

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Instituto de Ciências Biológicas

Programa de Pós-Graduação em Neurociências

**Estudo de atitudes relacionadas ao câncer em pacientes
com esquizofrenia**

Renata Andreza da Silva

**Belo Horizonte
2015**

Renata Andreza da Silva

**Estudo de atitudes relacionadas ao câncer em pacientes
com esquizofrenia**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Neurociências do Instituto de Ciências Biológicas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Neurociências.

Orientador: Prof. Dr. João Vinícius Salgado

**Belo Horizonte
2015**

043

Silva, Renata Andreza da.

Estudo de atitudes relacionadas ao câncer em pacientes com esquizofrenia [manuscrito] / Renata Andreza da Silva. - 2015.

58 f. : il. ; 29,5 cm.

Orientador: João Vinicius Salgado.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Instituto de Ciências Biológicas.

1. Câncer - Pacientes - Atitudes - Teses. 2. Esquizofrenia - Teses. 3. Câncer - Prevenção - Teses. 4. Neurociências. I, Salgado, João Vinicius. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Instituto de Ciências Biológicas. III. Título.

CDU:

Renata Andreza da Silva

Estudo de atitudes relacionadas ao câncer em pacientes com esquizofrenia

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neurociências da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Neurociências.

João Vinícius Salgado (orientador) – UFMG

Leonor Bezerra Guerra – UFMG

Guilherme Nogueira M de Oliveira – UFVJM

Belo Horizonte, 10 de agosto de 2015.

Agradecimentos

Aos meus pais, Hélio e Antonisa, por todo amor, exemplo e dedicação que muito contribuiu para a minha formação.

Aos meus irmãos, Fabiana e Breno, pelo apoio e união.

À Professora Dra. Patrícia da Silva Oliveira, por me incentivar a continuar a percorrer o caminho dos estudos e da ciência.

Ao Prof. Dr. João Vinícius Salgado, pela atenção, exemplo e supervisão ao longo dos anos do mestrado e pesquisa.

A toda equipe do grupo de pesquisa PEsquizo pelo trabalho constante e contínuo, amenizado por risadas e boa convivência.

Ao Instituto Raul Soares, em nome de seus funcionários e profissionais da residência, pela convivência e suporte no cotidiano da pesquisa.

A todos os profissionais do Ambulatório de Saúde Mental de Nova Lima e do Centro de Saúde MG-20, pelo suporte durante todo o período de execução da pesquisa.

A todos os participantes da pesquisa que se dispuseram voluntariamente.

“Tenho a impressão de ter sido uma criança brincando à beira-mar, divertindo-me em descobrir uma pedrinha mais lisa ou uma concha mais bonita que as outras, enquanto o imenso oceano na verdade continua misterioso diante de meus olhos.”

(Isaac Newton)

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.”

(Madre Tereza de Calcutá)

Os caminhos que percorri

O interesse pela área da saúde mental surgiu ainda na graduação de enfermagem quando na fase de estágio, realizado em várias Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte, me dediquei aos programas voltados para saúde da mulher, saúde da criança, saúde das pessoas com diabetes e hipertensão, mas, principalmente, observei que pouca atenção era direcionada aos pacientes com transtornos mentais. Com isso, realizei um dos trabalhos mais importantes da graduação sobre “Assistência de enfermagem voltada para pacientes com transtornos mentais”, que estimulou ainda mais minhas perspectivas em relação a qualidade de vida desses pacientes.

Entre o caminho que se quer percorrer e o caminho que se apresenta, acabei me especializando em Oncologia Clínica. Envolvida no estudo dos genes, proteínas, mecanismos de reparo celular e dentre outros fatores associados a biologia do câncer encontrei algumas pesquisas sobre baixa incidência de câncer em pacientes com esquizofrenia. Foi a partir daí que o meu projeto de trabalho de conclusão de curso foi tomando forma. A princípio o estudo era de revisão e observacional; e os dados seriam coletados na UBS MG-20 (uma das que fiz estágio). Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa comecei a coleta de dados e a buscar mais conhecimento sobre esquizofrenia, com o incentivo da minha orientadora Patrícia da Silva Oliveira. Através dela conheci o Programa de Pós-Graduação em Neurociências, os laboratórios e participei do meu primeiro Simpósio em Neurociências.

Neste VII Simpósio Internacional de Neurociências havia um evento no Hospital Raul Soares e o assunto era sobre esquizofrenia, no qual participei. No entanto, era um evento para familiares de pessoas com esquizofrenia, fazia parte de uma psicoeducação. Aproveitei cada instante, mesmo desconhecendo que tivesse alguém na família com esquizofrenia. Ao final me apresentei como enfermeira que estava com um projeto relacionando “esquizofrenia e câncer” e estava ali para obter mais conhecimento. Neste dia conheci o Dr. João Vinícius Salgado que tinha exatamente a mesma proposta que a minha. Encontrei o orientador perfeito para a minha dissertação! Desde então, trabalhamos juntos neste estudo e na busca constante para melhor qualidade de vida desses pacientes.

RESUMO

Pacientes com diagnóstico de esquizofrenia apresentam maior morbidade/mortalidade por doenças físicas em comparação com a população em geral. Isso decorre, em muitos casos, da atitude dos pacientes em relação à prevenção das doenças. Na esquizofrenia, vários fatores, tais como os sintomas negativos, o prejuízo cognitivo e o estigma, podem afetar desfavoravelmente a motivação e o acesso à informação, dentre outros requisitos necessários à adequada atitude frente à prevenção de doenças físicas graves. Ainda não há no Brasil estudos relacionados à atitude em relação ao câncer e seus determinantes em pessoas com esquizofrenia. O objetivo do trabalho foi traduzir, adaptar e validar para o português do Brasil o *Questionnaire of Attitudes in Cancer* (QAC) em pacientes com esquizofrenia e avaliar a atitude relacionada ao câncer em pacientes com esquizofrenia e controles. O estudo foi desenvolvido a partir de um delineamento transversal. A amostra foi composta por 71 pacientes com diagnóstico de esquizofrenia estabilizados, 32 controles. Os participantes foram avaliados através da versão brasileira do QAC, da Escala das Síndromes Positiva e Negativa (PANSS), da Escala de avaliação Cognitiva (SCoRS) e escala Calgary de sintomas depressivos. Os resultados mostraram que as três dimensões do QAC (cognitiva, afetiva e comportamental) apresentaram boa confiabilidade, tanto no que diz respeito à Consistência Interna ($\alpha = 0,70$; $\alpha = 0,77$; $\alpha = 0,81$; respectivamente) quanto à Estabilidade Temporal avaliada pela correlação entre o teste e o reteste ($r=0,483$; $p<0,01$; $r=0,798$; $p<0,01$; $r= 0,668$; $p<0,01$, respectivamente). Houve correlação entre a dimensão cognitiva e a dimensão comportamental de atitude, entre pacientes ($r= 0,267$; $p<0,05$). As respostas dos pacientes e controles na dimensão comportamental da atitude foram diferentes ($r= 3,860$; $p<0,01$). Os sintomas positivos da esquizofrenia se correlacionaram negativamente com as respostas da dimensão comportamental ($r= -0,272$; $p<0,05$). Os participantes conseguiram identificar corretamente alguns fatores de riscos para o câncer. No entanto, os pacientes têm um desempenho significativamente inferior aos controles na identificação de alguns fatores comprovadamente cancerígenos. Com base nos resultados apresentados podemos concluir que o processo de tradução e adaptação cultural do QAC não interferiu na essência do instrumento original. O QAC apresentou propriedades psicométricas satisfatórios, confiáveis e válidos na avaliação da atitude relacionada ao câncer. Os sintomas positivos, mesmo residuais, parecem ter impacto negativo sobre a intenção pró-ativa de prevenção ao câncer.

Palavras-chave: Esquizofrenia, Câncer, Atitude, Prevenção.

ABSTRACT

Patients with schizophrenia have higher morbidity / mortality from physical illness compared to the general population. That result, in many cases, the attitude of patients towards disease prevention. In schizophrenia, several factors such as negative symptoms, cognitive impairment and stigma, can adversely affect the motivation and access to information, among other requirements proper attitude towards disease prevention. Furthermore, no studies in Brazil related to attitude towards cancer and its determinants in people with schizophrenia. The objective was to translate, adapt and validate to the Portuguese of Brazil the Questionnaire of Attitudes in Cancer (QAC) in patients with schizophrenia and evaluate the attitude related to cancer in patients with schizophrenia and controls. The study was developed from a cross-sectional design. The sample consisted of 71 patients with stabilized schizophrenia diagnosis, 32 controls. Participants were evaluated through the Brazilian version of the QAC, the scale of the Positive and Negative Syndrome (PANSS), the Cognitive Assessment Scale (SCoRS) and Calgary scale of depressive symptoms. The results showed that the three dimensions of QAC (cognitive, affective and behavioral) showed good reliability, both with regard to internal consistency ($\alpha = 0.70$; $\alpha = 0.77$, $\alpha = 0.81$, respectively) as Temporal stability evaluated by the correlation between the test and the retest ($r = 0.483$, $p < 0.01$, $r = 0.798$, $p < 0.01$, $r = 0.668$, $p < 0.01$, respectively). There was a correlation between the cognitive dimension and the behavioral dimension of attitude among patients ($r = 0.267$; $p < 0.05$). The responses of patients and controls in the behavioral dimension of attitude were different ($r = 3.860$; $p < 0.01$). Positive symptoms of schizophrenia negatively correlated with the answers of behavioral dimension ($r = -0.272$, $p < 0.05$). The participants were able to correctly identify some risk factors for cancer. However, patients had significantly lower performance than the controls on identifying some proven carcinogenic factors. Based on the results presented we can conclude that the process of translation and cultural adaptation of QAC did not affect the essence of the original instrument. The QAC presented satisfactory psychometric properties, reliable and valid in assessing the attitude related to cancer. Symptoms, yet residual, seem to have negative impact on proactive intention to prevent cancer.

Keywords: Schizophrenia, Cancer Attitude Prevention.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACOES

ASM	Ambulatório de Saúde Mental
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CID – 10	Classificao Internacional de Doenças
COEP	Comit de Ensino e Pesquisa
DP	Desvio Padro
DSM-IV-TR	<i>Diagnostic and Statistical Manual, 4th edition revised</i> – 4a edição revisada do Manual Diagnóstico e Estatístico
EJA	Educação de Jovens e Adultos
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i> - Vírus Imunodeficiência Humano
IARC	<i>International Agency for Research on Cancer</i> - Agência Internacional para Pesquisa em Câncer
INCA	Instituto Nacional de Câncer
MG	Minas Gerais
MINI-Plus	<i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i> – Mini-Entrevista de doenças Neuropsiquiátricas Internacional
NCCCP	Programa Nacional de Compreensão do Controle do Câncer
NI	Neuropsiquitrica Internacional
OMS	Organização Mundial da Saúde
PANSS	<i>Positive and Negative Syndrome Scale</i> – Escala das Síndromes Positiva e Negativa
QAC	<i>Questionnaire of Attitudes in Cancer</i> - Questionário de Atitude em câncer
SCoRS	<i>Schizophrenia Cognition Rating Scale</i> – Escala de Avaliação Cognitiva em Esquizofrenia
Sig.	Significância
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1** Representação esquemática das dimensões cognitiva, afetiva e comportamental que constituem o construto de atitude de acordo com Eagly e Chaiken (1993) e Heuckmann e Asshoff (2014)..... 24
- FIGURA 2** Diagrama das etapas realizadas durante o processo de tradução e adaptação do *Questionnaire of Attitudes in Câncer* (QAC) (Heuckmann, Asshoff, 2014) para uma versão brasileira 32

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Caracterização sócio-demográfica de indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia e estabilizados (n=71) e sem diagnóstico de esquizofrenia (n=32), de acordo com o MINI-Plus, participantes do estudo para tradução e validação da versão brasileira do <i>Questionnaire of Attitudes in Cancer (QAC=BR)</i> , realizado em Belo Horizonte, MG, entre os anos de 2013 e 2014.....	35
TABELA 2	Descrição dos aspectos clínicos, conforme escalas PANSS, SCoRS e Calgary, de indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia de acordo com o MINI-Plus, e estabilizados, participantes do estudo para tradução e validação da versão brasileira do <i>Questionnaire of Attitudes in Cancer (QAC=BR)</i> , realizado em Belo Horizonte, MG, entre os anos de 2013 e 2014.....	37
TABELA 3	Consistência Interna dos subdomínios cognitivo, afetivo, comportamental e fatores de risco, obtidos na aplicação da versão brasileira do <i>Questionnaire of Attitudes in Cancer (QAC-BR)</i> em indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia e estabilizados (n=71) e sem diagnóstico de esquizofrenia (n=32), participantes do estudo de tradução e e validação do QAC-BR, realizado em Belo Horizonte, MG, entre os anos de 2013 e 2014.....	38
TABELA 4	Correlação de Pearson entre o teste e reteste, nas dimensões cognitiva, afetiva e comportamental da atitude, obtidas na aplicação da versão brasileira do <i>Questionnaire of Attitudes in Cancer (QAC)</i> em indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia e estabilizados (n=33), participantes do estudo de tradução e validação do QAC-BR, realizado em Belo Horizonte, MG, entre os anos de 2013 e 2014.....	38
TABELA 5	Comparação entre dados do teste e reteste (teste <i>t</i> pareado), referentes às dimensões cognitiva, afetiva e comportamental da atitude, obtidas na aplicação da versão brasileira do <i>Questionnaire of Attitudes in Cancer (QAC-BR)</i> a indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia e estabilizados (n=33), participantes do estudo para tradução e validação do QAC-BR, realizado em Belo Horizonte, MG, entre os anos de 2013 e 2014.....	39
TABELA 6	Descrição das médias de respostas por item e por dimensão, cognitiva, afetiva e comportamental da atitude, obtidas na aplicação da versão brasileira do <i>Questionnaire of Attitudes in Cancer (QAC-BR)</i> em indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia e estabilizados (n=71) e sem diagnóstico de esquizofrenia (n=32), participantes do estudo para tradução e validação do QAC-BR, realizado em Belo Horizonte, MG, entre os anos de 2013 e 2014.....	40

TABELA 7	Correlação entre os dados das três dimensões cognitiva, afetiva e comportamental da atitude, obtidos na aplicação da versão brasileira do <i>Questionnaire of Attitudes in Cancer</i> (QAC-BR) em indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia e estabilizados (n=71), participantes do estudo para tradução e validação do QAC-BR, realizado em Belo Horizonte, MG, entre os anos de 2013 e 2014.....	41
TABELA 8	Correlação entre os dados das três dimensões cognitiva, afetiva e comportamental da atitude, obtidos na aplicação da versão brasileira do <i>Questionnaire of Attitudes in Cancer</i> (QAC-BR) em indivíduos sem diagnóstico de esquizofrenia (n=32), participantes do estudo para tradução e validação do QAC-BR, realizado em Belo Horizonte, MG, entre os anos de 2013 e 2014.....	42
TABELA 9	Correlação entre os dados dos subdomínios da dimensão comportamental da atitude, comunicação, mudança no estilo de vida e engajamento social, obtidos na aplicação da versão brasileira do <i>Questionnaire of Attitudes in Cancer</i> (QAC-BR) em indivíduos sem diagnóstico de esquizofrenia (n=32), participantes do estudo para tradução, análise da confiabilidade do QAC-BR e estudo de atitudes relacionadas ao câncer, realizado em Belo Horizonte, MG, entre os anos de 2013 e 2014.....	42
TABELA 10	Correlação entre os dados das três dimensões (cognitiva, afetiva e comportamental) e a capacidade cognitiva, sintomas da esquizofrenia e sintomas depressivos, obtidos através da aplicação da versão brasileira do <i>Questionnaire of Attitudes in Cancer</i> (QAC-BR), PANSS, SCoRS e Calgary, em indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia (n=71), participantes do estudo de tradução e validação do QAC-BR, realizado em Belo Horizonte, MG, entre os anos de 2013 e 2014.....	43
TABELA 11	Descrição em porcentagem das respostas nas afirmativas sobre os fatores de risco para o câncer, obtidas através da aplicação da versão brasileira do <i>Questionnaire of Attitudes in Cancer</i> (QAC- BR) em indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia e estabilizados (n=71), participantes do estudo para tradução e validação do QAC-BR, realizado em Belo Horizonte, MG, entre os anos de 2013 e 2014.....	44

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A	Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	57
ANEXO B	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	58

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
1.1 JUSTIFICATIVA.....	13
2. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	15
2.1 Esquizofrenia.....	15
2.1.1. Breve história.....	15
2.1.2. Etiologia.....	16
2.1.3. Neurobiologia.....	16
2.1.4. Esquizofrenia e acesso a saúde.....	17
2.1.5. Saúde física e a esquizofrenia.....	18
2.2 Esquizofrenia e câncer	19
2.2.1 Câncer- fatores de risco e protetores.....	19
2.2.2 Esquizofrenia, câncer e fatores genéticos.....	19
2.2.3 Antipsicóticos e os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer.....	21
2.2.4 Epidemiologia do câncer em pacientes com esquizofrenia.....	22
2.3 Atitudes relacionadas ao câncer.....	23
2.3.1 Dimensão cognitiva da atitude.....	24
2.3.2 Dimensão afetiva da atitude.....	24
2.3.3 Dimensão comportamental da atitude.....	25
3. OBJETIVOS E HIPÓTESES.....	26
3.1 Objetivo geral.....	26
3.2 Objetivos específicos.....	26
3.3 Hipóteses.....	26
4 MÉTODOS.....	27
4.1 Delineamento do estudo e amostra.....	27
4.2 Critérios de inclusão e exclusão.....	27
4.3 Instrumentos.....	28
4.3.1 Mini-International Neuropsychiatry Interview (MINI-Plus).....	28
4.3.2 Escala da Síndrome Positiva e Negativa (PANSS).....	28
4.3.3 Escala Calgary de depressão para esquizofrenia.....	28
4.3.4 Questionário sócio demográfico.....	29
4.3.5 Questionnaire Attitudes Interest in Cancer (QAC).....	29
4.3.6 Avaliação Cognitiva por Medica Co-Primária (SCoRS).....	30
4.4 Desenho experimental.....	30
4.4.1 Etapa I: tradução, retrotradução e versão final em português do QAIC.....	30
4.4.2 Etapa II: aplicação dos testes.....	32
4.4.3 Etapa III: reteste.....	33
4.4.4 Etapa IV: controles.....	33
4.5 Análise estatística.....	33
5. RESULTADOS.....	35
5.1 Análise descritiva da amostra.....	35
5.2 Confiabilidade.....	37
5.2.1 Análise da consistência interna.....	37
5.2.1 Análise da estabilidade temporal.....	38
5.3 Análise descritiva do QAC.....	39

5.4 Análise de correlação entre as três dimensões do QAC.....	41
5.5 Análise de correlação entre o QAC e os sintomas da esquizofrenia.....	43
5.6 Análise descritiva dos Fatores de Risco.....	44
6. DISCUSSÃO.....	46
7. CONCLUSÕES.....	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50
ANEXOS.....	56
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	57
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	58

1. INTRODUÇÃO

Faz parte da assistência integral o tratamento, a reabilitação, a prevenção de doenças e a promoção da saúde – que inclui a orientação e educação aos familiares e pacientes; e a inserção dos mesmos no seu processo de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000). Segundo Guerra (2011, p.3): “educar é proporcionar oportunidades e orientação para aprendizagem, para aquisição de novos comportamentos”.

No Brasil a assistência de saúde prestada aos pacientes com transtornos mentais apresenta algumas lacunas. De acordo com Paula (2011) a dificuldade na resolutividade dos problemas entre os profissionais generalistas, a necessidade de capacitação e o despreparo dos mesmos em lidar com assuntos relacionados ao sofrimento psíquico são arduidades encontrados na atenção básica. Silveira e Vieira (2009) também mostraram a dificuldade dos profissionais generalistas envolvidos na prevenção e promoção da saúde em lidar com pacientes com transtornos mentais.

Sabe-se que o estilo de vida das pessoas com transtorno mental grave como a esquizofrenia é caracterizado por sedentarismo, tabagismo, consumo abusivo de substâncias alcoólicas, de drogas ilícitas e maus hábitos alimentares. A obesidade e a hiperprolactinemia, provocadas por alguns antipsicóticos, também são fatores de riscos para desenvolver algum tipo de doenças (COMPTON 2006; DAUMIT, 2005).

Considerando os hábitos de vida pouco saudáveis e os prejuízos na qualidade de vida, na inserção social e no funcionamento em geral, principalmente no autocuidado, é notável a pouca atenção que é dada na prática à saúde integral dos pacientes com esquizofrenia (VAUTH *et al.*, 2004, TOSH *et al.*, 2014).

1.1 JUSTIFICATIVA

Poucos estudos examinaram a percepção sobre o risco de câncer e há uma tendência a achar que as pessoas estão em geral cientes dos fatores de risco do câncer, mas não conseguem mudar o seu comportamento (SCHERNHAMMER *et al.*, 2010).

Dentre as doenças graves que ensejam necessidade de intervenções e estudos voltados para a integralidade do paciente com esquizofrenia, está o câncer. De acordo com estimativas da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC) e da Organização Mundial de Saúde (OMS) a ocorrência mundial de câncer em 2012 foi de

14,1 milhões de casos novos e 8,2 milhões de mortes (INCA, 2014). O câncer é considerado um problema de saúde pública e ainda não existem estudos no Brasil sobre câncer em pessoas com esquizofrenia. Por isso, este trabalho se propôs ao estudo de adaptação e validação de um instrumento que avalia atitudes e conhecimento sobre o câncer e à análise de correlação de atitude com variáveis relevantes na esquizofrenia, tais como sintomas (afetivos e psicóticos) e cognição.

Neste contexto evidencia-se a importância de possuir ferramentas confiáveis que possam avaliar a percepção, a motivação e o conhecimento dos pacientes sobre as neoplasias. O *Questionnaire of Attitudes in Cancer* (QAC) foi desenvolvido na Alemanha e oferece medidas cognitivas que envolvem as crenças sobre a controlabilidade do câncer, resposta emocional e a intenção pró-ativo na prevenção do câncer (HEUCKMAN; ASSOFF, 2014). São medidas úteis que auxiliam na tomada de decisão dos profissionais e no envolvimento dos pacientes no seu processo de saúde. Além disso, é um instrumento que analisa o impacto da atitude relacionado ao câncer em pacientes com esquizofrenia. E que pode ser utilizado em diversos contextos, tanto em pesquisa quanto na clínica e até mesmo educacional.

Seguindo as orientações de Streiner e Norman (2003) e Reichenhem e Moraes (2007) de utilizar um instrumento já existente, no qual o constructo já foi analisado e baseado em evidências científicas (o que torna o instrumento mais confiável e que permite comparar os resultados das pesquisas realizadas em localidades e culturas diferentes), o presente estudo investiu na adaptação e validação do QAC.

2. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

2.1. Esquizofrenia

2.1.1. Breve história

As perturbações mentais são descritas na literatura desde a antiguidade, no tempo de Hipócrates (460-370 AC). No século XVIII, o médico psiquiatra francês Philippe Pinel (1754-1826) usou o termo *demencé* para definir os prejuízos mentais. (ADITYANJEE *et al.*, 1999). Ainda em 1840, os EUA realizaram um censo para registrar a frequência das doenças mentais. Quarenta anos depois, em 1880, o censo dividiu as doenças mentais em 7 categorias (mania, melancolia, monomania, paresia, demência, dipsomania e epilepsia), que representou o início do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM – *Diagnostic and Statistical Manual*) (ARAÚJO; NETO, 2014).

Até o século XIX, a psicose era classificada como uma forma de loucura e os psiquiatras eram sinônimos de alienistas. No início do século XX, o médico alemão Émil Kraepelin (1856-1926) estabeleceu uma classificação de transtornos mentais com o objetivo de traçar o perfil das doenças de acordo com a sua etiologia e sintomatologia comuns e propor meios de prevenir e tratar. Demência Precoce foi o primeiro termo criado por Kraepelin para nomear as síndromes caracterizadas por alucinações, comprometimento cognitivo, embotamento afetivo e sintomas catatônicos (GERMAN; VILLAGRAN, 2003).

Em 1911 Eugen Bleuler (1857-1939) criou o termo esquizofrenia (esquizo = cisão, phrenia = mente) que substituiu o termo demência precoce de Kraepelin. O termo surgiu com base nos sintomas primários de comportamento e pensamento autistas, afeto anormal e ambivalência. Bleuler criticou o termo Demência Precoce de Kraepelin pelo fato do transtorno nem sempre aparecer na adolescência e não necessariamente levar a demência (ELKIS, 2000).

O DSM ainda é utilizado nos dias atuais para diagnóstico de transtornos mentais e sua última versão foi publicada em 2013, o DSM-IV. Foram excluídos dessa versão os subtipos de esquizofrenia paranóide, desorganizada, catatônica indiferenciada e residual, pois esses não interferem nas respostas ao tratamento e nem no curso da doença (ARAÚJO; NETO, 2014).

2.1.2. Etiologia

As causas da esquizofrenia ainda não são totalmente conhecidas. Considera-se que os fatores genéticos e ambientais interajam de forma complexa entre si para produzir o fenótipo que permite o diagnóstico.

A susceptibilidade de desenvolver a esquizofrenia aumenta em indivíduos que têm parentes de primeiro grau com este transtorno. Em gêmeos idênticos o risco é de 50%, em gêmeos dizigóticos de 12% e na população geral 1%. Estes dados salientam a importância do componente genético, mas também do ambiental, pois se a causa fosse apenas genética o esperado seria 100% de concordância em gêmeos monozigóticos (VALLADA; BUSATTO, 1996).

Desta forma, os fatores ambientais descritos na literatura incluem: a exposição à infecção, a desnutrição, o estresse ou trauma psicológico materno durante o período pré/perinatal; o trauma infantil, o traumatismo craniano na infância e o uso de drogas ilícitas na adolescência são fatores de risco ambientais que estão associados à maior predisposição à esquizofrenia (TANDON *et al.*, 2008; VAN OS *et al.*, 2010).

2.1.3. Neurobiologia

Várias alterações neurobiológicas foram mencionadas em pacientes com esquizofrenia. Estudos mostram diminuição da substância cinzenta em regiões específicas e alargamento dos ventrículos. Há ainda redução da ativação do córtex pré-frontal dorso-lateral e alterações dopaminérgicas com hiperatividade mesolímbica e hipoatividade mesocortical, respectivamente, alterações glutamatérgicas – hipofunção NMDA – e gabaérgicas, além da alteração de outros sistemas neurotransmissores – serotonina, acetilcolina, endocanabinóides. Há também hiperativação do eixo HPA e desorganização neuronal cortical, límbica e na integridade das sinapses (ROSS *et al.*, 2006; KESHAVAN *et al.*, 2008).

O sistema imunológico também parece estar envolvido na patogênese da esquizofrenia. De acordo com Monji *et al.* (2009) a participação da micróglia na etiologia da esquizofrenia é uma das hipóteses propostas pelos autores, já que a micróglia responde rapidamente às mudanças patológicas cerebrais, liberando citocinas pró-inflamatórias, como IL-1 β e TNF- α , que inibem a neurogênese *in vivo*.

Ou seja, a liberação de citocinas pró-inflamatórias levaria a neurogênese anormal, neurodegeneração e anormalidades de substância branca, contribuindo para a etiologia da doença (MONJI *et al.* 2009).

Outras citocinas e fatores de crescimento derivado de plaquetas e de necrose tumoral também estão envolvidas na patogênese da esquizofrenia, como: interleucinas (IL-1, 2, 3, 4, 6, 10, 12, 15 e 18), interferon (IFN), fator de crescimento derivado de plaquetas (PDGF), fator de necrose tumoral alfa (TNF- α) (MONJI *et al.*, 2009).

2.1.4. Esquizofrenia e acesso à saúde

Os sintomas tradicionalmente são classificados como positivos ou negativos. Os sintomas positivos abrangem os delírios, alucinações, distúrbios do pensamento e comportamentos desorganizados. Já os sintomas negativos incluem o embotamento afetivo, avolição, abulia, anedonia e apatia (PEDRINE, 2011).

O déficit cognitivo tem sido relatado na literatura como uma das alterações mais incapacitantes causada pela esquizofrenia, prejudicando a inserção desses pacientes no meio social (FERREIRA *et al.*, 2010a).

Outro sintoma que interfere na inserção do sujeito com esquizofrenia no meio social é a capacidade de comunicação diminuída.

Segundo os estudos de Christian *et al* (2010) a capacidade de comunicação diminuída associada ao pensamento/comportamento desorganizado e ao déficit cognitivo dificulta a assistência dos profissionais aos pacientes com esquizofrenia. E, principalmente, o relato prejudicado de sintomas físicos favorece o agravamento de uma provável doença (por exemplo, câncer, doenças cardiovasculares, etc.), por não haver investigação e diagnóstico prévio. A dificuldade na assistência também foi relatada por Howard *et al.* (2010). A ineficiência no acesso ao tratamento e diagnóstico do câncer devido ao estigma e a tendência dos médicos a atribuir queixas físicas a problemas psicológicos (HOWARD *et al.*, 2010). Estudos realizados no Brasil mostraram, igualmente, lacunas no atendimento integral dos pacientes com transtornos mentais (PAULA, 2011; SILVEIRA; VIEIRA, 2009), contribuindo para o desenvolvimento de outras doenças.

2.1.5. Saúde física e a esquizofrenia

McCreadie *et al.* (1998) relataram que pacientes com esquizofrenia consomem menos fibras totais, caroteno, retinol, vitamina E, vitamina C, frutas e legumes do que sujeitos controles. Maus hábitos alimentares podem ser resultados de vários fatores que vão desde déficits cognitivos, falta de informação e situação financeira. Porém, os estudos de Kraft e Westman (2009) mostraram que a dieta sem glúten contribuiu para melhora dos sintomas em torno de 10% dos indivíduos com esquizofrenia.

Não somente a alimentação, mas também a atividade física influencia na saúde física e mental dos indivíduos. E neste sentido, Daumit *et al.* (2005) em pesquisas ambulatoriais com pacientes com diagnóstico de esquizofrenia e transtornos afetivos em dois centros psiquiátricos em Maryland, Estados Unidos, mostrou que as pessoas com transtornos mentais foram menos ativas fisicamente do que a população em geral, embora a proporção com os níveis recomendados de atividade física foi igual.

Estudos realizados no início de 1990, sobre exercício físico, lançaram uma nova perspectiva no tratamento da esquizofrenia. As pesquisas revelaram efeito benéfico na estimulação da neurogênese, na sinaptogênese e na neurotransmissão (SCHMITT e FALKAI, 2013). Malchow *et al.* (2013) também mostraram efeitos favoráveis no volume do hipocampo, na neuroplasticidade e na redução significativa dos sintomas da esquizofrenia. Desta forma, a atividade física tem sido recomendada na Alemanha como parte do tratamento convencional, através de programas de intervenções multidisciplinares para melhorar a psicopatologia e sintomas cognitivos na esquizofrenia (SCHMITT; FALKAI, 2013).

Apesar dos avanços crescentes no conhecimento farmacológico e não farmacológico da esquizofrenia pouca atenção é dada a saúde física em geral dos pacientes com transtornos mentais (TOSH *et al.*, 2014). Portanto, é importante atentar para a integralidade do paciente, um dos princípios do SUS que trás uma abordagem holística e de intervenções interdisciplinares.

2.2. Esquizofrenia e câncer

2.2.1. Câncer – fatores de risco e proteção

Os mecanismos envolvendo a gênese do câncer são complexos e não estão elucidados de forma satisfatória. Mas já se sabe que a exposição a agentes cancerígenos e a falha nos mecanismos de defesa do organismo são fatores que predis põem mutações genéticas que podem resultar em uma célula cancerígena (KUMAR; ABBAS; FAUSTO, 2005).

De 80 a 90% das neoplasias se desenvolvem após a exposição a agentes externos ou ambientais, como, por exemplo, nicotina, drogas, bebidas alcoólicas, raios ultravioleta e ondas eletromagnéticas. De 10 a 20% se desenvolvem por ação de agentes internos ou biológicos, que podem ser hormônios, radicais livres e até mesmo o pareamento incorreto de bases nitrogenadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O risco associado ao tabagismo foi considerado o fator mais relevante na causa de câncer de vias áreas superiores. Cerca de 90% dos cânceres de pulmão são causados pelo cigarro. A nicotina presente no cigarro promove uma lesão tissular e hiperplasia reativa, podendo promover o crescimento desordenado das células, principalmente nas células epiteliais da traqueia (BALBANI *et al.*, 2006).

Os genes supressores tumorais são genes que fazem parte do sistema imunológico, agindo de forma importante na defesa contra danos no DNA, porém quando estes genes sofrem alguma mutação ocorre a proliferação das células com mutação genética que se transformam em câncer. Existem vários genes supressores tumorais, dentre eles o BRCA1 e BRCA2 que estão relacionados, principalmente, com o câncer de mama, o APC, o RAS, o gene p53 e o MET (RUBIN *et al.*, 2006).

2.2.2. Esquizofrenia, câncer e fatores genéticos

Um estudo realizado por Tesli *et al.* (2010) avaliou o gene BRCA2 e PALB2 em pacientes com esquizofrenia e transtorno bipolar. O resultado mostrou que apesar da alteração desses genes terem afetado profundamente a neurogênese após sua diminuição ou ausência, os genes não estão envolvidos na fisiopatologia da esquizofrenia, mas são genes de susceptibilidade para o transtorno bipolar.

Burdick *et al.* (2010) mostrou que as pessoas que tinham um ou mais do haplótipo GCAATACA no proto-oncogene MET são significativamente menos propensas a desenvolver esquizofrenia do que os indivíduos que não levam estas cópias. Além disso, os indivíduos que tinham um ou mais deste haplótipo tiveram melhor desempenho cognitivo.

Ozbey *et al.* (2011) avaliou os sítios polimórficos do gene p53 em 100 pacientes com esquizofrenia, 100 pacientes com câncer de pulmão e 100 controles saudáveis. A incidência de alelos e genótipos desses polimorfismos com suas combinações de haplótipos foi estudada em 100 pacientes da Turquia com câncer de pulmão e com esquizofrenia e 100 controles sem doenças malignas e esquizofrenia. As características genotípicas foram determinadas pelo método RFLP baseado em PCR usando DNA extraído do sangue periférico. Os resultados mostraram que para o polimorfismo BstUI e MspI, foram encontradas diferenças significativas nas frequências genotípicas e alélicas entre os pacientes com esquizofrenia e com câncer de pulmão nos grupos controle. A análise baseada nas frequências haplotípicas mostrou a presença do haplótipo BstUI-MspI 2-1 em pacientes com câncer (12%), em contraste com a ausência desse haplótipo na esquizofrenia e nos controles. Apenas em pacientes com câncer de pulmão encontramos tanto a diminuição significativa do alelo A1 do códon 72 do p53 (OR 0,23, IC 95% 0,9 a 0,58) quanto o genótipo homocigoto A1 / A1 (P < .0001, OR 0,19). A diminuição significativa da proporção do alelo A1 do polimorfismo BstUI do gene p53 em pacientes com câncer em comparação com pacientes com esquizofrenia e controles e ainda a proporção do alelo A1 maior entre os pacientes com esquizofrenia em comparação com os controles sugere que este alelo tem um efeito protetor contra o câncer de pulmão e pode estar envolvido na patogênese da esquizofrenia.

O gene p53 é um dos genes mais estudados e conhecidos, por estar presente em quase todos os tecidos. Ele age na fase 1 da divisão celular, reconhecendo o dano no DNA e ativando mecanismos de reparo. Quando os mecanismos de reparo não são eficazes eles ativam proteínas pró-apoptóticas. Em 75% dos casos de neoplasias em geral, o p53 está danificado e a mutação neste gene torna o câncer mais agressivo (RUBIN *et al.*, 2006).

Segundo Wang *et al.* (2010) o XRCC4 pode ser um gene protetor potencial

relacionado à esquizofrenia que confere susceptibilidade reduzida ao câncer colorretal.

Em conjunto, estes dados sugerem que fatores genéticos relacionados a esquizofrenia podem conferir proteção contra, pelo menos, alguns tipos de câncer. Isso é corroborado por estudos que mostram que a incidência de certos tipos de câncer em indivíduos com esquizofrenia é relativamente baixo, se considerados seus hábitos de vida (BURDICK *et al.*, 2010).

Como já mencionado, pessoas com esquizofrenia são expostas a fatores de alto risco para desenvolver o câncer. Cerca de 75% são tabagistas, 30-50% fazem uso abusivo de bebida alcoólica, 15-25% usam maconha e 5-10% usam cocaína (CHOU *et al.*, 2011; HOWARD *et al.*, 2010, SADOCK; KAPLAN, 2009). No entanto, a incidência de câncer de pulmão em indivíduos esquizofrênicos é inferior a da população em geral (CHOU *et al.*, 2011).

2.2.3. Antipsicóticos e os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer

O tratamento para a esquizofrenia vem sendo desenvolvido desde os anos 1950 e o tratamento pode ter efeito direto e indireto sobre a incidência de câncer e mortalidade (CSATARY, 1972). Muitos antipsicóticos parecem ter propriedades antitumorais *in vitro* (CARRILLO; BENITEZ, 1999). Pimozida e tioridazina bloqueiam a síntese e circulação de lipídeos, levando as células cancerosas a entrarem em apoptose (STROBL; PETERSON, 1992).

No entanto, os antipsicóticos de primeira geração e alguns de segunda geração como a risperidona, a paliperidona, o amissulprida e a zotepina possuem como efeito secundário a hiperprolactinemia (BERINDER *et al.*, 2011). A prolactina, por ser um hormônio que favorece o crescimento de células normais e tumorais, é fator de risco para desenvolver o câncer.

A obesidade também tem sido relatada na literatura como efeito adverso de antipsicóticos, em particular alguns de segunda geração como a risperidona, a olanzapina e a clozapina (HODGSON *et al.*, 2010). A obesidade pode aumentar a produção de hormônios sexuais e do processo inflamatório, sendo fatores de risco direto e indireto do câncer (ZAMARRON; CHEN, 2011).

De acordo com Seeman (2011, p.109), “a obesidade é um importante fator de risco para câncer de mama na pós-menopausa porque o tecido adiposo produz androstenediona, um precursor da testosterona e estrógenos”.

2.2.4. Epidemiologia do câncer em pacientes com esquizofrenia

Desde 1909 a *Commissioners in Lunacy*, que era um órgão público do Reino Unido que fiscalizava asilos e clínicas psiquiátricas, levantou a hipótese de baixa incidência de câncer entre pacientes com transtornos mentais. Após esta observação, um estudo que durou 3 décadas confirmou a hipótese (HODQSON *et al.*, 2010).

Os estudos realizados por Ananth e Burnstein (1977) e Lichtermann *et al.* (2001) mostraram alta incidência de câncer gastrointestinal, mama e pulmão. Nesse estudo houve alguns questionamentos devido ao não controle realizado por idade, sexo e fatores de riscos. Já a meta-análise realizada por Catts *et al.* (2008) mostrou que a taxa de incidência de câncer em pacientes com esquizofrenia era a mesma que na população em geral, mas foi inferior nos seus irmãos e pais.

Uma série de estudos recentes tem sustentado a hipótese de que há alguma proteção em relação ao câncer em pacientes com esquizofrenia. Estudos epidemiológicos mostraram que o risco de desenvolver câncer de pulmão em pessoas com esquizofrenia é 47% menor que na população em geral (BURDICK *et al.*, 2010) e a incidência de câncer é menor do a incidência de doenças cardiovasculares, diabetes, infecção pelo HIV e hepatite em pacientes com esquizofrenia (HOWARD *et al.*, 2010). Um estudo realizado por Lin *et al.* (2013), que incluiu mais de 59.000 pacientes com esquizofrenia e mais de 100.000 controles do Banco de Dados Nacional de Pesquisa de Seguro de Saúde, corrigido por idade, mostrou que os pacientes com esquizofrenia tinham significativamente menor incidência de câncer do que os do grupo controle.

Segundo Bushe *et al.* (2009) a incidência de câncer de mama foi maior em mulheres com esquizofrenia do que nas mulheres sem esquizofrenia. Dalton *et al.* (2008) confirmam alta incidência de neoplasia de mama. Esses dados são consistentes, pois a baixa paridade e baixa amamentação em mulheres com diagnóstico de esquizofrenia diminuem a proteção contra o câncer de mama. Também são descritos outros fatores de risco para o câncer de mama como a baixa participação no rastreamento da mamografia e alta prevalência de diabetes (GRINSHPOON *et al.*, 2005; WANG *et al.*, 2011; SEEMAN, 2011).

De acordo com Ahn *et al.* (2007) é após a menopausa que o risco de desenvolver câncer de mama aumenta. Dados epidemiológicos confirmam isso, pois 65% das mulheres são diagnosticadas com câncer de mama após os 55 anos (AREVALO, 2011).

Embora os pacientes com esquizofrenia sejam menos propensos a desenvolver o câncer, eles têm taxa de mortalidade maior por este tipo de doença (Chou *et al.*, 2011).

2.3. Atitudes relacionadas ao câncer

Vários estudos mostraram que o conhecimento sobre o câncer melhora o comportamento e a prevenção contra as neoplasias. As questões emocionais também são significativas para o ensino, aprendizado e processamento de informações (TORABI; SEFFRIN, 1986). Para mudar o comportamento das pessoas no sentido de câncer requer a compreensão de suas crenças e fatores que influenciam essas crenças (SCHERNHAMMER *et al.*, 2010).

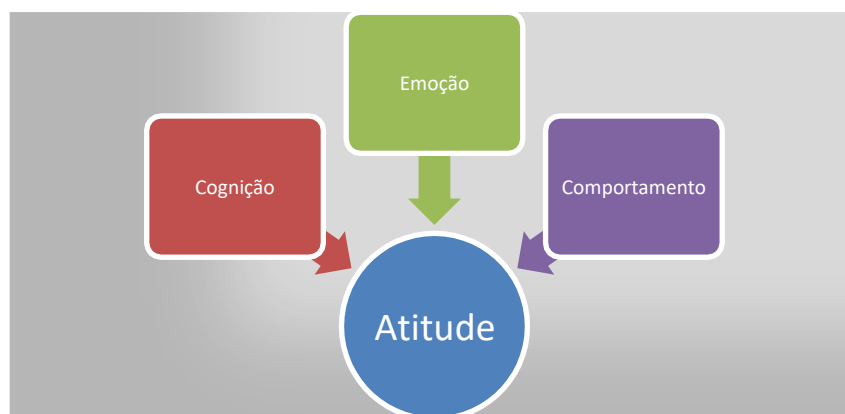
O Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC – *Centers for Disease Control and Prevention*) instituiu o Programa Nacional de Compreensão do Controle do Câncer (NCCCP) que desenvolveu em 1998, o projeto câncer 101. O trabalho foi realizado por Hill *et al.* (2010) que avaliaram atitudes e conhecimento do índios americanos e realizaram intervenções para melhorar o conhecimento e o controle do câncer relativo às definições em tribos. Os participantes demonstraram alterações significativas no conhecimento, atitude, e controle do câncer, após treinamento. Este trabalho mostra a relevância da educação como uma ferramenta que contribui para a melhor compreensão das dimensões do câncer e a se prevenirem. O câncer 101 foi uma importante ferramenta no auxílio da construção do QAC.

De acordo com Koch (2010) o câncer é a segunda doença mais comum na Alemanha. A partir desta perspectiva social, Heuckmann e Asshoff (2014) desenvolveram o *Questionnaire of Attitudes in Câncer* (QAC) para alunos de 16-18 anos da Alemanha.

De acordo com Eagly e Chaiken (1993) as atitudes podem ser entendidas como produto de processos cognitivo, afetivos e comportamentais. Desta forma, Heuckmann e Asshoff (2014) avaliaram essas três dimensões, através do QAC. Os resultados

mostram que o interesse sobre o câncer está relacionado com todas essas dimensões. Assim, os alunos com maior interesse no câncer estão mais dispostos a falar sobre o assunto e a mudar seu estilo de vida. A **FIGURA 1** ilustra este conceito.

FIGURA 1: Representação esquemática das dimensões cognitiva, afetiva e comportamental que constituem o construto de atitude de acordo com Eagly e Chaiken (1993) e Heuckmann e Asshoff (2014).



2.3.1. Dimensão cognitiva da atitude

Segundo Maio e Haddock (2010) a atitude é influenciada pela cognição e o componente cognitivo de atitude admite a ideia de crenças e pensamentos. O questionário elaborado por Heuckmann e Asshoff (2014), inclui os fatores de risco que estão associados com a cognitiva de e são baseados no conhecimento. Mas a parte específica sobre a dimensão cognitiva da atitude é representada por perguntas sobre a crença na controlabilidade do câncer.

2.3.2. Dimensão afetiva da atitude

A dimensão afetiva tem uma forte influência sobre a aprendizagem e é relevante para a construção duradoura de objeto de atitude (HEUCKMANN; ASSHOFF, 2014).

O tema câncer tem conotação negativa como mostrado por Oakley *et al.* (1995) que examinou o conhecimento e as crenças dos alunos britânicos, que afirmaram que o “câncer é uma doença que pode matar” e que “o câncer é ruim”. No questionário de Heuckmann e Asshoff (2014) a dimensão afetiva é representada por emoções negativas geradas pelo tema que podem influenciar no comportamento.

2.3.3. Dimensão comportamental da atitude

Atitude é essencialmente uma disposição mental em face de uma ação potencial. Assim, por ser um constructo psicológico, o único meio de avaliar a atitude de uma pessoa é se esta comunicá-la ou demonstrá-la (BAGOZZI, 1981).

A dimensão comportamental engloba ações com relação ao objeto de atitude e intenção de agir, não necessariamente expressa em comportamento manifesto (HEUCKMANN e ASSHOFF, 2014).

A dimensão comportamental citada no QAC avalia a intenção pró-ativa em relação ao câncer e possui 3 subescalas, que são: escala de comunicação, mudança de estilo de vida e engajamento social. Portanto, o comportamento, que é a ação em si, não é avaliado.

3. OBJETIVOS E HIPÓTESE

3.1. Objetivos gerais

- Avaliar atitude relacionada ao câncer em pacientes com esquizofrenia e controles, através da adaptação e validação do QAC.

3.2. Objetivos específicos

- Traduzir para a língua portuguesa e adaptar para a cultura brasileira e retrotraduzir para a língua inglesa o QAC;
- Realizar testes de Confiabilidade (Consistência Interna e Estabilidade Temporal) da versão brasileira do QAC-BR, aplicado em pacientes com esquizofrenia e em controles;
- Comparar pacientes e grupo controle em relação ao desempenho na QAC-BR e suas dimensões (cognição, emoção e comportamento);
- Realizar teste de correlação entre a capacidade cognitiva, sintomas da esquizofrenia e as variáveis relacionadas às atitudes associadas ao câncer;
- Analisar os resultados do conhecimento sobre os fatores de risco para o câncer entre pacientes e controles.

3.3. Hipótese

- A versão adaptada *Questionnaire of Attitudes in Cancer* (QAC) para o contexto brasileiro apresenta características psicométricas adequadas em termos de estabilidade temporal e consistência interna.
- Características da esquizofrenia podem afetar as atitudes em relação ao câncer.

4. MÉTODOS

4.1. Delineamento do estudo e amostra

O estudo foi desenvolvido a partir de um delineamento transversal. A amostra foi composta por 71 pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, estabilizados, provenientes do Ambulatório de Esquizofrenia do Hospital de Ensino Instituto Raul Soares/FHEMIG (HEIRS/FHEMIG), no ano de 2014 e do Ambulatório de Saúde Mental de Nova Lima (ASM/NL), no ano de 2013.

Os psiquiatras responsáveis pelo acompanhamento destes pacientes foram consultados, para uma verificação prévia do grau de estabilidade clínica, da regularidade do tratamento e dos critérios de exclusão.

O diagnóstico de esquizofrenia foi realizado de acordo com os critérios da 4ª edição revisada do Manual Diagnóstico e Estatístico (DSM-IV) e confirmado por meio da versão mais detalhada do instrumento Mini-Entrevista Psiquiátrica Internacional (MINI-Plus) (AMORIM, 2000). O grupo controle foi composto por 32 indivíduos sem o diagnóstico de esquizofrenia provenientes da Escola Estadual de Educação de Jovens e Adultos (EJA) Roberto Fernandes de Contagem/MG. A ausência de transtorno psiquiátrico (esquizofrenia) no grupo controle foi confirmada pela aplicação da versão resumida da mesma entrevista.

Este estudo foi aprovado junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais/FHEMIG (COEP/FHEMIG – Protocolo COEP 062B/2012)(Anexo A).

4.2. Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão dos pacientes no estudo foram: (1) idade entre 18-65 anos; (2) diagnóstico de esquizofrenia; (3) estabilidade clínica, confirmada por uma pontuação menor que 19 na escala de sintomas positivos da PANSS e (4) concordar em participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

- (Anexo B).

O critério de exclusão dos pacientes foi: (1) história de epilepsia, demência, trauma ou tumor encefálico.

Os critérios de inclusão do grupo controle foram: (1) idade entre 18-65 anos; (2) nível de escolaridade entre ensino fundamental e médio. (3) concordar em participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O critério de exclusão do grupo controle foi: (1) diagnóstico de esquizofrenia.

4.3. Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos para avaliação dos sujeitos: entrevista de diagnósticos psiquiátricos (MINI-Plus), escala de sintomas positivos e negativo (PANSS), escala Calgary de depressão para esquizofrenia, questionário sócio-demográfico, questionário sobre câncer (QAC) e teste cognitivo (SCoRS).

4.3.1. Mini-International Neuropsychiatry Interview (MINI-Plus)

O MINI foi elaborado por pesquisadores do Hospital Pitié-Salpêtrière de Paris e da Universidade da Flórida e é indicado para a pesquisa e a prática clínica em psiquiatria. É um questionário fácil e rápido (15-20 minutos) utilizado para diagnósticos de transtorno mentais, conforme os critérios do DSM-IV e da CID-10. A versão Plus do MINI, é uma versão mais específica, estabelece diagnósticos positivos dos transtornos psicóticos e do humor mais importantes do DSM-IV (AMORIN, 2000).

4.3.2. Escala da Síndrome Positiva e Negativa (PANSS)

A PANSS é um instrumento que avalia os sintomas positivos e negativos, além de aspectos psicopatológicos gerais de pacientes com esquizofrenia. Contém 30 itens e é dividida em escala positiva, negativa e geral. As sub-escalas sobre sintomas positivos e negativos possuem 7 itens, cada uma, e a de psicopatologia geral 16 itens, com pontuações que variam de 1 a 7. Escore de 1 a 3 significa nenhum ou poucos sintomas, pontuação 4 moderado e acima de 4 sintomas graves. Os pacientes que pontuaram mais que 19 na subescala de sintomas positivos da PANSS foram excluídos do estudo pela inviabilidade de adequada avaliação cognitiva (KAY *et al.*, 1987).

4.3.3. Escala Calgary de Depressão para Esquizofrenia

A Calgary é uma escala que avalia o nível de depressão em pessoas com esquizofrenia, independentemente das outras dimensões psicopatológicas da

esquizofrenia, tanto na fase aguda quanto na fase residual da patologia. É sensível a mudança, e pode ser utilizada em diferentes intervalos de tempo. É composta por 9 itens e varia de zero (ausente) a 3 (grave). A pontuação zero nesta escala significa que o paciente não possui sintomas depressivos, com pontuação 1 significa sintomas leves, 2 moderado e 3 grave.(ADDINGTON et al., 1990; BRESSAN et al, 1998).

4.3.4. Questionário sócio-demográfico

Os dados sócio-demográficos foram coletados através de um questionário elaborado pelos pesquisadores contendo os seguintes itens: nome; endereço; data da entrevista; data de nascimento; idade; naturalidade; sexo; filhos; estado civil; cor da pele; alfabetização; nível de escolaridade; anos de estudo; repetência escolar; reside com quem; renda familiar; número de dependentes desta renda; ocupação atual; situação previdenciária e religião.

4.3.5. *Questionnaire of Attitudes in Câncer (QAC)*

O QAC é um questionário que foi desenvolvido na Alemanha (HEUCKMANN; ASSOFF, 2014) para avaliar o interesse e atitude relacionados ao câncer em estudantes. Este avalia três (3) dimensões:

- Cognitiva: contém 5 (cinco) perguntas que investiga a crença sobre a controlabilidade do câncer (descritos na **TABELA 6**).
- Emocional: contém 7 (sete) perguntas que investiga respostas emocionais negativas relacionadas ao câncer (descritos na **TABELA 6**).
- Comportamento: contém 8 (oito) perguntas que investiga a intenção para comportamento proativo em relação ao câncer. A dimensão comportamental é dividida em 3 (três) subescalas. São elas: comunicação, mudanças no estilo de vida e engajamento social (descritos na **TABELA 6**).

As respostas das dimensões cognitivas, afetivas e comportamental pontuam de 1 a 4, sendo 1= discorda totalmente, 2= discorda, 3= concorda e 4= concorda totalmente.

Os autores utilizaram a média para estudar as respostas. O valor médio abaixo de 2,5 indica que o participante discorda com a afirmação e valor médio igual ou acima de 2,5 indica que o participante concorda com a afirmação. Assim, também foi utilizada a média para as nossas análises (HEUCKMANN; ASSHOFF, 2014).

Existe também uma seção de perguntas sobre o conhecimento dos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer. Possui 24 (vinte e quatro) perguntas, com respostas dicotômicas (1= sim, 2= não) (descritos na **TABELA 11**).

4.3.6. Avaliação Cognitiva por Medida Co-Primária: SCoRS

A SCoRS é um teste cognitivo composto por 18 itens, baseada nas atividades cotidianas do paciente com diagnóstico de esquizofrenia. Cada item pontua de 0 a 4. A entrevista é realizada com o paciente e uma pessoa de sua convivência (informante), de forma independente. Também é avaliada a resposta do entrevistador que considera as avaliações do paciente e do informante. Ao final o entrevistador confere um escore geral entre 0 e 10, de 0 a 3 significa boa capacidade cognitiva, de 4 a 6 capacidade cognitiva moderada e de 7 a 10 função cognitiva comprometida. (KEEFE *et al.*, 2006). Foi utilizada uma versão feita por processo de tradução e retrotradução para o Português do Brasil (FERREIRA *et al.*, 2010b).

4.4. Desenho experimental

Os participantes foram orientados quanto aos objetivos e ao desenho experimental. Após concordarem em participar da pesquisa e assinarem o TCLE, seguiram os passos da tradução e aplicação dos testes, conforme são apresentados nas etapas abaixo.

4.4.1. Etapa I: Tradução, retrotradução e versão final em português do QAC

O primeiro passo do processo de adaptação é a tradução. No processo de adaptação devem ser considerados os aspectos culturais, idiomáticos, linguísticos e contextuais concernentes à sua tradução (HAMBLETON, 2005).

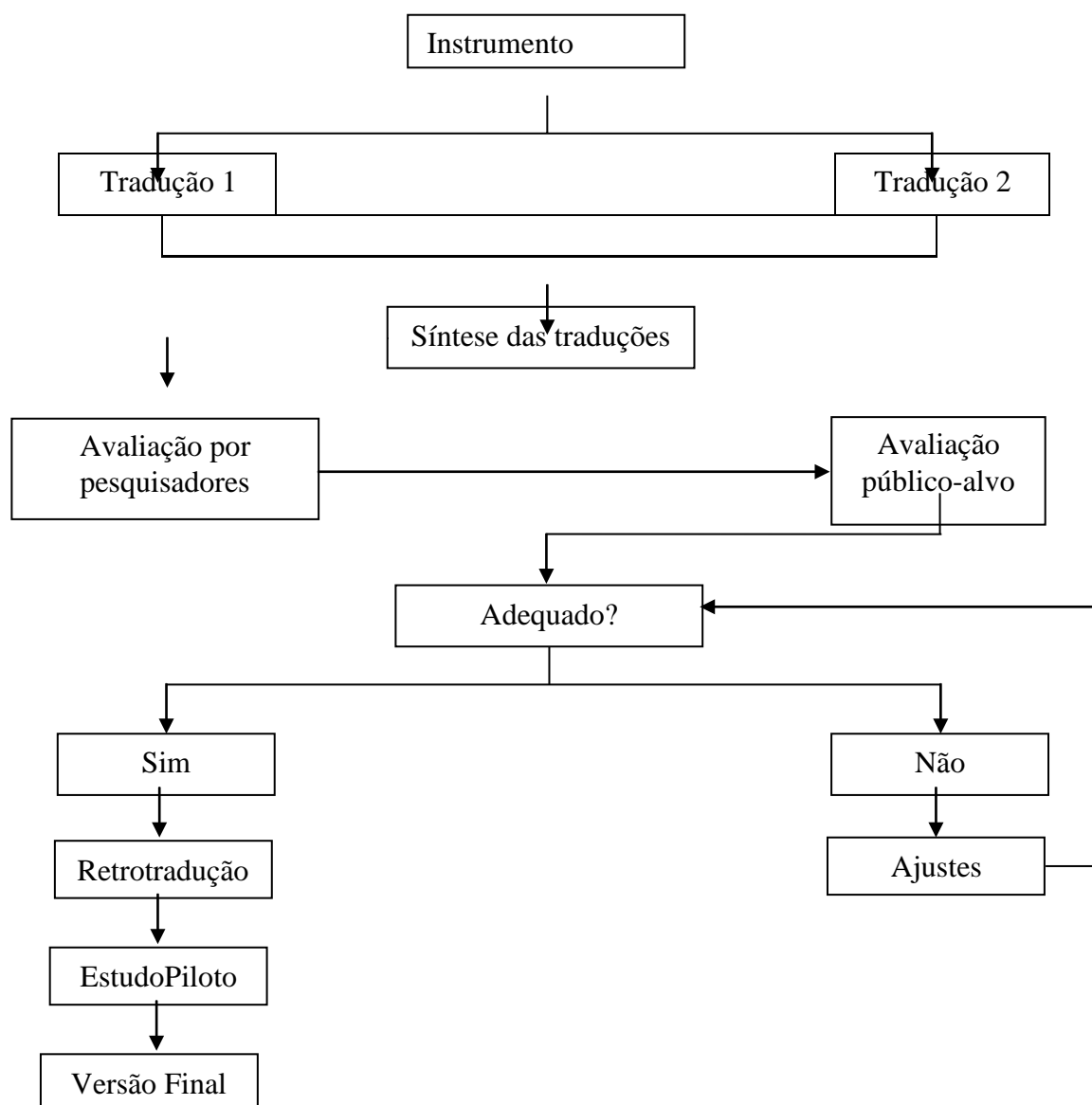
Foi entregue uma versão em inglês do QAC para dois investigadores que fizeram a tradução inicial, de forma independente. A tradução foi então revisada por outros dois investigadores que analisaram a tradução para construção da versão

revisada em português, também de forma individual e independente. Foi retirada do questionário a parte de interesse nos tópicos de ensino de Biologia associada ao câncer, que são perguntas direcionadas para alunos.

Foi feita uma avaliação pelo público-alvo e posteriormente a versão revisada foi retrotraduzida para o inglês por outro investigador (professor de inglês). A seguir, a versão retrotraduzida foi comparada à versão original em inglês. Ao compará-las, foram corrigidas eventuais divergências no texto em português para que fosse mantido o significado proposto pelos autores originais do questionário, chegando-se à versão final em português utilizada na fase teste de aplicação. Os autores originais aprovaram o texto retrotraduzido.

Na **FIGURA 2** vê-se o diagrama baseado nos estudos de Borsa, Damásio e Bandeira (2012), que norteou o processo de tradução e adaptação cultural da versão em português do QAC.

FIGURA 2: Diagrama das etapas realizadas durante o processo de tradução e adaptação do *Questionnaire of Attitudes in Câncer* (QAC) (Heuckmann, Asshoff, 2014) para uma versão brasileira



4.4.2. Etapa II: Aplicação dos testes

Os pacientes foram avaliados em um dia de teste. Os pacientes realizaram os seguintes procedimentos: (1) MINI-Plus; (2) Escala clínica (PANSS); (3) Calgary (4) Questionário sócio-demográfico e (5) Questionário sobre câncer. No segundo dia de testes (semana 2), os pacientes realizaram: (1) Avaliação cognitiva (SCoRS).

O QAC foi aplicado sobre forma de leitura em voz alta do aplicador para os 71 pacientes avaliados individualmente. À medida que os pacientes respondiam ao

questionário e relatavam eventuais dificuldades no entendimento ou itens mal compreendidos foram assinalados e posteriormente analisados pelos investigadores.

Os itens mais questionados foram: “acho que sofrer de câncer é uma questão de atitude mental” “acho que sofrer de câncer é uma questão de personalidade” e “ir frequentemente ao solário é um fator de risco para o câncer”. No entanto, somente o item “ir frequentemente ao solário é um fator de risco para o câncer” foi excluído.

4.4.3. Etapa III: Reteste

O QAC foi reaplicado dois meses após a primeira aplicação em 32 pacientes.

4.4.4. Etapa IV: Controles

Após estas etapas, o grupo controle foi selecionado de acordo com as características de idade e escolaridade dos pacientes. Os controles realizaram todos os testes em um único dia o: (1) MINI; (2) Questionário sócio-demográfico e (3) QAC. A versão resumida do MINI-Plus (MINI) foi aplicada por um psiquiatra.

4.5. Análise estatística

Foi verificado se as variáveis contínuas possuíam distribuição normal através do teste Kolmogorov Smirnov.

A consistência interna para avaliar se há confiabilidade foram analisados por meio do coeficiente alfa de Cronbach. O alfa de 0,60 a 0,70 é considerado confiabilidade aceitável e acima de 0,80 é considerado boa confiabilidade. Valor maior ou igual a 0,95 podem indicar redundância dos itens (HORA *et al.*, 2010).

Os resultados das variáveis contínuas foram expressos como: média e desvio-padrão. Os testes de Pearson e Spearman foram usados na análise de correlação para dados de distribuição normal e não-normal, respectivamente. A comparação de grupos e subgrupos foi realizada através do Teste t de Student e Mann-Whitney para os dados de distribuição normal e não-normal, respectivamente. Nas variáveis categoriais foi utilizado o teste Qui-quadrado. Valor de p menor que 0,05 foi adotado como nível de significância estatística.

Todas as análises foram realizadas por meio do *StatisticalPackage for Social Sciences* (SPSS), versão 20.

5. RESULTADOS

Os resultados estão divididos em: 1) análise descritiva da amostra; 2) avaliação da confiabilidade da QAC por meio da análise da consistência interna e da estabilidade temporal; 3) análise descritiva do QAC; 4) análise de correlação entre as três dimensões do QAC e os fatores de risco para o câncer; 5) análise de correlação entre o QAC e fatores associados à esquizofrenia; 6) análise da subescala dos fatores de risco.

Nos testes de normalidade tanto o grupo de pacientes quanto o grupo controle apresentaram distribuição normal, nas dimensões cognitivas, afetivas e comportamentais da QAC.

5.1. Análise descritiva da amostra

As características sócio-demográficas dos pacientes e dos controles são apresentadas na **TABELA 1**. Os pacientes não diferiram do grupo controle em relação à idade, gênero, cor, renda familiar, religião e anos de estudo. Os anos de estudos foram contabilizados sem os anos de repetência escolar. Houve diferença significativa entre os dois grupos em relação à situação conjugal e à ocupação. Entre os pacientes predominavam os solteiros e entre os controles os casados. Os pacientes eram em sua maioria desempregados e os controles estudantes ou com emprego registrado.

TABELA 1: Caracterização sócio-demográfica de indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia e estabilizados (n=71) e sem diagnóstico de esquizofrenia (n=32), de acordo com o MINI-Plus, participantes do estudo para tradução e validação da versão brasileira do *Questionnaire of Attitudes in Cancer* (QAC=BR), realizado em Belo Horizonte, MG, entre os anos de 2013 e 2014.

Características	Pacientes (N=71)	Controle (N=32)	valor de p
	N ou média (\pm DP)	N ou média (\pm DP)	
Gênero			0,20†
Masculino	40	13	-
Feminino	31	19	-
Idade	41,44 (\pm 12,9)	37,44 (\pm 11,89)	0,72††
Cor da Pele			0,40†

Branca	22	6	
Negra	25	11	-
Pardo	24	15	-
Anos de Estudo	8,59 (\pm 3,79)	8,25(\pm 2,63)	0,43 $\dagger\dagger$
Situação Conjugal			0,00 \dagger
Solteiro (a)	48	7	-
Casado (a)	18	17	-
União estável (a)	1	3	-
Divorciado (a)	4	5	-
Renda Familiar	2,91(\pm 2,40)	2,9 (\pm 1,38)	0,22 $\dagger\dagger$
Ocupação			0,00 \dagger
Desempregado	34	6	-
Emprego registrado	8	17	-
Emprego não registrado	4	4	-
Estudante	1	32	-
Aposentado	24	1	-
Pensionista	11	2	-
Religião			0,20 \dagger
Sim	65	31	-
Não	6	1	-

Abreviações: N = número de sujeitos; DP = desvio padrão; MINI-Plus : Mini-International Neuropsychiatry Interview

Teste utilizado: \dagger Qui-quadrado, $\dagger\dagger$ Mann-Whitney U

Valore(s) significativo(s): * $p < 0,05$ e ** $p < 0,01$

De acordo com a **TABELA 2**, os pacientes apresentaram poucos sintomas depressivos (Calgary = 1,59; DP= \pm 1,91) e positivos (M=9,21; DP= \pm 2,53), mas sintomas negativos de leve a moderados (M= 18, 34; DP= \pm 7,06). E prejuízo cognitivo de leve a moderado (SCoRS Geral = 5,02; DP= \pm 1,69).

TABELA 2: Descrição dos aspectos clínicos, conforme escalas PANSS, SCoRS e Calgary, de indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia de acordo com o MINI-Plus, e estabilizados, participantes do estudo para tradução e validação da versão brasileira do *Questionnaire of Attitudes in Cancer (QAC=BR)*, realizado em Belo Horizonte, MG, entre os anos de 2013 e 2014.

	Média	DP(±)
PANSS (N= 67)		
PANSS positiva	9,21	2,53
PANSS negativa	18,34	7,06
PANSS geral	25,00	6,6
PANSS total	52,25	13,11
SCoRS (N=48)		
SCoRS paciente	34,09	9,39
SCoRS informante	31,85	9,60
SCoRS entrevistador	35,27	9,16
SCoRS geral	5,02	1,59
Calgary (N= 49)		
Calgary	1,59	1,91

Abreviações: N = número de sujeitos; DP = desvio padrão; Escala da Síndrome Positiva e Negativa; SCoRS: Avaliação Cognitiva por Medida Co-Primária; Calgary: Escala Calgary de Depressão para Esquizofrenia; MINI-Plus : Mini-International Neuropsychiatry Interview.

5.2. Confiabilidade

5.2.1. Análise da Consistência interna

O resultado da análise da consistência interna das respostas do pacientes em cada dimensão foi: na dimensão cognitiva do QAC foi $\alpha = 0,70$ (alfa de *Cronbach*). A dimensão emocional foi $\alpha = 0,77$ e comportamento $\alpha = 0,81$. A dimensão sobre fatores de risco para o câncer foi $\alpha = 0,78$. No controle, a dimensão cognitiva do QAC mostrou $\alpha = 0,68$, a emocional $\alpha = 0,87$, a do comportamento $\alpha = 0,80$ e dos fatores de risco $\alpha = 0,69$ (TABELA 3).

TABELA 3: Consistência Interna dos subdomínios cognitivo, afetivo, comportamental e fatores de risco, obtidos na aplicação da versão brasileira do *Questionnaire of Attitudes in Cancer* (QAC-BR) em indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia e estabilizados (n=71) e sem diagnóstico de esquizofrenia (n=32), participantes do estudo de tradução e validação do QAC-BR, realizado em Belo Horizonte, MG, entre os anos de 2013 e 2014.

Subdomínios da QAC	Consistência Interna ¹	
	Pacientes (N=32)	Controles (N=71)
Cognitivo	0,70	0,68
Afetivo	0,77	0,87
Comportamental	0,81	0,80
Fatores de Risco	0,78	0,69

¹Alfa de *Cronbach* no nível do item.

5.2.2. Análise da estabilidade temporal

A Estabilidade Temporal foi avaliada através da aplicação do QAC em duas oportunidades nos pacientes (n = 32), com um intervalo médio de 30 dias (1 mês).

Conforme apresentado na **TABELA 4**, as três dimensões do QAC apresentaram correlações de *Pearson* amplamente significativas entre o teste e reteste. Na dimensão cognitiva do QAC o resultado foi $r=0,483$; $p<0,01$. Na dimensão afetiva o resultado foi $r=0,798$; $p<0,01$. E na parte comportamento $r=0,668$; $p<0,01$.

TABELA 4: Correlação de Pearson entre o teste e reteste, nas dimensões cognitiva, afetiva e comportamental da atitude, obtidas na aplicação da versão brasileira do *Questionnaire of Attitudes in Cancer* (QAC) em indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia e estabilizados (n=33), participantes do estudo de tradução e validação do QAC-BR, realizado em Belo Horizonte, MG, entre os anos de 2013 e 2014.

	Reteste (N= 33)		
	Cognição	Emoção	Comportamento
<i>r</i>	,483**	,798**	,668**
<i>p</i>	,005	,000	,000

Abreviações: N= número de sujeitos; *p*= valor de significância; *r*= coeficiente de Pearson

Teste(s) utilizado: Correlação de Pearson

Valore(s) significativo(s): * $p<0,05$ e ** $p<0,01$

Observa-se também na **TABELA 5**, que o teste *t* pareado não mostrou diferença significativa entre os dados coletados no teste quando comparados aos dados coletados no reteste ($t = 1,158$ $p > 0,05$; $t = 0,083$ $p > 0,05$; $t = -1,059$ $p > 0,05$, respectivamente). Isso mostra que, além de uma correlação de *Pearson* significativa, o teste também aponta para a fidedignidade do instrumento.

TABELA 5: Comparação entre dados do teste e reteste (teste *t* pareado), referentes às dimensões cognitiva, afetiva e comportamental da atitude, obtidas na aplicação da versão brasileira do *Questionnaire of Attitudes in Cancer (QAC-BR)* a indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia e estabilizados ($n=33$), participantes do estudo para tradução e validação do QAC-BR, realizado em Belo Horizonte, MG, entre os anos de 2013 e 2014.

	Teste – Reteste (N=33)		
	Cognição	Emoção	Comportamento
Teste <i>t</i>	1,158	,083	-1,059
<i>P</i>	,256	,934	,298

Abreviações: N= número de sujeitos; *p*= valor de significância

Teste(s) utilizado: teste *t* pareado

Valore(s) significativo(s): * $p < 0,05$ e ** $p < 0,01$

5.3. Análise descritiva do QAC

A **TABELA 6** mostra a média total das respostas das dimensões cognitivas, afetivas e comportamentais dos pacientes com esquizofrenia e dos controles.

A subescala de crenças sobre a controlabilidade do câncer em pacientes apresentou um valor médio geral de $M = 2,49$ ($DP = \pm 0,53$), dos controles $M = 2,52$ ($DP = \pm 0,57$).

Tanto paciente ($M = 2,05$ $DP = 0,74$) quanto controles ($M = 2,31$; $DP = \pm 0,86$) discordaram que ter câncer é uma questão de atitude mental.

Os pacientes ($M = 2,04$; $DP = \pm 0,78$) e controles ($M = 2,31$; $DP = \pm 0,97$) também discordaram da afirmativa: “ter câncer é uma questão de personalidade.

Nas questões afetivas observa-se que a média de respostas dos pacientes foi alta de $3,12$ ($DP = \pm 0,62$). Além disso, os pacientes relataram não terem pensamentos negativos ($M = 2,46$; $DP = \pm 0,93$).

A média geral da dimensão comportamental em pacientes foi 2,96 (DP= \pm 0,63) e nos controles foi 3,39 (DP= \pm 0,51). Na análise comparativa apenas as respostas da dimensão comportamental dos pacientes foram semelhante as dos controles ($t= -3,86$; $p<0,01$).

TABELA 6: Descrição das médias de respostas por item e por dimensão, cognitiva, afetiva e comportamental da atitude, obtidas na aplicação da versão brasileira do *Questionnaire of Attitudes in Cancer* (QAC-BR) em indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia e estabilizados (n=71) e sem diagnóstico de esquizofrenia (n=32), participantes do estudo para tradução e validação do QAC-BR, realizado em Belo Horizonte, MG, entre os anos de 2013 e 2014.

Escala com os itens:	Média pacientes (N=71)	DP (\pm)	Média Controles (N=32)	DP (\pm)	t	Valor de p
Crenças sobre controlabilidade do câncer (dimensão cognitiva de atitude)						
Eu acho que ter câncer é uma:	2,49	0,53	2,52	0,57	0,04	0,96
1) Fatalidade	3,18	0,99	2,65	1,04	-	-
2) Questão de nutrição inadequada	2,32	0,84	2,56	0,98	-	-
3) Consequência do estilo de vida	3,40	0,87	3,12	1,00	-	-
4) Questão de atitude mental	2,05	0,74	2,31	0,86	-	-
5) Questão de personalidade	2,04	0,78	2,31	0,97	-	-
Respostas afetivas sobre o câncer (dimensão afetiva de atitude)						
Diante da ideia de câncer:	3,12	0,62	3,26	0,59	1,57	0,11
6) Eu me sinto deprimido	3,11	0,99	3,06	0,91	-	-
7) Eu tenho pensamentos negativos	2,46	0,93	3,00	0,93	-	-
8) Sinto-me ansioso	2,76	1,06	3,12	0,94	-	-
9) Sinto-me inseguro	3,08	1,03	3,21	0,94	-	-
10) Deixa-me preocupado	3,45	0,9	3,43	0,84	-	-
11) Sinto-me triste	3,52	0,84	3,31	0,90	-	-
12) Deixa-me com medo	3,46	0,90	3,65	0,70	-	-
Intenções para comportamento proativo em relação ao câncer (dimensão comportamental de atitude)						
A ideia de desenvolver um câncer me motiva a:	2,96	0,63	3,39	0,51	3,86	0,00**
13) Conversar com parentes ¹	2,57	1,05	3,31	0,86	-	-
14) Buscar informações ¹	2,95	1,07	3,43	0,67	-	-
15) Conversar com amigos ¹	2,39	0,94	3,28	0,89	-	-

16) Conversar com pessoas afetadas ¹	2,53	1,03	3,15	0,88	-	-
17) Viver uma vida mais saudável ²	3,45	0,71	3,53	0,50	-	-
18) Viver uma vida mais saudável ²	3,45	0,71	3,56	0,50	-	-
19) Ajudar Instituições envolvidas no tratamento do câncer ³	3,21	0,99	3,43	0,71	-	-
20) Ajudar crianças com câncer ³	3,19	1,02	3,50	0,67	-	-

[1] subescala de comunicação, [2] subescala de mudança de estilo de vida, [3] subescala de engajamento social.

Abreviações: N = número de sujeitos; DP = desvio padrão

Teste utilizado: Qui-quadrado

Valore(s) significativo(s): * $p < 0,05$ e ** $p < 0,01$

5.4. Análise de correlação entre as três dimensões do QAC

A relação entre as três dimensões do QAC está representada na **TABELA 7**. A análise de correlação de *Pearson* mostrou que apenas a dimensão cognitiva é positivamente correlacionada com a dimensão comportamental ($r = 0,246$, $p < 0,05$).

TABELA 7: Correlação entre os dados das três dimensões cognitiva, afetiva e comportamental da atitude, obtidos na aplicação da versão brasileira do *Questionnaire of Attitudes in Cancer (QAC-BR)* em indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia e estabilizados (n=71), participantes do estudo para tradução e validação do QAC-BR, realizado em Belo Horizonte, MG, entre os anos de 2013 e 2014.

		Pacientes (N= 71)		
		Cognição	Emoção	Comportamento
Cognição	<i>r</i>	1	-	-
	<i>p</i>	-	-	-
Emoção	<i>r</i>	,130	1	-
	<i>p</i>	,279	-	-
Comportamento	<i>r</i>	,267*	,055	1
	<i>p</i>	,024	,651	-

Abreviações: N= número de sujeitos; *p*= valor de significância; *r*= coeficiente de Pearson

Teste(s) utilizado: correlação de *Pearson*

Valore(s) significativo(s): * $p < 0,05$

Na **TABELA 8** está representada a correlação das repostas das três dimensões de atitude dos controles. Também houve resultado significativo entre a dimensão cognitiva e a dimensão comportamental ($r = 0,565$; $p < 0,05$).

TABELA 8: Correlação entre os dados das três dimensões cognitiva, afetiva e comportamental da atitude, obtidos na aplicação da versão brasileira do *Questionnaire of Attitudes in Cancer* (QAC-BR) em indivíduos sem diagnóstico de esquizofrenia (n=32), participantes do estudo para tradução e validação do QAC-BR, realizado em Belo Horizonte, MG, entre os anos de 2013 e 2014.

		Controles (N= 32)		
		Cognição	Emoção	Comportamento
Cognição	<i>r</i>	1	-	-
	<i>p</i>	-	-	-
Emoção	<i>r</i>	,220	1	-
	<i>p</i>	,226	-	-
Comportamento	<i>r</i>	,565**	,236	1
	<i>p</i>	,001	,194	-

Abreviações: N= número de sujeitos; *p*= valor de significância; *r*= coeficiente de Pearson

Teste(s) utilizado: correlação de *Pearson*

Valore(s) significativo(s): * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Na TABELA 9 verifica-se que houve correlação significativa entre a cognição e os três subdomínios da dimensão comportamental dos controles.

TABELA 9: Correlação entre os dados dos subdomínios da dimensão comportamental da atitude, comunicação, mudança no estilo de vida e engajamento social, obtidos na aplicação da versão brasileira do *Questionnaire of Attitudes in Cancer* (QAC-BR) em indivíduos sem diagnóstico de esquizofrenia (n=32), participantes do estudo para tradução, análise da confiabilidade do QAC-BR e estudo de atitudes relacionadas ao câncer, realizado em Belo Horizonte, MG, entre os anos de 2013 e 2014.

		Dimensão comportamental (N=32)		
		Comunicação	Mudança no estilo de vida	Engajamento social
Cognição	<i>t</i>	,383*	,488**	,442*
	<i>p</i>	,030	,005	,011

Abreviações: N= número de sujeitos; *p*= valor de significância; *r*= coeficiente de Pearson

Teste(s) utilizado: correlação de *Pearson*

Valore(s) significativo(s): * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

5.5. Análise de correlação entre o QAC e sintomas da esquizofrenia

Na **TABELA 10** está representada a média de cada dimensão do QAC. A análise de correlação de *Pearson* das dimensões do QAC mostrou que a dimensão comportamental do QAC está correlacionada com a PANSS positiva ($r = -0,272$ $p < 0,05$). A **TABELA 10** mostra também que as respostas cognitivas do QAC dos pacientes não se correlacionam com os escores geral, paciente, informante e entrevistador da SCoRS ($r p > 0,05$). Isso sugere que a dimensão cognitiva de atitude relacionada ao câncer não está associada com os aspectos cognitivos da esquizofrenia.

TABELA 10: Correlação entre os dados das três dimensões (cognitiva, afetiva e comportamental) e a capacidade cognitiva, sintomas da esquizofrenia e sintomas depressivos, obtidos através da aplicação da versão brasileira do *Questionnaire of Attitudes in Cancer* (QAC-BR), PANSS, SCoRS e Calgary, em indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia (n=71), participantes do estudo de tradução e validação do QAC-BR, realizado em Belo Horizonte, MG, entre os anos de 2013 e 2014.

PANSS (N= 67)		Positiva	Negativa	Geral	Total
Dimensão Cognitiva	<i>r</i>	-,162	,028	,013	,012
	<i>p</i>	,189	,820	,914	,920
Dimensão Afetiva	<i>r</i>	-,215	-,052	-,035	-,077
	<i>p</i>	,080	,677	,780	,535
Dimensão Comportamental	<i>r</i>	-,272*	-,088	-,066	-,117
	<i>p</i>	,026	,480	,594	,345
SCoRS (N=48)		Paciente	Informante	Entrevistador	Geral
Dimensão Cognitiva	<i>r</i>	-,025	-,061	,003	-,063
	<i>p</i>	,860	,683	,985	,673
Dimensão Afetiva	<i>r</i>	,147	-,103	-,015	-,026
	<i>p</i>	,303	,487	,920	,860
Dimensão Comportamental	<i>r</i>	,223	,127	,223	,219
	<i>p</i>	,115	,389	,128	,135
Calgary (N=49)		-	-	-	Total
Dimensão Cognitiva	<i>r</i>	-	-	-	-,089
	<i>p</i>	-	-	-	,544
Dimensão Afetiva	<i>r</i>	-	-	-	-,019
	<i>p</i>	-	-	-	,895
Dimensão Comportamental	<i>r</i>	-	-	-	,139
	<i>p</i>	-	-	-	,340

Abreviações: N= número de sujeitos; *p*= valor de significância; *r*= coeficiente de Pearson

Teste(s) utilizado: correlação de *Pearson*

Valore(s) significativo(s): * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

5.6. Análise descritiva dos Fatores de Risco

A última parte do questionário, que diz sobre os fatores de risco para o câncer foi analisada e apresentada na **TABELA 11**.

Na **TABELA 11** consta a porcentagem de concordância dos pacientes nas afirmativas de cada fator de risco. Foram analisados apenas os fatores claramente definidos pelos autores do QAC como agentes carcinogênicos.

Cerca de 60-90% dos pacientes conseguiram identificar 5 dos 14 fatores de risco para o câncer e mais de 70% dos controles conseguiram identificar 7 dos 17 carcinógenos.

Pode-se verificar que os fatores de risco identificados tanto pelos pacientes quanto pelos controles são os carcinógenos amplamente abordados em programas de saúde pública, inclusive na comparação entre pacientes e controles, as respostas não se diferem em relação a cinco fatores de risco para o câncer, são eles: exposição excessiva ao sol, fumar cigarros e cachimbo, consumo de bebida alcoólica e excesso de peso ($p>0,05$).

TABELA 11: Descrição em porcentagem das respostas nas afirmativas sobre os fatores de risco para o câncer, obtidas através da aplicação da versão brasileira do *Questionnaire of Attitudes in Cancer* (QAC- BR) em indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia e estabilizados (n=71), participantes do estudo para tradução e validação do QAC-BR, realizado em Belo Horizonte, MG, entre os anos de 2013 e 2014.

Fatores de Risco	Pacientes	Controles	Valor de p
	(N= 71)	(N= 32)	
	%	%	
Exposição excessiva ao sol ^a	91,5	96,9	0,320
Fumar cigarros ^a	100	96,9	0,134
Radioatividade ^a	33,8	75,0	0,000**
Radiação Ultravioleta ^a	50,7	84,4	0,005**
Exposição a radiação do Raio-X ^a	38,0	59,4	0,044*

Fumar cachimbo ^a	90,1	81,2	0,209
Várias marcas de nascença ^b	15,5	25,0	0,250
Consumo de bebida alcoólica ^a	67,6	68,8	0,908
Consumo de drogas ^b	73,2	81,3	0,380
Excesso de peso ^a	53,5	46,9	0,532
Pressão alta ^b	21,1	12,5	0,296
Resfriado frequente ^b	12,7	28,1	0,136
Contato com pacientes com câncer ^b	14,1	0,0	0,025*

Abreviações: N= número de sujeitos

Teste(s) utilizado: Qui-quadrado

Valore(s) significativo(s): * p<0,05 e ** p<0,01

Itens selecionados da escola fatores de risco (1=sim, 2= não)

% porcentagem de pacientes que concordaram com as afirmativas

^a fatores de risco para desenvolver o câncer

^b não são fatores de risco para desenvolver o câncer

6. DISCUSSÃO

O câncer continua a ser uma das principais causas de morte em todo o mundo. Os instrumentos que avaliam a atitude têm recebido grande interesse tendo em vista que a atitude é uma predisposição da pessoa reagir, na forma de opiniões ou de atos, sobre algo ou alguém. Ainda, o instrumento de atitude associado ao câncer permite ao profissional de saúde perceber as lacunas referentes à expressão do sentimento, intenção pró-ativa e o conhecimento do paciente em relação às neoplasias. Além disso, em algum grau o instrumento pode explicar e prever o comportamento das pessoas (BAGOZZI, 1981).

O instrumento proposto para adaptação e validação foi o *Questionnaire of Attitudes in Cancer* (QAC). E o mesmo instrumento foi utilizado para avaliar a atitude sobre o câncer em pacientes com esquizofrenia.

Não há no Brasil, que seja do nosso conhecimento, instrumentos que avaliem atitudes associadas ao câncer. Portanto, o presente estudo comparou os resultados da análise da confiabilidade do QAC somente com o estudo original.

Os resultados da consistência interna do QAC aplicado aos pacientes no presente estudo são comparáveis aos resultados do estudo original de Heuckmann e Asshoff (2014). Nos pacientes a consistência interna foi até mesmo superior no item sobre conhecimento dos fatores de risco para o câncer e em quase todas as dimensões da atitude. Portanto, o nível de confiabilidade está de acordo com a versão alemã do QAC. Ou seja, a confiabilidade deste instrumento de medida cognitiva, resumida como crenças sobre a controlabilidade, resposta emocionais negativas, intenção para o comportamento pró-ativo e conhecimento sobre os fatores de riscos relacionados ao câncer apresentam resultados consistentes daquilo que se pretende medir.

A avaliação da estabilidade temporal buscou o reconhecimento do QAC como um instrumento confiável. Os resultados do teste/reteste mostraram forte correlação nas dimensões cognitiva ($r = 0,483$ $p < 0,01$), afetiva ($r = 0,798$ $p < 0,01$) e comportamental ($r = 0,668$ $p < 0,01$) da atitude nos pacientes. Isso indica que a QAC apresenta boa confiabilidade em termos de estabilidade temporal, ou seja, a persistência do mesmo resultado ao longo do tempo.

A análise descritiva do QAC mostrou que a média geral das respostas cognitivas dos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia foi de 2,49 (DP = $\pm 0,53$), indicando que os pacientes não concordaram que o câncer pode ser evitado, diferentemente dos controles (M= 2,52; DP = $\pm 0,72$). Porém, tanto pacientes (M= 3,40; DP= $\pm 0,87$) quanto controles (M= 3,12; DP= $\pm 1,00$) concordaram que “sofrer de câncer é uma consequência do estilo de vida”. Heuckmann e Asshoff (2014) encontraram resultados semelhantes ao nosso, com uma média geral de 2,10 (DP= 0,55) e na respectiva afirmativa de 2,77 (DP= 0,87).

A média geral dos pacientes (M= 3,12; DP= $\pm 0,62$) e controles (M=3,26; DP= $\pm 0,59$) na dimensão afetiva mostrou que diante da ideia de câncer os participantes se sentiriam deprimidos, inseguros, preocupados, tristes e com medo. Este dado é similar ao estudo alemão, que verificou uma média de 2,91 (DP= 0,73) na dimensão afetiva (HEUCKMANN; ASHOFF, 2014). Além disso, estes resultados suporta a hipótese levantada por Oakey *et al.* (1995) de que as emoções relacionadas ao câncer são predominantemente negativas.

E na dimensão comportamental, as respostas da dimensão comportamental entre pacientes e controles foram diferentes ($r = -3,860$; $p < 0,01$). A média das respostas dos pacientes foi de 2,96 (DP= 0,63) e dos controles foi de 3,39 (DP= 0,51), indicando que tanto pacientes quanto controles possuem intenção pró-ativa em relação ao câncer, mas que esta intenção é significativamente menor nos pacientes. Estes dados contrastam com o apurado por Heuckmann e Asshoff (2014) que mostrou uma média de 2,77 (DP= $\pm 0,87$). Estes autores, porém, avaliaram apenas adolescentes, faixa etária na qual a intenção pró-ativa de prevenção provavelmente é menos presente.

A correlação das respostas dos pacientes das três dimensões do QAC mostrou resultado significativo entre as respostas da dimensão cognitiva e comportamental dos pacientes ($r = 0,267$; $p < 0,05$) e controles ($r = 0,565$; $p < 0,01$). Além disso, as respostas cognitivas dos controles estão correlacionadas com a comunicação ($r = 0,383$; $p < 0,05$), a mudança no estilo de vida ($r = 0,488$; $p < 0,01$) e o engajamento social ($r = 0,442$; $p < 0,01$), subdomínios da dimensão comportamental. Resultados semelhantes foram encontrados por Heuckmann e Asshoff (2014) que demonstraram que as respostas cognitivas tiveram correlação com mudanças no estilo de vida ($r = 0,348$; $p < 0,01$).

Os sintomas positivos da esquizofrenia influenciam as repostas da dimensão comportamental ($r = -0,272$; $p < 0,05$) da atitude. Isso quer dizer que quanto maior a intensidade dos sintomas positivos, menor o comportamento pró-ativo de prevenção. Como a amostra foi composta por pacientes estáveis clinicamente, pode-se dizer que mesmo sintomas positivos residuais interferem nas crenças acerca do controle do câncer. Isso é suficiente, como exposto acima, para que as respostas dos pacientes fossem significativamente inferiores às dos controles pareados por idade, gênero e nível educacional.

Na avaliação dos fatores de risco, os pacientes tiveram um desempenho significativamente inferior aos controles na identificação de alguns fatores comprovadamente cancerígenos, quais sejam: radiação ultravioleta, exposição aos raios-

X. Por outro lado, identificam erroneamente o contato com pessoas doentes como fator de risco. A identificação do uso de cigarro, bebida alcoólica, exposição excessiva ao sol e obesidade como fatores de risco não foram diferentes entre paciente e controles.

É importante ressaltar que estes fatores de risco são amplamente discutidos em programas de saúde pública e foram os carcinógenos melhores identificados pelos participantes. No entanto, 73,2% dos pacientes, 81,3% dos controles apontaram o uso de drogas como fatores de risco e de acordo com Heuckmann e Asshoff (2014) o uso de drogas não são fatores de risco. Na Alemanha 51,8% dos alunos com idade entre 16-18 anos também afirmaram que as drogas eram fatores de riscos para o câncer. (HEUCHMANN; ASSHOFF, 2014). Estes dados indicam que campanhas educacionais são necessárias, especialmente entre os pacientes.

Portanto, a intervenção psicoeducativa direcionada para o conhecimento sobre o câncer, ajustamento da percepção dos fatores de risco, promoção e fortalecimento de condutas para o autocuidado, em pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, é uma perspectiva futura.

7. CONCLUSÕES

Com base nos resultados apresentados podemos concluir que:

- O QAC é um instrumento com boa confiabilidade, tanto no que diz respeito à Consistência Interna quanto à Estabilidade Temporal;
- A dimensão cognitiva interfere na intenção pró-ativa em relação ao câncer, entre pacientes;
- Os pacientes têm desempenho inferior aos controles na dimensão comportamental da atitude;
- Os sintomas positivos da esquizofrenia influenciam as respostas da dimensão comportamental, o que sugere que sintomas positivos, mesmo residuais, prejudicam a atitude de prevenção;
- Apesar dos participantes terem identificado os principais fatores de risco para o câncer, pode-se observar que ainda há necessidade de intervenções que aumente o conhecimento sobre a prevenção do câncer e, conseqüentemente, envolva esses pacientes no seu processo de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADDINGTON D, ADDINGTON J, SCHISSEL B. A depression rating scale for schizophrenics. *Schizophr Res.*, n.3, v.4, Jul1990, 247-51p.
- ADITYANJEE, ADERIBIGBE, Y.A.; THEODORIDIS, D.; VIEWEG, V.R. Dementia praecox to schizophrenia: the first 100 years. *Psychiatry Clin Neurosci*, v.4, Ago 1999, 437-48p.
- AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 106-115, Sept. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 July 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000300003>.
- ANANTH, J.; BURNSTEIN, M. Cancer: less common in psychiatric patients?. *Psychosomatics*, v.18, 1977, p.44-46.
- ARAÚJO AC, LOTUFO NETO F. A nova classificação americana para os transtornos mentais: o DSM-5. *Rev. Bras. Ter. Comport. Cogn.*, São Paulo, v.16, n. 1, 2014. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtcc/v16n1/v16n1a07.pdf>>. Acesso em: 25 Jan. 2015
- AREVALO, M.A.; SANTOS-GALINDO, M.; LAGUNAS, N.; AZCOITIA, I. Selective estrogen receptor modulators as brain therapeutic agents. *Journal of Molecular Endocrinology*, v.46, 2011, p.R1-R9.
- BAGOZZI, R. P. An examination of the validity of two models of attitude. *Multivariate Behavioral Research*, v.16, 1981, p.323-359.
- BALBANI, S. P. A.; MONTOVANI, C. J.; CARVALHO, R. L. Tabagismo, abandono do fumo e os otorrinolaringologistas do estado de São Paulo. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* São Paulo, vol. 72, n. 1, p. 96-103, jan/fev, 2006.
- BERINDER, K.; AKRE, O.; GRANATH, F.; HULTING A.; L. Cancer risk in hyperprolactinemia patients: a population-based cohort study. *Eur J Endocrinol*, vol. 165 n.2, p.209-15, 2011.
- BORSA, J.C.; DAMÁSIO, B.F.; BANDEIRA, D.R. Adaptação e Validação de Instrumentos Psicológicos entre Culturas: Algumas Considerações. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS, Brasil, *Paidéia*, v.22, n.53, set.-dez. 2012, p.423-432.
- BRESSAN, R.A.; CHAVES, A.C.; SHIRAKA, W. A. I.; DE, MARI, J. Validity study of the Brazilian version of the Calgary Depression Scale for Schizophrenia. *Schizophr Res.*, n.32, v.1, 1998, 41-9p.

BURDICK, K. E.; DEROSSE, P.; KANE, J. M.; LENCZ, T.; MALHOTRA, A. K. Association of genetic variation in the MET proto-oncogene with schizophrenia and general cognitive ability. *Am. J. Psychiatry*, n. 167, p. 436-443, jan.2010.

CAREY, P. Teachers' attitudes to cancer education: a discussion in the light of a recent English survey. *J Cancer Educ.*, v.7, n.2, 1992, p.153-161

CARRILLO, J.A.; BENTEZ, J. Are antipsychotic drugs potentially chemopreventive agents for cancer? *Eur J Clin Pharmacol*, v.55, 1999, p.487-488.

CATTS, V.S.; OTOOLE, B.I.; FROST, A.D.J. Cancer incidence in patients with schizophrenia and their first-degree relatives– a meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*, v.117, 2008, p.323-336.

CHOU, F. H-C.; TSAI, K-Y.; SU, C-Y.; LEE, C-C. The incidence and relative risk factors for developing cancer among patients with schizophrenia: A nine-year follow-up study. *Schizophrenia Research*, n. 129, 2011, p. 97-102.

CHRISTIAN, G.; KOHLER; JEFFREY, B.; WALKER; ELIZABETH, A.; MARTIN; KRISTIN, M.; HEALEY; PAUL, J. MOBERG. Facial Emotion Perception in Schizophrenia: A Meta-analytic Review. *Schizophrenia Bulletin*, v. 36, n. 5, 2010, p. 1009-1019.

COMPTON, M.T.; DAUMIT, G.L.; DRUSS, B.G. Cigarette smoking and overweight/obesity among individuals with serious mental illnesses: a preventive perspective. *Harv Rev Psychiatry*, v.14,2006, 212-22p.

CSATARY, L.K. Chlorpromazines and cancer. *Lancet*, v. 2, 1972, p.338-339.

DAUMIT, G.L.; GOLDBERG, R.W.; ANTHONY C. Physical activity patterns in adults with severe mental illness. *J Nerv Ment Dis*, v.193, 2005, p.641-646.

EAGLY AH, CHAIKEN S. The psychology of attitudes. *Harcourt Brace e Company*, Orlando.1993

ELKIS, H. A evolução do conceito de esquizofrenia neste século. *Rev. Bras. Psiquiatr*, São Paulo, v. 22, supl. 1, p. 23-26, Maio 2000.

FERREIRA JUNIOR, B. C.; BARBOSA, M. A.; BARBOSA, I. G.; HARA, C.; ROCHA, F. P. Alterações cognitivas na esquizofrenia: atualização. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*, v. 32, n. 2, 2010a, p. 57-63.

FERREIRA, B. C. F. J.; BARBOSA, M.A.; BARBOSA, I.G.; BORGES, A.; HARA, C.; ROCHA, F. L. Versão brasileira da Escala de Avaliação da Cognição em Esquizofrenia (SCoRS-Br) – Validação em contextos clínicos sem informantes. *J Bras Psiquiatr.*, v. 59, n. 4, 2010, p.271-278.

GERMAN, E.; BERRIOS, R.L.; JOSÉ, M.; VILLAGRÁN. Schizophrenia: A Conceptual History. *International Journal of Psychology and Psychological Theraoy*, v. 3, n.2, 2003, 111-40p.

- GRINSHPOON, A.; BARCHANA, M.; PONIZOVSKY, A.; LIPSHITZ, I.; NAHON, D.; TAL, O.; WEIZMAN, A.; LEVAV, I. Cancer in schizophrenia: is the risk higher ou lower? *SchizophreniaResearch*, n. 73, p. 333-341, 2005.
- GUERRA, L.B. O diálogo entre a neurociência e a educação: da euforia aos desafios e possibilidades. *Revista Interlocução*, v.4, n.4, junho/2011, p.3-12.
- HAMBLETON, R. K. Issues, designs, and technical guidelines for adapting tests into multiple languages and cultures. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 2005, p. 3-38.
- HEUCKMANN, B.; ASSHOFF, R. German high school student´s attitude and interest in cancer and factors influencing proactive behavior for cancer prevention. *J CancEduc*, v.29, n.3, Set,2014, p.497-505.
- HILL, T.G.; BRIANT, K.J.; BOWEN, D.; BOERNER, V.; THUY, V.; LOPEZ, K.; VINSON, E. Evaluation of cancer 101: an educational program for native setting. *J Cancer Educ.*, v.25, 2010, p.329–336
- HODGSON, R.; WILDGUST, H. J.; BUSHE, C. J. Cancer and schizophrenia: is there a paradox?.*J. Psychopharmacol.* v. 24, n. 4, p. 51-60, nov., 2010.
- HORA, M. A. Um Estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach. *Produto&Produção*, 2010, p.85-103.
- HOWARD, M. L.; DAVIES, E.; RIGG, A.; LEMPP, H.; ROSE, D.; TAYLOR, D.; THORNICROFT, G. Cancer diagnosis in people with severe mental illness: practical and ethical issues. *The Lancet Oncology*, v. 11, n. 8, p. 797-804, aug.,2010.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf>>. Acessoem: 25 Jan. 2015
- KAY, S. R.; FLSZBEIN, A.; OPFER, L. A. The positive and negative syndromescale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, v. 13, n. 2, p. 261,1987.
- KEEFE, R.S.; POE, M.; WALKER, T.M.; KANG, J. W.; HARVEY, P. D. The Schizophrenia Cognition Rating Scale: an interview-based assessment and its relationship to cognition, real-world functioning, and functional capacity. *American Journal of Psychiatry*, v. 163, n. 3, p. 426-32, 2006.
- KESHAVAN, M.; TANDON, R.; BOUTROS, N.; NASRALLAH, H. Schizophrenia, “just the facts”: what we know in 2008. Part 3: *Neurobiology. Schizophr.Res.*, 2008.
- KOCH, R. Institute and the Association of Population-based Câncer Registries in Germany. *Incidence and trends*.7 ed. 2010, p.2005-2006.
- KRAFT, B. D.; WESTMAN, E. C. Schiozofrenia, glúten, and low-carbohydrate,

ketogenic diets: a case report and review of the literature. *Nutrition&Metabolism*, v.6, n.10, Fev 2009, p. 1-3.

KUMAR, V.; ABBAS, A. K.; FAUSTO, N. *Robbins&Cotran: Patologia - Bases Patológicas das Doenças*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2005.

LICHTERMANN, D.; EKELUND, J.; PUKKALA, E. Incidence of cancer among persons with schizophrenia and their relatives. *Arch Gen Psychiatry*, v.58, 2001, p.573– 578.

LIN, G.M.; CHEN, Y.J.; KUO, D.J.; JAITEH, L.E.; WU, Y.C.; LO, T.S.; LI, Y.H. Cancer Incidence in Patients With Schizophrenia or Bipolar Disorder: A Nationwide Population-Based Study in Taiwan. *Schizophr Bull.*, v. 39, n. 2, Mar 2013, 407-16p.

MAIO, G.R.; HADDOCK, G. *The psychology of attitudes and attitude change*. Sage, Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC. 2010

McCREADIE, R.; MACDONALD, E.; BLACKLOCK, C. Dietary intake of schizophrenic patients in Nithsdale, Scotland: case-control study. *BMJ*, v.317, 1998, 784–85p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. A situação do câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer – INCA Coordenação de Prevenção e Vigilância – Conprev. pág. 52, 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/situacao_cancer_brasil.pdf. Acessado em: 23 de fev. 2015

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasil, 2000.

MONJI, A.; KATO, T.; KANBA, S. Cytokines and schizophrenia: Microglia hypothesis of schizophrenia. *Psychiatry and clinical neurosciences*, v. 63, n. 3, p. 257–265, 2009.

MURRAY, M.; McMILLAN, C.L. Sex differences in perceptions of cancer. *J Cancer Educ.*, v.8, n.1, 1993, p.53–62

OAKLEY, A.; BENDELOW, G.; BARNES, J.; BUCHANAN, M.; NASSEEM; HUSAIN, O.A. Health and cancer prevention: knowledge and beliefs of children and young people. *Br Med J.*, v.310, n.6986, 1995, p.1029–1033

OZBEY, O.; HUSEYIN, Y.; NAMLI, M.; ELKIRAN, T. Investigation of Differences in P53 Gene Polymorphisms between Schizophrenia and Lung Cancer Patients in the Turkish Population. *GeneticsResearchInternational*, 2011.

PAULA, P.P. Saúde mental na atenção básica: política, trabalho e subjetividade. (tese de doutorado) USP – Instituto de Psicologia. Departamento de Psicologia Social e do Trabalho. Orientadora: Ianni Regina Scarelli. SP, 2011

PEDRINE, M. G. *Associação entre dose diária clozapina e níveis do fator neurotrófico derivado do cérebro em pacientes com esquizofrenia*. Dissertação

(Mestrado em Psiquiatria) - Faculdade de Medicina, UFRS Faculdade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

REICHENHEIM, M.E.; MORAES, C.L. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Revista de Saúde Pública*, v.41, n.4, p.665-73, 2007.

ROSS, C.; MARGOLIS, R.; READING, S.; PLENIKOV, M.; COYLE, J. Neurobiology of schizophrenia. *Neuron*, v.52, 2006.

RUBIN, E. Patologia. Bases clinicopatológicas da medicina. *Guanabara Koogan S.A*, Rio de Janeiro, 2006.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. Esquizofrenia de início precoce. In: SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. *Compendio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 9º ed. Porto Alegre: Artmed, 2009, cap.50, p. 1368-1372.

SCHERNHAMMER, E.; HAIDINGER, G.; WALDHÖR, T.; VARGAS, R.; VUTUC, C. A Study of Trends in Beliefs and Attitudes Toward Cancer. *J Canc Educ*, v. 25, 2010, p.211–216.

SCHMITT, A.; FALKAI, P. Impact of lifestyle in severe psychiatric disorders and brain morphology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, v.263, 2013, p.449–450.

SEEMAN, M. V. Preventing breast cancer in women with Schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*, Set 2011, p. 107-117.

SILVEIRA DP, VIEIRA ALS. Saúde mental e atenção básica: análise de uma experiência no nível local. *Ciências e Saúde Coletiva*, RJ, v.14, n.1, Fev, 2009.

STREINER, D. L., NORMAN, G. R. Health measurement scales: A practical guide to their development and use 3rd. *Oxford: Oxford University Press*, 2003.

STROBL, J.S.; PETERSON, V.A. Tamoxifen-resistant human breast cancer cell growth: inhibition by thioridazine, pimozide and the calmodulin antagonist, W-13. *J Pharmacol Exp Ther*, v.263, 1992, p.186–193

TANDON R, KESHAVAN MS, NASRALLAH HA. Schizophrenia, "just the facts" what we know in 2008. *Epidemiology and etiology. Schizophr Res*, v.102, n. 13, Jul. 2008, p.1-18.

TESLI, M.; ATHANASIU, L.; MATTINGSDAL, M.; KAHLER, A.K.; GUSTAFSSON, O. Association Analysis of PALB2 and BRCA2 in Bipolar Disorder and Schizophrenia in a Scandinavian Case–Control Sample. *Am J Med Genet Noruega e Dinamarca*, 2010, p.1276-1282.

TORABI, M.R.; SEFFRIN, J.R. Evaluation of the effects of cancer education on knowledge, attitude and behaviour of university undergraduate students. *J Cancer Educ*, v.4, n.1, 1986, p.39-47.

TOSH, G.; CLIFTON, A.V.; XIA, J.; WHITE, M.M. Physical health care monitoring for people with serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev.*,

v.17, n.1, Jan 2014.

VALLADA, F. H.; BUSATTO, F. G. Esquizofrenia. In P. Almeida, L. Dractu e R. Laranjeira (Orgs.), *Manual de psiquiatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996, p. 127-150.

VAN OS J, KENIS G, RUTTEN BP. The environment and schizophrenia. *Nature*, v. 468, n. 7321, Nov 2010, 203-12p.

VAUTH R, RUSCH N, WIRTZ M, CORRIGAN PW. Does social cognition influence the relation between neurocognitive deficits and vocational functioning inschizophrenia? *Psychiatry Res.*, v. 128, n.2, 2004, 155-65p.

WANG, Y.; HE, G.; HE, L. Polymorphisms of XRCC4 are involved in reduced colorectal cancer risk in Chinese schizophrenia patients. *BMC Cancer*, v.10, n.523, 2010

ZAMARRON, B. F.; CHEN, W. Dual Roles of Immune Cells and Their Factors in Cancer Development and Progression. *International Journal of Biological Sciences*.n.7, p. 661-658. 2011.

ANEXOS

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

FHEMIG
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO
ESTADO DE MINAS GERAIS

DIGEPE – Gerência de Ensino e Pesquisa
Núcleo de Apoio ao Pesquisador – (31) 3239-9545

PARECER TÉCNICO 062/2012

SIPRO: não se aplica
De: DIGEPE/Gerência de Ensino e Pesquisa
Para: NEP / IRS
Data: Belo Horizonte, 26 de junho de 2012.

Projeto de Pesquisa “Saúde física em pacientes com esquizofrenia: avaliação dos determinantes dos fatores de risco e correlações com marcadores inflamatórios”

Unidade: IRS

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: João Vinícius Salgado

Ilmo. Coordenador do NEP / IRS,

O projeto foi apresentado em uma cópia impressa e uma em CD-ROM contendo o TCLE e lista dos envolvidos; Check-list preenchido e assinado pelo pesquisador e pelo diretor da Unidade; e Folha de Rosto preenchida e assinada pelo pesquisador responsável.

O pesquisador responsável é servidor da Fhemig e líder do Grupo de pesquisa Transtornos mentais e cognição e o projeto se insere na linha de pesquisa Esquizofrenia, cognição e qualidade de vida.

O estudo pretendê investigar fatores de risco para a ocorrência de comorbidades, como os efeitos colaterais da medicação específica. Trata-se de um estudo caso-controle cujos sujeitos serão selecionados dentre os pacientes atendidos no Ambulatório do IRS.

O projeto de pesquisa está bem estruturado e contém extensa revisão da literatura. A Metodologia responde aos objetivos propostos. Quanto à viabilidade do projeto, considero que a equipe de pesquisadores é qualificada para realizar o estudo e para a publicação dos resultados e o cronograma é factível. Não haverá ônus para a Fhemig, mas serão buscados recursos junto ao CNPq. O pesquisador tem parte do projeto financiado pela FAPEMIG, incluindo dois PIBIC. Não há potencial de patentes nem risco institucional.

Por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, solicito encaminhar o projeto ao pesquisador e orientá-lo a realizar o *Upload* deste parecer na Plataforma Brasil / CONEP juntamente com o Chek-list assinado, a Folha de Rosto assinada pelo(a) titular da DIGEPE, o TCLE e o projeto de pesquisa completo (.pdf ou .doc) contendo os instrumentos de coleta de dados e a lista de pesquisadores com o link dos respectivos currículos Lattes. Após o *Upload*, o pesquisador deverá finalizar o envio do projeto ao CEP na Plataforma Brasil / CONEP (página 6).

Atenciosamente,

Deise Campos Cardoso Afonso
FHEMIG/DIGEPE/Gerência de Ensino e Pesquisa
Núcleo de Apoio ao Pesquisador – (31)3239-9545

17284-12-3

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nº de Registro CONEP: 062/2012

() Paciente () Familiar

Título do Projeto: “**Saúde física em pacientes com esquizofrenia: avaliação dos determinantes dos fatores de risco e correlações com marcadores inflamatórios**”

O senhor (a) está sendo convidado (a) a participar, como voluntário, de uma pesquisa de título "Avaliação do prejuízo cognitivo em pacientes com esquizofrenia e sua relação com marcadores periféricos do sistema endocanabinoide e o nível de BDNF". O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão de participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar basta preencher os seus dados e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com o responsável da pesquisa. Obrigado (a).

Objetivo do Estudo

O objetivo deste trabalho consiste em estudar funções cognitivas (memória, atenção, etc) em pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. Este estudo é feito por meio de testes neuropsicológicos e aplicação de escalas clínicas. Também se pretende estudar a associação entre tais funções cognitivas, a dosagem de algumas substâncias presentes no sangue, a medicação psiquiátrica e a qualidade de vida.

Procedimentos

Os participantes serão convidados a fazer uma entrevista para avaliação dos sintomas. Esse procedimento durará cerca de duas horas. Em outro dia (uma ou duas semanas após), os participantes serão convidados a fazer uma entrevista para avaliação da qualidade de vida e os testes neuropsicológicos. Nessa ocasião também será feita a coleta de sangue para dosagem de substâncias. Esse procedimento durará cerca de uma hora e 30 minutos.

Pesquisadores

A equipe de pesquisadores é composta pelo psiquiatra Dr. João Vinícius Salgado, por alunos de Pós-Graduação (Mestrado e Doutorado) do Programa de Neurociências da UFMG e residentes em psiquiatria do Instituto Raul Soares. Alunos de iniciação científica, devidamente autorizados pelo pesquisador principal (Dr. João Vinícius Salgado), também poderão aplicar os testes.

Confidencialidade

Todos os dados gerados serão mantidos em sigilo, e apenas a equipe de pesquisadores terá acesso a eles. Os dados de cada participante serão codificados, e não terão nenhuma identificação que permita associá-lo a um participante em particular. Caso o senhor (a) queira, poderá ter acesso aos resultados individuais. **Benefícios e riscos**

Esta pesquisa não oferece qualquer risco ao participante. Não há benefício individual direto, mas as informações obtidas nos auxiliarão a melhor compreender as funções cognitivas na patologia estudada. Não haverá qualquer tipo de despesa ao paciente, no que tange a materiais e testes. Ao assinar este termo de compromisso o senhor (a) não está abrindo mão de seus direitos legais.

Através deste documento fica assegurado o direito ao Sr (a)

_____ que terá todos os esclarecimentos relativos à pesquisa garantidos, incluindo a metodologia utilizada. A partir do momento em que o participante não desejar mais fazer parte da pesquisa, reserve-lhe o direito de retirar o seu consentimento, livre de sofrer qualquer penalidade ou danos quaisquer que sejam. Se no transcorrer da pesquisa tiver alguma dúvida, poderá procurar o Dr. João Vinícius Salgado (tel 32730511/ 32399940/ 88681204).

Consentimento

Eu, _____, participante voluntário, dou consentimento livre e esclarecido, para que se façam as entrevistas e testes necessários a esta pesquisa e posterior uso e publicação dos dados nos relatórios finais e conclusivos, a fim de que estes sirvam para beneficiar a ciência e a humanidade. Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento. Belo Horizonte, _____ de _____ de 201_.

Assinatura do participante _____ DATA __/__/____

Assinatura do familiar ou responsável _____ DATA __/__/____

Declaro que pessoalmente expliquei todos os detalhes da pesquisa.

Assinatura do Pesquisador _____ DATA __/__/____