



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

**PAULA RENATA AMORIM LESSA**

**TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA *ADHERENCE***  
***DETERMINANTS QUESTIONNAIRE* PARA USO NO BRASIL**

**FORTALEZA**

**2012**

**PAULA RENATA AMORIM LESSA**

**TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA *ADHERENCE*  
*DETERMINANTS QUESTIONNAIRE* PARA USO NO BRASIL**

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

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Karina Bezerra Pinheiro

Co-orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Priscila de Souza Aquino

**FORTALEZA**

**2012**

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

- 
- L632t Lessa, Paula Renata Amorim.  
Tradução, adaptação e validação da escala *adherence determinants questionnaire* para uso no Brasil. / Paula Renata Amorim Lessa. – 2012.  
132 f.: il. color., enc.; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará; Centro de Ciências da Saúde; Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem; Departamento de Enfermagem; Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; Mestrado em Enfermagem; Fortaleza, 2012.  
Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.  
Orientação: Profa. Dra. Ana Karina Bezerra Pinheiro.  
Co-Orientação: Profa. Dra. Priscila de Souza Aquino.
1. Cooperação do Paciente. 2. Neoplasias da Mama. 3. Neoplasias do colo do Útero. 4. Estudos de Validação. 5. Enfermagem. I. Título.

---

CDD 616.994

**PAULA RENATA AMORIM LESSA**

**TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA *ADHERENCE*  
*DETERMINANTS QUESTIONNAIRE* PARA USO NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Data da aprovação: 20/12/2012

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Karina Bezerra Pinheiro (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará - UFC

---

Prof.<sup>o</sup> Dr.<sup>o</sup> Paulo Cesar de Almeida  
Universidade Estadual do Ceará – UECE

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Fátima Carvalho Fernandes  
Universidade Federal do Ceará - UFC

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser o responsável de providenciar todos os meus passos. Por ser o primeiro em tudo e por nunca ter me abandonado. Obrigado Senhor, pois sem tua presença constante em minha vida eu nada seria.

A minha mãe, Maria Elizabete, sempre uma honra expressar meu eterno amor por essa mulher guerreira, simples, humilde e que me mostra todos os dias com exemplos o verdadeiro significado da vida. Mãe eu te agradeço infinitamente por existir!

Ao meu pai, Ricardo Lessa, por sempre ter me dado condições para lutar pelos meus ideais. Apesar dos rumos diferentes que nossas vidas seguiram o Senhor sempre está nas minhas orações e principalmente no meu coração!

Ao meu amor incondicional, Hailton Soares, por me amar e me aceitar do jeito que sou, com falhas, defeitos, mas sempre perseverante para fazê-lo feliz. Você foi um presente que Deus me deu para compartilhar todas as vitórias e derrotas ao meu lado. Obrigado por existir em minha vida!

A minha irmã, Rebeca Lessa, por ser minha amiga, confidente e tornar minha vida mais feliz. Imensa admiração pela minha querida irmã que possui um jeito único de viver a vida, de forma leve e feliz, apesar de todos os obstáculos.

Aos meus sobrinhos Kauan Isaac, Iury Lessa, Letícia Lessa e ao afilhado André Filho que são crianças abençoadas por Deus e cada uma tem sua extrema importância em minha vida! A tia ama muito o brilho intenso que existe no olhar de vocês e peço sempre a Deus para me presentear com uma criança pelo menos semelhante a vocês!

Ao meu querido irmão, Ricardo Lessa Junior. A você toda a minha gratidão por me incentivar a lutar pelos meus ideais. Por fortalecer nossa família e pela sua companhia sempre maravilhosa. Tenho certeza que em outras vidas você foi o meu pai!

A minha querida orientadora, Professora Doutora Ana Karina Bezerra Pinheiro, por me incentivar a todo o momento e por ter um jeito único de ser mestre. Cada olhar, cada atitude, cada correção e cada sorriso faz da Senhora uma pessoa admirável, respeitável, mas principalmente humana! A senhora foi, é e sempre será minha eterna orientadora!

A minha querida amiga Samila! Nossa, difícil escrever dela sem rir e chorar ao mesmo tempo! Um coração puro, infinitamente bom e sincero. Querida nossa amizade foi o melhor presente que pude ganhar na faculdade! Você sabe que eu não conseguiria finalizar esse trabalho sem o seu apoio e a sua referência em minha vida! Amo muito você e estaremos juntas sempre!

A minha co-orientadora Priscila Aquino, por ser uma potência de conhecimento e inteligência, mas principalmente por ser a pessoa mais humilde e merecedora das graças divinas. Você me faz sentir e ver que o mundo ainda é bom e muito bom, pois você é simplesmente assim: a pureza e bondade juntas!

A todas as minhas amigas da turma, Mariana, Anne, Natasha e Camila por terem tornado os dias de aulas bem mais divertidos!

A todos os meus amigos, que graças a Deus são muitos, por terem sempre torcido por mim e por serem meus irmãos que escolhemos um para o outro!

A todos os professores do Departamento de Enfermagem que contribuíram de forma intensa para minha formação pessoal e profissional.

A CAPES, por ter possibilitado a realização dessa pesquisa.

A Doutora Robin Dimatteo que me concedeu a autorização para trabalhar com a escala *Adherence Determinants Questionnaire* (ADQ).

## RESUMO

Os tratamentos preconizados para o câncer de colo do útero e câncer de mama são agressivos e transformam significativamente as relações sociais e pessoais da mulher, motivos pelos quais muitas delas apresentam entraves na adesão ao tratamento proposto. Dentre os objetivos do estudo destacam-se: traduzir e adaptar culturalmente a escala *Adherence Determinants Questionnaire* para a língua Portuguesa no contexto brasileiro e verificar a confiabilidade e a validade da escala *Adherence Determinants Questionnaire- Versão Brasileira* para analisar os elementos da adesão dos pacientes ao tratamento clínico do câncer de mama e de colo do útero. Trata-se de um estudo metodológico realizado em dois centros de referência em oncologia do estado do Ceará. A amostra foi composta por 196 mulheres em tratamento do câncer de colo do útero e câncer de mama que foram entrevistadas no período de maio a julho de 2012. O instrumento de coleta de dados foi um formulário que abordava dados sócio demográficos, fatores de risco, comportamentais e fatores relacionados ao tratamento, além da escala *Adherence Determinants Questionnaire- Versão Brasileira*. Um comitê de especialistas realizou a validação de conteúdo da escala *Adherence Determinants Questionnaire- Versão Brasileira*, em que foram feitos ajustes para a formação da versão pré-final. A validação de construto se deu pela análise fatorial utilizando a análise dos componentes principais com rotação varimax que sugeriu a redução de sete para cinco fatores, bem como a permanência dos 38 itens semelhante à escala original. A confiabilidade da escala averiguada pelo alfa de Cronbach foi 0,829, revelando uma alta consistência interna. A validade do construto, por meio da comparação de grupos contrastados, mostrou que não houve diferença na adesão ao tratamento entre mulheres com câncer de colo do útero e de mama. Relacionando as variáveis sócio demográficas com os domínios, verificou-se que a escolaridade apresentou significância estatística com a intenção que a mulher possui de aderir ao tratamento. As mulheres em estudo mostraram uma alta adesão ao tratamento do câncer, sendo o apoio social e a percepção da severidade do câncer como as principais barreiras de adesão ao tratamento. A escolaridade também pode influenciar de forma significativa na intenção que a mulher possui de aderir ou não ao tratamento. Conclui-se, portanto, que a escala *Adherence Determinants Questionnaire- Versão Brasileira* é um instrumento, válido, confiável e capaz de mensurar os elementos de adesão ao tratamento do câncer, pois ela permite identificar os subcomponentes relacionados à adesão que requerem uma maior atenção por parte dos profissionais, com o propósito de reduzir as barreiras de adesão ao tratamento do câncer. Ademais, o instrumento também aponta elementos que podem ser reforçados positivamente e servirem de apoio no intuito de melhorar as dificuldades vivenciadas durante a terapêutica do câncer e, conseqüentemente, a qualidade de vida dessa população.

**Palavras-chave:** Cooperação do paciente. Câncer de mama. Câncer de colo do útero. Estudos de validação. Enfermagem.

## ABSTRACT

The recommended treatments for Cervix and Breast cancer are aggressive and significantly transform the social and personal relationships of women, which is why many of them have barriers in accepting the treatment that was proposed. Among the aims of the study are: to translate and culturally adapt the scale Adherence Determinants Questionnaire to Brazilian Portuguese context and verify the reliability and validity of the scale Adherence Determinants Questionnaire-Brazilian Version to analyze the factors of patients' adherence to medical treatment of cervix and breast cancer. This is a methodological study conducted in two reference centers in oncology in the state of Ceara. The sample consisted of 196 women undergoing treatment for cervix and breast cancer, who were interviewed between May and July 2012. The data collection instrument was a form that addressed socio demographic data, risk factors and treatment-related factors, beyond the scale Adherence Determinants Questionnaire-Brazilian Version. An expert committee performed the validation of the content in the scale of Adherence Determinants Questionnaire-Brazilian Version, in which adjustments were made for the formation of the pre-final version. A construct validation was done through factor analysis using main component analysis with varimax rotation that suggested the reduction from seven to five factors, as well as to remain the 38 items similar to the original scale. The reliability of the scale investigated by Cronbach's alpha was 0.829, indicating a high internal consistency. The construct validity through the comparison of contrasted groups has shown no differences in treatment adherence among women with cervix and breast cancer. In addition, socio-demographic variables relating to the areas indicated that educational level was statistically significant with the intention that the woman has to adhere to treatment. The women in the study showed a high adherence to cancer treatment, with social support and perception of the severity of the cancer as the main barriers to treatment adherence. Furthermore, education level can significantly influence the intention that the woman has to adhere to treatment or not. We conclude, therefore, that the scale Adherence Determinants Questionnaire-Brazilian Version is a valid and reliable instrument, able to measure the factors of adherence to cancer treatment allowing us to identify the subcomponents related to it that require greater attention by professionals, thus reducing barriers for adherence to cancer treatment. Furthermore, the instrument also shows elements that can be positively reinforced and serve to support the difficulties experienced during cancer therapy and, consequently, the quality of life of the population.

**Keywords: Patient cooperation. Breast cancer. Cervix câncer. Validation studies. Nursing.**



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos artigos de adesão ao regime terapêutico proposto para mulheres com câncer de colo do útero, de acordo com o ano de publicação. Brasil. Novembro, 2011.....	26
Tabela 2 -	Distribuição dos artigos adesão ao regime terapêutico proposto para mulheres com câncer de colo do útero, de acordo com o objeto do estudo. Brasil. Novembro, 2011.....	26
Tabela 3 -	Características sócio demográficas das mulheres com câncer de mama. Fortaleza, Mai/Jul, 2012.....	46
Tabela 4 -	Perfil comportamental de mulheres com câncer de mama. Fortaleza, Mai/Jul, 2012. ....	47
Tabela 5 -	Fatores de risco e fatores protetores das mulheres em tratamento para o câncer de mama. Fortaleza, Mai/Jul, 2012. ....	48
Tabela 6 -	Características sócio demográficas das mulheres com câncer de mama. Fortaleza, Mai/Jul, 2012. ....	49
Tabela 7 -	Perfil comportamental de mulheres com câncer de colo do útero. Fortaleza, Mai/Jul, 2012. ....	50
Tabela 8 -	Fatores de risco das mulheres em tratamento para o câncer de colo do útero. Fortaleza, Mai/Jul, 2012. ....	51
Tabela 9 -	Perfil clínico de mulheres em tratamento para o câncer de mama e colo do útero. Fortaleza, Mai/Jul, 2012. ....	52
Tabela 10 -	Variância explicada (autovalores, eingevalues) e os percentuais de variação de cada item da ADQ-VB. Fortaleza, Mai/Jul, 2012. ....	65
Tabela 11 -	Matriz dos Componentes. Fortaleza, Mai/Jul, 2012. ....	66
Tabela 12 -	Matriz de correlação entre os itens e os domínios da ADQ-VB segundo análise fatorial pelos componentes principais e rotação Varimax. Fortaleza, Mai/Jul, 2012. ....	68
Tabela 13 -	Distribuição das médias da escala total e os domínios entre o tipo de câncer. Fortaleza, Mai/Jul, 2012. ....	70
Tabela 14 -	Comparação entre o câncer de mama e o câncer de colo do útero com a escala total e seus domínios. Fortaleza, Mai/Jul, 2012. ....	71
Tabela 15 -	Média, variância, correlação item-total e alfa de Cronbach para a ADQ-VB. Fortaleza, Mai/Jul, 2012. ....	71

Tabela 16 –	Valores do alfa de Cronbach para a escala total e seus domínios separadamente. Fortaleza, Mai/Jul, 2012. ....	72
Tabela 17 -	Distribuição do número de mulheres segundo a escala e seus domínios. Fortaleza, Mai/Jul, 2012. ....	73
Tabela 18 –	Distribuição do número de mulheres segundo a escala, os domínios 1 (Aspectos interpessoais do cuidado) e o domínio 2 (Normas Subjetivas) e escores totais associando com as variáveis sócio demográficas. Fortaleza, Mai/Jul, 2012. ....	74
Tabela 19 -	Distribuição do número de mulheres segundo os domínio 3 (Normas Subjetivas), domínio 4 (Intenção) e o domínio 5 (Apoio) e escores totais associando com as variáveis sócio demográficas. Fortaleza, Mai/Jul, 2012. ....	75

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Representação gráfica do processo de tradução e adaptação transcultural recomendado por Beaton et al. (2007).....	35
Figura 2 -	Avaliação das propriedades psicométricas da escala ADQ-VB. ....	39
Figura 3 -	Diagrama de declividade. Fortaleza, Mai/Jul, 2012. ....	67
Quadro 1 -	Critérios para seleção dos juízes especialistas de conteúdo adaptados de Fehring (1987). Fortaleza, Mai/Jul, 2012. ....	37
Quadro 2 -	Descrição da Etapa II – Síntese das Traduções (T12). Fortaleza, Mai/Jul, 2012. ....	53
Quadro 3 -	Descrição da Etapa III – <i>Back-translation</i> . Fortaleza, Mai/Jul, 2012. .	56
Quadro 4 -	Descrição da Etapa IV – Comitê de Juízes. Fortaleza, Mai/Jul, 2012.....	59
Quadro 5-	Quadro comparativo entre as escalas na versão original e após a análise fatorial. Fortaleza, Mai/Jul, 2012. ....	69

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADQ	<i>Adherence Determinants Questionnaire</i>
ADQ-VB	<i>Adherence Determinants Questionnaire- Versão Brasileira</i>
CCU	Câncer de Colo do Útero
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing &amp; Allied Health Literature</i>
CRIO	Centro Regional Integrado de Oncologia
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
HPV	Papilomavírus Humano
ICN	<i>International Council of Nurses</i>
INCA	Instituto Nacional do Câncer
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and retrieval System On-line</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library On-line</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNACON	Unidade de Alta Complexidade em Oncologia
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	OBJETIVOS.....	22
3	ESTADO DA ARTE .....	23
3.1	Conceitos e implicações acerca da adesão ao regime terapêutico. ....	23
3.2	Adesão ao regime terapêutico das mulheres ao tratamento clínico do câncer de colo uterino. ....	26
3.3	Adesão ao regime terapêutico das mulheres ao tratamento clínico do câncer de mama. ....	29
3.4	Escala <i>Adherence Determinants Questionnaire</i> (ADQ). ....	31
4	METODOLOGIA.....	35
4.1	Tipo de Estudo.....	35
4.2	Diretrizes para o processo de tradução e adaptação transcultural da escala <i>Adherence Determinants Questionnaire</i> (ADQ).....	35
4.2.1	Etapa I: Tradução Inicial.....	37
4.2.2	Etapa II: Síntese das Traduções.....	38
4.2.3	Etapa III: Tradução de Volta ao Idioma Original ( <i>Back- Translation</i> ). ....	38
4.2.4	Etapa IV: Revisão por um Comitê de Especialistas.....	39
4.2.5	Etapa V: Pré-Teste.....	40
4.3	Avaliação das propriedades psicométricas .....	41
4.3.1	Validade .....	41
4.3.2	Confiabilidade .....	43
4.4	Local da Pesquisa.....	44
4.5	População e Amostra.....	45
4.6	Coleta de dados .....	46
4.7	Organização e análise dos dados .....	46
4.8	Aspectos éticos .....	47
5	RESULTADOS .....	48
5.1	Caracterização epidemiológica e clínica da amostra .....	48
5.2	Fatores relacionado ao tratamento do câncer .....	54
5.3	Adaptação transcultural da escala .....	55
5.4	Verificação das propriedades psicométricas .....	65
5.4.1	Validação de conteúdo .....	65

5.4.2	Validação do construto .....	66
5.4.2.1	Análise fatorial .....	66
5.4.2.2	Comparação de grupos contrastados .....	72
5.4.3	Análise da confiabilidade .....	73
5.5	Percepção das mulheres acerca da adesão ao tratamento do câncer- aplicação da escala ADQ-VB .....	75
6	DISCUSSÃO .....	79
6.1	Caracterização epidemiológica e clínica da amostra .....	79
6.2	Fatores relacionados ao tratamento do câncer .....	86
6.3	Adaptação transcultural e propriedades psicométricas da escala ADQ .....	88
6.4	Percepção das mulheres acerca da adesão ao tratamento do câncer- aplicação da escala ADQ-VB .....	93
7	CONCLUSÕES .....	96
	REFERÊNCIAS .....	100
	APÊNDICES .....	108
	ANEXOS .....	134

# 1 INTRODUÇÃO

O câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 tipos de patologias, caracterizadas por um crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos e podem propagar-se para outras regiões do corpo, afetando seriamente o cotidiano dos indivíduos portadores de tal doença, podendo levar ao óbito (COTRAN; KUMAR; ROBBINS, 2000).

Nos primórdios, o câncer era considerado uma doença típica de países desenvolvidos, que possuíam grandes recursos financeiros. Todavia, há aproximadamente quatro décadas, o perfil dessa patologia encontra-se em modificação e são os países em desenvolvimento, com poucos e médios recursos, que são os responsáveis pelo ônus global dispensados com esse agravo (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2012).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), podem-se esperar, mundialmente, no ano de 2030 cerca de 27 milhões de novos casos de câncer, 17 milhões de óbitos e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, convivendo com essa enfermidade. O efeito maior dessa patologia será em países de baixa e média renda econômica (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Destarte, o câncer passou a ser considerado um importante problema de saúde pública mundial, uma vez que acarreta consequências nos diversos segmentos da sociedade tais como política, economia, saúde, bem como agravos sociais, atingindo milhares de pessoas nas mais variadas regiões do mundo.

No Brasil, acompanhando as tendências mundiais, verificou-se que o perfil da morbimortalidade modificou das doenças parasitárias e infecciosas, na década de 1960, para ter como foco atual as doenças cardiovasculares e crônico-degenerativas. Tal fato, conhecido como transição epidemiológica deve-se, principalmente, ao envelhecimento da população brasileira resultante do intenso processo de urbanização e do aumento de ações de promoção da saúde voltados para o indivíduo, família e coletividade (MENDES et al., 2012).

Assim, caracterizado como uma doença crônica o câncer é considerado uma importante causa de morbimortalidade no Brasil e, desde 2003, configura-se como a segunda causa de morte na população. Estima-se que para o ano de 2012 são esperados aproximadamente 518.510 casos novos de câncer (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2012). Tais números revelam a preocupante magnitude que a neoplasia geral representa sobre determinados segmentos populacionais.

Restringindo-se para a população feminina, observa-se que o câncer de mama é o que possui a maior prevalência mundial tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento. Em contrapartida, a incidência do câncer de colo do útero (CCU) é cerca de duas vezes maior nos países ditos pobres, do que em países ricos e ocupa a terceira posição na estimativa mundial do câncer (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2012).

Essa diferença expressa a importância que o segmento econômico possui no delineamento do perfil da morbimortalidade das diversas regiões mundiais, devido principalmente, ao investimento em estratégias de promoção da saúde que possuem a prevenção das doenças e a educação em saúde como ações norteadoras no desenvolvimento das políticas públicas de saúde.

No Brasil, o câncer de mama e CCU ocupam, respectivamente a primeira e a segunda posição na prevalência dos tipos de cânceres que acometem as mulheres. Para o ano de 2012 são esperados 58.680 novos casos de câncer de mama e 17.540 casos novos de câncer de colo do útero, com risco estimado de 52 casos para cada 100 mil mulheres, tratando-se do câncer de mama, e 17 casos para cada 100 mil mulheres referentes ao câncer de colo uterino (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2012).

Existem ainda pequenas diferenças epidemiológicas entre as distintas regiões do Brasil, dependendo do tipo de câncer em curso. O câncer de mama destaca-se como o mais prevalente em todas as localidades do país, seguido do CCU que ocupa a segunda posição nas estimativas brasileiras. Entretanto, na região Norte, essa ordem inverte-se e o CCU aparece como o mais incidente (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2012).

Para o estado do Ceará em 2012, a estimativa do câncer de mama é de 39,11 casos para cada 100 mil mulheres e 18,89 casos para cada 100 mil mulheres quando se trata do CCU. Pode-se notar que para este tipo de câncer, o estado do Ceará possui taxas um pouco mais elevadas do que a média nacional. No entanto, as taxas brutas da capital de Fortaleza, mostram-se ainda mais elevadas para os dois tipos de câncer que a média nacional, sendo 52,78 para o câncer de mama e 19,38 para o CCU (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2012).

Devido a grande incidência desses dois tipos de doenças neoplásicas, é imprescindível conhecer os principais fatores de risco dessas patologias, em vistas a redução da morbimortalidade das mulheres, bem como a melhoria da qualidade de vida das mesmas.

Reportando-se ao câncer de mama, vários são os fatores de risco para o desenvolvimento de tal neoplasia, tais como: idade avançada, menarca precoce, nuliparidade, idade da primeira gestação acima dos 30 anos, uso de anticoncepcionais orais por tempo



prolongado, terapia de reposição hormonal pós-menopausa, principalmente se estendida por mais de cinco anos, menopausa tardia (após os 50 anos), além da história familiar de câncer de mama (ADAMI; HUNTER; TRICHOPOULOS, 2008).

Assim, a prevenção primária desse tipo de câncer ainda é obscura devido à variação dos fatores de risco mencionados, bem como as características genéticas que estão fortemente envolvidas em sua etiologia. Portanto, para rastreamento e detecção precoce do câncer de mama, o Ministério da Saúde considera o exame clínico anual a partir dos 40 anos de idade e o exame bianual da mamografia para mulheres com idade entre 50 e 69 anos (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2003).

Já o CCU, também conhecido como câncer cervical, é caracterizado por alterações intra-epiteliais lentas em que entre a fase precursora e o seu desenvolvimento por completo podem levar, aproximadamente, 10 a 20 anos. Conseqüentemente, essa lentificação no curso da doença permite afirmar que dentre todos os tipos de câncer, o do colo uterino tem um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, chegando até 99% dos casos quando o mesmo é detectado nos estágios iniciais. Essa descoberta precoce pode se dá por meio do exame citológico (*Papanicolaou*) que é um método considerado simples, de baixo custo e de alta eficácia, disponibilizado em toda a rede de atenção básica do sistema de saúde do Brasil (BRASIL, 2006; BRASIL, 2008; RAMOS et al., 2009).

São vários os fatores de risco para o desenvolvimento do CCU, no entanto, a infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) é considerada quase como o agente etiológico desse tumor, visto que 99% das neoplasias intra-epiteliais e invasivas do trato genital da mulher são causadas por um dos 15 tipos oncogênicos do HPV, sendo o subtipo 16 e 18 os mais prevalentes (BRASIL, 2006).

Além do HPV, existem outros fatores de risco para o desenvolvimento do CCU, como os antecedentes de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), a coitarca e a menarca precoce, o tabagismo, o baixo nível sócio-econômico e escolar, o uso prolongado de anticoncepcional oral, a multiparidade, além da multiplicidade de parceiros sexuais e o não uso do preservativo (BEZERRA et al., 2005; LIMA; PALMEIRA; CIPOLOTTI, 2006; ROSA et al., 2009).

Apesar do alto índice de cura em estágios iniciais, um estudo que teve como propósito analisar a cobertura e os exames colpocitológicos não retirados de uma Unidade de Saúde revelou que 23,98% das mulheres que realizaram o exame Papanicolaou não retornaram ao serviço de saúde para receberem o resultado do exame (VASCONCELOS et

al., 2010). Tal atitude dificulta o diagnóstico precoce e as possibilidades de tratamento que podem ser negociadas e discutidas com essa mulher precocemente.

Ademais, existe ainda a possibilidade de um bom prognóstico mesmo para as mulheres que não tiveram o diagnóstico precoce e que necessitam de um tratamento mais complexo. Além disso, mulheres que já foram acometidas por lesão maligna do colo uterino inicial, podem ser submetidas à cirurgia para remoção completa do tumor, obtendo assim grandes chances de cura (WOLSCHICK et al., 2007).

Não obstante as chances de tratamento e possibilidades de cura serem favoráveis, o diagnóstico de CCU apresenta diversas repercussões na vida da mulher, bem como de seus familiares. Surgem, então, vários tipos de enfrentamento e respostas negativas relacionadas, sobretudo, ao medo de morrer (NERONE; TRINCAUS, 2007; OLIVEIRA; FERNANDES; GALVÃO, 2005). Como consequência, muitas mulheres não aderem ao tratamento da doença, agravando ainda mais o seu prognóstico e, muitas vezes, perdendo a oportunidade de cura.

Por outro lado, o adoecimento pelo câncer de mama e seu tratamento também geram sérias implicações no cotidiano da mulher, assemelhando-se às repercussões negativas que ocorrem em mulheres diagnosticadas com câncer de colo uterino, uma vez que esses dois tipos de cânceres estão intrinsecamente relacionados com o papel da sexualidade e da fertilidade que a mulher carrega tão fortemente consigo.

O tratamento do câncer de mama pela cirurgia mamária, conservadora ou não, mesmo acompanhada da reconstrução mamária pode ser vivenciada como uma situação traumática pela mulher, e até ser considerada uma mutilação, dependendo da importância dada pela mulher à imagem corporal (SANTOS; VIEIRA, 2011). Tal sentimento estreita-se do anseio gerado por mulheres que necessitam realizar a histerectomia parcial ou total, já que o útero é considerado como um órgão sexual, capaz de tornar a mulher mãe e completa no sentido da procriação (SALIMENA; SOUZA, 2008).

Os outros métodos de tratamento do câncer de colo do útero e de mama que são semelhantes como a quimioterapia e radioterapia, também interferem de modo negativo na vida dessas mulheres, afetando tanto na vida sexual, quanto nas atividades de vida diárias (SALIMENA; SOUZA, 2008, SANTOS; VIEIRA, 2011). Dentre as principais consequências desse tipo de tratamento tem-se: náuseas, vômitos, fadiga, disfunção cognitiva, palidez, menopausa induzida, diminuição da lubrificação vaginal e excitação e dispareunia que levam a uma significativa redução do desejo sexual (WHITE, 2002).

Portanto, os tratamentos preconizados para o câncer de colo do útero e câncer de mama são altamente agressivos e transformam significativamente as relações sociais e pessoais dessa mulher. Daí, o motivo pelo qual muitas mulheres não aderem ao tratamento proposto ou não possuem condutas direcionadas a prevenção dessas neoplasias.

Soma-se ao fato de que o medo de ser diagnosticado com câncer, principalmente câncer de mama, ao invés de incitar em comportamentos de busca de saúde e de prevenção, algumas vezes levam as mulheres a não procurarem os serviços de saúde para a detecção precoce da neoplasia, impedindo ainda mais o seguimento do tratamento inicial (HAY; BUCKLEY; OSTROFF, 2005).

Nesse contexto, observa-se que as neoplasias necessitam de um tratamento regular e sistemático que debilita densamente o paciente, diminuindo, portanto, de modo significativo a qualidade de vida do mesmo (SAWADA et al., 2009). Tal implicação comprometerá a questão da adesão ao tratamento proposto, visto que a terapêutica modifica intensamente as atividades de vida diárias da paciente e de seus familiares.

Em busca realizada nas bases de dados informatizadas: *Medical Literature Analysis and retrieval System On-line* (MEDLINE) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), bem como no portal de revistas *Scientific Electronic Library On-line* (SCIELO), observou-se que ao utilizar os descritores em saúde cooperação do paciente e estudos transculturais obteve-se um número de 96 artigos. Ao incluir a palavra “neoplasias” esse número foi reduzido para oito artigos todos na língua inglesa e nenhum disponível na íntegra. Desses oito, três versavam sobre questionários acerca da qualidade de vida dos pacientes com câncer e nenhum estava relacionado com a questão da adesão ao tratamento do câncer.

Diversos são os elementos que tornam a questão da adesão ao tratamento motivo de estudo entre os pesquisadores, que vão desde sua definição até as formas de como enfrentá-lo. A adesão é um processo dinâmico e multifatorial que envolve coparticipação entre a tríade: usuário, profissionais de saúde e a rede social de apoio (BRASIL, 2005).

Portanto, o conceito de adesão não se limita ao comportamento singular do paciente, mas sim a reunião de diversas potencialidades interligadas em três planos: 1) o plano que se refere à concepção de saúde-doença que o paciente apresenta; 2) o plano que se destina ao lugar social ocupado pelo paciente e; 3) o plano que retrata o processo de produção de saúde (BERTOLOZZI et al., 2009).

Tais potencialidades convergem para o seguinte conceito de adesão, que norteou a presente pesquisa:

A adesão não se reduz a um ato de volição pessoal. É um processo intimamente associado à vida, que depende de uma série de intermediações que envolvem o cotidiano da pessoa, a organização dos processos de trabalho em saúde e a acessibilidade em sentido amplo que inclui os processos que levam - ou não - ao desenvolvimento da vida com dignidade” (BERTOLOZZI, 2001).

Assim, tratando-se do câncer, percebe-se que o desconhecimento sobre a evolução da doença e a forma de como a notícia do diagnóstico é dialogada com a paciente podem influenciar de forma crucial para a decisão da mulher de seguir ou não o tratamento recomendado (OLIVEIRA; FERNANDES; GALVÃO, 2005; REINERS et al., 2008; PRIMO; GARRAFA, 2010).

Nesse contexto, a Enfermagem que tem como um de seus instrumentos a habilidade de colocar-se disponível à conversa por meio da escuta qualificada e à interação pode colaborar significativamente com a cliente e sua família 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 tratamentos propostos (FONTES; ALVIM, 2008).

Apesar dessa importância que o profissional enfermeiro possui na questão da adesão ao tratamento, uma pesquisa que objetivava analisar de forma crítica a produção bibliográfica latino-americana no período de 1995 a 2005, acerca da adesão/não adesão ao tratamento de pessoas portadoras de problemas crônicos de saúde, entre eles o câncer, revelou que até o ano de 2002 houve um aumento, seguido de um decréscimo das publicações acerca dessa temática e que a maior parte dos artigos foram produzidos por profissionais médicos (REINERS *et al.*, 2008).

Esses resultados 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 e a qualidade de vida dos pacientes com câncer, em especial das mulheres com CCU e de mama.

De tal modo, a utilização de instrumentos que possam facilitar a identificação dos principais motivos da não adesão ao tratamento do câncer, especificamente o CCU e de mama, e que possam favorecer um cuidado sistematizado, além de oferecer uma melhor abordagem dos profissionais de saúde aos clientes acometidos por tal doença, deve ser considerada como uma importante estratégia para a redução da mortalidade por CCU e câncer de mama.

Diante disso, a escala denominada *Adherence Determinants Questionnaire* (ADQ) foi desenvolvida por pesquisadores americanos e teve com o propósito avaliar os elementos da auto adesão dos pacientes ao tratamento clínico do câncer (ANEXO A). As categorias analisadas no instrumento são as seguintes: (1) percepções do cuidado interpessoal, (2) crenças sobre a susceptibilidade a doença, (3) crenças sobre a gravidade da doença, (4) avaliações dos custos e benefícios da adesão ao tratamento percebidos pelo paciente, (5) percepção subjetiva de normas sociais para aderir, (6) intenção de aderir, e (7) percepções de suportes disponíveis e ausência de barreiras à adesão (DIMATTEO *et al.*, 1993).

A escala ADQ é extremamente ampla, sendo capaz de mensurar a adesão ao tratamento de qualquer tipo de câncer. No entanto, devido a grande magnitude que o câncer de mama e o de colo uterino alcançam na população brasileira feminina e por ser objeto de estudo da pesquisadora, decidiu-se mensurar a adesão ao tratamento em mulheres nesses dois tipo de cânceres.

No Brasil, não se conhecem instrumentos específicos, quer seja construídos ou adaptados para a língua brasileira, que avaliem de forma completa os motivos da adesão ou não ao tratamento do câncer como retratados na escala supracitada.

Para a realização da tradução e adaptação transcultural e validação de um instrumento de coleta de dados deve-se levar em consideração que existe distinção entre a cultura e o idioma dos diferentes países. Logo, é necessário ser rigoroso com a 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).

Diante do exposto, a realização da presente pesquisa visa traduzir, adaptar e validar a escala *Adherence Determinants Questionnaire* (ADQ) de acordo com o contexto brasileiro, levando em considerações as divergências culturais entre os países envolvidos.

Acredita-se que o presente estudo contribua de forma significativa para a definição de estratégias pertinentes por parte dos profissionais de saúde, a fim de minimizar as barreiras da não adesão ao tratamento (quimioterapia e radioterapia) do CCU e de mama. A escala também poderá nortear práticas de Promoção da Saúde, compreendendo os múltiplos determinantes de saúde com o propósito de melhoria da qualidade de vida das mulheres com câncer cervical e de mama.

## 2 OBJETIVOS

1. Traduzir e adaptar culturalmente a escala *Adherence Determinants Questionnaire* (ADQ) para a língua Portuguesa no contexto brasileiro;
2. Verificar a confiabilidade e a validade da escala *Adherence Determinants Questionnaire- Versão Brasileira* para análise dos elementos da auto adesão das pacientes ao tratamento do câncer de mama e de colo do útero;
3. Verificar a associação entre a escala *Adherence Determinants Questionnaire- Versão Brasileira* e seus domínios com as variáveis sociodemográficas;
4. Comparar os índices de adesão ao tratamento entre as mulheres com câncer de colo do útero e câncer de mama;

## 3 ESTADO DA ARTE

### 3.1 Conceitos e implicações acerca da adesão ao regime terapêutico.

A adesão ao regime terapêutico configura-se como uma temática complexa que possui várias abordagens, incluindo a própria definição do termo, bem como a dificuldade de enfrentamento de tal problema por parte dos profissionais de saúde e dos pacientes.

O conceito de adesão tornou-se objeto de estudo entre a comunidade científica, uma vez que o indivíduo doente, com a mudança do paradigma do modelo biomédico para a Promoção da Saúde, transpôs a condição de sujeito passivo e passou a ser considerado elemento principal no seu processo de saúde-doença.

Os termos adesão e cooperação assumem significados diferentes. A adesão traduz-se em obediência e submissão a metas predefinidas, ressaltando o comportamento passivo do paciente e autoritário do educador. Em contrapartida, a palavra cooperação denota a escolha livre das pessoas em adotarem ou não certa recomendação proposta, sendo responsáveis e conscientes pelo seu tratamento e busca pela sua própria saúde (BASTABLE, 2010).

No entanto, apesar do conhecimento da diferença conceitual existente entre essas duas palavras, o termo adesão e cooperação são utilizados rotineiramente como sinônimos pela comunidade científica, sendo assim adotado também como termos similares no presente trabalho.

O International Council of Nurses (ICN) considera a questão do regime terapêutico uma abordagem da prática de enfermagem e define tal termo como:

Um comportamento de adesão com as características específicas: executar as actividades, cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, actividades essas que são satisfatórias para atingir objectivos específicos de saúde, integrar actividades para tratamento ou prevenção da doença na vida diária (International Council of Nurses, 2002, p. 58).

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 que incluem: relação do paciente com o seu processo de doença, relação médico-paciente, equipe de saúde entre si, equipe e paciente, além da relação paciente e serviço de saúde. Portanto, a adesão constitui um processo que implica em vínculos, seja do paciente com a sua condição de doente, seja do paciente com os vínculos pessoais e sociais que vão além das prescrições e do cumprimento de ordens impostas (BRASIL, 2005). Assim, todas

essas associações contribuirão para o objetivo principal de uma boa adesão ao regime terapêutico.

Todavia, a afirmação de que um paciente possui uma boa adesão ao regime terapêutico também é questionada, uma vez que a adesão pode ser operacionalizada de diferentes maneiras. Pode-se mensurar tal termo a partir do grau em que o regime terapêutico é seguido por porcentagens, por uma variável contínua como boa ou má adesão ou por meio de um escore que sintetize os mais variados comportamentos do paciente (BRASIL, 2005).

Destarte, toda forma de mensuração requer um protocolo específico que exige competência e desempenho do profissional de saúde para avaliar o contexto histórico de cada paciente (BRASIL, 2005). Assim, pode-se oferecer suporte para que o paciente seja figura central no seu tratamento, entendendo a importância da adesão ao regime terapêutico.

Portanto, reportando-se para as neoplasias, o fato do indivíduo comparecer ao serviço de saúde para dar continuidade ao tratamento ou tomar a medicação prescrita em domicílio não significa afirmar que o mesmo aderiu ao tratamento. Na verdade, o paciente precisa compreender e concordar com o entorno que envolve a sua terapêutica e que perpassa por diversas dimensões pessoais, sociais, espirituais, biológicas com o propósito de ter uma melhor qualidade de vida independente da sua escolha relacionada ao tratamento.

Nesse sentido, a adesão ao tratamento 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 tratamento e a própria pessoa doente. Desse modo, tais categorias influenciam de maneira positiva ou negativa no ato do paciente em aderir ou não o tratamento (MACHADO, 2009).

Dentre os diversos fatores influenciadores na adesão ao tratamento pode-se citar ainda: confiança na equipe, redes de apoio, nível de escolaridade dos pacientes e familiares, aceitação da doença, efeitos colaterais da terapêutica, falta de acesso aos medicamentos, tratamento prolongado, esquema terapêutico complexo, bem como a ausência de sintomas dos pacientes (MALDANER *et al.*, 2008). Ressalta-se que dependendo do contexto de vida do paciente, alguns fatores sobressaem-se sobre os outros, revelando a importância de uma atenção individualizada e integral.

Existem várias teorias que explicam a adesão como uma faceta multidisciplinar que envolve a psicologia e a educação. Dentre essas teorias destacam-se: 1) a teoria biomédica que exalta a gravidade da doença e a complexidade do tratamento; 2) a teoria de aprendizagem comportamental/social que é baseada segundo a visão de recompensas, dicas e



contratos e 3) a teoria da crença racional que mede os benefícios do tratamento e os riscos da doença (MACHADO, 2009).

Ressalta-se que a expectativa de adesão completa ao regime terapêutico em todos os momentos configura-se como uma situação irreal. Muitas vezes, o comportamento de não adesão pode ser benéfico e encarado como uma defesa necessária para circunstâncias estressantes. Assim, após essa pausa o paciente visto como aprendiz volta disposto e renovado para dar continuidade com o processo educativo ou o plano de tratamento (BASTABLE, 2010).

A adesão ao regime terapêutico também será diferenciada dependendo da doença de base crônica a qual acometa o paciente. Destacam-se investigações concentradas nas doenças tais como: hipertensão arterial, aids e diabetes mellitus devido ao alto índice de morbimortalidade associado a essa patologia. Em contrapartida, a problemática a adesão ao regime terapêutico relacionada à oncologia, principalmente ao câncer de colo do útero (CCU) e de mama, configura-se como escassa na comunidade científica.

Em busca realizada nas bases de dados informatizadas: *Medical Literature Analysis and retrieval System On-line* (MEDLINE) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), bem como no portal de revistas *Scientific Electronic Library On-line* (SCIELO), observou-se que ao utilizar os descritores em saúde qualidade de vida e neoplasias em que foram encontrados 23.057 artigos. Acrescentando a palavra estudos transculturais o resultado fincou em 91 artigos. Desses, todos os artigos que tinham como objeto de estudo a validação de uma escala para pacientes acometidos pelo câncer, independente do tipo, abordavam a qualidade de vida de forma geral. Não foram encontrados artigos que retratavam exclusivamente a questão da adesão ao tratamento do câncer. Na verdade, existem alguns questionários que abordam o fenômeno da adesão, mas sendo um ponto a ser discutido de forma integral com a qualidade de vida.

Portanto, a adesão ao tratamento do câncer apesar de ser uma realidade, é assunto pouco discutido na comunidade científica mundial e principalmente brasileira. Diante disso, alguns pontos merecem ser tratados na assistência de saúde relacionados ao tratamento do câncer.

Nesse contexto, algumas particularidades do processo de tomada de decisão são destinadas ao paciente diagnosticado com câncer. Durante a consulta médica, o paciente se comporta na maioria das vezes de forma submissa e apática (SANDERS; SKEVINGTON, 2004). Tal atitude está intrinsicamente relacionado ao seu estado de baixa auto estima e a incerteza da continuidade da vida.

Sabe-se ainda que muitos pacientes são pouco informados acerca da precisão do seu diagnóstico, como o tipo de câncer, estadiamento, prognóstico e acabam por superestimar os benefícios do seu tratamento (SKEVINGTON, 2004). Assim, não se trata de questionar o tratamento adequado, mas sim dialogar as possibilidades de cura, custos e benefícios da terapêutica para que o paciente possa de forma livre e confortável decidir sobre as implicações e o melhor tratamento possível.

Frente a essa discussão, o enfermeiro assume papel importante no sentido de influenciar mudanças entre a relação paciente versus adesão ao tratamento, compreendendo o indivíduo como aprendiz e todas as implicações que norteiam o processo de educação em saúde.

### **3.2 Adesão ao regime terapêutico das mulheres ao tratamento clínico do câncer de colo uterino.**

O câncer de colo uterino é caracterizado como o segundo tipo de neoplasia mais frequente entre as mulheres, com uma elevada morbimortalidade nos países em desenvolvimento. Todavia, essa patologia é passível de quase 99% de cura quando detectada precocemente (BRASIL, 2008). Mulheres já acometidas pela lesão maligna ainda possuem grandes chances de cura com o tratamento disponibilizado na medicina atual (WOLSCHICK et al., 2007).

Essa terapêutica da neoplasia cervical está associada, geralmente, a radioterapia ou histerectomia parcial ou total (BRASIL, 2008). Tais condutas causam efeitos adversos agressivos, bem como acarretam grandes impactos emocionais devido ao medo da morte e da própria mutilação gerada no corpo da mulher, em caso de cirurgias (ALMEIDA; PEREIRA; OLIVEIRA, 2008).

Nesse sentido, com o propósito de se aprofundar em tal temática, realizou-se uma revisão bibliográfica sobre a adesão ao tratamento proposto relacionado ao câncer de colo uterino. A busca fundamentou-se em artigos indexados nas bases de dados informatizadas: *Medical Literature Analysis and retrieval System On-line* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature* (CINAHL), além de artigos disponíveis no portal de revistas *Scientific Electronic Library On-line* (SCIELO).

Os critérios de inclusão para a seleção dos artigos foram: artigos publicados nos idiomas português, inglês ou espanhol; estarem disponíveis eletronicamente; artigos originais

de pesquisa completos; artigos que abordassem a temática de adesão ao regime terapêutico proposto para mulheres com câncer de colo do útero, bem como artigos publicados a partir do ano de 2000.

Na busca bibliográfica foram utilizados os seguintes descritores em ciências da saúde: cooperação do paciente e neoplasias do colo uterino e *patient compliance and cervix neoplasms*. A busca aos bancos de dados aconteceu no mês de novembro de 2011.

Na base de dados LILACS foram encontrados 446 artigos, utilizando-se o descritor cooperação do paciente. Ao incluir o descritor neoplasias do colo uterino não foram encontrados resultados para essa pesquisa. Essa busca demonstra a escassez de pesquisas relacionadas a adesão ao tratamento proposto por mulheres com câncer de colo uterino.

A busca na base de dados MEDLINE identificou 40.850 artigos a partir do descritor cooperação do paciente. Ao realizar o cruzamento cooperação do paciente versus neoplasia do colo uterino, encontrou-se 279 artigos. Desses, apenas 37 estavam disponíveis na íntegra e somente 14 foram publicados a partir do ano de 2000.

A pesquisa realizada no Scielo, utilizando o descritor cooperação do paciente revelou 51 artigos. Ao acrescentar o termo neoplasias do colo uterino não foram encontrados a ocorrência de artigos nessa base de dados.

Na base de dados CINAHL quando utilizado o descritor “patient compliance” encontrou-se o resultado de 13.593 artigos publicados. Refinando a pesquisa incluindo o descritor “cervix neoplasms” a busca reduziu para 118. Utilizando os critérios de inclusão de textos disponíveis na íntegra e artigos publicados a partir de 2000, a busca finalizou com 41 artigos.

Assim, a busca finalizou com 14 artigos encontrados na base MEDLINE somados com 41 artigos da base CINAHL, totalizando 55 artigos. Ressalta-se que não foram encontrados artigos no SCIELO e no LILACS que se enquadrassem nos critérios de inclusão da busca. Realizou-se uma leitura exploratória e interpretativa dos 55 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 ao regime terapêutico proposto para mulheres com câncer de colo do útero, de acordo com o ano de publicação. Brasil. Novembro, 2011.

<b>Ano de publicação (n=55)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
2000-2003	15	27,3
2004-2007	16	29,1
2008-2011	24	43,6
Total	55	100,0

Analisando o ano em que os artigos foram publicados, evidencia-se um número crescente de publicações a partir do ano de 2000, culminando em uma maior frequência de publicações no período de 2008 a 2011. Esse achado pode estar relacionado a uma maior preocupação dos profissionais de saúde e comunidade científica com a atenção integral ao paciente, em que a cooperação do paciente é fator decisivo para a efetividade da terapêutica proposta.

Tabela 2 - Distribuição dos artigos adesão ao regime terapêutico proposto para mulheres com câncer de colo do útero, de acordo com o objeto do estudo. Brasil. Novembro, 2011.

<b>Objeto de estudo (n=55)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Adesão ao rastreio do CCU	37	67,3
Adesão ao tratamento de mulheres com CCU	10	18,2
Outros	8	14,5
Total	55	100,0

A tabela 2 discorre quanto ao objeto de estudo dos artigos selecionados e verificou-se que 67,3% das publicações estão relacionadas com a adesão ao rastreamento do CCU. O investimento em pesquisas que envolvam a prevenção e a uma maior adesão das mulheres aos programas de prevenção é altamente favorável, visto o alto potencial de cura da doença quando diagnosticado precocemente.

A identificação dos fatores que levam as mulheres a não aderirem ao rastreio do CCU é de suma importância, uma vez conhecido tais fatores pode-se investir em estratégias que minimizem as barreiras de não adesão à prevenção do CCU e, portanto, reduzir a morbimortalidade dessa neoplasia. Também acredita-se que apesar do modelo biomédico ainda ser predominante no serviço de saúde, crescem os investimentos em promoção da saúde, tendo a prevenção como um foco de políticas públicas em saúde.

Diversos são esses fatores que se configuram como entrave na adesão ao rastreio do CCU tais como: diferenças étnicas entre as mulheres, baixo nível de escolaridade, o status social, história de abuso sexual, mulheres que não possuem vida sexualmente ativa, mulheres que possuem algum tipo de transtorno mental, pessoas com dificuldade de assimilar conhecimentos novos, mulheres lésbicas, bem como mulheres na menopausa (COOPER, 2011; WALL *et al.*, 2010).

Apesar dos esforços para que a mulher realize os exames para rastreamento do CCU, observa-se que existe um grande número de mulheres que desenvolvem essa neoplasia (BRASIL, 2008). Destarte, a assistência à mulher já acometida por essas lesões intraepiteliais

é pouco discutida na comunidade científica como comprovado nos dados dispostos na tabela 2.

Na busca realizada, verificou-se que apenas 18,2% (10) da produção científica está relacionada com a temática de adesão ao tratamento das mulheres que já foram acometidas por lesões cancerígenas do colo do útero. Desse modo, é essencial que pesquisas avancem não somente no sentido da prevenção ao CCU, mas também englobem mulheres portadoras dessa neoplasia, que se encontram tão fragilizadas e vulneráveis ao processo de tomada de decisão em aderir ou não ao tratamento proposto.

Estudos demonstram que a gravidade das lesões diagnosticadas após um exame colpocitológico anormal pode influenciar negativamente na decisão da mulher aderir ou não ao tratamento. Ademais, as crenças em saúde, a comunicação entre equipe e paciente e as estratégias de educação em saúde que levam a troca de experiências e aumento do conhecimento são fatores essenciais para a tomada de decisão da mulher após um exame de Papanicolaou alterado (EGGLESTON *et al.*, 2007).

Pesquisa realizada nos Estados Unidos que objetivava avaliar se as pacientes seguiam o tratamento proposto após um resultado de exame de colposcopia alterado realizado com 103 mulheres revelou que dessas, apenas 32% seguiram as recomendações propostas (MARTIN, 2008).

Ressalta-se, portanto, a importância de um acompanhamento mais efetivo dessas mulheres, bem como a necessidade de uma assistência melhor planejada e discutida com a paciente com o propósito de detalhar e minimizar as barreiras de não adesão ao tratamento recomendado.

### **3.3 Adesão ao regime terapêutico das mulheres ao tratamento clínico do câncer de mama.**

O câncer de mama é o segundo tipo mais frequente mundialmente e o mais comum entre as mulheres. Dependendo do diagnóstico e do tratamento precoce e oportuno, pode-se considerar como uma doença com um prognóstico relativamente bom. No entanto, no Brasil são encontradas taxas bastante elevadas para essa patologia, situação provavelmente advinda do diagnóstico tardio (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2012).

Diversas são as modalidades de tratamento para o câncer de mama tais como: a cirurgia, a quimioterapia, a radioterapia e a hormonioterapia. Na maioria das vezes, o

tratamento requer uma combinação de dois ou mais métodos que aumentam as chances de cura e sobrevivência da paciente (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2004).

Igualmente ao impacto do diagnóstico do CCU, a certeza de possuir o câncer de mama reflete de forma intensa e negativa nos diversos espaços de vida da mulher, desde a convivência com essa doença até o medo da morte, sendo um dos aspectos mais discutidos entre os pesquisadores.

Kübler-Ross (1994) identificou cinco estágios evidenciados por ações específicas do paciente terminal diante da morte e do morrer: (1) choque e negação: quando o paciente se recusa a aceitar o diagnóstico; (2) raiva: ocorre quando os pacientes esboçam sentimentos de frustração, irritabilidade e raiva por estarem doentes e podem até transferir essa raiva para a equipe de saúde; (3) barganha: ocorre quando o paciente procura negociar sua cura seja com a equipe médica, com os amigos e com suas crenças religiosas; (4) depressão: o paciente demonstra sinais típicos da depressão, apresentando isolamento social; (5) aceitação: ocorre quando o paciente percebe que a morte é inevitável e aceita tal experiência como universal.

Os estágios acima podem se equiparar com o paciente que recebe o diagnóstico do câncer de mama, substituindo a fase da aceitação da morte com a concordância em seguir ao tratamento proposto que se configura como delicado e árduo.

Embora não seja uma regra, muitas mulheres são submetidas à cirurgia para retirada do tumor. Tal procedimento acarreta uma série de problemas psicológicos intrínsecos a sexualidade e a função reprodutiva da mulher.

A perda da mama é enfrentada como uma mutilação corporal e psicológica causando sentimentos de vergonha do parceiro sexual e da sociedade; sentimento de inferioridade e até mesmo de repulsa (ROSSI; SANTOS, 2003). Além disso, o câncer de mama é considerado uma doença estigmatizante por todos, e particularmente pela mulher que enfrenta a doença, acarretando mudanças no comportamento, perda da identidade e isolamento social e familiar (ARAÚJO; FERNANDES, 2008).

Após o diagnóstico do câncer de mama, novas necessidades surgem como o seguimento e adesão contínua ao tratamento do câncer, uma vez que os efeitos colaterais da terapêutica vão influenciar fortemente na qualidade de vida das mulheres.

O tamoxifeno é uma substância anti-estrogênica não-esteroidal amplamente utilizada na quimioterapia adjuvante do câncer de mama (MEDCENTER, 2012). Sabe-se que vários são os efeitos colaterais que são desencadeados devido a essa terapêutica tais como: risco aumentado de trombose, câncer de endométrio, perda da fertilidade e desenvolvimento ou agravamento dos sintomas da menopausa (MOURITS *et al.*, 2001).

Os benefícios do tratamento acima mencionado possui sua máxima eficácia com cinco anos de duração. Todavia, a interrupção do tratamento tende a diminuir com o tempo de um ano e não se limita a mulheres em uso de Tamoxifeno, podendo se estender para todas as mulheres em tratamento do câncer de mama (OWUSU *et al.*, 2008).

Dificuldades como ganho de peso, cansaço, mudanças no ciclo menstrual, diminuição da libido, secura vaginal e alterações de humor também foram mencionados por mulheres em tratamento (PELLEGRINI *et al.*, 2010). Observa-se que todos esses efeitos afetam de forma profunda a sexualidade da mulher, tanto no sentido físico como psicológico, gerando uma sensação de incerteza no papel da feminilidade da mulher, da mãe e da esposa.

Ao mesmo tempo na mulher fértil adulta, em fase de tratamento, pode ser antecipado o processo de menopausa que não é facilmente aceito por essas mulheres. Assim, a menopausa precoce é enxergada como um fator adicional e agravante à feminilidade da mulher, já tão vulnerável devido as consequências do câncer de mama e da própria cirurgia, devido a incapacidade de gerar um filho (PELLEGRINI *et al.*, 2010).

Além dos entraves mencionados, a questão do conhecimento acerca desses efeitos colaterais os quais a mulher poderá desenvolver é crucial para a decisão de abandonar ou não o tratamento proposto. Principalmente, nos meses iniciais do tratamento é fundamental que os profissionais de saúde invistam um tempo adequado para explicar de forma compreensível as reações adversas do tratamento, com o propósito de melhorar a aceitação desses, bem como procurar soluções em conjunto com a paciente, para redução dos efeitos maléficos da terapêutica (PELLEGRINI *et al.*, 2010).

Assim, prestar uma assistência integral, multidisciplinar e individual é de extrema importância para que as mulheres com câncer de mama ou colo do útero possam enfrentar da melhor maneira possível, reduzindo minimamente os impactos negativos que tais neoplasias causam na qualidade de vida dessas mulheres.

### **3.4 Escala *Adherence Determinants Questionnaire* (ADQ)**

Existe uma variedade de escalas disponíveis na área da saúde. No entanto, 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 a 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 escala *Adherence Determinantes Questionnaire* (ADQ) foi desenvolvida por pesquisadores norte-americanos com o objetivo de avaliar os elementos da auto adesão dos pacientes ao tratamento clínico e da prevenção do câncer (DIMATTEO et al., 1993). A referida escala seguiu a metodologia da escala tipo Likert supracitada.

A escala ADQ é instrumento multifatorial que mensura um conjunto de habilidades cognitivas, motivacionais, além de variáveis sociais e comportamentais que revelam a adesão do paciente a regimes para prevenir ou tratar o câncer de forma geral (DIMATTEO et al., 1993). A mesma foi desenvolvida a partir de uma vasta análise da literatura disponível, bem como da experiência das pesquisadoras acerca da temática.

Corroborando com a dificuldade de se mensurar o termo adesão e compreendendo que vários são os subcomponentes que interferem nessa questão, a escala ADQ reúne vários atributos que tentam explicar e mensurar a adesão, sendo considerado um questionário multifatorial.

Assim, os fatores que foram analisados na escala dividiram-se nos seguintes domínios: (1) percepções do cuidado interpessoal, (2) crenças sobre a susceptibilidade a doença, (3) crenças sobre a gravidade da doença, (4) avaliações dos custos e benefícios da adesão ao tratamento percebido pelo paciente, (5) percepção subjetiva de normas sociais para aderir, (6) intenção de aderir, e (7) percepções de suportes disponíveis e ausência de barreiras à adesão (DIMATTEO et al., 1993).

A validação da escala ADQ foi desenvolvida com sujeitos de quatro estudos realizados concomitantemente. Essa amostra heterogênea de participantes de diversos estudos foi necessária para que ao final, os resultados pudessem ser estendidos para mensurar qualquer tipo de câncer nos mais variados contextos. Segue abaixo a descrição dos participantes das pesquisas utilizadas para a validação da escala ADQ:

- 1) 51 participantes do estudo de Marcus et al., (1992). Esta pesquisa tinha como objetivo reduzir o número de mulheres que não seguiam ao tratamento proposto após um resultado de exame Papanicolaou alterado (prevenção secundária).

- 2) 131 indivíduos da pesquisa de Polinsky; Fred e Ganz, (1991) incluindo homens e mulheres. Tal estudo tinha como propósito avaliar a eficácia de uma intervenção para a identificação, tratamento e acompanhamento de reabilitação em pacientes com câncer (prevenção terciária).

- 3) 52 pessoas do estudo de Gritz et al., (1991). O objetivo de tal pesquisa foi o desenvolvimento, implementação, e avaliação de uma intervenção na melhoria da



adesão ao conselho de interrupção do fumo para pacientes diagnosticados com carcinoma de células escamosas de cabeça e pescoço (prevenção terciária).

4) 82 mulheres participantes do estudo de Heber *et al.*, (1992). Essa pesquisa buscou avaliar a mudança do estilo de vida relacionada a uma dieta saudável com baixo teor de gordura com mulheres na pós-menopausa. Trata-se de estudo da modificação do estilo de vida (prevenção primária).

Detalhando a amostra, participaram do estudo de validação da escala ADQ um total de 316 indivíduos, sendo esse a soma dos participantes dos estudos citados. Ressalta-se que para cada um dos quatro grupos de entrevistados, os itens foram adaptados às medidas preventivas específicas ou regime de tratamento que estava a ser avaliada. Além disso, os testes para validação da escala foram realizados de forma independente, ou seja, para cada estudo citado.

Os sujeitos dos estudos variaram quanto à classe social e ao gênero, bem como nas circunstâncias de aplicação da escala: durante uma prevenção orientada para modificação de estilo de vida; antes de realizar a cirurgia de cabeça e pescoço ou tratamento com radiação primária; um mês após a cirurgia para retirada da mama (Reabilitação); e na hora de identificar uma condição de risco (Papanicolau) (DIMATTEO *et al.*, 1993).

A validação da escala ADQ foi realizada concomitantemente com a validação de outras duas escalas que tratavam também da adesão ao regime terapêutico. Entretanto, essas duas escalas não serão exploradas por não ser objeto de estudo da presente pesquisa.

Inicialmente a escala ADQ possuía 54 itens. Após os testes de validação a escala finalizou com 38 assertivas. Esses itens foram criados a partir da experiência dos pesquisadores em estudos prévios. A exclusão dos itens ocorreu quando a correlação do item com a sua escala, corrigida para sobreposição, foi inferior a 0,30 ou se esta correlação não foi dois desvios-padrão maiores do que o as correlações do item com as outras escalas em análise (DIMATTEO *et al.*, 1993).

Para o teste de validade de construto, foi realizada a validade convergente e discriminante, segundo a análise multitraço-método, avaliando-se as correlações entre o item e a dimensão a qual pertence e entre o item e a qual não pertence. A análise multi-método explora as relações entre itens e dimensões do instrumento, por meio da qual evidencia a validade convergente e discriminante. É um método bastante útil quando o número de itens do instrumento é grande, o que implica em número considerável de correlações. Em estudos de validação, a validade convergente é satisfeita, se a correlação entre um item e o domínio ao qual pertence for superior a 0.30 (FAYERS; MACHIN, 2000).

O Alpha de Cronbach dos domínios da escala ADQ variaram de 0,65 a 0,85 indicando adequada confiabilidade e consistência interna da escala. Ressalta-se que o alfa de Cronbach é uma medida unidimensional. Portanto, a escala ADQ é considerada multidimensional, uma vez que os sete domínios apresentados mensuram um subcomponente diferente que interfere na adesão. Conclui-se que a maneira mais fidedigna para se analisar o alfa de Cronbach é de forma individual, ou seja por domínio. No entanto, destaca-se que o alfa de Cronbach da escala total foi de 0,76 apresentando boa fidedignidade.

Portanto, a escala ADQ mostrou-se, no contexto americano, um instrumento confiável e válido para se testar a adesão ao tratamento do câncer. No presente estudo, a validação dessa escala no Brasil com mulheres em tratamento para o câncer de mama e de colo do útero, subsidiará as práticas de enfermagem, melhorando a qualidade de vida dessas mulheres.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo metodológico que tem como propósito às investigações de métodos de obtenção, organização e análise dos dados, elaboração, validação e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa. Ressalta-se ainda, que a meta deste tipo de estudo é a elaboração de um instrumento confiável que possa ser utilizado posteriormente por outros pesquisadores (LOBIONDO – WOOD; HABER, 2001).

A pesquisa metodológica ainda envolve métodos complexos e organização de dados e condução de pesquisas rigorosas. Esse tipo de estudo versa do desenvolvimento, da validação e da avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa (POLIT; BECK, 2011).

O estudo metodológico possui relação intrínseca com a psicometria. A psicometria pode ser definida como um ramo da psicologia que se refere a toda classe de medida em psicologia. A psicometria 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 naturais (PASQUALI *et al.*, 2010).

A forma como os indivíduos expressam suas respostas aos 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 torna-se mais simples delimitar um construto, definir suas implicações para o paciente e principalmente nortear as intervenções de enfermagem (BRAGA; CRUZ, 2006).

Diante disso, para responder aos objetivos da presente pesquisa que visa traduzir, adaptar transculturalmente e validar escala *Adherence Determinants Questionnaire* (ADQ) para a língua Portuguesa no contexto brasileiro, faz-se necessário seguir alguns passos descritos a seguir.

### 4.2. Diretrizes para o processo de tradução e adaptação transcultural da escala *Adherence Determinants Questionnaire* (ADQ)

Os instrumentos de língua estrangeira para serem efetivamente utilizados no contexto brasileiro devem passar por um processo rigoroso de tradução, adaptação e

posteriormente validação. A adaptação de um instrumento para outro idioma configura-se como um processo complexo, devido às diferenças culturais que não permitem que seja realizada uma simples tradução (ALEXANDRE; GUILLARDERO, 2002).

Existem vários estudos que propõem métodos para proceder à tradução e adaptação cultural de instrumentos que, em sua essência, assemelham-se (SPERBER, 2004; BULLINGER *et al.*, 1998). Pasquali *et al.*, (2010) definiram que as etapas descritas abaixo não podem ser ignoradas no processo de adaptação de instrumentos:

Etapa 1) Tradução Inicial: Recomenda-se uma tradução da escala original por um profissional bilíngue.

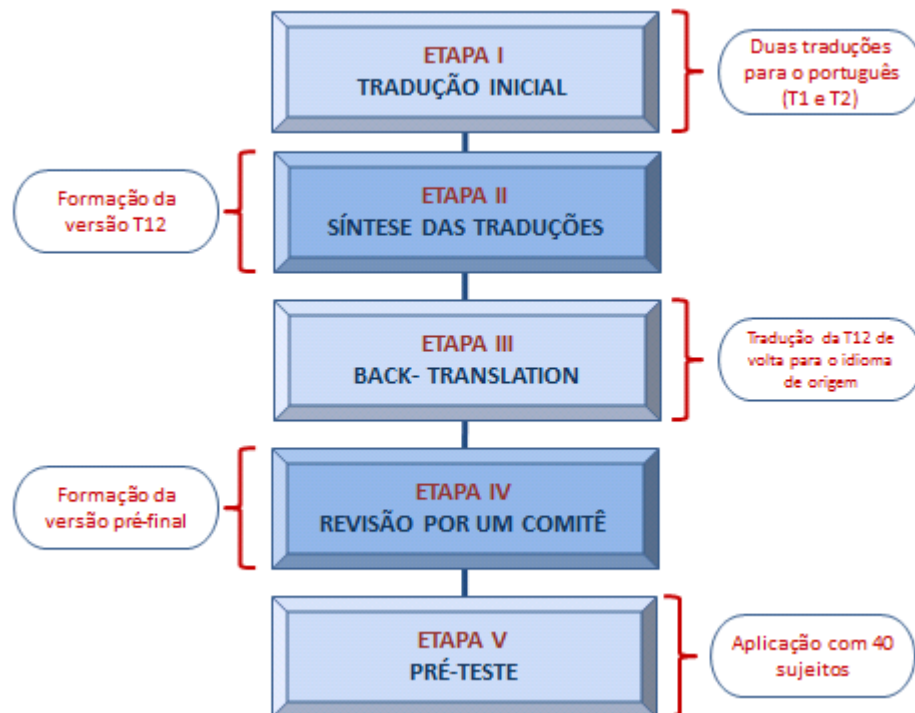
Etapa 2) Retradução: Preconiza-se uma tradução de volta para o idioma original da escala com a finalidade de identificar as inconsistências ocorridas durante as traduções.

Etapa 3) Comitê de especialistas: Nessa etapa, admite-se a formação de um comitê de especialistas habilitados que possuem a responsabilidade de unificar o que foi discutido nas etapas anteriores para formar a versão pré-final da escala.

Apesar do consenso da importância dessas três etapas, cada autor preconiza suas diretrizes, diferenciando detalhes que divergem em cada etapa, mas que podem fazer a diferença para a formação de um instrumento confiável. Em vistas de vários métodos para o processo de tradução e adaptação transcultural, Beaton *et al.*, (2007) descrevem um método com várias etapas metodológicas, sendo considerado completo, e, portanto, utilizado como referencial metodológico na adaptação transcultural do presente estudo.

As etapas consistem em: 1. Tradução Inicial; 2. Síntese das traduções; 3. Tradução de volta ao idioma original (*Back-translation*); 4. Revisão por um comitê de especialistas; 5. Pré-teste e estão descritas a seguir:

Figura 1: Representação gráfica do processo de tradução e adaptação recomendado por Beaton et al. (2007).



Anteriormente ao desenvolvimento das etapas já citadas e construção do trabalho, estabeleceu-se contato com a autora principal da escala por meio de correio eletrônico e foram-lhe apresentadas às intenções da referente pesquisa. A autora responsável incentivou o desenvolvimento da pesquisa, mostrando interesse e autorizou o processo de tradução e adaptação da escala *ADQ* para o idioma português e uso no contexto brasileiro (**ANEXO B**). 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). Destaca-se ainda que a escala *ADQ* não foi traduzida anteriormente para nenhum outro idioma.

#### 4.2.1 Etapa I: tradução inicial

A primeira etapa do processo de tradução e adaptação transcultural é a tradução inicial que deve ser realizada por pelo menos dois indivíduos dominantes do idioma original da escala e traduzida de forma independente para a língua portuguesa. A tradução da escala *ADQ* foi realizada por um tradutor que não era da área de saúde – este não foi informado do

objetivo da tradução; e outra por um segundo tradutor, que é um profissional de saúde com fluência em inglês - este foi informado do objetivo da tradução (BEATON *et al.*, 2007).

Assim, o tradutor que produziu a versão T1 foi um professor de língua inglesa, de nível avançado, da Casa de Cultura Britânica da Universidade Federal do Ceará (UFC) e a tradutora que produziu a versão T2 foi uma mestranda em saúde pública também da Universidade Federal do Ceará (UFC), ou seja, com domínio na área da saúde e proficiência em inglês, tendo residido por dois anos nos Estados Unidos.

#### **4.2.2 Etapa II: síntese das traduções**

Nessa etapa, as versões de cada tradutor (T1 e T2) foram reunidas e sintetizadas em um único instrumento final (T12). Essa etapa contou com a participação da autora da presente pesquisa, com o auxílio de uma doutora em Enfermagem dominante na temática de saúde sexual e reprodutiva de mulheres e proficiente na língua inglesa. A etapa II teve como objetivo a construção da síntese das traduções com o intuito de minimizar as possibilidades de erros típicos de tradução, como omissão ou acréscimos de palavras, que possam mudar o real significado das palavras (BEATON *et al.*, 2007).

#### **4.2.3 Etapa III: tradução de volta ao idioma original (*back-translation*)**

Nessa fase, outros dois tradutores que desconheciam a versão original da escala, realizaram nova tradução para o idioma de origem da mesma, a partir da versão T12 produzida na etapa anterior. Este é um processo de verificação de validade que permite averiguar se a versão obtida reflete o mesmo conteúdo da versão original, revelando as inconsistências e os erros conceituais cometidos durante o processo de tradução inicial e síntese das traduções.

Os dois tradutores (BT1 e BT2) que participaram da etapa *back-translation* possuem nacionalidade inglesa com domínio português e residem nos Estados Unidos. O contato com os mesmos foi estabelecido via correio eletrônico e os mesmos não tinham conhecimentos dos conceitos abordados na escala como preconizado por Beaton *et al* (2007).

#### 4.2.4 Etapa IV: revisão por um comitê de especialistas

A seleção do comitê de juízes é uma etapa determinante para obtenção da plena adaptação transcultural da escala. No presente estudo, o comitê foi composto por cinco juízes que foram selecionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão:

- 1) Quatro juízes pesquisadores foram selecionados a partir dos critérios descritos no quadro 1 a seguir, de acordo com aspectos adaptados de Fehring (1987).
- 2) Um juiz foi selecionado por ser profissional da área da saúde com proficiência na língua portuguesa;

A inclusão de um juiz com proficiência em português e ser enfermeiro foi de extrema importância na discussão dos itens, sendo muitas vezes decisivo na formação da frase final, visto o conhecimento gramatical e ortográfico que o mesmo possuía.

Os critérios para seleção dos pesquisadores estão de acordo com aspectos adaptados de Fehring (1987) (Quadro 1), devendo obter pontuação mínima de 5 pontos a seguir:

Quadro 1 - Critérios para seleção dos juízes especialistas de conteúdo adaptados de Fehring (1987). Fortaleza, Mai/Jul, 2012.

ESPECIALISTA	PONTUAÇÃO
Tese na temática Saúde da Mulher.	2 pontos
Dissertação na temática Saúde da Mulher.	2 pontos
Participação em grupos/projetos de pesquisa que envolvam a temática saúde da mulher.	1 ponto
Experiência prática na área de Saúde da Mulher.	1 ponto
Autoria em trabalhos publicados em periódicos que abordem a temática Saúde da Mulher.	1 ponto
Experiência na temática de validação de instrumentos psicométricos.	2 pontos

A etapa do comitê de especialistas foi realizada em grupo de forma presencial com os juízes selecionados e a pesquisadora. Tal estratégia adotada foi considerada excelente pelos juízes, pois evita o tempo dispendioso gasto na validação de instrumentos por meio escrito ou eletrônico, além de ser marcado pela riqueza de experiências compartilhadas entre os participantes do grupo, enaltecendo as discussões e o material a ser produzido. O tempo para conclusão das análises pelo comitê foi em torno de três horas e o encontro foi realizado em uma sala do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará disponibilizada para tal fim.

Cada juiz recebeu um kit composto por: 1) Fluxograma de tradução e adaptação transcultural (Apêndice A); 2) Carta Convite (Apêndice B); 3) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C); 4) Instrumento de validação (Apêndice D); 5) Instrumento do perfil dos juízes (Apêndice E); e 6) todas as versões da escala (T1, T2, T12, BT1 e BT2) (Apêndice F, G, H, I, J), bem como a escala original (Anexo A).

O papel do comitê de juízes foi de consolidar todas as versões e os componentes do questionário, incluindo o instrumento original e as versões traduzidas (T1, T2, T12, BT1 e BT2) com o propósito de desenvolver a versão pré-final para o teste de campo.

Os critérios avaliados pelo comitê de juízes foram: análise da equivalência semântica, idiomática, funcional e conceitual (Apêndice D). A equivalência semântica refere-se à equivalência do significado das palavras, a avaliação gramatical e de vocabulário; a equivalência idiomática refere-se aos coloquialismos ou expressões idiomáticas, que, geralmente, são difíceis de traduzir; a equivalência experiencial refere-se à utilização de termos coerentes com a experiência de vida da população à qual se destina o estudo e por fim a equivalência conceitual destina-se a verificar se determinadas palavras ou expressões possuem significado conceitual semelhante, ou ainda se possuem a mesma importância em diferentes culturas, apesar de se equivalerem semanticamente.

Durante o encontro, a pesquisadora realizou a leitura de cada item e bastava um juiz concordar parcialmente ou discordar para o item ser discutido pelo comitê. Após a discussão, a mudança do item aconteceu depois de um consenso entre os membros. Destacase que se tivesse sido adotado como critérios para discussão do item, a discordância de três ou mais juízes, praticamente nenhum item seria modificado, demonstrando a importância dessa estratégia adotada para a construção de um instrumento adaptado e confiável.

Após a aprovação da versão final pelos membros do comitê, a pesquisadora acatou todas as considerações feitas pelos juízes e assim formou-se a versão pré-final.

#### **4.2.5 Etapa V: pré-teste**

O estágio final da tradução e adaptação transcultural foi o pré-teste, que possui como finalidade verificar a compreensão da escala por parte do público alvo. Tal fase é considerada de extrema importância, uma vez que verifica a receptividade da figura central envolvida em todo esse processo, o cliente.

O pré-teste foi aplicado com uma população de 30 sujeitos, segundo recomendações de Beaton *et al.*, (2007). Cada sujeito respondeu o instrumento e foi verificada



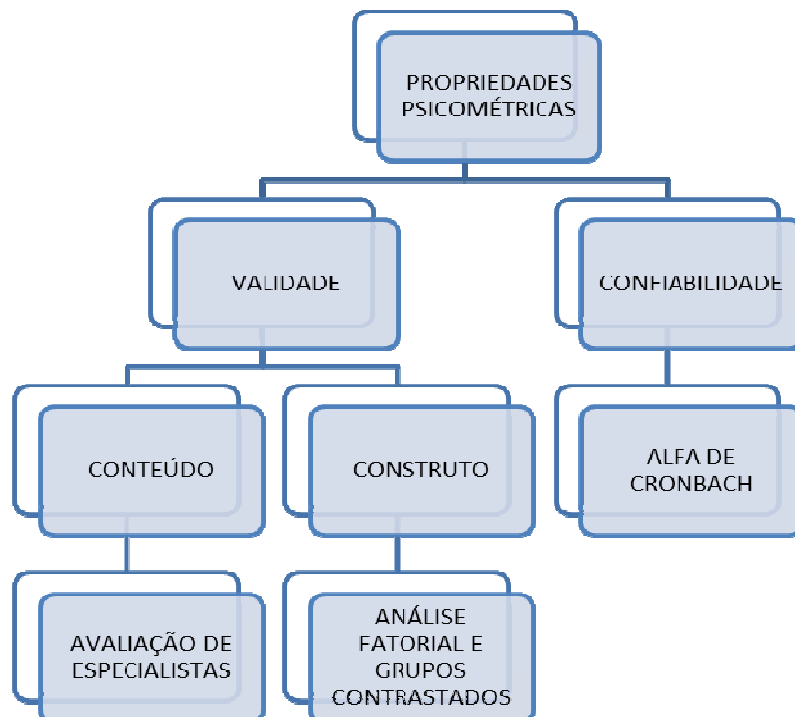
a compreensão da escala por parte do público-alvo. Isso garantiu que a versão adaptada mantivesse sua equivalência em uma situação de aplicação. O tempo de aplicação da escala também foi registrado para que fosse posteriormente informado as mulheres participantes do estudo.

Deve-se ressaltar que, embora nesta fase algumas considerações fossem consideradas úteis sobre como o sujeito interpreta os itens do questionário, não se tratou da validação da escala (BEATON *et al.*, 2007).

### 4.3 Avaliação das Propriedades Psicométricas

A verificação das propriedades psicométricas é necessária para se certificar que o instrumento adaptado possui as mesmas propriedades da escala original. Portanto, essa verificação se deu por meio de um processo de validação e confiabilidade, descrito na figura 2:

Figura 2 - Avaliação das propriedades psicométricas da escala ADQ-VB.



#### 4.3.1 Validade

Existem diversos modos para validar uma ferramenta que vão depender do construto em questão a ser mensurado, bem como do próprio instrumento. Ressalta-se que a

escala ADQ foi traduzida e adaptada culturalmente por um rigoroso processo metodológico. Assim, optou-se nessa pesquisa por utilizar a validação de aparência e conteúdo e de construto.

A validação de aparência ou de face trata-se de uma forma subjetiva de validar um instrumento/estratégia, consistindo no julgamento quanto à clareza e compreensão, entretanto, não deve ser utilizada de forma isolada (WILLIAMSON, 1981). Em face disso, realizou-se também a validação de conteúdo, a qual verificou se os conceitos estavam representados adequadamente e se conseguiram abordar todo o domínio do conteúdo o qual o instrumento se propunha, por meio de juízes especialistas (POLIT; BECK, 2011).

Portanto a validação de conteúdo aconteceu na etapa do comitê de especialistas, onde se aproveitou da reunião dos experts para realizar tal tarefa. Durante todo o momento, foram discutidas a clareza e compreensão dos itens, bem como a relevância de cada item dentro da escala.

A validação da escala ADQ também se deu por meio da validação de construto. Essa foi realizada após a aplicação da escala com o público-alvo a partir da análise fatorial e da comparação por grupos contrastados.

A análise fatorial é um método que produz resultados importantes e permite ao pesquisador inferir acerca da qualidade dos itens da escala em questão. Ademais, a análise fatorial demonstra o que o instrumento está de fato medindo, ou seja, os fatores e qual a relação existente de cada item da escala com os seus respectivos fatores (PASQUALI *et al.*, 2010).

Existem dois métodos diferentes com a finalidade de identificar as dimensões ou fatores que compõem um conjunto de dados: a análise fatorial e análise dos componentes principais. A análise fatorial é dita como um método mais complexo do que a análise dos componentes principais. Entretanto, as diferenças entre esses dois procedimentos surgem principalmente nos cálculos. Portanto, optou-se por utilizar a análise dos componentes principais, uma vez que o objetivo de compreender a estrutura de um conjunto de variáveis não foi prejudicado (PASQUALI *et al.*, 2010). Ressalta-se também que os termos componentes e fatores foram utilizados de forma similar no presente trabalho.

Na análise fatorial, a relação entre o item e o fator é mensurada a partir das cargas fatoriais que podem variar de -1,00 a + 1,00. Portanto uma carga fatorial de 0,00 significa que não existe nenhuma relação entre o item e o fator relacionado. É necessária uma carga fatorial de no mínimo 0,3, positivo ou negativo, para que haja relação entre o item e fator determinado. Assim, na presente pesquisa quando a carga fatorial foi igual ou superior a 0,3 o

item ficou alocado no fator em questão (PASQUALI *et al.*, 2010). Destaca-se que alguns itens possuíram cargas fatoriais em mais de um fator. Quando tal fato ocorreu, decidiu-se alocar o item no fator o qual a carga fatorial mostrou-se mais elevada.

Ainda relacionada à análise fatorial, faz-se necessário destacar que após a extração dos fatores foi realizada a rotação dos mesmos. A rotação ortogonal varimax foi selecionada, pois agrega um menor número de variáveis dentro de cada fator, facilitando a interpretação dos dados.

### 4.3.2 Confiabilidade

A fidedignidade de um teste também chamada de precisão, confiabilidade, consistência interna, estabilidade, confiança e homogeneidade pode ser definida como a capacidade que o instrumento possui de refletir exatamente o construto que se está medindo (PASQUALI *et al.*, 2010; FIELD, 2009). Em termos estatísticos, a fidedignidade é realizada mediante a correlação entre escores mensurados em duas situações diferentes frutos de um mesmo teste (FIELD, 2009). Existem várias maneiras de se analisar a confiabilidade de um teste: teste-reteste, formas paralelas e a consistência interna.

A precisão teste-reteste versa do cálculo da correlação entre as distribuições de escores obtidos em um mesmo teste, porém, em diferentes pontos de tempo. Uma das principais dificuldades que a análise da fidedignidade apresenta por esse teste é exatamente a questão da maturação, ou seja, quando o construto medido pode ou não se modificar ao longo do tempo (FIELD, 2009).

Tratando-se da escala ADQ que tem como finalidade mensurar a auto adesão do cliente quanto ao tratamento do câncer, reitera-se que o diagnóstico inicial do câncer influencia consideravelmente na questão da adesão ao tratamento. Assim, uma participante entrevistada com um mês de tratamento pode possuir sentimentos referentes à adesão ao tratamento bem opostos quando indagada após dois meses. Portanto, a medida teste-reteste não é apropriada para ser utilizada no presente estudo.

Diante disso, o teste escolhido para analisar a homogeneidade da escala ADQ foi a precisão de consistência interna alfa de Cronbach, que é a medida mais comum quando se trata de confiabilidade (FIELD, 2009). O valor do alfa de Cronbach pode variar entre 0 e 1 e considera-se como aceitável valores maior do que 0,7.

Ratifica-se que o alfa de Cronbach mede a unidimensionalidade de um instrumento. Logo, quando o instrumento apresenta vários subcomponentes (domínios), o alfa

de Cronbach deve ser calculado separadamente para cada domínio, já que existem teoricamente vários construtos em questão (CRONBACH, 1951).

Além disso, a escala ADQ é composta por vários itens que possuem frases invertidas. Esses itens são essenciais para reduzir respostas tendenciosas e revelar a veracidade das respostas. No entanto, para analisar a confiabilidade da escala esses itens devem ser transformados com o intuito de possuir uma relação positiva com os demais itens e não uma relação negativa. Destaca-se que se não fosse realizada a inversão dos itens, a escala ADQ poderia resultar em um valor bem abaixo do valor real obtido.

Assim, com o propósito de se obter a confiabilidade da escala ADQ os itens 1, 4, 6, 8, 10, 11, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 32, 34, 25 e 36 foram alterados no intuito de se obter o valor preciso do alfa de Cronbach. Portanto, se uma participante respondeu 2 discordo no item 1, após a transformação dos dados essa mulher obteve escore 4. Salienta-se que em termos estatísticos, tal modificação não apresenta nenhum prejuízo na análise das respostas das participantes.

#### **4.4 Local da pesquisa**

A etapa do pré-teste (V) e da validação do construto foi desenvolvida em dois locais: no Centro Regional Integrado de Oncologia (CRIO) e na Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza.

A escolha pelo CRIO se deu pela mesma ser considerada um dos centros de referência do tratamento do câncer no Estado do Ceará, habilitado pelo Ministério da Saúde como uma Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON). O local também disponibiliza ambulatório de consultas clínicas e prevenção, serviço de radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia, imagem, leitos hospitalares, intervenções cirúrgicas e Unidades de Tratamento Intensivos (UTIs) para pacientes de convênios, particulares e provenientes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na referida instituição são recebidas todas as especificidades de câncer, com ênfase maior para o câncer de mama e de colo do útero. Nos meses de junho a agosto do corrente ano, foram atendidas em média cerca de 300 mulheres com câncer de colo do útero, abordando todas as modalidades de tratamento.

A Santa Casa da Misericórdia de Fortaleza também é considerada um centro de referência e disponibiliza uma série de serviços terceirizados do SUS aos seus usuários. Destaca-se o serviço de oncologia do Centro de Diagnóstico da Santa Casa que recebe pacientes portadores de tumores malignos e benignos, abdominais, pélvicos, mama e colo do útero.

O quadro de funcionários do serviço de oncologia é composto por 15 funcionários entre médicos, enfermeiros, farmacêutico, auxiliares de enfermagem e recepcionistas. Possui área com temperatura monitorada e realiza a manipulação dos medicamentos no próprio setor. A Oncologia foi recentemente reformada em sua estrutura física e no sistema de informação, facilitando o monitoramento e acompanhamento dos pacientes.

#### **4.5 População e amostra**

A população da etapa de validação foi composta por mulheres diagnosticadas com alterações malignas do câncer de colo do útero (Lesão Intra-epitelial de Alto Grau, Carcinoma Micro-Invasor, Câncer Epidermóide, Adenocarcinoma “*in situ*” ou Adenocarcinoma Invasor) ou diagnosticadas com câncer de mama e que estavam em tratamento especializado (quimioterapia ou radioterapia) no Centro Regional Integrado de Oncologia (CRIO) ou na Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza.

Sabe-se que a confiabilidade da análise fatorial, um dos métodos escolhidos como adequado para a validação da escala depende do tamanho da amostra. Como referencial metodológico, utilizou-se Kass e Tinsley (1979) que recomendam um número de 5 a 10 participantes por variável. A escala ADQ é formada por 38 itens. Assim, realizando um cálculo simples, multiplicando trinta e oito por cinco obtém-se um número de 190. Portanto, a amostra requer no mínimo 190 participantes. Porém, o estudo foi composto de 198 participantes, sendo 152 em tratamento para o câncer de mama e 46 em tratamento para o CCU.

Como critério de inclusão definiu-se: mulheres em tratamento de câncer de mama ou câncer de colo do útero. Os critérios de descontinuidade foram: a desistência de participar da pesquisa após início da coleta de dados ou vir a óbito no período de coleta de dados.

A população da fase de tradução inicial até a revisão do comitê de especialistas foi formada por um tradutor professor de língua inglesa, de nível avançado, da Casa de Cultura Britânica da Universidade Federal do Ceará; outro tradutor proficiente em inglês da área da saúde com nacionalidade brasileira; dois tradutores de nacionalidade inglesa; um profissional

enfermeiro com proficiência em português, bem como quatro juízes que foram selecionados a partir de critérios pré-determinados (Quadro 1).

#### **4.6 Coleta de dados**

Após o desenvolvimento do processo de tradução e adaptação transcultural com a formação da versão final, iniciou-se a coleta de dados em campo. A mesma se deu nos meses de maio a julho de 2012.

A coleta de dados foi realizada primeiramente com uma aplicação de um formulário (Apêndice K) que abordava dados sócio demográficos; fatores que interferem na prevenção e no tratamento do câncer de mama e de colo do útero e fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama e cervical. Em seguida, foi realizada a aplicação da escala ADQ-VB (Apêndice L).

Para a coleta de dados, as coordenadoras dos dois locais autorizaram a entrada da pesquisadora e do grupo de três alunas de enfermagem, previamente treinadas para tal atribuição, na sala de tratamento. Os locais eram calmos, climatizados e as mulheres abordadas mostraram-se receptivas em colaborar com a pesquisa.

Sabe-se que a aplicação das escalas está sujeita a algumas dificuldades, entre elas Polit e Beck (2011) descrevem a parcialidade pelo desejo de aceitação social que ocorre quando os indivíduos tendem a fornecer respostas que estejam de acordo com a visão social.

Assim, no intuito de minimizar tais entraves, anteriormente a aplicação da escala ADQ-VB, todas as mulheres foram informadas que não existiam respostas corretas ou erradas e o importante era a percepção individual das mesmas sobre o tratamento a que estavam se submetendo, sem qualquer prejuízo para a paciente.

#### **4.7 Organização e análise dos dados**

Os resultados das etapas de tradução e adaptação transcultural (tradução inicial, síntese das traduções, *back-translation*, comitê de especialistas) foram apresentados em quadros e analisados de forma descritiva.

O formulário que compilava os dados sócio-demográficos, bem como os fatores que interferem na adesão ao tratamento do câncer, além dos dados referentes à aplicação da escala foram armazenados e analisados por meio do programa estatístico *Statistical Package*

*for the Social Sciences* (SPSS) versão 19.0. As análises das amostras foram discutidas de acordo com a literatura pertinente.

Utilizou-se para analisar os dados do formulário e da aplicação da escala a estatística descritiva com frequências simples e mediana. A média não foi utilizada uma vez que as variáveis não apresentavam distribuição normal. Os testes estatísticos, Qui-quadrado, teste de Friedman, t de Student foram utilizados para analisar a amostra. Em todos os testes empregados, definiu-se um nível de significância de 0,05.

Para a validação da escala optou-se pela validação de conteúdo e construto por meio da análise fatorial e a confiabilidade se deu pela medida da consistência interna (alfa de Cronbach).

Ressalta-se ainda que para a análise das respostas da escala, os domínios foram transformados em valores de 0 a 20, totalizando 100 pontos, uma vez que a escala resultou em cinco domínios. Portanto, considerou-se como pontes de corte os intervalos de pontuação de 0 a 40 como uma baixa adesão ao tratamento; 41 a 70 como uma média adesão ao tratamento e pontuação igual ou acima de 71 como uma alta adesão ao tratamento.

#### **4.8 Aspectos éticos**

A coleta de dados iniciou-se após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará, sob o parecer de número 43/12. Portanto, foi assegurado o cumprimento das normas para pesquisa envolvendo seres humanos preconizadas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil (BRASIL, 2003).

Todos os participantes do estudo, mulheres diagnosticadas com câncer do colo do útero e de mama, bem como os juízes, foram informados sobre os objetivos do estudo e após leitura em conjunto com a pesquisadora, estando os participantes de acordo, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice C e M), dando-lhes a garantia de sigilo e privacidade, bem como a liberdade de recusar o consentimento sem qualquer tipo de penalização.

Ademais, seguindo a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, foram incorporados ao estudo os quatro referências básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça com o intuito de assegurar os direitos e deveres correspondentes à comunidade científica e aos sujeitos da pesquisa, levando em consideração o respeito pela dignidade e a proteção dos direitos humanos de forma consistente (UNESCO, 2005).

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Caracterização da amostra

A discussão acerca do perfil da amostra do estudo foi realizada separadamente entre as mulheres com câncer de colo do útero e câncer de mama, visto as especificidades que caracterizam cada grupo. A tabela abaixo discorre sobre os dados sócios demográficos das mulheres com câncer de mama que totalizaram 152 (76,8%) participantes.

Tabela 3 – Características sócio demográficas das mulheres com câncer de mama. Fortaleza, Mai/Jul, 2012.

<b>Características sócio demográficas (n = 152)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Faixa etária (ano)</b>		
Até 39	16	10,5
40 - 49	50	32,9
50 - 59	42	27,6
60 - 69	29	19,1
70 ou +	15	9,9
<b>Escolaridade</b>		
Até 9 anos	104	68,4
Igual a ou mais de 10 anos	48	31,6
<b>Naturalidade</b>		
Fortaleza	62	40,8
Interior do Ceará	84	55,3
Outros Estados	6	3,9
<b>União Estável</b>		
Com acompanhante	85	55,9
Sem acompanhante	67	44,1
<b>Ocupação Atual</b>		
Licença trabalhista	62	40,8
Não trabalha	14	9,2
Do lar	36	23,7
Diarista	1	0,7
Outros	39	25,7
<b>Religião</b>		
Católica	102	67,1
Evangélica	46	30,3
Espírita	3	2,0
Outro	1	0,7
<b>Raça</b>		
Branca	43	28,3
Negra	9	5,9
Parda	97	63,8
Amarela	3	2,0
<b>Renda Familiar (SM)</b>		
Até 1	15	9,4
1 - 2	70	47,0
2 - 3	34	22,1
4 ou +	33	21,5



Em relação à faixa etária, observou-se que a idade das mulheres variou de 28 a 84, com uma mediana de 51 anos. A faixa etária predominante foi o intervalo de 40 a 49 anos (32,9%). Destaca-se o número de 16 (10,5%) mulheres que estavam em tratamento para o câncer de mama na faixa etária até 39 anos.

A escolaridade das mulheres foi analisada em anos de estudo e um total de 104 (68,4%) possui menos de nove anos de estudo, ou seja, não chegaram a concluir o Ensino Fundamental. Quanto à naturalidade, verificou-se que 84 (55,3%) mulheres são naturais do interior do estado do Ceará.

Com relação à presença ou não de possuir um parceiro estável, 85 (55,9%) mulheres responderam que possuíam um relacionamento estável. A opção por destacar a presença ou não de uma união estável foi escolhida devido ao grande número de relações não oficializadas existentes na sociedade brasileira contemporânea.

No que se refere à ocupação atual, 62 (40,8%) participantes estavam de licença trabalhista para realizar o tratamento. Um número de 36 mulheres (23,7%) ainda verbalizou serem donas de casas. No que concerne à crença, as religiões mais predominantes entre as mulheres com câncer de mama foi o catolicismo (67,1%), seguido da religião evangélica (30,3%).

Indagadas acerca da raça, houve predomínio da raça parda com 97 mulheres (63,8%). Das mulheres pesquisadas, 70 (47%) relataram possuir uma renda familiar entre um e dois salários mínimos e 67 (43,6%) participantes possuem renda familiar superior a dois salários mínimos.

A tabela 4 revela o perfil comportamental que as mulheres adotaram antes de serem diagnosticadas com câncer de mama.

Tabela 4 – Perfil comportamental de mulheres com câncer de mama. Fortaleza, Mai/Jul, 2012.

<b>Características comportamentais</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Realização do exame Papanicolaou</b>		
Sim	99	65,1
Não	35	23,0
Nunca realizou	13	8,6
Só fez uma vez	5	3,3
<b>Realização do auto exame das mamas</b>		
Sim	84	55,3
Não	68	44,7
<b>Realização da mamografia anteriormente</b>		
Sim	56	36,8
Não	96	63,2

Quando questionadas acerca da realização do exame de prevenção do CCU (Papanicolaou), 53 (34,9%) responderam que não realizavam esse exame frequentemente ou que nunca realizaram ou o fizeram somente uma vez durante toda a vida. Para considerar que a mulher realizou o exame de forma frequente foi demarcado o tempo máximo de 3 em 3 anos, uma vez que o Ministério da Saúde preconiza esse período como adequado para as mulheres que se submeteram ao exame e apresentaram resultado negativo nos dois anos sequenciais.

Destaca-se o fato de que 18 (11,9%) mulheres, em tratamento para o câncer de mama, realizaram só uma vez ou nunca realizaram o exame de prevenção do câncer de colo do útero.

Com relação ao auto exame das mamas, 68 (44,7%) mulheres relataram não realizar tal exame de forma frequente. Um número de 96 (63,2%) ainda verbalizou que o exame de mamografia só foi realizado para diagnosticar o câncer de mama já suspeito pelo profissional médico ou pelas próprias mulheres, não sendo essa uma prática de rastreamento ou um comportamento de prevenção adotado no cotidiano.

Tabela 5 – Fatores de risco e fatores protetores das mulheres em tratamento para o câncer de mama. Fortaleza, Mai/Jul, 2012.

Fatores de risco e fatores protetores	N	%
<b>Fatores de risco</b>		
<b>Menarca Precoce (n = 151)</b>		
≤ 12	37	24,5
13 ou +	114	75,5
<b>Menopausa tardia (ano) (n = 93)</b>		
< 51	62	66,7
51 ou +	31	33,3
<b>Idade da primeira gestação (ano)</b>		
até 30	131	91,0
31 ou +	13	9,0
<b>História familiar de CA (n = 88)</b>		
Mama	46	52,3
Outros	42	47,7
<b>Etilismo progresso (n = 152)</b>		
Sim	17	11,2
Não	135	88,8
<b>Fatores protetores</b>		
<b>Prática regular de atividade física (n = 152)</b>		
Sim	62	40,8
Não	90	59,2
<b>Amamentação prévia (n = 148)</b>		
Sim	121	79,6
Não	27	17,8

Referente aos fatores de risco relacionados aos aspectos endócrinos observou-se que: 37 (24,5%) apresentaram menarca precoce, 31 (33,3%) das mulheres, que estavam na menopausa, relataram menopausa tardia e 13 (9%) tiveram a primeira gestação com idade acima dos 30 anos.

Quanto à história familiar de câncer de mama, verificou-se que 89 (58,6%) relataram possuir alguma história de neoplasia no contexto familiar entre os membros de primeiro grau. Desses, o câncer de mama alcançou o maior número de citações com 46 (52,3%) casos. O etilismo também foi investigado entre as mulheres e 17 (11,2%) relataram fazer uso do álcool frequentemente antes de iniciar a terapêutica do câncer de mama.

Já com relação aos fatores protetores do câncer de mama, 62 (40,8%) realizavam atividade física e 121 (79,6%) verbalizaram ter amamentado seus filhos por algum tempo. Das mulheres que afirmaram terem praticado a amamentação, um número de 51 (34,2%) forneceu a mama por pelo menos seis meses.

As tabelas seguintes reportam dados acerca do perfil da amostra diagnosticada com câncer de colo do útero, o que corresponde a 46 (23,2%) casos em questão.

A tabela 6 versa sobre os dados sócio demográficos com as seguintes variáveis: faixa etária, procedência, anos de estudo, estado civil, ocupação atual, renda, religião e raça.

Tabela 6 - Características sócio demográficas das mulheres com câncer de colo de útero. Fortaleza, Mai/Jul, 2012.

<b>Características sócio demográficas (n = 46)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Faixa etária (ano)</b>		
Até 35	2	4,3
36 – 45	7	15,2
46 – 55	13	28,3
56 – 65	18	39,1
66 ou +	6	13,0
<b>União Estável</b>		
Com acompanhante	27	58,7
Sem acompanhante	19	41,3
<b>Ocupação atual</b>		
Licença trabalhista	19	41,3
Não trabalha	4	8,7
Do lar	10	21,7
Diarista	1	2,2
Outros	12	26,1
<b>Escolaridade</b>		
Menor do que 9 anos de estudo	39	84,8
Maior do que 9 anos de estudo	7	15,2
<b>Renda Familiar</b>		
Até 1 salário mínimo	8	17,4
Entre 1 e 2 salários mínimos	19	41,3
Entre 2 e 3 salários mínimos	14	30,4
Acima de 4 salários mínimos	5	10,9

**Tabela 6** - Características sócio demográficas das mulheres com câncer de colo de útero. Fortaleza, Mai/Jul, 2012. Continuação.

<b>Raça</b>		
Branca	9	19,6
Negra	2	4,3
Parda	29	69,5
Amarela	3	6,5
<b>Religião</b>		
Católica	31	67,4
Evangélica	13	28,3
Espírita	1	2,2
Não possui religião	1	2,2
<b>Naturalidade</b>		
Fortaleza	17	37,0
Interior	26	56,5
Outro Estado	3	6,5

A idade das mulheres obteve a mínima de 33 e a máxima de 78 com a mediana de 56 anos e variância de 10, 2 anos. A faixa etária predominante foi o intervalo entre 56 a 65 anos com 18 (39,1%) mulheres.

Com relação ao tipo de união, 27 (58,7%) mulheres possuem um companheiro estável. Já no que concerne à ocupação atual, 19 (41,3%) estavam de licença no trabalho e 14 (30,4%) não possuem ocupação ou possuem afazeres domésticos.

Quase a totalidade da amostra com câncer cervical (84,8%) relatou ter menos de 9 anos de estudo, ou seja, caracterizam-se por ter o ensino fundamental incompleto e mais da metade (58,7%) apresentam renda familiar de até dois salários mínimos.

Quanto à raça, predominou a de cor parda (56,5%) e apenas uma mulher referiu não possuir nenhuma religião. Todas as outras pertencem à religião católica, espírita e evangélica. Relacionado à naturalidade, identificou-se que 26 (69,5%) são do interior do estado do Ceará.

A tabela 7 retratou os dados comportamentais das mulheres com CCU.

**Tabela 7** – Perfil comportamental de mulheres com câncer de colo do útero. Fortaleza, Mai/Jul, 2012.

Características comportamentais	N	%
<b>Realização do exame Papanicolaou</b>		
Sim	25	54,3
Não	17	37,0
Nunca realizou	1	2,2
Só fez uma vez	3	6,5
<b>Realização do auto exame das mamas</b>		
Sim	17	37,0
Não	29	63,0
<b>Realização da mamografia anteriormente</b>		
Sim	17	37,0
Não	29	63,0

Referente ao comportamento das mulheres relacionado à prevenção do câncer cervical, por meio do exame Papanicolaou, quando indagadas acerca da realização do exame de prevenção de forma frequente, 17 (37%) participantes responderam que não realizavam tal exame no período recomendado. Todas procuravam o serviço de saúde com uma periodicidade maior do que três anos. Uma mulher ainda referiu que nunca tinha realizado o exame referido até o surgimento dos primeiros sintomas.

A maior parte das mulheres, 29 (63,0%), também respondeu que realizava o auto exame das mamas mensalmente e o mesmo percentual também referiu ter realizado o exame de mamografia anteriormente a descoberta do câncer cervical.

A tabela 8 versa sobre os fatores de risco para o câncer de colo do útero.

Tabela 8 – Fatores de risco das mulheres em tratamento para o câncer de colo do útero. Fortaleza, Mai/Jul, 2012.

Fatores de risco	N	%
<b>Menarca Precoce (n = 44)</b>		
Idade igual ou menor do que 15 anos	36	81,8
Idade maior do que 16 anos	8	18,2
<b>Coitarca precoce (n = 45)</b>		
Idade inferior ou igual a 15 anos	9	20,0
Idade superior a 16 anos	36	80,0
<b>Tabagismo progressivo (n = 44)</b>		
Sim	19	43,2
Não	25	56,8
<b>História progressiva de DST</b>		
Sim	3	6,5
Não	42	91,3
<b>Número de parceiros sexuais (n = 46)</b>		
1 parceiro	27	58,7
2 ou 3 parceiros	16	34,8
4 ou mais parceiros	3	6,5
<b>História familiar de CA (n = 46)</b>		
Sim	21	45,7
Não	25	54,3

Com relação à menarca precoce, ou seja, com idade igual ou inferior a 15 anos, obteve-se um total de 36 (81,8%) mulheres. Já o relato da coitarca, verificou-se que 80,0% das participantes verbalizaram ter iniciado a vida sexual com idade igual ou superior a 16 anos, com uma mediana de 18 anos.

O tabagismo progressivo foi investigado entre as mulheres e um total de 19 (43,2%) tiveram resposta afirmativa quanto a esse hábito. Referente à história progressiva de doença sexualmente transmissível (DST), quase a totalidade, 42 (91,3%), respondeu que nunca foram contaminadas por nenhuma doença venérea, pelo menos não que a saibam.

Quanto ao número de parceiros sexuais na vida, a maioria 27 (58,7%) afirmou ter tido apenas um parceiro. Com relação à história de câncer na família, 21 (45,7%) relataram ter algum caso de neoplasia no contexto familiar. Desses, 05 (10,9%) eram parentes de primeiro grau e a neoplasia em questão foi a de colo do útero.

## 5.2 Fatores relacionados ao tratamento do câncer

A tabela abaixo discorre acerca do perfil clínico de mulheres em tratamento do câncer de mama e de colo do útero.

Tabela 9 – Perfil clínico de mulheres em tratamento para o câncer de mama e colo do útero. Fortaleza, Mai/Jul, 2012.

Perfil clínico	Mama		CCU	
	N	%	N	%
<b>Tipo de tratamento</b>	<b>(n = 152)</b>		<b>(n = 46)</b>	
Quimioterapia	112	73,0	36	78,3
Radioterapia	40	25,7	10	21,7
<b>Tempo de tratamento</b>	<b>(n = 151)</b>		<b>(n = 46)</b>	
Primeiro ano de tratamento	124	82,1	33	71,7
Entre 1 e 2 anos	19	12,6	9	19,6
Entre 2 e 3 anos	2	1,3	-	-
Mais de 3 anos	6	4,0	4	8,7
<b>Primeira vez que é submetida ao tratamento</b>	<b>(n = 152)</b>		<b>(n = 46)</b>	
Sim	134	88,2	38	82,6
Não	18	11,8	8	17,4
<b>Metástase</b>	<b>(n = 150)</b>		<b>(n = 45)</b>	
Sim	14	9,2	9	19,6
Não	136	89,5	36	78,3

Com relação ao tipo de tratamento, o qual as mulheres com câncer de mama estavam se submetendo durante a coleta de dados, 112 (73%) realizavam a quimioterapia e 40 (25,7%) a radioterapia. Dessas mulheres, 51 (33,6%) já realizaram a mastectomia seja parcial ou total.

Quanto ao tempo de tratamento, observou-se que grande parte (82,1%) estava no primeiro ano de tratamento, 134 (88,2%) relataram ser a primeira vez que se tratavam e 14 (9,2%) tinham confirmado metástase.

Por outro lado, 36 (78,3%) mulheres com câncer de colo do útero também estavam realizando quimioterapia. E um total de 41,3% foi submetida à histerectomia parcial ou total.

Um número de 38 (82,6%) possuíam menos de 12 meses de tratamento e 8 (17,4%) já estavam realizando seu segundo tratamento. Ainda 09 (19,6%) tinham sido diagnosticadas com metástase.

As mulheres ainda foram investigadas quanto ao recebimento de orientações acerca da prevenção do câncer de colo do útero e mama. Nesse momento, o responsável pela coleta de dados enfatizava e explicava detalhadamente a pergunta, com o intuito de captar a resposta adequada. De forma surpreendente, 115 (58,1%) participantes responderam que nunca receberam nenhuma informação de como se prevenir das neoplasias cervicais e mamárias. As 83 (41,9%) que afirmaram já terem recebido orientação relataram ser por meio de amigos, televisão, além de agentes de saúde, e profissionais como o médico e o enfermeiro.

Quando questionadas acerca do recebimento de orientações gerais acerca do tratamento o qual as mulheres estavam realizando, 94 (47,5%) responderam que não tiveram nenhuma orientação acerca da terapêutica a qual estavam se submetendo. Das 104 (52,5%) participantes que afirmaram ter recebido orientações gerais sobre o seu tratamento, um número de 74 (37,4%) disseram que foram orientadas pelo profissional médico, 14 (7,1%) por enfermeiros e 11 (5,6%) por ambos profissionais, médicos e enfermeiros.

### 4.3 Adaptação transcultural da escala

A adaptação transcultural configura-se como um processo rigoroso, constituído de várias etapas com a finalidade de produzir um instrumento equivalente ao instrumento original em termos de mensuração do construto, mas que possuam singularidades específicas do contexto o qual a escala será aplicada.

O quadro abaixo revela as duas versões traduzidas de forma independente por dois tradutores, bem como a síntese das traduções: versão a ser utilizada na etapa subsequente (Etapa III: retradução).

**Quadro 2** - Descrição da Etapa II – Síntese das Traduções (T12). Fortaleza, Mai/Jul, 2012.

Versão traduzida 1 (T1)	Versão traduzida 2 (T2)	Síntese das Traduções (T12)
Questionário de Determinantes de Aderência	Questionário de Determinação da Adesão	Questionário de Determinantes de Adesão
Responda as opções para	As opções de resposta para cada	Responda as opções para cada

cada item formando uma escala Likert de 5 pontos (1= <i>discorda completamente</i> ; 2 = <i>discorda</i> ; 3 = <i>nem concorda nem discorda</i> ; 4 = <i>concorda</i> ; 5 = <i>concorda plenamente</i> ).	item são formadas por uma escala do tipo Likert (1 = <i>discordo fortemente</i> ; 2 = <i>discordo</i> ; 3 = <i>indiferente</i> ; 4 = <i>concordo</i> ; 5 = <i>concordo fortemente</i> ).	item formando uma escala do tipo Likert (1 = <i>discordo completamente</i> ; 2 = <i>discordo</i> ; 3 = <i>nem concordo e nem discordo</i> ; 4 = <i>concordo</i> ; 5 = <i>concordo plenamente</i> ).
<i>I. Aspectos Interpessoais de Cuidado</i>	<i>I. Aspectos Interpessoais do Cuidado</i>	<i>I. Aspectos Interpessoais do Cuidado</i>
1. Os médicos e outros profissionais da saúde às vezes ignoram o que digo a eles.	1. Médicos e outros profissionais de saúde às vezes ignoram o que tenho a dizer.	1. Os médicos e outros profissionais da saúde às vezes ignoram o que digo a eles.
2. Os médicos e outros profissionais da saúde ouvem atentamente o que tenho a dizer.	2. Médicos e outros profissionais de saúde escutam com atenção o que tenho a dizer.	2. Os médicos e outros profissionais de saúde escutam com atenção o que tenho a dizer.
3. Os médicos e outros profissionais da saúde respondem a todas as minhas perguntas.	3. Médicos e outros profissionais de saúde respondem a todas as minhas perguntas.	3. Os médicos e outros profissionais da saúde respondem a todas as minhas perguntas.
4. Às vezes os médicos e outros profissionais da saúde usam termos técnicos sem explicar o que significam.	4. Algumas vezes médicos e outros profissionais de saúde utilizam termos técnicos sem explicar seu significado.	4. Às vezes os médicos e outros profissionais da saúde usam palavras sem explicar o que significam.
5. Eu acredito que os médicos e outros profissionais da saúde queiram meu bem.	5. Eu acho que médicos e outros profissionais de saúde priorizam meu bem estar.	5. Eu acho que médicos e outros profissionais de saúde querem meu bem estar.
6. Os médicos e outros profissionais da saúde agem como se eu estivesse desperdiçando o tempo deles.	6. Médicos e outros profissionais de saúde se portam como se estivessem perdendo seu tempo comigo.	6. Os médicos e outros profissionais da saúde agem como se estivessem perdendo seu tempo comigo.
7. Os médicos e outros profissionais da saúde me tratam de uma maneira simpática e cortês.	7. Médicos e outros profissionais de saúde tratam-me de forma muito amigável e cortês.	7. Os médicos e outros profissionais da saúde me tratam de uma maneira simpática e educada.
8. Os médicos e outros profissionais da saúde demonstram pouca preocupação comigo.	8. Médicos e outros profissionais de saúde mostram pouco interesse em mim.	8. Os médicos e outros profissionais da saúde demonstram pouca preocupação comigo.
<i>II. Utilidade Observada (Custos/Benefícios e Eficácia)</i>	<i>II. Utilidade Percebida (Benefícios/Custos e Eficácia)</i>	<i>II. Utilidade Percebida (Benefícios/Custos e Eficácia)</i>
9. Os benefícios do meu tratamento superam qualquer dificuldade que eu possa vir a ter em segui-lo.	9. Os benefícios do meu plano de tratamento superam qualquer dificuldade que possa ter em segui-lo.	9. Os benefícios do meu tratamento superam qualquer dificuldade que possa ter em segui-lo.
10. Meu tratamento é muito problemático para o que quero me livrar.	10. Meu plano de tratamento é muito trabalho para o benefício adquirido.	10. Meu tratamento é muito difícil para o benefício adquirido.
11. Porque meu tratamento é muito difícil, não vale a pena segui-lo.	11. Devido à dificuldade do meu plano de tratamento, não vale a pena segui-lo.	11. Devido à dificuldade do meu tratamento, não vale a pena segui-lo.
12. Seguir meu tratamento é melhor para mim do que não segui-lo.	12. Seguir meu plano de tratamento é melhor para mim do que não segui-lo.	12. Seguir meu tratamento é melhor para mim do que não segui-lo.
13. Seguir meu tratamento me ajudará a ficar saudável.	13. Seguir meu plano de tratamento irá me ajudar a ficar saudável.	13. Seguir meu tratamento me ajudará a ficar saudável.



14. Ficarei bem mesmo se evitar meu tratamento.	14. Ficarei saudável da mesma forma se não seguir meu plano de tratamento.	14. Ficarei saudável mesmo se não seguir meu plano de tratamento.
15. Acredito que meu tratamento irá me ajudar a prevenir que eu tenha câncer novamente.	15. Acredito que meu plano de tratamento irá prevenir o surgimento de um câncer novamente.	15. Acredito que meu tratamento irá me ajudar a prevenir que eu tenha câncer novamente.
16. É difícil de acreditar que meu tratamento irá me ajudar.	16. É difícil acreditar que meu plano de tratamento irá me ajudar.	16. É difícil acreditar que meu tratamento irá me ajudar.
<i>///. Severidade Observada</i>	<i>///. Severidade Percebida</i>	<i>///. Severidade Percebida</i>
17. Há muitas doenças mais fortes do que o tipo de câncer que tenho.	17. Existem muitas doenças mais severas do que o tipo de câncer que possuo.	17. Existem muitas doenças mais severas do que o tipo de câncer que possuo.
18. O tipo de câncer que tenho não é tão ruim quanto dizem.	18. O tipo de câncer que possuo não é tão ruim quanto dizem.	18. O tipo de câncer que tenho não é tão ruim quanto dizem.
19. O tipo de câncer que tenho é uma doença terrível.	19. O tipo de câncer que tenho é uma doença terrível.	19. O tipo de câncer que tenho é uma doença terrível.
20. Há pouca esperança para quem tem o tipo de câncer que tenho.	20. Há pouca esperança para pessoas que possuem o tipo de câncer que possuo.	20. Há pouca esperança para quem tem o tipo de câncer que tenho.
<i>IV. Suscetibilidade Observada</i>	<i>IV. Susceptibilidade percebida</i>	<i>IV. Susceptibilidade percebida</i>
21. As chances de eu poder desenvolver câncer novamente são bem altas.	21. Minhas chances de desenvolver câncer novamente são altas.	21. Minhas chances de desenvolver câncer novamente são altas.
22. Espero estar livre do câncer no futuro.	22. Espero estar livre do câncer no futuro.	22. Espero estar livre do câncer no futuro.
23. Não importa o que eu faça, há uma grande chance de eu desenvolver o câncer novamente.	23. Não importa o que eu faça, há uma boa chance de desenvolver câncer novamente.	23. Não importa o que eu faça, há uma grande chance de desenvolver câncer novamente.
24. Meu corpo vai lutar contra o câncer no futuro.	24. Meu corpo irá repelir o câncer no futuro.	24. Meu corpo irá repelir o câncer no futuro.
<i>V. Normas Subjetivas</i>	<i>V. Normas Subjetivas</i>	<i>V. Normas Subjetivas</i>
25. Meus familiares mais próximos acham que devo seguir meu tratamento.	25. Membros imediatos da minha família sugerem que eu siga meu plano de tratamento.	25. Meus familiares mais próximos acham que devo seguir meu tratamento.
26. Quero fazer o que meus familiares acham que eu deveria fazer em relação a meu tratamento.	26. Eu quero seguir o plano de tratamento da forma que os membros imediatos da minha família orientar.	26. Quero fazer o que meus familiares acham que eu deveria fazer em relação a meu tratamento.
27. Meus amigos mais próximos acham que devo seguir meu tratamento.	27. Amigos próximos sugerem que eu siga meu plano de tratamento.	27. Meus amigos mais próximos acham que devo seguir meu tratamento.
28. Quero fazer o que meus amigos mais próximos acham que eu deveria fazer em relação a meu tratamento.	28. Eu quero seguir o plano de tratamento da forma que meus amigos próximos orientarem.	28. Quero fazer o que meus amigos mais próximos acham que eu deveria fazer em relação a meu tratamento.
29. Meus parentes acham que devo seguir meu tratamento.	29. Meus parentes sugerem que eu siga meu plano de tratamento.	29. Meus parentes acham que devo seguir meu tratamento.
30. Quero fazer o que meus parentes acham que eu deveria fazer em relação a meu tratamento.	30. Eu quero seguir o plano de tratamento da forma que meus parentes orientarem.	30. Quero fazer o que meus parentes acham que eu deveria fazer em relação a meu tratamento.
<i>VI. Intenções</i>	<i>VI. Intenções</i>	<i>VI. Intenções</i>
31. Assumi um compromisso para seguir meu tratamento.	31. Eu me comprometi a seguir o plano de tratamento.	31. Assumi um compromisso para seguir meu tratamento.
32. Seguir meu tratamento	32. Seguir o plano de tratamento	32. Seguir meu tratamento não

não está em meus planos.	não está nos meus planos.	está em meus planos.
33. Pretendo seguir meu tratamento.	33. Eu pretendo seguir o plano de tratamento.	33. Eu pretendo seguir o meu tratamento.
34. Não tenho intenção em seguir meu tratamento.	34. Não tenho a intenção de seguir o plano de tratamento.	34. Não tenho a intenção de seguir o meu tratamento.
<i>VII. Apoio</i>	<i>VII. Auxílio/Assalariados</i>	<i>VII. Apoio</i>
35. Muitas coisas me atrapalham para seguir com o tratamento.	35. Muitas coisas interferem no seguimento do plano de tratamento.	35. Muitas coisas me interferem para seguir com o tratamento.
36. Preciso de mais assistência para seguir com meu tratamento.	36. Preciso de mais auxílio para seguir o plano de tratamento.	36. Preciso de mais assistência para seguir com meu tratamento.
37. Tenho a ajuda que preciso para realizar meu tratamento.	37. Tenho a ajuda que preciso para seguir o plano de tratamento.	37. Tenho a ajuda que preciso para realizar meu tratamento.
38. Sou capaz de lidar com qualquer problema em seguir meu tratamento.	38. Sou capaz de lidar com qualquer problema que ocorra durante meu plano de tratamento.	38. Sou capaz de lidar com qualquer problema que ocorra durante meu tratamento.

Comparando as traduções T1 e T2, de forma geral, não houve diferenças significativas entre as duas versões. No entanto, alguns pontos merecem ser destacados. Observou-se que a versão T2 realizada por um profissional da área da saúde utilizou a expressão “plano de tratamento”, ao invés de somente “tratamento”, para a expressão “*treatment plan*” como observado na versão T1 em diversos itens da escala.

O tradutor da versão 2, profissional da área da saúde, apontou que a frase “Os médicos e outros profissionais da saúde” disposta em vários itens da escala deveria ser substituída por somente “profissionais da saúde”, já que os médicos também são profissionais da saúde como todos os outros que prestam assistência a mulheres com câncer. A tradutora ainda argumentou que essa frase redundante exaltava a importância do profissional médico, desvalorizando os demais profissionais.

A etapa da retradução (Quadro 3) foi realizada com o intuito de verificar alguma inconsistência entre as versões traduzidas. Após análise, constatou-se que as versões BT1 e BT2 não apresentaram grandes divergências comparando com a escala na versão original. As versões BT1 e BT2 também auxiliaram os juízes na etapa do comitê de juízes, quando algumas dúvidas incitavam as discussões.

Quadro 3 - Descrição da Etapa III – Back-translation. Fortaleza, Mai/Jul, 2012.

Versão retraduzida 1 (BT1)	Versão retraduzida 2 (BT2)	Versão original (em Inglês)
Questionnaire for the Determination of Adhesion	Determinants of Adherence Questionnaire	The Adherence Determination Questionnaire
Answer options for each item forming a 5-point Likert	Answer options for each item forming a Likert scale ( $I =$	Response options for each item formed a 5-point Likert scale ( $I =$

scale (1 = completely disagree, 2 = disagree, 3 = neither agree nor disagree, 4 = agree, 5 = fully agree).	strongly disagree, 2 = disagree, 3 = neither agree nor disagree, 4 = agree, 5 = strongly agree).	strongly disagree; 2 = disagree; 3 = neither agree nor disagree; 4 = agree; 5 = strongly agree).
<i>I. Interpersonal Aspects of Care</i>	<i>I. Interpersonal Aspects of Care</i>	<i>I. Interpersonal Aspects of Care</i>
1. Doctors and other health professionals sometimes ignore what I say to them.	1. Physicians and other health professionals sometimes ignore what I say to them.	1. The doctors and other health professionals sometimes ignore what I tell them.
2. Doctors and other health professionals listen carefully to what I say.	2. Physicians and other health professionals listen carefully to what I say.	2. The doctors and other health professionals listen carefully to what I have to say.
3. Doctors and other health professionals answer all my questions.	3. Physicians and other health professionals answer all my questions.	3. The doctors and other health professionals answer all my questions.
4. Sometimes doctors and other health professionals use technical terms without explaining what they mean.	4. Sometimes doctors and other health professionals use words without explaining what they mean.	4. Sometimes the doctors and other health professionals use medical terms without explaining what they mean.
5. I believe that doctors and other health professionals want to see me well.	5. I think doctors and other health professionals want to see me well.	5. I trust that the doctors and other health professionals have my best interest at heart.
6. Doctors and other health professionals act like I'm wasting their time.	6. Physicians and other health professionals act as if they were wasting their time with me.	6. The doctors and other health professionals act like I'm wasting their time.
7. Doctors and other health professionals treat me friendly and courteous.	7. Physicians and other health professionals treat me in a friendly and polite way.	7. The doctors and other health professionals treat me in a very friendly and courteous manner.
8. Doctors and other health professionals demonstrate little concern for me.	8. Physicians and other health professionals demonstrate little concern for me.	8. The doctors and other health professionals show little concern for me.
<i>II. Perceived Usefulness (Costs / Benefits and Effectiveness)</i>	<i>II. Perceived Usefulness (Benefits / Costs and Effectiveness)</i>	<i>II. Perceived Utility (Benefits/Costs and Efficacy)</i>
9. The benefits of my treatment outweigh any difficulty that I might have.	9. The benefits of my treatment outweigh any difficulties that I may have to follow it.	9. The benefits of my treatment plan outweigh any difficulty I might have in following it.
10. My treatment is very difficult compare with the benefit I get from it.	10. My treatment is very difficult compared with the benefit gained from it.	10. My treatment plan is too much trouble for what I get out of it.
11. Because my treatment is very difficult its not worth to follow him.	11. Due to the difficulty of my treatment is not worth to follow it.	11. Because my treatment plan is too difficult, it is not worth following.
12. Is better for me to follow my treatment than not.	12. Is better to follow my treatment than not to do it.	12. Following my treatment plan is better for me than not following my treatment plan.
13. If I follow my treatment that will help me to keep healthy.	13. Following my treatment will help me to stay healthy.	13. Following my treatment plan will help me to be healthy.
14. I'll be healthy even if I don't follow my treatment plan.	14. I will stay healthy even when I not follow my treatment plan.	14. I'll be just as healthy if I avoid my treatment plan.
15. I believe that my treatment will help me to prevent having cancer again.	15. I believe that my treatment will help me to prevent having cancer again.	15. I believe that my treatment plan will help to prevent my getting cancer again.
16. It's hard to believe that my treatment will help me.	16. It's hard to believe that my treatment will help me.	16. It's hard to believe that my treatment plan will help me

<i>III. Perceived Severity</i>	<i>III. Perceived Severity</i>	<i>III. Perceived Severity</i>
17. There are many conditions worst than the type of cancer I have.	17. There are many more severe diseases than the type of cancer I have.	17. There are many diseases more severe than the kind of cancer I have.
18. The type of cancer I have is not as bad as they say.	18. The type of cancer I have is not as bad as they say.	18. The kind of cancer I have is not as bad as people say.
19. The type of cancer I have is a terrible disease.	19. The type of cancer I have is a terrible disease.	19. The kind of cancer I have is a terrible disease.
20. There is little hope for those who have the same type of cancer I have.	20. There is little hope for those who have the same type of cancer I have.	20. There is little hope for people with the kind of cancer that I have.
<i>IV. Perceived susceptibility</i>	<i>IV. Perceived susceptibility</i>	<i>IV. Perceived Susceptibility</i>
21. The chances I have of developing cancer is very high.	21. My chances of developing cancer again are high.	21. The chances I might develop cancer again are pretty high.
22. I hope to be cancer-free in the future.	22. I hope to be cancer-free in the future.	22. I expect to be free of cancer in the future.
23. No matter what I do, there is a great chance for me to develop cancer again.	23. No matter what I do, there is a greater chance of developing cancer again.	23. No matter what I do, there's a good chance of developing cancer again.
24. My body will fight against cancer in the future.	24. My body will fight off cancer in the future.	24. My body will fight off cancer in the future.
<i>V. Subjective Norms</i>	<i>V. Subjective Norms</i>	<i>V. Subjective Norms</i>
25. My closest family members believe that I should follow my treatment.	25. My closest family believe that I should follow my treatment.	25. Members of my immediate family think I should follow my treatment plan.
26. I do what my family believe that I should do about my treatment.	26. I do what my family believe that I should do about my treatment.	26. I want to do what members of my immediate family think I should do about my treatment plan.
27. My closest friends believe that I must follow my treatment.	27. My closest friends believe that I must follow my treatment.	27. My close friends think I should follow my treatment plan.
28. I do what my closest friends believe I should do about my treatment.	28. I do what my closest friends believe that I should do about my treatment.	28. I want to do what my close friends think I should do about my treatment plan. 23. Não importa o que eu faça, há uma boa chance de desenvolver câncer novamente.
29. My relatives believe I should follow my treatment.	29. My relatives believe I should follow my treatment.	29. My relatives think I should follow my treatment plan.
30. I do what my parents believe I should do about my treatment.	30. I do what my parents believe I should do about my treatment.	30. I want to do what my relatives think I should do about my treatment plan.
<i>VI. Intentions</i>	<i>VI. Intentions</i>	<i>VI. Intentions</i>
31. I made a commitment to follow my treatment.	31. I made a commitment to follow my treatment.	31. I have made a commitment to follow my treatment plan.
32. Following my treatment is not in my plans.	31. I made a commitment to follow my treatment.	32. Following my treatment plan is not in my plans.
33. I want to follow my treatment	33. I plan to take my medication.	33. I intend to follow my treatment plan.
34. I do not intend to follow my treatment.	34. I have no intention of following my treatment.	34. I have no intention of following my treatment plan.
<i>VII. Support</i>	<i>VII. Support</i>	<i>VII. Support/Earners</i>
35. Many things are interfering towards my treatment.	35. Many things affect me to continue with treatment.	35. Lots of things get in the way of following my treatment plan.
36. I need more assistance to continue with my treatment.	36. I need more assistance to continue with my treatment.	36. I need more assistance in order to follow my treatment plan.
37. I have the help I need to	37. I have the help I need to do my	37. I get the help I need to carry

do my treatment.	treatment.	out my treatment plan.
38. I can deal with any problem when following my treatment.	38. I can deal with any problems that occur during my treatment.	38. I am able to deal with any problems in following my treatment plan.

Pode-se notar que a etapa da retradução 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.

A etapa subsequente que trata da revisão por um comitê de especialistas é 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.

Para o desenvolvimento dessa fase, cada juiz recebeu um kit composto por vários documentos, dentre esses o instrumento de validação e todas as versões da escala (T1, T2, T12, BT1 e BT2), bem como a escala original. Salienta-se que esse momento de reunião dos especialistas foi aproveitado não somente para a formação da versão pré-final, mas também para a validação de face e de conteúdo.

Segue abaixo o quadro contendo a escala na versão original, a versão T12 e a versão pré-final da escala após as modificações realizadas pelo comitê de juízes:

Quadro 4 - Descrição da Etapa IV – Comitê de Juízes. Fortaleza, Mai/Jul, 2012.

<b>Versão original (em Inglês)</b>	<b>Síntese das Traduções (T12)</b>	<b>Versão Pré-Final</b>
The Adherence Determination Questionnaire	Questionário de Determinantes de Adesão	Questionário de Determinantes de Adesão
Response options for each item formed a 5-point Likert scale (1 = <i>strongly disagree</i> ; 2 = <i>disagree</i> ; 3 = <i>neither agree nor disagree</i> ; 4 = <i>agree</i> ; 5 = <i>strongly agree</i> ). The most general form of the questionnaire, with Items 15 and 17 through 24 specifically phrased for patients who have cancer, is presented here.	Responda as opções para cada item formando uma escala do tipo Likert (1 = <i>discordo completamente</i> ; 2 = <i>discordo</i> ; 3 = <i>nem concordo e nem discordo</i> ; 4 = <i>concordo</i> ; 5 = <i>concordo plenamente</i> ).	Indique na escala do tipo Likert de cinco pontos a opção que mais se adequa na sua realidade (1 = <i>discordo completamente</i> ; 2 = <i>discordo</i> ; 3 = <i>nem concordo e nem discordo</i> ; 4 = <i>concordo</i> ; 5 = <i>concordo completamente</i> ).
<i>1. Interpersonal Aspects of Care</i>	<i>1. Aspectos Interpessoais do Cuidado</i>	
1. The doctors and other health professionals sometimes ignore what I tell them.	1. Os médicos e outros profissionais da saúde às vezes ignoram o que digo a eles.	1. Os médicos e outros profissionais da saúde às vezes não se importam com o que digo a eles.
2. The doctors and other health	2. Os médicos e outros	2. Os médicos e outros

professionals listen carefully to what I have to say.	profissionais de saúde escutam com atenção o que tenho a dizer.	profissionais da saúde escutam com atenção o que tenho a dizer.
3. The doctors and other health professionals answer all my questions.	3. Os médicos e outros profissionais da saúde respondem a todas as minhas perguntas.	3. Os médicos e outros profissionais da saúde respondem a todas as minhas perguntas.
4. Sometimes the doctors and other health professionals use medical terms without explaining what they mean.	4. Às vezes os médicos e outros profissionais da saúde usam palavras sem explicar o que significam.	4. Às vezes os médicos e outros profissionais da saúde usam palavras sem explicar o que significam.
5. I trust that the doctors and other health professionals have my best interest at heart.	5. Eu acho que médicos e outros profissionais de saúde querem meu bem estar.	5. Eu acho que os médicos e outros profissionais da saúde tem interesse no meu bem estar.
6. The doctors and other health professionals act like I'm wasting their time.	6. Os médicos e outros profissionais da saúde agem como se estivessem perdendo seu tempo comigo.	6. Os médicos e outros profissionais da saúde agem como se estivessem perdendo o tempo deles comigo.
7. The doctors and other health professionals treat me in a very friendly and courteous manner.	7. Os médicos e outros profissionais da saúde me tratam de uma maneira simpática e educada.	7. Os médicos e outros profissionais da saúde me tratam de forma simpática e educada.
8. The doctors and other health professionals show little concern for me.	8. Os médicos e outros profissionais da saúde demonstram pouca preocupação comigo.	8. Os médicos e outros profissionais da saúde demonstram pouca preocupação comigo.
<i>//. Perceived Utility (Benefits/Costs and Efficacy)</i>	<i>//. Utilidade Percebida (Benefícios/Custos e Eficácia)</i>	
9. The benefits of my treatment plan outweigh any difficulty I might have in following it.	9. Os benefícios do meu tratamento superam qualquer dificuldade que possa ter em segui-lo.	9. Os benefícios do meu tratamento são maiores do que as dificuldades que possa ter em segui-lo.
10. My treatment plan is too much trouble for what I get out of it.	10. Meu tratamento é muito difícil para o benefício adquirido.	10. Meu tratamento é muito difícil para o resultado final.
11. Because my treatment plan is too difficult, it is not worth following.	11. Devido à dificuldade do meu tratamento, não vale a pena segui-lo.	11. Por causa da dificuldade do meu tratamento, não vale a pena segui-lo.
12. Following my treatment plan is better for me than not following my treatment plan.	12. Seguir meu tratamento é melhor para mim do que não segui-lo.	12. Seguir meu tratamento é melhor para mim do que não tratar.
13. Following my treatment plan will help me to be healthy.	13. Seguir meu tratamento me ajudará a ficar saudável.	13. Seguir meu tratamento irá me ajudar a ficar saudável.
14. I'll be just as healthy if I avoid my treatment plan.	14. Ficarei saudável mesmo se não seguir meu plano de tratamento.	14. Eu ficarei saudável mesmo se não seguir meu tratamento.
15. I believe that my treatment plan will help to prevent my getting cancer again.	15. Acredito que meu tratamento irá me ajudar a prevenir que eu tenha câncer novamente.	15. Eu acredito que meu tratamento irá me ajudar a prevenir que eu tenha câncer novamente.
16. It's hard to believe that my treatment plan will help me	16. É difícil acreditar que meu tratamento irá me ajudar.	16. É difícil acreditar que meu tratamento irá me ajudar.
<i>///. Perceived Severity</i>	<i>///. Severidade Percebida</i>	
17. There are many diseases more severe than the kind of cancer I have.	17. Existem muitas doenças mais severas do que o tipo de câncer que possuo.	17. Existem muitas doenças mais graves que o tipo de câncer que eu tenho.
18. The kind of cancer I have is not as bad as people say.	18. O tipo de câncer que tenho não é tão ruim quanto dizem.	18. O tipo de câncer que eu tenho não é tão ruim quanto dizem.
19. The kind of cancer I have is a terrible disease.	19. O tipo de câncer que tenho é uma doença terrível.	19. O tipo de câncer que eu tenho é uma doença terrível.
20. There is little hope for people with the kind of cancer that I have.	20. Há pouca esperança para quem tem o tipo de câncer que tenho.	20. Há pouca esperança para quem tem o tipo de câncer que eu tenho.

<i>IV. Perceived Susceptibility</i>	<i>IV. Susceptibilidade percebida</i>	
21. The chances I might develop cancer again are pretty high.	21. Minhas chances de desenvolver câncer novamente são altas.	21. Minhas chances de desenvolver câncer novamente são altas.
22. I expect to be free of cancer in the future.	22. Espero estar livre do câncer no futuro.	22. Eu espero estar livre do câncer no futuro.
23. No matter what I do, there's a good chance of developing cancer again.	23. Não importa o que eu faça, há uma grande chance de desenvolver câncer novamente.	23. Não importa o que eu faça, há uma grande chance de desenvolver câncer novamente.
24. My body will fight off cancer in the future.	24. Meu corpo irá repelir o câncer no futuro.	24. Meu corpo irá combater o câncer no futuro.
<i>V. Subjective Norms</i>	<i>V. Normas Subjetivas</i>	
25. Members of my immediate family think I should follow my treatment plan.	25. Meus familiares mais próximos acham que devo seguir meu tratamento.	25. Meus familiares mais próximos acham que eu devo seguir meu tratamento.
26. I want to do what members of my immediate family think I should do about my treatment plan.	26. Quero fazer o que meus familiares acham que eu deveria fazer em relação a meu tratamento.	26. Eu quero fazer o que meus familiares mais próximos acham que devo fazer em relação ao meu tratamento.
27. My close friends think I should follow my treatment plan.	27. Meus amigos mais próximos acham que devo seguir meu tratamento.	27. Meus amigos mais próximos acham que eu devo seguir meu tratamento.
28. I want to do what my close friends think I should do about my treatment plan. 23. Não importa o que eu faça, há uma boa chance de desenvolver câncer novamente.	28. Quero fazer o que meus amigos mais próximos acham que eu deveria fazer em relação a meu tratamento.	28. Eu quero fazer o que meus amigos mais próximos acham que devo fazer em relação ao meu tratamento.
29. My relatives think I should follow my treatment plan.	29. Meus parentes acham que devo seguir meu tratamento.	29. Meus parentes acham que eu devo seguir meu tratamento.
30. I want to do what my relatives think I should do about my treatment plan.	30. Quero fazer o que meus parentes acham que eu deveria fazer em relação a meu tratamento.	30. Eu quero fazer o que meus parentes acham que devo fazer em relação ao meu tratamento.
<i>VI. Intentions</i>	<i>VI. Intenções</i>	
31. I have made a commitment to follow my treatment plan.	31. Assumi um compromisso para seguir meu tratamento.	31. Eu me comprometi a seguir meu tratamento.
32. Following my treatment plan is not in my plans.	32. Seguir meu tratamento não está em meus planos.	32. Seguir meu tratamento não está em meus planos.
33. I intend to follow my treatment plan.	33. Eu pretendo seguir o meu tratamento.	33. Eu pretendo seguir o meu tratamento.
34. I have no intention of following my treatment plan.	34. Não tenho a intenção de seguir o meu tratamento.	34. Eu não tenho a intenção de seguir o meu tratamento.
<i>VII. Support/Earners</i>	<i>VII. Apoio</i>	
35. Lots of things get in the way of following my treatment plan.	35. Muitas coisas me interferem para seguir com o tratamento.	35. Muitas coisas interferem para que eu siga meu tratamento.
36. I need more assistance in order to follow my treatment plan.	36. Preciso de mais assistência para seguir com meu tratamento.	36. Eu preciso de mais assistência para seguir meu tratamento.
37. I get the help I need to carry out my treatment plan.	37. Tenho a ajuda que preciso para realizar meu tratamento.	37. Eu tenho a ajuda que preciso para realizar meu tratamento.
38. I am able to deal with any problems in following my treatment plan.	38. Sou capaz de lidar com qualquer problema que ocorra durante meu tratamento.	38. Eu sou capaz de lidar com qualquer problema que ocorra durante meu tratamento.

A versão T12 sofreu várias mudanças após a avaliação pelo comitê de juízes. Primeiramente, todos os juízes concordaram com as traduções dos títulos que nomeiam cada domínio. No entanto, optou-se por retirá-los da versão final, pois todos os avaliadores julgaram não ser necessário para o respondente tomar conhecimento qual construto se estava avaliando a partir dos itens indicados.

Em segundo lugar, a alegação da tradutora T2 acerca da redundância da expressão “Os médicos e outros profissionais da saúde” foi posta em discussão. No entanto, todos os cinco membros do comitê concordaram com a ideia de que o médico é a figura principal do tratamento do câncer, conceito embutido na cultura brasileira e, portanto, deve ser traduzido de forma independente como na escala original.

No item 1 - Os médicos e outros profissionais da saúde às vezes ignoram o que digo a eles, foi bastante discutido pelo comitê, visto que a palavra “ignoram” foi considerada de forte impacto negativo na cultura brasileira. Assim, o termo foi substituído por “não se importam com o que digo a eles”.

No item 5 a palavra bem estar foi igualmente discutida entre o comitê, visto a amplitude que o conceito de bem estar pode gerar para o respondente. Após, algumas tentativas de substituição da palavra bem estar, decidiu-se que apesar da ambiguidade que o termo pode trazer, essa foi a nomenclatura que mais se aproximava da ideia principal expressa no item cinco.

O item 9 também provocou alguns argumentos contraditórios quanto à sua permanência na escala, uma vez que foi considerado como de difícil interpretação. Todavia, a ideia contida nesse item foi considerada importante pelos juízes, não sendo uma boa opção a retirada do mesmo, mas sim uma adequação. Assim, o item, após ajustes, tornou-se: Os benefícios do meu tratamento são maiores do que as dificuldades que possa ter em segui-lo.

O pronome pessoal “eu” foi incluído em diversas assertivas. A justificativa para tal adição foi o fato de que a palavra “eu” relaciona-se a um conceito de apropriação do tratamento, tornando a mulher sujeita ativa e responsável pelo seu processo de saúde-doença versus o tratamento e busca pelo seu autocuidado, como declarado pelos membros do comitê de especialistas.

O item 24 também foi alterado com a substituição da palavra repelir para combater. Demais alterações pequenas foram ajustadas de acordo com a equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual.

Ao final da avaliação pelo comitê de juízes, a escala permaneceu com os 38 itens igualmente a escala original. No entanto, várias modificações correspondentes as



equivalências gramática, idiomática, experiencial e conceitual foram realizadas com o propósito de adequar a escala ADQ para a realidade brasileira.

Tratando-se da etapa do pré-teste, destaca-se que foi realizada com 22 mulheres diagnosticadas com câncer de mama e 08 mulheres com câncer de colo do útero. A escolaridade mínima das participantes do pré-teste foi de 01 ano e a máxima de 12 anos. Quanto à idade, a mínima foi de 45 e a máxima de 79 anos.

Nessa etapa, a pesquisadora leu, com todas as participantes, cada item da escala, bem como seu enunciado. A totalidade das mulheres relatou ter compreendido todas as assertivas, não sendo necessário, portanto, nenhuma modificação nos itens da escala na versão pré-final.

### **5.3 Verificação das propriedades psicométricas**

#### **5.3.1 Validação de conteúdo**

Diferentes modalidades de análise de conteúdo vem sendo utilizadas por pesquisadores nas mais variadas áreas. Dentre outras definições, esse tipo de análise pode ser conceituado como uma análise subjetiva por um grupo de “*experts*” que possuem a responsabilidade de julgar se os itens de um instrumento mensuram de fato ao qual o mesmo se propõe (PASQUALI *et al.*, 2010).

Por outro lado, a falta de padronização e muitas vezes a inexperiência do pesquisador leva com que modelos teóricos de análise de conteúdo sejam repetidos de forma distorcida e oriundos de realidades não diretamente acessíveis, alterando a importância e o real sentido desse tipo de validação (PASQUALI *et al.*, 2010).

Nesse contexto, quando se trata da construção de uma escala, a análise de conteúdo de forma subjetiva exige, sem dúvida, uma maior rigor nesse tipo de validação, uma vez que todos os itens foram criados a partir da experiência dos autores (PASQUALI *et al.*, 2010). Assim, a opinião dos especialistas, e a criteriosidade dos instrumentos os quais serão utilizados nesse método são extremamente necessários.

Segundo Pasquali *et al.*, (2010), a análise de conteúdo, também chamada de análise teórica dos itens consiste em dois tipos de métodos: a análise semântica e análise teórica dos itens. A análise semântica tem como objetivo precípua averiguar se todos os itens da escala são claros e compreensíveis para a população a qual o instrumento será aplicado. Essa análise também pode ser conhecida como validação de face ou aparência. Já a análise

teórica, tem como uma de suas prerrogativas a composição de um grupo de juízes “*experts*”, sendo o número de seis adequado, que possuem a função de verificar se os itens estão distribuídos corretamente em seus respectivos domínios (fatores) e se medem de fato o que se propõe.

Assim, como na presente pesquisa trata-se de uma tradução e adaptação optou-se por considerar a etapa do comitê de juízes em que foram verificadas todas as equivalências conceitual, experiencial, funcional e idiomática como a própria validação de conteúdo. Além disso, destaca-se que um extensivo trabalho de construção e análise de conteúdo já foi realizado pelos autores da versão original da escala.

Ressalta-se que todos os itens foram lidos de forma individual e as questões como clareza do item, compreensão por parte do público-alvo, relevância do item na escala, foram todos aspectos discutidos durante a etapa do comitê de especialistas já descritos anteriormente. Assim, todas as sugestões foram analisadas e acatadas resultando na versão pré-final. A essência da análise de conteúdo que seria a avaliação do instrumento por um grupo de especialistas se manteve, não acarretando, portanto prejuízos para a presente pesquisa no que se refere à validação de conteúdo.

### **5.3.2 Validação do construto**

#### **5.3.2.1 Análise fatorial**

Precedente a utilização da análise fatorial, são necessárias as testagens de alguns pressupostos. Utilizou-se a medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o teste de esfericidade de Barlett para analisar a viabilidade da análise fatorial.

A estatística KMO varia entre 0 e 1, em que Kaiser (1974) recomenda como aceitáveis valores maiores do que 0,5 e como bons valores, acima ou igual a 0,7. O valor encontrado para o KMO na presente pesquisa foi de 0,696 e o teste de esfericidade demonstrou significância estatística ( $p = 0,001$ ). Portanto, tais resultados revelaram que a análise fatorial é apropriada para análise da escala ADQ.

A matriz de correlação resultante da análise fatorial foi analisada e após uma inspeção criteriosa, verificou-se que os coeficientes de correlação de Pearson entre alguns pares de itens resultaram em valores maiores do que 0,9, demonstrando que pode existir alguma inconsistência na singularidade dos dados. No entanto, verificando o determinante da matriz de correlação ( $D = 2,11E-008$ ), maior do 0,00001, constatou-se que a multicolinearidade não

retratou um problema nesses dados, não sendo necessária ainda a exclusão de nenhum item até o momento.

A tabela 10 mostra a parte inicial do processo de extração de fatores, determinada pelos componentes lineares dentro de um conjunto de dados. Existem vários critérios que podem ser adotados para determinar quais fatores devem ser mantidos na análise dos dados.

Kaiser (1974) afirma que os fatores devem ser retidos com autovalores maiores do que 1. Assim, nos resultados encontrados, seguindo os pressupostos de Kaiser (1974), 11 fatores deveriam ser mantidos para seguir com a análise fatorial. Tais componentes são responsáveis por 64,95% da variância dos dados.

Tabela 10 – Variância explicada (autovalores, eigenvalues) e os percentuais de variação de cada item da ADQ-VB. Fortaleza, Mai/Jul, 2012.

Componentes	Variância explicada inicial (Autovalores)		
	Total	% de Variância	% Cumulativa
1	<b>6,239</b>	16,418	16,418
2	<b>3,920</b>	10,315	26,733
3	<b>3,090</b>	8,130	34,864
4	<b>2,046</b>	5,385	40,248
5	<b>1,931</b>	5,083	45,331
6	<b>1,499</b>	3,945	49,276
7	<b>1,414</b>	3,722	52,997
8	<b>1,268</b>	3,336	56,333
9	<b>1,197</b>	3,150	59,483
10	<b>1,074</b>	2,826	62,308
11	<b>1,004</b>	2,643	64,951
12	,984	2,588	67,539
13	,943	2,480	70,019
14	,892	2,348	72,368
15	,811	2,134	74,501
16	,757	1,993	76,494
17	,724	1,906	78,401
18	,689	1,814	80,215
19	,663	1,744	81,958
20	,622	1,638	83,596
21	,603	1,586	85,182
22	,563	1,483	86,665
23	,546	1,438	88,103
24	,522	1,373	89,476
25	,497	1,307	90,783
26	,429	1,130	91,914
27	,413	1,088	93,001
28	,392	1,032	94,033
29	,361	,950	94,983
30	,341	,898	95,882
31	,314	,825	96,707
32	,283	,745	97,452
33	,267	,702	98,154
34	,228	,601	98,755
35	,225	,591	99,346
36	,133	,351	99,697
37	,078	,204	99,901
38	,038	,099	100,000

Ainda seguindo as recomendações de Kaiser (1974), observa-se que na tabela 11 as variáveis estão distribuídas entre os onze (11) componentes de acordo com a variância correspondente. Tais resultados revelam também que o item nove (9) deveria ser excluído, já que não é visualizado na tabela, uma vez que a variância correspondente com os fatores obteve resultado menor do que 0,4 como recomendado por tal autor.

Tabela 11 – Matriz dos Componentes. Fortaleza, Mai/Jul, 2012.

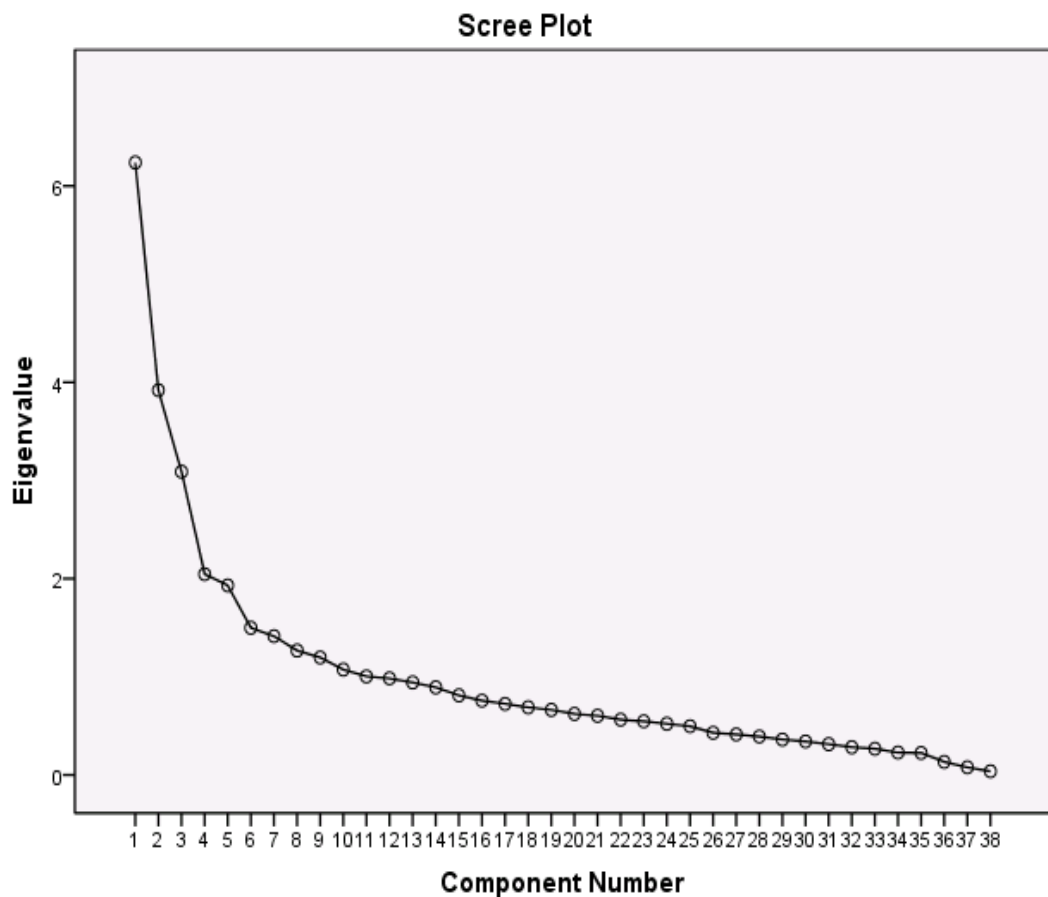
	Componentes										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Item31	,626										
Item11	,564										
Item14	,561										
Item13	,560										
Item33	,536			,454							
Item20	-,520										
Item16	,513										
Item12	,504										
Item22	,501		-,421								
Item30	,478	-,403			,424						
Item2		,634									
Item3	,549	,585									
Item1		,563									
Item5	,434	,543									
Item7		,528									
Item27		-,511	,491								
Item6	,465	,507									
Item26		-,487	,441								
Item8		,447									
Item4		,429									
Item28		-,510	,551								
Item23			-,508								
Item21			-,458								
Item24	,448		-,451								
Item36				-,524							
Item37	,461			-,478							
Item34				,472							
Item18				,469						-,425	
Item19				,419							
Item29											
Item9						,516					
Item15						,487					
Item17							,464				
Item10							-,404				
Item38											
Item25								-,412			
Item32											-,560
Item35											,425

Método de Extração: Análise dos Componentes Principais

Entretanto, a análise de fatores é um dispositivo de exploração e torna-se imprescindível visto que serve de guia para decidir o número de fatores existentes no instrumento utilizado.

Os critérios de Kaiser são precisos quando existem menos do que trinta (30) variáveis e o tamanho da amostra excede a 250 participantes, o que não se adequa na pesquisa em questão. Portanto, optou-se por utilizar o diagrama de declividade que indica quantos fatores devem ser extraídos a partir do gráfico que sinaliza o número de componentes acima do ponto de inflexão.

**Figura 3** – Diagrama de declividade. Fortaleza, Mai/Jul, 2012.



O gráfico acima revela uma curva com difícil interpretação, pois começa a ter uma cauda após quatro fatores, acentuando-se após o quinto fator. Assim, após avaliação crítica e comparação inicial com a escala original que é composta por sete domínios, foi definida a extração de cinco fatores.

A interpretação dos fatores pode ainda ser melhor compreendida por meio da rotação. A rotação indica quais variáveis se relacionam mais fortemente com cada fator, por meio da carga fatorial.

A tabela 12 revela os itens distribuídos nos cinco fatores. Observa-se que para a variável que possui carga em mais de um fator, considerou-se o fator o qual a carga possuiu o maior valor. Ratifica-se ainda que todas as variáveis obtiveram valor maior do que 0,3 não sendo necessário a exclusão de nenhum item.

Tabela 12 – Matriz de correlação entre os itens e os domínios da ADQ-VB segundo análise fatorial pelos componentes principais e rotação Varimax. Fortaleza, Mai/Jul, 2012.

	Componentes				
	1	2	3	4	5
ITEM 3	,815				
ITEM 5	,777				
ITEM 2	,766				
ITEM 7	,674				
ITEM 6	,653				
ITEM 1	,643				
ITEM 4	,605				
ITEM 8	,568				
ITEM 28		,813			
ITEM 26		,777			
ITEM 30		,756			
ITEM 27		,737			
ITEM 29		,671			
ITEM 25		,604			
ITEM 22			,734		
ITEM 24			,731		
ITEM 23			,696		
ITEM 21			,608		
ITEM 13			,574	,313	
ITEM 16			,433		
ITEM 20			-,408	-,345	
ITEM 15			,381		
ITEM 33				,802	
ITEM 31				,799	
ITEM 34				,597	
ITEM 14				,526	
ITEM 11			,356	,507	
ITEM 32				,498	
ITEM 12			,380	,420	
ITEM 9				,339	
ITEM 36					,626
ITEM 37	,343				,592
ITEM 19					-,573
ITEM 35					,550
ITEM 18					-,518
ITEM 38					,409
ITEM 17					-,385
ITEM 10					,357

Comparando a escala na versão brasileira com a escala na versão original, a análise fatorial mostrou a necessidade de reduzir dois domínios. O quadro 6 mostra um comparativo das duas versões:

Após análise criteriosa da diluição dos domínios da escala original, bem como contato prévio com a responsável pela autora da escala, optou-se por reter apenas os cinco fatores resultantes da análise fatorial, uma vez que esses são suficientes para abordar as subcategorias em questão, dispostos no quadro abaixo:

Quadro 5 - Quadro comparativo entre as escalas na versão original e após a análise fatorial. Fortaleza, Mai/Jul, 2012.

<b>VERSÃO ORIGINAL TRADUZIDA</b>	<b>SIGNIFICADO DE CADA FATOR</b>	<b>VERSÃO APÓS ANÁLISE FATORIAL</b>	<b>SIGNIFICADO DE CADA FATOR</b>
I. Aspectos Interpessoais do Cuidado Itens: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8.	Retratam aspectos interpessoais do cuidado relacionado com os profissionais de saúde.	I. Aspectos Interpessoais do Cuidado Itens: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8.	Não houve diferença da versão original.
II. Utilidade Percebida (Benefícios/Custos e Eficácia) Itens: 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 e 16.	Retrata o custo e o benefício adquirido para o cliente em aderir ao tratamento proposto.	<b>OS ITENS DESSE DOMÍNIO FORAM DISTRIBUÍDOS NOS DEMAIS DOMÍNIOS.</b>	
III. Severidade Percebida Itens: 17, 18, 19, 20.	Retratam a percepção que o cliente possui da gravidade do câncer.	<b>OS ITENS DESSE DOMÍNIO FORAM DISTRIBUÍDOS NOS DEMAIS DOMÍNIOS.</b>	
IV. Susceptibilidade percebida V. Itens: 21, 22, 23, 24.	Retrata a percepção que o cliente possui da sua vulnerabilidade ao câncer.	IV. Susceptibilidade percebida Itens: 13, 15, 16, 20, 21, 22, 23, 24	ADIÇÃO DE TRÊS ITENS DO DOMÍNIO II E 1 ITEM DO DOMÍNIO III.
VI. Normas Subjetivas Itens: 25, 26, 27, 28, 29, 30.	Retrata o apoio da rede pessoal à adesão ao tratamento do câncer.	V. Normas Subjetivas Itens: 25, 26, 27, 28, 29, 30.	Não houve diferença da versão original.
VI. Intenções 31, 32, 33, 34	Aborda a intenção que o cliente possui em aderir ao tratamento do câncer.	VI. Intenções 9, 11, 12, 14, 31, 32, 33, 34	ADIÇÃO DE 4 ITENS DO DOMÍNIO II
VII. Apoio 35, 36, 37, 38	Retrata o apoio social para adesão ao tratamento do câncer	VII. Apoio 10, 17, 18, 19, 35, 36, 37, 38	ADIÇÃO DE 1 ITEM DO DOMÍNIO II E 3 ITENS DO DOMÍNIO III.

Os domínios I e V que abordam respectivamente os aspectos interpessoais do cuidado relacionado com os profissionais de saúde e o apoio da rede pessoal à adesão ao tratamento do câncer não sofreram nenhuma mudança em comparação com a escala original.

O domínio II. Utilidade Percebida (Benefícios/Custos e Eficácia) e III. Severidade Percebida tiveram seus itens alocados nos diversos fatores como demonstrado no quadro acima.

Ratifica-se que o resultado encontrado a partir da análise fatorial indica que existem cinco construtos que estão relacionados com a adesão ao tratamento do câncer, diferente da escala original que mediam sete construtos. Considera-se que o resultado não minimiza o valor da mensuração da escala, pois nenhum item necessitou ser retirado, mas apenas realocado.

### 5.3.2.2 Comparação de grupos contrastados

A comparação dos grupos contrastados foi realizada com o intuito de se avaliar se existiam diferenças na adesão ao tratamento entre as mulheres com câncer de mama e colo do útero, com relação aos escores totais da escala, bem como seus domínios.

Analisando as médias, observou-se que não houve diferença entre os valores dos escores da escala total e dos domínios entre o tipo de câncer, como explicitado na tabela abaixo.

Tabela 13 - Distribuição das médias da escala total e os domínios entre o tipo de câncer. Fortaleza, Mai/Jul, 2012.

	CA Mama			CCU		
	N	Média	DP	N	Média	DP
<b>Escala Total</b>	152	<b>78,7</b>	9,5	46	<b>78,2</b>	9,2
<b>Domínio 1: Aspectos Interpessoais</b>	152	<b>74,5</b>	19,5	46	<b>75,2</b>	20,0
<b>Domínio 2: Susceptibilidade</b>	152	<b>76,9</b>	16,3	46	<b>76,1</b>	13,7
<b>Domínio 3: Normas Subjetivas</b>	152	<b>93,3</b>	12,7	46	<b>94,6</b>	12,9
<b>Domínio 4: Intenção</b>	152	<b>77,6</b>	9,3	46	<b>77,9</b>	6,6
<b>Domínio 5: Apoio</b>	152	<b>61,2</b>	16,5	46	<b>58,8</b>	19,3

\*DC (Discordo completamente), D (discordo), NC e ND (Nem Concordo e Nem Discordo), C (Concordo), CC (Concordo completamente).



Já analisando os escores totais da escala e seus domínios com o tipo de câncer (tabela 14), encontrou-se uma associação significativamente estatística entre as mulheres com câncer de mama e com câncer de colo do útero relacionado com o domínio que versa acerca do apoio social e da percepção da severidade do câncer.

Tabela 14 - Comparação entre o câncer de mama e o câncer de colo do útero com a escala total e seus domínios. Fortaleza, Mai/Jul, 2012.

	CA de Mama						CCU						p
	DC e D		NC e ND		C e CC		DC e D		NC e ND		C e CC		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Escala</b>	-	-	6	4,0	145	96,1	-	-	1	2,2	44	97,8	0,578
<b>Domínio 1</b>	11	7,3	24	15,8	117	77	2	4,4	6	13,0	38	82,7	0,641
<b>Domínio 2</b>	5	3,3	12	7,9	135	88,8	2	4,4	2	4,4	176	89,4	0,564
<b>Domínio 3</b>	-	-	5	3,3	147	96,7	-	-	2	4,3	44	95,6	0,476
<b>Domínio 4</b>	1	0,7	7	4,6	144	94,8	-	-	1	2,2	189	95,5	0,226
<b>Domínio 5</b>	13	8,6	57	37,5	82	53,9	9	19,6	18	39,1	101	51	<b>0,025</b>

\*DC (Discordo completamente), D (discordo), NC e ND (Nem Concorde e Nem Discordo), C (Concorde), CC (Concorde completamente).

Assim, os dados acima revelam que somente no domínio cinco as mulheres com câncer de mama parecem ter as barreiras de adesão diminuídas, em comparação com as mulheres em tratamento do câncer de colo do útero.

### 5.3.3 Análise da confiabilidade

O valor do alfa de Cronbach total da escala encontrado foi de 0,829, indicando que o instrumento revela uma boa consistência interna. O alfa de Cronbach da escala original foi de 0,76.

A tabela 15 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 15 – Média, variância, correlação item-total e alfa de Cronbach para a ADQ-VB. Fortaleza, Mai/Jul, 2012.

	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
ITEM1	153,90	192,191	,297	,827
ITEM 2	153,36	192,097	,363	,824
ITEM 3	153,32	188,453	,540	,819
ITEM 4	154,10	191,750	,290	,827

Tabela 15 – Média, variância, correlação item-total e alfa de Cronbach para a ADQ-VB. Fortaleza, Mai/Jul, 2012. Continuação.

ITEM 5	153,39	191,594	,422	,822
ITEM 6	153,22	192,931	,434	,822
ITEM 7	153,05	196,756	,315	,826
ITEM 8	153,56	194,751	,303	,826
ITEM 9	153,20	200,242	,175	,829
ITEM 10	154,11	192,568	,283	,827
ITEM 11	152,98	193,031	,442	,822
ITEM 12	152,72	197,708	,381	,825
ITEM 13	152,80	197,186	,431	,824
ITEM 14	152,83	196,910	,467	,824
ITEM 15	153,62	197,252	,189	,830
ITEM 16	153,43	189,519	,435	,821
ITEM 17	153,85	194,428	,236	,829
ITEM 18	154,34	199,026	,135	,832
ITEM 19	154,75	190,568	,317	,826
ITEM 20	153,46	190,753	,438	,822
ITEM 21	153,95	193,757	,319	,825
ITEM 22	152,84	195,573	,375	,824
ITEM 23	153,82	194,517	,286	,826
ITEM 24	153,26	195,053	,364	,824
ITEM 25	152,62	202,473	,156	,829
ITEM 26	152,72	199,329	,272	,827
ITEM 27	152,73	200,637	,210	,828
ITEM 28	152,85	198,978	,253	,827
ITEM 29	152,67	201,054	,231	,828
ITEM 30	152,76	197,527	,361	,825
ITEM 31	152,59	200,561	,456	,826
ITEM 32	152,89	198,316	,271	,827
ITEM 33	152,58	201,681	,363	,827
ITEM 34	152,80	202,242	,123	,830
ITEM 35	154,09	193,116	,265	,828
ITEM 36	154,34	188,739	,373	,824
ITEM 37	153,73	188,506	,468	,820
ITEM 38	153,13	199,137	,268	,827

Na tabela abaixo, estão dispostos os valores de alfa de Cronbach para cada domínio da escala de forma separada, que variaram de 0,639 a 0,844, bem como o valor total da escala ADQ-VB. Além disso, a tabela traz o número de itens os quais constituem os domínios.

Tabela 16 – Valores do alfa de Cronbach para a escala total e seus domínios separadamente. Fortaleza, Mai/Jul, 2012.

	Alfa de Cronbach	Número de itens
<b>Escala total</b>	0,829	38
<b>Domínio 1</b>	0,841	8
<b>Domínio 2</b>	0,745	8
<b>Domínio 3</b>	0,844	6
<b>Domínio 4</b>	0,684	8
<b>Domínio 5</b>	0,639	8

Kline (1986) afirma que o ponto de corte ideal para o valor do alfa de Cronbach é de 0,7. Entretanto, ele também 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 na pesquisa em questão que são mensurados cinco subcomponentes diferentes relacionados à adesão ao tratamento do câncer.

#### 5.4 Percepção das mulheres acerca da adesão ao tratamento do câncer- aplicação da escala ADQ: versão brasileira

As respostas da escala ADQ-VB foram analisadas por meio de escores da escala total e separadamente pelos domínios: domínio 1- Aspectos interpessoais do cuidado, 2- Susceptibilidade percebida, 3- Normas subjetivas, 4- Intenção e 5- Apoio. Essa distribuição permitiu uma melhor avaliação para determinar quais aspectos às mulheres apresentaram maiores barreiras quanto à adesão ao tratamento do câncer.

Tabela 17 - Distribuição do número de mulheres segundo a escala e seus domínios. Fortaleza, Mai/Jul, 2012.

	DC e D		NCND		C e CC		MÉDIA±DP <sup>(1)(2)</sup>
	N	%	N	%	N	%	
Escala total	-	-	7	3,6	189	96,4	78,6 ± 9,4 <sup>a</sup>
Domínio 1: Aspectos Interpessoais	13	6,6	30	15,2	155	78,3	74,6±19,6 <sup>a</sup>
Domínio 2: Susceptibilidade	7	3,6	14	7,1	176	89,3	76,8±15,7 <sup>a</sup>
Domínio 3: Normas subjetivas	-	-	7	3,5	191	96,5	<b>93,6±12,8<sup>b</sup></b>
Domínio 4: Intenção	1	0,5	8	4,0	189	95,5	77,7±8,8 <sup>a,c</sup>
Domínio 5: apoio	22	11,1	75	37,9	101	51,0	<b>60,7±17,2<sup>b,c,d</sup></b>

(1) p de Friedman=0,001; (2) p de Conover para as comparações múltiplas. Letras iguais significam médias iguais e letras diferentes significam médias diferentes. \*DC (Discordo completamente), D (discordo), NC e ND (Nem Concordo e Nem Discordo), C (Concordo), CC (Concordo completamente).

Quando aplicado o teste de razão de verossimilhança foi evidenciado uma associação significativamente estatística entre os domínios ( $p = 0,001$ ). Analisando a média da escala total, obteve-se um resultado de 78,6, mostrando que as mulheres apresentaram um alto índice de adesão ao tratamento do câncer.

Referente às médias dos fatores, os domínios que as mulheres apresentaram maiores e menores dificuldades foram respectivamente, as normas subjetivas e o apoio. O

domínio normas subjetivas retrata a importância do apoio da rede pessoal e familiar à adesão ao tratamento do câncer. Já o apoio engloba aspectos relacionados ao apoio social para adesão ao tratamento do câncer e a percepção da severidade do câncer. Os demais domínios exibiram médias bem semelhantes ao da escala total, com valores variando de 74,6 a 77,7.

As médias dos domínios e escores totais foram também correlacionadas com algumas variáveis sócio demográficas, tais como: estado civil, escolaridade, idade e ocupação (Tabela 18).

Tabela 18 – Distribuição do número de mulheres segundo a escala, os domínios 1 (Aspectos interpessoais do cuidado) e o domínio 2 (Normas Subjetivas) e escores totais associando com as variáveis sócio demográficas. Fortaleza, Mai/Jul, 2012.

	D e DC		NC e ND		C e CC		p
	N	%	N	%	N	%	
<b>Escala Total</b>							
<b>Estado Civil</b>							
Com Acompanhante	-	-	2	1,8	108	98,1	0,135
Sem Acompanhante	-	-	5	5,8	81	94,2	
<b>Escolaridade</b>							
Até 9 anos	-	-	3	2,1	138	97,9	0,081
Acima de 9 anos	-	-	4	7,3	51	92,8	
<b>Idade</b>							
Menor do que 50 anos	-	-	3	3,3	87	96,7	0,869
Maior do que 51 anos	-	-	4	3,8	102	96,3	
<b>Ocupação</b>							
Trabalho reenumerado	-	-	5	3,8	127	96,2	0,815
Trabalho não reenumerado	-	-	2	3,1	62	96,9	
<b>Domínio 1: Aspectos Interpessoais</b>							
<b>Estado Civil</b>							
Com Acompanhante	6	5,4	16	14,3	90	80,3	0,656
Sem Acompanhante	7	8,1	14	16,3	65	75,6	
<b>Escolaridade</b>							
Até 9 anos	10	7,0	21	14,7	112	78,3	0,897
Acima de 9 anos	3	5,5	9	16,4	43	78,1	
<b>Idade</b>							
Menor do que 50 anos	8	8,9	12	3,3	70	77,8	0,423
Maior do que 51 anos	5	4,6	18	16,7	85	78,7	
<b>Ocupação</b>							
Trabalho reenumerado	7	5,2	17	2,7	110	82,1	
Trabalho não reenumerado	6	9,4	13	20,3	45	70,3	0,168
<b>Domínio 2: Susceptibilidade</b>							
<b>Estado Civil</b>							
Com Acompanhante	3	2,7	6	5,4	102	91,9	0,419
Sem Acompanhante	4	4,7	8	9,3	74	86,0	
<b>Escolaridade</b>							
Até 9 anos	4	2,8	10	7,0	128	90,2	0,665
Acima de 9 anos	3	5,5	4	7,3	48	87,3	
<b>Idade</b>							
Menor do que 50 anos	2	2,2	4	4,4	84	93,3	0,250
Maior do que 51 anos	5	4,7	10	9,3	92	86,0	
<b>Ocupação</b>							
Trabalho reenumerado	3	2,3	8	6,0	122	91,7	0,258

Trabalho não renumerado	4	6,3	6	9,4	54	84,4
-------------------------	---	-----	---	-----	----	------

\*DC (Discordo completamente), D (discordo), NC e ND (Nem Concordo e Nem Discordo), C (Concordo), CC (Concordo completamente).

Logo, observou-se que não houve associação significativamente estatística entre a escala total, os domínios 1 e 2 com as variáveis sócio demográficas em questão. No entanto, percebeu-se que no domínio 1 que versa da importância da relação entre os profissionais de saúde e o paciente para uma melhor adesão ao tratamento houve um maior número de respostas negativas e imparciais.

Continuando a análise, a tabela 19 mostra as médias dos domínios 3 (Normas subjetivas), 4 (Intenção) e 5 (Apoio) correlacionadas com as variáveis sócio demográficas:

Tabela 19 - Distribuição do número de mulheres segundo os domínio 3 (Normas Subjetivas), domínio 4 (Intenção) e o domínio 5 (Apoio) e escores totais associando com as variáveis sócio demográficas. Fortaleza, Mai/Jul, 2012.

	D e DC		NC e ND		C e CC		p
	N	%	N	%	N	%	
<b>Domínio 3: Normas Subjetivas</b>							
<b>Estado Civil</b>							
Com Acompanhante	-	-	5	4,5	107	95,5	0,419
Sem Acompanhante	-	-	2	2,3	84	97,7	
<b>Escolaridade</b>							
Até 9 anos	-	-	6	4,2	137	95,8	0,417
Acima de 9 anos	-	-	1	1,8	54	98,2	
<b>Idade</b>							
Menor do que 50 anos	-	-	1	1,1	89	98,9	0,092
Maior do que 50 anos	-	-	6	5,6	102	94,4	
<b>Ocupação</b>							
Trabalho renumerado	-	-	5	3,7	129	96,3	0,829
Trabalho não renumerado	-	-	2	3,1	62	96,9	
<b>Domínio 4: Intenção</b>							
<b>Estado Civil</b>							
Com Acompanhante	1	0,9	3	2,7	108	96,4	0,311
Sem Acompanhante	-	-	5	5,8	81	94,2	
<b>Escolaridade</b>							
Até 9 anos	0	0,0	7	4,9	136	95,1	<b>0,049</b>
Acima de 9 anos	1	1,8	1	1,8	53	96,4	
<b>Idade</b>							
Menor do que 50 anos	-	-	2	2,2	88	97,8	0,255
Maior do que 50 anos	1	0,9	6	5,6	101	93,5	
<b>Ocupação</b>							
Trabalho renumerado	1	0,7	5	3,7	128	95,5	0,645
Trabalho não renumerado	-	-	3	4,7	61	95,3	
<b>Domínio 5: Apoio</b>							
<b>Estado Civil</b>							
Com Acompanhante	10	8,9	40	35,7	62	55,4	0,304
Sem Acompanhante	12	14,0	35	40,7	39	45,3	

**Escolaridade**

Tabela 19 - Distribuição do número de mulheres segundo os domínios 3 (Normas Subjetivas), domínio 4 (Intenção) e o domínio 5 (Apoio) e escores totais associando com as variáveis sócio demográficas. Fortaleza, Mai/Jul, 2012. Continuação.

Até 9 anos	17	11,9	60	42,0	66	42,6	0,085
Acima de 9 anos	5	9,1	15	27,3	35	63,7	
<b>Idade</b>							
Menor do que 50 anos	9	10,0	30	33,3	51	56,7	0,347
Maior do que 50 anos	13	12,0	45	41,7	50	46,3	
<b>Ocupação</b>							
Trabalho renumerado	15	11,2	50	37,3	69	51,5	0,972
Trabalho não renumerado	7	10,9	25	39,1	32	50,0	

\*DC (Discordo completamente), D (discordo), NC e ND (Nem Concordo e Nem Discordo), C (Concordo), CC (Concordo completamente).

A tabela acima mostrou que houve uma associação significativamente estatística entre o domínio intenção de aderir ao tratamento e escolaridade. Nas demais análises, não foram encontrados resultados expressivos. O domínio 5 que aborda a rede de apoio social, também resultou valores próximos de significância estatística com a escolaridade.

## 6 DISCUSSÃO

### 6.1 Caracterização da amostra

Inicialmente, foram discutidos os dados que traçam o perfil da amostra, uma vez que esse esboço permite a compreensão das mais variadas implicações estabelecidas no tratamento do câncer de mama e câncer cervical.

Obedecendo a sequência exposta nos resultados, segue a discussão acerca da caracterização de mulheres com câncer de mama.

A faixa etária predominante do estudo foi entre 40 e 49 anos, correspondendo 32,9% da amostra. Somando-se todas as mulheres que estavam em tratamento com idade menor do que 50 anos, observou-se um número de 66 (43,4%) casos. Estudo realizado com 1911 mulheres, que objetivava descrever o padrão de incidência e prevalência do câncer de mama, no estado do Ceará, encontrou um percentual de 37,4% aproximando-se do mesmo valor encontrado (MOURÃO *et al.*, 2008). Portanto, investir no rastreamento em mulheres na faixa etária de 40 a 49 anos é fundamental para que a morbimortalidade por essa neoplasia diminua.

Sabe-se que a idade de risco para o desenvolvimento do câncer de mama aumenta após os 40 anos, atingindo o ápice até os 50 anos. No entanto, foi encontrado um percentual de 10,5% (16) de mulheres em tratamento com idade até 39 anos. Assim, acredita-se que apesar da importância de priorizar ações de promoção da saúde e prevenção para mulheres após os 40 anos, não se pode isolar a população mais jovem de estratégias de rastreamento, pois é crescente o número de casos em mulheres jovens.

A escolaridade foi uma variável que revelou dados preocupantes, em que 104 (68,4%) mulheres não concluíram o Ensino Fundamental. Esses números podem estar associados à falta de informação e por sua vez a falta de conhecimento sobre métodos de prevenção e detecção precoce do câncer de mama, além da dificuldade no acesso aos serviços básicos de saúde (ALMEIDA *et al.*, 2002).

O nível de escolaridade não pode ser avaliado de forma isolada como fator de risco para o desenvolvimento da neoplasia mamária, mas são necessários estudos maiores que possam investigar a influência dessa variável com comportamentos de busca de prevenção e consequentemente a redução da incidência de casos de câncer de mama.

Os dados quanto à naturalidade, mostraram que 84 (55,3%) mulheres são advindas do interior do Ceará. Como a pesquisa foi desenvolvida em dois centros de

referência do Estado cearense, esse achado era esperado. Sabe-se que as regiões interioranas não oferecem serviços especializados para o tratamento do câncer, superlotando as capitais, causando um maior ônus para o Estado devido a falta de um serviço descentralizado e regionalizado, capaz de atender a crescente demanda existente (RODRIGUES *et al.*, 2008).

Ademais, não foram raras as dificuldades relatadas por essas mulheres nos aspectos pessoais e físicos, no que tange ao deslocamento do interior para a capital, para que as mesmas tenham direito ao atendimento e prossigam com o tratamento.

A análise quanto ao tipo de união, revelou que 85 (55,9%) das mulheres possuíam um relacionamento estável. Pesquisa que teve como propósito analisar as variáveis epidemiológicas associadas ao câncer de mama, no período entre 01 de julho de 2009 a 31 de dezembro de 2009, em Monte Claros, encontrou um percentual de 47% de mulheres casadas, concordando com os dados da presente pesquisa (CRUZ; GONÇALVES; PEREIRA, 2011).

Segundo Campana (2007), a situação conjugal configura-se com uma dimensão fundamental para a mulher que vivencia o câncer de mama, pois o apoio recebido pelo companheiro e família eleva a auto estima, aumenta a capacidade de resiliência, refletindo em uma melhor qualidade de vida e enfrentamento diante dessa situação (CAMPANA, 2007).

Referente à ocupação, verificou-se que 62 (40,8%) participantes estavam de licença trabalhista e 36 (23,7%) verbalizaram serem donas de casas, com renda familiar entre um e dois salários mínimos (47%). Nota-se que um número grande de mulheres precisam interromper suas atividades diárias para seguir com o tratamento, causando, muitas vezes, um sentimento de impotência, inutilidade, além de conflitos familiares. Destaca-se ainda, o elevado número de mulheres que são donas de casa, fator que pode provocar mudanças radicais na conjuntura familiar, uma vez que as mulheres, na maioria das vezes, são as responsáveis pela estrutura e dinâmica da família (BIFFI, 2003).

Dentre as respostas das mulheres quanto à crença, identificou-se que 151 (99,3%) participantes relataram possuir alguma religião, seja católica, evangélica ou espírita. A presença de uma religião e a fé em Deus é fator marcante na vida dessas mulheres que se apegam bastante em sua crença, acreditando no milagre de uma cura. Não cabe a discussão acerca da veracidade de milagres ou não, mas é fato que mulheres que possuem uma religião ou uma crença em Deus, possuem um suporte emocional melhor do que mulheres que relatam não ter religião (PINHO *et al.*, 2007).

Indagadas acerca da raça, houve predomínio da raça parda com 97 mulheres (63,8%). Pesquisa realizada com 175 mulheres com câncer de mama, no Rio Grande do Sul, encontrou um total de 155 (88,6%) que referiram ser da raça branca (STEIN;



ZELMANOWICZ; ROSA, 2010). Esse número maior pode ter acontecido devido a grande diversidade de raça no Brasil, principalmente entre as regiões Nordeste e Sul.

Estudos revelam que mulheres brancas são mais propensas para o desenvolvimento do câncer de mama, mas a mortalidade se sobressai em mulheres negras (CAMPANA, 2007). Todavia, a variável raça quando questionada torna-se muito subjetiva e, portanto, não deve servir de parâmetro exclusivo para inferências maiores.

Referente aos comportamentos de prevenção das mulheres com câncer de mama, 53 (34,9%) responderam que não realizavam o exame de prevenção do câncer de colo do útero (Papanicolaou) de forma frequente ou até mesmo nunca o fizeram. Um número de 96 (63,2%) relataram não realizar a mamografia como forma de rastreamento para a detecção precoce do câncer de mama.

No Brasil, o exame clínico das mamas (ECM) e a mamografia são considerados os métodos preconizados para rastreamento na rotina de atenção integral à saúde da mulher (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2011). Sabe-se que tais ações são realizadas principalmente na consulta ginecológica juntamente com o exame de prevenção do câncer de colo do útero. Portanto, quando as mulheres não comparecem à consulta de prevenção, a detecção precoce não é realizada a partir do ECM e nem da mamografia, piorando o prognóstico das mesmas.

Pesquisa realizada com mulheres em tratamento do câncer de mama encontrou que 60,9% (14) das mulheres realizavam a mamografia antes de descobrir a doença, divergindo dos dados do presente trabalho em que apenas 56 (36,8%) tinham essa prática (LEITE *et al.*, 2012). Em outra pesquisa, o número de mulheres que adotavam a prática da mamografia caiu para 50% ainda distantes dos dados da corrente pesquisa (SILVA; RIUL, 2011).

Acredita-se que se faz necessário repensar urgentemente nas estratégias em que profissionais e gestores estão investindo, uma vez que a mamografia ainda não é exame rotineiro na vida das mulheres. No entanto, não se possuem dados consistentes para afirmar que a falha encontra-se somente nos serviços de saúde ou também perpassa pelo comportamento das mulheres.

O auto exame foi referido por um percentual de 55,3% (84) de mulheres. O Instituto Nacional do Câncer (INCA) recomenda que o auto exame não pode ser realizado como uma ação isolada como rastreamento da neoplasia mamária e nunca deve substituir o exame clínico das mamas feito por um profissional qualificado (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2012).

Pesquisa que tinha como propósito investigar o comportamento das mulheres frente à prevenção do câncer de mama, identificou que 69,6% das mulheres também realizavam o auto exame mensal (LEITE *et al.*, 2012). Seguindo as recomendações do INCA deve-se associar o auto exame com o exame clínico, no sentido de detectar o tumor nos estágios iniciais e combater-lo de forma eficaz.

No que concerne aos fatores de risco relacionados aos aspectos endócrinos, obteve-se um percentual 37 (24,5%) mulheres com menarca precoce, 31 (33,3%) apresentaram menopausa tardia e 13 (9%) eram nulíparas até os trinta anos de idade.

Pesquisa que objetivava avaliar os fatores de risco endócrinos de mulheres com câncer de mama, encontrou as porcentagens de 13,79% de mulheres com menarca precoce, 44,75% com menopausa tardia e 15,51% tiveram sua primeira gestação com idade superior aos 30 anos. Os dados aproximam-se da presente pesquisa somente com relação à nuliparidade (GONÇALVES *et al.*, 2010).

Na sociedade contemporânea, as mulheres assumem de forma crescente um novo papel de chefe de família, sendo muitas vezes responsáveis pela renda familiar (SANTOS; OLIVEIRA, 2010). Portanto, a busca por uma melhor qualificação profissional, pode adiar o planejamento da construção da família e do papel de mãe para uma idade acima dos 30 anos, favorecendo a vulnerabilidade ao desenvolvimento do câncer de mama.

No que se refere à história familiar de câncer de mama, verificou-se que 46 (52,3%) participantes apresentavam esse fator de risco. Corroborando com esses dados, pesquisa realizada com 244 casos de câncer de mama, encontrou o percentual de 39% (RAMOS *et al.*, 2009). Além disso, a mesma pesquisa constatou o aumento do risco para o desenvolvimento do câncer de mama nessa população. Logo, mulheres que possuem casos confirmados na família entre membros de primeiro grau merecem uma atenção redobrada por parte dos profissionais de saúde, especialmente pelo enfermeiro.

O etilismo também foi investigado entre as mulheres e 135 (88,8%) relataram não fazer uso do álcool, frequentemente, antes de iniciar a terapêutica do câncer de mama. Dados semelhantes foram encontrados em uma pesquisa no Maringá, em que 76,1% das mulheres também não faziam uso de bebida alcóolica como hábito (MATOS; PELLOSO; CARVALHO, 2010). Mulheres com idade avançada, geralmente, tendem a assumir comportamentos mais saudáveis com relação à ingestão de bebida alcóolica do que mulheres jovens.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o sedentarismo pode ser considerado um fator de risco para alguns tipos de câncer, entre eles o de mama (WORLD

HEALTH ORGANIZATION, 2005). No estudo, foi encontrado que 62 (40,8%) mulheres realizavam alguma atividade física, sendo a caminhada a prática mais citada. Percebe-se que o sedentarismo ainda é predominante nessa população e apesar dos benefícios da atividade física, a mudança do estilo de vida com adoção de hábitos saudáveis, configura-se como um grande obstáculo na área da saúde.

Como fator protetor, 121 (79,6%) mulheres amamentaram seus filhos por algum intervalo de tempo maior do que um mês. A prática do aleitamento materno tem sido apontada como um evento protetor contra a ocorrência da neoplasia, além das inúmeras vantagens para o binômio mãe e filho. Estudo desenvolvido pelo Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer (2002) mostrou um efeito protetor do aleitamento materno independente do número de filhos nascidos.

Assim, o aleitamento materno deve sempre ser estimulado não somente pelos benefícios para o filho, mas também pelas vantagens que são destinadas a mulher, entre elas a diminuição da exposição ao câncer de mama.

Continuando a discussão acerca do perfil da amostra, seguem as análises referentes às mulheres com câncer de colo do útero.

A idade das mulheres foi predominante no intervalo entre 56 a 65 anos (39,1%), com a média de 56 anos. Pesquisa realizada com 772 mulheres no Acre, que objetivava analisar a prevalência da infecção genital por papilomavírus humano (HPV) de alto risco por faixa etária e fatores associados, encontrou um total de 45,4% na faixa entre 25 e 54 anos (RAMA *et al.*, 2008). Sabe-se que para o desenvolvimento do câncer cervical, as lesões precursoras podem levar, aproximadamente, 10 a 20 anos (BRASIL, 2006; BRASIL, 2008). Portanto, o esperado na presente pesquisa era um contingente maior de mulheres em tratamento do câncer cervical na faixa etária acima dos 56 anos, devido ao processo lento em que as células pré-cancerígenas levam para se desenvolver por completo.

No que concerne ao tipo de união e a renda familiar, a maioria (58,7%) relatou possuir um companheiro e mais da metade (58,7%) possuem renda familiar de até dois salários mínimos.

Estudo desenvolvido com 22 mulheres, que tiveram resultados citopatológicos alterados, mostraram dados semelhantes aos encontrados na corrente pesquisa. A porcentagem de mulheres com companheiro foi 59,1% e a renda familiar predominante foi até dois salários mínimos (59,1%) (SEBASTIÃO JUNIOR *et al.*, 2011). O apoio do companheiro nesse processo de tratamento e reabilitação é considerado de extrema importância para a mulher, visto a baixa auto estima e a diminuição do desejo sexual presente nessa fase. Assim,

não se pode esquecer de incluir o parceiro nas decisões e condições que o tratamento dessa neoplasia exige.

Com relação à escolaridade, foi encontrado que 84,8% possuem menos de 09 anos de estudo e 14 (30,4%) não possuem trabalho remunerado, desempenhando a função de cuidadoras do lar. Estudo que analisou os resultados dos exames colpocitológicos alterados, identificou que 200 (72,1%) mulheres também não chegaram a concluir o Ensino fundamental (PRADO *et al.*, 2012). Vários são os estudos que comprovam que mulheres com baixa escolaridade e baixo nível sócio econômico são mais vulneráveis ao CCU. A explicação pode se dá pela falta de conhecimento quanto à prevenção e aos fatores de risco, bem como um acesso deficiente ao serviço de saúde.

Tratando-se do comportamento das mulheres frente à realização do exame de prevenção do câncer cervical (Papanicolaou), 25 (54,3%) participantes responderam que realizavam tal exame na periodicidade adequada. Pesquisa realizada com o propósito de analisar as características sócio econômicas, comportamentais e biológicas de mulheres com câncer de colo do útero, em um município do sul do Brasil, encontrou dados divergentes da presente pesquisa, em que um número de apenas 35% revelou realizar o exame de forma frequente (SOARES *et al.*, 2010).

Esses resultados levam a refletir sobre a qualidade do atendimento as mulheres frente ao exame citológico. Se as mulheres realizam o exame na periodicidade adequada, o ideal seria que as mesmas apresentassem lesões precursoras e fossem tratadas antes de serem diagnosticadas com câncer de colo do útero em estágios avançados que exigem tratamentos mais agressivos. No entanto, o que se observou foi que apesar das mesmas realizarem dentro do prazo determinado, elas foram já diagnosticadas com um câncer agressivo. Portanto, pode ter acontecido falha no diagnóstico, na coleta, na interpretação ou até mesmo na conduta profissional após um resultado alterado (SOARES *et al.*, 2010).

Assim, tal inferência reporta a outra problemática no que diz respeito à qualificação que os profissionais enfermeiros, responsáveis pela maioria das coletas realizadas na atenção primária, possuem para desempenhar tal tarefa. Acrescenta-se ainda, a reflexão envolvida na expansão do nível superior do curso de enfermagem, em que muitas vezes, a instituição responsável não oferece qualidade no ensino necessária para a formação do profissional enfermeiro (THERRIÉN; SILVA, 2006).

Referente aos fatores de risco para o desenvolvimento do CCU, a menarca precoce, ocorreu em 36 (81,8%) mulheres. Por sua vez, a coitarca com idade igual ou superior

a 15 anos foi verificada em 80,0% de participantes e ainda a maioria 27 (%) afirmou ter tido apenas um parceiro.

A estreita relação entre a menarca, a coitarca precoce e o número de parceiros com o desenvolvimento do câncer de colo do útero é considerada bastante positiva entre os diversos estudos (BRASIL, 2008).

Pesquisa que teve como finalidade avaliar a associação entre fatores de risco para o CCU, comparando com resultados da inspeção visual com ácido acético (IVA), a citologia e a cervicografia identificou que mulheres que não tiveram parceiros sexuais nos últimos três meses e que tiveram uma coitarca tardia, apresentaram um menor percentual de resultados IVA positivo (ANJOS *et al.*, 2010).

Percebeu-se que as mulheres em questão não apresentaram comportamentos sexuais vulneráveis à infecção pelo HPV, visto ao número limitado de parceiros na vida e o início tardio da relação sexual, mas, mesmo assim, foram acometidas por lesões malignas. Portanto, talvez seja importante investigar o comportamento sexual de seus respectivos companheiros, uma vez que o fato da mulher possuir apenas um parceiro, não a protege da contaminação de possíveis relações esporádicas vivenciadas por seu parceiro (ANJOS *et al.*, 2010). Além disso, estratégias que promovam a conscientização do uso do preservativo em todas as relações sexuais, independente da idade e de possuir um relacionamento estável, deve ser priorizado entre os profissionais de saúde e gestores.

O tabagismo também é fator de risco importante não só para a neoplasia cervical, mas também para diversas outras patologias. Na presente pesquisa, foram encontradas 19 (43,2%) mulheres praticantes desse hábito antes de serem diagnosticadas com o câncer. Dados semelhantes também foram identificados na pesquisa de Melo *et al.*, (2009) que 48% das mulheres, com resultado positivo para o HPV, relataram serem tabagistas anteriormente. Grandes são os esforços para o combate ao fumo, mas ainda é significativo o número de pessoas que convivem com esse hábito considerado impróprio para a manutenção de uma boa saúde.

Analisando a história pregressa de doença sexualmente transmissível (DST), 91,3% (42) das mulheres, responderam que nunca tiveram alguma DST. Durante a coleta de dados, percebeu-se que muitas mulheres sentiram-se constrangidas em responder tal pergunta, mostrando, em alguns momentos, sentimentos de vergonha, repulsa e culpabilidade diante dessa situação.

Divergindo dos dados cima, a mesma pesquisa que investigou quanto aos hábitos do fumo, encontrou que 52% (48) da amostra disseram também não possuir nenhuma DST

(MELO *et al.*, 2009). Não se pode desprezar o baixo nível educacional apresentado pela população do presente estudo, fato que pode contribuir para o desconhecimento dessas doenças, levando a muitas delas responderem de forma negativa a pergunta por não saberem que já foram contaminadas ou tratadas em algum momento de suas vidas.

## **6.2 Fatores relacionados ao tratamento do câncer**

Algumas variáveis relacionadas ao tratamento das mulheres foram analisadas, tais como: tipo e tempo de tratamento atual, modalidades de tratamento associadas, primeira vez de submissão a terapêutica, bem como a ocorrência de metástase.

Observou-se que tanto a maioria das mulheres com câncer de colo uterino (78,3%) e com câncer de mama (73%) estava se submetendo a quimioterapia. Ressalta-se que um dos locais de coleta de dados possuía demanda bem maior de quimioterapia no período de manhã e tarde. A radioterapia era comumente realizada no período noturno, momento que não teve coleta de informações. Portanto, a própria dinâmica do serviço pode explicar os achados da pesquisa.

Considerados avanços ocorreram nos últimos anos quanto ao tratamento do câncer de mama. O tipo de tratamento dependerá do estadiamento da doença, tendo um potencial maior de cura quando diagnosticado precocemente. As modalidades de tratamento podem ser local (cirurgia e radioterapia) e sistêmico (quimioterapia, hormonioterapia e terapia biológica) (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2012).

Geralmente, o tratamento sistêmico como a quimioterapia é determinado de acordo com o risco de recorrência. Assim, observou-se um número acentuado de mulheres com câncer de mama encaixada nessa modalidade de terapêutica, podendo levar a crer que a maioria das mulheres recebeu o diagnóstico tardiamente (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2011).

Por outra via, entre os tratamentos mais comuns para o câncer de colo do útero estão a cirurgia e a radioterapia (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2011). A quimioterapia também é indicada somente em riscos evidentes de recorrência, semelhante aos casos de câncer de mama. Assim, confirma-se o prognóstico não muito promissor das mulheres em tratamento do câncer cervical na corrente pesquisa. No entanto, os dados não permitem afirmar a sobriedade do prognóstico dessas mulheres, sendo necessária a realização de outras pesquisas que acompanhem todo o tratamento e possam revelar o desfecho de cura ou não vivenciado por essa população, avaliando assim a mortalidade por tal doença.

Os dados apontaram que 51 (33,6%) mulheres já realizaram a mastectomia seja parcial ou total. A reconstrução mamária é indicada em todos os casos (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2011). Diversos são os sentimentos expressos por mulheres que perderam a mama, destacando-se depoimentos repletos de expressões de frustração, desânimo, vergonha e desvalorização da auto imagem do próprio corpo, bem como a negação da condição atual e das alterações na sexualidade. Sabe-se também que anseios de rejeição e inferioridade são constantes causando uma alteração desfavorável da autoestima (MOURA *et al.*, 2010).

Quanto aos achados da realização da histerectomia, observou-se que 41,3% das mulheres foram submetidas a esse procedimento. Os sentimentos vivenciados por mulheres que realizaram a histerectomia assemelham-se aos de mulheres mastectomizadas, no que diz respeito à diminuição do desejo sexual e a baixa auto estima. Assim, no presente estudo pode-se perceber diversos relatos negativos frente a perda da mama e a retirada do útero.

No entanto, as consequências da histerectomia parecem ser menos negativa do que a mastectomia. Tal sentimento pode ser evidenciado pelo relato de algumas mulheres que revelaram que após um ano de histerectomia, a atividade sexual melhorou significativamente devido a ausência de sintomas como a dispareunia e a sinusiorragia (SOUZA; SALIMENA, 2008).

A metástase foi confirmada por 14 (9,2%) mulheres com câncer de mama e 09 (19,6%) com câncer de colo do útero. Nessa fase é imprescindível que as modalidades de tratamento sejam discutidas, negociadas e acordadas com o paciente e família. Assim, os cuidados paliativos, apesar da conotação passiva ou negativa do termo, é uma abordagem de tratamento que pode ser essencial no manejo das complicações e na melhoria da qualidade de vida dessas pessoas (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2011).

Tratando-se sobre o conhecimento de medidas de prevenção do câncer de colo do útero e de mama, os dados da pesquisa mostraram-se assustadores, uma vez que (58,1%) mulheres responderam que nunca receberam nenhuma informação de como se prevenir dessas neoplasias.

Portanto, é extremamente pertinente refletir acerca da efetividade das ações dos gestores e dos profissionais de saúde quanto à prevenção dessas doenças. Sabe-se que diversas são as campanhas, políticas públicas, metas e objetivos traçados nessa conjuntura de promoção e prevenção do câncer. No entanto, parece que mulheres não são atingidas pelos métodos de educação em saúde utilizados no âmbito nacional. Faz-se necessário avaliar de

forma rigorosa os impactos das estratégias realizadas pelo governo para a redução da morbimortalidade por câncer de mama e colo do útero.

Nesse contexto, o enfermeiro visto como promotor de saúde e o agente principal responsável por estratégias de educação em saúde, objetivas e capazes de gerar não só o conhecimento, mas principalmente capaz de provocar mudanças de atitudes, apareceu citado na pesquisa por apenas 25 (12,7%) mulheres que responderam terem recebido orientações acerca do tratamento do câncer.

Reflete-se ainda no tipo de educação em saúde que está sendo pronunciada na prática de enfermagem. Uma educação bancária, pautada somente na transferência de ideias, distante do raciocínio crítico e centrada na figura do enfermeiro, ou uma educação dialogada, construída e reconstruída a partir do conhecimento do cliente e voltada para as suas necessidades e anseios.

### **6.3 Adaptação transcultural e propriedades psicométricas da escala ADQ**

A escala *Adherence Determinants Questionnaire* (ADQ) para ser validada e posteriormente 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.

Nas etapas de tradução inicial, síntese das traduções e *back-translation* a escolha dos tradutores deve ser realizada de forma bastante criteriosa, pois a versão produzida na fase da síntese das traduções servirá 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, reduzem 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 não tivesse domínio nessa temática foi essencial para a produção de uma versão contextualizada no cotidiano brasileiro. Exemplo disso foi a tradução em diversos itens da expressão “*treatment plan*” para somente a palavra tratamento ao invés de plano de tratamento, expressão pouco utilizada na realidade brasileira.

Tal fato revela a importância que o tradutor que não é da área da saúde possui no processo de tradução e adaptação transcultural, visto que a expressão “plano de tratamento” não é rotineiramente utilizada no Brasil. Todavia, os profissionais da saúde estão bem mais familiarizados com tal expressão do que a população em geral. Assim, se os dois tradutores



fossem profissionais da saúde a expressão “plano de tratamento” seria utilizada e poderia trazer prejuízos na compreensão dos itens por parte do público-alvo.

A tradutora profissional da área de saúde questionou a expressão “os médicos e outros profissionais da saúde”, já que se tratava de uma repetição de ideia, além da superestimação da figura do médico com relação aos demais profissionais da área da saúde que também participavam do cuidado as mulheres em tratamento do câncer, como os enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e fisioterapeutas.

A alegação acima foi discutida na fase da síntese das traduções, bem como na etapa do comitê de especialistas e foi considerado que na cultura brasileira o médico ainda possui papel principal no tratamento do câncer e tal fato apesar de não ser o ideal não pode ser desconsiderado como fator marcante nos costumes brasileiros. Logo, na síntese das traduções optou-se por permanecer com a expressão “os médicos e outros profissionais da saúde” mesmo sendo considerado pleonasma.

Nesse contexto, a escolha dos participantes do comitê de juízes também deve ser 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.

Os juízes escolhidos possuíam conhecimentos e habilidades nas temáticas: promoção da saúde sexual e reprodutiva de mulheres com câncer de colo do útero e de mama; domínio no processo de tradução e adaptação de instrumentos; domínio na língua portuguesa e inglesa.

A heterogeneidade do grupo contribuiu de forma significativa para as discussões acerca da melhor forma gramatical e conceitual dos itens da escala. Ressalta-se que o critério adotado de ser necessário apenas um juiz concordar em parte ou discordar na disposição do item para que o mesmo pudesse entrar em discussão e ser analisado pelo comitê foi fundamental para a composição e mudança nos itens da escala ADQ.

Tal critério só foi permitido, devido a etapa ter sido realizada de forma presencial. Essa didática foi considerada excelente pelos juízes, pois evita o tempo dispendioso gasto na validação de instrumentos por meio escrito ou eletrônico, além da importância do momento marcado pela riqueza de experiências compartilhadas entre os participantes do grupo, contribuindo de forma singular para a formação de um instrumento adaptado e condizente com a realidade, a qual a escala foi aplicada.

Dando continuidade a discussão acerca das principais modificações relacionadas aos itens, destaca-se o item 5. Eu acho que os médicos e outros profissionais da saúde tem

interesse no meu bem estar. Tal item remete ao significado da palavra bem estar que por muitas décadas é objeto de estudo de pesquisadores por todo o mundo. (SIQUEIRA; PADOVAM, 2008).

A definição de saúde está intimamente relacionada com a palavra bem estar. Todavia, a demarcação do conceito de bem estar é uma tarefa complexa e perpassa por diversos âmbitos que podem teoricamente está subdividido em duas categorias: bem-estar hedônico, relacionado ao estado subjetivo de felicidade e o bem estar eudemônico que consiste no pleno desempenho das potencialidades de um indivíduo, ou seja, na capacidade do ser humano de pensar, racionar e usar o bom senso (RYAN; DECI, 2001).

Portanto, pela complexidade envolvida no conceito de bem estar, seu uso foi questionado pelo comitê de juízes. Contudo, acredita-se que apesar da pluralidade existente no conceito de bem estar, todas as pessoas possuem um significado intrínseco de tal palavra em seu contexto de vida e muitas delas associam bem estar com o estado de saúde atual.

Assim, o conteúdo central do item refere ao sentimento expresso pelo respondente em relação ao interesse do profissional de saúde versus o bem estar do paciente, independente do conceito de bem estar que o indivíduo possua. Logo, a palavra bem estar após as discussões permaneceu como a mais adequada para expressar o sentido real da ideia contida no item 5.

Destaca-se que por alguns momentos, várias dúvidas surgiram 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.

Reportando-se para a etapa do pré-teste, verificou-se que nenhuma mulher apresentou dificuldade em nenhum item da escala. Tal fato pode ter ocorrido devido ao trabalho exaustivo com que o comitê de especialista teve na criação da versão pré-final. As discussões ocorreram de forma acurada com o intuito de adequar ao máximo possível à realidade das mulheres em estudo, tendo o cuidado para não ridicularizar o item.

Salienta-se que o pré-teste foi propositalmente aplicado com mulheres em extremos de idade e de escolaridade com o propósito de considerar a diversidade de compreensão que pode variar de forma brusca entre esses estratos. Essa é uma indicação sempre ressaltada por pesquisadores que trabalham com propriedades psicométricas (PASQUALI *et al.*, 2010; LOBIONDO – WOOD; HABER, 2001).

Em relação à validação de construto, a análise fatorial foi percebida como o método mais adequado para validar a escala em questão. A análise fatorial consiste em um

método que resulta em pontos importantes e permite ao pesquisador compreender os construtos mensurados no instrumento, além de entender a relação dos itens com os subcomponentes resultantes da análise fatorial (PASQUALI *et al.*, 2010).

A análise fatorial identificou a extração de cinco fatores diferentemente da escala original que mensurava sete fatores.

Os itens 13, 15 e 16 pertencentes na escala original ao domínio II. Utilidade Percebida (Benefícios/Custos e Eficácia) estão intrinsicamente relacionados com o domínio que versa sobre a suscetibilidade percebida, já que os três itens deslocados retratam a vulnerabilidade ao câncer a que as mulheres estão expostas, seguindo ou não o tratamento.

Ademais, os itens 9, 11, 12 e 14 foram deslocados, após a análise fatorial, para o domínio das Intenções. O domínio II, que retratam os custos e benefícios da adesão ao tratamento, aproxima-se da ideia contida no domínio da intenção, uma vez que a palavra intenção é definida como “a capacidade através da qual tomamos posição frente ao que nos aparece” (FERREIRA, 2010). Assim, a partir da reflexão acerca do benefício e das dificuldades do tratamento do câncer, toma-se a decisão de aderir ou não ao tratamento, apontando que o construto medido no domínio II pode ser reorganizado no domínio da intenção sem causar prejuízo na mensuração do construto.

O domínio III, Severidade Percebida, foi quase por completo inserido no domínio do apoio da rede social. Uma possível explicação pode está embutida no fato de que a partir do reconhecimento da severidade da doença, o indivíduo pode precisar ou não do apoio das redes sociais.

Além disso, as realidades em que as escalas foram validadas diferem em diversos âmbitos, principalmente no que diz respeito à escolaridade das participantes. As mulheres em estudo, muitas vezes, relataram não ter o conhecimento ideal acerca do tratamento as quais estavam sendo submetidas e nem do tipo e da agressividade do câncer que possuíam. Portanto, os domínios dos custos/ benefícios e da severidade percebida podem está interligados com outros subcomponentes da escala, como revelado na análise fatorial.

Ratifica-se que a decisão de manter apenas os cinco domínios após a análise fatorial foi compartilhada com a autora da escala original, que apoiou a redução dos fatores em questão.

Ainda reportando-se aos resultados da análise fatorial, observou-se que nenhum item apresentou carga fatorial inferior a 0,3 como recomendado por Kaiser (1974). Assim, a exclusão de nenhum item foi necessária revelando uma boa correlação entre os itens da escala e os construtos a serem medidos.

A validação de construto por grupos comparados revelou que não existiu diferenças estatísticas quanto aos escores da escala total e seus domínios, quando se fez um comparativo entre mulheres com câncer de colo do útero e de mama.

No entanto, o domínio cinco que versa sobre o apoio social e a percepção da severidade foi melhor enfrentado por mulheres com câncer de mama. Tais resultados incitam a ideia de que talvez a rede de apoio que acolhe as mulheres com câncer de mama pode ser mais estruturada do que as mulheres com câncer de colo do útero. Ainda pode-se pensar que a possível redução nas mortes de mulheres diagnosticadas com câncer de colo do útero pode direcionar um cuidado maior para as mulheres com neoplasia mamária (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2012).

Em termos da análise da confiabilidade, o alfa de Cronbach resultou em números que denotaram uma boa fidedignidade do instrumento, apresentando o valor geral da escala de 0,829.

A escala original obteve um valor de alfa de Cronbach um pouco abaixo do que o valor da escala traduzida com 0,76. Tal fato pode ser explicado devido às mudanças que foram realizadas após a análise fatorial, com a exclusão de dois domínios. A autora da escala foi contactada e mostrou-se satisfeita com o resultado, expressando o desejo de obter os dados da validação na íntegra para possíveis mudanças na escala original.

No entanto, sabe-se que quando se trata de instrumentos que possuem diversos subcomponentes como a escala ADQ, a análise separada dos domínios revela uma maior precisão do instrumento, já que o alfa de Cronbach mede a unidimensionalidade de um construto.

Assim, os valores do alfa de Cronbach da escala ADQ variaram entre 0,639 e 0,844, revelando que a escala ADQ na versão brasileira apresenta uma alta consistência interna e pode ser considerado um instrumento confiável.

Na análise da confiabilidade pelo alfa de Cronbach, destaca-se a importância que a transformação dos itens reversos apresenta para comprovar o valor verdadeiro do alfa de Cronbach, uma vez que a não transformação dos dados podem levar a uma conclusão errônea acerca da confiabilidade do instrumento a ser validado, produzindo um valor subestimado em relação ao valor real do alfa de Cronbach.

## **6.2 Percepção das mulheres acerca da adesão ao tratamento do câncer- aplicação da escala ADQ**

A aplicação da escala ADQ-VB mostrou em linhas gerais que as mulheres possuem uma alta adesão ao tratamento do câncer, com média de 78,6. Assim, em uma escala de 0 a 10, pode-se dizer que as mulheres obtiveram nota aproximada de 7,8 no que diz respeito à adesão ao tratamento do câncer.

Todavia, sabe-se que a adesão não é um atributo de fácil mensuração e deve-se sempre tentar identificar nesse processo quais as principais dificuldades apresentadas por pessoas que vivenciam o tratamento de doenças crônicas, entre elas o câncer, no intuito de minimizá-las, melhorando a qualidade de vida das mesmas (BRASIL, 2005).

Aprofundando a discussão acerca desses subcomponentes relacionados à adesão ao tratamento do câncer, verificou-se que as mulheres tiveram o domínio das normas subjetivas como o menos afetado nessa dinâmica. Tal domínio retrata a importância do apoio da rede pessoal e familiar para a adesão ao tratamento do câncer.

A relação da família versus o doente sofreu intensas modificações no processo de saúde e doença, principalmente no que se refere ao tratamento. Antigamente, a família desempenhava apenas um papel na esfera afetiva do paciente. Atualmente, o núcleo familiar desempenha importantes funções nas decisões do tratamento, na participação do planejamento dos cuidados, bem como no auxílio ao profissional de saúde no alcance de metas estabelecidas, traçadas entre cliente e profissional, tornando-se peça fundamental na adesão ao tratamento (RODRIGUES; FERREIRA, 2011).

Pesquisa realizada nos Estados Unidos, com 352 mulheres em tratamento do câncer de mama, revelou que mulheres que estavam menos satisfeitas com a rede de apoio emocional de sua família, amigos e cônjuge, mostraram-se menos propensas a se sentirem seguras e confiantes na relação com os profissionais médicos e enfermeiros (HAN *et al.*, 2004). Assim, ressalta-se a importância de envolver a família no plano de tratamento desenvolvido para o cliente, respeitando as suas singularidades e relações que existem no contexto familiar.

O apoio da família e o envolvimento da mesma no tratamento do câncer de mama e colo do útero mostraram-se como muito positivo entre as participantes do estudo, comprovando a importância da família no gerenciamento do tratamento do câncer. Esse foi o domínio responsável pelos altos índices de adesão verificados na pesquisa.

Por outro lado, o domínio que mostrou maior dificuldade quanto à adesão ao tratamento do câncer foi o que retratou o apoio social para adesão ao tratamento do câncer e a percepção da severidade do câncer.

O domínio do apoio pode ser encarado como a capacidade que a mulher possua de sentir-se encorajada pela rede social para prosseguir e enfrentar as dificuldades que possam surgir durante o tratamento do câncer, seja no serviço de saúde ou em outras fontes. Além disso, esse domínio também mensurou o grau de severidade que o indivíduo percebe o câncer.

Nesse contexto, pesquisa que objetivava avaliar os aspectos da qualidade dos serviços oferecidos pela rede básica de saúde, na perspectiva das usuárias do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo de Útero do Ministério da Saúde, portadoras do Papiloma Vírus humano, em Santa Catarina, identificou que há falhas organizacionais no acompanhamento das mulheres com alterações colpocitológicas e inconsistências na adoção de condutas diagnósticas e terapêuticas, contribuindo para o aumento de fatores que possam atuar como barreiras para a adesão ao Programa e terapêutica estabelecida (PASIN; SISSON, 2010).

Portanto, identificar as redes de apoio e estruturar melhor o serviço para receber as mulheres em tratamento do câncer são condutas que podem levar as mulheres sentirem-se mais seguras e confiantes nas adversidades que surgem durante a terapêutica.

Com relação à percepção das mulheres frente à severidade do câncer, ainda não há consenso teórico ou empírico sobre que a crença na agressividade do câncer possa motivar ou inibir comportamentos de busca de saúde. Ademais, tais comportamentos podem diferenciar dependendo da raça, nível de escolaridade e experiências de vida anteriores. Todavia, acredita-se que as condutas de busca de prevenção ou tratamento, do indivíduo já acometido, possam ser mais frequentes entre aqueles que percebem a gravidade do câncer (HAY; BUCKLEY; OSTROFF, 2005).

Discutindo acerca da relação entre as variáveis sócio demográficas e os escores da escala total, além dos domínios separadamente, observou-se que houve uma associação significativamente estatística somente entre o domínio intenção de aderir ao tratamento e a escolaridade.

O domínio da intenção investiga a vontade, o desejo ou o intuito que a mulher expressa para seguir com o tratamento determinado. Assim, conjectura-se que os anos de estudo e conseqüentemente o nível conhecimento que a mulher possui, de todos os fatores que envolvem o tratamento, se relacionem mais fortemente com a intenção de aderir ao tratamento.

Estudo realizado com o objetivo de relatar acerca da construção do conhecimento científico e empírico, necessários para o desenvolvimento de um manual didático-instrucional, destinado às mulheres mastectomizadas, para capacitá-las à prevenção do linfedema de braço, evidenciou que para essas mulheres é extremamente importante conhecer acerca de dados sobre a cirurgia e tratamentos e importância do autocuidado. Além disso, a pesquisa revelou que um conhecimento adequado sobre os fatores de risco e de prevenção e controle do linfedema, além de cuidados necessários após a mastectomia são essenciais, podendo transformar os sentimento de medo e ansiedade, gerado pela perda da mama, em estratégias de autocuidado e adoção de práticas saudáveis (PANOBIANCO, 2009).

Nessa conjuntura, também sabe-se que a adesão ao tratamento está estritamente relacionada com a motivação do cliente e dentre os diversos fatores motivacionais destaca-se a escolaridade. Acredita-se que indivíduos com boa escolaridade, que possuem um maior nível de conhecimento acerca da sua doença e das particularidades que o cercam, entre elas o tratamento, são mais propensos, colaboradores e participativos no seu tratamento (BASTABLE, 2010).

Ainda analisando a influência das variáveis sócio demográficas com os domínios, notou-se que o domínio 1 (Aspectos interpessoais do cuidado) que versa da importância da relação entre os profissionais de saúde e o paciente houve um maior número de respostas negativas e imparciais.

A relação entre o profissional de saúde e o paciente é fundamental para os resultados do tratamento desejáveis, tais como satisfação e adesão, principalmente em oncologia.

Uma revisão de literatura que teve como foco investigar a confiança do paciente oncológico no profissional de saúde, principalmente o médico, mostrou que esse sentimento foi geralmente forte e pareceu ser aumentado pela competência técnica do profissional e pela honestidade do mesmo durante o tratamento. Além disso, a pesquisa ainda revelou que a confiança do paciente eleva-se quando o profissional apresenta um comportamento centrado no paciente, facilitando a tomada de decisões conjuntas, a diminuição do medo do paciente e uma melhor adesão ao tratamento (HILLEN; HANNEKE; SMETS, 2010).

Logo, o enfermeiro como participante da equipe de saúde que fornece atendimento ao paciente oncológico, principalmente mulheres em tratamento do câncer de mama e colo do útero, deve assumir posturas reflexivas acerca da assistência prestada, bem como necessitam conhecer as principais barreiras que dificultam a adesão ao tratamento, com o propósito de reduzi-las melhorando a qualidade de vida de mulheres já tão vulneráveis.

## 7 CONCLUSÃO

A caracterização sócio demográfica das mulheres com câncer de mama e câncer de colo do útero revelou dados semelhantes, bem como já reportados, também, em outras pesquisas: faixa etária predominante entre 40 e 65 anos, a maioria com a presença de um companheiro, baixa nível de escolaridade e renda, além de pouca qualificação profissional. Percebe-se que esses dois tipos de câncer são os mais prevalentes na população brasileira feminina e não diferem quanto ao quadro sócio demográfico, o que permite que estratégias de promoção da saúde sejam desenvolvidas em conjunto no que se refere à linguagem e conteúdo.

Confrontando-se os dados acerca dos fatores comportamentais, das mulheres com câncer de mama e colo do útero, verificaram-se percentuais bastante aproximados e reduzidos quanto à procura frequente pelo serviço de saúde para comparecimento na consulta ginecológica. Tal espaço configura-se como apropriado para detecção precoce de lesões precursoras do câncer de mama, pelo exame clínico das mamas, bem como do câncer cervical por meio do exame *Papanicolaou*.

No entanto, apesar dos esforços governamentais, as mulheres parecem ainda não priorizar ações de prevenção no seu cotidiano. Outra possível inferência pode ser a efetividade das ações governamentais voltadas para o aumento da cobertura do exame *Papanicolaou* e conseqüentemente o exame clínico das mamas. Estudos que abordem esses dois ângulos- paciente e serviço merecem atenção especial, uma vez que a morbimortalidade por essas neoplasias ainda são pioneiras no Brasil.

Os dados mostraram-se satisfatórios para a vulnerabilidade que as mulheres apresentam para o desenvolvimento dessas neoplasias. Os fatores de risco relacionados aos comportamentos sexuais não foram frequentes. Todavia, a história familiar e o tabagismo pregresso sobressaíram-se diante de outros aspectos. Ressalta-se que o comportamento sexual das mulheres contemporâneas diverge significativamente das mulheres com idade mais madura (amostra do estudo). Assim, fatores de risco como coitarca precoce e multiplicidade de parceiros devem sempre ser trabalhados com todas as mulheres, incentivando-as continuamente o uso do preservativo, independente da idade ou presença ou não de uma união estável.

Com relação ao tratamento, identificou-se que tanto mulheres com CCU e câncer de mama estavam no primeiro ano de terapêutica, submetendo-se a quimioterapia e quase a metade já tinham realizado a cirurgia. Logo, acredita-se que tão mais cedo inicie as estratégias



de redução dos obstáculos ao tratamento, como a oferta de apoio familiar, de discussões acerca da gravidade da doença e de como conviver com tal enfermidade, melhores resultados surgirão com relação a adesão ao tratamento do câncer.

Referente ao processo de tradução e adaptação cultural, conclui-se que essa metodologia classificou-se como uma tarefa árdua, que demandou bastante criteriosidade do pesquisador. A escolha pelos tradutores pertencerem, um a área da saúde e outro não, foi primordial para a concepção de um instrumento mais aproximado da linguagem do público, a qual a escala foi aplicada.

O método presencial com que a etapa do comitê de juízes foi realizada, constituiu-se como um processo desafiador e inovador, em que especialistas de diversos campos puderam contribuir de forma singular para a formação da versão pré-final. Essa cautela com que a versão pré-final foi desenvolvida resultou em um instrumento altamente compreensível e claro para o público-alvo, não sendo necessária nenhuma mudança para a versão final.

No que tange à avaliação das propriedades psicométricas, a escala ADQ-Versão Brasileira fincou em 38 itens semelhantes ao da escala original. Em contrapartida, houve a diluição de dois domínios da escala original para cinco domínios na versão brasileira, resultado da análise fatorial e acatado pela pesquisadora após contato com a autora principal da escala original. Tal mudança sugere que pesquisadores que trabalham com adaptação e validação de instrumentos avaliem de forma criteriosa o contexto de vida o qual a escala será aplicada, no intuito de nortear as decisões, como exclusão de itens e domínios, para que não possam apenas transcrever, sem raciocínio crítico, processos de validação realizados no instrumento original.

Acrescenta-se ainda que os domínios da escala, bem como a escala total mostraram elevados índices de confiabilidade por meio do valor de Alfa de *Cronbach* que variou de 0,639 a 0,844, ficando em 0,829 o valor total. Conclui-se, portanto, que a escala ADQ-VB é um instrumento, válido, confiável e capaz de mensurar os elementos de adesão ao tratamento do câncer. Ademais, o instrumento também aponta elementos que podem ser reforçados positivamente e servirem de apoio no intuito de melhorar a adesão ao tratamento do câncer.

Referente à aplicação da escala, as mulheres apresentaram em termos gerais uma alta adesão ao tratamento do câncer, não havendo diferenças entre o tipo de câncer o qual foram acometidas. No entanto, o domínio que versou da importância da família e amigos no tratamento configurou-se como o mais positivo entre as mulheres. Já o domínio que retratou

do apoio da rede social e a percepção da severidade do câncer mostrou-se como o mais afetado negativamente. Além disso, relacionado os domínios com as variáveis sócio demográficas identificou-se que a escolaridade influencia na intenção das mulheres em aderirem ao tratamento do câncer.

Assim, faz-se necessário investir em estratégias que alcancem não somente o paciente, mas envolvam a família no planejamento do cuidado em saúde de mulheres em tratamento do câncer, respeitando as relações interpessoais e a dinâmica familiar de cada mulher. Ressalta-se também a importância que a educação em saúde pautada em princípios como: participação, troca de experiências e empoderamento, possui no sentido de gerar saúde, satisfação ao cliente e conseqüentemente um melhor enfrentamento das barreiras de adesão ao tratamento do câncer de mama e de colo do útero.

Os resultados obtidos retrataram fatores relacionados à adesão ao tratamento de mulheres com câncer de colo de útero e de mama. Todavia, são necessárias outras pesquisas que investiguem os diversos universos que permeiam os outros tipos de câncer, uma vez que dependendo do tipo e da severidade da neoplasia, podem surgir diferentes tipos de respostas e enfrentamentos ao tratamento.

Reportando as limitações do estudo, destaca-se a dificuldade em seguir rigorosamente as recomendações de Beaton *et al.*, (2007). Esses autores sugerem a participação dos dois tradutores da etapa I (Tradução inicial) para realizar a síntese das traduções, ou seja, a etapa III. No entanto, tal recomendação não foi seguida, visto a dificuldade de reunir os dois tradutores. Acrescenta-se ainda como dificuldade do estudo, a reunião do comitê de juízes de forma presencial, a qual necessita da disponibilidade de todos os participantes em um mesmo horário.

O estudo também não possibilitou a comparação da adesão ao tratamento do câncer com mulheres em diversas fases do tratamento, uma vez que é importante reconhecer que diferenças podem existir, dependendo do tempo de tratamento o qual a mulher está submetida.

Ressalta-se que após a obtenção de uma escala confiável para mensurar a adesão ao tratamento do câncer de mama e de CCU, bem como traçado os fatores associados e as variáveis que mais influenciam negativamente na adesão ao tratamento, pretende-se intervir junto a essa população no sentido de diminuir as barreiras de adesão ao tratamento do câncer de mama e de CCU. Acredita-se que uma das formas de melhorar o enfrentamento dessas doenças, seja o investimento em estratégias de educação em saúde que tenham como foco a preservação da identidade da mulher.

Por fim, acredita-se que o presente estudo contribuiu para a publicação de uma escala confiável que seja capaz de mensurar os elementos de adesão ao tratamento do câncer de colo do útero e de mama. A pesquisa ainda possibilita que profissionais de saúde e gestores repensem em suas práticas de saúde, direcionando suas intervenções de forma participativa entre cliente e família, considerando-os como referência em suas atitudes, no sentido de contribuir para uma melhor qualidade de vida e enfrentamento dessa doença ainda tão devastadora e presente no cotidiano de mulheres brasileiras.

## REFERÊNCIAS

- ADAMI, H.; HUNTER, D.; TRICHOPOULOS, D. **Textbook of Cancer Epidemiology**. 2nd ed.: Oxford University Press, 2008.
- ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E. B. Adaptação cultural de instrumentos utilizados em saúde ocupacional. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.11, n.2, p.109-111, 2002.
- ALMEIDA, A. M.; PRADO, M. A. S.; GUIDORIZZI, L. L. F.; ROSSINI, F. P. Mulheres com câncer de mama: um estudo de morbidade. **Acta oncol. Brás**, v. 22, n.2, p.263-269, abr./jun. 2002.
- ALMEIDA, L. H. R. B.; PEREIRA, Y. B. A. S.; OLIVEIRA, T. A. Radioterapia: percepção de mulheres com câncer cérvico-uterino. **Rev Bras Enferm**, v.61, n.4. p.482-487, 2008.
- ANJOS, S. J. S. B.; VASCONCELOS, C. T. M.; FRANCO, E. S.; ALMEIDA, P.C.; PINHEIRO, A. K. B. Fatores de risco para câncer de colo do útero segundo resultados de IVA, citologia e cervicografia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.44, n.4, p.912-920, 2010.
- ARAÚJO, I. M. A.; FERNANDES, A. F. C. O significado do diagnóstico do câncer de mama para mulher. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v.12, n. 4, p. 664-671, 2008.
- BASTABLE, S. B. **O enfermeiro como educador** - Princípios de ensino aprendizagem para a prática de enfermagem. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- BEATON, D.; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, F.; FERRAZ, M.B. **Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures**. Institute for Work & Health, 2007.
- BERTOLOZZI, M. R.; NICHATA, L. Y. I.; TAKAHASHI, R. F.; CIOSAK, S. I.; HINO, P.; VAL, L. F. *et al.*. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Rev Esc Enferm USP**, v.43, n.esp2, p.1326-1330, 2009.
- BERTOLOZZI, M. R. A adesão ao Programa de Controle da Tuberculose na perspectiva da estratégia do Tratamento Diretamente Observado ("DOTS") no Município de São Paulo. 2001. Tese (Doutorado).- - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2001.
- BEZERRA, S. J. S.; GONÇALVES, P. C.; FRANCO, E. S.; PINHEIRO, A. K. B. Perfil de mulheres portadoras de lesões cervicais por HPV quanto aos fatores de risco para câncer de colo uterino. **DST .OJbras. Doenças.Sex.Transm.**, v. 17, n. 2, p. 143-148, 2005.
- BIFF, R. G. **A dinâmica familiar de um grupo de mulheres com câncer de mama**. 2003. Tese (Doutorado) . – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 2003.
- 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. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Bioética**, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Instituto Nacional de Câncer. **Condutas Clínicas Frente aos Resultados do Exame de Papanicolaou**. 3. ed. São Paulo: INCA, 2008.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

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

BULLINGER, M.; ALONSO, J.; APOLONE, G.; LEPLÈGE, A.; SULLIVAN, M.; WOOD-DAUPHINEE S.; GANDEK, B.; WAGNER, A.; AARONSON, N.; BECH, P.; FUKUHARA, S.; KAASA, S.; WARE, J. E. Translating health status questionnaires and evaluating their quality: the IQOLA project approach. **Journal of Clinical Epidemiology**, v.51, n.11, p.913-923, 1998.

CAMPANA, H. C. R. **Perfil de mulheres com de câncer de mama**. 2007. Dissertação (mestrado) .-- Universidade Estadual de Maringá, Maringá (PR), 2007.

COLLABORATIVE GROUP ON HORMONAL FACTORS IN BREAST CANCER. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50 302 women with breast cancer and 96 973 women without the disease. **The Lancet**, v. 360, p.1713–27, 1996.

COOPER, M. Reasons for non-attendance at cervical screening. **Art & Science Women's Health**. v.25, n.26, p.41-46, 2011.

COTRAN, R. S.; KUMAR, V.; ROBBINS, S. L. **Robbins patologia estrutural e funcional**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000 .

CRONBACH, L. J. Coefficient alpha and the internal structure os testes. **Psychometrika**, v. 16, p. 297 -334, 1951.

CRUZ, J. B. C.; PEREIRA, A. G. F.; GONÇALVES, R. C. R. Perfil epidemiológico das mulheres com câncer de mama. **Cadernos de Ciência e Saúde**, v.1, n.1, jan./jun. 2011.

DIMATTEO, R.; HAYS, R. D.; GRITZ, E. R.; BASTANI, R.; CRANE, L.; ELASHOFF, R.; GANZ, P; HEBER, D. MCCARTHY, W.; MARCUS, A. Patient Adherence to Cancer Control Regimens: Scale Development and Initial Validation. **Psychological Assessment**, v.5, n.1, p.102-112, 1993.

EGGLESTON K. S.; COKER, A. N.; DAS I. P.; CORDRAY, S. T.; LUCHOK, K. J. Understanding Barriers for Adherence to Follow-Up Care for Abnormal Pap Tests. **Journal of Women's Health**, v.16, n.3, p.311-330, 2007.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. **Quality of life**. Assessment, analysis and interpretation. Chichester: John Wiley & Sons, 2000. 566 p.

FEHRING, R. J. Methods to validate nursing diagnoses. **Heart and Lung**, v. 16, n.6, p. 625-9, nov. 1987.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 2272 p. 5.ed. São Paulo: Editora Positivo, 2010.

FIELD, A. **Descobrimo a estatística usando o SPSS**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

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.

GONÇALVES, L. L. C.; LIMA, A. V.; BRITO, E. S.; OLIVEIRA, M. M.; ALBUQUERQUE, L. ; OLIVEIRA, R. et al. Fatores de risco para câncer de mama em mulheres assistidas em ambulatório de oncologia. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n.3, p.468-472, jul./set. 2010.

GRITZ, E. R.; CARR, C. R.; RAPKIN, D. A.; CHANG, C; BEUMER, J.; WARD. A smoking cessation intervention for head and neck cancer patients: Trial design, patient accrual, and characteristics. **Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention**, v.1, n.1. p.67-73, 1991.

HAN, W. T.; COLLIE, K.; KOOPMAN, C.; AZAROW, J.; CLASSEN, C.; MORROW, G. R et al. Breast cancer and problems with medical interactions: relationships with traumatic stress, emotional self-efficacy, and social support. **Psycho-Oncology**, v. 14, p. 318–330, 2005.

HAY, J. L.; BUCKLEY, T. R.; OSTROFF, J. S. The role of cancer worry in cancer screening: a theoretical and empirical review of the literature. **Psycho-oncology**, v. 14, p. 517-534, 2005.

HEBER, D.; ASHLEY, J. M.; MCCARTHY, W. J.; SOLARES, M. E.; LEAF, D. A.; CHANG, C. *et al.*. Assessment of adherence to a low-fat diet for breast cancer prevention. **Preventive Medicine**, v.21, n.2, p.218-227, 1992.

HILLEN, M. A.; HANNEKE, C. J. M. H.; SMETS, E. M. A. Cancer patients' trust in their physician—a review. **Psycho-Oncology**, v. 20, p. 227–241, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino**. Brasil, 2003. Disponível em:

<<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama.>>. Acesso em: 2 jul. 2012.

\_\_\_\_\_. **Controle do câncer de mama – Documento de Consenso**. Brasil, 2004. Disponível em:

<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/consensointegra.pdf> >. Acesso em: 9 ago. 2010.

\_\_\_\_\_. **Programa Nacional do Controle do Câncer de Mama**. Divisão de apoio a rede de atenção oncológica, 2011.

\_\_\_\_\_. **Tipos de câncer: mama**. Disponível em:

<<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama.>>. Acesso em: 2 jul. 2012.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **Classificação Internacional para a prática de Enfermagem - Versão BETA 2**. Genebra: International Council of Nurses, 2002.

KAISER, H. F.. An index of factorial simplicity. **Psychometrika**, v. 39, p. 31-36, 1974.

KASS, R. A.; TINLEY, H. E. A. Factor analysis. **Journal of Leisure Research**, v. 11, p. 120-138, 1979.

KLINE, P. **The handbook of psychological testing**. 2.ed. London: Routledge, 1986.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a Morte e o Morrer**: o que os Doentes Terminais Têm para Ensinar a Médicos, Enfermeiras, Religiosos e aos seus Próprios Parentes. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

LEITE, F. M. C.; GONÇALVES, C. R. A. G.; AMORIM, M. H. C.; BUBACH, S. Diagnóstico de câncer de mama: perfil socioeconômico, clínico, reprodutivo e comportamental de mulheres. **Cogitare Enferm.**, v.17, n.2, p.342-347, 2012.

LIMA, C. A.; PALMEIRA, J. A. V.; CIPOLOTTI, R. Risk factors for cancer of the uterine cervix in Propriá, Sergipe, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2151-2156, 2006.

LOBIONDO- WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação, crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001.

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

MALDANER, C. R.; BEUTER, M.; BRONDANI, C. M.; BUDÓ, M. L. D.; PAULETTO, M. R. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.29, n.4, p.647-653, 2008.

MARCUS, A. C.; CRANE, L. A.; KAPLAN, C. P.; READING, A. E.; SAVAGE, E.; GUNNING, J.; BERNSTEIN, G.; BEREK, J. S. Improving adherence to screening follow-up among women with abnormal Pap smears: Results from a large clinic-based trial of three intervention strategies. **Medical Care**, v.30, n.3, p.216-230, 1992.

MARTIN J. D. women comply with recommendations for Papanicolaou smears following colposcopy? A retrospective study. **Journal Of Midwifery & Women's Health**, v. 53, n. 2, p.138-142, 2008.

MATOS, J. C. M.; PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B. Prevalência de fatores de risco para o câncer de mama no município de Maringá, Paraná, Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n. 3, p. 352-359, 2010.

MEDCENTER. **Tamoxifeno** – Benefícios e desvantagens associadas ao seu uso em pacientes com câncer de mama. Disponível em:  
<<http://www.medcenter.com/medscape/content.aspx?id=247&langtype=1046>>. Acesso em: 24 set. 2012.

MELO, S. C. C. S; PRATES, L.; CARVALHO, M. D. B.; MARCON, S. S.; PELLOSO, S. M. Alterações citopatológicas e fatores de risco para a ocorrência do câncer de colo uterino. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.30, n.4, p.602-608, 2009.

- MENDES, A. C. G.; SÁ, D. A.; MIRANDA, G. M. D.; LYRA, T. M.; TAVARES, R. A. W. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, May 2012
- MOURA, F. M. J. S. P.; SILVA, M. G.; OLIVEIRA, S. C.; MOURA, L. J. S. P. Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas. **Esc. Anna Nery**, v. 14, n. 3, p. 477-484, 2010.
- MOURÃO, C. M. L.; SILVA, J. G. B.; FERNANDES, A. F. C.; RODRIGUES, D. P. Perfil de pacientes portadores de câncer de mama em um hospital de referência no Ceará. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 9, n. 2, p. 47-53, abr./jun.2008.
- MOURITS, M. J.; DE VRIES, E. G.; WILLEMSE, P. H.; TEN HOOR, K. A.; HOLLEMA, H.; VAN DER ZEE, A. G. Tamoxifen treatment and gynecologic side effects: a review. **Obstet Gynecol.**, v. 97; p. 855–866, 2001.
- NERONE, V.; TRINCAUS, M. R. Reações emocionais e sentimentos experienciados pelas mulheres com câncer de colo uterino. **Revista Salus-Guarapuava-PR**, v.1, n.2, p.147-155, jul./dez. 2007.
- OLIVEIRA, M. S.; FERNANDES, A. F. C.; GALVÃO, M. T. G. Mulheres vivenciando o adoecer em face do câncer cérvico-uterino. **Acta Paul Enferm.**, v.18, n.2, p.150-155, 2005.
- OWUSU, C.; BUIST, D. S.; FIELD, T. S.; LASH, T. L.; THWIN, S. S.; GEIGER, A. M et al. Predictors of tamoxifen discontinuation among older women with estrogen receptorpositive breast cancer. **J Clin Oncol.**, v. 26, n.4, p.549–555, 2008.
- PANOBIANCO, M. S.; SOUSA, V. P.; PRADO, M. A. S.; GOZZO, T. O.; MAGALHÃES, P. A. P.; ALMEIDA, A. M. Construção do conhecimento necessário ao desenvolvimento de um manual didático-instrucional na prevenção do linfedema pós-mastectomia. **Texto Contexto Enferm**, v. 18, n.3, p. 418-26, jul./set. 2009.
- PASIN, R. R.; SISSON, M. C. Avaliação do programa de controle do câncer de colo uterino: percepção de portadoras de papilomavirus. **Cienc Cuid Saude**, v. 9, n.3, p.:440-447, 2010.
- PASQUALI, L. **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração**. Brasília: LabPAM/ IBAPP, 1999.
- PASQUALI, L.; CAPOVILLA, A. G. S.; ALONSO, A. O. L.; ALVES, A. R.; BORBA, A. C. P.; BATISTA, C. G et al. **Instrumentação psicológica – Fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- PELLEGRINI, I.; SARRADON-ECK, A.; SOUSSAN, P. B.; LACOUR, A. C.; LARGILLIER, R.; TALLET, A. et al. Women's perceptions and experience of adjuvant tamoxifen therapy account for their adherence: breast cancer patients' point of view **Psycho-Oncology** , v. 19, p. 472–479, 2010.
- PINHO, L. S.; CAMPOS, A. C. S.; FERNANDES, A. F. C.; LOBO, S. A. Câncer de mama: da descoberta à recorrência da doença. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 9, n.1, p.154-65, 2007.
- POLINSKY, M. L.; FRED, C.; GANZ, P. A. Quantitative and qualitative assessment of a case management program for cancer patients. **Health And Social Work**, v.16, n.3, p.176-183, 1991.



POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PRADO, P. R.; KOIFMAN, R. J.; SANTANA, A. L. M.; SILVA, I. F. Caracterização do Perfil das Mulheres com Resultado Citológico ASCUS/AGC, LSIL e HSIL segundo Fatores Sociodemográficos, Epidemiológicos e Reprodutivos em Rio Branco - AC, Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n. 3, p. 471-479, 2012.

PRIMO, W. Q. S. P.; GARRAFA, V. Análise ética da revelação do diagnóstico e tratamento em pacientes com câncer genital ou mamário. **Rev Assoc Med Bras.**, v.56, n.4. p.397-402, 2010.

RAMA, C. H.; ROTELI-MARTINS, C. M.; DERCHAIN, S. F.; MAURICETTE; LONGATTO-FILHO, A.; GONTIJO, R. C. et al.. Prevalence of genital HPV infection among women screened for cervical cancer. **J. public health**; v. 42, n.1, p.123-130, fev. 2008.

RAMOS, E. S. N.; REZENDE, C. A. M.; CAVALCANTI, G. B.; SILVA, D.C.P. Sensitivity evaluation of cytopathology by comparative study with colposcopy in induced cervical lesion porters through human papillomavirus. **RBAC**, v.41, n.3, p.177-179, 2009.

REINERS, A. A. O.; AZEVEDO, R. C. S.; VIEIRA, M. A.; ARRUDA, A. L. G. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, sup 2, p.2299-2306, 2008.

RODRIGUES, J. S. M; FERREIRA, N. M. L. A. A experiência da família no cuidado domiciliário ao doente com câncer: uma revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf.** v. 13, n.2, p.338-346, 2011.

ROSA, M. I.; MEDEIROS, L. R.; ROSA, D. D.; BOZZETI, M. C.; SILVA, F. R.; SILVA, B. R. Papilomavírus humano e neoplasia cervical. **Cad.SaúdePública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p.953-964, maio 2009 .

ROSSI, L.; SANTOS, M. A. S. Repercussões Psicológicas do Adoecimento e Tratamento em Mulheres. Acometidas pelo Câncer de Mama. **Psicologia ciência e profissão**, v. 23, n.4, p. 32-41, 2003.

RYAN, R. M.; DECI, E. L. On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well being. **Annual Review of Psychology**, v. 52, p. 141-166, 2001.

SALIMENA, A. M. O. ; SOUZA, I. E. O sentido da sexualidade de mulheres submetidas a histerectomia: uma contribuição da enfermagem para a integralidade da assistência ginecológica. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, Dec. 2008 .

SANDERS, T.; SKEVINGTON, S. Participation as an expression of patient uncertainty: an exploration of bowel cancer consultations. **Psychooncology**, v. 13, n.10, p. 675-688, 2004.

SANTOS, D. B.; VIEIRA, E. M. Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.5. p.2511-2522, 2011.

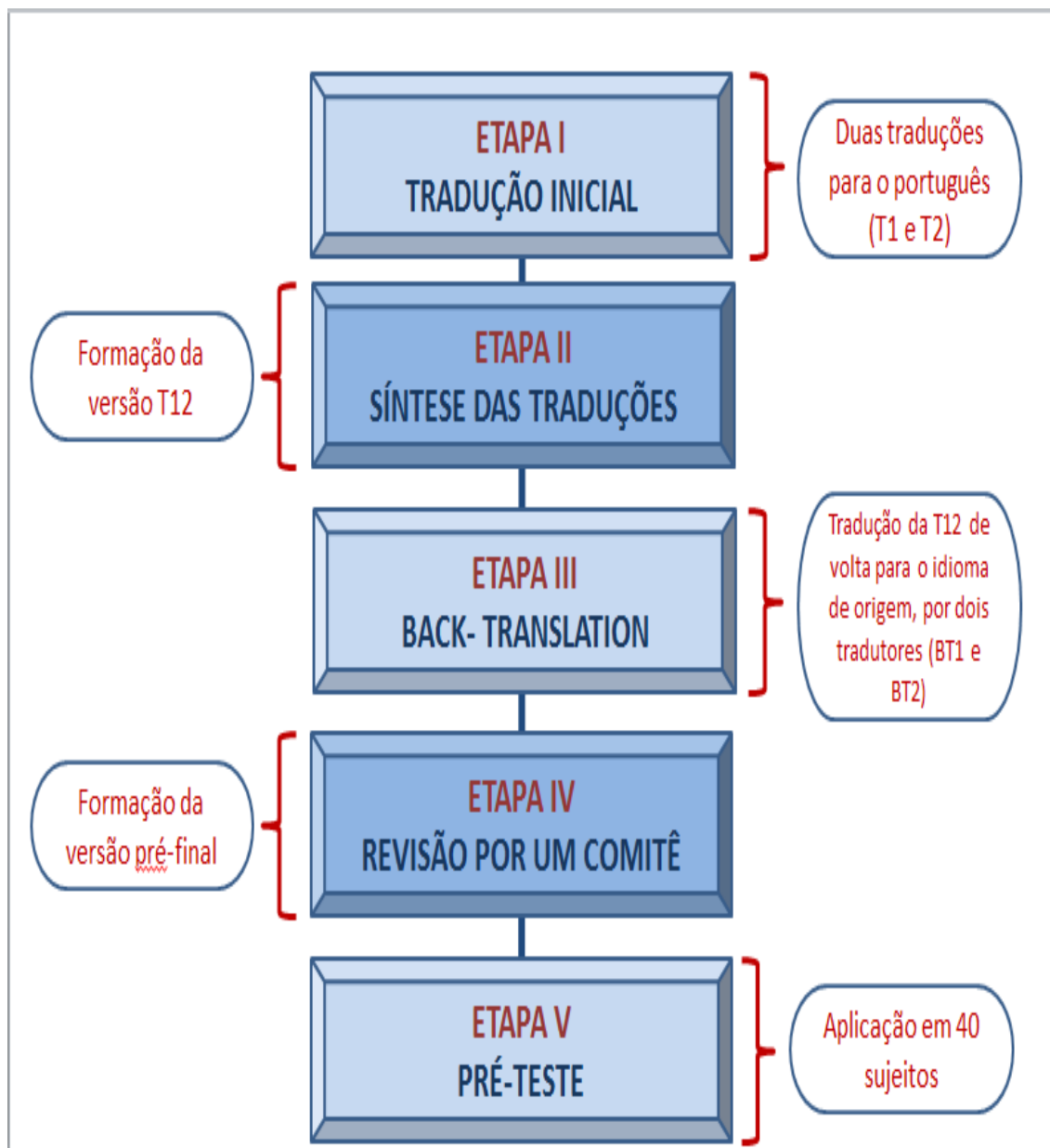
SANTOS, S. M. M.; OLIVEIRA, L. Igualdade nas relações de gênero na sociedade do capital: limites, contradições e avanços. **Rev. Katál. Florianópolis**, v. 13, n. 1, p. 11-19, 2010.

- SAWADA, N. O.; NICOLUSSI, A. C.; OKINO, L.; CARDOZO, F. M. C.; ZAGO, M. M. F. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. **Rev. esc. enferm. USP**, v.43, n.3, p.581-587, 2009.
- SEBASTIÃO JUNIOR, H. D.; MATOS, K. F.; MENDES, O. P. J.; MATSUMOTO, A. H.; MARTINS, M. L. H. Fatores de risco para câncer cervical em mulheres assistidas por uma equipe de saúde da família em Cuiabá, MT, Brasil. **Cienc. enferm., Concepción**, v. 17, n. 1, P. 71-80, 2011 .
- SILVA, P. A.; RIUL, S. S. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 6, dec. 2011 .
- SIQUEIRA, M. M. M.; PADOVAM, V. A. R. Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 201-209, 2008.
- SOARES, M. C.; MISHIMA, S. M.; MEINCKE, S. M. K.; SIMINO, G. P. R. Câncer de colo uterino: caracterização das mulheres em um município do Sul do Brasil. **Esc Anna Nery Rev Enferm** , v. 14, n. 1, p. 90-96, 2010.
- SPERBER, A. Translation and validation of studys instruments for cross-cultural research. **Gastroenterology**, v.126, p.124-128, 2004.
- STEIN, A. T. S.; ZELMANOWICZ, A. M.; ROSA, D. D. Perfil Antropométrico e Conhecimento Nutricional de Mulheres Sobreviventes de Câncer de Mama do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 3, p. 303-309, 2010.
- THERRIÉN, S. M. N.; SILVA, M. G. C. Reflexão: a formação de enefremeiros e a expansão do ensino de enfermagem no Ceará. **Rev. RENE**, v. 7, n. 3, p. 78-84, 2006.
- UNITED NATIONS FOR EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATIONS – UNESCO. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Paris, 19 de outubro de 2005. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_univ\\_bioetica\\_dir\\_hum.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf)>. Acesso em: 30 set. 2010.
- VASCONCELOS, C. T. M.; NETO, J. A. V.; CASTELO, A. R. P.; MEDEIROS, F. C.; PINHEIRO, A. K. B. Analysis of coverage and of the pap test exams not retired of a Basic Health Unit. **Rev. esc. enferm. USP**, v.44, n.2, p. 324-330, 2010.
- WALL K. M.; NUNEZ G. M. R.; SALINAS-MARTINEZ A. M.; BARANIUK, S.; DAY R. S. Modifiable barriers to cervical cancer screening adherence among working women in Mexico. **Journal of Women's Health**, v.19, n.7, p.1263-1270, 2010.
- WHITE C. A. **Body Image: a Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice**. New York/London:The Guilford Press, 2002
- WILLIAMSON, M. Y. **Research methodology and its application to nursing**. New York:John Wiley, 1981.
- WOLSCHICK, N. M.; CONSOLARO, M. E. L.; SUZUKI, L. E.; BOER, C.G Cervical uterine cancer: emerging technologies on the diagnosis, treatment and disease prevention. **RBAC**, v.39, n.2, p.123-129, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing chronic diseases: a vital investment.** 2005. Disponível em: <[http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/en/](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/)>. Acesso em: 13 jun. 2012.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A - FLUXOGRAMA DE TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL



## APÊNDICE B - CARTA CONVITE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: PAULA RENATA AMORIM LESSA  
ORIENTADORA: ANA KARINA BEZERRA PINHEIRO

Prezado (a) Senhor (a)

Sou Paula Renata Amorim Lessa, 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, adaptação transcultural e validação da escala *Adherence Determinants Questionnaire* (ADQ) para uso no Brasil e, venho por meio desta, convidar vossa senhoria a participar da minha pesquisa como juiz especialista.

Caso aceite participar da pesquisa, entregarei um kit composto de: um fluxograma que define o processo de tradução e adaptação utilizado na presente pesquisa; o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE); um instrumento de validação da escala que contém a escala na versão original e a escala traduzida para ser avaliado pelo (a) senhor (a) em relação às equivalências semântica, idiomática, conceitual e experiencial que estão conceituados no instrumento e um questionário de caracterização do perfil dos juízes. Além disso, serão disponibilizadas as outras versões da escala, provenientes das etapas iniciais do processo de tradução e adaptação transcultural para que se possa avaliar alguma inconsistência.

O comitê de juízes a qual lhe convido a participar será formado por cinco profissionais da área da saúde. 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 em um único encontro. A reunião realizar-se-á no dia 23 de maio de 2012 às 13 horas e 30 minutos, na sala 01 da Pós-Graduação, no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

Agradeço antecipadamente sua colaboração para o desenvolvimento dessa pesquisa e caso tenha alguma dúvida, estou no disponível no telefone: (85) 8830 4727 e e-mail: [paularenatal@yahoo.com.br](mailto:paularenatal@yahoo.com.br). Sua presença é fundamental para a riqueza das discussões e contribuição para o processo de tradução, adaptação cultural e validação da escala ADQ ser eficaz.

Paula Renata Amorim Lessa

## APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Sou Paula Renata Amorim Lessa, 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, adaptação transcultural e validação da escala *Adherence Determinants Questionnaire* (ADQ) para uso no Brasil** e venho por meio desta convidar vossa senhoria a participar da minha pesquisa como juiz especialista.

A pesquisa tem como objetivo traduzir, adaptar culturalmente e validar a escala *Adherence Determinants Questionnaire* (ADQ) para a língua portuguesa e uso no contexto brasileiro. A escala ADQ tem como objetivo avaliar os elementos da auto adesão dos pacientes ao tratamento clínico e prevenção do câncer em geral.

A realização da tradução e adaptação transcultural de um instrumento é um processo que exige um grande rigor metodológico, uma vez que se trata de realidades e idiomas diferentes. Muitas vezes, faz-se necessário transformar completamente alguns itens do instrumento para capturar os mesmos conceitos propostos na versão original.

Portanto, caso aceite participar da pesquisa, irei entregar a escala na versão original e a escala traduzida para ser avaliado pelo (a) senhor (a) em relação às equivalências semântica, idiomática, conceitual e experiencial que está definido no instrumento. Será entregue um instrumento de avaliação, no qual você irá analisar cada equivalência e justificar sua opinião. As outras versões da escala que são necessárias para o processo de tradução e adaptação também estarão disponíveis, caso queira avaliar alguma inconsistência.

Informo ao (à) senhor(a) que sua participação neste estudo é voluntária e necessitará de um encontro com o comitê de juízes para que possamos juntos discutir e formar a versão pré-final da escala ADQ. Para sua maior segurança, será mantido sigilo em relação ao seu nome e/ou quaisquer outros aspectos que possam vir a identificá-lo(a). As informações utilizadas neste estudo possuirão a única finalidade de colaborar com a presente dissertação de mestrado bem como a divulgação em relatórios e revistas científicas.

Asseguro que a qualquer momento da pesquisa o (a) senhor (a) poderá recusar a continuar participando e, também poderá retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo.

Caso tenha alguma dúvida, procure-me no meu endereço: Rua Martinho Rodrigues 1301, Apto. 902-A , Bairro de Fátima. CEP: 60411-280. Tels.: (85) 3257 4267 e (85) 8830 4727; e-mail: [paularenatal@yahoo.com.br](mailto:paularenatal@yahoo.com.br)

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará encontra-se disponível para esclarecer dúvidas e/ou reclamações: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127, Rodolfo Teófilo; Tel.: (85) 3366-8344.

Espero contar com sua cooperação e desde já agradeço pela atenção.

Atenciosamente,

*Paula Renata Amorim Lessa*

Pesquisadora  
Paula Renata Amorim Lessa

## APÊNDICE D - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PELOS JUÍZES

**Instruções:** Para que possamos realizar uma adequada adaptação transcultural da escala *Adherence Determinanta Questionnaire* (ADQ) para uso no Brasil, solicitamos sua contribuição nesta etapa de validação da versão brasileira, em atendimento aos objetivos da presente 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 às equivalências semântica, idiomática, experimental e conceitual, seguindo a seguinte codificação:

C= Concordo

CP= Concordo em Partes

D= Discordo

**OBS:** Nesse instrumento as equivalências abaixo (semântica, idiomática, experiencial e conceitual) serão avaliadas a partir da comparação da escala original juntamente com a versão da escala traduzida. Abaixo segue os conceitos de cada equivalência:

1. **EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA:** Refere-se à equivalência do significado das palavras, a avaliação gramatical e de vocabulário;
2. **EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA:** Refere-se aos coloquialismos ou expressões idiomáticas, que, geralmente, são difíceis de traduzir;
3. **EQUIVALÊNCIA EXPERIENCIAL:** Refere-se à utilização de termos coerentes com a experiência de vida da população à qual se destina o estudo;
4. **EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL:** Destina-se a verificar se determinadas palavras ou expressões possuem significado conceitual semelhante, ou ainda se possuem a mesma importância em diferentes culturas, apesar de se equivalerem semanticamente.

**Em caso de acordo em partes ou desacordo, descreva as sugestões para aprimorar o item a ser corrigido no espaço destinado para tal fim, abaixo de cada análise.**



ITEM DA ESCALA VERSÃO T12 (Português)	ITEM DA ESCALA VERSÃO ORIGINAL (Inglês)	EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA	EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA	EQUIVALÊNCIA EXPERIMENTAL	EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL
Questionário de Determinantes de Adesão	The Adherence Determination Questionnaire	<p>1.1. O item da versão traduzida (T12- brasileira) apresenta ortografia correta? 1.( ) C 2.( ) CP 3.( ) D</p> <p>1.2 O vocabulário da versão traduzida apresenta significado equivalente à versão original da escala? 1.( ) C 2.( ) CP 3.( ) D</p> <p>1.3 O item está gramaticalmente correto? 1.( ) C 2.( ) CP 3.( ) D</p>	<p>2. As expressões idiomáticas ou palavras de difícil tradução da escala original foram substituídas por palavras equivalentes na versão brasileira?</p> <p>1.( ) C 2.( ) CP 3.( ) D</p>	<p>3. O item apresenta termos coerentes com o contexto cultural da população na qual a escala será utilizada?</p> <p>1.( ) C 2.( ) CP 3.( ) D</p>	<p>4. O item apresenta palavras com significados conceituais equivalentes à versão original da escala?</p> <p>1.( ) C 2.( ) CP 3.( ) D</p>
<b>OBS: Em caso de acordo em parte ou desacordo utilize o espaço ao lado para realizar as considerações necessárias.</b>					
Indique na escala do	Response	1.1. O item da versão	2. As expressões	3. O item apresenta	4. O item apresenta

<p>tipo Likert de cinco pontos a opção que mais se adequa a sua realidade</p> <p>(1 = <i>discordo completamente</i>; 2 = <i>discordo</i>; 3 = <i>nem concordo e nem discordo</i>; 4 = <i>concordo</i>; 5 = <i>concordo completamente</i>).</p>	<p>options for each item formed a 5-point Likert scale (1 = <i>strongly disagree</i>; 2 = <i>disagree</i>; 3 = <i>neither agree nor disagree</i>; 4 = <i>agree</i>; 5 = <i>strongly agree</i>). The most general form of the questionnaire, with Items 15 and 17 through 24 specifically phrased for patients who have cancer, is presented here.</p>	<p>traduzida (T12- brasileira) apresenta ortografia correta? 1.( ) C 2.( ) CP 3.( ) D</p> <p>1.2 O vocabulário da versão traduzida apresenta significado equivalente à versão original da escala? 1.( ) C 2.( ) CP 3.( ) D</p> <p>1.3 O item está gramaticalmente correto? 1.( ) C 2.( ) CP 3.( ) D</p>	<p>idiomáticas ou palavras de difícil tradução da escala original foram substituídas por palavras equivalentes na versão brasileira, 1.( ) C 2.( ) CP 3.( ) D</p>	<p>termos coerentes com o contexto cultural da população na qual a escala será utilizada? 1.( ) C 2.( ) CP 3.( ) D</p>	<p>palavras com significados conceituais equivalentes à versão original da escala? 1.( ) C 2.( ) CP 3.( ) D</p>
<p><b>OBS: Em caso de acordo em parte ou desacordo utilize o espaço ao lado para realizar as considerações necessárias.</b></p>					
<p>/. <i>Aspectos Interpessoais do</i></p>	<p>/. <i>Interpersonal Aspects of</i></p>	<p>1.1. O item da versão traduzida (T12- brasileira)</p>	<p>2. As expressões idiomáticas ou</p>	<p>3. O item apresenta termos coerentes</p>	<p>4. O item apresenta palavras com</p>

<i>Cuidado</i>	<i>Care</i>	<p>apresenta ortografia correta? 1.( ) C 2.( ) CP 3.( ) D</p> <p>1.2 O vocabulário da versão traduzida apresenta significado equivalente à versão original da escala? 1.( ) C 2.( ) CP 3.( ) D</p> <p>1.3 O item está gramaticalmente correto? 1.( ) C 2.( ) CP 3.( ) D</p>	<p>palavras de difícil tradução da escala original foram substituídas por palavras equivalentes na versão brasileira? 1.( ) C 2.( ) CP 3.( ) D</p>	<p>com o contexto cultural da população na qual a escala será utilizada? 1.( ) C 2.( ) CP 3.( ) D</p>	<p>significados conceituais equivalentes à versão original da escala? 1.( ) C 2.( ) CP 3.( ) D</p>
----------------	-------------	---	--	---	--

**OBS: As perguntas foram as mesmas para todos os itens da escala ADQ-VB**

## APÊNDICE E - INSTRUMENTO DO PERFIL DOS JUÍZES

### 1- IDENTIFICAÇÃO

**Especialista no.** \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Local de Trabalho: \_\_\_\_\_

Área de atuação: \_\_\_\_\_

Ocupação atual: 1 ( ). Assistência 2( ). Ensino 3( ). Pesquisa 4( ). Consultoria

Tempo da ocupação atual em anos: \_\_\_\_\_

Proficiência na língua inglesa: 1( ) Sim 2( ) Não

### QUALIFICAÇÃO

Formação/ Graduação: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

Especialização 1: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

Especialização 2: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

Mestrado em : \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

Doutorado em: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

### EXPERIÊNCIA COM O CONTEÚDO EM QUESTÃO:

Tese na temática Saúde da Mulher ou Câncer de colo do útero e Câncer de Mama– 2 pontos	
Dissertação na temática Saúde da Mulher ou Câncer de colo do útero e Câncer de Mama– 2 pontos	
Experiência prática na área da Saúde Mulher ou Câncer de colo do útero e Câncer de Mama – 2 pontos	
Participação em grupos/projetos de pesquisa que envolvam a temática Saúde da Mulher ou Câncer de colo do útero e Câncer de Mama – 1 ponto	
Autoria de trabalhos publicados em periódicos que abordem a temática Saúde da Mulher ou Câncer de colo do útero e Câncer de Mama – 1 ponto	
Experiência na temática de validação de instrumentos psicométricos.	

## APÊNDICE F - ESCALA VERSÃO T1

### **QUESTIONÁRIO DE DETERMINANTES DE ADERÊNCIA (ADQ)**

Responda as opções para cada item formando uma escala Likert de 5 pontos (1= *discorda completamente*; 2 = *discorda*; 3 = *nem concorda nem discorda*; 4 = *concorda*; 5 = *concorda plenamente*).

#### *I. Aspectos Interpessoais de Cuidado*

1. Os médicos e outros profissionais da saúde às vezes ignoram o que digo a eles.
2. Os médicos e outros profissionais da saúde ouvem atentamente o que tenho a dizer.
3. Os médicos e outros profissionais da saúde respondem a todas as minhas perguntas.
4. Às vezes os médicos e outros profissionais da saúde usam termos técnicos sem explicar o que significam.
5. Eu acredito que os médicos e outros profissionais da saúde queiram meu bem.
6. Os médicos e outros profissionais da saúde agem como se eu estivesse desperdiçando o tempo deles.
7. Os médicos e outros profissionais da saúde me tratam de uma maneira simpática e cortês.
8. Os médicos e outros profissionais da saúde demonstram pouca preocupação comigo.

#### *II. Utilidade Observada (Custos/Benefícios e Eficácia)*

9. Os benefícios do meu tratamento superam qualquer dificuldade que eu possa vir a ter em segui-lo.
10. Meu tratamento é muito problemático para o que quero me livrar.
11. Porque meu tratamento é muito difícil, não vale a pena segui-lo.
12. Seguir meu tratamento é melhor para mim do que não segui-lo.
13. Seguir meu tratamento me ajudará a ficar saudável.
14. Ficarei bem mesmo se evitar meu tratamento.
15. Acredito que meu tratamento irá me ajudar a prevenir que eu tenha câncer novamente.
16. É difícil de acreditar que meu tratamento irá me ajudar.

#### *III. Severidade Observada*

17. Há muitas doenças mais fortes do que o tipo de câncer que tenho.
18. O tipo de câncer que tenho não é tão ruim quanto dizem.
19. O tipo de câncer que tenho é uma doença terrível.
20. Há pouca esperança para quem tem o tipo de câncer que tenho.

#### *IV. Suscetibilidade Observada*

21. As chances de eu poder desenvolver câncer novamente são bem altas.
22. Espero está livre do câncer no future.
23. Não importa o que eu faça, há uma grande chance de eu desenvolver o câncer novamente.
24. Meu corpo vai lutar contra o câncer no future.

#### *V. Normas Subjetivas*

25. Meus familiares mais próximos acham que devo seguir meu tratamento.
26. Quero fazer o que meus familiares acham que eu deveria fazer em relação a meu tratamento.
27. Meus amigos mais próximos acham que devo seguir meu tratamento.
28. Quero fazer o que meus amigos mais próximos acham que eu deveria fazer em relação a meu tratamento.
29. Meus parentes acham que devo seguir meu tratamento.

30. Quero fazer o que meus parentes acham que eu deveria fazer em relação a meu tratamento.

*VI. Intenções*

31. Assumi um compromisso para seguir meu tratamento.

32. Seguir meu tratamento não está em meus planos.

33. Pretendo seguir meu tratamento.

34. Não tenho intenção em seguir meu tratamento.

*VII. Apoio*

35. Muitas coisas me atrapalham para seguir com o tratamento.

36. Preciso de mais assistência para seguir com meu tratamento.

37. Tenho a ajuda que preciso para realizar meu tratamento.

38. Sou capaz de lidar com qualquer problema em seguir meu tratamento.

## APÊNDICE G - ESCALA VERSÃO T2

### QUESTIONÁRIO DE DETERMINANTES DE ADERÊNCIA (ADQ)

As opções de resposta para cada item são formadas por uma escala do tipo Likert (1 = *discordo fortemente*; 2 = *discordo*; 3 = *indiferente*; 4 = *concordo*; 5 = *concordo fortemente*). A forma mais geral do questionário, com itens 15 e 17 até 24 com frases específicas para pacientes com câncer, esta presente aqui.

#### I. Aspectos Interpessoais do Cuidado

1. Médicos e outros profissionais de saúde às vezes ignoram o que tenho a dizer.
2. Médicos e outros profissionais de saúde escutam com atenção o que tenho a dizer.
3. Médicos e outros profissionais de saúde respondem a todas as minhas perguntas.
4. Algumas vezes médicos e outros profissionais de saúde utilizam termos técnicos sem explicar seu significado.
5. Eu acho que médicos e outros profissionais de saúde priorizam meu bem estar.
6. Médicos e outros profissionais de saúde se portam como se estivessem perdendo seu tempo comigo.
7. Médicos e outros profissionais de saúde tratam-me de forma muito amigável e cortez.
8. Médicos e outros profissionais de saúde mostram pouco interesse em mim.

#### II. Utilidade Percebida (Benefícios/Custos e Eficácia)

9. Os benefícios do meu plano de tratamento superam qualquer dificuldade que possa ter em segui-lo.
10. Meu plano de tratamento é muito trabalho para o benefício adquirido.
11. Devido à dificuldade do meu plano de tratamento, não vale a pena segui-lo.
12. Seguir meu plano de tratamento é melhor para mim que não segui-lo.
13. Seguir meu plano de tratamento irá me ajudar a ficar saudável.
14. Ficarei saudável da mesma forma se não seguir meu plano de tratamento.
15. Acredito que meu plano de tratamento irá prevenir o surgimento de um câncer novamente.
16. É difícil acreditar que meu plano de tratamento irá me ajudar.

#### III. Severidade Percebida

17. Existem muitas doenças mais severas do que o tipo de câncer que possuo.
18. O tipo de câncer que possuo não é tão ruim quanto dizem.
19. O tipo de câncer que tenho é uma doença terrível.
20. Há pouca esperança para pessoas que possuem o tipo de câncer que possuo.

#### IV. Susceptibilidade percebida

21. Minhas chances de desenvolver câncer novamente são altas.
22. Espero estar livre do câncer no futuro.
23. Não importa o que eu faça, há uma boa chance de desenvolver câncer novamente.
24. Meu corpo irá repelir o câncer no futuro.

#### V. Normas Subjetivas

25. Membros imediatos da minha família sugerem que eu siga meu plano de tratamento.
26. Eu quero seguir o plano de tratamento da forma que os membros imediatos da minha família orientar.
27. Amigos próximos sugerem que eu siga meu plano de tratamento.
28. Eu quero seguir o plano de tratamento da forma que meus amigos próximos orientarem.
29. meus parentes sugerem que eu siga meu plano de tratamento.

30. Eu quero seguir o plano de tratamento da forma que meus parentes orientarem.

VI. Intenções

31. Eu me comprometi a seguir o plano de tratamento.

32. seguir o plano de tratamento não esta nos meus planos.

33. Eu pretendo seguir o plano de tratamento.

34. Não tenho a intenção de seguir o plano de tratamento.

VII. Auxílio/Assalariados

35. Muitas coisas interferem no seguimento do plano de tratamento.

36. Preciso de mais auxilio para seguir o plano de tratamento.

37. Tenho a ajuda que preciso para seguir o plano de tratamento.

38. Sou capaz de lidar com qualquer problema que ocorra durante meu plano de tratamento.



## APÊNDICE H – ESCALA VERSÃO T12

### Questionário de Determinantes de Adesão

Responda as opções para cada item formando uma escala do tipo Likert (1 = discordo completamente; 2 = discordo; 3 = nem concordo e nem discordo; 4 = concordo; 5 = concordo plenamente).

#### I. Aspectos Interpessoais do Cuidado

1. Os médicos e outros profissionais da saúde às vezes ignoram o que digo a eles.
2. Os médicos e outros profissionais de saúde escutam com atenção o que tenho a dizer.
3. Os médicos e outros profissionais da saúde respondem a todas as minhas perguntas.
4. Às vezes os médicos e outros profissionais da saúde usam palavras sem explicar o que significam.
5. Eu acho que médicos e outros profissionais de saúde querem meu bem estar.
6. Os médicos e outros profissionais da saúde agem como se estivessem perdendo seu tempo comigo.
7. Os médicos e outros profissionais da saúde me tratam de uma maneira simpática e educada.
8. Os médicos e outros profissionais da saúde demonstram pouca preocupação comigo.

#### II. Utilidade Percebida (Benefícios/Custos e Eficácia)

9. Os benefícios do meu tratamento superam qualquer dificuldade que possa ter em segui-lo.
10. Meu tratamento é muito difícil para o benefício adquirido.
11. Devido à dificuldade do meu tratamento, não vale a pena segui-lo.
12. Seguir meu tratamento é melhor para mim do que não segui-lo.
13. Seguir meu tratamento me ajudará a ficar saudável.
14. Ficarei saudável mesmo se não seguir meu plano de tratamento.
15. Acredito que meu tratamento irá me ajudar a prevenir que eu tenha câncer novamente.
16. É difícil acreditar que meu tratamento irá me ajudar.

#### III. Severidade Percebida

17. Existem muitas doenças mais severas do que o tipo de câncer que possuo.
18. O tipo de câncer que tenho não é tão ruim quanto dizem.
19. O tipo de câncer que tenho é uma doença terrível.
20. Há pouca esperança para quem tem o tipo de câncer que tenho.

#### IV. Susceptibilidade percebida

21. Minhas chances de desenvolver câncer novamente são altas.
22. Espero estar livre do câncer no futuro.
23. Não importa o que eu faça, há uma grande chance de desenvolver câncer novamente.
24. Meu corpo irá repelir o câncer no futuro.

#### V. Normas Subjetivas

25. Meus familiares mais próximos acham que devo seguir meu tratamento.
26. Quero fazer o que meus familiares acham que eu deveria fazer em relação a meu tratamento.
27. Meus amigos mais próximos acham que devo seguir meu tratamento.
28. Quero fazer o que meus amigos mais próximos acham que eu deveria fazer em relação a meu tratamento.
29. Meus parentes acham que devo seguir meu tratamento.

30. Quero fazer o que meus parentes acham que eu deveria fazer em relação a meu tratamento.

#### VI. Intenções

31. Assumi um compromisso para seguir meu tratamento.

32. Seguir meu tratamento não está em meus planos.

33. Eu pretendo seguir o meu tratamento.

34. Não tenho a intenção de seguir o meu tratamento.

#### VII. Apoio

35. Muitas coisas me interferem para seguir com o tratamento.

36. Preciso de mais assistência para seguir com meu tratamento.

37. Tenho a ajuda que preciso para realizar meu tratamento.

38. Sou capaz de lidar com qualquer problema que ocorra durante meu tratamento.

## APÊNDICE I – ESCALA VERSÃO BT1

### Questionnaire for the Determination of Adhesion

Answer options for each item forming a 5-point Likert scale (1 = completely disagree, 2 = disagree, 3 = neither agree nor disagree, 4 = agree, 5 = fully agree).

#### I. Interpersonal Aspects of Care

1. Doctors and other health professionals sometimes ignore what I say to them.
2. Doctors and other health professionals listen carefully to what I say.
3. Doctors and other health professionals answer all my questions.
4. Sometimes doctors and other health professionals use technical terms without explaining what they mean.
5. I believe that doctors and other health professionals want to see me well.
6. Doctors and other health professionals act like I'm wasting their time.
7. Doctors and other health professionals treat me friendly and courteous.
8. Doctors and other health professionals demonstrate little concern for me.

#### II. Perceived Usefulness (Costs / Benefits and Effectiveness)

9. The benefits of my treatment outweigh any difficulty that I might have.
10. My treatment is very difficult compare with the benefit I get from it.
11. Because my treatment is very difficult its not worth to follow him.
12. Is better for me to follow my treatment than not.
13. If I follow my treatment that will help me to keep healthy.
14. I'll be healthy even if I don't follow my treatment plan.
15. I believe that my treatment will help me to prevent having cancer again.
16. It's hard to believe that my treatment will help me.

#### III. Perceived Severity

17. There are many conditions worst than the type of cancer I have.
18. The type of cancer I have is not as bad as they say.
19. The type of cancer I have is a terrible disease.
20. There is little hope for those who have the same type of cancer I have.

#### IV. Perceived susceptibility

21. The chances I have of developing cancer is very high.
22. I hope to be cancer-free in the future.
23. No matter what I do, there is a great chance for me to develop cancer again.
24. My body will fight against cancer in the future.

#### V. Subjective Norms

25. My closest family members believe that I should follow my treatment.
26. I do what my family believe that I should do about my treatment.
27. My closest friends believe that I must follow my treatment.
28. I do what my closest friends believe I should do about my treatment.
29. My relatives believe I should follow my treatment.
30. I do what my parents believe I should do about my treatment.

#### VI. Intentions

31. I made a commitment to follow my treatment.

- 32. Following my treatment is not in my plans.
- 33. I want to follow my treatment
- 34. I do not intend to follow my treatment.

#### VII. Support

- 35. Many things are interfering towards my treatment.
- 36. I need more assistance to continue with my treatment.
- 37. I have the help I need to do my treatment.
- 38. I can deal with any problem when following my treatment.

## APÊNDICE J - ESCALA VERSÃO BT2

### Determinants of Adherence Questionnaire

Answer options for each item forming a Likert scale ( 1 = strongly disagree, 2 = disagree, 3 = neither agree nor disagree, 4 = agree, 5 = strongly agree).

#### I. Interpersonal Aspects of Care

1. Physicians and other health professionals sometimes ignore what I say to them.
2. Physicians and other health professionals listen carefully to what I say.
3. Physicians and other health professionals answer all my questions.
4. Sometimes doctors and other health professionals use words without explaining what they mean.
5. I think doctors and other health professionals want to see me well.
6. Physicians and other health professionals act as if they were wasting their time with me.
7. Physicians and other health professionals treat me in a friendly and polite way.
8. Physicians and other health professionals demonstrate little concern for me.

#### II. Perceived Usefulness (Benefits / Costs and Effectiveness)

9. The benefits of my treatment outweigh any difficulties that I may have to follow it.
10. My treatment is very difficult compared with the benefit gained from it.
11. Due to the difficulty of my treatment is not worth to follow it.
12. Is better to follow my treatment than not to do it.
13. Following my treatment will help me to stay healthy.
14. I will stay healthy even when I not follow my treatment plan.
15. I believe that my treatment will help me to prevent having cancer again.
16. It's hard to believe that my treatment will help me.

#### III. Perceived Severity

17. There are many more severe diseases than the type of cancer I have.
18. The type of cancer I have is not as bad as they say.
19. The type of cancer I have is a terrible disease.
20. There is little hope for those who have the same type of cancer I have.

#### IV. Perceived susceptibility

21. My chances of developing cancer again are high.
22. I hope to be cancer-free in the future.
23. No matter what I do, there is a greater chance of developing cancer again.
24. My body will fight off cancer in the future.

#### V. Subjective Norms

25. My closest family believe that I should follow my treatment.
26. I do what my family believe that I should do about my treatment.
27. My closest friends believe that I must follow my treatment.
28. I do what my closest friends believe that I should do about my treatment.
29. My relatives believe I should follow my treatment.
30. I do what my parents believe I should do about my treatment.

#### VI. Intentions

31. I made a commitment to follow my treatment.

- 32. Following my treatment is not in my plans.
- 33. I plan to take my medication.
- 34. I have no intention of following my treatment.

#### VII. Support

- 35. Many things affect me to continue with treatment.
- 36. I need more assistance to continue with my treatment.
- 37. I have the help I need to do my treatment.
- 38. I can deal with any problems that occur during my treatment.

## APÊNDICE K - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS DAS MULHERES EM ESTUDO

### PARTE I – Dados sócio demográficos

1. CÓDIGO DA PACIENTE: \_\_\_\_\_ DATA DA COLETA: \_\_\_/\_\_\_/2012
2. IDADE: \_\_\_\_\_
3. PROCEDÊNCIA:
- 3.1 ( ) Fortaleza      3.2 ( ) Interior, Cidade: \_\_\_\_\_
- 3.3 ( ) Outro Especificar: \_\_\_\_\_
4. ESTADO CIVIL:
- 4.1 ( ) Casada/união consensual
- 4.2 ( ) Solteira
- 4.3 ( ) Divorciada
- 4.4 ( ) Viúva
5. OCUPAÇÃO ATUAL: \_\_\_\_\_
6. OCUPAÇÃO ANTERIOR: \_\_\_\_\_
7. ESCOLARIDADE (anos de estudo). Estudou até qual série: \_\_\_\_\_
8. RENDA FAMILIAR MENSAL (em Real): \_\_\_\_\_
9. RAÇA: 1. ( ) Branca 2. ( ) Negra 3. ( ) Parda 4. ( ) Amarela 5. ( ) Indígena  
6. ( ) Morena 7. ( ) Outra : \_\_\_\_\_
10. RELIGIÃO: 1. ( ) Católica 2. ( ) Evangélica 3. ( ) Espírita 4. ( ) Não tem  
5. ( ) Outra: \_\_\_\_\_

### PARTE II – Fatores que interferem na adesão à prevenção e ao tratamento do câncer

11. A Senhora realiza o exame de prevenção do CCU frequentemente?
1. ( ) Sim    2. ( ) Não    3. ( ) Nunca realizou
12. Qual a frequência com que a senhora realiza o exame de prevenção ( Papanicolaou):
1. ( ) Anualmente    2. ( ) Semestral    3. ( ) Outros: \_\_\_\_\_
17. Possui metástase: 1. ( ) Sim    2. ( ) Não
18. Se sim, qual localização: \_\_\_\_\_
19. Você já recebeu orientações sobre prevenção do câncer de colo do útero?
1. ( ) Sim    2. ( ) Não
20. Se sim, qual profissional: \_\_\_\_\_
21. Tipo de tratamento atual que você realiza:

1. ( ) Quimioterapia  
 2. ( ) Radioterapia  
 3. ( ) Cirurgia  
 4. ( ) Especificar: \_\_\_\_\_
22. Tratamento associado ou que já realizou:  
 1. ( ) Quimioterapia  
 2. ( ) Radioterapia  
 3. ( ) Cirurgia  
 4. ( ) Especificar: \_\_\_\_\_
23. Tempo que está em tratamento atual: \_\_\_\_\_  
 24. É a primeira vez que está se tratando:  
 1. ( ) Sim 2. ( ) Não  
 25. Se sim, faz quanto tempo do seu primeiro tratamento: \_\_\_\_\_
26. Tem história de câncer na família: 1 ( ) Sim 2 ( ) Não  
 27. Qual o tipo de câncer: \_\_\_\_\_  
 28. Qual o parentesco: \_\_\_\_\_
29. Recebeu orientações sobre o tratamento atual que está fazendo agora:  
 1. ( ) Sim 2. ( ) Não Especifique o profissional: \_\_\_\_\_

### Parte III- Fatores de risco para câncer de colo do útero

30. Método contraceptivo utilizado:  
 1. ( ) Preservativo Feminino/Masculino 2. ( ) ACO 3. ( ) ACI 4. ( ) DIU  
 5. ( ) Laqueadura Tubária 6. ( ) Outros: \_\_\_\_\_ 7. ( ) Não utiliza
31. Especifique o tempo de uso de cada método que você utilizou:  
 \_\_\_\_\_
32. Menarca: \_\_\_\_\_
33. Início da vida sexual: \_\_\_\_\_
34. Tabagismo atual: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não  
 35. Quantos cigarros por dia: \_\_\_\_\_  
 36. Quanto tempo faz uso do cigarro: \_\_\_\_\_
37. Tabagismo pregresso: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não  
 38. Há quanto tempo parou: \_\_\_\_\_  
 39. Quantos cigarros fumavam por dia: \_\_\_\_\_  
 40. Quanto tempo fez uso do cigarro: \_\_\_\_\_



41. Já teve história de DST? 1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Não sabe informar
42. Qual DST?: \_\_\_\_\_
43. A senhora estava na menopausa antes de iniciar o tratamento? 1. ( ) Sim 2. ( ) Não
55. Se sim, há quanto tempo está na menopausa: \_\_\_\_\_
44. Se não, parou de menstruar após iniciar o tratamento? 1. ( ) Sim 2. ( ) Não
45. Número de parceiros sexuais na vida: \_\_\_\_\_
46. G: \_\_\_\_ P: \_\_\_\_ A: \_\_\_\_ Aborto provocado: \_\_\_\_ Aborto espontâneo: \_\_\_\_
47. Idade da primeira gestação: \_\_\_\_\_
48. Quais foram as principais dificuldades encontradas no seu tratamento?
1. ( ) Transporte
  2. ( ) Dinheiro
  3. ( ) Deixar a casa sozinha pra vir fazer o tratamento
  4. ( ) Não possui companhia p vir fazer o tratamento
  5. ( ) Problema psicológico (baixa auto-estima, medo)
  6. ( ) Não possui dificuldades
  7. ( ) Outros: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DE QUEM COLETOU OS DADOS: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE L – ESCALA ADHERENCE DETERMINANTS QUESTIONNAIRE- VERSÃO BRASILEIRA (ADQ-VB)

### Questionário de Determinantes de Adesão

Indique na escala do tipo Likert de cinco pontos a opção que mais se adequa na sua realidade (1 = discordo completamente; 2 = discordo; 3 = nem concordo e nem discordo; 4 = concordo; 5 = concordo completamente).

#### I: Aspectos Interpessoais do Cuidado

1. Os médicos e outros profissionais da saúde às vezes não se importam com o que digo a eles.
2. Os médicos e outros profissionais de saúde escutam com atenção o que tenho a dizer.
3. Os médicos e outros profissionais da saúde respondem todas as minhas perguntas.
4. Às vezes os médicos e outros profissionais da saúde usam palavras sem explicar o que significam.
5. Eu acho que os médicos e outros profissionais de saúde tem interesse no meu bem estar.
6. Os médicos e outros profissionais da saúde agem como se estivessem perdendo seu tempo comigo.
7. Os médicos e outros profissionais da saúde me tratam de forma simpática e educada.
8. Os médicos e outros profissionais da saúde demonstram pouca preocupação comigo.

#### II: Suscetibilidade percebida

9. Seguir meu tratamento irá me ajudar a ficar saudável.
10. Eu acredito que meu tratamento irá me ajudar a prevenir que eu tenha câncer novamente.
11. É difícil acreditar que meu tratamento irá me ajudar.
12. Há pouca esperança para quem tem o tipo de câncer que eu tenho.
13. Minhas chances de desenvolver câncer novamente são altas.
14. Eu espero estar livre do câncer no futuro.
15. Não importa o que eu faça, há uma grande chance de desenvolver câncer novamente.
16. Meu corpo irá combater o câncer no futuro.

#### III: Normas Subjetivas

17. Meus familiares mais próximos acham que eu devo seguir meu tratamento.
18. Eu quero fazer o que meus familiares mais próximos acham que devo fazer em relação ao meu tratamento.
19. Meus amigos mais próximos acham que eu devo seguir meu tratamento.
20. Eu quero fazer o que meus amigos mais próximos acham que devo fazer em relação a meu tratamento.
21. Meus parentes acham que devo seguir meu tratamento.
22. Eu quero fazer o que meus parentes acham que devo fazer em relação ao meu tratamento.

#### IV - Intenções

23. Os benefícios do meu tratamento são maiores do que as dificuldades que possa ter em segui-lo.
24. Por causa da dificuldade do meu tratamento, não vale a pena segui-lo.
25. Seguir meu tratamento é melhor para mim do que não tratar.
26. Eu ficarei saudável mesmo se não seguir meu tratamento.
27. Eu me comprometi a seguir meu tratamento.
28. Seguir meu tratamento não está em meus planos.

29. Eu pretendo seguir o meu tratamento.
30. Eu não tenho a intenção de seguir o meu tratamento.

V - Apoio/Severidade Percebida

31. Meu tratamento é muito difícil para o resultado final.
32. Existem muitas doenças mais graves que o tipo de câncer que eu tenho.
33. O tipo de câncer que eu tenho não é tão ruim quanto dizem.
34. O tipo de câncer que eu tenho é uma doença terrível.
35. Muitas coisas interferem para que eu siga meu tratamento.
36. Eu preciso de mais assistência para seguir meu tratamento.
37. Eu tenho a ajuda que preciso para realizar meu tratamento.
38. Eu sou capaz de lidar com qualquer problema que ocorra durante meu tratamento.

## APÊNDICE M – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DAS MULHERES EM ESTUDO

Prezada Senhora,

Estou a convidando a participar de um estudo que será desenvolvido sob minha responsabilidade. Neste estudo pretendo traduzir e adaptar a escala *Adherence Determinants Questionnaire* (ADQ) para a língua Portuguesa no contexto brasileiro. Tal escala pretende avaliar os motivos da adesão ou não ao tratamento do câncer. Pretendo verificar se a escala ADQ foi traduzida e adaptada de maneira satisfatória para a língua portuguesa por meio da sua compreensão. Neste sentido, solicitamos sua permissão para entrevistá-la. O tempo previsto para nosso encontro será de quinze minutos.

Caso você concorde em participar do estudo, eu realizarei uma entrevista e aplicarei dois questionários (Escala e Investigação Sociodemográfico e gineco-obstétrico).

Dou-lhe a garantia de que as informações obtidas serão usadas apenas para fins acadêmicos e, também lhe asseguro que a qualquer momento que desejar poderá ter acesso às informações sobre os procedimentos relacionados ao estudo, inclusive para esclarecer qualquer dúvida que você possa ter. Você terá o direito de sair do estudo no momento que desejar, sem que isto traga prejuízo no seu atendimento na rede pública ou privada de saúde, e finalmente lhe informo que os dados do estudo serão codificados, para que sua identidade não seja revelada durante a condução do estudo e nem quando o estudo for publicado em eventos ou jornais científicos. A participação neste estudo não trará nenhuma despesa para você.

Sinta-se livre para fazer qualquer pergunta durante a leitura desse termo de consentimento ou em qualquer momento do estudo, contatando a pesquisadora por meio do telefone (85) 33668464.

**ATENÇÃO: Para informar qualquer questionamento durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 Rodolfo Teófilo Telefone: 3366.8344**

Eu \_\_\_\_\_, anos \_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_,

Após ter sido devidamente esclarecida pela pesquisadora e entendido o que me foi explicado, concordo de livre e espontânea vontade em participar da presente pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive oportunidade de fazer perguntas sobre o conteúdo do mesmo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste Termo.

Data e Local: \_\_\_\_\_

*Paula Renata Amam Lima*

—

—

\_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora

Assinatura da mulher



## ANEXO A - ESCALA VERSÃO ORIGINAL

### ESCALA ADHERENCE DETERMINANTS QUESTIONNAIRE (ADQ)

Response options for each item formed a 5-point Likert scale (1 = *strongly disagree*; 2 = *disagree*; 3 = *neither agree nor disagree*; 4 = *agree*; 5 = *strongly agree*).

#### *I. Interpersonal Aspects of Care*

1. The doctors and other health professionals sometimes ignore what I tell them.
2. The doctors and other health professionals listen carefully to what I have to say.
3. The doctors and other health professionals answer all my questions.
4. Sometimes the doctors and other health professionals use medical terms without explaining what they mean.
5. I trust that the doctors and other health professionals have my best interest at heart.
6. The doctors and other health professionals act like I'm wasting their time.
7. The doctors and other health professionals treat me in a very friendly and courteous manner.
8. The doctors and other health professionals show little concern for me.

#### *II. Perceived Utility (Benefits/Costs and Efficacy)*

9. The benefits of my treatment plan outweigh any difficulty I might have in following it.
10. My treatment plan is too much trouble for what I get out of it.
11. Because my treatment plan is too difficult, it is not worth following.
12. Following my treatment plan is better for me than not following my treatment plan.
13. Following my treatment plan will help me to be healthy.
14. I'll be just as healthy if I avoid my treatment plan.
15. I believe that my treatment plan will help to prevent my getting cancer again.
16. It's hard to believe that my treatment plan will help me.

#### *III. Perceived Severity*

17. There are many diseases more severe than the kind of cancer I have.
18. The kind of cancer I have is not as bad as people say.
19. The kind of cancer I have is a terrible disease.
20. There is little hope for people with the kind of cancer that I have.

#### *IV. Perceived Susceptibility*

21. The chances I might develop cancer again are pretty high.
22. I expect to be free of cancer in the future.
23. No matter what I do, there's a good chance of developing cancer again.
24. My body will fight off cancer in the future.

#### *V. Subjective Norms*

25. Members of my immediate family think I should follow my treatment plan.
26. I want to do what members of my immediate family think I should do about my treatment plan.
27. My close friends think I should follow my treatment plan.
28. I want to do what my close friends think I should do about my treatment plan.
29. My relatives think I should follow my treatment plan.
30. I want to do what my relatives think I should do about my treatment plan.

#### *VI. Intentions*

31. I have made a commitment to follow my treatment plan.
32. Following my treatment plan is not in my plans.
33. I intend to follow my treatment plan.
34. I have no intention of following my treatment plan.

#### *VII. Support/Earners*

35. Lots of things get in the way of following my treatment plan.
36. I need more assistance in order to follow my treatment plan.
37. I get the help I need to carry out my treatment plan.
38. I am able to deal with any problems in following my treatment plan.