de rastreio regulares para detetar o cancro de pulmão vão ocupar muito tempo.					
23. Os exames de rastreio regulares para detetar o cancro de pulmão vão ser desagradáveis.					
24. Fazer exames de rastreio regulares para detetar o cancro de pulmão custa muito dinheiro.					
25. Quero identificar os problemas de saúde precocemente.					

26. Manter um bom nível de saúde é extremamente importante para mim.					
27. Procuo informações atualizadas para promover a minha saúde.					
28. Sinto que é importante desenvolver atividades que promovam a minha saúde.					
29. Como refeições equilibradas.					
30. Faço exercício pelo menos três vezes por semana.					
31. Faço exames médicos regulares mesmo não estando doente.					
32. Sei como obter exames de rastreio regulares para detetar o cancro de pulmão.					
33. Estou confiante que poderei planear exames de rastreio regulares para detetar o cancro de pulmão caso venha a necessitar deles.					
34. Se desenvolvesse cancro de pulmão, continuaria a realizar exames de rastreio regulares.					
35. Consigo identificar alterações na minha função pulmonar (respiração).					
36. Posso ser capaz de identificar precocemente o cancro de pulmão se fizer exames de rastreio regulares.					