



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**CAMILA BRASIL MOREIRA**

**TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA *CHAMPION'S HEALTH***  
***BELIEF MODEL SCALE* PARA A LÍNGUA PORTUGUESA DO BRASIL**

**FORTALEZA**

**2016**

**CAMILA BRASIL MOREIRA**

**TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA *CHAMPION'S HEALTH*  
*BELIEF MODEL SCALE* PARA A LÍNGUA PORTUGUESA DO BRASIL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Linha de pesquisa: Enfermagem no Processo de Cuidar na Promoção da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Fátima Carvalho Fernandes.

**FORTALEZA**

**2016**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca de Ciências da Saúde

---

M837t      Moreira, Camila Brasil  
Tradução e adaptação transcultural da *Champion's Health Belief Model Scale* para a língua portuguesa do Brasil / Camila Brasil Moreira. – 2016.  
106 f. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado em Enfermagem, Fortaleza, 2016.

Área de Concentração: Enfermagem na promoção da saúde.

Orientação: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Fátima Carvalho Fernandes

1. Neoplasias da Mama. 2. Mamografia. 3. Testes Obrigatórios. 4. Enfermagem. I. Título.

---

CCD 616.99249

**CAMILA BRASIL MOREIRA**

**TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA *CHAMPION'S HEALTH*  
*BELIEF MODEL SCALE* PARA A LÍNGUA PORTUGUESA DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Ana Fátima Carvalho Fernandes (Orientador)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Profa. Dra. Izabel Cristina Falcão Juvenal Barbosa (1º Membro)  
Universidade Federal do Piauí (UFPI)

---

Profa. Dra. Carolina Maria de Lima Carvalho (2º Membro)  
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

---

Profa. Dra. Mônica Oliveira Batista Oriá (Membro Suplente)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

A Deus.

Aos meus pais, Paulo César e Tereza Lumena.

Aos meus irmãos, Patrícia e Paulo Jr.

Ao meu esposo, Alberto Neto.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer a Deus por ter permitido que grandes bênçãos acontecessem em minha vida. Obrigada Senhor por todos os dons a mim confiados!

Aos meus pais, Paulo César e Tereza Lumena, por serem estimuladores de toda conquista alcançada. Obrigada pelo incentivo incomparável para que alcançássemos essa conquista, por todas as palavras proferidas que me impulsionaram a chegar até o fim. Simplesmente obrigada por serem meus pais! Saiba que tudo o que faço é por vocês e para vocês.

Ao meu esposo, Alberto Neto, por todo o amor, companheirismo, compreensão e incentivo em todos os momentos dessa caminhada. Agradeço a Deus por ter colocado você na minha vida.

Aos meus irmãos, Patrícia e Paulo Jr., pelos saudosos momentos vividos, por me aceitarem do meu jeito, por sentirem orgulho de mim e pelo sentimento de cumplicidade que nos tornam fortes quando estamos unidos.

À minha grande mestra, professora Ana Fátima Carvalho Fernandes, por ser uma amiga, professora e orientadora, que torna a minha formação profissional engrandecedora com suas experiências e motivações que me impulsionam ao infinito. Peça fundamental em todos os importantes passos da minha caminhada. Mas, sobretudo, por ser uma contribuidora de toda a minha formação como pessoa.

À professora querida e essencialmente amiga, Míria Conceição Lavinhas Santos, pela grande contribuição para minha formação profissional e para o meu crescimento pessoal. Fiel amiga de todas as horas, agradeço por estar sempre presente, incentivando minhas realizações profissionais e pessoais. Obrigada pelos diálogos, pela escuta, pela alegria que vivenciamos em simples momentos da vida, pela aprendizagem constante, pelo exemplo....

Aos colegas da turma de mestrado, em especial aos meus queridos amigos, Altamira, Igor, Carol, Eliz, Hellen e Karine, por serem exemplos de solidez, garra, vitórias e conquistas, e por partilharem muitos momentos de alegria e tristeza. E como eu sempre digo “vocês fazem parte de todo o meu sucesso, vocês estão no meu *Lattes*”! Obrigada por contribuírem por mais essa conquista.

À Dra. Victoria Champion que concedeu a autorização para o uso da *Champion's Health Belief Model Scale* e se mostrou solícita durante todo o desenvolvimento desse estudo.

À todos os participantes da pesquisa, pelo tempo concedido para cada contribuição.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, por dividirem comigo seus ensinamentos, por terem paciência e dedicação.

À Universidade Federal do Ceará, por fornecer um espaço físico completo, no qual pude obter aulas com toda a infraestrutura necessária.

Aos professores participantes da banca examinadora Izabel Cristina Falcão Juvenal Barbosa, Carolina Maria de Lima Carvalho e Mônica Oliveira Batista Oriá pelo tempo, pelas valiosas colaborações e sugestões.

À CAPES, pelo apoio financeiro.

A todos aqueles que colaboraram direta ou indiretamente comigo neste caminho e ao longo de todo o meu processo de crescimento humano e profissional, o meu muito obrigada!

“Nosso subconsciente trabalha na materialização de nossas crenças. Não se escolheu a atitude adequada quando não se obteve bons resultados. Mudando essa atitude, tudo se modificará.”

(Zíbia Gasparetto)



## RESUMO

O câncer de mama ainda é diagnosticado em estágios elevados, podendo levar a prognósticos como uma doença incurável com risco iminente de morte. Esse dado está relacionado a não adesão ao exame mamográfico que na maioria das vezes é negligenciado devido ao vasto número de mulheres que devem realizá-lo. A utilização de um instrumento específico para a identificação e o controle dessa prática tem demonstrado bons resultados internacionalmente. Diante desse contexto, o presente estudo objetivou traduzir e adaptar a *Champion's Health Belief Model Scale* para a língua portuguesa para uso no Brasil, levando em considerações as divergências culturais entre os países envolvidos. Tratar-se de um estudo metodológico segundo o referencial metodológico de Beaton et al. (2007). O estudo se deu em 5 etapas: tradução inicial, síntese da tradução, tradução de volta a língua corrente (*back-translation*), revisão por um comitê de juízes e pré-teste da versão final. Nas etapas de traduções foram confeccionadas versões traduzidas da escala por tradutores profissionais e profissionais da saúde com domínio do inglês as quais foram utilizadas na etapa IV, onde uma comissão composta por 7 juízes avaliou a equivalência semântica, idiomática, funcional e conceitual para elaboração da versão pré-final da escala, e a última etapa, foi o pré-teste realizado com 40 mulheres em uma igreja católica da cidade de Fortaleza-CE no mês de junho de 2015. Durante aplicação do pré-teste, foi possível detectar palavras ou expressões que causaram dúvidas; as mesmas foram modificadas de acordo com sugestões das mulheres. Além da versão pré-final, foi aplicado um instrumento para caracterização sociodemográfica e clínica das participantes. Após a coleta dos dados, os mesmos foram organizados e analisados no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0. A versão pré-final da escala apresentou somente uma modificação após a avaliação dos juízes, pois a mesma apresentou 42,9% de concordância e, ao final, a escala traduzida e adaptada para o contexto brasileiro na análise de confiabilidade pela consistência interna apresentou coeficiente de alfa de Cronbach 0,72. Na análise bivariada, as mulheres que apresentaram média total de adesão mais elevada, foram as que tinham idade mais avançada, casadas/união estável e maior renda, no que concerne às características clínicas as mais adeptas são portadores de doenças crônicas, com história familiar de câncer, sem história pessoal de câncer, sem alteração benigna mamária e que apresentam os fatores de risco terapia de reposição hormonal e nuliparidade. Conclui-se que o processo de adaptação transcultural da *Champion's Health Belief Model Scale* resultou em um instrumento adaptado e confiável para o contexto brasileiro.

**Palavras-chave:** Neoplasias da mama 1. Mamografia 2. *Screening* 3.

## ABSTRACT

Breast cancer is still diagnosed at higher stages, leading to predictions as an incurable disease with imminent risk of death. This data is related to non-adherence to mammography that most often is overlooked because of the vast number of women who must accomplish it. The use of a specific instrument for the identification and control of this practice has shown good results internationally. In this context, the present study aimed to translate and adapt the Champion's Health Belief Model Scale into Portuguese for use in Brazil, taking into consideration the cultural differences between the countries involved. Treat yourself to a methodological study according to the methodological framework of Beaton *et al.* (2007). The study took place in five stages: initial translation, the translation synthesis, translation back the current language (back-translation), reviewed by a committee of judges and pretesting of the final version. In steps translations were made translated version of the scale for professionals and health professional translators with knowledge of English which were used in step IV, where a committee of seven judges evaluated the semantic equivalence, idiomatic, conceptual and functional for the preparation of pre-final version of the scale, and the last step was the pre-test conducted with 40 women in a Catholic church in the city of Fortaleza-CE in June 2015. During implementation of the pre-test, it was possible to detect words or expressions that caused doubts; they have been modified in accordance with suggestions of women. In addition to the pre-final version, an instrument for sociodemographic and clinical characterization of participants was applied. After collecting the data, they were organized and analyzed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 21.0. The scale of the pre-final version only had a change after the evaluation of the judges, because it showed 42.9% agreement and, ultimately, the scale translated and adapted to the Brazilian context in reliability analysis presented by the internal consistency coefficient Cronbach alpha of 0.72. In the bivariate analysis, women who had higher average total membership, were those who were older, married / common-law marriage and higher income, with respect to clinical features the most fans are suffering from chronic diseases, family history of cancer, with no personal history of cancer without benign breast changes and that present the risk factors hormonal reposition therapy and null parity. It is concluded that the cross-cultural adaptation process of the Health Belief Model Scale's Champion resulted in a tailored and reliable tool for the Brazilian context.

**Keywords:** Breast neoplasms 1. Mammography 2. Screening 3.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Representação gráfica das etapas do processo de tradução e adaptação recomendado por Beaton <i>et al.</i> (2007).....	39
Quadro 1	Parâmetros para subsidiar a programação de ações de saúde – saúde da mulher – prevenção do câncer de mama, segundo Pacto pela Vida.....	24
Quadro 2	Parâmetros para estimativa de procedimentos no rastreamento do câncer de mama, conforme os subgrupos da população-alvo.....	26
Quadro 3	Tradução inicial (T1 e T2) e a síntese das traduções (T12) resultante da primeira etapa do processo de adaptação transcultural da <i>Champion's Health Belief Model Scale</i> para o contexto brasileiro. Fortaleza, Setembro, 2015.....	51
Quadro 4	<i>Back-translation</i> (BT1 e BT2) resultante da terceira etapa do processo de adaptação transcultural do <i>Champion's Health Belief Model Scale</i> para o contexto brasileiro. Fortaleza, Outubro, 2015.....	53
Quadro 5	Versão Pré-Final da <i>Champion's Health Belief Model Scale</i> adaptada para o contexto brasileiro. Fortaleza, Novembro, 2015.....	58
Quadro 6	Versão adaptada da <i>Champion's Health Belief Model Scale</i> para o contexto brasileiro. Fortaleza, Dezembro, 2015.....	60

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 – Distribuição dos artigos de adesão à mamografia segundo aspectos estruturais das referências analisadas. Fortaleza-CE, Dezembro, 32 2014.....
- Tabela 2 – Distribuição dos artigos de adesão à mamografia segundo categorização dos objetivos do estudo. Fortaleza-CE, Dezembro, 33 2014.....
- Tabela 3 – Características sociodemográficas das participantes do estudo. Fortaleza, Dezembro, 2015..... 49
- Tabela 4 – Caracterização dos dados clínicos das mulheres. Fortaleza, Dezembro, 2015. .... 50
- Tabela 5 – Índices de Concordância e média geral dos itens do instrumento. Fortaleza, Novembro, 2015..... 56
- Tabela 6 – Média, variância, correlação item-total e alfa de Cronbach para a *Champion's Health Belief Model Scale*. Fortaleza, Dezembro, 2015..... 61
- Tabela 7 – Valores do alfa de Cronbach para a escala total e seus domínios separadamente. Fortaleza, Dezembro, 2015..... 62
- Tabela 8 – Correlações dos escores da *Champion's Health Belief Model Scale* (versão pré-final) das mulheres brasileiras e as variáveis sociodemográficas e clínicas. Fortaleza, Dezembro, 2015..... 63

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACR	Colégio Americano de Radiologia
AFBM	Alteração Funcional Benigna Mamária
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAP	Conhecimento, Atitude e Prática
DeCs	Descritores em Saúde
DM	<i>Diabetes Mellitus</i>
ECCR	Ensaio Clínico Controlado Randomizado
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MESH	<i>Medical Subject Headings</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNQM	Programa Nacional de Qualidade em Mamografia
SISMAMA	Sistema de Informação do Câncer de Mama
SUS	Sistema Único de Saúde
TCS	Teoria de Crenças em Saúde
trad.	Tradutor
TRH	Terapia de Reposição Hormonal

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	20
2.1 Geral.....	20
2.2 Específicos.....	20
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA: ESTADO DA ARTE</b> .....	21
3.1 Política Pública Brasileira para Diagnóstico do Câncer de Mama.....	21
3.2 Rastreamento do câncer de mama.....	27
3.3 Adesão ao exame mamográfico.....	29
3.4 <i>Champion's Health Belief Model Scale</i> .....	34
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	38
4.1 Tipo de estudo.....	38
4.2 Diretrizes para o processo de tradução e adaptação da escala.....	39
4.3 Local do estudo.....	44
4.4 População e amostra.....	44
4.5 Coleta de dados.....	45
4.6 Análise dos dados.....	45
4.7 Aspectos éticos.....	47
<b>5 RESULTADOS</b> .....	49
5.1 Caracterização da amostra.....	49
5.2 Processo de adaptação transcultural.....	51
5.3 Confiabilidade da versão pré-final da <i>Champion's Health Belief Model Scale</i> adaptada para o Brasil.....	61
5.4 Análise estatística bivariada entre os dados sociodemográficos e clínicos e os índices de adesão à mamografia.....	63
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	65
6.1 Adaptação transcultural e confiabilidade da <i>Champion's Health Belief Model Scale</i> .....	65
6.2 Adesão das mulheres à mamografia em relação aos dados sociodemográficos e clínicos.....	71
<b>7 CONCLUSÃO</b> .....	74
<b>REFERENCIAS</b> .....	76
<b>APÊNDICES</b> .....	87
<b>ANEXOS</b> .....	105

## INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença crônica não transmissível responsável por uma alta morbimortalidade da população mundial. Essa doença tornou-se um evidente problema de saúde pública. De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgados em 2012, o câncer deverá superar as doenças cardiovasculares no ano de 2030, devendo ser a primeira causa de mortalidade no mundo sendo responsável por 70% dessas mortes que deverão ocorrer em países de baixa e média renda (WHO, 2012a).

Para o ano de 2015, espera-se que cerca de 27 milhões de casos incidentes de câncer tenha acontecido com 17 milhões de mortes, no mundo (WHO, 2012b). O Brasil vivencia situação semelhante, de acordo com dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), para 2014/2015, a estimativa foi de 576 mil casos novos (BRASIL, 2014a).

Segundo a OMS (2012), dentre todos os tipos de cânceres, o câncer de mama é a neoplasia maligna mais comum entre as mulheres no mundo, respondendo por quase um em cada três casos de câncer diagnosticados entre as mesmas, e é a segunda principal causa de morte por câncer no sexo feminino.

Não diferenciando da realidade mundial, no Brasil, esse tipo de câncer é o mais frequente nas mulheres, apresentando-se nas regiões Sudeste (69/100 mil), Sul (65/100 mil), Centro-Oeste (48/100 mil) e Nordeste (32/100 mil) como mais prevalente. A região Norte do país apresenta prevalência maior do câncer de colo do útero, sendo o câncer de mama o segundo em prevalência nessa região (BRASIL, 2011a).

Estudos têm revelado que apesar de todos os avanços tecnológicos, que possibilitam a detecção precoce dessa doença, no Brasil, o câncer de mama ainda é diagnosticado em estágios elevados, podendo levar a prognósticos como uma doença incurável com risco iminente de morte (CARVALHO, 2008; BRASIL, 2011b).

O adoecer por essa doença é uma das experiências mais temidas, indesejadas e sofridas, de acordo com relatos e cotidiano de mulheres que já passaram ou estão passando por este processo (FERNANDES *et al.*, 2012; WATERKEMPER; REIBNITZ, 2010).

Estas características reforçam a importância da responsabilidade dos profissionais da saúde como membros componentes e corresponsáveis pela promoção

da saúde da comunidade, principalmente nas ações e serviços que estão diretamente relacionados aos métodos de detecção.

A literatura refere que os principais métodos de detecção precoce do câncer de mama são: o exame clínico das mamas, a mamografia e a ultrassonografia mamária (SANTOS; CHUBACI, 2011). Dentre eles, a mamografia é considerada padrão ouro no rastreamento, ou seja, a mais eficaz na detecção precoce da doença (SILVA, HORTALE, 2012), é capaz de identificar lesões menores que um centímetro o que pode proporcionar tratamentos bastante eficazes podendo erradicar totalmente o tumor.

As recomendações do protocolo de rastreamento do INCA afirmam que todas as mulheres de 50 a 69 anos de idade devem submeter-se à mamografia bianualmente, caso o exame clínico das mamas não seja alterado. Se for identificada alguma alteração, a frequência do exame deve variar de acordo com a avaliação e critério do profissional de saúde. Já as mulheres de 40 a 49 anos só devem se submeter a esse exame caso o exame clínico das mamas anual sinalize alterações e/ou possua fator de risco elevado<sup>1</sup> de desenvolver a doença (BRASIL, 2015a).

Para as mulheres com história familiar de câncer de mama, se deve começar a realização da mamografia aos 30 anos ou 10 anos antes da idade em que foi diagnosticado câncer em seu familiar. Faz-se ainda uma ressalva para as mulheres a partir de 35 anos de idade que devem realizar a mamografia somente se houver presença de fator de risco elevado, e o protocolo não preconiza a frequência que o exame deve ser feito, porém refere existir controvérsias em relação a necessidade da realização do exame por mulheres nessa faixa etária e reforça ser de 1% a prevalência dos casos da doença nessas mulheres (BRASIL, 2013).

Apesar da existência desse protocolo divulgado no Brasil, estudos científicos e os próprios dados nacionais sinalizam que o número de realizações da mamografia pelas mulheres no país não equivalem às indicações preconizadas, principalmente pelas mulheres da faixa etária de 50 a 60 anos, sendo essas as mais indicadas à adesão ao exame (BRASIL, 2011c; MATOS; PELLOSO; CARVALHO, 2011), o que gera preocupação em relação a saúde pública nacional.

---

<sup>1</sup> Considera-se risco elevado: Mulheres com história familiar de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama abaixo dos 50 anos de idade ou com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária; Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino; Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ*.



No Brasil, em 2011 existiam 2.190 mamógrafos e foram realizados 3.073.902 exames (BRASIL, 2011c). Destes, 527.321 exames foram realizados no Nordeste, sendo apenas 78.564 mamografias realizadas em todo o estado do Ceará, apesar de o estado ter contado com o maior número de mamógrafos na Região, 117 máquinas (BRASIL, 2011c). Considerando os dados do Censo Demográfico do IBGE (2010), sinalizando que no Ceará residem 1.158.529 mulheres com faixa etária de 40 à 69 anos, comparando com quantitativo de exames que foram disponibilizados, sendo 30 exames por turno em cada mamógrafo, se evidencia uma considerável discrepância de adesão ao exame pelas mulheres cearenses.

Diante desse cenário, estudiosos se voltaram para o desenvolvimento de pesquisas a fim de conhecer quais os motivos relacionados a não adesão das mulheres ao exame mamográfico através da identificação dos fatores associados a essa prática. Dentre os achados dessas pesquisas, pode-se destacar os aspectos sociais e clínicos pessoais, assiduidade nas consultas ginecológicas e autocuidado com a saúde de um modo geral como fatores relacionados à adesão (AMORIM *et al.*, 2008; LOURENÇO, 2009; NOVAES; BRAGA; SCHOUT, 2006; NOVAES; MATTOS, 2009; OLIVEIRA *et al.*, 2011).

À medida que foram identificados esses fatores, essa temática emergiu na literatura e gerou uma variedade crescente de instrumentos disponíveis para avaliar a população feminina com o intuito de identificar quais mulheres possivelmente não seriam adeptas ao exame, e com esse dado fornecer aos gestores das políticas de saúde informações indispensáveis para a implementação de estratégias eficazes que reorientem os serviços na perspectiva da atenção integral à saúde das mulheres e com foco especial para as mais vulneráveis à baixa cobertura de práticas preventivas.

Estes instrumentos podem ser genéricos ou específicos. Os instrumentos genéricos são usados na população em geral, sem precisar que haja características ou condições específicas de doença ou outros aspectos especiais, podendo ser aplicados em quaisquer pessoas. São usados para comparar grupos de pacientes de diferentes enfermidades e também para comparar os resultados com os escores da população em geral.

Enquanto que os instrumentos específicos, avaliam pessoas com condições ou doenças específicas; e possuem a vantagem de serem mais sensíveis para a população característica, além de investigarem aspectos particulares da condição clínica em questão.

Ressalta-se ainda, que experiências internacionais têm demonstrado que a implementação de instrumentos para auxiliar no rastreamento de mulheres para a realização da mamografia apresenta bons resultados e menores custos, além da mortalidade por câncer de mama está diminuindo nesses países. As evidências do impacto dessa estratégia na mortalidade por esta neoplasia justificam sua adoção como política de saúde pública, tal como recomendado pela OMS (BRASIL, 2008a; WHO, 2008).

A temática do presente estudo se deu mediante as propostas estratégicas assistenciais através da participação em um grupo de pesquisa que aborda a temática “câncer de mama”, proporcionando vivências do cuidado de mulheres mastectomizadas e a promoção da saúde mamária em atividades extensivas acerca dos métodos de detecção dessa doença.

Também emergiu dentro do ambiente dos serviços de saúde, onde se pode observar a precariedade no atendimento à mulher no aspecto de sua saúde mamária, onde muitas nunca foram examinadas e/ou fizeram a mamografia. A equipe de saúde, muitas vezes, se apoia no fator “escassez de recursos” para justificar a negligência desse cuidado, pois a solicitação da mamografia não segue um protocolo mais específico, por não ser delimitado pelo Ministério da Saúde, o que dificulta o seu acesso pelo amplo número de mulheres a serem atendidas. Estudos levantam os motivos da adesão e não adesão das mulheres à mamografia, mas não sistematizam o levantamento com instrumentos específicos para a abordagem ao tema (MATOS; PELLOSO; CARVALHO, 2011).

Pesquisando estudos disponíveis na literatura acerca do tema, observa-se que existe hoje, uma escassez, nomeadamente em nosso país, de instrumentos para avaliar a realização da mamografia como, por exemplo, através da mensuração da adesão da mulher à prática desse exame.

Em busca realizada nas bases de dados informatizadas indexadas na Biblioteca Virtual de Saúde, foram encontrados 46 artigos distribuídos em três base de dados (BDENF, Coleciona SUS, Index Psi), esse dado foi levantado com a utilização dos Descritores em Saúde (DeCS) “neoplasias da mama” e “mamografia”. Ao incluir o descritor “programas de rastreamento” esse número foi reduzido para três artigos onde todos pertenciam à mesma base de dados, Coleciona SUS. Desses três, apenas um versava sobre questionário acerca de estratégia para rastreamento do câncer de mama,

porém não disponibilizava o material para utilização e não deixava claro como o mesmo foi elaborado.

Diferentemente da realidade nacional, existe uma demanda considerável de protocolos de rastreamento do câncer de mama na literatura internacional, como pode ser identificado na BVS. Na busca realizada, dos 2.871 artigos levantados nas bases de dados indexadas (MEDLINE, LILACS, MedCarib), existem 27 propostas de instrumentos para rastreamento do câncer de mama utilizados em 889 estudos provenientes de duas bases de dados, MEDLINE e LILACS.

Dentre eles a *Champion's Health Belief Model Scale* foi selecionada mediante o levantamento bibliográfico em bases de dados nacionais e internacionais sobre instrumentos que avaliam o construto de interesse. Esse instrumento foi o mais utilizado a nível internacional e não está traduzido e adaptado transculturalmente para a língua portuguesa do Brasil. A disponibilização de um instrumento que possui essa finalidade para a cultura brasileira indicaria grande avanço na atenção à saúde da mulher.

Esse instrumento foi desenvolvido por uma enfermeira epidemiologista americana, em 1984, com o objetivo de avaliar a adesão de mulheres ao autoexame das mamas (CHAMPION, 1984). Em 1999, o instrumento foi revisado e adaptado para avaliar a adesão à mamografia através de um estudo realizado pela autora da primeira versão da escala com 804 mulheres com idade a partir de 50 anos (CHAMPION, 1999) (Anexo A).

Trata-se de um instrumento elaborado com base na Teoria de Crenças em Saúde (TCS) e contempla três domínios: *Susceptibility* (3 itens), *Benefits* (5 itens) e *Barriers* (11 itens), através dos quais se é capaz de mensurar a adesão ao exame mamográfico.

Como exposto anteriormente, os nossos dados revelam escassa quantidade de exames realizados por ano por mulheres dentro da faixa etária indicada pelo protocolo nacional. Esses dados demonstram a necessidade, seja por parte da academia ou dos profissionais da assistência, incluindo os enfermeiros, de investimento em pesquisas que abordem o fenômeno da adesão/não adesão com o intuito de melhorar a assistência de saúde à mulher em relação a sua saúde mamária visando levantar dados de forma sistematizada com rigor metodológico.

Nesse contexto, a Enfermagem, que tem como um de seus instrumentos a habilidade de colocar-se disponível à conversa e realizar interação com o paciente, pode

colaborar significativamente no planejamento e adaptação de suas atividades cotidianas. Deve ainda preservar a condição da mulher, logo, ativa e participante de seu processo de cuidado, resultando em uma melhor adesão aos métodos de detecção precoce do câncer de mama oferecidos pelos serviços de saúde pública (FONTES; ALVIM, 2008).

Apesar dessa importância que o profissional enfermeiro possui na questão da adesão, uma pesquisa que objetivava analisar de forma crítica os estudos referentes às ações realizadas pelo enfermeiro na atenção primária para o rastreamento e diagnóstico precoce do câncer de mama no Brasil, no período de 2000 a 2009, identificou que existe uma carência de publicações referentes às ações do enfermeiro para o controle do câncer de mama na atenção básica e não há preocupação desses profissionais em relação à adesão/não adesão ao exame mamográfico pelas mulheres (CAVALCANTE *et al.*, 2013).

A disponibilização da *Champion's Health Belief Model Scale* traduzida e adaptada para o Brasil poderia direcionar novas pesquisas e políticas de apoio às reais necessidades das mulheres que deveriam ser intimadas pelo sistema público de saúde do país para que o rastreamento do câncer de mama seja efetivo, promovendo como consequência em curto prazo, maior abrangência na detecção precoce da doença e, em longo prazo, uma mudança da realidade da doença no país e diminuição da mortalidade feminina por esse tipo de câncer, assim como foi evidenciado em experiências internacionais citadas anteriormente.

Tendo em vista a importância dessa temática e reconhecendo cada vez mais o exame mamográfico como método de detecção precoce eficaz do câncer de mama, este estudo visa traduzir e adaptar a *Champion's Health Belief Model Scale* para a língua portuguesa para uso no Brasil, levando em consideração as divergências culturais entre os países envolvidos.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Traduzir e adaptar culturalmente a *Champion's Health Belief Model Scale* para Língua Portuguesa no contexto brasileiro.

### **2.2 Específicos**

Verificar a associação entre os dados sociodemográficos e os índices domínios de adesão à mamografia, segundo a versão pré-final do instrumento.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA: ESTADO DA ARTE**

#### **3.1 Políticas Públicas Brasileira para Diagnóstico do Câncer de Mama**

O Brasil é um país que propaga as idealizações governamentais através da criação de políticas públicas nacionais as quais são vinculadas ao provimento de recursos que circundam as conjunturas geradas dentro do cenário promissor nacional. Dentre as políticas públicas brasileiras, destacam-se às voltadas para a saúde da mulher que apresentaram mudanças conceituais e estratégicas durante o percurso histórico do país no quesito saúde, como pode ser observado a seguir.

Após a criação do Programa Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática (PAISM), apresentado pelo Ministro da Saúde em 21 de junho de 1983, cujas ações prioritárias se baseavam nas necessidades da população feminina, houve uma resignificação conceitual, pois, pela primeira vez, o foco deixava de ser o controle da natalidade (OSIS, 1998).

Em termos de políticas públicas, a atenção à saúde da mulher no Brasil, até o surgimento do PAISM, traduziu-se na preocupação com o grupo materno-infantil que sempre permanecia como o mais enfatizado por essas políticas. Após a mudança de conceito da saúde da mulher, o PAISM conseguiu incorporar os princípios norteadores da reforma sanitária, a ideia de descentralização, hierarquização, regionalização, equidade na atenção à saúde, bem como de participação social (OSIS, 1998).

Poucos anos após a criação do PAISM, em 1986, na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, houve a apresentação da Carta de Ottawa, que se tornou o termo de referência básico e fundamental no desenvolvimento das ideias de promoção da saúde em todo o mundo, e, subsidiou políticas e estratégias em saúde. Esse documento sintetizou a nova perspectiva do cuidado em saúde e trouxe cinco campos centrais de ação: a elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; a criação de ambientes favoráveis à saúde; o incremento do poder técnico e político das comunidades; o desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais e a reorientação dos serviços de saúde (BUSS, 2000). Esse documento também favoreceu a criação de políticas públicas que visassem à promoção da saúde da mulher brasileira.

Outra política importante na saúde da mulher, foi a criação do Programa Nacional de Controle de Câncer do Colo do Útero e de Mama – Viva Mulher . Lançado em 1997, tinha o objetivo de reduzir as mortes causadas por estes cânceres na mulher

brasileira, por meio de oferta de serviços para prevenção e detecção em estágios iniciais, tratamento e reabilitação.

A partir de então, é percebida a existência de um novo foco de preocupação com a saúde da mulher no país: o risco de morbidade e mortalidade causado pelos cânceres femininos. Em agosto 1998, intensifica-se a ação do Programa Viva Mulher com a adoção de estratégias para estruturação da rede assistencial, estabelecimento de um sistema de informações para o monitoramento das ações e dos mecanismos para mobilização e captação de mulheres, assim como definição das competências nos três níveis de governo (BRASIL, 2011b).

Entre as ações realizadas, a primeira para controle do câncer de mama ocorre no ano de 2000, com a aquisição de 50 mamógrafos em comodato com as Secretarias de Estado da Saúde para implementação do diagnóstico do câncer de mama e implantação de polos de referência para treinamento de médicos e técnicos em radiologia mamária, que foram entregues em 2001. Outra ação, em 2001, foi o treinamento de profissionais em todo o país para realização do exame clínico das mamas (SCHNEIDER *et al.*, 2014).

Em 2002, houve a intensificação da segunda fase do Programa Viva Mulher através de uma campanha que objetivou ampliar a cobertura das ações para rastreamento do câncer de colo de útero, mas não possuiu nenhuma ação para o controle do câncer de mama (SCHNEIDER *et al.*, 2014). Mas em 2004, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher que visava à redução da mortalidade por câncer na população feminina.

O plano de ação desta política trouxe como uma das ações a elaboração de um consenso sobre o câncer de mama com propostas de princípios e diretrizes, organização de municípios polos com rede de referência e contrarreferência tanto para o diagnóstico como para o tratamento do câncer de mama (SCHNEIDER *et al.*, 2014). Então, ainda no mesmo ano, o INCA elaborou um documento de consenso “Controle do Câncer de Mama”, para ser utilizado no Sistema Único de Saúde (SUS) apresentando tais propostas.

Dentre as propostas desse consenso, destacam-se as estratégias para a detecção precoce do câncer de mama para cada público alvo, com garantia de acesso ao diagnóstico, tratamento e seguimento dos casos suspeitos. Eram elas:

- Mulheres de 40 a 49 anos: rastreamento por exame clínico da mama;

- Mulheres a partir de 35 anos com risco elevado de desenvolver câncer de mama: Exame clínico da mama e mamografia anual;
- Mulheres de 50 a 69 anos: Rastreamento por mamografia com intervalo máximo de 2 anos.

No ano seguinte, com o lançamento da Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), o controle dos cânceres do colo do útero e de mama destacou-se como componente fundamental dos planos estaduais e municipais de saúde. Neste mesmo ano, após avaliação do Programa Viva Mulher, identificou-se a necessidade de revisão de alguns pontos deste programa, surgindo o Plano de Ação para o Controle dos Cânceres de Colo do Útero e de Mama (2005-2007), que propôs seis diretrizes estratégicas, a saber: aumento de cobertura da população-alvo, garantia da qualidade, fortalecimento do sistema de informação, desenvolvimento de capacitações, estratégia de mobilização social e desenvolvimento de pesquisas (BRASIL, 2005a). Nesse plano se instituem ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos de acordo com cada esfera de governo.

Nesta Política, a rede de serviços básicos de saúde deve organizar ações de caráter individual e coletivo, voltados para a promoção da saúde e prevenção do câncer, como também o diagnóstico precoce, cuidados paliativos e seguimento dos pacientes já tratados, devendo ser realizada assistência diagnóstica e terapêutica especializada, através do diagnóstico clínico ou diagnóstico definitivo de câncer, tanto para estadiar, tratar, cuidar e assegurar qualidade de acordo com rotinas e condutas estabelecidas (BRASIL, 2005a).

Logo em 22 de fevereiro de 2006, foi dimensionado um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão - União, Estados e Municípios para a implementação do Pacto pela Saúde que é renovado anualmente habilitando e estabelecendo metas e compromissos para cada ente da federação (BRASIL, 2006).

O Pacto pela Saúde tem como objetivo promover a melhoria dos serviços ofertados à população e a garantia de acesso a todos. Sua adesão constitui um processo de cooperação permanente entre os gestores e negociação local, regional, estadual e federal. As estratégias de prevenção e controle do câncer do colo do útero e da mama estão contempladas nesse pacto com dimensão no Pacto pela Vida que têm como objetivos reduzir a mortalidade por câncer de mama, assim como as repercussões



causadas, por meio de ações de prevenção, oferta de serviços para detecção precoce da doença e para o tratamento e reabilitação (BRASIL, 2006).

O Pacto pela Vida reforça no SUS o movimento da gestão pública por resultados, estabelece um conjunto de compromissos sanitários considerados prioritários, pactuado de forma tripartite, a ser implementado pelos entes federados. Esses compromissos deverão ser efetivados pela rede do SUS, de forma a garantir o alcance das metas pactuadas, dentre essas metas foram propostas ações diante de 11 diretrizes para a programação da integração da assistência à saúde, dentre elas pactuações de procedimentos para garantia de acesso da população aos serviços de saúde (BRASIL, 2006). Em relação ao câncer de mama, uma das prioridades pactuadas “parâmetros para subsidiar a programação das ações em saúde” no qual a cobertura pode variar, sendo definida pelo gestor municipal (Quadro 1).

Quadro 1 - Parâmetros para subsidiar a programação de ações de saúde – saúde da mulher – prevenção do câncer de mama, segundo Pacto pela Vida.

<b>Ações/ População alvo</b>	<b>Parâmetro/ % da população</b>	<b>Observações</b>
Consulta médica em ginecologia para Exame Clínico das Mamas (ECM)	1 consulta para 50% população coberta/ano.	Incluídas nas consultas programadas para prevenção do câncer de colo uterino.
Consulta enfermagem em ginecologia para ECM	1 consulta para 50 % da população coberta/ano.	Incluídas nas consultas programadas para prevenção do câncer de colo uterino.
Mamografia – mulheres de 40-49 anos	1 exame para 17% dos ECM.	Estimativa de alteração nos ECM em mulheres de 40 a 49 anos.
Mamografias para rastreamento em mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos	1 mamografia 50% população coberta/ano.	Considerando que a recomendação do Consenso é bianual e considerando o percentual de adesão de programas de outros países.
Consulta médica em ginecologia para ECM	1 consulta p/ 50% população coberta/ano.	Incluídas nas consultas programadas para prevenção do câncer de colo uterino, para a faixa etária de 50 a 59 anos. É necessário programar 1 consulta para 50% das mulheres da faixa etária 60 a 69 anos.
Consulta enfermagem em ginecologia para ECM	1 cons. p/ 50% população coberta/ano.	Incluídas nas consultas programadas para prevenção do câncer de colo uterino, para a faixa etária de 50 a 59 anos. É necessário programar 1 consulta para 50% das mulheres da faixa etária 60 a 69 anos.
Mamografia – mulheres de 50-59 anos	1 exame para 5% dos ECM.	Estimativa de alteração nos ECM em mulheres de 40 a 49 anos.
Exames mamográficos com resultados alterados	11% das mamografias realizadas em mulheres de 50 a 69 anos.	Parâmetro internacional.
Encaminhamento para tratamento neoplasia maligna	Todas mulheres com diagnóstico confirmado.	

Fonte: Adaptado de Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (2006).

Em 2008, foi criado o Programa Mais Saúde: Direito de Todos que priorizava os objetivos e as metas do Pacto pela Saúde, na dimensão do Pacto pela Vida, que inclui o controle do câncer de colo de útero e de mama, mas entre as metas deste programa, está a ampliação da cobertura de mamografias para 60%, até 2011 (BRASIL, 2008b).

Nesse mesmo ano foi promulgada a Lei 11.664, que dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do SUS. Nesta Lei, ficou assegurada a garantia de realização do exame mamográfico a partir dos 40 anos, com encaminhamento a serviços de maior complexidade nos casos de investigação diagnóstica (BRASIL, 2008c). Porém a lei só entrou em vigor no ano seguinte.

E, em 12 de novembro de 2014, essa lei foi reforçada com a publicação no Diário Oficial de metas a serem atingidas através do Plano Distrital de Políticas para as Mulheres. No plano, as duas primeiras metas traçadas para a redução da morbidade de mortalidade feminina são: atingir cobertura de rastreamento por mamografia de 70% das mulheres entre 50 a 69 anos, e criar condições para ampliar o rastreamento do câncer da mama no segmento de mulheres a partir de 40 anos de idade, conforme Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008, da Presidência da República (BRASIL, 2014a).

A partir de 2009 observa-se uma maior importância dada à temática câncer de mama dentro da saúde da mulher e o exame mamográfico é colocado como estratégia de detecção precoce. Ainda nesse ano, foram publicados os Parâmetros para o Rastreamento do Câncer de Mama: recomendações para gestores estaduais e municipais, visando subsidiar o planejamento e a regulação das ações no rastreamento do câncer de mama, com estimativas dos procedimentos necessários para atender a população-alvo (BRASIL, 2009).

Para os parâmetros acima referidos, baseou-se no Documento do Consenso publicado pelo Colégio Americano de Radiologia (ACR) onde os resultados dos exames mamográficos são baseados na classificação *Breast Imaging Reporting and Data System* BI-RADS®. Esse sistema utiliza categorias de 0 a 6 na descrição dos achados dos exames radiológicos e prevê recomendação de conduta para cada categoria. As mulheres com exames com BI-RADS® 0, 4 e 5 necessitam de investigação adicional (BRASIL, 2013). Segundo esse documento, a estimativa de procedimentos para o rastreamento pode ser observado no Quadro 2.

Quadro 2 - Parâmetros para estimativa de procedimentos no rastreamento do câncer de mama, conforme os subgrupos da população-alvo.

Procedimentos	Parâmetros
Mamografia de rastreamento	> 35 anos com risco elevado: 100% 40 a 49 anos: - (não recomendada) 50 a 69 anos: 50%
Mamografia diagnóstica	> 35 anos com risco elevado: 8,9% 40 a 49 anos: 10% 50 a 69 anos: 8,9%
Ultrassonografia das mamas	> 35 anos com risco elevado: 6,5% 40 a 49 anos: 5,4% 50 a 69 anos: 6,5%

Fonte: Adaptado de Parâmetros Técnicos para o Rastreamento do Câncer de Mama (2009).

Para coordenar a efetivação desses procedimentos realizados relacionados ao rastreamento e a confirmação diagnóstica do câncer de mama, uma ferramenta criada ainda em 2008 foi fundamental, o Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA). Trata-se de um sistema de informação oficial do Ministério da Saúde para fornecimento de dados e, através deste programa, podem-se centralizar as informações de todas as pacientes que realizaram mamografia pelo SUS, além dos resultados dos exames, qualidade dos serviços, seguimento dos casos alterados, e monitoramento do desempenho do programa, fatores esses que proporcionam uma perspectiva ampliada do andamento do serviço oferecido pelo país para a saúde da mulher nos quesitos câncer de mama e mamografia (SCHNEIDER *et al.*, 2014).

Em março de 2011 foi lançado o plano de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer, pela Presidência da República, cujos eixos são: controle do câncer do colo do útero, controle do câncer de mama e ampliação e qualificação da assistência oncológica. Para o controle do câncer de mama, os objetivos são a garantia do acesso das mulheres com lesões palpáveis ao imediato esclarecimento diagnóstico e tratamento, a ampliação do acesso à mamografia de rastreamento para mulheres de 50 a 69 anos e a qualificação da rede de atenção (BRASIL, 2013).

Apesar da criação de propostas para a reconfiguração nacional do exame mamográfico, percebeu-se a necessidade de garantir a qualidade desses exames oferecidos à população, minimizando-se o risco associado ao uso dos raios-X, para tanto foi criado Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM), em 2012, com abrangência nacional e justapõe-se a todos os serviços de diagnóstico por imagem

que realizam mamografia, públicos e privados, participantes ou não do SUS (BRASIL, 2012a).

Após o INCA elaborar o primeiro protocolo para procedimentos diagnósticos do câncer de mama, em 2004, houve modificações ao longo dos anos e em meio às propostas políticas publicadas. A última atualização do protocolo foi em 2015 e indica os seguintes parâmetros (BRASIL, 2015a):

- Mulheres de 40 a 49 anos: Realizar ECM e, se alterado, mamografia;
- Mulheres de 50 a 69 anos: Realizar mamografia bianual;
- Mulheres a partir de 35 anos com risco elevado: ECM e mamografia anual.

Tomando como pressupostos básicos as propostas preconizadas na nossa política pública em saúde para diagnóstico do câncer de mama é imperioso perceber a participação ativa da comunidade como agente ativo que permitiu a seguridade de realização de procedimentos oferecidos ao final do processo. Uma política só pode ser aplicada quando há um indivíduo/família/comunidade para receber as ações por ela definidas (ADRIANO et al., 2000).

### **3.2 Rastreamento do câncer de mama**

De acordo com os dados do INCA (2014b), o câncer de mama identificado em estágios iniciais, quando as lesões são menores de dois centímetros de diâmetro, apresenta prognóstico mais favorável e elevado percentual de cura. Visando alcançar bons prognósticos foram criadas estratégias para a detecção precoce.

Essas estratégias nada mais são do que o diagnóstico precoce da doença através da abordagem de pessoas com sinais e/ou sintomas da doença ou do rastreamento de pessoas assintomáticas com a aplicação de teste ou exame com o objetivo de identificar lesões sugestivas de câncer e encaminhar as mulheres com resultados alterados para investigação e tratamento. Em ambas as estratégias, o papel da própria mulher é fundamental onde a mesma deve buscar prontamente os serviços de saúde oferecidos (SILVA, HORTALE, 2012).

Na década de 50, os americanos indicaram o autoexame das mamas como uma estratégia para diminuir o diagnóstico do câncer de mama em estágios avançados. Mas, ao final da década de 90, ensaios clínicos mostraram que esse exame não reduzia a mortalidade pela doença servindo apenas para conscientização da saúde mamária, autoconhecimento (THORNTON; PILLARISSETTI, 2008). A partir de então, a

estratégia do diagnóstico precoce se tornou especialmente importante em contextos de apresentação avançada do câncer de mama, como é o caso do Brasil.

Desde 2009, no Brasil, a mamografia e o ECM são os métodos preconizados para o rastreamento na rotina da atenção integral à saúde da mulher, sendo a mamografia considerada padrão ouro no rastreamento, ou seja, a mais eficaz (SILVA, HORTALE, 2012). Este exame consiste em raios-X da mama capaz de identificar lesões menores que um centímetro. Para o rastreamento instituiu-se uma estratégia dirigida às mulheres dentro de faixas etária em que os benefícios e riscos da prática dos exames apresentam maior impacto na redução da mortalidade (BRASIL, 2010a).

Essa estratégia pode se dar de duas formas: rastreamento oportunístico ou organizado. No primeiro, o exame de rastreio é ofertado às mulheres que oportunamente chegam às unidades de saúde, enquanto o modelo organizado é dirigido às mulheres elegíveis de uma dada população que são formalmente convidadas para os exames periódicos. A implementação do rastreamento organizado em outros países se mostrou eficiente apresentando melhores resultados e menores custos (BRASIL, 2008a).

Na Suíça, identificou-se uma redução de 27% da mortalidade por câncer de mama quando comparada ao período anterior à instituição do rastreamento, incluindo mulheres que participaram e não participaram do programa, com intervalo de rastreamento de dois anos (SWEDISH ORGANISED SERVICE SCREENING EVALUATION GROUP et al., 2006).

Na Dinamarca e em Copenhague, houve uma redução considerável da mortalidade por câncer nas áreas com rastreamento em todas as faixas etárias observadas que pode refletir a organização para o tratamento dos casos positivos (JORGENSEN; ZAHL; GOTZSCHE, 2010).

Os Estados Unidos é um dos países com menores taxas de mortalidade por câncer de mama entre as mulheres e recomendação do rastreamento é através do início da mamografia anual em mulheres a partir dos 40 anos (WHO, 2007).

No Brasil, a intimação das mulheres para a prática dos exames de detecção precoce deve ser realizada segundo as recomendações do protocolo do INCA segundo faixa etária e presença de fatores de risco, conforme citado anteriormente.

Para as mulheres de 50 a 69 anos com a realização da mamografia a cada dois anos e do exame clínico das mamas anual, o impacto do rastreamento mamográfico demonstrou redução da taxa de mortalidade por câncer de mama de até 25% (AETMIS,

2006; BRASIL, 2004; GÖTZSCHE; NIELSEN, 2006). Esse dado subsidia a recomendação da OMS em intensificar o rastreamento dentro desse grupo.

Apesar de no grupo de mulheres de 40 a 49 anos que realizam o exame clínico anual e a mamografia diagnóstica em caso de resultado alterado do ECM haver uma limitada evidência de redução da mortalidade, a OMS incluiu esse grupo no rastreamento mamográfico e justifica essa limitação devido a menor sensibilidade do exame em mulheres na pré-menopausa devido à maior densidade mamária (WHO, 2008).

O Ministério da Saúde também recomenda o rastreamento de mulheres com risco elevado de câncer de mama, cuja rotina deve se iniciar aos 35 anos, com exame clínico das mamas e mamografia anuais, mas não há uma definição sobre a forma de rastreamento dessas mulheres devido há falta de evidências científicas atuais, então é variada a abordagem deste grupo nos programas nacionais de rastreamento (BRASIL, 2014b).

O INCA também preconiza que o êxito das ações de rastreamento depende dos seguintes pilares:

- Informar e mobilizar a população e a sociedade civil organizada;
- Alcançar a meta de cobertura da população-alvo;
- Garantir acesso a diagnóstico e tratamento;
- Garantir a qualidade das ações;
- Monitorar e gerenciar continuamente as ações.

### **3.3 Adesão ao exame mamográfico**

A existência de protocolos divulgados nacionalmente e de políticas públicas que asseguram a realização gratuita do exame mamográfico, não garante a prática adequada do exame pelas mulheres brasileiras. Alguns estudos científicos e os próprios dados nacionais sinalizam que o número de realizações da mamografia pelas mulheres no país não equivalem às indicações preconizadas, o que gera uma preocupação em relação à saúde pública nacional no que concerne a adesão ao exame (BRASIL, 2014b; MATOS; PELLOSO; CARVALHO, 2011).

Ao consultarmos os dados do Ministério da Saúde (2015), observamos que não há uma cobertura de 60%, conforme preconiza o Ministério da Saúde, sendo a quantidade de mamografias diagnósticas extremamente abaixo do indicado, cerca de 3.543.962 e 2.357.676 exames disponibilizados durante todo o ano de 2012 e 2013,

respectivamente, esses valores equivalem a 17,4% de um total de 33.949.553 mulheres brasileiras com idade a partir de 40 anos (IBGE, 2010). Esses dados nos evidenciam uma baixa adesão ao exame pelas brasileiras.

A adesão à prática de um exame configura-se como uma temática complexa que possui várias abordagens, incluindo a própria definição do termo, bem como a dificuldade de enfrentamento por parte dos profissionais de saúde e dos usuários.

O conceito de adesão tornou-se objeto de estudo entre a comunidade científica, uma vez que o indivíduo é um agente ativo que, após a mudança do paradigma do modelo biomédico para a Promoção da Saúde, é considerado elemento principal no seu processo de saúde-doença.

O termo adesão traduz-se em obediência e submissão a metas predefinidas, ressaltando em comportamento frente a uma norma preestabelecida. Porém, as pessoas podem livremente escolher em adotarem ou não certa recomendação proposta, sendo responsáveis e conscientes pelo seu estado e busca pela sua própria saúde (BASTABLE, 2010).

Sendo assim, a definição do termo adesão, em seu sentido amplo, abrange ainda uma extensa cadeia de relações às quais se entrelaçam de maneira transversal e perpassam diversos âmbitos, entre eles se incluem: a relação do paciente com profissional de saúde, equipe de saúde entre si, equipe e paciente, além da relação paciente e serviço de saúde (BRASIL, 2005b). Portanto, a adesão constitui um processo que implica em vínculos e todas essas associações contribuirão para o objetivo principal de adesão a uma prática em saúde.

A mamografia é um exame que está estreitamente relacionado ao diagnóstico do câncer de mama, então a adesão a este exame está relacionada a múltiplos fatores tais como: fatores sociais, econômicos e culturais; fatores relacionados aos sistemas de saúde, serviços e profissionais; fatores relacionados com a doença, com o medo do diagnóstico e as próprias crenças da pessoa. Desse modo, tais categorias influenciam de maneira positiva ou negativa no ato da mulher ser adepta ou não o exame (MACHADO, 2009).

Nesse sentido, com o propósito de se aprofundar em tal temática, realizou-se uma revisão integrativa da literatura sobre a adesão ao exame mamográfico. A busca fundamentou-se em artigos indexados nas bases de dados informatizadas: PubMed,

Biblioteca Cochrane e Scopus, visando encontrar evidências propostas, pois tratam-se de bases com elevado fator de impacto<sup>2</sup>.

A busca dos artigos, nas bases de dados citadas, foi realizada com a utilização de descritores controlados, ou seja, aqueles estruturados e controlados para facilitar o acesso à informação, além de serem as palavras-chave às quais as bases de dados indexam seus artigos (SILVEIRA, 2008). Os descritores foram identificados conforme o DeCS da BVS e o MESH Database da Pubmed, foram eles: “Mamografia” (*Mammography*) e (*and*) “Comportamentos saudáveis” (*Health behavior*).

Os critérios de inclusão para a seleção dos artigos foram: artigos publicados nos idiomas português, inglês ou espanhol, de níveis de evidência<sup>3</sup> I e II que abordassem a temática de adesão à mamografia. Optou-se por excluir os artigos que apresentavam impossibilidade de obtê-los na íntegra. A busca aos bancos de dados aconteceu em dezembro de 2014.

Na base de dados PubMed, ao incluir os descritores determinados, foram encontrados 1051 artigos, após aplicarmos os critérios de inclusão e exclusão restaram 117 estudos. Por se tratar de uma temática bastante discutida e de grande interesse científico, a busca demonstrou uma abundância de pesquisas relacionadas à adesão ao exame mamográfico. Então, optou-se por fazer uma limitação quanto ao tempo de publicação, onde foram selecionados apenas os estudos publicados nos últimos 10 anos. Sendo assim, obteve-se um total de 54 artigos dessa base de dados.

A busca na Biblioteca Cochrane, a partir da inclusão dos descritores e dos critérios determinados, encontrou 19 artigos. Porém, destes apenas 11 artigos foram publicados nos últimos 10 anos.

A pesquisa realizada na Scopus, utilizando os descritores, revelou 842 artigos. Ao acrescentar os critérios determinados, foram identificados 283 estudos. Porém, apenas 42 artigos foram publicados nos últimos 10 anos.

Após a seleção dos 107 estudos, foram excluídos 6 artigos devido a identificação de duplicidade dos mesmos, bem como 13 artigos previamente selecionados por estarem sendo contemplados em 3 revisões sistemáticas, totalizando

---

<sup>2</sup> Método de avaliação da qualidade de um meio de veiculação de literatura científica baseado em citações.

<sup>3</sup> A hierarquia de evidências científicas consiste em uma classificação de estudos que permite explicitar o nível de relevância dos mesmos para a ciência. Segundo Fineout-overholt et al. (2010), os níveis de evidências são classificados em 7 níveis, sendo os de níveis I (estudos de revisão sistemática ou metanálise) e II (estudos de ensaio clínico controlado randomizado - ECCR) os mais relevantes para a prática clínica.



uma amostra final para análise de 88 artigos. Realizou-se uma leitura exploratória e interpretativa desses 88 artigos selecionados e os resultados foram codificados na base de dados *Excel 2010* e descritos por meio de frequências e apresentados em forma de tabelas a seguir.

Tabela 1 - Distribuição dos artigos de adesão à mamografia segundo aspectos estruturais das referências analisadas. Fortaleza-CE, Dezembro, 2014.

<b>Variáveis (n=88)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Ano de publicação</b>		
2004-2006	16	18,2
2007-2009	29	33,0
2010-2014	43	48,8
<b>Idioma</b>		
Português	-	-
Inglês	87	98,9
Espanhol	1	1,1
<b>Nível de evidência</b>		
I	5	5,7
II	83	94,3
Total	88	100,0

Analisando os aspectos estruturais dos artigos apresentados na Tabela 1, percebe-se que quanto ao ano em que foram publicados, existe um número crescente de publicações sendo os anos de 2010 e 2011 os que mais apresentaram publicações com, respectivamente, 14 e 11 estudos. Esse achado pode estar relacionado a uma maior preocupação dos profissionais de saúde e comunidade científica com o passar dos anos em oferecer atenção integral à saúde da mulher, bem como a promoção da saúde mamária por meio da mamografia.

No que concerne ao idioma, o inglês foi o idioma de publicação predominante, não havendo nenhum estudo publicado na língua portuguesa. Esse dado nos evidencia que a literatura nacional ainda está incipiente em estudos de elevado nível de evidência e que sejam relacionados à adesão à mamografia.

Em relação ao nível de evidência, observa-se que a maioria dos estudos trata-se de ECCR (n=83; 94,3%), sendo estudos bem delineados e com um período médio de um ano de acompanhamento dos sujeitos participantes dos estudos. Dos estudos de nível I, 2 estudos eram meta-análise e os outros revisões sistemáticas.

Outro dado extraído dos estudos analisados foi o objetivo do qual se tratava a pesquisa. Após a leitura de alguns artigos, percebeu-se que algumas temáticas se repetiam e então se pode categorizá-los segundo os assuntos centrais abordados, a saber:

intervenções para estimular a adesão ao exame mamográfico, fatores relacionados à adesão ao exame e conhecimento, atitude e prática (CAP) de mulheres acerca do exame.

Tabela 2 - Distribuição dos artigos de adesão à mamografia segundo categorização dos objetivos do estudo. Fortaleza-CE, Dezembro, 2014.

<b>Objetivo do estudo (n=88)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Categorias</b>		
Intervenções para adesão	38	43,2
Fatores relacionados à adesão	35	39,8
Conhecimento, atitude e prática	15	17,0
Total	88	100,0

Conforme discorre a Tabela 2, os estudos mais prevalentes são aqueles com o objetivo relacionado a intervenções para estimular a adesão das mulheres à mamografia. Porém, verificou-se que também existe um elevado percentual de publicações que se interessaram nos fatores relacionados à adesão ao exame. O investimento em pesquisas que envolvam a prevenção e a uma maior adesão das mulheres aos programas de prevenção é altamente favorável, visto que quando diagnosticado precocemente a doença tem bons prognósticos.

Dentre as intervenções propostas para adesão à mamografia nos estudos analisados, podem-se destacar as estratégias de educação e saúde (n=56), o *follow up*<sup>4</sup> (n=13), envio de cartas (n=6), aplicação de questionários (n=5), bem como o rastreamento genético (n=5), entre outras.

Os fatores relacionados são estudados, na maioria dos artigos analisados, como preditores e os pesquisadores desenvolvem a pesquisa na tentativa de “estereotipar” os indivíduos que serão potencialmente não adeptos ao exame para que a vigilância desses seja mais avigorada. Em suma, as características mais prevalentes em mulheres que não aderem ao exame, segundo os estudos, são: idade inferior a 40 anos e superior a 70, casadas, baixa escolaridade, ausência de história familiar de câncer, dificuldade de acesso ao serviço de saúde, não realizam exames rotineiros de *check up* e que nunca realizaram uma mamografia.

Falando sobre os fatores relacionados ao CAP, que foi bem explorado nos estudos. Evidenciou-se, em todos os 15 artigos, que as mulheres que não conheciam adequadamente os métodos de detecção precoce do câncer de mama não eram adeptas à mamografia, sendo as barreiras para a prática, na maioria das vezes, fundamentadas nas

<sup>4</sup> Acompanhamento de seguimento da assistência prestada, onde o profissional continua a monitorar a paciente mesmo sem que ela vá ao serviço de saúde. Geralmente, acontece via telefone.

crenças de suscetibilidade e benefícios percebidos pelas mulheres que o exame poderia acarretar a elas.

Dos 88 artigos analisados, 23 abordavam a TCS em alguma parte do estudo. Esse achado revelou a consideração oferecida a essa teoria e despontou a sua relevância dentro da comunidade científica, na temática estudada no presente estudo.

A TCS foi uma das primeiras teorias criadas sobre comportamentos de saúde. Foi desenvolvida na década de 50 por um grupo de psicólogos do serviço de saúde pública norte Americano que tentavam explicar o porquê que poucas pessoas participavam dos programas de prevenção e detecção de doenças. Essa teoria é um bom modelo para pesquisas que tentam buscar problemas de saúde relacionados à comportamentos avaliando os aspectos de gravidade da doença, a suscetibilidade do indivíduo para desenvolver a doença, os benefícios de realizar ações de prevenção da doença e as barreiras para prática dessas ações (GLANZ; RIMER; VISWANATH, 2008).

A TCS é uma teoria muito utilizada na enfermagem principalmente quando se trata de aspectos relacionados à adesão do paciente às práticas de saúde preventiva. O modelo postula que o comportamento de busca pela saúde é influenciado pela percepção de uma pessoa de uma ameaça que representa um problema de saúde e o valor associado a ações destinadas a reduzir essa ameaça. Portanto, ela aborda a relação entre crenças e comportamentos de uma pessoa e fornece uma maneira de compreender e prever como os indivíduos se comportam em relação à sua saúde e como eles vão aderir às terapias de saúde, onde é imperioso a influência dos aspectos culturais (GLANZ; RIMER; VISWANATH, 2008).

Assim, infere-se que prestar uma assistência utilizando instrumentos que empregaram a teoria acima mencionada é de extrema importância para que se possa atender de forma eficiente e eficaz as mulheres, reduzindo minimamente os impactos negativos que a falta de adesão ao exame mamográfico pode causar na qualidade de vida futura dessas mulheres.

### ***3.4 Champion's Health Belief Model Scale***

Em 1984, uma experiência metodológica, foi realizada por Victoria Champion, aplicando a TCS à frequência de autoexame de mama por parte de 300 mulheres, que eram em sua maioria casada, branca, protestante e com nível superior de

escolaridade. Com base em um instrumento construído por Stillman (1977), também fundamentado na mesma teoria, Champion construiu as escalas específicas para o autoexame de mama, com 20 a 24 itens para cada dimensão principal do modelo teórico a qual foi submetida ao julgamento de oito juízes especialistas, para determinar a validade de conteúdo.

Os itens julgados como representativos do conteúdo de cada conceito foram mantidos e o instrumento foi então aplicado aos sujeitos, que avaliaram as afirmações de acordo com o seu grau de concordância. O cálculo do coeficiente de confiabilidade alfa de Cronbach mostrou que, após se retirarem alguns itens que mostravam baixas correlações com os escores totais das escalas, os coeficientes foram aumentados, variando de 0,60 a 0,78.

Foi utilizada uma amostra de 57 pessoas para o cálculo das confiabilidades através do método teste-reteste e a validade de construto foi testada através da análise fatorial dos componentes principais, com rotação ortogonal varimax, mostrando a melhor interpretação dos fatores.

Posteriormente a sua criação, a escala obteve ampla repercussão nos estudos científicos, e vários autores a utilizaram como modelo para suas pesquisas (ALLARD, 1989; HYMAN; BAKER, 1992; MONTGOMERY et al., 1989; RUTLEDGE, 1987). Porém, com o passar dos anos, houve uma maior abrangência tomada do exame mamográfico dentro da temática câncer de mama que gerou uma nova repercussão da necessidade de utilização dessa escala, fato que predisps a adaptação da mesma para seu emprego na mensuração de adesão à mamografia pelas mulheres ao invés do autoexame das mamas.

Em 1999, Victoria Champion realizou um estudo de coorte com uma amostra de 804 mulheres com 50 anos ou mais, as quais eram membros de uma organização de saúde, a *Health Maintenance Organization*, na cidade de Indiana, EUA. Dessas, 68% eram caucasiano, 30% eram afro-americano e outros 2% eram asiático, hispano-americano ou nativo. Ao final dessa pesquisa a autora criou a versão adaptada da escala, a qual foi utilizada no presente estudo (CHAMPION, 1999).

Na área da saúde, existe uma variedade de escalas disponíveis e o tipo mais conhecido é a chamada escala de Likert que carrega o nome do autor, Rensis Likert. Nesse tipo de escala cada item da resposta é atribuído um valor que corresponde à atitude do participante. Uma grande vantagem desse tipo de escala é permitir ao participante que indique não somente a concordância ou não com as assertivas, mas

também o grau de concordância. O resultado final é obtido pelo somatório dos pontos obtidos em cada item (PASQUALI, 1999).

A nova versão da escala de Champion se trata de um instrumento do tipo Likert, constituído por 19 itens ao total divididos em três domínios: *Susceptibility* (3 itens), *Benefits* (5 itens) e *Barriers* (11 itens), com as seguintes opções de respostas de 1= “*Completely disagree*” à 5= “*Completely agree*” onde cada item de resposta varia de 1 a 5 pontos.

Para avaliar os resultados finais é dado um escore de 19 a 95, quanto maior o escore, maior o “grau” de adesão ao exame mamográfico. Durante sua construção, foi realizada correlação com um instrumento semelhante de adesão embasado no modelo da TCS, mas este fazia avaliação de um modo mais amplo, não especificamente à prática da mamografia. Essa correlação permitiu evidenciar a validade do instrumento. Com o processo de adaptação da escala o alfa de Cronbach dos domínios do instrumento mostrou variação, sendo de 0,68 para 0,87 para o domínio *Susceptibility*, 0,40 para 0,75 para *Benefits*, e 0,44 para 0,88 para *Barriers*, indicando adequada confiabilidade e consistência interna.

Corroborando com a percepção da excelência do novo instrumento, estudiosos de diversas nacionalidades optaram por traduzi-lo e adapta-lo para uso em seus países visando obter um recurso para subsidiar o manejo do exame mamográfico de forma mais efetiva e eficiente. Os países Turquia (GOZUM, et al., 2004; SECGINLI; NAHCIVAN, 2004; YILMAZ; SAYIN, 2014), Grécia (ANAGNOSTOPOULOS, et al., 2013), Tailândia (KUMSUK; FLICK; SCHNEIDER, 2012), Irã (MOODI, et al., 2012.), Espanha (ESTEVA, et al., 2007; MEDINA-SHEPHERD, KLEIER, 2010), Chile (HUAMAN, et al., 2011), Malásia (PARSA, et al., 2008), Jordânia (MIKHAIL; PETRO-NUSTAS, 2001), África (CHAMPION; SKINNER; MENON, 2005), Coréia (LEE; KIM; SONG, 2002), China (WU; YU, 2003), entre outros, possuem a *Champion's Health Belief Model Scale* traduzida e adaptada para uso em suas instituições de saúde e investigações científicas.

Após a tradução e adaptação, essa escala foi utilizada na população local de onde os estudos foram realizados e apontaram resultados positivos que nos revelam da importância de se possuir esse recurso como um instrumento modificador da realidade local acerca da prática da mamografia e das taxas de morbimortalidade pelo câncer de mama, pois o mesmo favorece o direcionamento para busca ativa de mulheres não

adeptas ao exame e sua intimação para prática do exame (NERGIZ-EROGLU; KILIC D, 2011).

Diante do exposto, os seguintes fatores foram decisivos para a escolha dessa escala no desenvolvimento deste estudo: (a) consistente processo de criação da escala realizado através da aplicação com 804 mulheres da zona urbana da Cidade de Indiana, Indianópolis, EUA; (b) adequação teórica do tema à cultura brasileira; (c) aplicabilidade; (d) bons coeficientes psicométricos obtidos originalmente (coeficiente de confiabilidade de 0,88); e (e) é um dos instrumentos mais utilizados em trabalhos internacionais para aferir a adesão à mamografia sendo traduzido para várias línguas e testado entre um amplo número de grupos étnicos e culturais (GLANZ; RIMER; VISWANATH, 2008).

Portanto, a escala supracitada mostrou-se, em diversos contextos, um instrumento confiável e válido para se testar a adesão ao exame mamográfico. No presente estudo, a disponibilização dessa escala no Brasil subsidiará as práticas de enfermagem, melhorando a assistência oferecida às mulheres.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo metodológico que foi desenvolvido em quatro etapas: tradução, *back-translation*, apreciação das versões com elaboração de uma versão de consenso e pré-teste comentado com elaboração da versão final.

A pesquisa metodológica possui a meta de elaborar um instrumento que seja confiável para que o mesmo possa ser utilizado posteriormente por outros pesquisadores (LOBIONDO – WOOD; HABER, 2001).

Mediante a deficiência de instrumentos para coleta de dados referentes à maioria dos conceitos que envolvem a Enfermagem, avaliações de resultados sólidos e confiáveis, testes rigorosos de intervenções e procedimentos sofisticados de obtenção de dados têm sido solicitados, o que levou ao crescente interesse pela pesquisa metodológica entre enfermeiros pesquisadores (POLIT; BECK, 2011).

Vale ressaltar que esse tipo de estudo envolve métodos complexos e organização de dados e condução de pesquisas rigorosas, tendo o foco no desenvolvimento, na validação e na avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa (POLIT; BECK, 2011).

A psicometria possui relação intrínseca com o estudo metodológico, podendo ser definida como uma vertente da psicologia que se refere a toda classe de medida em psicologia. Também é o método ideal para estudar fenômenos psicológicos que se constitui em uma das formas de medida por teoria que emprega números no estudo dos fenômenos comportamentais (PASQUALI *et al.*, 2010), no presente estudo trata-se da Teoria de Crenças em Saúde.

A resposta expressa pelos indivíduos acerca do seus problemas de saúde diários no âmbito psicossocial são frequentes na prática da Enfermagem. Portanto, o conhecimento dos procedimentos da psicometria é extremamente pertinente, pois com instrumentos que avaliam as respostas psicossociais a delimitação de um construto, a definição de suas implicações para o paciente e o direcionamento das intervenções assistenciais de enfermagem se tornam mais simples (BRAGA; CRUZ, 2006).

Diante disso, para contemplar adequadamente aos objetivos da presente pesquisa que visa traduzir e adaptar transculturalmente a *Champion's Health Belief*

*Model Scale* para Língua Portuguesa no contexto brasileiro, faz-se necessário seguir alguns passos descritos a seguir.

#### **4.2 Diretrizes para o processo de tradução e adaptação da escala**

Traduzir e adaptar um instrumento, que foi confeccionado para ser utilizado em outro país, em língua e cultura distintas, é um processo complexo e deve ser realizado com rigor para que se possa obter um trabalho efetivamente consubstanciado e o mesmo possa ser utilizado no contexto brasileiro na sua versão final. A adaptação de um instrumento para outro idioma também se configura como um processo complexo, devido às diferenças existentes entre as culturas que não permitem que seja realizada uma simples tradução (ALEXANDRE; GUILLARDERO, 2002).

O processo de tradução e adaptação transcultural de um instrumento de coleta de dados deve considerar a existência das diferenças entre a cultura e o idioma nos diferentes países. Portanto, é necessário obedecer a um rigor na adaptação cultural para além da simples tradução, ajustar o instrumento para palavras e contextos culturais, sendo necessário, por vezes, transformar completamente alguns itens para capturar os mesmos conceitos propostos na versão original (SPERBER, 2004).

Existem vários estudos que preconizam métodos para realizar tradução e adaptação transcultural de um instrumento. Dentre esses, pelo menos três diferentes técnicas podem ser utilizadas no processo de tradução (BULLINGER *et al.*, 1998; CAPITULO; CORNELIO; LENZ, 2001; SPERBER, 2004):

- Tradução e Tradução de volta (*back-translation*): é definida como a tradução do idioma-original (inglês) para o idioma-alvo (português), usando um tradutor profissional, seguido da tradução de volta (do idioma alvo para o idioma-original) por outro tradutor profissional. Deve ser feito por tradutores nativos no idioma-alvo para se obter um bom nível na tradução.

- Tradução por um comitê: tradução de um instrumento do idioma-original para o idioma-alvo por um grupo de indivíduos bilíngues.

- Tradução por um especialista: tradução realizada por uma pessoa que seja especialista nos dois idiomas (original e alvo) e familiar com o conteúdo do instrumento, resultando em uma tradução de maior qualidade.

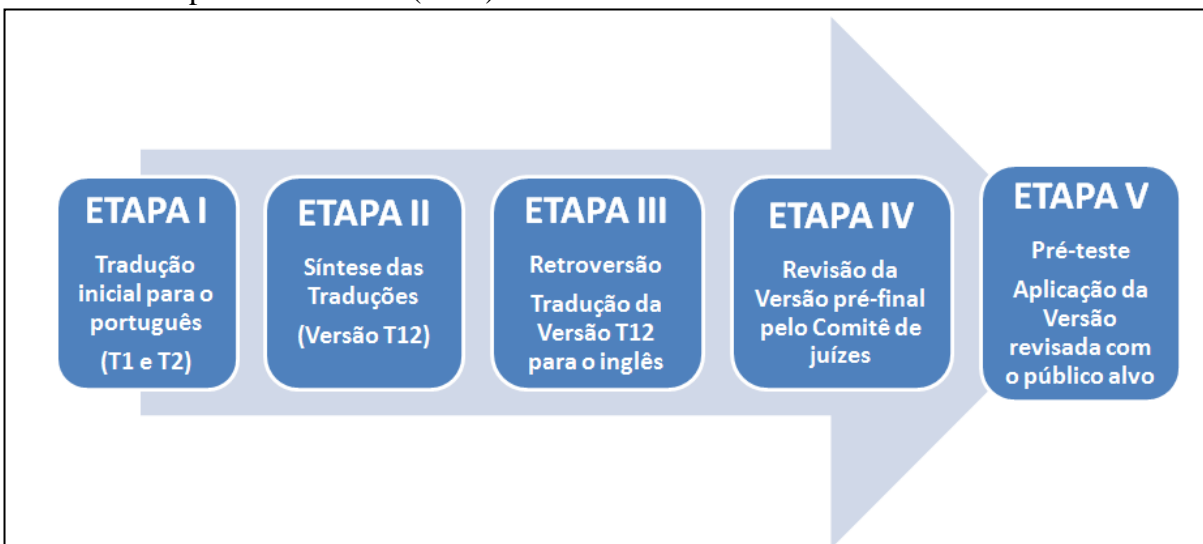
Além destes, Beaton *et al.* (2007) desenvolveram um protocolo considerado mais completo e que compreende a adaptação de itens, instruções e opções de respostas



da escala, sendo este adotado para a trajetória metodológica da adaptação transcultural do instrumento deste estudo.

Ao analisar as diversas referências que propõe uma metodologia para o processo de tradução e adaptação transcultural de instrumentos, optou-se por seguir o método de Beaton *et al.* (2007) por ter sido considerado completo, pois possui várias etapas metodológicas. Este protocolo inclui cinco estágios: tradução inicial, síntese da tradução, tradução de volta a língua corrente (*back-translation*), revisão por um comitê de juízes e pré-teste da versão final, conforme mostra a Figura 1. Ressalta-se ainda, que após a confecção da versão final, foi realizada a submissão da escala traduzida e adaptada à autora da versão original.

Figura 1 – Representação gráfica das etapas do processo de tradução e adaptação recomendado por Beaton *et al.* (2007).



Fonte: Elaborada pelos autores.

### 1. Etapa I

Corresponde à primeira fase do processo de adaptação e deve ser realizada independentemente por pelo menos dois tradutores bilíngues nativos do idioma alvo e com domínio no idioma original da escala, no entanto com perfis diferentes. Estes realizam traduções para a língua onde será realizada a adaptação. É importante que apenas um dos tradutores tenha ciência do objetivo do estudo. Essas traduções são comparadas, a fim de se identificar discrepâncias, a serem discutidas e resolvidas, adotando-se assim, a melhor tradução.

Para esta etapa, foi solicitada a participação de dois profissionais tradutores bilíngues brasileiros com fluência na língua inglesa, onde um era enfermeiro com

fluência declarada no idioma e o outro foi uma professora de inglês. Este último não teve ciência do objetivo da pesquisa. Os dois participantes traduziram a escala original para a língua portuguesa (T1 e T2).

## 2. Etapa II

Trata-se de uma cuidadosa análise dos textos produzidos no estágio anterior, considerando também a versão original, de forma a minimizar as possibilidades de erros típicos de tradução, como omissão ou acréscimos de palavras e expressões que mudassem o sentido dos itens. A partir desta análise deve ser produzida uma tradução comum.

Nesta etapa, a pesquisadora do presente estudo realizou a análise das duas versões geradas na etapa I e, posteriormente, foi confeccionada a versão T12 (Apêndice A) que foi encaminhada para a *back-translation*.

## 3. Etapa III

Também chamado de *back-translation*, essa etapa tem como objetivo garantir que a tradução reflita fielmente o conteúdo do instrumento original, a tradução comum deve ser submetida a uma nova tradução; desta vez, deve ser traduzida para o idioma original. Este estágio deve ser realizado independentemente por pelo menos dois tradutores bilíngues, tendo a língua de origem como sua língua materna. Os mesmos não devem ser informados do objetivo do estudo e, de preferência, ter formação na área da saúde.

No presente estudo, esta etapa consistiu na entrega da versão T12 da escala a dois norte-americanos com fluência na língua portuguesa, sendo um médico e outro nativo professor de português, onde os mesmos retraduziram, independentemente, a versão T12 para o inglês novamente (*back-translation*).

## 4. Etapa IV

Nesta etapa, deve ser realizada uma revisão por um comitê para análise das equivalências: deve ser formado um comitê de juízes, os quais devem considerar a avaliação gramatical e de vocabulário (equivalência semântica), elaboração de expressões equivalentes em português para expressões idiomáticas de difícil tradução (equivalência idiomática), uso de termos coerentes com a realidade cultural da população do estudo (equivalência cultural) e os conceitos traduzidos deveriam ser

explorados e experimentados pela população brasileira (equivalência conceitual). Após a avaliação pelos membros do comitê, deve ser realizada uma revisão de todas as anotações para se produzir a versão final e conduzir a fase do pré-teste.

Para esta etapa, contou-se com a participação de um comitê de juízes que analisou a versão da escala produzida após a etapa III. Para a composição do comitê utilizou-se o referencial de Pasquali (1998), que considera um número de seis juízes recomendável para esta tarefa. No entanto, o número ímpar de profissionais foi induzido, pois alguns estudos mostram a importância desta condição para evitar questionamentos dúbios (LÓPEZ, 2004).

A inexistência de uniformidade nos critérios para se considerar um sujeito como juiz tem sido foco de preocupação de vários autores, ensejando questionamentos e sugestões sobre o perfil de um perito, como número de anos de experiência clínica; tempo de graduação; titulação; experiência com pesquisa e em publicações sobre o tema estudado; e local de atuação (CICONNELLI *et al.*, 1999; FEHRING, 1994).

Um autor citado em estudos com critérios de classificação de juízes é Jasper (1994), o qual citou que os atributos necessários em um juiz devem ser: corpo de conhecimento especializado ou habilidade, experiência no campo de prática, altos níveis de desenvolvimento padrão de reconhecimento e reconhecimento por outros.

Devido à escassez de autores que versam sobre a determinação do perfil de especialistas em pesquisas, é essencial que o pesquisador direcione seus critérios aos objetivos do estudo, bem como observe as limitações da temática sob investigação, respeitando os requisitos necessários para considerar um profissional como juiz apto a participar de uma pesquisa de validação (MELO *et al.*, 2011).

Dessa forma, por não ter sido identificado na literatura nenhuma padronização, o presente estudo construiu critérios próprios para seleção dos juízes a partir dos parâmetros de Jasper (1994). Foram eles: Ser profissional da área da saúde com prática no exame diagnóstico mamografia que possua no mínimo dois anos de experiência na oncologia, ou ser especialista/mestre em oncologia, ou possuir conhecimento acerca do processo de tradução e validação de instrumentos. Essa decisão vai ao encontro do estabelecido para as amostras dos estudos realizados por Andrade (2007), Head, Maas e Johnson (2003) e Ogasawara *et al.* (1999).

Tendo como base os critérios acima descritos, foram realizadas consultas na Plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), na busca de identificar possíveis juízes. Desta busca, foram selecionadas duas

enfermeiras, três médicos radiologistas e uma psicóloga com experiência em processo de validação de escalas. Ressalta-se que todos estes profissionais tinham domínio na língua inglesa. Além destes, fez parte deste comitê um linguista, graduado em letras, especialista em tradução na língua inglesa, identificado através de um curso de idiomas.

Após essa prévia seleção, foi realizado contato via correio eletrônico através de uma carta convite (Apêndice B) em anexo para explicar o objetivo do estudo e questionar a disponibilidade para participação. Após a confirmação, cada juiz recebeu um kit de avaliação composto por: a escala original (Anexo A), as versões produzidas durante as etapas I, II e III, e o instrumento de avaliação da escala (Apêndice C). A análise dos juízes foi orientada por esse instrumento de avaliação que era baseado na versão T12.

Toda a etapa IV foi feita através do correio eletrônico, visando proporcionar maior comodidade aos participantes. Nesta etapa foi realizada a reestruturação do instrumento conforme recomendação dos juízes – versão pré-final – e em seguida na fase V foi realizado o pré-teste.

## 5. Etapa V

Correspondendo à fase final do processo de tradução e adaptação, o pré-teste consiste em aplicar a versão final a uma população de 30 a 40 pessoas, na busca de equivalência das versões original e final.

A fase do pré-teste é um momento muito importante do processo de adaptação transcultural para avaliar a receptividade do instrumento pela população alvo. Logo, durante o pré-teste deve ser registrado quanto tempo será dispensado para responder a escala e depois lhes tornar ciente quanto à compreensão de cada afirmativa e dos itens de resposta, além de averiguar sugestões para que a escala se tornasse mais compreensiva e fácil de aplicar.

Segundo Polit e Beck (2011), a aplicação do pré-teste junto a uma parcela da população-alvo tem por finalidade identificar falhas ou avaliar as exigências de tempo.

Nessa fase V, a pesquisadora entrevistou 40 mulheres aplicando a escala, segundo recomendações de Beaton *et al.*, (2007). Durante esta fase, as mulheres emitiram suas considerações acerca de cada item da versão pré-final e foi verificada sua compreensão dos mesmos.

Após esta fase, todas as impressões da amostra foram criteriosamente consideradas para a confecção da versão final da escala, bem como a escala traduzida e adaptada foi enviada para a autora da versão original.

### **4.3 Local do estudo**

O Brasil é um país predominantemente católico, pelos dados do IBGE, no início do século XXI ainda representa três quartos (73,8%) da população brasileira, o que, em números absolutos, soa até mais alto, maior: a quantidade de brasileiros que se declaram católicos no início do novo século é enorme, superior a 125 milhões. Dez anos atrás, eram 122 milhões. Só esse acréscimo de três milhões de católicos em uma década supera em muito o séquito inteiro de uma igreja de outra religião. Pelo viés dos números absolutos, o catolicismo continua amplamente majoritário e se destaca nas tabelas do IBGE contra o fundo das outras confissões, minoritárias (PIERUCCI, 2004).

Em Fortaleza, essa realidade se mantém, sendo o seu índice maior que o nacional, identificada como segunda cidade com maior número de católicos no país com 81,08% da população (PEQUENO, 2009). Diante desse cenário, considerou-se a relevância da presente pesquisa ser realizada em uma arquidiocese de Fortaleza que possui uma apreciável demanda de fieis, a Igreja N. Sra de Fátima. Trata-se de uma Paróquia ativa socialmente onde se faz elo entre espiritualidade e assuntos diversos da sociedade.

Como o protocolo utilizado no presente estudo preconiza como ideal uma amostra reduzida de mulheres, estatisticamente falando, inferiu-se que a presença de possíveis divergências evidentes na amostra não iriam configurar uma análise estatística coerente para o processo de tradução e adaptação transcultural, mediante esse aspecto optou-se por fixar uma variável, e a religião foi selecionada por se tratar de uma escala que avalia a adesão segundo as crenças em saúde. A escolha de uma única categoria de religião, a mais prevalente do país, se deu devido ao fato de estudos identificarem que cada religião tem seus dogmas que interferem com a adesão às práticas em saúde (MOREIRA et al., 2013).

#### **4.4 População e amostra**

Para compor a amostra desse estudo, foram considerados os seguintes critérios de inclusão: estar com 50 a 69 anos, não ter feito nenhuma mamografia nos últimos 24 meses, não ter história pessoal de câncer de mama ou de ovário, residir na área urbana da cidade de Fortaleza – Ceará e ser católica. O tamanho amostral foi de 40 mulheres conforme preconiza Beaton et al., (2007).

#### **4.5 Coleta dos dados**

O processo de tradução e adaptação transcultural foi realizado no período de agosto à novembro de 2015.

Após o desenvolvimento deste processo, com a formação da versão pré-final, iniciou-se a coleta de dados em campo. A mesma aconteceu durante no mês de dezembro de 2015, a qual foi realizada pela pesquisadora por meio de entrevista.

A coleta de dados foi realizada em um único momento, através da aplicação do formulário acerca dos dados sociodemográficos e fatores que interferem na prática de exames de detecção precoce do câncer de mama (Apêndice D) e da escala em sua versão pré-final.

#### **4.6 Análise dos dados**

Cada versão das traduções e retraduições necessárias ao processo de tradução e adaptação transcultural estão apresentadas em quadro e analisadas de forma descritiva.

Por meio do instrumento de avaliação dos juízes, cada item da escala foi avaliado de acordo com quatro tipos de equivalência: semântica, idiomática, experiencial e conceitual.

Quanto à equivalência semântica, é importante ressaltar a avaliação gramatical e do vocabulário. Quanto à equivalência idiomática, esta se refere à formulação de expressões equivalentes para o idioma português, quando a tradução de termos e expressões idiomáticas for de difícil tradução. Na equivalência experiencial, é

importante atentar para utilização de termos coerentes com a experiência vivida pela população a qual se destina. Em relação à equivalência conceitual, é preciso verificar se os conceitos são condizentes com eventos experimentados pela população brasileira.

Para mensuração do parecer de cada especialista, foi utilizada uma escala de quatro pontos (1= tradução muito adequada, 2=tradução adequada, 3=tradução com inadequações e 4=tradução totalmente inadequada), no tocante às equivalências semânticas, idiomáticas, experiencial e conceitual de cada item traduzido. Ademais, as sugestões propostas foram registradas (Apêndice C).

Foi estabelecido um prazo de 60 dias para devolução do material encaminhado, que foi respeitado por 100% dos juízes.

Para análise estatística das respostas dos juízes, foi calculado o Índice de Concordância entre os juízes. Os pareceres foram compilados no programa Excel 2013, obedecendo à seguinte conversão: respostas 1 – tradução muito adequada; resposta 2 – tradução adequada; resposta 3 – tradução com inadequações; e resposta 4 – tradução totalmente inadequada. Em seguida foram calculadas as médias dos Índices de Concordância entre os juízes, individual e total, para todas as assertivas do instrumento traduzido e proporção de assertivas que atingiu escore 1 (tradução muito adequada ou tradução adequada) (POLIT; BECK, 2011).

Considerou-se como critério de pertinência dos itens, uma concordância entre os juízes  $\geq 80\%$  (0,80), conforme orienta Pasquali (2010). Os itens com valores  $< 80\%$ , foram analisados de acordo com as sugestões dos juízes para implementar as devidas alterações. A confiabilidade da versão pré-final foi verificada através do coeficiente de alfa de Cronbach.

Para avaliação da compreensão do instrumento junto às mulheres, estas responderam aos itens do instrumento, seguido de pergunta, posicionada logo abaixo de cada item, com a finalidade de verificar o entendimento do mesmo (Apêndice E). Para itens e/ou opções de respostas julgadas incompreensíveis, as entrevistadas puderam realizar sugestões e substituições.

Na análise dos dados sociodemográficos, clínicos e níveis de adesão à mamografia, os mesmos foram organizados, digitados, processados e analisados através no *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 21.0. Utilizaram-se medidas de tendência central (frequência, média, porcentagem, máximo e mínimo) e medidas de dispersão (desvio-padrão) para descrever as características sociodemográficas e clínicas da amostra e os escores de adesão.

O t-teste, o teste ANOVA de um fator, o coeficiente de correlação de Pearson e o teste Kruskal-Wallis foram utilizados para subsidiar a análise bivariada, que objetivou verificar a associação entre as variáveis independentes (características sociodemográficas de cuidadores e pacientes, e clínicas dos pacientes) e a variável dependente (adesão à mamografia, ou seja, a pontuação da escala). Essas associações foram consideradas estatisticamente significativas quando o valor de  $p$  foi  $\leq 0,05$  (POLIT; BECK, 2011). Contou-se com auxílio de um profissional estatístico para análise dos testes.

#### **4.7 Aspectos éticos**

Após a idealização do interesse em desenvolver esta pesquisa, estabeleceu-se contato prévio com a autora da *Champion's Health Belief Model Scale*, por meio de correio eletrônico, e os objetivos deste estudo foram relatados. A autora da escala mostrou interesse e autorizou, por meio de uma autorização formal para anuência (Anexo B), o processo de tradução e adaptação da escala para o idioma português e uso no contexto brasileiro, além de esclarecer os questionamentos que surgiram ao longo do desenvolvimento deste estudo. Esse passo da autorização dos autores principais da escala é altamente recomendável e necessário, atendendo aos quesitos éticos que regem toda e qualquer pesquisa científica (PASQUALI *et al.*, 2010).

Após apreciação da banca examinadora e reestruturações que foram necessárias, o projeto foi submetido à Plataforma Brasil em conformidade com protocolo atual.

A coleta de dados teve início após apreciação e aprovação do projeto em questão pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará. Foram obedecidos os aspectos éticos, em conformidade com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (2012b), a qual incorpora os referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

Os participantes do estudo foram esclarecidos sobre a adesão, o direito de se retirar da pesquisa a qualquer momento, a garantia do anonimato, os riscos de participação, bem como a disponibilidade da pesquisadora para responder a possíveis dúvidas e questionamentos.



Aos tradutores, foi realizado um contato, via correio eletrônico, para solicitação de participação e, após o aceite, foram enviados a escala original (Anexo A) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – versão Tradutores (Apêndice F), o qual foi assinado e encaminhado de volta para a pesquisadora juntamente com a versão da escala traduzida.

Aos juízes, também foi realizado um contato, via correio eletrônico, para solicitação de participação e foram enviados o kit de avaliação e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – versão Juízes (Apêndice G), o qual foi assinado e encaminhado de volta para a pesquisadora bem como o instrumento de avaliação preenchido.

Aos sujeitos da pesquisa, foi realizada a entrevista somente após o aceite em participar do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice H) emitido em duas vias (uma para a pesquisadora e outra para o sujeito do estudo), no qual constam as assinaturas da pesquisadora e do participante do estudo, servindo de documento base para questionamentos relativos aos aspectos legais.

## 5 RESULTADOS

Os resultados estão apresentados em três etapas distintas, em conformidade com as amostras propostas. Na primeira etapa, se desponha acerca do perfil da amostra do estudo, na segunda, descrevem-se os resultados relativos ao processo de adaptação transcultural e, na terceira etapa, se refere à verificação da confiabilidade, bem como a análise estatística bivariada entre os dados sociodemográficos e os níveis de adesão das brasileiras, segundo a versão pré-final do instrumento.

### 5.1 Caracterização da amostra

A tabela abaixo discorre sobre os dados sociodemográficos das mulheres entrevistadas que totalizaram 40 participantes.

Tabela 3 – Características sociodemográficas das participantes do estudo. Fortaleza, Jun/Jul, 2015.

<b>Características sociodemográficas (n = 40)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Média± DP</b>	<b>Mínimo/Máximo</b>
<b>Faixa etária (anos)</b>			63,25±3,76	57/69
55 - 59	5	12,5		
60 - 64	22	55,0		
65 - 69	13	32,5		
<b>Estado Civil</b>				
Solteira	9	22,5		
Casada/ união estável	22	55,0		
Viúva	9	22,5		
<b>Escolaridade</b>			14,92±2,07	13/17
Até 14 anos	26	65,0		
Igual a ou mais de 15 anos	14	35,0		
<b>Ocupação Atual</b>				
Empregada	10	25,0		
Desempregada/ aposentada	30	75,0		
<b>Religião</b>				
Católica	40	100,0		
<b>Raça</b>				
Branca	35	87,5		
Parda	5	12,5		
<b>Renda Familiar (SM*)</b>			6.187,50±4.172,07	1.000,00/15.000,00
Até 3	10	25,0		
4 - 6	5	12,5		
> 6	25	62,5		

\*Considerou-se o SM (Salário Mínimo) = R\$ 788,00.

Quanto à faixa etária, observou-se que esta variou de 57 a 69 anos, houve predominância de mulheres com idade entre 60 e 64 anos (55%). Ressalta-se a presença de cinco (12,5% ) pessoas com idade abaixo de 60 anos. Em relação ao estado civil,

observa-se que 22 (55%) encontravam-se casadas ou possuíam união estável, nove (22,5%) solteiras e nove (22,5%) eram viúvas.

A escolaridade foi apresentada em anos de estudo e um total de 26 (65%) possuía até 14 anos de estudo, e 14 (35%) referiram 15 anos ou mais de estudo.

No que se refere à profissão, interrogou-se no que concerne à situação atual de ocupação, onde 10 (25%) referiram que estavam empregadas e 30 (75%) encontravam-se desempregadas e/ou eram aposentadas.

Em relação à religião, todas as mulheres entrevistadas se denominaram católicas. Quando questionadas acerca da sua raça, 35 (87,5%) se declararam branca e cinco (12,5%) parda, não havendo nenhuma negra, amarela ou indígena.

No tocante à renda familiar, 25 (62,5%) mulheres relataram possuir renda maior que seis salários, cinco (12,5%) recebiam entre três e cinco salários mínimos, e 10 (25%) possuíam renda menor ou igual a três salários mínimos.

Tabela 4 – Caracterização dos dados clínicos das mulheres. Fortaleza, Dezembro, 2015.

<b>Características clínicas (n = 40)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Doença Crônica</b>		
Sim	18	45,0
Não	22	55,0
HAS	18	45,0
DM	9	22,5
<b>Histórico Familiar</b>		
Sim	32	80,0
Não	8	20,0
Câncer de mama	10	25,0
Câncer de próstata	5	12,5
Câncer de estômago	5	12,5
Câncer de útero	4	10,0
Câncer de intestino	4	10,0
Câncer de pulmão	4	10,0
<b>Histórico Pessoal</b>		
Sim	4	10,0
Não	36	90,0
Câncer de intestino	4	10,0
<b>Alteração Benigna Mamária</b>		
Sim	4	10,0
Não	36	90,0
Alteração funcional benigna mamária	4	10,0
<b>Fator de Risco</b>		
Sim	32	80,0
Não	8	20,0
Menarca precoce	4	10,0
Menopausa tardia	4	10,0
Obesidade	1	2,5
TRH	23	57,5
Nuliparidade	9	22,5

A Tabela 4 discorre em relação aos dados clínicos, referente ao diagnóstico de doença crônica, 18 (45%) mulheres referiram possuir alguma doença crônica, sendo destas, 18 (45%) portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e nove (22,5%) portadoras de HAS e *Diabetes Mellitus* (DM).

Em relação à história familiar de câncer, 32 (80%) relataram que possuíam parentes diagnosticados com neoplasia, sendo 10 (25%) câncer de mama, cinco (12,5%) de próstata, cinco (12,5%) de estômago, quatro (10%) de útero, quatro (10%) de intestino, e quatro (10%) de pulmão.

No que concerne a história pessoal de câncer, quatro (10%) mulheres já tinham sido diagnosticadas e tratadas de câncer de intestino. Quanto à presença ou histórico de alteração benigna mamária, quatro (10%) já apresentaram Alteração Funcional Benigna Mamária (AFBM).

Em relação aos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama, 32 (80%) mulheres relataram apresentar algum fator, dentre essas, quatro (10%) mulheres apresentaram menarca precoce, quatro (10%) menopausa tardia, uma (2,5%) obesidade, 23 (57,5%) faziam TRH, e nove (22,5%) eram nulíparas.

## 5.2 Processo de adaptação transcultural

O Quadro 3 apresenta os construtos encontrados na fase de tradução inicial (T1 e T2), as duas versões traduzidas de forma independente por dois tradutores, bem como a síntese das traduções (T12): versão a ser utilizada na etapa subsequente (Etapa III: *back translation*).

Quadro 3 - Tradução inicial (T1 e T2) e a síntese das traduções (T12) resultante da primeira etapa do processo de adaptação transcultural da *Champion's Health Belief Model Scale* para o contexto brasileiro. Fortaleza, Setembro, 2015.

Versão traduzida 1 (T1)	Versão traduzida 2 (T2)	Síntese das Traduções (T12)
<i>Champion's Health Belief Scale</i> para Rastreamento Mamográfico	<i>Champion's Health Belief Scale</i> para o Rastreio de Mamografia	<i>Champion's Health Belief Scale</i> para Rastreamento Mamográfico
Para cada uma das seguintes afirmativas, por favor, selecione a resposta que melhor descreve a sua opinião em relação ao seu comportamento frente ao rastreamento para câncer de mama. Por favor, marque sua resposta circulando o número mais próximo do que você sente.	Para cada uma das frases que se seguem, por favor, selecione uma resposta que melhor descreva o quanto você tem certeza do comportamento do seu câncer de mama no rastreio. Por favor, marque sua resposta circulando o número mais próximo do que você sente.	Para cada uma das afirmativas a seguir, por favor, selecione a resposta que melhor descreve a sua opinião em relação ao seu comportamento frente ao rastreamento para o câncer de mama. Por favor, marque sua resposta circulando o número mais próximo do que você sente.

Continuação...

Continuação...

<b>Versão traduzida 1 (T1)</b>	<b>Versão traduzida 2 (T2)</b>	<b>Síntese das Traduções (T12)</b>
Não há respostas corretas ou incorretas para as questões que se seguem. (1 = <i>discordo completamente</i> ; 2 = <i>discordo em parte</i> ; 3 = nem concordo e nem discordo; 4 = <i>concordo em parte</i> ; 5 = <i>concordo completamente</i> ).	Não há respostas corretas nem incorretas para as perguntas seguintes. (1 = <i>discordo totalmente</i> ; 2 = <i>discordo em parte</i> ; 3 = nem concordo e nem discordo; 4 = <i>concordo em parte</i> ; 5 = <i>concordo totalmente</i> ).	Não há respostas corretas ou incorretas para as afirmativas que se seguem. (1 = <i>discordo completamente</i> ; 2 = <i>discordo em parte</i> ; 3 = nem concordo e nem discordo; 4 = <i>concordo em parte</i> ; 5 = <i>concordo completamente</i> ).
<i>Suscetibilidade</i>	<i>Suscetibilidade</i>	<i>Suscetibilidade</i>
1. É provável que eu terei câncer de mama.	1. É provável que terei câncer de mama.	1. É provável que terei câncer de mama.
2. São grandes as minhas chances de ter câncer de mama nos próximos anos.	2. Minhas chances de vir a ter câncer de mama nos próximos anos são grandes.	2. Minhas chances de ter câncer de mama nos próximos anos são grandes.
3. Eu sinto que terei câncer de mama em algum momento da minha vida.	3. Sinto que terei câncer de mama em algum ponto durante a minha vida.	3. Sinto que terei câncer de mama em algum momento da minha vida.
<i>Benefícios</i>	<i>Benefícios</i>	<i>Benefícios</i>
1. Se eu me submeter à uma mamografia e nada for encontrado, eu não me preocupo tanto com o câncer de mama.	1. Se faço uma mamografia e nada é encontrado, não me preocupo tanto com câncer de mama.	1. Se eu fizer uma mamografia e nada for encontrado, não me preocupo tanto com o câncer de mama.
2. A realização da mamografia me ajudará a encontrar mais cedo os tumores na mama.	2. Fazer uma mamografia me ajudará a encontrar nódulos no seio mais cedo.	2. A realização da mamografia me ajudará a encontrar mais cedo os tumores na mama.
3. Se na mamografia for encontrado um tumor, meu tratamento para o câncer de mama pode não ser tão ruim.	3. Se eu encontrar um nódulo através da mamografia, meu tratamento para câncer de mama pode não ser tão ruim.	3. Se na mamografia for encontrado um tumor, meu tratamento para o câncer de mama pode não ser tão ruim.
4. Para mim, a realização de uma mamografia é a melhor forma de encontrar um tumor muito pequeno.	4. Fazer uma mamografia é o melhor caminho para eu encontrar um nódulo bem pequeno.	4. Para mim, a realização de uma mamografia é a melhor forma de encontrar um tumor muito pequeno.
5. Submeter-me à mamografia diminuirá as minhas chances de morrer de câncer de mama.	5. Fazer uma mamografia diminuirá minhas chances de morrer de câncer de mama.	5. Fazer uma mamografia diminuirá as minhas chances de morrer de câncer de mama.
<i>Barreiras</i>	<i>Barreiras</i>	<i>Barreiras</i>
1. Eu tenho medo de me submeter à mamografia porque pode ser que eu descubra que algo está errado.	1. Temo fazer uma mamografia porque eu posso descobrir que há algo errado.	1. Eu tenho medo de fazer uma mamografia porque pode ser que eu descubra que há algo de errado.
2. Eu tenho medo de me submeter à mamografia porque eu não entendo o que vai ser feito.	2. Temo fazer uma mamografia porque eu não entendo o que vai ser feito.	2. Eu tenho medo de fazer uma mamografia porque não entendo o que vai ser feito.
3. Eu não sei o que fazer para obter uma mamografia.	3. Não sei o que fazer para conseguir tirar uma mamografia.	3. Eu não sei o que fazer para conseguir realizar uma mamografia.
4. Submeter-se a uma mamografia é muito constrangedor.	4. Fazer uma mamografia é muito vergonhoso.	4. Realizar uma mamografia é muito vergonhoso.
5. Leva muito tempo para se fazer uma mamografia.	5. Fazer uma mamografia leva muito tempo.	5. Realizar uma mamografia leva muito tempo.
6. A mamografia é muito dolorosa.	6. Fazer uma mamografia é muito doloroso.	6. A mamografia é muito dolorosa.

Continuação...

Continuação...

Versão traduzida 1 (T1)	Versão traduzida 2 (T2)	Síntese das Traduções (T12)
7. As pessoas que fazem a mamografia são rudes com as mulheres.	7. Pessoas que tiram mamografia são grosseiras com mulheres.	7. As pessoas que realizam a mamografia são grosseiras com as mulheres.
8. Submeter-me a uma mamografia me expõe à radiação desnecessária.	8. Fazer uma mamografia me expõe a radiação desnecessária.	8. Fazer uma mamografia me expõe à radiação desnecessária.
9. Eu não me lembro de agendar uma mamografia.	9. Não consigo lembrar de agendar uma mamografia.	9. Não consigo me lembrar de agendar uma mamografia.
10. Eu tenho outros problemas mais importantes do que conseguir uma mamografia.	10. Tenho outros problemas mais importantes do que fazer uma mamografia.	10. Tenho outros problemas mais importantes do que fazer uma mamografia.
11. Eu sou muito velha para precisar fazer mamografia de rotina.	11. Sou muito velha para precisar fazer uma mamografia de rotina.	11. Eu sou muito velha para precisar fazer mamografia de rotina.

Comparando as traduções T1 e T2, de forma geral, não houveram diferenças significativas entre as duas versões. No entanto, alguns pontos merecem ser destacados. Observou-se que a versão T1 realizada por um profissional da área da saúde utilizou a expressão “rastreamento”, ao invés de somente “rastreo”, para a expressão “*screening*” como observado na versão T2.

O tradutor da versão T1, profissional da área da saúde, apontou que o termo “*lump*” disposto em vários itens da escala deveria ser substituída por “tumor”, já que essa nomenclatura está relacionada a um nódulo maligno que é a principal preocupação para diagnóstico precoce através da mamografia diferentemente do tradutor linguista, que optou pelo termo “nódulo” que pode ser benigno ou maligno.

A etapa seguinte refere-se à *back translation*, e foi realizada com objetivo de detectar a existência de inconsistência nas versões traduzidas anteriormente; no entanto, não foram observadas significativas divergências quando comparadas com a versão original. As duas retraduições, foram chamadas de BT1 e BT2, também ofereceram subsídios para a etapa seguinte e estão apresentadas no Quadro 4.

Quadro 4 - *Back-translation* (BT1 e BT2) resultante da terceira etapa do processo de adaptação transcultural do *Champion's Health Belief Model Scale* para o contexto brasileiro. Fortaleza, Outubro, 2015.

Versão original – Inglês	Traduções: BT1 e BT2
<i>Champion's Health Belief Scale for Mammography Screening</i>	T1- <i>Champion's Health Belief Model Scale for mammographic screening</i>
	T2- <i>Champion's Health Belief Model Scale for mammographic screening</i>

Continuação...

Continuação...

Versão original – Inglês	Traduções: BT1 e BT2
<p>For each of the following statements, please select a response that best describes how sure you are in your how sure you are in your breast cancer screening behaviors. Please mark your response by circling the number closest to how you feel. There are no correct or incorrect answers to those questions that follow. (Completely disagree; Partly disagree; Neither agree nor disagree; Partly agree; Completely agree).</p>	<p>T1- For each of the following statements, please select the answer that best describes your opinion regarding your behavior towards breast cancer screening. Please mark your answer by circling the number closest to what you feel. There are no correct or incorrect answers to the following statements. (Completely disagree; Disagree in part; Neither agree nor disagree; Agree in part; Completely agree).</p> <p>T2- For each of the following statements, please select the answer that best describes your opinion regarding your behavior towards breast cancer screening. Please indicate your answer by circling the number closest to what you feel. There are no correct or incorrect answers to the following statements. (Completely disagree; Partially disagree; Neither agree nor disagree; Partially agree; Completely agree).</p>
Susceptibility	T1- Susceptibility
1. It is likely that I will get breast cancer.	T2- Susceptibility
1. It is likely that I will get breast cancer.	T1- 1. It is likely that I will have breast cancer.
2. My chances of getting breast cancer in the next few years are great.	T2- 1. It is likely that I will have breast cancer.
2. My chances of getting breast cancer in the next few years are great.	T1- 2. My chances of having breast cancer in the coming years are high.
3. I feel I will get breast cancer sometime during my life.	T2- 2. My chances of having breast cancer in the coming years are high.
3. I feel I will get breast cancer sometime during my life.	T1- 3. I think that I will have breast cancer at some point in my life.
Benefits	T2- 3. I think that I will have breast cancer at some point in my life.
1. If I get a mammogram and nothing is found, I do not worry as much about breast cancer.	T1- Benefits
1. If I get a mammogram and nothing is found, I do not worry as much about breast cancer.	T2- Benefits
2. Having a mammogram will help me find breast lumps early.	T1- 1. If I do a mammogram and nothing is found, I don't worry so much about breast cancer.
2. Having a mammogram will help me find breast lumps early.	T2- 1. If I have a mammogram and nothing is found, I don't worry so much about breast cancer.
3. If I find a lump through a mammogram, my treatment for breast cancer may not be as bad.	T1- 2. Having a mammogram will help me find breast tumors sooner.
3. If I find a lump through a mammogram, my treatment for breast cancer may not be as bad.	T2- 2. Having a mammogram will help me find breast tumors sooner.
4. Having a mammogram is the best way for me to find a very small lump.	T1- 3. If the mammogram finds a tumor, my treatment for breast cancer might not be so bad.
4. Having a mammogram is the best way for me to find a very small lump.	T2- 3. If the mammogram finds a tumor, my treatment for breast cancer might not be so bad.
5. Having a mammogram will decrease my chances of dying from breast cancer.	T1- 4. For me, having a mammogram is the best way to find a very small tumor.
5. Having a mammogram will decrease my chances of dying from breast cancer.	T2- 4. Having a mammogram is the best way for me to find a very small tumor.
5. Having a mammogram will decrease my chances of dying from breast cancer.	T1- 5. Having a mammogram will decrease my chances of dying from breast cancer.
5. Having a mammogram will decrease my chances of dying from breast cancer.	T2- 5. Having a mammogram will decrease my chances of dying from breast cancer.

Continuação...

Continuação...

Versão original – Inglês	Traduções: BT1 e BT2
<i>Barriers</i>	<i>T1- Barriers</i>
	<i>T2- Barriers</i>
<i>1. I am afraid to have a mammogram because I might find out something is wrong.</i>	<i>T1- 1. I'm afraid of having a mammogram because I might discover that there is something wrong.</i>
	<i>T2- 1. I'm afraid of having a mammogram because I might discover that there is something wrong.</i>
<i>2. I am afraid to have a mammogram because I don't understand what will be done.</i>	<i>T1- 2. I'm afraid of having a mammogram because I don't understand what will be done.</i>
	<i>T2- 2. I'm afraid of having a mammogram because I don't understand what will be done.</i>
<i>3. I don't know how to go about getting a mammogram.</i>	<i>T1- 3. I don't know what to do to be able to have a mammogram.</i>
	<i>T2- 3. I don't know how to go about having a mammogram.</i>
<i>4. Having a mammogram is too embarrassing.</i>	<i>T1- 4. Having a mammogram is very embarrassing.</i>
	<i>T2- 4. Having a mammogram is very embarrassing.</i>
<i>5. Having a mammogram takes too much time.</i>	<i>T1- 5. Having a mammogram takes a long time.</i>
	<i>T2- 5. Having a mammogram takes a long time.</i>
<i>6. Having a mammogram is too painful.</i>	<i>T1- 6. The mammogram is very painful.</i>
	<i>T2- 6. Mammograms are very painful.</i>
<i>7. People doing mammograms are rude to women.</i>	<i>T1-7. People that perform the mammograms are rude to women.</i>
	<i>T2-7. People that perform the mammograms are rude to women.</i>
<i>8. Having a mammogram exposes me to unnecessary radiation.</i>	<i>T1- 8. Having a mammogram exposes me to unnecessary radiation.</i>
	<i>T2- 8. Having a mammogram exposes me to unnecessary radiation.</i>
<i>9. I can not remember to schedule a mammogram.</i>	<i>T1- 9. I can't remember to schedule my mammogram.</i>
	<i>T2- 9. I can't remember to schedule my mammogram.</i>
<i>10. I have other problems more important than getting a mammogram.</i>	<i>T1- 10. I have other more important issues than doing a mammogram</i>
	<i>T2- 10. I have other more important issues to do other than doing a mammogram.</i>
<i>11. I am too old to need a routine mammogram.</i>	<i>T1- 11. I'm too old to need to do routine mammogram.</i>
	<i>T2- 11. I'm too old to need routine mammogram.</i>

Pode-se notar que a etapa de *back translation* é bastante útil quando se quer analisar alguma dúvida ou incoerência dentre as traduções. Na verdade, apesar de ser considerada importante as versões produzidas nessa etapa foram pouco utilizadas durante todo o processo da construção da versão final.

Finalizada a etapa de *back translation*, procedeu-se à etapa seguinte: revisão por um comitê de juízes especialistas. Todas as versões (T1, T2, T12, BT1 e BT2), bem como a versão original (inglês), foram analisadas por um comitê de juízes, com objetivo de produzir a versão pré-final, a ser aplicada na fase de pré-teste.



Trata-se de uma etapa apreciada como uma fase primordial no processo de tradução e adaptação transcultural, pois avalia todas as incoerências das etapas anteriores, bem como tem a função de adaptar a linguagem utilizada para o contexto cultural específico na qual a escala será aplicada.

A seleção dos sete juízes desse comitê foi realizada a partir de critérios próprios a partir dos parâmetros de Jasper (1994). Sendo eles, seis profissionais da área da saúde, dois com prática no exame diagnóstico mamografia que possuíam no mínimo dois anos de experiência na oncologia, dois eram especialistas em oncologia, e dois possuíam conhecimento acerca do processo de tradução e validação de instrumentos. Além destes, um linguista graduado em letras com experiência no processo de tradução e validação de instrumentos também participou do comitê.

A análise das equivalências semântica, conceitual, idiomática e experiencial foi realizada em cada item do instrumento, sendo calculado o índice de concordância entre os juízes. Os itens que apresentaram discordância superior a 20% foram modificados. A Tabela 5 apresenta os Índices de Concordância entre os Juízes para cada item e média geral.

Tabela 5 – Índices de Concordância e média geral dos itens do instrumento. Fortaleza, Novembro, 2015.

Itens do instrumento		% de Concordância
Título	<i>Champion's Health Belief Scale</i> para Rastreamento Mamográfico	100,0
I1	Para cada uma das afirmativas a seguir, por favor, selecione a resposta que melhor descreve a sua opinião em relação ao seu comportamento frente ao rastreamento para o câncer de mama. Por favor, marque sua resposta circulando o número mais próximo do que você sente. Não há respostas corretas ou incorretas para as afirmativas que se seguem.	85,7
R1	Discordo completamente	100,0
R2	Discordo em parte	85,7
R3	Nem concordo nem discordo	100,0
R4	Concordo em parte	85,7
R5	Concordo completamente	100,0
S1	Suscetibilidade	100,0
1	1. É provável que terei câncer de mama.	100,0
2	2. Minhas chances de ter câncer de mama nos próximos anos são grandes.	100,0
3	3. Sinto que terei câncer de mama em algum momento da minha vida.	85,7
S2	Benefícios	100,0
1	1. Se eu fizer uma mamografia e nada for encontrado, não me preocupo tanto com o câncer de mama.	100,0
2	2. A realização da mamografia me ajudará a encontrar mais cedo os tumores na mama.	85,7

Continuação...

Continuação...

Itens do instrumento		% de Concordância
3	3. Se na mamografia for encontrado um tumor, meu tratamento para o câncer de mama pode não ser tão ruim.	42,9
4	4. Para mim, a realização de uma mamografia é a melhor forma de encontrar um tumor muito pequeno.	85,7
5	5. Fazer uma mamografia diminuirá as minhas chances de morrer de câncer de mama.	100,0
S3	Barreiras	100,0
1	1. Eu tenho medo de fazer uma mamografia porque pode ser que eu descubra que há algo de errado.	100,0
2	2. Eu tenho medo de fazer uma mamografia porque não entendo o que vai ser feito.	100,0
3	3. Eu não sei o que fazer para conseguir realizar uma mamografia.	100,0
4	4. Realizar uma mamografia é muito vergonhoso.	100,0
5	5. Realizar uma mamografia leva muito tempo.	100,0
6	6. A mamografia é muito dolorosa.	100,0
7	7. As pessoas que realizam a mamografia são grosseiras com as mulheres.	100,0
8	8. Fazer uma mamografia me expõe à radiação desnecessária.	100,0
9	9. Não consigo me lembrar de agendar uma mamografia.	100,0
10	10. Tenho outros problemas mais importantes do que fazer uma mamografia.	100,0
11	11. Eu sou muito velha para precisar fazer mamografia de rotina.	100,0
<b>Média total</b>		<b>95,07</b>

Vinte e oito itens apresentaram percentuais de concordância superior a 80% e, por esse motivo, apenas um item sofreu alterações, alguns termos foram suprimidos ou novos foram incluídos para construção da versão pré-final, apresentada na Tabela 5.

Em relação às instruções (I1), não houve alteração, foram mantidas de acordo com a síntese das traduções.

No tocante às respostas (R1, R2, R3, R4 e R5), adotou-se apenas uma opção para cada resposta: R1- Discordo completamente; R2- Discordo em parte; R3- Nem concordo nem discordo; R4- Concordo em parte; e R5- Concordo completamente.

Todos os itens S1, os itens 1,2, 4 e 5 do S2 e todos do S3 não sofreram alterações, foram mantidos de acordo com a síntese das traduções.

O item 3 do S2 “3. Se na mamografia for encontrado um tumor, meu tratamento para o câncer de mama pode não ser tão ruim.” foi modificado para “ 3. Se eu encontrar um tumor através da mamografia, meu tratamento para o câncer de mama pode não ser tão ruim.”, optou-se por adotar o termo “através” e não “na” apenas; além de trazer uma ênfase ao exame mamográfico, faz-se necessário o entendimento que a detecção se dará por meio do exame e não somente do diagnóstico clínico.

Finalizada esta etapa do processo de adaptação transcultural, a versão pré-final (Quadro 5) foi aplicada na amostra proposta.

Quadro 5 - Versão Pré-Final da *Champion's Health Belief Model Scale* adaptada para o contexto brasileiro. Fortaleza, Novembro, 2015.

<b><i>Champion's Health Belief Scale</i> para Rastreamento Mamográfico</b>						
Para cada uma das afirmativas a seguir, por favor, selecione a resposta que melhor descreve a sua opinião em relação ao seu comportamento frente ao rastreamento para o câncer de mama. Por favor, marque sua resposta circulando o número mais próximo do que você sente. Não há respostas corretas ou incorretas para as afirmativas que se seguem.						
<b>Afirmativa</b>		<b>Discordo completamente</b>	<b>Discordo em parte</b>	<b>Nem concordo nem discordo</b>	<b>Concordo em parte</b>	<b>Concordo completamente</b>
<b>Suscetibilidade</b>						
1	É provável que terei câncer de mama.	1	2	3	4	5
2	Minhas chances de ter câncer de mama nos próximos anos são grandes.	1	2	3	4	5
3	Sinto que terei câncer de mama em algum momento da minha vida	1	2	3	4	5
<b>Benefícios</b>						
1	Se eu fizer uma mamografia e nada for encontrado, não me preocupo tanto com o câncer de mama.	1	2	3	4	5
2	A realização da mamografia me ajudará a encontrar mais cedo os tumores na mama	1	2	3	4	5
3	Se eu encontrar um tumor através da mamografia, meu tratamento para o câncer de mama pode não ser tão ruim.	1	2	3	4	5
4	Para mim, a realização de uma mamografia é a melhor forma de encontrar um tumor muito pequeno.	1	2	3	4	5
5	Fazer uma mamografia diminuirá as minhas chances de morrer de câncer de mama.	1	2	3	4	5

Continuação...

Continuação...

<i>Champion's Health Belief Scale</i> para Rastreamento Mamográfico						
Barreiras						
1	Eu tenho medo de fazer uma mamografia porque pode ser que eu descubra que há algo de errado.	1	2	3	4	5
2	Eu tenho medo de fazer uma mamografia porque não entendo o que vai ser feito.	1	2	3	4	5
3	Eu não sei o que fazer para conseguir realizar uma mamografia.	1	2	3	4	5
4	Realizar uma mamografia é muito vergonhoso.	1	2	3	4	5
5	Realizar uma mamografia leva muito tempo.	1	2	3	4	5
6	A mamografia é muito dolorosa.	1	2	3	4	5
7	As pessoas que realizam a mamografia são grosseiras com as mulheres.	1	2	3	4	5
8	Fazer uma mamografia me expõe à radiação desnecessária	1	2	3	4	5
9	Não consigo me lembrar de agendar uma mamografia.	1	2	3	4	5
10	Tenho outros problemas mais importantes do que fazer uma mamografia.	1	2	3	4	5
11	Eu sou muito velha para precisar fazer mamografia de rotina.	1	2	3	4	5

Fonte: Elaborado pela autora

Com a aplicação do pré-teste, foi possível identificar palavras ou expressões que poderiam causar dúvidas. A partir de sugestões realizadas pela população-alvo, realizou-se modificação apenas no item 2 do S2.

O item 2 do S2 “A realização da mamografia me ajudará a encontrar mais cedo os tumores na mama” foi modificado para ” Realizar a mamografia me ajudará a encontrar mais cedo os tumores na mama”, por terem sido considerados incompreensíveis por 65% das mulheres. Com base na modificação descrita, a versão adaptada foi construída e encontra-se descrita no Quadro 6.

Quadro 6 – Versão adaptada da *Champion's Health Belief Model Scale* para o contexto brasileiro. Fortaleza, Dezembro, 2015.

<b>Champion's Health Belief Scale para Rastreamento Mamográfico</b>						
Para cada uma das afirmativas a seguir, por favor, selecione a resposta que melhor descreve a sua opinião em relação ao seu comportamento frente ao rastreamento para o câncer de mama. Por favor, marque sua resposta circulando o número mais próximo do que você sente. Não há respostas corretas ou incorretas para as afirmativas que se seguem.						
Afirmativa		Discordo	Discordo	Nem	Concordo	Concordo
		completamente	em parte	concordo nem discordo	em parte	completamente
<b>Suscetibilidade</b>						
1	É provável que terei câncer de mama.	1	2	3	4	5
2	Minhas chances de ter câncer de mama nos próximos anos são grandes.	1	2	3	4	5
3	Sinto que terei câncer de mama em algum momento da minha vida	1	2	3	4	5
<b>Benefícios</b>						
1	Se eu fizer uma mamografia e nada for encontrado, não me preocupo tanto com o câncer de mama.	1	2	3	4	5
2	Realizar a mamografia me ajudará a encontrar mais cedo os tumores na mama	1	2	3	4	5
3	Se eu encontrar um tumor através da mamografia, meu tratamento para o câncer de mama pode não ser tão ruim.	1	2	3	4	5
4	Para mim, a realização de uma mamografia é a melhor forma de encontrar um tumor muito pequeno.	1	2	3	4	5
5	Fazer uma mamografia diminuirá as minhas chances de morrer de câncer de mama.	1	2	3	4	5
<b>Barreiras</b>						
1	Eu tenho medo de fazer uma mamografia porque pode ser que eu descubra que há algo de errado.	1	2	3	4	5
2	Eu tenho medo de fazer uma mamografia porque não entendo o que vai ser feito.	1	2	3	4	5
3	Eu não sei o que fazer para conseguir realizar uma mamografia.	1	2	3	4	5
4	Realizar uma mamografia é muito vergonhoso.	1	2	3	4	5

Continuação...

Continuação...

<i>Champion's Health Belief Scale</i> para Rastreamento Mamográfico						
5	Realizar uma mamografia leva muito tempo.	1	2	3	4	5
6	A mamografia é muito dolorosa.	1	2	3	4	5
7	As pessoas que realizam a mamografia são grosseiras com as mulheres.	1	2	3	4	5
8	Fazer uma mamografia me expõe à radiação desnecessária	1	2	3	4	5
9	Não consigo me lembrar de agendar uma mamografia.	1	2	3	4	5
10	Tenho outros problemas mais importantes do que fazer uma mamografia.	1	2	3	4	5
11	Eu sou muito velha para precisar fazer mamografia de rotina.	1	2	3	4	5

Fonte: Elaborado pela autora

### 5.3 Confiabilidade da versão pré-final da *Champion's Health Belief Model Scale* adaptada para o Brasil

A análise de confiabilidade pela consistência interna da versão pré-final foi calculada pelo coeficiente de alfa de Cronbach, resultando de  $\alpha = 0,72$  para a escala total, variando entre valores de - 0,4 e 1 para os 3 domínios do instrumento.

A Tabela 6 revela os dados da análise da consistência interna, em que analisando de forma detalhada está presente a correlação de cada item com o total da escala, bem como o valor do alfa caso o item fosse suprimido. Observa-se que o valor de alfa não sofreria grandes mudanças, caso algum item fosse retirado da escala.

Tabela 6 – Média, variância, correlação item-total e alfa de Cronbach para a *Champion's Health Belief Model Scale*. Fortaleza, Dezembro, 2015.

	Média da escala se o item for deletado	Variância da escala se o item for deletado	Correlação Item-total	Alfa de Cronbach se o item for deletado
S1	43,33	76,276	,662	,710
S2	43,33	73,815	,746	,789
S3	43,63	73,830	,734	,790
B1	44,63	105,369	-,172	,770
B2	42,38	115,881	-,441	,725
B3	42,13	122,676	-,600	,750

Continuação...

Continuação...

	<b>Média da escala se o item for deletado</b>	<b>Variância da escala se o item for deletado</b>	<b>Correlação Item-total</b>	<b>Alfa de Cronbach se o item for deletado</b>
B4	41,63	122,548	-,739	,738
B5	43,33	104,481	-,149	,789
Ba1	44,63	111,522	-,385	,797
Ba2	44,63	85,881	,594	,759
Ba3	43,85	79,208	,631	,727
Ba4	44,25	75,064	,925	,781
Ba5	44,13	71,907	,922	,761
Ba6	43,48	76,256	,698	,706
Ba7	42,68	116,994	-,451	,733
Ba8	44,43	109,584	-,307	,791
Ba9	44,75	89,679	,616	,775
Ba10	44,75	89,679	,616	,775
Ba11	44,35	90,951	,330	,797

Na tabela abaixo, estão dispostos os valores de alfa de Cronbach para cada domínio da escala de forma separada, que variaram de 0,65 a 0,86, bem como o valor total da *Champion's Health Belief Model Scale*. Além disso, a tabela traz o número de itens os quais constituem os domínios. Os resultados apontam melhores escores de adesão nos domínios Benefícios (0,86), Suscetibilidade (0,76) e Barreiras (0,65), respectivamente.

Tabela 7 – Valores do alfa de Cronbach para a escala total e seus domínios separadamente. Fortaleza, Dezembro, 2015.

	<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>Número de itens</b>
Escala total	0,72	19
Domínio 1	0,76	3
Domínio 2	0,86	5
Domínio 3	0,65	11

Considera-se o ponto de corte ideal para o valor do alfa de Cronbach de 0,7. Entretanto, também são esperados valores abaixo de 0,7 e devem ser respeitados, pois se trata de construto psicológico em que são mensurados três subcomponentes diferentes relacionados à adesão ao exame mamográfico (KLINE, 1986).

#### 5.4 Análise estatística bivariada entre os dados sociodemográficos e clínicos e os níveis de adesão à mamografia

Com a aplicação da escala na versão pré-final na última etapa do processo de tradução e adaptação cultural segundo Beaton *et al.* (2007), pôde-se obter os dados referentes a adesão das mulheres, segundo os itens da escala, e sua correlação com as características sociodemográficas e clínicas, conforme Tabela 8.

Tabela 8 – Correlações dos escores da *Champion's Health Belief Model Scale* (versão pré-final) das mulheres brasileiras e as variáveis sociodemográficas e clínicas. Fortaleza, Dezembro, 2015.

Variáveis Sociodemográficas e Clínicas		1º domínio Benefícios (mín./máx.)	2º domínio Susceptibilidade (mín./máx.)	3º domínio Barreiras (mín./máx.)	Média
Idade	55 - 59	12,5/33,3	12,5/14,3	12,5/16,1	<b>21,2</b>
	60 - 64	30,0/48,0	42,5/47,3	32,5/41,9	<b>45,3</b>
	65 - 69	37,5/62,5	32,5/37,1	32,5/41,9	<b>47,6</b>
	p valor	0,64	0,03	0,01	<b>0,2</b>
Estado Civil	Solteira	10,0/19,0	22,5/25,7	10,0/13,3	<b>19,3</b>
	Casada/ união estável	20,0/38,1	42,5/77,3	12,5/77,3	<b>64,2</b>
	Viúva	22,5/42,9	22,5/25,7	22,5/28,1	<b>32,2</b>
	p valor	0,27	0,03	0,94	<b>0,4</b>
Escolaridade	Até 14 anos	42,0/65,0	65,0/74,3	12,5/80,8	<b>73,3</b>
	Igual a ou mais de 15 anos	19,0/28,6	12,5/64,3	12,5/64,3	<b>72,3</b>
	p valor	0,04	0,03	0,02	<b>0,6</b>
Ocupação Atual	Empregada	25,0/62,9	12,5/50,0	25,5/28,6	<b>70,2</b>
	Desempregada/apo sentada	52,0/70,0	62,5/83,3	74,0/24,4	<b>77,1</b>
	p valor	0,81	0,09	0,07	<b>0,03</b>
Raça	Branca	52,0/60,0	62,5/83,3	10,0/74,3	<b>76,5</b>
	Parda	12,5/33,3	12,5/16,7	10,5/16,1	<b>71,0</b>
	p valor	0,09	0,06	0,43	<b>0,4</b>
Religião	Católica	45,0/55,0	45,0/55,0	45,0/55,0	<b>52,0</b>
	p valor	1,91	1,72	1,28	<b>0,8</b>
Renda	Até 3	12,5/20,0	25,0/55,6	10,0/68,0	<b>47,8</b>
	4 - 6	12,5/33,3	12,5/22,7	12,5/15,6	<b>23,8</b>
	> 6	50,0/80,0	42,5/77,3	42,5/68,0	<b>75,1</b>
	p valor	0,02	0,12	0,06	<b>0,06</b>
Doença Crônica	Sim	32,5/72,2	12,5/72,2	32,5/72,2	<b>68,9</b>
	Não	10,0/38,1	55,5/62,9	55,0/62,9	<b>54,6</b>
	p valor	0,03	0,01	0,03	<b>0,1</b>

Continuação...



Continuação...

Variáveis		1º domínio	2º domínio	3º domínio	Média
Sociodemográficas e Clínicas		Benefícios (mín./máx.)	Suscetibilidade (mín./máx.)	Barreiras (mín./máx.)	
História Familiar Câncer	Sim	32,5/61,9	12,5/84,4	12,5/87,5	<b>77,9</b>
	Não	20,0/38,1	20,0/22,9	20,0/22,9	<b>27,9</b>
	p valor	0,01	0,02	0,05	<b>0,02</b>
História Pessoal Câncer	Sim	10,0	10,0/11,4	10,0/11,4	<b>10,9</b>
	Não	81,0/90,0	12,5/86,1	12,5/86,1	<b>87,4</b>
	p valor	0,06	0,23	0,04	<b>0,1</b>
Alteração Benigna Mamária	Sim	10,0/19,0	13,9/86,1	10,0/11,4	<b>38,8</b>
	Não	47,2/81,0	10,0/11,4	12,5/88,6	<b>60,3</b>
	p valor	0,05	0,42	0,05	<b>0,1</b>
Fatores de Risco	Menarca precoce	10,0/16,0	12,4/87,5	12,5/86,1	<b>36,5</b>
	Menopausa tardia	10,0	10,0/11,4	13,9/79,2	<b>33,5</b>
	Obesidade	10,0	10,0	10,0	<b>10,0</b>
	TRH	32,5/61,9	12,5/78,3	12,5/87,5	<b>75,9</b>
	Nuliparidade	10,0/44,4	22,5/25,7	12,5/87,5	<b>52,5</b>
	p valor	0,06	0,04	0,08	<b>0,06</b>

\*Testes utilizados: Kruskal-Wallis e Coeficiente de Correlação de Pearson.

Quando comparados os níveis de adesão com algumas características das mulheres, pode-se verificar que a média total de adesão foi proporcionalmente maior com o aumento da idade, sendo superior na faixa etária de 65 a 69 anos (47,6). Quando analisado estas médias por domínios, mereceu atenção o domínio benefícios com grandes diferenças entre os níveis quando comparado com os outros dois domínios.

Quando analisado os escores relacionados ao estado civil, observou-se diferença considerável entre os valores das mulheres solteiras (19,3) e das casadas/união estável (64,2), despontando uma maior adesão ao exame pelas que possuíam companheiro.

Em relação aos escores das categorias de escolaridade, ocupação, raça e religião observaram-se valores semelhantes de adesão. Sendo a ocupação apresentando correlação significativa ( $p=0,03$ ) entre os níveis de adesão.

Os resultados referentes à renda mostraram escores totais que variaram entre 23,8 – 75,1, sendo maior a adesão no grupo que possui renda maior que seis salários.

No que concerne às características clínicas, observou-se escores totais que variaram entre 10,0 – 87,4. Verifica-se que os mais adeptos são portadores de doenças crônicas (68,9), com história familiar de câncer (77,9), sem história pessoal de câncer (87,5), sem alteração benigna mamária (60,3) e que apresentam os fatores de risco TRH (75,9) e nuliparidade (52,5).

## 6 DISCUSSÃO

### 6.1 Adaptação transcultural e confiabilidade da *Champion's Health Belief Model Scale*

A avaliação da adesão à mamografia vem recebendo atenção especial nos últimos anos. Hoje, existe uma considerável quantidade de escalas e questionários destinados a mensurar esse objeto de estudo, no entanto, nem todos os instrumentos estão disponíveis em todos os países e em todos os idiomas, sendo necessária adaptação transcultural para o país onde o mesmo será aplicado (PAIM et al., 2011).

Muitos autores consideram o processo de adaptação de um instrumento já existente, em detrimento de um novo instrumento, específico para uma população-alvo, mais vantajoso devido aspectos consideráveis, dentre esses, pode-se citar a vantagem de se partir de um instrumento já construído e validado em outro país (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012). Em contrapartida, podem-se citar a desvantagem dos vieses que a adaptação pode sofrer caso não se cumpra o rigor necessário a este processo. Na área da saúde, essa realidade se ratifica, muitos pesquisadores optam por adaptar instrumentos já existentes, visando reduzir tempo e custo, contudo, ainda não existe consenso quanto a melhor metodologia a ser seguida (GJERSING; CLAPEHORN; CLAUSEN, 2010; REICHENHEIM; MORAES, 2007).

A *Champion's Health Belief Model Scale* para, posteriormente, poder ser validada e utilizada no contexto brasileiro, foi submetida a um rigoroso processo de tradução e adaptação transcultural, em que várias etapas foram necessárias para obtenção do resultado final.

Autores interessados nesse mesmo construto tiveram a mesma posição quanto à escolha por traduzir e adaptar rigorosamente essa escala e, posteriormente, concluíram o processo de validação e utilização da mesma no contexto escolhido (ANAGNOSTOPOULOS et al., 2013; CHAMPION; SKINNER; MENON, 2005; ESTEVA et al., 2007; GOZUM et al., 2004; HASHEMIAN et al., 2014; HUAMAN et al., 2011; KUMSUK; FLICK; SCHNEIDER, 2012; LEE; KIM; SONG, 2002; MEDINA-SHEPHERD, KLEIER, 2010; MIKHAIL; PETRO-NUSTAS, 2001; MOODI et al., 2012; PARSÁ et al., 2008; SECGINLI; NAHCIVAN, 2004; TAYMOORI; BERRY, 2009; WU; YU, 2003; YILMAZ; SAYIN, 2014).

No processo de adaptação, utilizou-se o protocolo de Beaton et al. (2007), porém a maioria dos estudos que também realizou a tradução e adaptação da

*Champion's Health Belief Model Scale* não se utilizou de protocolo, fazendo apenas a tradução seguida de avaliação por alguns juízes, denominados *experts* na temática e com ampla avaliação do instrumento por órgãos com interesses a fins (ANAGNOSTOPOULOS et al., 2013; ESTEVA, et al., 2007; GOZUM et al., 2004; TAYMOORI; BERRY, 2009; KUMSUK; FLICK; SCHNEIDER, 2012; LEE; KIM; SONG, 2002; MEDINA-SHEPHERD, KLEIER, 2010; MIKHAIL; PETRO-NUSTAS, 2001; PARSA et al., 2008; YILMAZ; SAYIN, 2014). Apenas um utilizou protocolo, sendo o protocolo de Beaton et al. (2000) (HASHEMIAN et al., 2014).

O presente estudo iniciou o processo de adaptação da escala com a tradução da mesma para o idioma brasileiro. A tradução é, apenas, o primeiro passo do processo de adaptação, e para se adaptar um instrumento, deverão ser considerados os aspectos culturais, idiomáticos, linguísticos e contextuais concernentes à sua tradução (HAMBLETON, 2005). Reforça-se, ainda, que os termos “adaptação” e “tradução” são distintos, e tem-se preferido o uso do primeiro, uma vez que compreende todos os processos concernentes à adequação cultural do instrumento, para além da mera tradução (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012).

Alguns estudos realizados com a mesma escala não precisaram passar pelo processo de tradução, pois se tratavam de países com o mesmo idioma da escala original ou utilizaram escalas já traduzidas para a língua nativa, porém, apesar disso, a adequação cultural do instrumento ainda foi necessária para sua adaptação visando o seu uso coerente com a finalidade científica proposta (CHAMPION; SKINNER; MENON, 2005; HUAMAN et al., 2011; MOODI et al., 2012; SECGINLI; NAHCIVAN, 2004; WU; YU, 2003).

Seguiu-se rigorosamente o protocolo escolhido, sendo nas etapas de tradução inicial, síntese das traduções e *back-translation*, a escolha dos tradutores realizada de forma bastante criteriosa, pois a versão produzida na fase da síntese das traduções serviu como base norteadora para as demais etapas. Portanto, a minimização dos erros e a aproximação de uma tradução coerente com o contexto o qual a escala será aplicada, reduziram consideravelmente as dificuldades encontradas na fase de revisão pelo comitê de juízes.

Diante disso, a escolha de um tradutor que era profissional da área da saúde e outro tradutor que era linguista e não tivesse domínio nessa temática foi essencial para a produção de uma versão contextualizada no cotidiano brasileiro. Sendo confirmada essa importância, quando identificada na tradução pelo linguista, expressões como

“*lump*” traduzida para a palavra “tumor” ao invés de “nódulos”, expressão utilizada quando se trata de achados radiográficos mamários, ou “*getting a mammogram*” para “tirar uma mamografia” ao invés de “fazer uma mamografia”.

Tal fato revela a importância que o tradutor da área da saúde possui no processo de tradução e adaptação transcultural, visto que existem expressões que não são rotineiramente utilizadas no Brasil nos diversos contextos. Todavia, os profissionais da saúde estão bem mais familiarizados com tais expressões do que a população em geral. Assim, se os dois tradutores fossem apenas tradutores linguistas algumas expressões seriam utilizadas inadequadamente o que poderia trazer prejuízos na compreensão dos itens por parte do público-alvo.

O tradutor linguista realizou uma tradução considerada aceitável sendo necessário algumas substituições pontuais, esse achado foi semelhante ao vivenciado no estudo de Esteva et al. (2007) que realizou a tradução da mesma escala para o espanhol, porém só fez a modificação de duas palavras em dois itens “*vieja*” por “*mayor*” e “*es brusco*” por “*es poco delicado*”. Todavia, outros estudos de tradução da mesma escala não precisaram modificar a tradução realizada, mas vale ressaltar que não se contou com a participação de linguistas no processo de tradução desses, apenas de *experts* com domínio do inglês (ANAGNOSTOPOULOS et al., 2013; GOZUM et al., 2004; TAYMOORI; BERRY, 2009; KUMSUK; FLICK; SCHNEIDER, 2012; LEE; KIM; SONG, 2002; MEDINA-SHEPHERD, KLEIER, 2010; MIKHAIL; PETRO-NUSTAS, 2001; PARSA et al., 2008; YILMAZ; SAYIN, 2014).

A alegação das substituições das expressões traduzidas referida acima foi discutida na etapa II (síntese das traduções), bem como na etapa IV (comitê de especialistas) e foi considerado que na cultura brasileira a dialética da área da saúde ainda é pouco conhecida pela população como um todo, o que muitas vezes distancia o conhecimento científico com o entendimento popular acerca da ciência. Logo, na síntese das traduções optou-se por permanecer com algumas expressões empregadas pelo linguista que iriam, assim, facilitar a compreensão das mulheres no momento da aplicação da escala. Pode-se citar como exemplo a expressão “*submeter*” (tradução profissional da saúde) e “*fazer*” (tradução linguista), mesmo sendo considerado coloquial optou-se por manter a tradução do linguista por se tratar de uma expressão mais fácil de ser compreendida pela população.

Nesse contexto, a escolha dos participantes do comitê de juízes também foi realizada de forma criteriosa, pois a diversificação de conhecimentos é essencial para a

funcionalidade e dinamicidade da etapa, bem como para a construção da versão pré-final.

Ainda falando das traduções, para assegurar o rigor do protocolo de Beaton *et al.* (2007), foi realizada a etapa III (*back-translation*) que contou com a participação de dois tradutores americanos sendo um linguista e outro profissional da saúde. Nesse aspecto, não houveram muitas divergências nas traduções porém foi fundamental na decisão de qual expressão utilizar para a versão pré-final quando nas traduções da etapa I divergiam.

Alguns estudos que realizaram a tradução da *Champion's Health Belief Model Scale*, mesmo sem seguir um protocolo de adaptação, utilizaram o processo da *back-translation* para uma maior fidedignidade na tradução do instrumento (ESTEVA, *et al.*, 2007; GOZUM, *et al.*, 2004; LEE; KIM; SONG, 2002; MEDINA-SHEPHERD, KLEIER, 2010; MIKHAIL; PETRO-NUSTAS, 2001; YILMAZ; SAYIN, 2014; PARSA, *et al.*, 2008).

Para a etapa IV, os juízes escolhidos possuíam conhecimentos e habilidades nas temáticas: exame diagnóstico mamografia, oncologia, domínio no processo de tradução e adaptação de instrumentos e domínio na língua portuguesa e inglesa.

A heterogeneidade do grupo contribuiu de forma significativa para as considerações sobre a melhor forma gramatical e conceitual dos itens da escala. Ressalta-se que os juízes eram livres para expor suas opiniões acerca de todos os itens, porém sob o critério de que quando um juiz concordar em parte ou discordar na disposição do item, ele deveria sugerir e fazer suposições sobre o mesmo, visando embasar a composição e mudança nos itens da escala pela pesquisadora que analisou os instrumentos de avaliação dos juízes.

Dando continuidade à discussão acerca das principais modificações relacionadas, destaca-se a do S2 item 3. Se eu encontrar um tumor através da mamografia, meu tratamento para o câncer de mama pode não ser tão ruim. Tal item remete ao significado do exame na detecção precoce da doença que por muitas décadas é objeto de estudo de pesquisadores por todo o mundo (MATOS; PELLOSO; CARVALHO, 2011; NETO; DE AGUIAR NUNES; ALBUQUERQUE, 1984).

A mamografia está intimamente relacionada com a detecção precoce do câncer de mama. Todavia, a utilização dessa palavra deve remeter ao diagnóstico da doença, mesmo sabendo-se que o fechamento desse diagnóstico irá perpassar por diversos âmbitos que podem teoricamente está subdividido em duas categorias: exames

laboratoriais, relacionado a análise de marcadores químicos presentes no corpo do paciente, e os exames de imagem, que consistem na investigação patológica e são utilizados para visualizar possíveis alterações estruturais manifestadas no paciente e para diagnóstico pleno do câncer (DE OLIVEIRA; DA FONSECA, 2011).

Portanto, pela complexidade envolvida no fechamento do diagnóstico, mas subentendendo que a mamografia é um exame de imagem padrão ouro na detecção do câncer de mama, o comitê de juízes questionou o item para que fosse reestruturado visando que o mesmo expressasse essa relação diagnóstica com a doença. Contudo, apesar da existência de divulgação na mídia sobre essa relação, optou-se por acatar a alteração do item com o objetivo de que todas as mulheres que receberem a aplicação da escala possam ter a compreensão intrínseca de tal exame em seu contexto diagnóstico.

Destaca-se que o retorno dos instrumentos de avaliação da escala pelos juízes aconteceu no tempo médio de 25 dias, porém, de um modo geral, não houve muita argumentação e/ou sugestão acerca dos itens da escala. Tal fato pode ter ocorrido devido ao trabalho exaustivo das traduções e na confecção da T12 pré-final. As análises ocorreram de forma acurada com o intuito de adequar ao máximo possível à realidade das mulheres em estudo. Porém, não se pode assegurar que não surgiram várias dúvidas quanto à definição de qual equivalência estava em discussão, principalmente entre as equivalências experiencial e conceitual que são, muitas vezes, de difícil diferenciação. Nesse momento, a presença de um linguístico foi essencial para definir melhor qual aspecto estava sendo discutido.

Outro aspecto que deve ser exposto, é que alguns instrumentos de avaliação feitos por juízes com experiência clínica em mamografia e/ou oncologia continham um enaltecimento acerca da proposta objetiva da presente dissertação e asseguraram a utilização da mesma na sua prática clínica sendo a escala vista como um meio facilitador do rastreamento mamográfico. Tal fato impulsionou à execução e conclusão do presente estudo, uma vez que, após os relatos, concretizou-se a intenção de aplicabilidade e aceitação da escala quando traduzida, adaptada e validada para o uso no Brasil.

Reportando-se para a etapa do pré-teste, verificou-se que algumas mulheres apresentaram dificuldade de compreender um item da escala que foi alterado: S2 - 2. Realizar a mamografia me ajudará a encontrar mais cedo os tumores na mama. Tal alteração foi considerada pela pesquisadora devido à observação do posicionamento de algumas mulheres em não se colocar como ativa na ação de realizar o exame, se

considerando passivas sujeitas à prescrição do exame para que o mesmo seja realizado. Secginli e Nahcivan (2004) tiveram a mesma dificuldade ao adaptar a escala traduzida para o idioma turco para uso na Turquia Central, onde para compreensão adequada de que a mulher é participante ativa no processo de realização da mamografia foi preciso incluir uma categoria *Health motivation* que continha 3 itens abordando a motivação da mulher querer realizar o exame.

Salienta-se que o pré-teste foi propositalmente aplicado com mulheres com idade entre 50 e 69 anos com o propósito de considerar a diversidade de compreensão que pode variar de forma brusca entre esses estratos, uma vez que se trata do público-alvo para rastreamento do câncer de mama. Essa é uma indicação sempre ressaltada por pesquisadores que trabalham com propriedades psicométricas (LOBIONDO – WOOD; HABER, 2001; PASQUALI *et al.*, 2010).

Após a aplicação do pré-teste, foi verificada a confiabilidade da escala, pois é um dos mais importantes critérios para avaliar instrumentos e este foi inferido através do cálculo do alfa de Cronbach.

A confiabilidade da versão pré-final teve, neste estudo, caráter exploratório e foi avaliada pelo coeficiente de alfa de Cronbach, com resultado de 0,72, demonstrando bom índice de consistência interna. O alfa de Cronbach da versão original da escala foi de 0,88 (MINAYA *et al.*, 2012).

Nas experiências dos outros estudos de tradução e adaptação da *Champion's Health Belief Model Scale* o alfa de Cronbach variou de 0,52 (menor escore) a 0,93 (maior escore), dos estudos de Champion, Skinner e Menon (2005) e de Parsa *et al.* (2008), respectivamente. Kline (1986) assegura que valores abaixo de 0,7 também podem ser esperados e respeitáveis quando se trata de construtos psicológicos devido à diversidade de construtos medidos, como no caso do instrumento em questão, na qual foram mensurados dezenove subcomponentes diferentes relacionados à adesão à mamografia.

Na avaliação dessa adesão da amostra estudada, no presente estudo, os menores escores encontrados foram para o domínio Barreiras, seguido de Suscetibilidade e Benefícios, sequência também encontrados no instrumento original (CHAMPION, 1999). Observa-se certa uniformidade encontrada reforçada junto a característica subjetiva do instrumento, onde apesar dos aspectos culturais, também pode-se convergir nos resultados encontrados.

## 6.2 Adesão das mulheres à mamografia em relação aos dados sociodemográficos e clínicos

Algumas características da população feminina têm mostrado relação com a adesão à realização da mamografia no Brasil, entre esses o processo de urbanização é sem dúvida o mais importante, sobretudo a partir da década de 70, quando as mulheres passam a ter mais oferta de serviço (GODINHO; KOCH, 2002). Apesar de não se ter sido feita a análise bivariada no estudo do instrumento original, o presente estudo optou por fazê-lo (CHAMPION, 1999).

Na análise bivariada relacionada à idade, percebeu-se que as mulheres na faixa etária de 65 a 69 anos apresentaram maior adesão ao exame, sendo o domínio benefícios com maior escore. Resultado semelhante pode ser observado na literatura científica, onde mostra que mulheres com idade maior que 60 anos são mais adeptas ao exame (MARCHI; GURGEL, 2010). Como também, o estudo de Huaman *et al.* (2011), que utilizou a escala com 285 mulheres, mostrou que quanto maior a idade maior a adesão verificada.

Em relação ao estado civil, observaram-se maiores escores para as mulheres que possuíam companheiro. Os dados encontrados estão em consonância com outros já referidos na literatura, em que se observa um aumento da adesão em diversas amostras de mulheres que possuem algum companheiro (BARRETO; MENDES; THULER, 2012; DE AZEVEDO *et al.*, 2012; LOURENÇO, 2009).

Estudo realizado por Anagnostopoulos *et al.* (2013) com 250 mulheres para tradução e validação da *Champion's Health Belief Model Scale* para o Tailandês identificou que 53,4% das mulheres adeptas à mamografia eram casadas. As mulheres com companheiro tendem a ser mais atenciosas e assíduas às atividades de autocuidado sendo mais frequentadoras dos serviços de saúde de um modo geral, e em especial à realização de exames diagnósticos, pois se infere que essas se sentem mais preparadas para receber os resultados desses exames uma vez que acreditam que terão um apoio ao enfrentamento de um possível diagnóstico (HOFFMANN; MÜLLER; RUBIN, 2006)

No presente estudo, não foram observadas diferenças estatisticamente significante entre os domínios da escala e a escolaridade, ocupação, raça e religião. Dado semelhante foi verificado em estudo realizado com 325 mulheres que tinha o objetivo de avaliar o comportamento da população feminina relacionado ao hábito de realizar a prevenção do câncer de mama, entre elas a mamografia (PEREIRA; LOPES, 2013).



A renda parece ser uma variável importante na avaliação dessa adesão. No presente estudo, apesar de não se ter uma variação de renda muito significativa entre as entrevistadas, quanto maior a renda maior a adesão verificada. Revisão integrativa realizada por Lourenço, Mauad e Vieira (2013) demonstrou que uma das barreiras para a adesão ao exame mamográfico é o próprio sistema de saúde, sendo o serviço público o menos acessível para a realização do exame, e os de baixo custo os mais congestionados, fatos esses que desencorajam as mulheres que precisam recorrer a esses meios para a prática da mamografia. Quando se trata de um grupo de mulheres com melhor poder aquisitivo, não se identifica essa queixa, pois esse já não passa a ser um fator preocupante (DE OLIVEIRA *et al.*, 2011; SCHNEIDER *et al.*, 2014).

No que concerne às características clínicas, observou-se no presente estudo que a adesão é maior por mulheres que possuem alguma doença crônica, com história familiar de câncer, sem história pessoal de câncer, sem alteração benigna mamária, que apresentam os fatores de risco TRH e nuliparidade.

Segri *et al.* (2011) ao realizarem estudo de comparação das estimativas dos inquéritos de saúde (ISA - Capital) e vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL - São Paulo) identificou que as mulheres portadoras de doenças crônicas eram mais adeptas a mamografia por se considerarem mais adeptas aos serviços e programas de saúde pública, uma vez que são mais frequentadoras desses serviços devido a condição crônica prévia.

A presença de um familiar com diagnóstico de câncer de mama pode despertar dois comportamentos dentre os familiares do sexo feminino mais próximos: a negligência no autocuidado devido ao medo de descobrir que está com a doença, ou o aumento desse autocuidado para não desenvolvê-la (SCHNEIDER *et al.*, 2014). Entre os estudos que avaliam a adesão a mamografia, as mulheres referem que o fato de ter histórico familiar ou história pessoal da doença faz com que elas se sintam mais motivadas a prática do exame, tendenciando-as a uma maior adesão ao exame (AKHIGBE; OMUEMU, 2009).

Lucarelli *et al.* (2008) argumentam que para a compreensão do adoecimento por câncer de mama precisa-se compreender, primeiramente, os fatores de risco os quais são estritamente relacionados ao risco do desenvolvimento da doença e que devem ser utilizados como base para o seu rastreamento. Quando existe a presença de um desses fatores, desde tempos remotos, a equipe multiprofissional procura sensibilizar mais

intensamente a mulheres à adesão aos métodos de detecção precoce, e a mamografia se inclui (FRANCO, 1986; PASCALICCHIO; FRISTACHI; BARACAT, 2001).

A TRH é uma prática muito utilizada por mulheres na faixa etária de 40 a 50 anos, sendo essa uma prática muito contestada por profissionais da saúde uma vez que estudos comprovam que seus benefícios não superam seus malefícios, dentre eles o alto risco para o desenvolvimento do câncer de mama (WANNMACHER; LUBIANCA, 2004). Pode-se inferir que as mulheres que se submetem a essa terapia sejam mais adeptas a mamografia devido ao cuidado atenuado pelo profissional médico responsável pela prescrição dessa terapia.

O fator reprodutivo nuliparidade foi referido por Bonfim, Almeida e Araújo (2009) como uma variável importante na avaliação da adesão de mulheres a mamografia, pois percebeu que 40% das mulheres que se submetem a esse exame são nulíparas. Também sabe-se que a gestação tardia (após 30 anos) e a nuliparidade são fatores de risco para o câncer de mama (SANTOS *et al.*, 2014). Entretanto, deve-se referir nesse momento à atual condição da mulher desempenhando papéis importantes na sociedade que requerem uma maior dedicação diária o que, por muitas vezes, inviabiliza a idealização da maternidade pela a mesma. Dito isso, se presume aqui que o maior quantitativo de mulheres nulíparas adeptas à mamografia se deve não especificamente a essa condição, mas sim ao maior percentual de mulheres nulíparas na sociedade de um modo geral (SANTOS, 2014).

Os resultados obtidos no presente estudo e pesquisas estudadas possibilitam ampla discussão sobre a adesão ao exame mamográfico tanto no Brasil como no exterior. Nota-se na literatura tendência atual em discorrer sobre os fatores relacionados a essa prática, perpassando as dimensões físicas, emocionais, sociais e espirituais das mulheres. No entanto, é preciso também desenvolver estratégias adequadas, que tenham por objetivo atender às principais evidências a essa prática.

## 7 CONCLUSÃO

Ao final desta investigação envolvendo um protocolo para tradução e adaptação transcultural da *Champion's Health Belief Model Scale* para o contexto brasileiro, conclui-se:

- Com base no rigoroso processo de adaptação transcultural e análises estatísticas realizadas, disponibiliza-se o primeiro instrumento específico para avaliação da adesão de mulheres ao exame mamográfico, a *Champion's Health Belief Model Scale*, adaptado para o contexto brasileiro.
- De acordo com avaliação do Comitê de Juízes, a versão adaptada da escala para o contexto brasileiro manteve as equivalências semânticas, idiomáticas, conceituais e experienciais.
- A versão adaptada da escala para o contexto brasileiro é um instrumento de fácil aplicação e compreensão.
- A análise bivariada, realizada a partir da correlação entre os escores de adesão e características sociodemográficas e clínicas, permitiu evidenciar que as mulheres com mais idade, com companheiro e maior renda apresentaram maiores escores de adesão; assim como as mulheres portadoras de doenças crônicas, com historia familiar de câncer, sem historia pessoal de câncer, sem alteração benigna mamária e que apresentam os fatores de risco TRH e nuliparidade.

Ressalta-se como limitação do estudo a não realização da validação de construto e consistência do instrumento. No entanto, é oportuno salientar, que foram realizadas análises estatísticas recomendadas para avaliação de instrumentos de medição, nos dados coletados durante a aplicação do pré-teste.

Na avaliação da amostra estudada, em linhas gerais, os níveis de adesão à mamografia foram inferiores aos encontrados no estudo de construção do instrumento original, o que reforça a característica subjetiva do instrumento de adesão, bem como a influência dos aspectos culturais.

Os achados desta pesquisa constituem elementos valiosos, que devem ser considerados tanto na prática clínica, por profissionais assistenciais, como na área acadêmica, contribuindo para expansão da produção científica nessa temática tão

importante, a fim de que se possam implementar ações que visem promover a adesão à mamografia.

Todavia, novos estudos se fazem necessários para realizar a validação clínica da versão adaptada que deverá ser realizada com a população em geral. Embora a *Champion's Health Belief Model Scale* já tenha suas propriedades psicométricas estudadas na versão original, bem como em vários outros contextos, a investigação da validade, confiabilidade e responsividade da versão adaptada para o contexto brasileiro são necessárias para sua utilização.

## REFERÊNCIAS

ADRIANO, J.R. *et al.* A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida?. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 5, n. 1, p. 53-62, 2000.

AETMIS. **Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé**. Montreal: AETMIS, 2006.

AKHIGBE, A. O.; OMUEMU, V. O. Knowledge, attitudes and practice of breast cancer screening among female health workers in a Nigerian urban city. **BMC Cancer.**, v. 9, n.1,p. 203, 2009.

ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E. B. Adaptación cultural de instrumentos utilizados em salud ocupacional. **Rev Pan Salud Publica**, v. 11, n. 2, p. 109-111, 2002.

ALLARD, R. Beliefs about AIDS as determinants of preventive practices and of support for coercive measures. **Amer J Pub Health**, v. 19, n. 1, p. 448-452, 1989.

AMORIM, V. M. S. L. *et al.* Fatores associados a não realização da mamografia e do exame clínico das mamas: um estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 24,n. 11, p. 2623-2632, 2008.

ANAGNOSTOPOULOS, F. *et al.* Validity and reliability assessment of health belief scales for mammography screening in Greek asymptomatic women. **Psycho-Oncol.**, v. 22, n. 8, p. 1912-1917, 2013.

ANDRADE, L.T. **Validação das intervenções de enfermagem para o diagnóstico de mobilidade física prejudicada nos lesados medulares**. 2007, 109f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007

BARRETO, A. S. B.; MENDES, M. F. M.; THULER, L. C. S. Evaluation of a strategy adopted to expand adherence to breast cancer screening in Brazilian Northeast. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 34, n. 2, p. 86-91, 2012.

BASTABLE, S. B. **O enfermeiro como educador: Princípios de ensino aprendizagem para a prática de enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BEATON, D.E. *et al.* Guidelines for the process of cross-cultural adaption of self-report measures. **Spine.**, v.25, p. 3186-91, 2000.

\_\_\_\_\_. **Recommendations for the cross-cultural adaption of the DASH & QuickDASH outcome measures**. Institute for Work & Health, 2007.

BONFIM, I. M. ; ALMEIDA, P. C. ; ARAÚJO, A. M. A. Identificando fatores de risco e as práticas de autocuidado para detecção precoce do câncer de mama em familiares de mastectomizadas. **Rev. Rene.**, v. 10, n. 1, p. 45-52, 2009.

BORSA, J. C.; DAMÁSIO, B. F.; BANDEIRA, D. R. Adaptação e Validação de Instrumentos Psicológicos entre Culturas: Algumas Considerações. **Paidéia.**, v. 22, n. 53, p. 423-432, 2012.

BRAGA, C. B.; CRUZ, D. A. L. M. Contribuições da psicometria para a avaliação de respostas psicossociais na enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 40, n. 1, p. 98-104, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama.** Brasília: INCA. 2015a.

BRASIL. DataSUS. **Informações estatísticas Brasil:** mamografia. 2014b. Disponível em:  
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siscolo/sismama/DEF/BRMMAMA.def>>. Acesso em: 26 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 35.991, Novembro 11, 2014. Dispõe sobre a alteração do I Plano Distrital de Políticas para as Mulheres, aprovado pelo Decreto nº 35.268, de 27 de março de 2014, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 11 nov. 2014a. Disponível em:  
<<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/79951034/dodf-secacao-01-12-11-2014-pg-4>>. Acesso em: 25 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.664, Abril 29, 2008. Dispõe sobre a eficácia das ações de saúde para assegurar a prevenção, detecção, tratamento e seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, sob o Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 abr. 2008c. Disponível em:  
<<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/93804/lei-11664-08>>. Acesso em: 24 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de de 12 de dezembro de 2012. **Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Brasília, 2012b. Disponível em:  
<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2014

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/control\\_canceres\\_colo\\_uter\\_2013.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/control_canceres_colo_uter_2013.pdf)>. Acesso em: 29 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em:  
<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DiretrizesProgPactuadaIntegAssistSaude.pdf>>. Acesso em: 24 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde:** auditorias nos mamógrafos do SUS. 2015. Disponível em:  
<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/noticias->

anteriores-agencia-saude/5355-comecam-auditorias-nos-mamografos-do-sus>. Acesso em: 07 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 531, Março 26, 2012. Institui o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 mar. 2012a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0531\\_26\\_03\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0531_26_03_2012.html)>. Acesso em: 26 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Controle do Câncer de Mama: Documento do Consenso**. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Rio de Janeiro: INCA, 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Encontro Internacional sobre Rastreamento do Câncer de Mama: Resumo das Apresentações**. Rio de Janeiro, 2008a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativas da Incidência de Câncer no Brasil**. Estimativa 2012. Rio de Janeiro: INCA, 2011a. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/>>. Acessado em: 2 jul. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Portaria 2439. **Política Nacional de Atenção Oncológica**. 2005a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Mais saúde: direito de todos: 2008 – 2011**. Ministério da Saúde: 2008b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais\\_saude\\_direito\\_todos\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_direito_todos_2ed.pdf)>. Acesso em: 24 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Parâmetros para o rastreamento do câncer de mama: recomendações para gestores estaduais e municipais**. INCA: 2009. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/Parametros\\_Prog\\_e\\_rastreamento\\_Ca\\_de\\_Mama\\_.pdf](http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/Parametros_Prog_e_rastreamento_Ca_de_Mama_.pdf)>. Acesso em: 24 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento** Brasília, 2010a. (Série A: Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Primária nº29).

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. SISMAMA. **Taxas de incidência de neoplasia maligna da mama estimadas para o ano de 2012**. 2011c. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siscolo/sismama/DEF/CEMMAMA4.def>>. Acesso em: 6 jul 2013.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Adesão aos anti-retrovirais**. Manual para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BULLINGER, M.; *et al.* Translation health status questionnaires and evaluating their quality: the IQOLA project approach. **J. clin. epidemiol.**, v. 51, n. 11, p. 913-923, 1998.

BURNS, N.; GROVE, S. **Understanding nursing research**. Philadelphia: Saunders, 2003.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva.**, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CAPITULO, K.L.; CORNELIO, M.A.; LENZ, E.R. Translating the short version of the Perinatal Grief Scale: process and challenges. **Appl. Nurs. Res.**, v. 14, n. 3, p. 165-170, 2001.

CARVALHO, C.S.U. A necessária atenção à família do paciente oncológico. **Rev. Bras. Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 1, p. 97-102, 2008

CAVALCANTE, S. A. M. *et al.* Ações do enfermeiro no rastreamento e diagnóstico do câncer de mama no Brasil. **Rev Bras Cancerologia**, v. 59, n.3, p. 459-466, 2013.

CHAMPION, V. Instrument development for health belief model constructs. **ANS Adv Nurs Sci**, v. 6, n. 3, p. 73-85, 1984.

\_\_\_\_\_. Revised susceptibility, benefits, and barriers scale for mammography screening. **Res Nurs Health**, v. 22, n. 4, p. 341-348, 1999.

CHAMPION, V.; SKINNER, C.S.; MENON, U. Development of a Self-Efficacy Scale for mammography. **Res. nurs. health.**, v. 28, n. 4, p. 329-336, 2005.

CICONELLI, R. M. *et al.* Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev Bras Reumatol.**, v. 39, n. 3, p. 143-150, 1999.

DE AZEVEDO, A. C. *et al.* Conduta das funcionárias de um hospital na adesão ao programa de prevenção do câncer de mama. **Radiol Bras.**, v. 45, n. 4, p.215-218, 2012.

DE OLIVEIRA, E. X. G. *et al.* Condicionantes socioeconômicos e geográficos do acesso à mamografia no Brasil, 2003-2008. **Ciênc. saúde coletiva.**, v. 16, n. 9, p. 3649-3664, 2011.

DE OLIVEIRA, G. G.; DA FONSECA, C. A. Uso de marcadores tumorais no diagnóstico e acompanhamento do tratamento do câncer. **Rev. Elet Farm.**, v. 8, n. 2, p. 15, 2011. Disponível em: <<http://h200137217135.ufg.br/index.php/REF/article/viewFile/14898/9284>>. Acesso em: 30 jul. 2015.

DE OLIVEIRA LOPES, M.V.; DA SILVA, V.M.; DE ARAUJO, T.L. Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 66, n. 5, p. 649-655, 2013.



- ESCOBAR, C.C.L. Perception of the quality of life of family caregiver of adults with cancer. **Invest. Educ. Enfer.**, v. 30, n. 3, p. 320-329, 2012.
- ESTEVA, M.; *et al.* Adaptation and validation of a questionnaire on susceptibility, benefits and barriers in breast cancer screening with mammography. **Gac Sanit.**, v. 21, n. 4, p. 282-289, 2007.
- FEHRING, R. J. The Fehring model. In: HURLEY, M. (Ed.). **Classification of nursing diagnoses: proceeding of the Tenth Conference of North American Nursing Diagnosis Association**. Philadelphia USA: JB Lippincott. 1994.
- FERNANDES, A. F. C. *et al.* Significado do cuidado familiar à mulher mastectomizada. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 16, n. 1, p. 27-33, 2012.
- FINEOUT-OVERHOLT, E. *et al.* Evidence-based practice step by step: Critical appraisal of the evidence: Part I. **AJN The American Journal of Nursing**, v. 110, n. 7, p. 47-52, 2010.
- FONTES, C. A. S.; ALVIM, N. A. T. A relação humana no cuidado de enfermagem junto ao cliente com câncer submetido à terapêutica antineoplásica. **Acta Paul Enferm**, v. 21, n. 1, p. 77-83, 2008.
- FRANCO, J. M. Fatores de risco do câncer da mama. **HMK-câncer.**, v.3,n.2, p.65-66, 1986.
- GJERSING, L.; CAPLEHORN, J. R. M.; CLAUSEN, T. Cross-cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations. **BMC Medical Research Methodology [on-line]**, v.10, n.13, 2010. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2288/10/13/>>. Acesso em: 20 jul. 2015.
- GLANZ, K.; RIMER, B. K.; VISWANATH, K. **Health behavior and health education: theory, research, and practice**. USA: John Wiley & Sons, 2008.
- GODINHO, E. R.; KOCH, H. A. O perfil da mulher que se submete a mamografia em Goiânia: uma contribuição a "Bases para um programa de detecção precoce do câncer de mama". **Radiol Bras.**, v.35, n.3, p. 139-145, 2002.
- GØTZSCHE, P.C.; NIELSEN, M. Screening for breast cancer with mammography. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 10, n. 4, p. 56-62, 2006.
- GOZUM, S.; AYDIN, I. Validation evidence for Turkish adaptation of Champion's Health Belief Model Scales. **Cancer nurs.**, v. 27, n.6, p.491-498, 2004.
- HAMBLETON, R. K. Issues, designs, and technical guidelines for adapting test into multiple languages and cultures. In: HAMBLETON, R. K.; MERENDA, P. F.; SPIELBERGER, C. D. **Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment**. Londres: LEA, 2005.

- HASHEMIAN, M. *et al.* Reliability and Validity of the Champion's Health Belief Model Scale for Mammography among Iranian Women with Family History of Breast Cancer. **Health Educ H Promotion**, v. 1, p. 19-31, 2014.
- HEAD, B.J.; MAAS, M.; JOHNSON, M. Validity and community-health-nursing sensitivity of six outcomes for community health nursing with older clients. **Public Health Nurs.**, v.20, n.5, p. 385-398, 2003.
- HOFFMANN, F. S.; MÜLLER, M. C.; RUBIN, R. A mulher com câncer de mama: apoio social e espiritualidade. **Mudanças**, v. 14, n. 2, p. 143-150, 2006.
- HUAMAN, A.M. *et al.* Validation of a susceptibility, benefits, and barrier scale for mammography screening among Peruvian women: a cross-sectional study. **BMC womens health**, v.11, n.54, p.1-8, 2011.
- HYMAN, R. B.; BAKER, S. Construction of the Hyman-Baker Mammography Questionnaire: A measure of Health Belief Model variables. **Psychol Reports**, v.71, n.1, p.1203-1215, 1992.
- JASPER, M. A. Expert: a discussion of the implications of the concept as used in nursing. **J Adv Nurs.**, v.20, n.4, p. 769-776, 1994.
- JORGENSEN, K.J.; ZAHL, P.H.; GOTZSCHE, P.C. Breast cancer mortality in organised mammography screening in Denmark: comparative study. **BMJ.**, v.3, n.40, p.1241, 2010.
- KLINE, P. **The handbook of psychological testing**. 2.ed. London: Routledge, 1986.
- KUMSUK, S.; FLICK, L.H.; SCHNEIDER, J.K. Development of the Thai Breast Cancer Belief Scale for Thai Immigrants in the United States. **J. nurs. meas.**, v. 20, n. 2, p. 123-141, 2012.
- LEE, E. H.; KIM, J. S.; SONG, M.S. Translation and validation of Champion's Health Belief Model Scale with Korean women. **Cancer Nurs.**, v. 25, n.5, p. 391-395, 2002.
- LESSA, P.R.A. **Tradução, adaptação e validação da escala *adherence determinants questionnaire* para uso no Brasil**. 2012. 132f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.
- LOBIONDO-WOOD, G.; HABRE, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação, crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001.
- LÓPEZ, M. L. **Uso de simulação filmada para avaliar o relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente no cuidado ao adulto hospitalizado**. 2004. 306f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.
- LOURENÇO, T.S. **Primeiro rastreamento organizado regional no Brasil: barreiras relacionadas à realização do exame de mamografia**. 2009, 99f. Dissertação (Mestrado

em Medicina) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2009.

LOURENCO, T. S.; MAUAD, E. C.; VIEIRA, R. A. C. Barreiras no rastreamento do câncer de mama e o papel da enfermagem: revisão integrativa. **Rev. bras. enferm.**, vol.66, n.4, pp. 585-591, 2013.

LUCARELLI, A. P. *et al.* Fatores de risco para o câncer de mama. **Femina**, v. 36, n. 4, p. 237-241, 2008.

MACHADO, M. M. P. **Adesão ao Regime Terapêutico Representações das pessoas com IRC sobre contributo dos enfermeiros**. 2009. 272 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Portugal, 2009.

MARCHI, A. A.; GURGEL, M. S. C. Adesão ao rastreamento mamográfico oportunístico em serviços de saúde públicos e privados. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.32, n.4, p. 191-197, 2010.

MATOS, J.C.; PELLOSO, S.M.; CARVALHO, M.D.B. Fatores associados à realização da prevenção secundária do câncer de mama no Município de Maringá, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.27, n.5, p. 888-898, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n5/07.pdf>>. Acesso em: 26 dez. 2014.

MEDINA-SHEPHERD, R.; KLEIER, J.A. Spanish translation and adaptation of Victoria Champion's Health Belief Model Scales for breast cancer screening–mammography. **Cancer nurs.**, v.33, n.2, p.93-101, 2010.

MELO, R.P. *et al.* Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. **Rev Rene**, v.12, n.2, p. 424-431, 2011.

MIKHAIL, B.I.; PETRO-NUSTAS, W.I. Transcultural adaptation of Champion's Health Belief Model Scales. **J. nurs. scholarsh.**, v.33, n.1, p. 159–165, 2001.

MINAYA, P. *et al.* The caregiver oncology quality of life questionnaire (CarGOQoL): development and validation of na instrument to measure the quality of life of the caregiver of patients with cancer. **Eur. j. cancer.**, France, v. 48, n. 6, p. 904-911, 2012.

MONTGOMERY, S. B. *et al.* The Health Belief Model in understanding compliance with preventive-recommendations for AIDS: How useful? **AIDS Educ Prevention**, v.1, n.1, p.303-323, 1989.

MOODI, M. *et al.* Mammography stage of adoption among Iranian women. **J.educ. health promot.**, v. 37, n.1, p.1-5, 2012.

MORAIS, H. C. C.; *et al.* Sobrecarga e modificações de vida na perspectiva dos cuidadores de pacientes com acidente vascular cerebral. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 20, n. 5, p. 944-953, 2012.

MOREIRA, C.B. *et al.* Prevalência do exame mamográfico em mulheres brasileiras no período de 2009 a 2010. **Rev. enferm. UERJ**, v.21, n.2, p.151-155, 2013.

NERGIZ-EROGLU U.; KILIC D. Knowledge, attitude and beliefs women attending mammography units have regarding breast cancer and early diagnosis. **Asian Pac J Cancer Prev.**, v.12, n.7, p. 1855-60, 2011.

NETO, E. R.; DE AGUIAR NUNES, F.; ALBUQUERQUE, Z. P. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática. 1984.

NOVAES, C.O.; MATTOS, I. E. Prevalência e fatores associados à não utilização de mamografia em mulheres idosas. **Cad Saúde Pública.**, v.25, n.2, p.310-320, 2009.

NOVAES, H.M.D.; BRAGA, P.E.; SCHOUT, D. Fatores associados à realização de exames preventivos para câncer nas mulheres brasileiras, PNAD 2003. **Ciênc. saúde coletiva.**, v.11, n.4, p. 1023-1035, 2006.

OGASAWARA, C. *et al.* Validation of the defining characteristics of body image disturbance in Japan. **Nurs Diag.**, v.10, n.1, p.15-20, 1999.

OLIVEIRA, D. C.; D'ELBOUX, M. J. Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. **Rev. bras. enferm.**, Campinas, v. 65, n. 5, p. 829-838, 2012.

OLIVEIRA, E. X. *et al.* Condicionantes socioeconômicos e geográficos do acesso a mamografia no Brasil, 2003-2008. **Cien Saude Colet.**, v.16, n.9, p.3649-3664, 2011.

OSIS, M. J. M. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública.**, v.14, n.1, p.25-32, 1998.

PAIM, J. *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PAIM, J. *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PARSA, P. *et al.* Reliability and validity of Champion's Health Belief Model Scale for breast cancer screening among Malaysian women. **Singap. med. j.**, v.49, n.11, p.897-903, 2008.

PASCALICCHIO, J. C.; FRISTACHI, C. E.; BARACAT, F. F. Câncer de mama: fatores de risco, prognósticos e preditivos. **Rev. bras. Mastologia.**, v. 11, n. 2, p. 71-84, 2001.

PASQUALI, L. **Instrumentos psicológicos**: manual prático de elaboração. Brasília: LabPAM/. IBAPP, 1999.

\_\_\_\_\_. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Rev Psiquiatri Clin.**, v. 25, n. 5, p. 206-223, 1998.

- PASQUALI, L. *et al.* **Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas.** Porto Alegre: Artmed, 2010.
- PEQUENO, L. R. B. **Como anda Fortaleza.** Letra Capital: Observatório das Metrôpoles, 2009.
- PEREIRA, F. M. Q.; LOPES, L. G. Análise de adesão na prevenção do câncer mamário feminino. **ANAIS DO CBMFC**, n. 12, p. 354, 2013.
- PIERUCCI, A. F. "Bye bye, Brasil": o declínio das religiões tradicionais no Censo 2000. **Estud. av.**, v.18, n.52, p. 17-28, 2004.
- PINTO, J. O.; RIBEIRO, C. A.; SILVA, C. V. Procurando manter o equilíbrio para atender suas demandas e cuidar da criança hospitalizada: a experiência da família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** São Paulo, v. 13, n. 6, p.975-981, 2005.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem.** 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. **Rev. Saúde Pública**, v.41, n.4, p.665-73, 2007.
- RUTLEDGE, D. N. Factors related to women's practice of breast self-examination. **Nurs Research**, v.36, n.1, p.117-121, 1987.
- SANTOS, E. A. R. E. *et al.* Cuidando da criança com câncer: avaliação da sobrecarga e qualidade de vida dos cuidadores. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 19, n. 3, p. 515-522, 2011.
- SANTOS, G. D.; CHUBACI, R. Y. S. O conhecimento sobre o câncer de mama e a mamografia das mulheres idosas frequentadoras de centros de convivência em São Paulo (SP, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva.**, v.16, n.5, p. 2533-2540, 2011.
- SANTOS, J. *et al.* Panorama do câncer de mama: indicadores para a política de saúde. **Rev. Enferm Contemporânea.**, v. 3, n. 1, 2014.
- SANTOS, S. J. F. N. **A perspectiva feminina sobre a gravidez tardia.** 2014. 62f. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2014.
- SCHNEIDER, I. J. C. *et al.* Rastreamento mamográfico do câncer de mama no Sul do Brasil e fatores associados: estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública.**, v.30, n.9, p. 1987-1997, 2014.
- SECGINLI, S.; NAHCIVAN, N.O. Reliability and validity of the breast cancer screening belief scale among Turkish women. **Cancer nurs.**, v.27,n.1, p. 287-294, 2004.
- SEGRI, N. J. *et al.* Práticas preventivas de detecção de câncer em mulheres: comparação das estimativas dos inquéritos de saúde (ISA - Capital) e vigilância de

fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL - São Paulo). **Rev. bras. epidemiol.**, v.14, suppl.1, p. 31-43, 2011.

SILVA R.C.F.; HORTALE V.A. Rastreamento do Câncer de Mama no Brasil: Quem, Como e Por quê? **Rev Bras Cancerologia**, v.58, n.1, p. 67-71, 2012.

SILVEIRA, RCCP. **Filme transparente de poliuretano: evidências para a sua utilização no curativo de cateter venoso central de longa permanência**. 2008. 170f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Riberão Preto, Universidade de São Paulo, Riberão Preto, 2008.

SOUZA, M. G. G.; SANTO, F. H. E. O olhar que olha o outro... um estudo com familiares de pessoas em quimioterapia antineoplásica. **Rev. Bras. Cancerologia**. Minas Gerais, v. 54, n. 1, p. 31-41, 2008.

SPERBER, A. Translation and validation of studys instruments for cross-cultural research. **Gastroenterology**, v.126, p.124-128, 2004.

STILLMAN, M. J. Women's health beliefs about breast cancer and breast self-examination. **Nurs. Research**, v.26, n.1, p.121-127, 1977.

SWEDISH ORGANISED SERVICE SCREENING EVALUATION GROUP *et al.* Reduction in breast cancer mortality from organized service screening with mammography: 1. Further confirmation with extended data. **Cancer epidemiol. biomark. prev.**, v. 15, n. 1, p. 45-51, 2006.

TAYMOORI, P.; BERRY, T. The validity and reliability of Champion's Health Belief Model Scale for breast cancer screening behaviors among Iranian women. **Cancer Nurs.**, v.32, n. p.465-72, 2009.

THORNTON, H.; PILLARISSETTI, R.R. 'Breast Awareness' and 'breast self-examination' are not the same. What do these terms mean? Why are they confused? What can we do? **Eur J Cancer**, v.44, n.1, pag.2118-2121, 2008.

THULER, L. C. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. **Rev Bras Cancerol**, v. 49, n. 4, p. 227-38, 2003.

VALPATO, F.; SANTOS, G. **Pacientes oncológicos: um olhar sobre as dificuldades vivenciadas pelos familiares cuidadores**. São Paulo: Imaginário, 2007.

WANNMACHER, L.; LUBIANCA, J. N. Terapia de reposição hormonal na menopausa: evidências atuais. **Uso racional de medicamentos: temas selecionados**, v.1, n.6, p. 1-6, 2004.

WATERKEMPER, R.; REIBNITZ, K. S. Cuidados paliativos: a avaliação da dor na percepção de enfermeiras. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 84-91, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **10 Facts about Cancer 2012**. Lyon: WHO, 2012a. Disponível em:

<<http://www.who.int/features/factfiles/cancer/facts/en/index.html>>. Acesso em: 26 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. **Cancer Facts & Figures 2012**. Lyon: WHO, 2012b. Disponível em: <<http://www.cancer.org/research/cancerfactsfigures/cancerfactsfigures/cancer-facts-figures-2012>>. Acesso em: 22 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. **Early Detection. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes**. World Health Organization: 2007. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/modules/Early%20Detection%20Module%203.pdf>>. Acesso em: 26 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. **World Cancer Report 2008**. Lyon: WHO, 2008. Disponível em: <<http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/>>. Acesso em: 5 dez. 2014

WU, T.Y.; YU, M.Y. Reliability and validity of the mammography screening beliefs questionnaire among Chinese American women. **Cancer Nurs.**, v.26, n.1, p. 131–142, 2003.

YILMAZ, M.; SAYIN, Y.Y. Turkish translation and adaptation of Champion's Health Belief Model Scales for breast cancer mammography screening. **J. clin. Nurs.** Oxford, v. 23,n.14, p. 1978–1989, 2014.

# APÊNDICES



## APÊNDICE A – VERSÃO T12 DA ESCALA

### ESCALA VERSÃO T12 *Champion's Health Belief Scale – Versão Brasileira para o Rastreamento Mamográfico*

Para cada uma das afirmativas a seguir, por favor, selecione a resposta que melhor descreve a sua opinião em relação ao seu comportamento frente ao rastreamento para o câncer de mama. Por favor, marque sua resposta circulando o número mais próximo do que você sente. Não há respostas corretas ou incorretas para as afirmativas que se seguem.

Afirmativa	Discordo completamente	Discordo em parte	Nem concordo nem discordo	Concordo em parte	Concordo completamente
<b>Suscetibilidade</b>					
1. É provável que terei câncer de mama.	1	2	3	4	5
2. Minhas chances de ter câncer de mama nos próximos anos são grandes.	1	2	3	4	5
3. Sinto que terei câncer de mama em algum momento da minha vida.	1	2	3	4	5
<b>Benefícios</b>					
1. Se eu fizer uma mamografia e nada for encontrado, não me preocupo tanto com o câncer de mama.	1	2	3	4	5
2. A realização da mamografia me ajudará a encontrar mais cedo os tumores na mama.	1	2	3	4	5
3. Se na mamografia for encontrado um tumor, meu tratamento para o câncer de mama pode não ser tão ruim.	1	2	3	4	5
4. Para mim, a realização de uma mamografia é a melhor forma de encontrar um tumor muito pequeno.	1	2	3	4	5
5. Fazer uma mamografia diminuirá as minhas chances de morrer de câncer de mama.	1	2	3	4	5
<b>Barreiras</b>					
1. Eu tenho medo de fazer uma mamografia porque pode ser que eu descubra que há algo de errado.	1	2	3	4	5
2. Eu tenho medo de fazer uma mamografia porque não entendo o que vai ser feito.	1	2	3	4	5
3. Eu não sei o que fazer para conseguir realizar uma mamografia.	1	2	3	4	5
4. Realizar uma mamografia é muito vergonhoso.	1	2	3	4	5
5. Realizar uma mamografia leva muito tempo.	1	2	3	4	5
6. A mamografia é muito dolorosa.	1	2	3	4	5
7. As pessoas que realizam a mamografia são grosseiras com as mulheres.	1	2	3	4	5
8. Fazer uma mamografia me expõe à radiação desnecessária.	1	2	3	4	5
9. Não consigo me lembrar de agendar uma mamografia.	1	2	3	4	5
10. Tenho outros problemas mais importantes do que fazer uma mamografia.	1	2	3	4	5
11. Eu sou muito velha para precisar fazer mamografia de rotina.	1	2	3	4	5

## APÊNDICE B – CARTA CONVITE AOS JUÍZES

Prezado (a) Senhor (a),

Sou Camila Brasil Moreira, enfermeira e discente do Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Estou realizando um estudo intitulado “Tradução e adaptação transcultural da *Champion's Health Belief Model Scale* para a língua portuguesa do Brasil” e, venho por meio deste email, convidar vossa senhoria a participar da minha pesquisa como juiz especialista.

Caso aceite participar da pesquisa, solicito que faça o download dos arquivos que seguem em anexo que contém: o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), o instrumento de avaliação da escala, a escala na versão original, as duas escalas traduzidas para o português pelos tradutores, a primeira versão da escala traduzida (T12) e as duas escalas retraduzidas para o seu idioma de origem (inglês) pelos tradutores nativos. Esses documentos deverão ser utilizados pelo(a) senhor(a) para que possa realizar a avaliação da escala traduzida (versão T12) em relação às equivalências semântica, idiomática, conceitual e experiencial que estão conceituados no instrumento.

O comitê de juízes a qual lhe convido a participar será formado por 22 profissionais da área da saúde que atuam na temática câncer de mama e no rastreamento mamográfico. Ressalta-se que a formação do comitê é de suma importância, visto que, com a contribuição de todos, formaremos a versão pré-final da escala. Para tanto preciso que me reenvie o instrumento de avaliação da escala preenchido e o TCLE assinado e escaneado. O prazo para o reenvio é de 90 dias a contar da data de recebimento deste email.

Agradeço antecipadamente sua colaboração para o desenvolvimento dessa pesquisa e caso tenha alguma dúvida, estou no disponível no telefone: (85) 9733 1580/8881 2418 e neste e-mail. Sua presença é fundamental para a riqueza das discussões e contribuição para que o processo de tradução e adaptação transcultural da *Champion's Health Belief Model Scale* seja eficaz.

Atenciosamente,

Camila Brasil Moreira

**APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ESCALA (JUÍZES)****INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PELOS JUÍZES**

Prezado Juíz,

Para que possamos realizar uma adequada adaptação transcultural do instrumento *Champion's Health Belief Model Scale*, do seu idioma original (inglês) para nosso idioma local (português do Brasil), solicitamos sua contribuição nesta etapa de validação, em atendimento aos objetivos da nossa pesquisa (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). Para tanto, será necessário que você analise cuidadosamente cada item das escalas (versão brasileira e original) e responda às perguntas referentes à equivalência semântica, idiomática, experimental e conceitual, seguindo a seguinte codificação:

**QUESTÃO REFERENTE À EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA:**

1. A versão T12 (brasileira) apresenta ortografia correta? O vocabulário da versão traduzida apresenta significado similar à versão original da escala? A versão traduzida está gramaticalmente correta?

**QUESTÃO REFERENTE À EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA:**

2. As expressões idiomáticas ou palavras de difícil tradução da escala original foram substituídas por palavras equivalentes na versão brasileira?

**QUESTÃO REFERENTE À EQUIVALÊNCIA EXPERIMENTAL:**

3. A tradução deste item possui relação com o contexto cultural da população na qual a escala será aplicada (mulheres com 50 anos ou mais)?

**QUESTÃO REFERENTE À EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL:**

4. A tradução deste item apresenta palavras com significados conceituais equivalentes à versão original da escala?

**CODIFICAÇÃO DAS RESPOSTAS:**

**TA**= Tradução Adequada    **TPA**=Tradução Parcialmente Adequada    **TI**=Tradução Inadequada

**Em caso de Tradução Parcialmente Adequada ou Tradução Inadequada, utilize o espaço reservado ao final deste instrumento para realizar as considerações necessárias.**

VERSÃO		ITEM DA ESCALA			
<b>T12 (Português)</b>		<b><i>Champion's Health Belief Model Scale – Versão Brasileira para o Rastreamento Mamográfico</i></b>			
<b>ORIGINAL (Inglês)</b>		<b><i>Champion's Health Belief Model Scale for Mammography Screening</i></b>			
<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA
<b>Semântica</b> ( ) TPA	<b>Idiomática</b> ( ) TPA	<b>Experimental</b> ( ) TPA	<b>Experimental</b> ( ) TPA	<b>Conceitual</b> ( ) TPA	<b>Conceitual</b> ( ) TPA
( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI

VERSÃO		ITEM DA ESCALA			
<b>T12 (Português)</b>		Para cada uma das afirmativas a seguir, por favor, selecione a resposta que melhor descreve a sua opinião em relação ao seu comportamento frente ao rastreamento para o câncer de mama. Por favor, marque sua resposta circulando o número mais próximo do que você sente. Não há respostas corretas ou incorretas para as afirmativas que se seguem.			
<b>ORIGINAL (Inglês)</b>		<i>For each of the following statements, please select a response that best describes how sure you are in your how sure you are in your breast cancer screening behaviors. Please mark your response by circling the number closest to how you feel. There are no correct or incorrect answers to those questions that follow.</i>			
<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA
<b>Semântica</b> ( ) TPA	<b>Idiomática</b> ( ) TPA	<b>Experimental</b> ( ) TPA	<b>Experimental</b> ( ) TPA	<b>Conceitual</b> ( ) TPA	<b>Conceitual</b> ( ) TPA
( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI

VERSÃO		ITEM DA ESCALA			
<b>T12 (Português)</b>		Afirmativa			
<b>ORIGINAL (Inglês)</b>		<i>Statement</i>			
<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA
<b>Semântica</b> ( ) TPA	<b>Idiomática</b> ( ) TPA	<b>Experimental</b> ( ) TPA	<b>Experimental</b> ( ) TPA	<b>Conceitual</b> ( ) TPA	<b>Conceitual</b> ( ) TPA
( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI

**EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA:** Refere-se à equivalência do significado das palavras, à avaliação gramatical e de vocabulário.

**EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA:** Refere-se à formulação de expressões equivalentes para o idioma português, quando a tradução de termos e expressões idiomáticas for de difícil tradução.

**EQUIVALÊNCIA EXPERIMENTAL:** Refere-se à utilização de termos coerentes com a experiência vivida pela população brasileira a qual se destina.

**EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL:** Destina-se a verificar se determinadas palavras ou expressões possuem significado conceitual semelhante, ou se são representados de forma semelhante em diferentes culturas.

**Código de respostas:**

**TA**=Tradução Adequada | **TPA**= Tradução Parcialmente Adequada | **TI**=Tradução Inadequada

VERSÃO		ITEM DA ESCALA			
<b>T12 (Português)</b>		Discordo completamente			
<b>ORIGINAL (Inglês)</b>		<i>Completely disagree</i>			
<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA
<b>Semântica</b> ( ) TPA	<b>Idiomática</b> ( ) TPA	<b>Experimental</b> ( ) TPA	<b>Experimental</b> ( ) TPA	<b>Conceitual</b> ( ) TPA	<b>Conceitual</b> ( ) TPA
( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI

VERSÃO		ITEM DA ESCALA			
<b>T12 (Português)</b>		Discordo em parte			
<b>ORIGINAL (Inglês)</b>		<i>Partly disagree</i>			
<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA
<b>Semântica</b> ( ) TPA	<b>Idiomática</b> ( ) TPA	<b>Experimental</b> ( ) TPA	<b>Experimental</b> ( ) TPA	<b>Conceitual</b> ( ) TPA	<b>Conceitual</b> ( ) TPA
( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI

VERSÃO		ITEM DA ESCALA			
<b>T12 (Português)</b>		Nem concordo nem discordo			
<b>ORIGINAL (Inglês)</b>		<i>Neither agree nor disagree</i>			
<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA
<b>Semântica</b> ( ) TPA	<b>Idiomática</b> ( ) TPA	<b>Experimental</b> ( ) TPA	<b>Experimental</b> ( ) TPA	<b>Conceitual</b> ( ) TPA	<b>Conceitual</b> ( ) TPA
( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI

VERSÃO		ITEM DA ESCALA			
<b>T12 (Português)</b>		Concordo em parte			
<b>ORIGINAL (Inglês)</b>		<i>Partly agree</i>			
<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA
<b>Semântica</b> ( ) TPA	<b>Idiomática</b> ( ) TPA	<b>Experimental</b> ( ) TPA	<b>Experimental</b> ( ) TPA	<b>Conceitual</b> ( ) TPA	<b>Conceitual</b> ( ) TPA
( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI

**EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA:** Refere-se à equivalência do significado das palavras, à avaliação gramatical e de vocabulário.

**EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA:** Refere-se à formulação de expressões equivalentes para o idioma português, quando a tradução de termos e expressões idiomáticas for de difícil tradução.

**EQUIVALÊNCIA EXPERIMENTAL:** Refere-se à utilização de termos coerentes com a experiência vivida pela população brasileira a qual se destina.

**EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL:** Destina-se a verificar se determinadas palavras ou expressões possuem significado conceitual semelhante, ou se são representados de forma semelhante em diferentes culturas.

**Código de respostas:**

**TA**=Tradução Adequada | **TPA**= Tradução Parcialmente Adequada | **TI**=Tradução Inadequada

VERSÃO		ITEM DA ESCALA			
<b>T12 (Português)</b>		Concordo completamente			
<b>ORIGINAL (Inglês)</b>		<i>Completely agree</i>			
<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA
<b>Semântica</b> ( ) TPA	<b>Idiomática</b> ( ) TPA	<b>Experimental</b> ( ) TPA	<b>Conceitual</b> ( ) TPA	<b>Conceitual</b> ( ) TPA	<b>Conceitual</b> ( ) TPA
( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI

VERSÃO		ITEM DA ESCALA			
<b>T12 (Português)</b>		Suscetibilidade			
<b>ORIGINAL (Inglês)</b>		<i>Susceptibility</i>			
<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA
<b>Semântica</b> ( ) TPA	<b>Idiomática</b> ( ) TPA	<b>Experimental</b> ( ) TPA	<b>Conceitual</b> ( ) TPA	<b>Conceitual</b> ( ) TPA	<b>Conceitual</b> ( ) TPA
( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI

VERSÃO		ITEM DA ESCALA			
<b>T12 (Português)</b>		1. É provável que terei câncer de mama.			
<b>ORIGINAL (Inglês)</b>		<i>1. It is likely that I will get breast cancer.</i>			
<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA
<b>Semântica</b> ( ) TPA	<b>Idiomática</b> ( ) TPA	<b>Experimental</b> ( ) TPA	<b>Conceitual</b> ( ) TPA	<b>Conceitual</b> ( ) TPA	<b>Conceitual</b> ( ) TPA
( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI

VERSÃO		ITEM DA ESCALA			
<b>T12 (Português)</b>		2. Minhas chances de ter câncer de mama nos próximos anos são grandes.			
<b>ORIGINAL (Inglês)</b>		<i>2. My chances of getting breast cancer in the next few years are great.</i>			
<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA
<b>Semântica</b> ( ) TPA	<b>Idiomática</b> ( ) TPA	<b>Experimental</b> ( ) TPA	<b>Conceitual</b> ( ) TPA	<b>Conceitual</b> ( ) TPA	<b>Conceitual</b> ( ) TPA
( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI

**EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA:** Refere-se à equivalência do significado das palavras, à avaliação gramatical e de vocabulário.

**EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA:** Refere-se à formulação de expressões equivalentes para o idioma português, quando a tradução de termos e expressões idiomáticas for de difícil tradução.

**EQUIVALÊNCIA EXPERIMENTAL:** Refere-se à utilização de termos coerentes com a experiência vivida pela população brasileira a qual se destina.

**EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL:** Destina-se a verificar se determinadas palavras ou expressões possuem significado conceitual semelhante, ou se são representados de forma semelhante em diferentes culturas.

**Código de respostas:**

**TA**=Tradução Adequada | **TPA**= Tradução Parcialmente Adequada | **TI**=Tradução Inadequada

VERSÃO		ITEM DA ESCALA			
<b>T12 (Português)</b>		3. Sinto que terei câncer de mama em algum momento da minha vida.			
<b>ORIGINAL (Inglês)</b>		3. <i>I feel I will get breast cancer sometime during my life.</i>			
<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA		
<b>Semântica</b> ( ) TPA	<b>Idiomática</b> ( ) TPA	<b>Experimental</b> ( ) TPA	<b>Conceitual</b> ( ) TPA		
( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI		

VERSÃO		ITEM DA ESCALA			
<b>T12 (Português)</b>		Benefícios			
<b>ORIGINAL (Inglês)</b>		<i>Benefits</i>			
<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA		
<b>Semântica</b> ( ) TPA	<b>Idiomática</b> ( ) TPA	<b>Experimental</b> ( ) TPA	<b>Conceitual</b> ( ) TPA		
( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI		

VERSÃO		ITEM DA ESCALA			
<b>T12 (Português)</b>		1. Se eu fizer uma mamografia e nada for encontrado, não me preocupo tanto com o câncer de mama.			
<b>ORIGINAL (Inglês)</b>		1. <i>If I get a mammogram and nothing is found, I do not worry as much about breast cancer.</i>			
<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA		
<b>Semântica</b> ( ) TPA	<b>Idiomática</b> ( ) TPA	<b>Experimental</b> ( ) TPA	<b>Conceitual</b> ( ) TPA		
( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI		

VERSÃO		ITEM DA ESCALA			
<b>T12 (Português)</b>		2. A realização da mamografia me ajudará a encontrar mais cedo os tumores na mama			
<b>ORIGINAL (Inglês)</b>		2. <i>Having a mammogram will help me find breast lumps early.</i>			
<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA		
<b>Semântica</b> ( ) TPA	<b>Idiomática</b> ( ) TPA	<b>Experimental</b> ( ) TPA	<b>Conceitual</b> ( ) TPA		
( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI		

**EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA:** Refere-se à equivalência do significado das palavras, à avaliação gramatical e de vocabulário.

**EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA:** Refere-se à formulação de expressões equivalentes para o idioma português, quando a tradução de termos e expressões idiomáticas for de difícil tradução.

**EQUIVALÊNCIA EXPERIMENTAL:** Refere-se à utilização de termos coerentes com a experiência vivida pela população brasileira a qual se destina.

**EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL:** Destina-se a verificar se determinadas palavras ou expressões possuem significado conceitual semelhante, ou se são representados de forma semelhante em diferentes culturas.

**Código de respostas:**

**TA**=Tradução Adequada | **TPA**= Tradução Parcialmente Adequada | **TI**=Tradução Inadequada

VERSÃO		ITEM DA ESCALA			
<b>T12 (Português)</b>		3. Se na mamografia for encontrado um tumor, meu tratamento para o câncer de mama pode não ser tão ruim.			
<b>ORIGINAL (Inglês)</b>		3. <i>If I find a lump through a mammogram, my treatment for breast cancer may not be as bad.</i>			
<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TPA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TPA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TPA
<b>Semântica</b> ( ) TI	<b>Idiomática</b> ( ) TI	<b>Experimental</b> ( ) TI	<b>Conceitual</b> ( ) TI		

VERSÃO		ITEM DA ESCALA			
<b>T12 (Português)</b>		4. Para mim, a realização de uma mamografia é a melhor forma de encontrar um tumor muito pequeno.			
<b>ORIGINAL (Inglês)</b>		4. <i>Having a mammogram is the best way for me to find a very small lump.</i>			
<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TPA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TPA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TPA
<b>Semântica</b> ( ) TI	<b>Idiomática</b> ( ) TI	<b>Experimental</b> ( ) TI	<b>Conceitual</b> ( ) TI		

VERSÃO		ITEM DA ESCALA			
<b>T12 (Português)</b>		5. Fazer uma mamografia diminuirá as minhas chances de morrer de câncer de mama			
<b>ORIGINAL (Inglês)</b>		5. <i>Having a mammogram will decrease my chances of dying from breast cancer.</i>			
<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TPA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TPA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TPA
<b>Semântica</b> ( ) TI	<b>Idiomática</b> ( ) TI	<b>Experimental</b> ( ) TI	<b>Conceitual</b> ( ) TI		

VERSÃO		ITEM DA ESCALA			
<b>T12 (Português)</b>		Barreiras			
<b>ORIGINAL (Inglês)</b>		<i>Barriers</i>			
<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TPA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TPA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TPA
<b>Semântica</b> ( ) TI	<b>Idiomática</b> ( ) TI	<b>Experimental</b> ( ) TI	<b>Conceitual</b> ( ) TI		

**EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA:** Refere-se à equivalência do significado das palavras, à avaliação gramatical e de vocabulário.

**EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA:** Refere-se à formulação de expressões equivalentes para o idioma português, quando a tradução de termos e expressões idiomáticas for de difícil tradução.

**EQUIVALÊNCIA EXPERIMENTAL:** Refere-se à utilização de termos coerentes com a experiência vivida pela população brasileira a qual se destina.

**EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL:** Destina-se a verificar se determinadas palavras ou expressões possuem significado conceitual semelhante, ou se são representados de forma semelhante em diferentes culturas.

**Código de respostas:**

**TA**=Tradução Adequada | **TPA**= Tradução Parcialmente Adequada | **TI**=Tradução Inadequada



VERSÃO		ITEM DA ESCALA			
<b>T12 (Português)</b>		1. Eu tenho medo de fazer uma mamografia porque pode ser que eu descubra que há algo de errado.			
<b>ORIGINAL (Inglês)</b>		<i>1. I am afraid to have a mammogram because I might find out something is wrong.</i>			
<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA
<b>Semântica</b> ( ) TPA	<b>Idiomática</b> ( ) TPA	<b>Experimental</b> ( ) TPA	<b>Experimental</b> ( ) TPA	<b>Conceitual</b> ( ) TPA	<b>Conceitual</b> ( ) TPA
( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI

VERSÃO		ITEM DA ESCALA			
<b>T12 (Português)</b>		2. Eu tenho medo de fazer uma mamografia porque não entendo o que vai ser feito.			
<b>ORIGINAL (Inglês)</b>		<i>2. I am afraid to have a mammogram because I don't understand what will be done.</i>			
<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA
<b>Semântica</b> ( ) TPA	<b>Idiomática</b> ( ) TPA	<b>Experimental</b> ( ) TPA	<b>Experimental</b> ( ) TPA	<b>Conceitual</b> ( ) TPA	<b>Conceitual</b> ( ) TPA
( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI

VERSÃO		ITEM DA ESCALA			
<b>T12 (Português)</b>		3. Eu não sei o que fazer para conseguir realizar uma mamografia.			
<b>ORIGINAL (Inglês)</b>		<i>3. I don't know how to go about getting a mammogram.</i>			
<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA
<b>Semântica</b> ( ) TPA	<b>Idiomática</b> ( ) TPA	<b>Experimental</b> ( ) TPA	<b>Experimental</b> ( ) TPA	<b>Conceitual</b> ( ) TPA	<b>Conceitual</b> ( ) TPA
( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI

VERSÃO		ITEM DA ESCALA			
<b>T12 (Português)</b>		4. Realizar uma mamografia é muito vergonhoso.			
<b>ORIGINAL (Inglês)</b>		<i>4. Having a mammogram is too embarrassing.</i>			
<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA
<b>Semântica</b> ( ) TPA	<b>Idiomática</b> ( ) TPA	<b>Experimental</b> ( ) TPA	<b>Experimental</b> ( ) TPA	<b>Conceitual</b> ( ) TPA	<b>Conceitual</b> ( ) TPA
( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI

**EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA:** Refere-se à equivalência do significado das palavras, à avaliação gramatical e de vocabulário.

**EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA:** Refere-se à formulação de expressões equivalentes para o idioma português, quando a tradução de termos e expressões idiomáticas for de difícil tradução.

**EQUIVALÊNCIA EXPERIMENTAL:** Refere-se à utilização de termos coerentes com a experiência vivida pela população brasileira a qual se destina.

**EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL:** Destina-se a verificar se determinadas palavras ou expressões possuem significado conceitual semelhante, ou se são representados de forma semelhante em diferentes culturas.

**Código de respostas:**

**TA**=Tradução Adequada | **TPA**= Tradução Parcialmente Adequada | **TI**=Tradução Inadequada

VERSÃO		ITEM DA ESCALA			
<b>T12 (Português)</b>		5. Realizar uma mamografia leva muito tempo.			
<b>ORIGINAL (Inglês)</b>		5. <i>Having a mammogram takes too much time.</i>			
<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TPA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TPA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TPA
<b>Semântica</b> ( ) TI	<b>Idiomática</b> ( ) TI	<b>Experimental</b> ( ) TI	<b>Conceitual</b> ( ) TI		

VERSÃO		ITEM DA ESCALA			
<b>T12 (Português)</b>		6. A mamografia é muito dolorosa.			
<b>ORIGINAL (Inglês)</b>		6. <i>Having a mammogram is too painful.</i>			
<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TPA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TPA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TPA
<b>Semântica</b> ( ) TI	<b>Idiomática</b> ( ) TI	<b>Experimental</b> ( ) TI	<b>Conceitual</b> ( ) TI		

VERSÃO		ITEM DA ESCALA			
<b>T12 (Português)</b>		7. As pessoas que realizam a mamografia são grosseiras com as mulheres.			
<b>ORIGINAL (Inglês)</b>		7. <i>People doing mammograms are rude to women.</i>			
<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TPA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TPA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TPA
<b>Semântica</b> ( ) TI	<b>Idiomática</b> ( ) TI	<b>Experimental</b> ( ) TI	<b>Conceitual</b> ( ) TI		

VERSÃO		ITEM DA ESCALA			
<b>T12 (Português)</b>		8. Fazer uma mamografia me expõe à radiação desnecessária.			
<b>ORIGINAL (Inglês)</b>		8. <i>Having a mammogram exposes me to unnecessary radiation.</i>			
<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TPA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TPA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TPA
<b>Semântica</b> ( ) TI	<b>Idiomática</b> ( ) TI	<b>Experimental</b> ( ) TI	<b>Conceitual</b> ( ) TI		

**EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA:** Refere-se à equivalência do significado das palavras, à avaliação gramatical e de vocabulário.

**EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA:** Refere-se à formulação de expressões equivalentes para o idioma português, quando a tradução de termos e expressões idiomáticas for de difícil tradução.

**EQUIVALÊNCIA EXPERIMENTAL:** Refere-se à utilização de termos coerentes com a experiência vivida pela população brasileira a qual se destina.

**EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL:** Destina-se a verificar se determinadas palavras ou expressões possuem significado conceitual semelhante, ou se são representados de forma semelhante em diferentes culturas.

**Código de respostas:**

**TA**=Tradução Adequada | **TPA**= Tradução Parcialmente Adequada | **TI**=Tradução Inadequada

VERSÃO		ITEM DA ESCALA			
<b>T12 (Português)</b>		9. Não consigo me lembrar de agendar uma mamografia.			
<b>ORIGINAL (Inglês)</b>		<i>9. I can not remember to schedule a mammogram</i>			
<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA
<b>Semântica</b> ( ) TPA	<b>Idiomática</b> ( ) TPA	<b>Experimental</b> ( ) TPA	<b>Experimental</b> ( ) TPA	<b>Conceitual</b> ( ) TPA	<b>Conceitual</b> ( ) TPA
( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI

VERSÃO		ITEM DA ESCALA			
<b>T12 (Português)</b>		10. Tenho outros problemas mais importantes do que fazer uma mamografia.			
<b>ORIGINAL (Inglês)</b>		<i>10. I have other problems more important than getting a mammogram.</i>			
<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA
<b>Semântica</b> ( ) TPA	<b>Idiomática</b> ( ) TPA	<b>Experimental</b> ( ) TPA	<b>Experimental</b> ( ) TPA	<b>Conceitual</b> ( ) TPA	<b>Conceitual</b> ( ) TPA
( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI

VERSÃO		ITEM DA ESCALA			
<b>T12 (Português)</b>		11. Eu sou muito velha para precisar fazer mamografia de rotina.			
<b>ORIGINAL (Inglês)</b>		<i>11. I am too old to need a routine mammogram.</i>			
<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA	<b>Equivalência</b> ( ) TA
<b>Semântica</b> ( ) TPA	<b>Idiomática</b> ( ) TPA	<b>Experimental</b> ( ) TPA	<b>Experimental</b> ( ) TPA	<b>Conceitual</b> ( ) TPA	<b>Conceitual</b> ( ) TPA
( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI	( ) TI

**EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA:** Refere-se à equivalência do significado das palavras, à avaliação gramatical e de vocabulário.

**EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA:** Refere-se à formulação de expressões equivalentes para o idioma português, quando a tradução de termos e expressões idiomáticas for de difícil tradução.

**EQUIVALÊNCIA EXPERIMENTAL:** Refere-se à utilização de termos coerentes com a experiência vivida pela população brasileira a qual se destina.

**EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL:** Destina-se a verificar se determinadas palavras ou expressões possuem significado conceitual semelhante, ou se são representados de forma semelhante em diferentes culturas.

**Código de respostas:**

**TA**=Tradução Adequada | **TPA**= Tradução Parcialmente Adequada | **TI**=Tradução Inadequada



**APÊNDICE D - INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO  
SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DAS ENTREVISTADAS**

Número da entrevistada: \_\_\_\_\_

Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E DADOS CLÍNICOS**

1 - Nome / Iniciais:	End:
Telefone: ( )	3- Estado Civil: (1) Solteiro (2) Casado/União Estável (3) Viúvo (4) Separado/Divorciado
2 – Idade:	
4 - Raça: (1) Branco (2) Negro (3) Pardo (4) Amarelo (5) Indígena	
5 – Escolaridade: _____Série_____ (anos)	6- Renda familiar: _____(em reais)
7- Profissão: (1) Empregada (2) Desempregada	8- Religião: (1) Católico (2) Evangélico (3) Espírita (4) Ateu
10 – Possui alguma doença crônica: (1) Sim (2) Não Se sim, qual? _____	
11- Possui história de câncer na família: (1) Sim (2) Não Se sim, é: (1) câncer de mama (2) câncer de ovário (3) outros _____	
12 – Possui história pessoal de câncer: (1) Sim (2) Não Se sim, qual? _____	
13 – Tem ou já teve alguma alteração benigna na mama: <input type="checkbox"/> (1) Sim <input type="checkbox"/> (2) Não Se sim, qual(is)? _____	
14 – Possui fator de risco para desenvolver o câncer de mama? (1) Menarca precoce (2) Menopausa Tardia (3) Obesidade (4) TRH (5) Nuliparidade (6) 1º Gestação após os 30 anos	

## APÊNDICE E – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA VERSÃO PRÉ-FINAL DA ESCALA (MULHERES)

### Champion's Health Belief Scale para Rastreamento Mamográfico

Para cada uma das afirmativas a seguir, por favor, selecione a resposta que melhor descreve a sua opinião em relação ao seu comportamento frente ao rastreamento para o câncer de mama. Por favor, marque sua resposta circulando o número mais próximo do que você sente. Não há respostas corretas ou incorretas para as afirmativas que se seguem.

Afirmativa	Discordo completamente	Discordo em parte	Nem concordo nem discordo	Concordo em parte	Concordo completamente
<b>Suscetibilidade</b>					
1. É provável que terei câncer de mama. Este item lhe parece claro e compreensível? ( ) Sim ( ) Não	1	2	3	4	5
2. Minhas chances de ter câncer de mama nos próximos anos são grandes. Este item lhe parece claro e compreensível? ( ) Sim ( ) Não	1	2	3	4	5
3. Sinto que terei câncer de mama em algum momento da minha vida. Este item lhe parece claro e compreensível? ( ) Sim ( ) Não	1	2	3	4	5
<b>Benefícios</b>					
1. Se eu fizer uma mamografia e nada for encontrado, não me preocupo tanto com o câncer de mama. Este item lhe parece claro e compreensível? ( ) Sim ( ) Não	1	2	3	4	5
2. A realização da mamografia me ajudará a encontrar mais cedo os tumores na mama. Este item lhe parece claro e compreensível? ( ) Sim ( ) Não	1	2	3	4	5
3. Se eu encontrar um tumor através da mamografia, meu tratamento para o câncer de mama pode não ser tão ruim. Este item lhe parece claro e compreensível? ( ) Sim ( ) Não	1	2	3	4	5
4. Para mim, a realização de uma mamografia é a melhor forma de encontrar um tumor muito pequeno. Este item lhe parece claro e compreensível? ( ) Sim ( ) Não	1	2	3	4	5
5. Fazer uma mamografia diminuirá as minhas chances de morrer de câncer de mama. Este item lhe parece claro e compreensível? ( ) Sim ( ) Não	1	2	3	4	5
<b>Barreiras</b>					
1. Eu tenho medo de fazer uma mamografia porque pode ser que eu descubra que há algo de errado. Este item lhe parece claro e compreensível? ( ) Sim ( ) Não	1	2	3	4	5
2. Eu tenho medo de fazer uma mamografia porque não entendo o que vai ser feito. Este item lhe parece claro e compreensível? ( ) Sim ( ) Não	1	2	3	4	5
3. Eu não sei o que fazer para conseguir realizar uma mamografia. Este item lhe parece claro e compreensível? ( ) Sim ( ) Não	1	2	3	4	5
4. Realizar uma mamografia é muito vergonhoso. Este item lhe parece claro e compreensível? ( ) Sim ( ) Não	1	2	3	4	5
5. Realizar uma mamografia leva muito tempo. Este item lhe parece claro e compreensível? ( ) Sim ( ) Não	1	2	3	4	5
6. A mamografia é muito dolorosa. Este item lhe parece claro e compreensível? ( ) Sim ( ) Não	1	2	3	4	5
7. As pessoas que realizam a mamografia são grosseiras com as mulheres. Este item lhe parece claro e compreensível? ( ) Sim ( ) Não	1	2	3	4	5
8. Fazer uma mamografia me expõe à radiação desnecessária. Este item lhe parece claro e compreensível? ( ) Sim ( ) Não	1	2	3	4	5
9. Não consigo me lembrar de agendar uma mamografia. Este item lhe parece claro e compreensível? ( ) Sim ( ) Não	1	2	3	4	5
10. Tenho outros problemas mais importantes do que fazer uma mamografia. Este item lhe parece claro e compreensível? ( ) Sim ( ) Não	1	2	3	4	5
11. Eu sou muito velha para precisar fazer mamografia de rotina. Este item lhe parece claro e compreensível? ( ) Sim ( ) Não	1	2	3	4	5

**APÊNDICE F – INSTRUMENTO DE CONSENTIMENTO LIVRE E  
ESCLARECIDO (TRADUTORES)**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

Prezado(a) Tradutor(a),

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada “Tradução, adaptação transcultural e validação da *Champion's Health Belief Model Scale* para a língua portuguesa do Brasil” que se refere a uma pesquisa desenvolvida por uma mestranda e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará tendo orientação da professora e pesquisadora Dra. Ana Fátima Carvalho Fernandes.

O objetivo deste estudo é verificar se uma escala de adesão ao exame mamográfico, utilizada em outros países, ajudará os enfermeiros brasileiros a coordenar as atividades voltadas a esta temática.

Sua forma de participação nesta pesquisa é: traduzir a escala a ser utilizada no presente estudo. Essas informações serão utilizadas unicamente para apresentação em congressos e publicação em revista científica da área da saúde, garantindo-se sempre seu anonimato. Os dados coletados permanecerão em poder exclusivo dos pesquisadores durante todo o decorrer da pesquisa e por um período de 5 anos, ao qual após serão destruídos.

Os resultados contribuirão para uma melhor adesão aos exames mamográficos e as pesquisadoras poderão prestar uma assistência à saúde mamária adequada e de qualidade de acordo com suas necessidades. Contribuirão também para aumentar o conhecimento científico sobre a temática, auxiliando outros pesquisadores da área.

O risco de sua participação nesse estudo está relacionado a constrangimentos provocados pela leitura e tradução da escala. O (a) senhor(a) não será obrigada a responder questões que não queira ou não se sinta à vontade, podendo recusar-se a responder. O entrevistador seguirá todos os princípios éticos como respeito à sua dignidade e não maleficência.

Gostaríamos de deixar claro que sua participação é voluntária, a senhora não receberá nenhum valor pela participação nesta pesquisa, e que poderá recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado.

Convidamos e garantimos que será mantido sigilo de sua identidade e de que serão oferecidos esclarecimentos sempre que desejar com o pesquisador e/ou com o Comitê de Ética em Pesquisa, nos contatos e endereço abaixo mencionados. A sua participação está isenta de despesas.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em duas vias, sendo assinadas pela participante da pesquisa e a pesquisadora responsável, assim como todas as páginas serão rubricadas por ambas as partes.

Desde já, agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

Você ficará com uma cópia deste Termo e em caso de dúvida(s) e outros esclarecimentos sobre esta pesquisa você poderá entrar em contato com a pesquisadora Camila Brasil Moreira. Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115, - Sala 09 - Bairro: Rodolfo Teófilo \_ Fortaleza – CE. Telefone: (85) 9733-1580 – email: camilabrasil@alu.ufc.br, ou ainda com o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal do Ceará (UFC) pelo telefone: (85) 33668344.

Eu \_\_\_\_\_(nome do participante e número do documento de identidade), confirmo que Camila Brasil Moreira explicou-me os objetivos desta pesquisa, bem como a forma de participação. As alternativas para minha participação foram discutidas. Eu li e compreendi este Termo de Consentimento, portanto, eu concordo em dar meu consentimento para participar como voluntário desta pesquisa.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do sujeito da pesquisa)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do sujeito da pesquisa)

**APÊNDICE G – INSTRUMENTO DE CONSENTIMENTO LIVRE E  
ESCLARECIDO (JUÍZES)**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

Prezado(a) Juiz(a),

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada “Tradução, adaptação transcultural e validação da *Champion's Health Belief Model Scale* para a língua portuguesa do Brasil” que se refere a uma pesquisa desenvolvida por uma mestranda e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará tendo orientação da professora e pesquisadora Dra. Ana Fátima Carvalho Fernandes.

O objetivo deste estudo é verificar se uma escala de adesão ao exame mamográfico, utilizada em outros países, ajudará os enfermeiros brasileiros a coordenar as atividades voltadas a esta temática.

Sua forma de participação nesta pesquisa é: responder o instrumento de avaliação da escala e avaliar aos itens da escala a ser traduzida e validada. Essas informações serão utilizadas unicamente para apresentação em congressos e publicação em revista científica da área da saúde, garantindo-se sempre seu anonimato. Os dados coletados permanecerão em poder exclusivo dos pesquisadores durante todo o decorrer da pesquisa e por um período de 5 anos, ao qual após serão destruídos.

Os resultados contribuirão para uma melhor adesão aos exames mamográficos e as pesquisadoras poderão prestar uma assistência à saúde mamária adequada e de qualidade de acordo com suas necessidades. Contribuirão também para aumentar o conhecimento científico sobre a temática, auxiliando outros pesquisadores da área.

O risco de sua participação nesse estudo está relacionado a constrangimentos provocados pela leitura e análise da escala. O (a) senhor(a) não será obrigada a responder questões que não queira ou não se sinta à vontade, podendo recusar-se a responder. O entrevistador seguirá todos os princípios éticos como respeito à sua dignidade e não maleficência.

Gostaríamos de deixar claro que sua participação é voluntária, a senhora não receberá nenhum valor pela participação nesta pesquisa, e que poderá recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado.

Convidamos e garantimos que será mantido sigilo de sua identidade e de que serão oferecidos esclarecimentos sempre que desejar com o pesquisador e/ou com o Comitê de Ética em Pesquisa, nos contatos e endereço abaixo mencionados. A sua participação está isenta de despesas.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em duas vias, sendo assinadas pela participante da pesquisa e a pesquisadora responsável, assim como todas as páginas serão rubricadas por ambas as partes.

Desde já, agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

Você ficará com uma cópia deste Termo e em caso de dúvida(s) e outros esclarecimentos sobre esta pesquisa você poderá entrar em contato com a pesquisadora Camila Brasil Moreira. Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115, - Sala 09 - Bairro: Rodolfo Teófilo \_ Fortaleza – CE. Telefone: (85) 9733-1580 – email: camilabrasil@alu.ufc.br, ou ainda com o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal do Ceará (UFC) pelo telefone: (85) 33668344.

Eu \_\_\_\_\_(nome do participante e número do documento de identidade), confirmo que Camila Brasil Moreira explicou-me os objetivos desta pesquisa, bem como a forma de participação. As alternativas para minha participação foram discutidas. Eu li e compreendi este Termo de Consentimento, portanto, eu concordo em dar meu consentimento para participar como voluntário desta pesquisa.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do sujeito da pesquisa)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do sujeito da pesquisa)



## APÊNDICE H – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**MESTRADO EM ENFERMAGEM**

Prezada Participante,

Gostaríamos de convidá-la a participar como voluntária da pesquisa intitulada “Tradução, adaptação transcultural e validação da *Champion's Health Belief Model Scale* para a língua portuguesa do Brasil” que se refere a uma pesquisa desenvolvida por uma mestranda e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará tendo orientação da professora e pesquisadora Dra. Ana Fátima Carvalho Fernandes.

O objetivo deste estudo é verificar se uma escala de adesão ao exame mamográfico, utilizada em outros países, ajudará os enfermeiros brasileiros a coordenar as atividades voltadas a esta temática.

Sua forma de participação nesta pesquisa é: responder o questionário sociodemográfico e aos itens da escala a ser traduzida e validada. Essas informações serão utilizadas unicamente para apresentação em congressos e publicação em revista científica da área da saúde, garantindo-se sempre seu anonimato. Os dados coletados permanecerão em poder exclusivo dos pesquisadores durante todo o decorrer da pesquisa e por um período de 5 anos, ao qual após serão destruídos.

Os resultados contribuirão para uma melhor adesão aos exames mamográficos e as pesquisadoras poderão prestar uma assistência à saúde mamária adequada e de qualidade de acordo com suas necessidades. Contribuirão também para aumentar o conhecimento científico sobre a temática, auxiliando outros pesquisadores da área.

O risco de sua participação nesse estudo está relacionado a constrangimentos e lembranças desagradáveis provocadas pela entrevista. A senhora não será obrigada a responder questões que não queira ou não se sinta à vontade, podendo recusar-se a responder. O entrevistador seguirá todos os princípios éticos como respeito à sua dignidade e não maleficência.

Gostaríamos de deixar claro que sua participação é voluntária, a senhora não receberá nenhum valor pela participação nesta pesquisa, e que poderá recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado.

Convidamos e garantimos que será mantido sigilo de sua identidade e de que serão oferecidos esclarecimentos sempre que desejar com o pesquisador e/ou com o Comitê de Ética em Pesquisa, nos contatos e endereço abaixo mencionados. A sua participação está isenta de despesas.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em duas vias, sendo assinadas pela participante da pesquisa e a pesquisadora responsável, assim como todas as páginas serão rubricadas por ambas as partes.

Desde já, agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

Você ficará com uma cópia deste Termo e em caso de dúvida(s) e outros esclarecimentos sobre esta pesquisa você poderá entrar em contato com a pesquisadora Camila Brasil Moreira. Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115, - Sala 09 - Bairro: Rodolfo Teófilo \_ Fortaleza – CE. Telefone: (85) 9733-1580 – email: camilabrasil@alu.ufc.br, ou ainda com o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal do Ceará (UFC) pelo telefone: (85) 33668344.

Eu \_\_\_\_\_ (nome do participante e número do documento de identidade), confirmo que Camila Brasil Moreira explicou-me os objetivos desta pesquisa, bem como a forma de participação. As alternativas para minha participação foram discutidas. Eu li e compreendi este Termo de Consentimento, portanto, eu concordo em dar meu consentimento para participar como voluntário desta pesquisa.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

\_\_\_\_\_  
 (Assinatura do sujeito da pesquisa)

\_\_\_\_\_  
 (Assinatura do sujeito da pesquisa)

# **ANEXOS**

## ANEXO A – A ESCALA ORIGINAL

**Champion's Health Belief Scales for Mammography Screening**

For each of the following statements, please select a response that best describes how sure you are in your how sure you are in your breast cancer screening behaviors. Please mark your response by circling the number closest to how you feel. There are no correct or incorrect answers to those questions that follow.

Statement	Completely disagree	Partly disagree	Neither agree nor disagree	Partly agree	Completely agree
<b>Susceptibility</b>					
1. It is likely that I will get breast cancer.	1	2	3	4	5
2. My chances of getting breast cancer in the next few years are great.	1	2	3	4	5
3. I feel I will get breast cancer sometime during my life.	1	2	3	4	5
<b>Benefits</b>					
1. If I get a mammogram and nothing is found, I do not worry as much about breast cancer.	1	2	3	4	5
2. Having a mammogram will help me find breast lumps early.	1	2	3	4	5
3. If I find a lump through a mammogram, my treatment for breast cancer may not be as bad.	1	2	3	4	5
4. Having a mammogram is the best way for me to find a very small lump.	1	2	3	4	5
5. Having a mammogram will decrease my chances of dying from breast cancer.	1	2	3	4	5
<b>Barriers</b>					
1. I am afraid to have a mammogram because I might find out something is wrong.	1	2	3	4	5
2. I am afraid to have a mammogram because I don't understand what will be done.	1	2	3	4	5
3. I don't know how to go about getting a mammogram.	1	2	3	4	5
4. Having a mammogram is too embarrassing.	1	2	3	4	5
5. Having a mammogram takes too much time.	1	2	3	4	5
6. Having a mammogram is too painful.	1	2	3	4	5
7. People doing mammograms are rude to women.	1	2	3	4	5
8. Having a mammogram exposes me to unnecessary radiation.	1	2	3	4	5
9. I can not remember to schedule a mammogram.	1	2	3	4	5
10. I have other problems more important than getting a mammogram.	1	2	3	4	5
11. I am too old to need a routine mammogram.	1	2	3	4	5

## ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DA AUTORA DA ESCALA

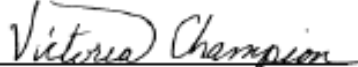
Victoria L. Champion  
 PhD, RN, FAAN, Distinguished Professor of Nursing  
 Edward and Sarah Stam Cullipher Endowed Chair  
 Associate Director of Cancer Control and Population Sciences IUSCC  
 1111 Middle Drive NU 340G  
 Indianapolis, In 46202  
 (Phone) 317-274-4187  
 (Fax) 317-278-2021  
 vchampion@iupui.edu


### Authorization of use of the revised Champion's Health Belief Model scale and its Portuguese translation and validation

If you want to have the authorization of use of revised Champion's Health Belief Model scale you have to read and accept the contract of use presented below and to fill the following form (for each new request you will have to fill this form).

#### Contract of use

- 1) The clinical partner (Camila Brasil Moreira) will work forward-backward translation and adaptation in partnership with the author (Victoria L. Champion)
- 2) After the production of the final Portuguese version, the user will not be able to modify, shorten, condense, translate, adapt, or transform any revised Champion's Health Belief Model scale document without written permission. If any changes are made to the wording or phrasing of any revised Victoria's Health Belief Model scale item without permission, the document cannot be considered the suitable, and subsequent analyses and/or comparisons to other revised Champion's Health Belief Model scale data will not be considered appropriate.
- 3) Permission to use the name revised Champion's Health Belief Model scale will not be granted for any unauthorized translations of any revised Champion's Health Belief Model scale or revised Victoria's Health Belief Model scale items. Any analyses or publications of unauthorized changes or translated versions may not use the revised Champion's Health Belief Model scale name.
- 4) If needed, statistical analyses for validation will be performed by authors.
- 5) Both, the clinical partner and authors, will publish the validation process of the Portuguese version.
- 6) The user will be able to reproduce the revised Champion's Health Belief Model scale in only and single goal to obtain the sufficient number of specimens for the study mentioned. She will not be able to distribute or provide specimens of the questionnaire to a third party, that it is by the sale, the hiring, the loan, the subscription or any other means.
- 7) Any manuscript concerning the revised Champion's Health Belief Model scale will be communicated to the author (Victoria L. Champion) after publication.

  
 Victoria L. Champion

  
 Camila Brasil Moreira

14th February 2013. Brazil, Fortaleza, Ceará