

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA

**“ADESÃO AO RASTREIO DO CANCRO COLO-RETAL:
ATITUDES, COMPORTAMENTOS E CONHECIMENTOS DA
POPULAÇÃO RESIDENTE EM PORTALEGRE”**

SÍLVIA RAQUEL FÉ CRESPO

PROFESSORA DOUTORA ANA SOFIA R. TAVARES - ESCOLA SUPERIOR DE
TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA

PROFESSORA DOUTORA ANA MONTEIRO GRILO - ESCOLA SUPERIOR DE
TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA

Mestrado em Tecnologias Clínico-Laboratoriais

Lisboa, 2020

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA

**“ADESÃO AO RASTREIO DO CANCRO COLO-RETAL:
ATITUDES, COMPORTAMENTOS E CONHECIMENTOS DA
POPULAÇÃO RESIDENTE EM PORTALEGRE”**

SÍLVIA RAQUEL FÉ CRESPO

PROFESSORA DOUTORA ANA SOFIA R. TAVARES - ESCOLA SUPERIOR DE
TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA

PROFESSORA DOUTORA ANA MONTEIRO GRILO - ESCOLA SUPERIOR DE
TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA

Mestrado em Tecnologias Clínico-Laboratoriais

Lisboa, 2020

Declaração de direitos de cópia

Autorizo a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa a arquivar e publicar o presente trabalho bem como o divulgar em repositório para fins não comerciais, de ensino ou investigação, desde que sejam atribuídos créditos aos autores.

Copyright© - Sílvia Crespo

Agradecimentos

Em primeiro lugar quero agradecer à minha família, especialmente à minha mãe, pai, irmã, irmão que me apoiaram em todos os meus passos e todas as minhas decisões, e que me transmitiram os valores necessários para ser a pessoa que sou hoje, e para que nunca desistisse dos meus objetivos. Agradecer ao Miguel, meu companheiro de vida que me incentivou a abraçar este desafio e me permitiu ter tempo disponível para dedicar a este projeto. Obrigada a vocês por tudo, são o meu pilar!

Agradeço à minha orientadora deste trabalho, a Prof^a Doutora Ana Sofia Tavares, por todos os esclarecimentos prestados, por toda a ajuda e apoio, e por me ter permitido crescer tanto enquanto profissional e pessoa. Esteve sempre disponível e foi determinante para levar este trabalho até ao fim. Muito obrigada por tudo!

À minha coorientadora Prof^a Doutora Ana Grilo por toda a disponibilidade e suporte prestado. Agradecer também à Prof^a Doutora Elisabete Carolino pela ajuda relativamente ao tratamento estatístico que foi fundamental para a realização deste trabalho. Agradecer à instituição onde trabalho, o Laboratório de Análises Clínicas Affidea por ter aceitado colaborar comigo na recolha dos inquéritos e pela disponibilidade que sempre me demonstraram, permitindo-me evoluir.

Agradecer às minhas colegas de mestrado, a minha “dream team”, que se tornaram amigas que vou levar para a vida, pelo apoio, companheirismo e carinho com que me trataram ao longo destes 2 anos em especial à minha colega e amiga Irene que foi a companheira desta aventura e a principal responsável por este desafio.

E por último agradeço à instituição, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa bem como a todos os docentes envolvidos, por todas as competências lecionadas durante estes 2 anos que me deram as ferramentas necessárias para a elaboração deste projeto.

Dedicatórias

Foi um passo importante para mim poder realizar este Mestrado. Adquiri conhecimentos muito importantes para o meu percurso profissional, mas também pessoal pois percebi que existe uma força interior e uma resiliência maior do que imaginava ser possível. Quero dedicar a realização deste trabalho e esta conquista ao meu pai, que com muita tristeza minha partiu dois meses antes de dar início ao Mestrado e que, sem saber, foi a minha motivação para continuar. Esta conquista significa para mim, muito mais do que um diploma profissional. Foi neste desafio que encontrei o alento necessário para não me levar pela tristeza de te ter perdido, e sei que onde quer que estejas, vais estar muito orgulhoso por mais uma conquista da tua menina! Por fim, quero dedicar este trabalho à minha filha Madalena que nasceu em maio deste ano, e que me veio mostrar que a vida não só nos tira, mas também nos dá algo valioso. A mamã ama-te muito!

"A vida não é mais do que uma viagem de comboio: repleto de embarques e desembarques (...) Por isso, façamos com que a nossa estadia neste comboio (...) tenha valido a pena, para que quando chegue o momento de desembarcar, o nosso lugar vazio deixe saudades (...) para todos os que continuam a viagem."

Silvana Duboc

Resumo

Introdução: Segundo dados da OMS, o principal flagelo do século XXI é o cancro colo-retal (CCR). Em Portugal, o CCR é a segunda causa de morte por doenças tumorais destacando-se o Alentejo Litoral e o Alto Alentejo como as regiões com maior taxa bruta de mortalidade.

Objetivos: Identificar atitudes, comportamentos (hábitos alimentares, realização de rastreios) e conhecimentos da população de Portalegre (Alto Alentejo) face ao rastreio do CCR, de forma a determinar fatores que influenciam a adesão a estes rastreios, e suportar o delineamento de estratégias preventivas deste flagelo, por parte da população.

Metodologia: Estudo descritivo, de carácter transversal e quantitativo, através de um questionário de autopreenchimento - *Knowledge, attitudes, and preventive practices about colorectal cancer among adults in the area of Southern Italy*, aplicado a uma amostra de conveniência, constituída por 82 participantes, entre os 50 e os 74 anos (M=61,1; SD=6,3 anos), residentes em Portalegre. O tratamento dos dados foi feito através do *Statistical for Social Sciences* (SPSS) versão 24, realizando-se análise descritiva e de regressão logística multivariada.

Resultados: Verificou-se uma atitude positiva da amostra relativamente à importância dos testes de rastreio (56,1%), no entanto 54,4% revelaram não praticar nenhuma atividade física e uma elevada percentagem (75,6%) respondeu de forma incorreta à definição do CCR.

Conclusão: Os resultados apontam para a necessidade de implementação de estratégias de promoção da saúde que visem o aumento de informação sobre o CCR, bem como da realização de rastreios, sendo essencial a articulação entre os vários profissionais de saúde.

Palavras-chave: Cancro colo-retal, Atitudes, Comportamentos, Conhecimentos, Adesão.

Abstract

Introduction: According to WHO data, the main scourge of the 21st century is colorectal cancer (CRC). In Portugal, CRC is the second leading cause of death from tumor diseases, with Alentejo Litoral and Alto Alentejo being the regions with the highest gross mortality rate.

Objectives: Identify attitudes, behaviors (eating habits, screening) and knowledge of the population of the district of Portalegre (Alto Alentejo) regarding the CRC screening in order to determine factors that influence adherence to these screenings and support the design of preventive strategies against this scourge, by the population.

Methodology: Descriptive, cross-sectional and quantitative study, using a self-administered questionnaire, designed for the study *“Knowledge, attitudes, and preventive practices about colorectal cancer among adults in the area of Southern Italy”*, applied to a convenience sample, consisting of 82 participants between 50 and 74 years old, (M =61.1; SD = 6.3 years), living in Portalegre. The data were processed using the Statistical for Social Sciences (SPSS) version 24, with descriptive analysis and multivariate logistic regression.

Results: There was a positive attitude on the part of the sample towards the importance of screening tests (56,1%), however 54,4% revealed not to practice any physical activity and a high percentage (75.6%) answered incorrectly regarding the definition of the CCR.

Conclusion: The results point to the need for implementation and health promotion strategies aimed at increasing information about the CCR, as well as conducting screenings and the articulation between the various health professionals is essential.

Keywords: Colorectal Cancer, Knowledge, Attitudes, Behaviors, Screening, Adhesion.

| | |
|--|-------|
| Declaração de direitos de cópia..... | iii |
| Agradecimentos..... | v |
| Dedicatórias..... | vii |
| Resumo..... | ix |
| Abstract..... | xi |
| Índice de tabelas..... | xiv |
| Índice de figuras..... | xvi |
| Índice de gráficos..... | xviii |
| Lista de Abreviaturas..... | xx |
| 1. Introdução..... | 1 |
| 2. Contextualização Teórica..... | 3 |
| 2.1. Anatomofisiologia do Cólon e Reto..... | 3 |
| 2.2. Carcinogénese do CCR..... | 4 |
| 2.3. Epidemiologia..... | 6 |
| 2.4. Fatores de risco..... | 8 |
| 2.4.1. Idade..... | 9 |
| 2.4.2. Dieta..... | 9 |
| 2.4.3. Estilos de vida..... | 10 |
| 2.4.4. Diabetes..... | 10 |
| 2.4.5. História familiar..... | 11 |
| 2.4.6. História Pessoal de Pólipos e/ou cancro..... | 11 |
| 2.4.7. Síndromes Hereditários..... | 11 |
| 2.5. Medidas preventivas do CCR..... | 12 |
| 3. O rastreio do CCR em Portugal..... | 13 |
| 3.1. Exames de rastreio..... | 14 |
| 3.1.1. Pesquisa de sangue Oculto nas fezes (PSOF)..... | 14 |
| 3.1.2. Sigmoidoscopia Flexível (SF)..... | 14 |
| 3.1.3. Colonoscopia..... | 15 |
| 3.2. Determinantes da adesão aos rastreios..... | 15 |
| 3.2.1. Atitudes e crenças..... | 15 |

| | |
|---|----|
| 3.2.2. Comportamentos e conhecimentos | 16 |
| 3.3. Estado da arte sobre o tema | 17 |
| 4. Objetivos | 23 |
| 5. Metodologia | 25 |
| 5.1. Tipo de estudo | 25 |
| 5.2. População e Amostra..... | 25 |
| 5.3. Procedimento | 25 |
| 5.4. Instrumento de recolha de dados | 25 |
| 5.5. Considerações éticas..... | 27 |
| 5.6. Análise estatística..... | 28 |
| 6. Resultados..... | 29 |
| 6.1. Análise Descritiva | 29 |
| 6.1.1 Caraterização da dimensão “Variáveis sociodemográficas” | 29 |
| 6.1.2. Caraterização da dimensão “Conhecimentos” | 32 |
| 6.1.3. Caraterização da dimensão “Atitudes” | 34 |
| 6.1.4. Caraterização da dimensão “Comportamentos” | 36 |
| 6.1.5. Caraterização da dimensão “Informação” | 40 |
| 6.2. Regressão Logística | 41 |
| 7. Discussão dos dados e resultados | 45 |
| 8. Conclusões..... | 55 |
| Referências bibliográficas | 57 |
| Anexos | 65 |
| Apêndices | 75 |

Índice de tabelas

| | |
|--|----|
| Tabela 6.1: Características sociodemográficas..... | 30 |
| Tabela 6.2: Exames de rastreio | 39 |
| Tabela 6.3: Modelo: Conhecimento de pelo menos 1 exame de rastreio: PSOF (CER)..... | 41 |
| Tabela 6.4: Modelo: Conhecimento de pelo menos 1 exame de rastreio: Coloscopia(CER) | 41 |
| Tabela 6.5: Modelo: Elevada ingestão de gorduras (CFRM) | 42 |
| Tabela 6.6: Modelo: Baixa atividade física (CPFRM) | 42 |
| Tabela 6.7- Tabela de referência cruzada – Modelo: Relação entre a escolaridade e a necessidade de informação (RENI) | 43 |
| Tabela 6.8: Tabela de referência cruzada – Modelo: Relação entre o Índice de Massa Corporal e o nível de saúde atual (RIMCSA) | 44 |

Índice de figuras

| | |
|---|----|
| Figura 2.1: Anatomia do intestino grosso..... | 4 |
| Figura 2.2: Sequência adenoma-carcinoma..... | 5 |
| Figura 2.3: Evolução da taxa de incidência padronizada da população europeia..... | 7 |
| Figura 2.4: Número de novos casos de cancro em ambos os sexos e idades em Portugal..... | 8 |
| Figura 3.1: Rastreio do Cancro do Cólon e do Reto..... | 13 |
| Figura 3.2: Distribuição geográfica dos concelhos do distrito de Portalegre..... | 20 |

Índice de gráficos

| | |
|--|----|
| Gráfico 6.1: Distribuição da classificação do Índice de Massa Corporal | 31 |
| Gráfico 6.2: Distribuição do Score de Saúde atual..... | 31 |
| Gráfico 6.3: Distribuição dos antecedentes familiares relativamente a doença intestinal na família..... | 31 |
| Gráfico 6.4: Distribuição das Respostas à pergunta "Qual o cancro mais frequente em Portugal?" | 32 |
| Gráfico 6.5: Distribuição da classificação da "Definição do CCR"..... | 33 |
| Gráfico 6.6: Distribuição da identificação de fatores de "não risco" e de fatores de risco do CCR..... | 33 |
| Gráfico 6.7: Quais são testes de rastreio do CCR..... | 34 |
| Gráfico 6.8: Risco de contrair CCR..... | 35 |
| Gráfico 6.9: Utilidade dos testes de rastreio..... | 35 |
| Gráfico 6.10: Respostas à pergunta "O CCR pode ser prevenido?" | 35 |
| Gráfico 6.11: Respostas à pergunta "O CCR pode ser tratado em fase inicial?" | 36 |
| Gráfico 6.12: Respostas à pergunta "Modificou os seus hábitos alimentares?" | 37 |
| Gráfico 6.13: Resposta à pergunta "Modificou a sua atividade física?"..... | 37 |
| Gráfico 6.14: Respostas à pergunta "Pratica alguma atividade física?"..... | 37 |
| Gráfico 6.15: Resposta à pergunta "Qual o primeiro médico que consulta quando tem um problema de saúde?" | 38 |
| Gráfico 6.16: Respostas à pergunta "Já participou em atividades preventivas sobre o CCR?" | 38 |
| Gráfico 6.17: Fontes de informação sobre o CCR..... | 40 |
| Gráfico 6.18: Resposta à pergunta "Precisa de mais informação sobre o CCR?" | 41 |

Lista de Abreviaturas

- ARS** – Administração Regional de Saúde
- APC** - Adenomatous Polyposis Coli
- ASC** – American Society of Cancer
- CER** – Conhecimento de pelo menos um Exame de Rastreamento
- CCR** – Cancro Colo-Retal
- CFRM** – Conhecimento dos dois principais Fatores de Risco Modificáveis
- CRC** – Colorectal Cancer
- DGS** – Direção Geral de Saúde
- DM** – Diabetes Mellitus
- FICE** – Flexible Spectral Imaging Color Enhancement
- OCDE** - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- NBI** – Narrow Band Image
- IC** – Intervalo de Confiança
- IGF-1** – Insulin-Like Growth Factor 1
- IGFBPS** – Insulin-Like Growth Binding Protein
- IL** – Interleucina
- IPO** – Instituto Português de Oncologia
- INE** – Instituto Nacional de Estatística
- IMC** – Índice de Massa Corporal
- OR** – Odds Ratio
- PSOF** – Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes
- PAF** – Polipose Adenomatosa Familiar
- PNDO** – Plano Nacional para as Doenças Oncológicas
- PNPCDO** – Plano Nacional para a Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas
- RENI** – Relação entre a Escolaridade e a Necessidade de mais Informação
- RIMCSA** – Relação entre o Índice de Massa Corporal e o nível de Saúde Atual
- SAMS** – Serviços de Assistência Médico-Social
- SF** – Sigmoidoscopia Flexível
- TNF- α** – Interferão Alfa
- TSACSP** – Técnicos Superiores de Análises Clínicas e de Saúde Pública
- ULSNA** – Unidade Local de Saúde no Norte Alentejano

1. Introdução

Em todo o mundo, existe cerca de um milhão de novos casos de cancro colo-retal (CCR) diagnosticados por ano e cerca de meio milhão de mortes devido a esta patologia, o que faz desta neoplasia um grave problema de Saúde Pública⁽¹⁻²⁾.

As doenças oncológicas têm tido um aumento muito significativo entre a população portuguesa, sendo já a segunda causa de morte⁽³⁾. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), o principal flagelo do século XXI é o CCR⁽⁴⁾, sendo que em 2008, este constituía a segunda causa de mortalidade por doenças tumorais, com registo de 212 000 mortes na Europa. A par do que acontece em outros Países, em Portugal, o CCR também é responsável por taxas de incidência e mortalidade elevadas⁽⁴⁾.

Para o desenvolvimento desta neoplasia existem vários fatores de risco, para além dos fatores genéticos e da idade, incluindo uma dieta rica em gorduras e pobre em fibras, o consumo de álcool e tabaco, e a obesidade⁽⁵⁾.

No entanto, se por um lado, o CCR é um problema de saúde a nível mundial, que mata cerca de 600 000 indivíduos por ano, por outro, é o tumor maligno mais suscetível de ser prevenido através de estratégias de promoção da saúde e da realização de rastreios⁽⁶⁻⁷⁾. O seu diagnóstico primário passa pela realização de um teste de rastreio de pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) realizado em utentes assintomáticos, padronizado para a faixa etária entre os 50-74 anos em ambos os sexos⁽⁸⁾. Em caso de resultado positivo, é feita uma aferição através de colonoscopia⁽⁸⁾.

A estratégia mais eficaz para controlar o aparecimento de uma doença oncológica é a prevenção através do desenvolvimento de ações de sensibilização que tenham como principal objetivo minimizar o risco de surgimento da doença e, conseqüentemente, a promoção da saúde. Estes tipos de estratégias inserem-se no nível de prevenção primária. Sabe-se que a taxa de mortalidade por CCR diminuiu na última década na maioria dos países da Europa, devido em grande parte à deteção precoce e à existência de maior sobrevivência após o diagnóstico⁽⁵⁾.

É de especial importância apostar em estratégias preventivas e promocionais de estilos de vida saudáveis que atuem de forma a sensibilizar os utentes, estimulando a sua aquisição de conhecimentos e competências de forma a ser possível identificar a sintomatologia e atuar prontamente. Exemplo destas estratégias é o desenvolvimento de rastreios que estão inseridos a nível de prevenção secundária, centrada na deteção precoce e tratamento da doença. É de salientar que os programas de rastreio, nomeadamente do cancro da mama ou colo-retal, podem ter um impacto significativo na redução da sua incidência e mortalidade⁽⁸⁾.

Em Portugal, segundo um estudo feito em 2017, pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), o Alto Alentejo é a segunda região com maior taxa bruta de mortalidade por tumores do cólon e reto⁽⁹⁾. Dados dos censos de 2011⁽¹⁰⁾, destacam o distrito de Portalegre, como uma região fortemente marcada pelo analfabetismo, baixas taxas de formação e educação, uma taxa de dependência de idosos bastante elevada e um progressivo envelhecimento em geral, fator que também contribui para o envelhecimento populacional na região e para os difíceis acessos à Saúde.

Durante as últimas décadas, o interesse pela literacia em saúde tem vindo a aumentar. Trata-se de um conceito intimamente ligado às questões de promoção da saúde, sendo atualmente uma importante ferramenta para a melhoria dos cuidados de saúde⁽¹¹⁾. De acordo com a (OMS) a literacia em saúde é definida como “o grau de competências cognitivas e sociais em que os indivíduos têm a capacidade de obter, processar e entender as informações básicas de saúde para utilizarem os serviços e tomarem decisões adequadas de saúde”⁽¹²⁾.

Atendendo à importância dos conhecimentos que uma população tem sobre uma determinada doença, e os fatores associados para a sua adesão aos programas de rastreios, este é um ponto relevante a trabalhar, por forma a diminuir a incidência do CCR na população portuguesa.

2. Contextualização Teórica

Cancro ou tumor maligno é o termo utilizado para designar um conjunto de doenças caracterizadas pelo crescimento anormal e descontrolado das células, e que, na maior parte das vezes, formam massas tumorais⁽¹³⁾. Surge como uma acumulação de alterações no material genético (ADN) de células normais, que sofrem transformações até se tornarem malignas⁽¹⁴⁾.

O cancro representa um dos principais problemas de saúde pública.^(1-2,7,15) Relativamente ao cancro colo-retal (CCR), trata-se de um dos tipos de cancro com maior incidência mundial⁽¹⁶⁾ sendo esta mais acentuada em países economicamente mais desenvolvidos, como a Europa e os EUA⁽¹⁷⁾.

Embora exista ainda um grande número de casos de CCR diagnosticados por ano, é possível reduzir a taxa de mortalidade que lhe está associada, através de estratégias de prevenção precoce, nomeadamente através de programas de rastreio junto das populações⁽⁸⁾.

O CCR é uma neoplasia complexa, de etiologia multifactorial⁽⁵⁾, e que habitualmente tem um diagnóstico tardio, uma vez que alguns sintomas (dor abdominal, perdas hemáticas, entre outros), só aparecem em fases da doença avançadas, e dependendo do tamanho e localização do tumor⁽¹⁸⁾.

2.1. Anatomofisiologia do Cólon e Reto

O aparelho digestivo é composto por um tubo que se encontra em contacto com o exterior nas suas duas extremidades. Inicia-se na boca, prolonga-se pelo esófago, estômago e intestino, terminando no ânus⁽¹⁹⁾.

O intestino é constituído pelo intestino delgado e pelo intestino grosso. O intestino delgado é a porção mais longa do aparelho digestivo, medindo cerca de 2/3 do comprimento total do aparelho digestivo. Encontra-se pregueado e é constituído por três porções: duodeno, jejuno e íleo⁽¹⁹⁾.

O intestino grosso, por sua vez, é a última porção do aparelho digestivo e é constituído pelo cego, cólon ascendente, cólon transverso, cólon descendente, sigmóide, reto e ânus, como ilustra a figura 2.1⁽¹⁹⁾.

O cólon é histologicamente caracterizado pela existência de criptas com cerca de 50 células de profundidade. É no intestino grosso que ocorre a absorção da água, fármacos e ácidos gordos de cadeia curta como o acetato, propionato e butirato⁽²⁰⁾. O intestino grosso é ainda responsável pela parte defecedora⁽⁷⁾.

A mucosa intestinal, tanto do cólon como do intestino delgado, é composta por epitélio colunar simples, constituído por 4 tipos de células diferenciadas: células de absorção, células de Goblet, células enteroendócrinas e células de Paneth. As células de absorção

são responsáveis pela absorção dos nutrientes resultantes da digestão, secretando enzimas que contribuem para a hidrólise de açúcares e proteínas; as células de Goblet secretam muco, que protege contra a abrasão e danos químicos, sendo mais abundantes na região do cólon; as células enteroendócrinas secretam hormonas como serotonina, substância P (neuropeptídeos) colestoquinina, gastrina e secretina; e as células de Paneth, secretam péptidos antimicrobianos como defensinas, assim como enzimas como lisozimas e fosfolipase A2. As últimas existem apenas no intestino delgado e contribuem para o controlo da flora intestinal⁽²⁰⁾.

O cancro do cólon é aquele que se desenvolve no cólon, a parte mais comprida do intestino grosso. O cancro retal desenvolve-se no reto, a parte final do intestino grosso que termina no ânus⁽²¹⁾.

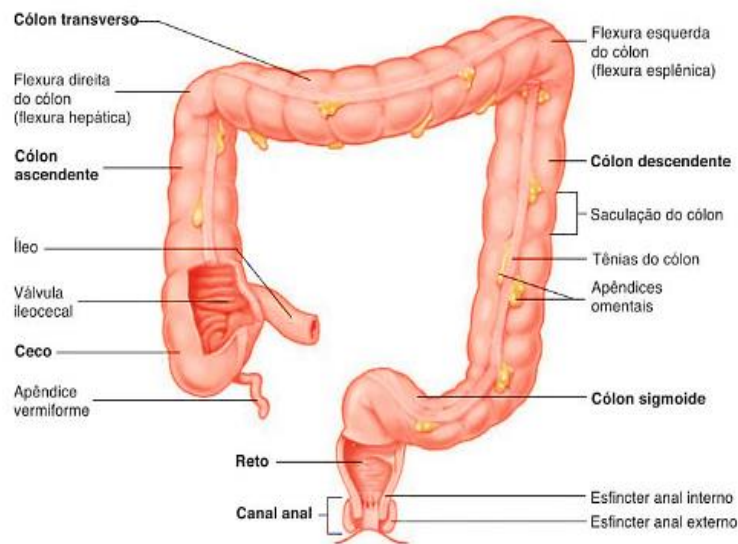


Figura 2.1: Anatomia do intestino grosso⁽⁷⁹⁾

2.2. Carcinogénese do CCR

O cancro resulta de diversas alterações que ocorrem ao nível da sequência do ácido desoxirribonucleico (ADN), do genoma das células neoplásicas que conduzem a alterações nas vias celulares e que vão comprometendo o seu normal crescimento⁽¹⁴⁾.

O CCR resulta de uma combinação de diferentes mecanismos genéticos e ambientais, onde cerca de 75-80% dos CCR são de origem esporádica, a partir de adenomas pré-existentes⁽¹⁴⁾ sem malignidade que posteriormente se transformam em pólipos adenomatosos com áreas displásicas, podendo invadir a parede do cólon ou do reto e progredir localmente ou através de disseminação linfática ou venosa⁽⁶⁾. Desta forma exhibe lesões percussoras benignas, conhecidas como pólipos adenomatosos ou adenomas, que se desenvolvem através de alterações genéticas durante um longo período de tempo⁽⁶⁾.

A sintomatologia que apresenta não é exclusiva do CCR e traduz-se na existência de hematoquezia, dor abdominal e distúrbios gastrointestinais⁽⁶⁾.

Os três principais mecanismos envolvidos no desenvolvimento do CCR são a instabilidade cromossômica, as ilhas CpG metiladoras de fenótipo e a instabilidade microssatélite.

O processo de instabilidade cromossômica inicia-se com a aquisição de mutação no gene supressor tumoral Adenomatous Polyposis Coli (*APC*) (carcinogênese), proteína que tem uma função primordial e a sua disfunção conduz a episódios de instabilidade cromossômica⁽²²⁾. Esta mutação é seguida da ativação mutacional do oncogene *KRAS* e da inativação do gene supressor tumoral *TP53*⁽²³⁾. Cerca de 70-85% dos casos de CCR desenvolvem-se a partir da via supressora de carcinogênese, que é responsável por alterações em genes supressores tumorais como o *APC*, *P53*, *DCC*, *SMAD2* e *SMAD4* e em oncogenes como o *K-ras*⁽¹⁴⁾.

A evolução do CCR ao longo desta via patogénica ocorre através de uma sequência de acontecimentos, denominada “sequência adenoma-carcinoma”^(16,20,24), como se pode observar na figura 2.2. Esta sequência é apresentada através de diversos estádios que são morfolologicamente identificáveis: proliferação epitelial do cólon, formação de pequenos adenomas, aumento progressivo de adenomas e do seu grau de displasia, e o aparecimento de carcinoma⁽²⁴⁾.

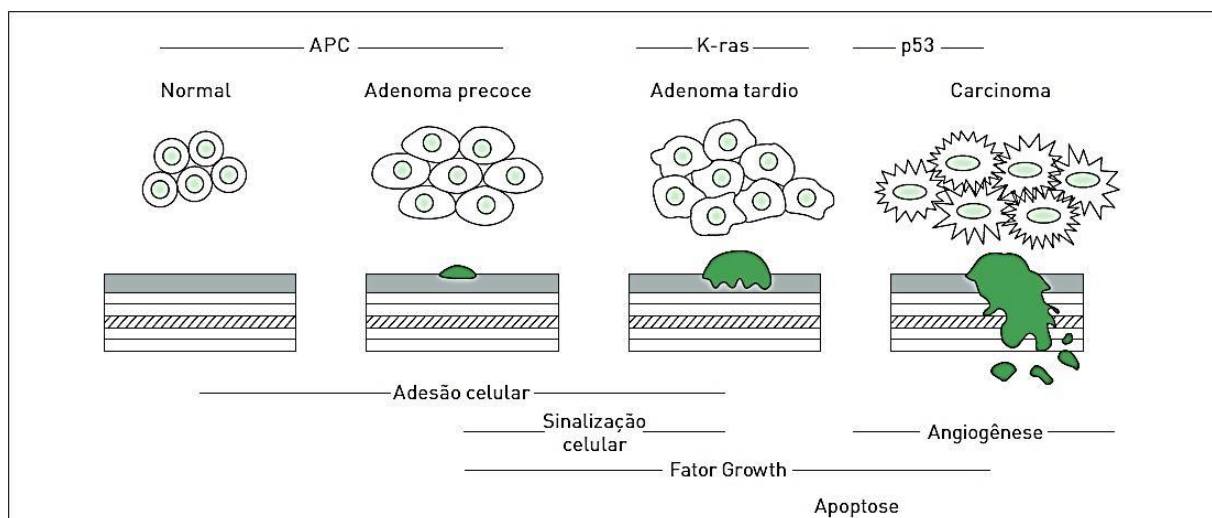


Figura 2.2: Sequência adenoma-carcinoma⁽²⁵⁾ – Available from: https://www.medicinanet.com.br/m/conteudos/revisoes/5896/cancer_de_colo_e_reto.htm

Existem três grupos principais de CCR: hereditário, familiar e esporádico.

O cancro colo-retal hereditário não associado a polipose (*Hereditary non-polyposis colon cancer*) inclui a síndrome X e a síndrome de Lynch. Ambas possuem um fenótipo semelhante, no entanto, a origem genética da síndrome de X é ainda desconhecida. A

síndrome de Lynch é uma doença autossômica dominante com penetrância entre 80%-90%⁽²⁶⁾, que é caracterizada pela existência de câncros extra-cólicos com alterações germinais nos genes de reparação de ADN como o *MLH1*, *MSH2* e *MSH6*, *PMS2* contribuindo para cerca de 1%-7% da incidência de CCR⁽²⁶⁻²⁷⁾.

No caso dos genes *MHL1* e *MSH2*, estes são afetados em cerca de 90% dos casos, ao passo que os restantes genes de reparação de ADN *MSH6* e *PMS2* são afetados em 10% dos casos⁽²⁶⁾. Os portadores desta doença possuem um risco aumentado de cerca de 30-70% de desenvolver CCR⁽²⁸⁾.

A Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) é uma doença autossômica dominante, onde reside uma mutação germinal no gene *APC*. Durante a 2ª e 3ª décadas de vida, os doentes desenvolvem centenas de milhares de pólipos, que aumentam o risco de CCR em 1%⁽²⁹⁾.

Por outro lado, o cancro do cólon esporádico aparece sem qualquer predisposição hereditária ou familiar. É comum em pessoas com mais de 50 anos, e resulta provavelmente da existência de fatores ambientais, destacando-se aqueles que funcionam a nível nutricional. O CCR esporádico constitui cerca de 70% dos CCR na população, aproximadamente, onde surgem mutações somáticas no gene *APC* em cerca de 80% dos tumores⁽²⁰⁾.

Sabe-se que a maioria dos pólipos colo-retais surge de forma assintomática e são facilmente identificados através de colonoscopia⁽⁶⁾, e que a sua prevalência aumenta de 20% a 25%, a partir dos 50 anos, e para 50% nas idades compreendidas entre os 75 e os 80 anos⁽⁴⁾.

Apesar de menos de 1% dos pólipos adenomatosos, maiores do 1 cm degenerarem em cancro, cerca de 10% desses pólipos maiores do que 1 centímetro degeneram ao fim de 10 anos e cerca de 25% ao fim de 20 anos⁽⁴⁾.

Assim, e tendo em conta que o risco de malignidade se relaciona com a dimensão do pólipo, com a presença de displasia de alto grau e com a arquitetura e número de pólipos, é importante manter vigiados os utentes que apresentem mais de três adenomas ou adenomas avançados⁽⁶⁾.

2.3. Epidemiologia

O CCR classifica-se como a quarta causa de morte em todo o mundo, sendo a terceira neoplasia mais comum nos homens e a segunda nas mulheres^(4,6). Em 2012, as taxas de incidência e mortalidade diferiam entre homens e mulheres (1,4:1), com uma estimativa de 746,298 novos casos e de 373,639 mortes nos homens, e de 614,304 novos casos e 320,294 mortes nas mulheres⁽⁶⁾. Esta patologia apresenta elevada incidência nos países desenvolvidos do mundo ocidental, com taxas de incidência e de mortalidade elevadas,

nomeadamente na Europa e EUA, sendo raro na Ásia⁽¹⁷⁾. Mais de 50% de todos os casos ocorrem em regiões desenvolvidas, com ampla incidência geográfica em todo o mundo⁽³⁰⁾.

Como se pode observar na figura 2.3, a taxa de incidência padronizada de tumores malignos na população europeia tem vindo a aumentar, verificando-se que o CCR é a terceira patologia mais prevalente.

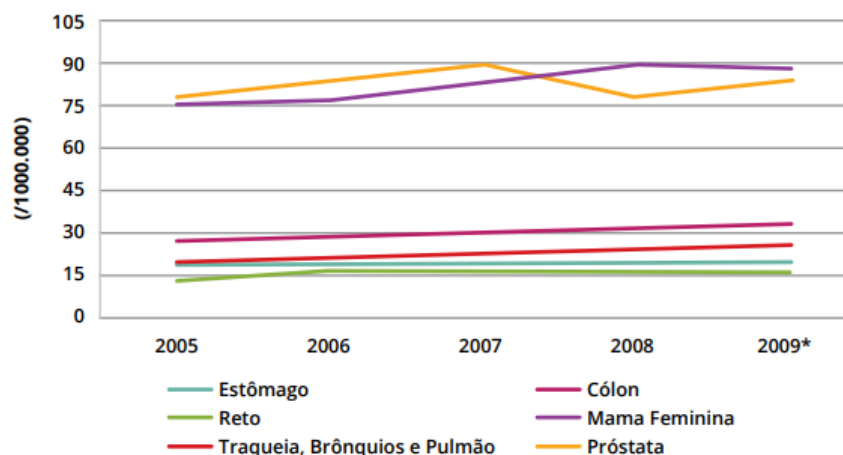


Figura 2.3: Evolução da taxa de incidência padronizada da população europeia⁽⁸⁰⁾
Available from: Direção Geral de Saúde. Doenças Oncológicas em números – 2014. 2014

No ano de 2012, em Portugal, o CCR era a segunda neoplasia mais incidente tanto no sexo feminino como no sexo masculino, com um total de 7129 novos casos diagnosticados e 3797 casos de morte⁽³¹⁾.

No ano de 2017, de acordo com dados obtidos pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), os tumores malignos constituíram a segunda causa de morte, com 27,503 óbitos, mais 0,5% que em 2016. As mortes provocadas por estas causas representaram 25,5% da mortalidade no país e atingiram mais homens (30,3% do total óbitos de homens) do que mulheres (20,7% no caso das mulheres)⁽⁹⁾. Ainda nesse ano, é de destacar outros tumores malignos, em que os tumores relacionados com a traqueia, brônquios e pulmão, foram responsáveis por 4240 óbitos; os tumores do cólon, reto e ânus, responsáveis por 3852 óbitos, e os tumores do estômago por 2311 óbitos⁽⁹⁾. Relativamente aos óbitos relacionados com os tumores malignos do cólon, reto e ânus, verificou-se que 80% dos casos ocorreram em pessoas com 65 ou mais anos, e cerca de 58% tinha 75 ou mais anos, sendo a idade média de óbito por estas doenças de 75,4 anos (74,7 para os homens e 76,4 anos para as mulheres)⁽⁹⁾.

No ano de 2018, verificou-se um acréscimo de cerca de 17,6% de novos casos de CCR em Portugal em ambos os sexos, ultrapassando o cancro da mama, próstata, pulmão e estômago, como ilustra a figura 2.4⁽³²⁾.

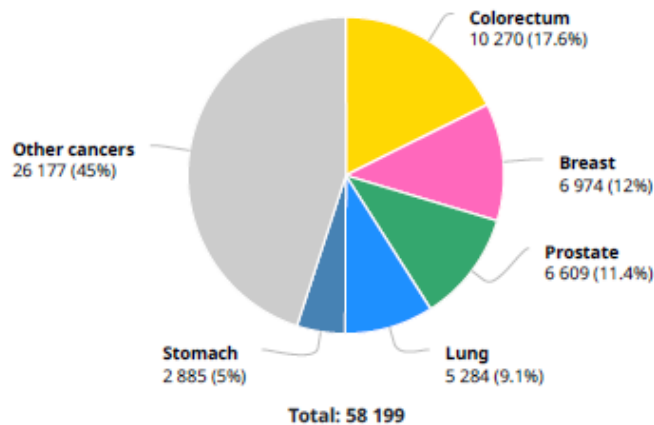


Figura 2.4: Número de novos casos de cancro em ambos os sexos e idades em Portugal⁽³²⁾ Available from: Internacional Agency for research on cancer. Portugal fact sheets. Vol. 270. 2019.

Ainda nesse ano, o relatório da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) refere que Portugal é um dos Países com menor taxa de mortalidade por CCR na Europa, reflectindo maior eficácia no tratamento dos doentes. No entanto, esta patologia continua a ser a segunda causa de morte em Portugal (seguido das doenças cardiovasculares), e a principal causa de morte prematura (definida como morte antes dos 70 anos)⁽⁶⁾.

Segundo o Plano Estratégico da ARS Alentejo 2017-2019, as causas de morte por tumores malignos apresentaram valores superiores e estatisticamente significativos ao restante Continente, pela taxa de mortalidade padronizada para a população com idade inferior a 75 anos, no triénio de 2012-2014. As principais causas desta taxa de mortalidade elevada foram os tumores malignos (especificamente o tumor maligno da junção retossigmoideia, reto, ânus e canal anal), as doenças do sangue e órgãos hematopoiéticos, as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (diabetes mellitus), as doenças do aparelho circulatório, entre outros⁽³³⁾.

A sobrevivência global dos pacientes com CCR aos 5 anos aproxima-se dos 50%. No entanto, esta poderá facilmente superar os 90% no caso de um diagnóstico precoce. Assim se compreende a importância do rastreio do CCR na redução da mortalidade através da sua deteção precoce e na redução da sua incidência por meio da deteção e excisão endoscópica de lesões pré-malignas⁽³⁴⁾.

2.4. Fatores de risco

Um fator de risco é algo que aumenta a probabilidade de uma pessoa vir a desenvolver uma doença⁽¹³⁾. Admite-se que o CCR tenha uma etiologia multifactorial⁽⁴⁾ estimando-se que

cerca de 30 a 50% do risco de desenvolver CCR seja atribuível a estilos de vida como o tabagismo, o consumo excessivo de álcool, carnes vermelhas e produtos processados, assim como a obesidade e a diabetes⁽³⁵⁾.

Nos últimos 30 anos, tem-se vindo a assistir a um aumento de casos por esta patologia, que se podem atribuir a opções comportamentais do próprio indivíduo, nomeadamente, baixa atividade física, má alimentação, obesidade, tabagismo e também o envelhecimento da população⁽³⁶⁻³⁷⁾.

Alguns fatores de risco que não podem ser alterados, denominam-se “Fatores de risco não modificáveis”, como é o caso da idade e da história familiar. Por outro lado, todos os fatores que se podem alterar denominam-se “Fatores de risco modificáveis” como é o caso da obesidade, sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, a adoção de dieta rica em vegetais e fruta ao invés de carnes vermelhas e processadas^(6,16).

Identificar atempadamente os fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento de determinada patologia é de fundamental importância, por forma a delinear estratégias de deteção precoce e até mesmo, prevenção da doença.

De acordo com a comissão das comunidades europeias⁽⁴⁾, certos cancros podem ser evitados mediante a adoção de estilos de vida mais saudáveis; e outros podem ser curados, ou as perspectivas de cura consideravelmente aumentadas, se forem detetados na fase inicial⁽³⁴⁾.

2.4.1. Idade

O envelhecimento é um fator de risco para o desenvolvimento de CCR, na medida em que cerca de 90% dos casos aparecem após os 50 anos, e apenas 4% antes dos 40^(6-7,21). Tendo em conta que a população mundial tende a viver até mais tarde, é expectável que o CCR continue a aumentar a sua incidência⁽⁶⁾. Para a maioria dos adultos, a idade está coincidentemente associada a condições crónicas evitáveis, como a exposição a comportamentos de risco modificáveis que estão associados ao desenvolvimento de cancro⁽³⁹⁾.

2.4.2. Dieta

Entre outros fatores dietéticos, a existência de um aporte calórico global excessivo, e o elevado consumo de carnes vermelhas, gordura de origem animal, hidratos de carbono e álcool, contribuem para um aumento do risco de desenvolvimento do CCR⁽⁴⁾. Estima-se que o risco de desenvolvimento do CCR devido à ingestão de carnes vermelhas seja de 28-35%, enquanto a carne processada rica em nitratos e nitritos⁽⁴⁰⁾ está relacionada com um risco elevado de 20-49%⁽⁴¹⁾. Embora o consumo de carnes processadas esteja associado ao risco de desenvolvimento do CCR, o seu mecanismo de ação ainda não está totalmente

esclarecido. Uma possível explicação poderá ser o facto de este tipo de alimento ser muito rico em gorduras saturadas, proteínas e carcinogêneos, resultantes das altas temperaturas de confeção, o que pode levar a que a digestão destas substâncias inicie processos de carcinogénese^(28,42).

2.4.3. Estilos de vida

Estima-se que cerca de 30 a 50% do risco de desenvolver CCR seja atribuível a estilos de vida⁽³⁵⁾, sendo que as escolhas pouco saudáveis que fazemos no nosso dia-a-dia têm um impacto determinante no desenvolvimento desta patologia.

A adoção de estilos de vida saudáveis como uma alimentação equilibrada, prática de exercício físico regular, bem como a diminuição de exposição a certos fatores de risco, como o consumo excessivo de gorduras, beneficia a saúde em geral do indivíduo.

Existem estudos que apontam para o facto de o sedentarismo contribuir para um aumento do risco de CCR,⁽⁴³⁾ ao invés de ocupações que envolvam uma maior atividade física⁽⁷⁾.

Na Europa Ocidental estima-se que o excesso de peso ou a obesidade sejam responsáveis por cerca de 11% da totalidade de casos de CCR⁽⁷⁾.

Relativamente ao consumo de álcool, investigações epidemiológicas realizadas, identificaram riscos na ordem de 40% de cancro colo-retal entre pessoas consumidores de 50 g de álcool por dia⁽⁶⁾.

Embora alguns estudos indiquem que o consumo de tabaco e de álcool não tem um papel preponderante no desenvolvimento do CCR, sabe-se que o tabagismo está associado a adenomas colo-retais assim como a ingestão de álcool, especialmente cerveja, estando esta associada a um risco acrescido de desenvolvimento de CCR⁽⁶⁾.

2.4.4. Diabetes

Pensa-se que a Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 possa estar associada a CCR devido ao facto de partilharem vários fatores de risco, como estilos de vida (sedentarismo, tabagismo, dieta pobre em fruta, vegetais ou fibras e rica em carnes vermelhas, gorduras saturadas) e obesidade⁽⁴⁴⁾. Como mecanismo subjacente à carcinogénese, alguns estudos apontam para a hiperinsulinémia que ocorre na DM tipo 2, devido à insulinoresistência.

Para explicar esta associação, uma meta-análise propôs duas vias através das quais a insulinémia possa ser prejudicial⁽⁴⁴⁾. Uma delas ocorre através da ativação direta da insulina e do fator de crescimento *Insulin-like* tipo 1 (IGF-1), que promovem a proliferação de células do cólon, modulando o seu metabolismo e inibindo desta forma a apoptose de células normais ou cancerígenas. A outra via acontece através da inibição das proteínas de ligação ao IGF-1, aumentando assim a sua biodisponibilidade. Além disto, a insulinoresistência

promove o aumento de mediadores inflamatórios como o TNF- α , IL-6 e leptina, que favorecem o processo de inflamação e consequentemente aumentam o risco de CCR⁽⁴⁴⁾.

2.4.5. História familiar

Cerca de 25% dos pacientes com CCR têm história familiar da doença, o que pode indicar uma predisposição hereditária para a mesma⁽⁷⁾.

Em contexto familiar, se um parente de primeiro grau tiver esta patologia, o risco de desenvolver a mesma, duplica. Tal facto pode acontecer, devido aos genes herdados ou à existência de fatores ambientais partilhados⁽²¹⁾.

2.4.6. História Pessoal de Pólipos e/ou cancro

Sabe-se que o risco de cancro do cólon está aumentado, quanto maior for o número e o tamanho de pólipos, principalmente para pólipos com mais de 1 centímetro^(4,45).

Os indivíduos com antecedentes pessoais de pólipos correm maior risco de desenvolver novos pólipos do cólon, devido à sequência adenoma-carcinoma, podendo evoluir para cancro do cólon⁽⁴⁵⁾.

Mulheres com historial de cancro da mama, endométrio e ovário apresentam um risco aumentado de desenvolverem cancro do cólon^(6-7,45).

História de colite ulcerativa, doença de Crohn e doenças inflamatórias intestinais, representam também um risco aumentado de desenvolver cancro colo-retal⁽⁷⁾.

2.4.7. Síndromes Hereditárias

Segundo dados da *American Cancer Society*, aproximadamente 5 a 10% dos indivíduos que desenvolvem CCR herdam mutações genéticas que integram as condições necessárias para que se desenvolvam síndromes hereditárias⁽¹⁶⁾.

Podemos destacar dois tipos de síndromes hereditárias que são as mais comuns: polipose adenomatosa familiar (PAF), e cancro colo-retal não polipóide hereditário, denominado também por síndrome de Lynch^(16,46).

A PAF é uma doença causada por uma mutação germinativa autossómica dominante no gene *APC*, e é caracterizada pela presença de múltiplos adenomas no cólon, que inevitavelmente progridem para CCR⁽⁴⁷⁾.

O CCR não polipóide ou síndrome de Lynch (SL) representa cerca de 1-7% de todos os casos de CCR⁽⁴⁸⁾. Resulta de mutações germinais de origem autossómica dominante, em um dos quatro genes de reparação do Ácido Desoxirribonucleico (ADN): *MLH1*, *MSH2*, *MSH6* e *PMS2*. A maioria dos pacientes com SL tem mutações em *MLH1* (50%) e *MSH2* (40%)⁽⁴⁸⁾, sendo que o risco de desenvolvimento de CCR em pacientes com alguma destas mutações pode atingir os 70% aos 70 anos de idade⁽²⁷⁾.

2.5. Medidas preventivas do CCR

A Promoção da Saúde segundo a Carta de Ottawa é o processo que permite aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar e atingir o bem-estar físico mental e social⁽⁴⁹⁾.

Podemos distinguir dois tipos de estratégias preventivas: a prevenção primária e a prevenção secundária. A prevenção primária consiste na aplicação de estratégias com vista à diminuição dos fatores de risco da doença, apostando em medidas de educação e promoção da saúde, informando a população sobre os eventuais riscos para desenvolver determinada patologia^(17,50).

Outra estratégia disponível para a diminuição da mortalidade de determinada patologia é a prevenção secundária. Esta define-se como a deteção e tratamento da doença, o mais rapidamente possível antes que surjam sinais e sintomas, ou seja, na fase pré ou infra-clínica⁽⁵⁰⁾.

Os rastreios estão inseridos no nível de prevenção secundária, centrada na deteção precoce e tratamento da doença⁽⁵⁰⁻⁵¹⁾. Assim, o seu principal objetivo é aplicar os conhecimentos sobre uma doença (prevenção primária) a fim de obter um diagnóstico precoce e intervir o mais rapidamente possível sobre a mesma.

Os programas de rastreio podem ser divididos em dois grupos: (i) os programas de rastreio organizado, que estão dependentes de uma sequência de intervenções, tais como a identificação da população-alvo, terapêutica e vigilância após tratamento, convocando a população definida para a realização dos mesmos⁽⁵²⁾; e (ii) os programas de rastreio oportunistas, onde no decorrer de uma visita aos cuidados de saúde, os profissionais realizam, ou requisitam, testes de rastreio/diagnósticos dirigidos à deteção precoce de determinada patologia oncológica. A implementação de estratégias e programas de prevenção secundária que permitem a identificação de uma doença numa fase precoce, quando não existem sinais nem sintomas, poderá facilitar o tratamento e torná-lo mais efetivo⁽⁵³⁾.

Assim, é de especial importância apostar em estratégias de promoção de saúde, através de programas preventivos e promocionais de estilos de vida saudáveis, de forma a informar e capacitar a população sobre as suas condições de saúde e sobre comportamentos a adotar para prevenir a exposição a fatores de risco para desenvolver determinadas patologias.

3. O rastreio do CCR em Portugal

Em Portugal os únicos rastreios oncológicos preconizados pelo Programa Nacional para as Doenças Oncológicas da Direção Geral de Saúde (DGS) são o cancro do colo do útero, o cancro da mama e cancro do cólon e reto (CCR)⁽⁵⁴⁾.

Relativamente ao rastreio do CCR, o Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas (PNPCDO) recomenda que tal seja efetuado em indivíduos assintomáticos, ou seja, sem qualquer sintoma gastrointestinal, com idades compreendidas entre os 50 e os 74 anos⁽⁵⁴⁻⁵⁵⁾.

O exame primário recomendado consiste na pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) a cada 1-2 anos, tratando-se de um teste não invasivo, simples de aplicar, com taxas de sensibilidade e especificidade altas e efetivo na redução dos casos da incidência e mortalidade pela mesma causa⁽⁵⁶⁾. Em caso de PSOF positiva, está indicada a realização de colonoscopia. Este plano diminui a mortalidade por CCR em aproximadamente 16%, tendo sido demonstrada a sua utilidade através de estudos controlados, em rastreios de base populacional^(8,28).

Existem outras estratégias de realização de rastreio do cancro colo-retal, nomeadamente a realização de teste primário com exames endoscópicos (sigmoidoscopia flexível ou colonoscopia)⁽⁸⁾. Em Portugal, os programas de rastreio oncológicos de base populacional, evoluíram significativamente a partir de 2016, com expansão da cobertura geográfica, aumento do número de utentes rastreados e melhoria significativa das taxas de adesão (+5%). No entanto, a percentagem de abrangência destes rastreios a nível nacional fixou-se nos 19% como se pode observar na figura 3.1⁽³⁾.

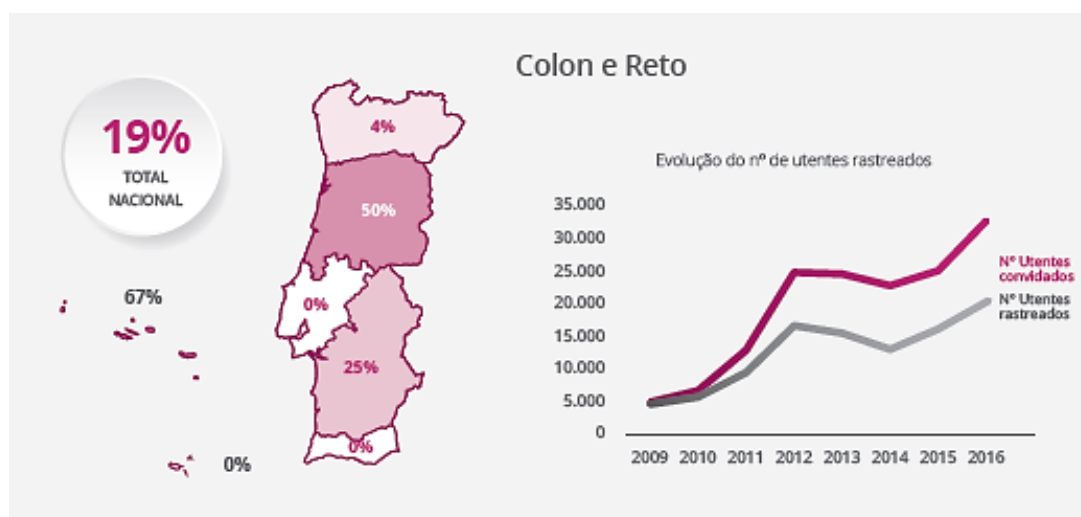


Figura 3.1: Rastreio do Cancro do Cólon e do Reto⁽³⁾ Available from: Programa Nacional para as Doenças Oncológicas 2017 <https://www.dgs.pt>

É importante salientar que independentemente do teste primário utilizado, o mais relevante é a existência de um programa em curso para diminuir a mortalidade do CCR⁽⁸⁾.

Embora o CCR cumpra todas as regras indispensáveis que permitem definir um programa de rastreio eficaz, (mortalidade elevada, tratamento curativo, história natural longa e conhecida e testes eficazes) existe outra variável importante: a adesão aos mesmos⁽⁵⁷⁾.

3.1. Exames de rastreio

3.1.1. Pesquisa de sangue Oculto nas fezes (PSOF)

O CCR pode provocar sangue e outros componentes tecidulares que podem ser detetados nas fezes antes de aparecerem sintomas clínicos. Assim, a PSOF pode permitir uma deteção precoce deste tipo de cancro, sendo este método de rastreio atualmente o mais usual⁽¹⁷⁾.

Em Portugal, a PSOF está incluída no Plano Nacional para a Prevenção de Doenças Oncológicas 2007-2010⁽⁵⁸⁾, que se realiza com recurso a uma reação enzimática indireta para detetar sangue hemolisado nas fezes⁽⁵⁹⁾.

Trata-se de um método imunoquímico não invasivo e de baixo custo, sendo um dos testes de rastreio mais utilizado, no entanto, é dos menos sensíveis,^(17,60) tendo em conta que tem conduzido a um número elevado de falsos-negativos. Para além disso, um resultado positivo indica que o doente tem uma hemorragia no trato gastrointestinal que poderá estar relacionada com inúmeras causas. Como exemplo disso podemos destacar as úlceras, diverticuloses, doença inflamatória intestinal, hemorróidas, entre outras. Sendo assim a maioria dos casos identificados por PSOF são falsos-positivos sendo estes doentes submetidos a pesquisas adicionais desnecessárias⁽³⁸⁾.

De forma a garantir uma maior sensibilidade deste teste, devem ser colhidas pelo menos três amostras⁽⁶⁰⁾. No entanto, é consensual a realização de uma colonoscopia em caso de PSOF positiva⁽¹⁷⁾.

3.1.2. Sigmoidoscopia Flexível (SF)

A Sociedade Americana do Cancro (ASC) incluiu a Sigmoidoscopia Flexível (SF) nas recomendações para o rastreio do CCR. A SF é realizada com um endoscópio que permite examinar até 60 cm da margem anal (reto, sigmóide e parte do cólon descendente), sem necessidade de sedação, após lavagem do cólon através de enema ou através da administração de laxantes. A duração do exame pode ser entre 10 a 15 minutos. A deteção de uma lesão pré-maligna ou de uma neoplasia requer um exame completo por colonoscopia, pois existe um risco maior do que 2 para encontrar lesões proximais⁽⁶¹⁾.

3.1.3. Colonoscopia

A colonoscopia é considerada a *gold standard* na deteção de pólipos, uma vez que proporciona uma imediata ressecção endoscópica⁽⁶²⁾. Assim, é considerado um exame de diagnóstico e não de rastreio⁽⁶⁾. A colonoscopia de vigilância é bastante importante na deteção de lesões neoplásicas iniciais⁽⁶³⁾ sendo que visualiza todo o cólon em mais de 98% dos casos, embora exija uma preparação intestinal adequada para a deteção máxima de pólipos em comparação com a PSOF, a colonoscopia possui algumas vantagens, nomeadamente o intervalo de rastreio de 10 anos, em casos de boa preparação intestinal e da ausência de neoplasia⁽⁵⁹⁾.

Apesar da sua sensibilidade e especificidade favoráveis, têm sido referidos alguns problemas na sua realização. Um dos fatores que contribui diretamente para a ineficácia da realização da colonoscopia é a má preparação intestinal, que é fundamental como referido acima. Assim, as lesões planas que são as mais difíceis de detetar, bem como as lesões localizadas no cólon direito onde a preparação é mais dificultada, contribuem para a ineficácia deste exame⁽⁶²⁾. A sua realização pode ser feita em segurança, com ou sem sedação⁽⁶²⁾.

O recurso a tecnologias de melhoramento de imagem em endoscopia como a aplicação de corante (indigo-carmim, azul de metileno) ou por método electrónicos (NBI – *narrow banding image*, FICE – *flexible spectral imaging color enhancement*, i-SCAN) permite uma visualização melhorada da mucosa, realçando os aspetos estruturais e microvasculares que permitem uma deteção de lesões pré-malignas ou de CCR⁽⁶²⁾.

A Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED) recomenda como estratégia de rastreio do CCR a realização de colonoscopia esquerda de 5 em 5 anos, para todos os indivíduos assintomáticos com idade superior a 50 anos e sem fatores de risco para CCR. Para indivíduos com um parente de primeiro grau com CCR ou adenomas em idade superior a 60 anos, ou dois parentes de segundo grau com CCR, a realização deste exame passa a ser recomendada a partir dos 40 anos⁽⁶⁴⁾.

3.2. Determinantes da adesão aos rastreios

3.2.1. Atitudes e crenças

As **atitudes**, tal como as **crenças** individuais, vão influenciar os comportamentos de saúde, dependendo da perceção da gravidade da doença, da susceptibilidade à mesma, bem como dos benefícios e barreiras ao rastreio⁽⁶⁾. A forma como cada indivíduo reage à problemática das doenças oncológicas e a adesão ao rastreio das mesmas, é influenciada por características universais e que cada pessoa desenvolve em processo individual. Normalmente os indivíduos têm comportamentos defensivos perante situações de doença,

tendo dificuldades em admitir que são responsáveis pela sua doença, logo, a modificação de comportamentos de risco e a promoção da saúde só ocorrem quando existe uma consciencialização da responsabilidade do indivíduo sobre a sua doença⁽¹⁹⁾, e consequentemente a adoção de uma atitude positiva face à realização dos rastreios.

Relativamente às crenças individuais em saúde e doença, a psicologia tem recorrido aos modelos de cognição social, por forma a identificar fatores que podem influenciar o intuito de cada um em adotar comportamentos preventivos⁽¹⁹⁾. Os modelos de cognição social mais utilizados são os modelos das crenças em saúde, que assentam em atitudes e crenças dos indivíduos sobre a sua condição em saúde, tendo como variáveis: (a) perceção da ameaça, das barreiras e dos benefícios; (b) teoria da ação racional; (c) teoria do comportamento planeado⁽¹⁹⁾. O modelo das **crenças** em saúde abrange construtos de natureza cognitiva e de índole motivacional, no sentido em que as ações desenvolvidas em prol da saúde ou a motivação para recorrer a cuidados médicos se encontram dependentes de certos fatores como: as significações atribuídas à doença, a perceção da eficácia e dos custos dos procedimentos médicos⁽¹⁹⁾. Em relação à colonoscopia, este modelo refere que um indivíduo irá submeter-se a este exame de rastreio, se se aperceber da sua vulnerabilidade ao CCR (perceção de vulnerabilidade), se perceber que as consequências da doença podem ser graves (perceção de gravidade), se se consciencializar de que o exame tem benefícios (perceção de benefícios) e se perceber que os obstáculos à realização da colonoscopia são baixos (perceção dos obstáculos). Assim, pode referir-se que quanto maior a vulnerabilidade, a gravidade detetada e os benefícios percebidos, e quanto menores os obstáculos encontrados, maior é a probabilidade de desenvolver a ação/comportamento⁽¹⁹⁾, ou seja, aderir à realização do exame de rastreio.

A teoria da ação racional refere que a alteração de comportamentos se relaciona com o processo cognitivo para a aquisição de novas crenças e pensamentos que tenham como desígnio a mudança de comportamentos, de forma a assumir um comportamento preventivo⁽¹⁹⁾. A teoria do comportamento planeado apresenta-se como uma extensão da teoria da ação racional, defendendo ainda que os comportamentos relacionados com a saúde não dependem somente da vontade, estando relacionados também com a perceção da dificuldade ou facilidade em desempenhar o comportamento, nomeadamente a adoção de comportamentos de prevenção do CCR⁽¹⁹⁾.

3.2.2. Comportamentos e conhecimentos

A literatura tem vindo a colocar em evidência que existem algumas lacunas relativamente ao **conhecimento** dos indivíduos sobre os rastreios, bem como dos **comportamentos** de risco do CCR⁽⁷⁾, nomeadamente ao nível dos comportamentos de risco, dos exames de rastreio e da dimensão da doença a nível nacional^(6-7,14).

Variáveis, como a idade, o sexo, as habilitações académicas, o estado civil e o estatuto socioeconómico, podem influenciar o nível de **conhecimento** acerca da doença, a perceção da sua gravidade⁽⁶⁾ e conseqüentemente os **comportamentos** a adotar em relação à mesma. O estatuto socioeconómico, por exemplo, apresenta um efeito positivo na adesão aos rastreios, sendo que quanto mais alto for este estatuto, maior será a adesão da população aos rastreios⁽¹⁸⁾. O nível de escolaridade também parece ter um efeito positivo na adesão aos rastreios, sendo que quanto maior for a escolaridade do indivíduo, maior a preocupação face à doença, e conseqüentemente, maior a adesão aos rastreios⁽¹⁸⁾.

O desconhecimento da população sobre a importância do rastreio do CCR contribui para um índice reduzido de adesão a exames diagnósticos e para um aumento da sua incidência, uma vez que há um desconhecimento do rastreio como uma possibilidade de diagnóstico precoce. Diversos estudos^(18,58-59) referem que a adesão ao rastreio do CCR é superior em utentes com **conhecimentos** sobre a doença e sobre os rastreios.

Nos Estados Unidos, o número de óbitos por este tipo de cancro tem diminuído nos últimos anos, devido ao desenvolvimento de um sistema de rastreamento efetivo e da realização de campanhas educativas sobre o tema⁽⁶⁷⁾.

Parece assim que, um baixo nível de **conhecimento** sobre o CCR, está associado a uma baixa perceção do risco de cancro e uma baixa adesão aos exames de rastreio⁽⁶⁾, sendo necessário sensibilizar e consciencializar a população acerca deste tipo de cancro, bem como os recursos disponíveis para que sejam alcançados com sucesso os objetivos propostos nos programas de prevenção.

Depois de identificados os fatores que condicionam a **adesão** da população aos rastreios e aos programas de prevenção, é necessário esclarecer dúvidas que permitam enaltecer a importância dos mesmos, para que a população consiga tomar decisões conscientes sobre a sua saúde. A recomendação médica representa um enorme impulsionador para a adesão aos rastreios por parte da população, assim como o fornecimento de **informação** relativamente a estes⁽¹⁸⁾.

Dados fornecidos pelo Inquérito Nacional de Saúde indicam que a falta de consciencialização para a importância do CCR, representa um dos principais determinantes da subutilização do rastreio^(17,68).

3.3. Estado da arte sobre o tema

Tendo em consideração a problemática anteriormente explanada, no que concerne a adesão aos rastreios, serão seguidamente descritas as principais conclusões de estudos realizados sobre o tema, nomeadamente o primeiro estudo internacional que se realizou no Sul de Itália⁽¹⁵⁾, e quatro estudos posteriormente realizados em Portugal^(6-7,14,22,69).

Relativamente ao estudo realizado em Itália, este foi um estudo pioneiro, com o objetivo de identificar conhecimento, atitudes e atitudes preventivas sobre o CCR, numa população do sul de Itália, através de um instrumento de recolha de dados, elaborado para esse efeito - "*Knowledge, attitudes, and preventive practices about colorectal cancer among adults in the area of Southern Italy*"⁽¹⁵⁾. Este estudo foi posteriormente replicado em Portugal (quatro estudos independentes), utilizando uma versão traduzida e adaptada para Português, do referido questionário.

Em Itália⁽¹⁵⁾, o trabalho foi realizado em 2008, e teve como amostra um número de 595 participantes. Os autores optaram por realizar o seu estudo numa população mais jovem relativamente à idade preconizada para a realização dos rastreios, sendo a média de 44 anos de idade, por forma a consciencializar precocemente sobre as práticas preventivas deste tipo de neoplasia. Os resultados obtidos demonstraram uma falta de conhecimentos e algumas lacunas importantes, uma vez que menos um terço dos inquiridos não conseguiu definir o CCR. Relativamente aos conhecimentos, apenas 51,8% identificaram corretamente a PSOF como principal teste de rastreio do CCR. Em relação às atitudes, 60,3% responderam que é possível prevenir o CCR e 78,5% que este é possível tratar quando detetado numa fase inicial, o que demonstra resultados particularmente encorajadores face aos testes de rastreio. Através da análise multivariada, o estudo demonstrou uma associação entre as informações fornecidas pelos médicos e as atitudes positivas, uma vez que aqueles que identificaram um médico como a sua principal fonte de informações sobre o CCR apresentaram o maior *score* de atitude.

Em Portugal, o primeiro estudo a ser realizado sobre esta problemática foi em 2009, na área do Porto^(7,22), tendo como amostra um número de 696 participantes com idade média de 60 anos. Os resultados demonstraram que a população tem poucos conhecimentos quanto ao CCR e ao seu rastreio, para além de uma grande carência de informação acerca da definição, dos fatores de risco e dos exames de rastreio do CCR. No entanto, os Portugueses deram indicações de estarem abertos às práticas de rastreio, uma vez que atribuíram elevada utilidade aos exames e mostraram-se sensibilizados em relação à possibilidade de prevenção e de tratamento do CCR. Já a perceção dos inquiridos acerca do risco de contrair CCR, demonstrou ser pouco clara. Verificou-se ainda, que ao contrário do que aconteceu no estudo Italiano, neste estudo existiu uma notória recomendação médica para a realização da colonoscopia em prol da PSOF, e por conseguinte, a população Portuguesa seguiu essa recomendação. Quanto às fontes de informação sobre o CCR, a comunicação social foi referida como sendo a principal. Os resultados demonstraram que os indivíduos com menos conhecimentos na matéria indicaram menos necessidades em obter mais informação. Tendo em conta os baixos níveis de conhecimento demonstrados, a necessidade de obter mais informação sobre o CCR foi desvalorizada pelos próprios inquiridos. Face a este

resultado, os autores ressaltaram que não basta apenas querer informar, é fundamental também querer ser informado.

Em 2013 foi realizado um estudo em Coimbra⁽¹⁴⁾, tendo como amostra 100 participantes, com uma média de idade de 59 anos. Os resultados demonstraram um desconhecimento geral acerca do CCR e do seu rastreio, nomeadamente fatores de risco e exames de rastreio. Contudo, os Conimbricenses reconhecem a utilidade do rastreio, admitindo que diminui a morte associada à neoplasia e que pode ser prevenido ou curado. Verificou-se que existe maior conhecimento dos fatores de risco quando existe história familiar de CCR, quando há conhecimento de que se trata da neoplasia mais frequente e quando a principal fonte de informação é o médico de família, assim como parecem ser os homens os que mais aderem à realização do rastreio. As reduzidas taxas de adesão ao rastreio parecem dever-se essencialmente à baixa perceção de risco de desenvolver CCR e há ausência de recomendação médica.

Em 2015, foi realizado um estudo em Lisboa, cuja população-alvo em estudo foram os beneficiários dos Serviços de Assistência Médico-Social (SAMS), envolvendo 136 participantes com uma média de idades de 63,5 anos (mínimo de 21 e o máximo de 81 anos). Os resultados obtidos demonstram que, a informação sobre o rastreio do CCR, é uma necessidade evidenciada por 68,4% dos participantes, sendo transversal à idade e à escolaridade. No entanto, a análise dos resultados demonstrou que os participantes revelaram conhecimentos apropriados acerca dos fatores de risco do CCR, tendo identificado os principais fatores de risco associados ao CCR, nomeadamente a existência de pólipos (23,2%), história familiar de CCR (20,5%), infeção intestinal (15,6%), entre outros. Verificou-se ainda, que os participantes apresentavam uma tendência de alteração de comportamentos face ao risco de contrair CCR, em particular a modificação dos hábitos de atividade física, já que 16,1% modificou este comportamento por receio de contrair CCR. Este estudo demonstrou que os participantes detinham conhecimentos acerca dos fatores de risco associados ao CCR, sendo que o autor concluiu ainda, que o rastreio do CCR, com recurso à colonoscopia, poderia ter uma boa adesão já que dos 107 indivíduos a quem foi recomendada, 82 fizeram o exame.

O mais recente estudo foi realizado em 2018, numa Unidade de Saúde Familiar da Região Centro, na Guarda, com uma amostra de 425 participantes. Neste estudo, a média de idades foi de 61 anos. De uma forma geral, e indo ao encontro do verificado nos outros estudos, os resultados obtidos revelam um escasso conhecimento acerca do CCR e do seu rastreio, dos fatores de risco, sinais/sintomas e exames de rastreio. No entanto, os participantes reconheceram a perceção do risco em relação à doença e à utilidade dos exames de rastreio, demonstrando uma atitude positiva. Os resultados obtidos referem que as reduzidas taxas de adesão ao rastreio parecem dever-se essencialmente ao não

investimento dos profissionais de saúde na sensibilização dos utentes para a adesão a este tipo de rastreios. Assim, a não adesão dos utentes para prevenção primária e secundária, bem como o défice de conhecimentos na área pode condicionar os comportamentos de adesão a estilos de vida saudáveis e adequados. Pode referir-se que uma percentagem significativa dos participantes que não realizou exames de rastreio foi pela não recomendação médica.

Até ao momento, não existiram estudos no Alto Alentejo, nomeadamente em Portalegre sobre este tema.

O Alto Alentejo tem uma área de 6.065 Km² e uma densidade populacional de 18,4 Habitantes por km² (Hab/Km²), possuindo no total uma população de 118,410 habitantes, segundo os Censos de 2011⁽¹⁰⁾. É constituído por 15 concelhos, tal como se pode observar na figura 3.2, onde existem apenas três cidades de pequena dimensão demográfica, nomeadamente Elvas, Portalegre e Ponte de Sôr.



Figura 3.2: Distribuição geográfica dos concelhos do distrito de Portalegre⁽⁸¹⁾ - Available from: <http://noticiasdecastelodevide.blogspot.com/2019/05/filigrana-editora-promove-distrito-de.html>

É uma região fortemente marcada pelo analfabetismo, baixas taxas de formação e educação, uma taxa de dependência de idosos bastante elevada e um progressivo envelhecimento em geral⁽¹⁰⁾, o que explica a maioria das debilidades apresentadas e que se reflete na vida de toda a população, com maior destaque no tecido económico e no desenvolvimento da região em si.

É possível verificar que, do ponto de vista demográfico o concelho tem registado uma diminuição generalizada da sua população, tendencialmente mais acentuada nas freguesias rurais, sobretudo nas que ficam geograficamente mais distantes da cidade de Portalegre⁽¹⁰⁾ e onde se verifica um enorme isolamento geográfico, o que constitui um fator pouco atrativo

para a fixação de população mais jovem. Este fator também contribui para o envelhecimento populacional na região e para os difíceis acessos à Saúde.

Tal como acontece em quase todas as regiões do interior, verifica-se um decréscimo populacional, fenómeno transversal à generalidade do distrito de Portalegre, em que uma fatia considerável da população tem idade superior a 65 anos quer nas freguesias urbanas quer nas freguesias rurais⁽¹⁰⁾.

Dados de 2018, referem que existe um total de 105,479 habitantes na região do Alto Alentejo, sendo que existem mais mulheres do que homens, com um total de 55,415 e 50,064 respetivamente, destacando que desses habitantes, 28,953 têm 65 ou mais anos de idade⁽⁷⁰⁾.

Relativamente ao índice de envelhecimento do distrito de Portalegre, verificava-se em 1960 uma percentagem de 37,1%, que foi aumentando gradualmente ao longo dos anos e em 2011 tinha aumentado já para uma percentagem de 178,9%⁽⁷¹⁾. O mesmo aconteceu com o índice de longevidade da população da cidade que foi também aumentando ao longo dos anos⁽¹⁰⁾.

Podemos assim referir que a população da cidade de Portalegre será cada vez mais envelhecida e como tal, cada vez mais frágil e dependente. A tendência é de um aumento do número de idosos e de uma redução da população mais nova.

Esta tendência reflete a problemática que se faz sentir nos cuidados de Saúde, onde os acessos são difíceis para a população mais envelhecida, e a literacia existente sobre as necessidades de Saúde também é baixa.

Por outro lado, a gastronomia Alentejana resulta do aproveitamento dos recursos disponíveis, através de pratos com particularidades desta região. O leite cru, o cardo, os temperos da horta, as ervas aromáticas, o porco da raça alentejana e o pão são um pequeno exemplo do que o Alentejo tem para oferecer⁽⁷²⁾. Os enchidos de porco preto são um dos produtos característicos e bastante apreciados na região, no entanto a sua confeção está muito associada ao excesso de sal e gordura. Dados do INE de 2011, demonstram que o Alentejo possui um aumento gradual da taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, sugerindo que os hábitos alimentares e a taxa de mortalidade estão associados⁽⁷³⁾.

Para além destes fatores, e por forma a ter uma ideia mais abrangente desta problemática no distrito de Portalegre, importa salientar, que foi solicitado à Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARS Alentejo) e à Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (ULSNA), o número de casos de CCR notificados neste distrito por ano. A ARS Alentejo, prontamente referiu não dispor de dados estatísticos deste concelho. Posteriormente, foram solicitados estes dados à ULSNA, nomeadamente ao serviço de Oncologia, sendo que os dados fornecidos pela mesma fazem referência apenas ao número de indivíduos com CCR

que realizaram tratamento. Desta forma, apesar do Alto Alentejo deter uma das maiores taxas brutas de mortalidade por CCR⁽⁹⁾, não é possível fazer referência a um número exato de indivíduos com CCR existentes, por ano, uma vez que nem todos precisaram de fazer tratamentos, sendo estes os únicos a ser contabilizados. No entanto, os dados fornecidos revelam que, por ano existem cerca de 60 pacientes em tratamento do CCR, sendo que metade corresponde à neoplasia do cólon e a restante metade à neoplasia do reto. O responsável pelo serviço de oncologia da ULSNA refere ainda que o CCR representa a terceira causa de cancro neste distrito.

Assim, e tendo em conta a problemática existente, tornou-se relevante investigar/determinar os conhecimentos, as atitudes e os comportamentos da população de Portalegre face ao rastreio do CCR. Assim será possível obter resultados que nos permitam alcançar um panorama mais alargado desta problemática, e sensibilizar para a realização de estudos semelhantes noutras zonas do país.

4. Objetivos

Tendo em consideração os aspetos abordados, o objetivo geral definido para este estudo é investigar/determinar os conhecimentos, as atitudes e os comportamentos da população de Portalegre face ao rastreio do CCR, através da aplicação do questionário *“Knowledge, attitudes, and preventive practices about colorectal cancer among adults in an area of Southern Italy-”*⁽¹⁵⁾, de forma a identificar fatores que influenciem o nível de adesão aos mesmos.

Como objetivos específicos, é proposto:

- ✓ Recolher dados dos quinze concelhos do distrito de Portalegre;
- ✓ Caraterizar as atitudes da população de Portalegre face ao rastreio do CCR;
- ✓ Identificar os comportamentos da população face ao rastreio do CCR;
- ✓ Identificar e caraterizar o nível de conhecimentos da população sobre o rastreio e o CCR;
- ✓ Caraterizar o nível de informação dos inquiridos sobre o rastreio do CCR, e a proveniência dessa informação;

5. Metodologia

5.1. Tipo de estudo

Tendo em conta os objetivos delineados na presente investigação, foi desenvolvido um estudo descritivo, de carácter transversal e quantitativo. Trata-se de um estudo descritivo, uma vez que descreve um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta⁽⁷⁴⁾, transversal uma vez que descreve dados recolhidos num único momento, e quantitativo baseado em fatos concretos, ou seja números⁽⁷⁵⁾.

5.2. População e Amostra

A amostra do estudo foi constituída por 82 participantes. Tratou-se de uma amostra não probabilística tendo sido obtida por conveniência, durante a realização de análises clínicas de rotina, nos postos de colheita do grupo Affidea em Portalegre e nos concelhos envolvidos, nomeadamente Ponte de Sor, Arronches, Castelo de Vide, Marvão, Crato, Alter do Chão, Avis, Sousel, Fronteira, Nisa e Monforte e Portalegre.

Os critérios de inclusão foram os seguintes: (a) ter entre 50-74 anos de idade (inclusive), (b) ser autónomo e intelectualmente capaz e de livre vontade de responder ao questionário, e (c) ser residente no distrito de Portalegre. Como critérios de exclusão foram considerados: (a) a incapacidade de responder ao questionário de forma autónoma e (b) a não apresentação de faculdades de compreensão do questionário.

5.3. Procedimento

A recolha dos dados foi realizada a partir da distribuição do questionário aos utentes que preencheram os critérios de inclusão ao estudo, e se encontravam na sala de espera dos postos de colheita de Análises Clínicas do grupo Affidea, do distrito de Portalegre. Aos mesmos, foi feita uma apresentação do estudo e dos seus objetivos, bem como os princípios de ética inerente, a fim de ser feito o convite à sua participação. Os utentes foram avaliados oralmente no sentido de certificar os critérios de inclusão, e posteriormente foram convidados a participar no estudo, através do autopreenchimento do questionário (Anexo I). De seguida, foram informados do total anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos, e de que poderiam suspender a sua participação no estudo quando o entendessem.

A recolha de dados decorreu durante os meses de dezembro de 2019 e fevereiro de 2020, tendo sido abrangidos 12 dos 15 concelhos do distrito de Portalegre.

5.4. Instrumento de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados utilizado para este estudo baseia-se na versão original do questionário elaborado para o estudo de “*Knowledge, attitudes, and preventive practices*”

about colorectal cancer among adults in an area of Southern Italy”⁽¹⁵⁾, que pode ser consultado no Anexo I. O mesmo foi traduzido e testado para a população portuguesa, num estudo realizado na área do Porto⁽²²⁾, sendo esta versão portuguesa a utilizada para o presente estudo. De referir que ao mesmo foi acrescentada uma pergunta aberta sobre a freguesia de onde provinha o inquirido, por se considerar pertinente para o mesmo, uma vez que um dos objetivos do estudo era obter uma caracterização dos quinze concelhos do distrito. O questionário está dividido e organizado em cinco partes, constituído por 32 questões que englobam as características sociodemográficas, conhecimentos, atitudes, comportamentos e informação

A **primeira parte** do questionário, inclui as **variáveis sociodemográficas** como a freguesia de residência, a idade (entre os 50 e os 74 anos), o sexo (masculino ou feminino), o estado civil (casado/união de facto, divorciado, solteiro ou viúvo), o nível de escolaridade (varia desde nenhuma escolaridade, 1º ciclo, 2º ciclo, 3º ciclo, ensino secundário, Licenciatura, Mestrado ou Doutoramento, e se alguma destas últimas é na área da Saúde), profissão, número de pessoas do agregado familiar (incluindo o inquirido), peso e altura. Através de uma escala de *Likert*, que varia entre 1 e 10 pontos (onde 1 significa muito má e 10 significa muito boa) é também investigada a perceção do estado de saúde.

A última questão desta primeira parte refere-se à identificação da existência de alguma doença intestinal na própria pessoa ou em algum familiar, com resposta de “sim” ou “não”. Em caso afirmativo, o participante teria ainda de responder a quem se referia e com que doença.

A **segunda** parte do questionário, avalia a dimensão dos **conhecimentos** que os utentes têm sobre o CCR. Esta seção é composta por uma questão de resposta aberta, no caso da definição do CCR, e por duas questões de seleção de resposta correta, relativamente ao tipo de cancro mais frequente em Portugal segundo os últimos dados da DGS e ainda relativamente aos exames de rastreio do CCR (periodicidade e idade em que se devem realizar).

A **terceira** parte do questionário destina-se a explorar as **atitudes** dos utentes face ao CCR. Nesta seção os utentes foram inquiridos sobre a sua perceção quanto ao risco de contrair CCR e também quanto à utilidade dos testes de rastreio, através de uma escala de *Likert* de dez pontos. No caso da perceção do risco de contrair CCR, “1” significa sem risco e “10” significa risco elevado. Na perceção da utilidade dos exames de rastreio, “1” significa sem utilidade, ao passo que “10” significa elevada utilidade. As atitudes relativamente à prevenção e ao tratamento do CCR foram avaliadas através de uma escala de *Likert* de três pontos, segundo a qual 1 significa “concordo”, 2 “incerto” e 3 “discordo”.

A **quarta** parte do questionário destina-se a recolher informação sobre os **comportamentos** relativamente aos cuidados de Saúde, nomeadamente sobre a modificação dos hábitos

alimentares ou atividade física. No que concerne à prática de atividade física, os participantes são questionados sobre o tipo de atividade que realizam (corrida, natação, dança/aeróbica ou no caso de ser outra, que especifique qual). É ainda indagado qual é o primeiro médico que costumam consultar no caso de terem algum problema de saúde. Quanto ao exame de rastreio recomendado, dentro das hipóteses apresentadas existe a possibilidade de responder “sim” ou “não” e por quem foi recomendado. Os participantes são também questionados sobre a sua participação em atividades preventivas, e em caso afirmativo por quem foram organizadas. No que diz respeito aos exames de prevenção de CCR, são questionados sobre a realização ou não dos exames; sua recomendação; número de vezes efetuado e a data da última realização. A adesão aos rastreios é avaliada nesta parte do instrumento de recolha de dados.

A **quinta** e última parte do questionário destinou-se a avaliar a dimensão da **Informação** permitindo analisar a fonte de informação sobre o CCR, com duas questões de respostas fechadas, e várias respostas possíveis, onde foi acrescentado pela investigadora como possibilidade de resposta “Técnicos de Análises Clínicas”. É ainda indagada a necessidade de mais informação sobre a temática do CCR, com respostas “sim” ou “não”.

5.5. Considerações éticas

Atendendo ao cariz deste trabalho, onde está implicada a participação de utentes, é importante garantir princípios de ética bem definidos. Segundo o tratado de Helsínquia, devem ser tomadas todas as precauções para proteger a privacidade de cada sujeito de investigação e a confidencialidade dos seus dados pessoais⁽³²⁾. Assim, foi assegurada a confidencialidade dos dados colhidos, realçando que os mesmos seriam utilizados exclusivamente para a finalidade do estudo, sendo que o participante aceitava participar no estudo, mediante a leitura e assinatura de um consentimento informado (Apêndice I). O documento relativo ao consentimento informado não se cruzou com o questionário individual de forma a não ser possível identificar os participantes nem desrespeitar a confidencialidade dos mesmos. De frisar que os participantes foram informados de que podiam desistir a qualquer momento.

O presente estudo obteve parecer positivo em 21 de novembro de 2019 (processo número 17-2019) do Conselho de Ética da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTeSL) (Anexo II). Foi feito um pedido de autorização ao Laboratório de Análises Clínicas onde foram recrutados os participantes (Anexo III), e ainda um pedido de autorização da utilização do questionário aos autores do primeiro estudo em Portugal, com resposta positiva (Anexo IV).

5.6. Análise estatística

O tratamento dos dados obtidos foi feito com recurso ao *Statistical Program for Social Sciences* (SPSS) versão 24.

Para a caracterização da amostra em estudo, utilizou-se estatística descritiva, tendo-se recorrido à análise de frequências (n , %) para os dados qualitativos e ao cálculo do mínimo, máximo, média e desvio padrão para os dados quantitativos. Foi realizada uma análise descritiva das variáveis em estudo, com as respetivas frequências e percentagens, sendo elas: sexo, idade, estado civil, agregado familiar, nível de escolaridade, Índice de Massa Corporal (IMC), perceção atual da saúde, definição do CCR, fatores de risco, exames de rastreio e idade para a sua realização, risco de contrair CCR, utilidade dos testes de rastreio, “o CCR pode ser prevenido”, “O CCR pode ser tratado quando diagnosticado numa fase inicial”, modificação de hábitos desportivos e alimentares como ação preventiva, primeiro médico consultado aquando de um problema de saúde, exames de rastreio realizados e os motivos da sua não realização, participação em atividades preventivas sobre o CCR e ainda a proveniência da informação sobre o mesmo.

Foi feita uma análise de regressão logística multivariada para avaliar quais das variáveis independentes (idade, sexo, habilitações académicas, familiar com doença do intestino, nível de saúde atual e risco de contrair CCR) se associavam a cada uma das variáveis dependentes (PSOF e colonoscopia como exames de rastreio, e elevada ingestão de gorduras e baixa atividade física como fatores de risco modificáveis) ($p < 0,05$). Para quantificar a força da associação encontrada foram apresentados os valores de *Odds Ratio* (OR) e correspondentes Intervalos de Confiança (IC) a 95%. Para estudar a relação entre duas variáveis qualitativas, utilizou-se o teste Qui-Quadrado por simulação de Monte Carlo, uma vez que os pressupostos de aplicabilidade do teste Qui-Quadrado não se verificaram. Posteriormente foram criadas quatro variáveis que constituíram os modelos de regressão logística:

- ✓ Conhecimento de pelo menos 1 exame de rastreio: PSOF e/ou colonoscopia - CER
- ✓ Conhecimento dos dois principais fatores de risco modificáveis de CCR: elevada ingestão de gorduras - CFRM
- ✓ Relação entre a escolaridade e a necessidade de mais informação - RENI
- ✓ Relação entre o IMC e o nível de saúde atual – RIMCSA

Após análise descritiva das variáveis em estudo, foram constituídos quatro modelos de regressão logística:

- ✓ Modelo 1: CER
- ✓ Modelo 2: CFRM
- ✓ Modelo 3: RENI
- ✓ Modelo 4: RIMCSA

6. Resultados

6.1. Análise Descritiva

6.1.1 Caracterização da dimensão “Variáveis sociodemográficas”

Relativamente aos inquiridos da amostra ($n = 82$), a maioria dos inquiridos são de origem rural (59,8%), apresentam uma média de idade de 61,1 anos ($SD = 6,3$ anos) e são maioritariamente do sexo feminino (61%) (Ver tabela 6.1).

No que diz respeito ao estado civil, a maioria são casados ou vivem em união de facto (81,7%), coabitam com uma ou duas pessoas (54,4% e 22,4%, respetivamente), e o nível de escolaridade predominante é do 10^o-12^o ano de escolaridade (35,4%). Imediatamente a seguir, o nível de escolaridade que predomina é o ensino do 5^o- 9^o ano com (23,2%), sendo que a grande maioria ainda se encontra a trabalhar ou no ativo (54,9%) (Ver tabela 6.1).

Relativamente ao peso dos inquiridos, a maioria tem excesso de peso (45,1%) e cerca de 17,1% dos mesmos possui um Índice de Massa Corporal (IMC) sugestivo de obesidade (Ver gráfico 6.1).

Relativamente ao *score* de saúde atual, a média situou-se nos 6,8 ($SD = 1,7$), destacando que as respostas obtidas variaram entre os pontos 2 e 10 (Ver gráfico 6.2).

No que diz respeito à existência de algum familiar que tenha contraído alguma doença do intestino, em cerca de 82,9% dos casos a resposta foi não. No entanto, nos casos da existência de doença familiar, cerca de 35,7% eram relativos a familiares de primeiro grau, 14,3% eram referentes a familiares de segundo grau, e ainda cerca de 28,4% aconteceram na própria pessoa. O cancro foi referenciado pelos utentes como sendo a principal doença familiar existente (64,3%), seguindo-se a existência de diverticulites (21,4%) e de pólipos intestinais (14,3%) (Ver gráfico 6.3).

Tabela 6.1: Características sociodemográficas

| Variáveis | Mínimo- Máximo | Média +/- Desvio padrão | n (%) |
|---|---------------------------|------------------------------------|--------------|
| Residência | | | |
| Urbana | - | - | 33 (40,2%) |
| Rural | - | - | 49 (59,8%) |
| Idade | | | |
| 50-65 | 50 | 61,1 anos (SD = 6,3 anos) | 50 (74,4%) |
| ≥ 66 | 74 | | 75 (25,6%) |
| Sexo | | | |
| Masculino | - | - | 32 (39%) |
| Feminino | - | - | 50 (61%) |
| Estado civil | | | |
| Casado/união de facto | - | - | 67 (81,7%) |
| Divorciado(a) | - | - | 6 (7,3%) |
| Solteiro(a) | - | - | 4 (4,9%) |
| Viúvo(a) | - | - | 5 (6,1%) |
| Nível de escolaridade mais alta | | | |
| Nenhuma | - | - | 1 (1,2%) |
| 1 ^o -4 ^o ano | - | - | 15 (18,3%) |
| 5 ^o -9 ^o ano | - | - | 19 (23,2%) |
| 10 ^o -12 ^o ano | - | - | 29 (35,4%) |
| Licenciatura/mestrado/doutoramento | - | - | 18 (22%) |
| Profissão | | | |
| Desempregado | - | - | 7 (8,6%) |
| Empregado/no ativo | - | - | 45 (54,9%) |
| Reformado | - | - | 28 (34,1%) |
| Sem resposta | - | - | 2 (2,4%) |
| Número de pessoas do agregado familiar para além do próprio? | | | |
| 0 | - | - | 8 (9,8%) |
| 1 | - | - | 43 (52,4%) |
| 2 | - | - | 20 (24,4%) |
| 3 | - | - | 9 (11%) |
| 4 | - | - | 2 (2,4%) |

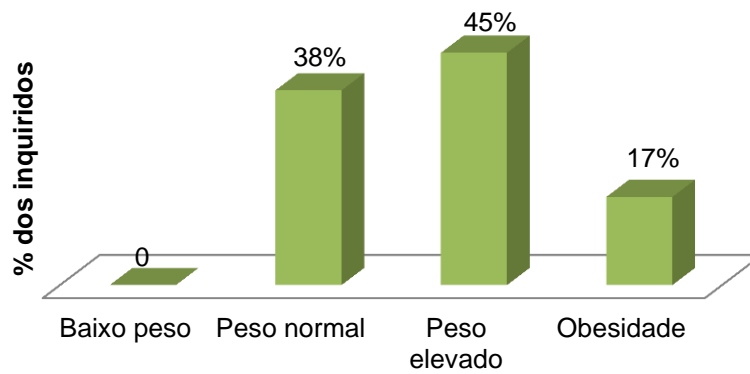


Gráfico 6.1: Distribuição da classificação do Índice de Massa Corporal (IMC)

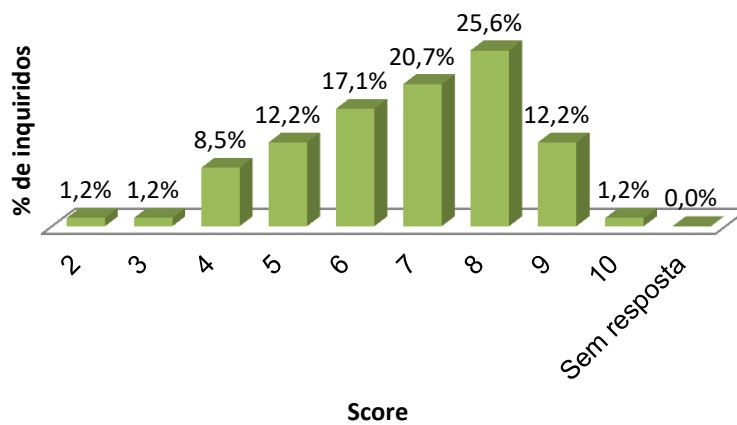


Gráfico 6.2: Distribuição do Score de Saúde atual

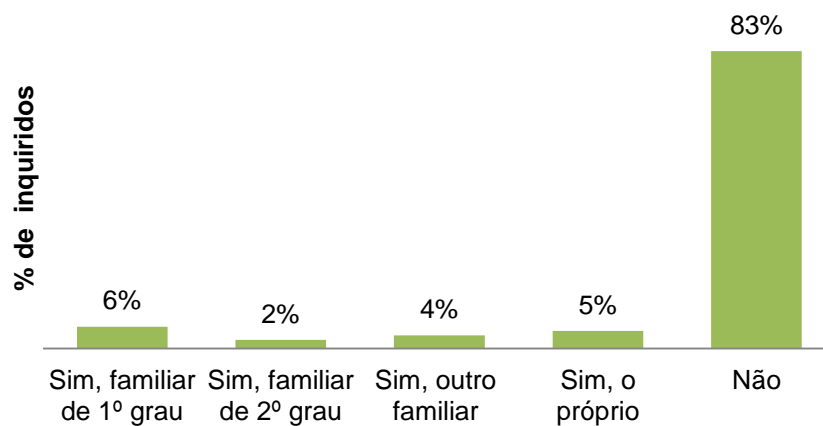


Gráfico 6.3: Distribuição dos antecedentes familiares relativamente a Doença intestinal na família

6.1.2. Caraterização da dimensão “Conhecimentos”

Relativamente ao conhecimento acerca do cancro mais frequente em Portugal, a grande maioria dos inquiridos referiu ser o cancro da mama (61%), seguindo-se com 19,5% o CCR (Ver Gráfico 6.4).

No que diz respeito à definição de CCR dada pelos inquiridos, uma grande percentagem não definiu de forma correta/não respondeu (75,6%), Por outro lado, ainda que as respostas tenham sido incompletas, 24,4% dos inquiridos responderam de forma correta (Ver Gráfico 6.5).

Quanto ao conhecimento acerca dos fatores de risco, a presença de pólipos (74,4%), história familiar de CCR (65,9%) e infeção intestinal (62,2%) foram as respostas predominantes. Pelo contrário, a ingestão de frutas e legumes (1,2%), o uso de contraceptivos orais (6,1%) e a hipertensão (6,1%) embora com pouco número de respostas, foram considerados fatores de risco por alguns inquiridos (Ver Gráfico 6.6).

Relativamente ao conhecimento acerca dos testes de rastreio para o CCR, a maioria dos inquiridos respondeu colonoscopia (81,7%), seguindo-se a PSOF (59,8%). De salientar que os inquiridos referiram ainda a ecografia abdominal e análise de sangue com 18,3% e 13,4% respetivamente, e apenas 10,9% referiram a sigmoidoscopia (Gráfico 6.7).

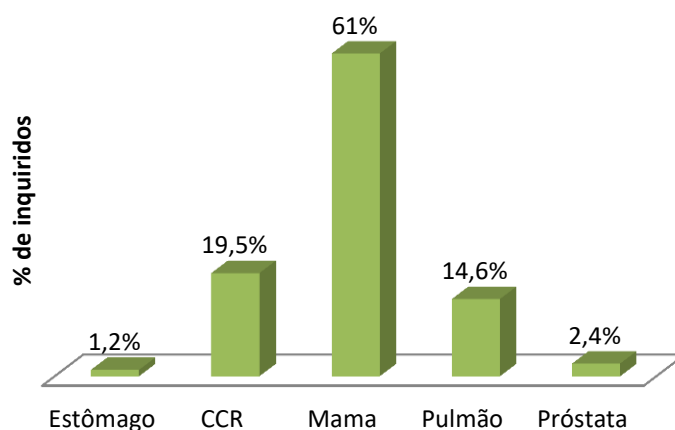


Gráfico 6.4: Distribuição das Respostas à pergunta "Qual o cancro mais frequente em Portugal?"

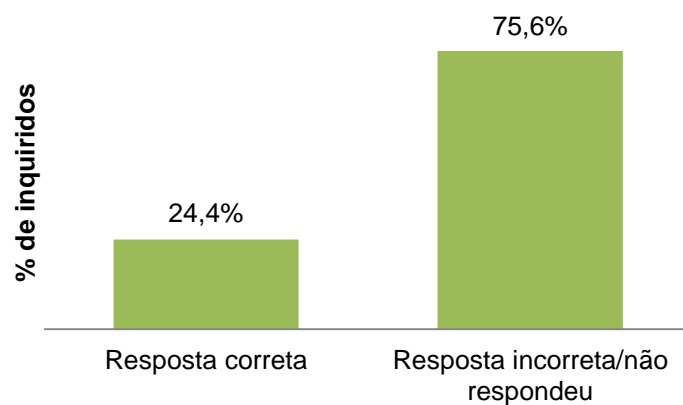


Gráfico 6.5: Distribuição da classificação da "Definição do CCR"

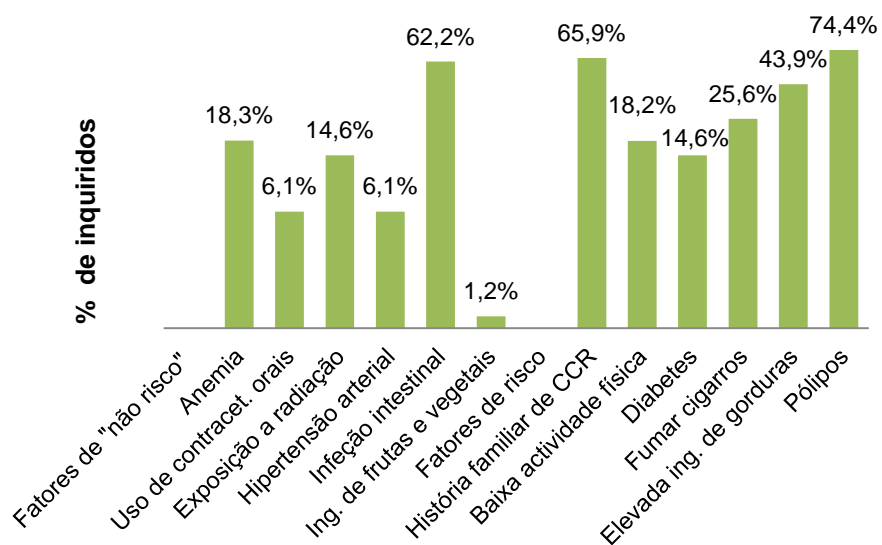


Gráfico 6.6: Distribuição da identificação de Fatores de "não risco" e de fatores de risco do CCR

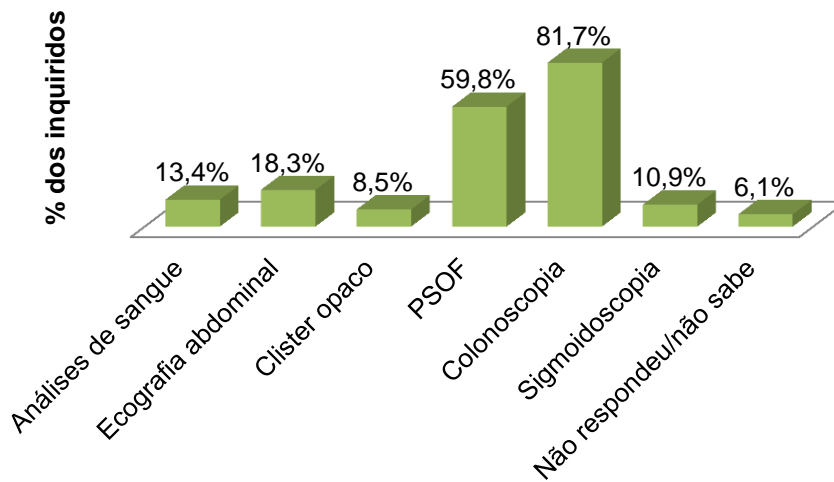


Gráfico 6.7: Quais são testes de rastreio do CCR

6.1.3. Caracterização da dimensão “Atitudes”

Relativamente ao risco de contrair CCR, numa escala de 1 a 10 as respostas dividiram-se por toda a escala, com um *score* médio de 5,3 (SD =1,9). O maior número de respostas situou-se a meio da escala, ou seja, na pontuação 5, com uma percentagem de 36,6% de respostas (Ver Gráfico 6.8). No que diz respeito à utilidade dos testes de rastreio, numa escala de 1 a 10, as respostas situaram-se entre os valores 5 e 10, com um *score* médio de 9,1 (SD =1,2), onde a grande maioria das respostas se situou na pontuação 10 (56,1%), seguindo-se a pontuação 9 (20,7%) (Ver Gráfico 6.9).

No que se refere ao facto de o CCR poder ser ou não prevenido, a grande maioria dos inquiridos respondeu que concordava que o CCR possa ser prevenido (74,4%), enquanto os restantes inquiridos se encontravam na incerteza (26%) (Ver Gráfico 6.10). Relativamente ao facto de o CCR poder ser tratado quando diagnosticado numa fase inicial, tal como aconteceu na questão anterior, a grande maioria respondeu que concordava com esta afirmação (91%), sendo poucos os inquiridos que se encontravam na incerteza (9%) (Ver Gráfico 6.11).

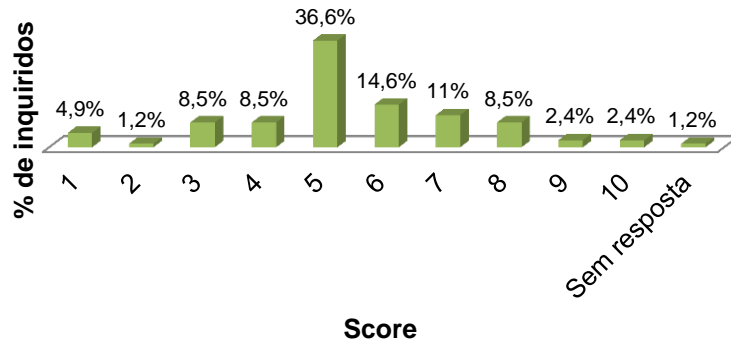


Gráfico 6.8: Risco de contrair CCR

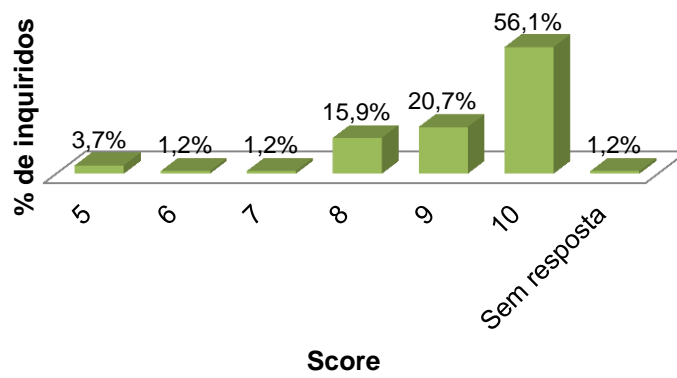


Gráfico 6.9: Utilidade dos testes de rastreio

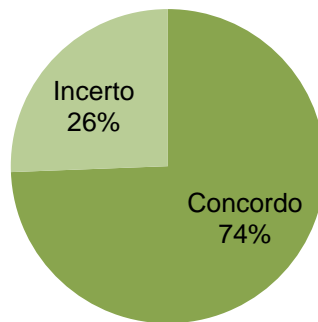


Gráfico 6.10: Respostas à pergunta "O CCR pode ser prevenido?"

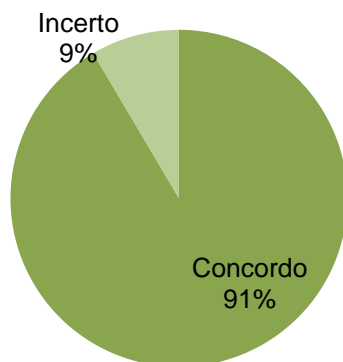


Gráfico 6.11: Respostas à pergunta “O CCR pode ser tratado em fase inicial?”

6.1.4. Caracterização da dimensão “Comportamentos”

Relativamente aos comportamentos dos participantes neste estudo sobre o CCR, a maioria dos inquiridos não modificou no último ano os seus hábitos alimentares nem a sua atividade física (78% e 92,7%, respetivamente) (Ver Gráfico 6.12 e 6.13).

No que se refere a questão da prática de alguma atividade física realizada na altura em que participaram no estudo, mais de metade dos inquiridos revelou não praticar (52,4%) qualquer atividade física. No entanto, 6,1% dos participantes revelou ter iniciado a prática de exercício, devido ao receio de vir a contrair CCR e apenas 1,2% dos participantes revelou ter aumentado a sua prática de atividade física (Ver Gráfico 6.13 e 6.14).

Quanto à questão acerca “qual o primeiro médico que consulta aquando um problema de saúde”, 82,9% dos participantes indica recorrer ao médico de família, enquanto 13,4% recorrem a um médico especialista. Os restantes participantes referiram recorrer ao serviço de urgência e a outro médico (2,4% e 1,2% respetivamente) (Ver Gráfico 6.15).

De salientar que na questão que respeita à “participação em atividades preventivas sobre o CCR”, 94% dos inquiridos revela não ter participado. Dos poucos que participaram (6%), revelam ter participado em palestras assistidas nos Centros de Saúde (Ver Gráfico 6.16).

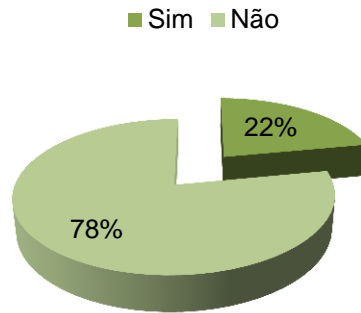


Gráfico 6.12: Respostas à pergunta "Modificou os seus hábitos alimentares?"

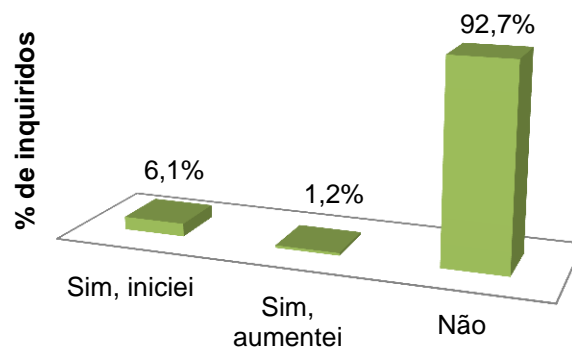


Gráfico 6.13: Resposta à pergunta "Modificou a sua atividade física?"

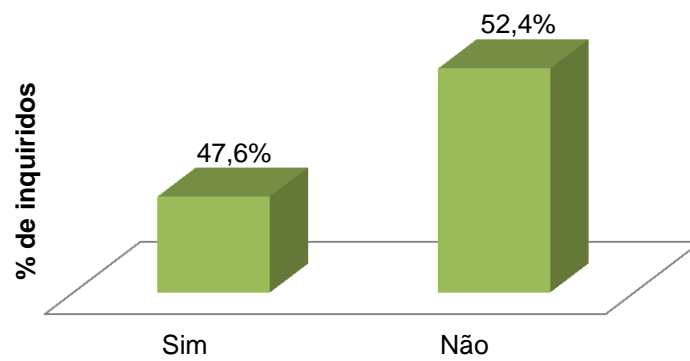


Gráfico 6.14: Respostas à pergunta "Pratica alguma atividade física?"

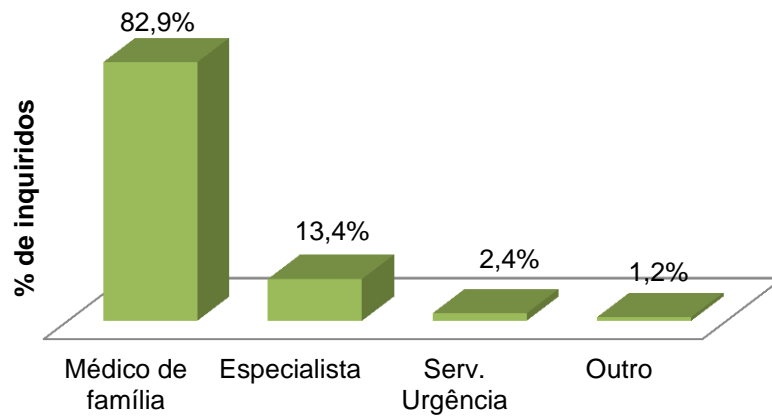


Gráfico 6.15: Resposta à pergunta "Qual o primeiro médico que consulta quando tem um problema de saúde?"



Gráfico 6.16: Respostas à pergunta "Já participou em atividades preventivas sobre o CCR?"

Em relação aos exames de rastreio realizados, a PSOF e a colonoscopia apresentam-se como os exames mais solicitados por parte dos médicos de família, com 47,6% e 40,2% respetivamente. No entanto, é de salientar que a maioria dos inquiridos não realizou nenhum destes exames por falta de recomendação (Ver Tabela 6.2).

A maioria dos exames de rastreio são pedidos pelos médicos de família e foram realizados há relativamente pouco tempo (entre 1 a 3 anos).

Tabela 6.2: Exames de rastreio

| Variáveis | N (82) | Percentagem (100%) |
|--|---------------|-------------------------------|
| Qual exame lhe foi recomendado? | | |
| Análise de sangue | | |
| Sim | 24 | 29,3 |
| Não se recorda | 4 | 4,9 |
| Não fez porque: | | |
| Não foi recomendado | 50 | 60,9 |
| Medo de descobrir uma doença | 1 | 1,2 |
| Não tem problemas | 3 | 3,7 |
| Clister opaco | | |
| Sim | 7 | 8,5 |
| Não fez porque: | | |
| Não foi recomendado | 69 | 84,4 |
| Não tem problemas de saúde | 5 | 6,1 |
| Medo da dor/embaraço | 1 | 1,2 |
| Ecografia abdominal | | |
| Sim | 15 | 18,3 |
| Não fez porque: | | |
| Não se recorda | 1 | 1,2 |
| Não foi recomendado | 63 | 76,9 |
| Não tem problemas | 3 | 3,7 |
| Pesquisa de Sangue Oculto nas fezes | | |
| Sim | 39 | 47,6 |
| Não se recorda | 1 | 1,2 |
| Não fez porque: | | |
| Não foi recomendado | 38 | 46,3 |
| Não tem problemas de saúde | 4 | 4,9 |
| Sigmoidoscopia | | |
| Sim | 1 | 1,2 |
| Não se recorda | 1 | 1,2 |
| Não fez porque: | | |
| Não foi recomendado | 74 | 90,2 |
| Não tem problemas de saúde | 6 | 7,4 |

Tabela 6.2: Exames de rastreio (continuação)

Colonoscopia

| | | |
|------------------------------|----|------|
| Sim | 33 | 40,2 |
| Não fez porque: | | |
| Não foi recomendado | 44 | 53,7 |
| Não tem problemas de saúde | 4 | 4,9 |
| Medo de descobrir uma doença | 1 | 1,2 |

6.1.5. Caraterização da dimensão “Informação”

Relativamente às fontes de informação, a comunicação social destaca-se como a principal fonte (41,5%). De salientar que imediatamente a seguir à comunicação social, 36,6% dos inquiridos referem não ter tido nenhuma fonte de informação sobre o CCR. Os médicos e os Técnicos de Análises Clínicas, enquanto profissionais de saúde, foram apontados pelos participantes, como sendo os responsáveis pela transmissão de informação sobre o tema (cerca de 20,7% e 14,6%, respetivamente) (Ver Gráfico 6.17).

Quando questionados sobre a necessidade de adquirir mais informação sobre o tema, a maioria dos participantes respondeu afirmativamente (73%), no entanto, 27% referiu não necessitar da mesma (Ver Gráfico 6.18).

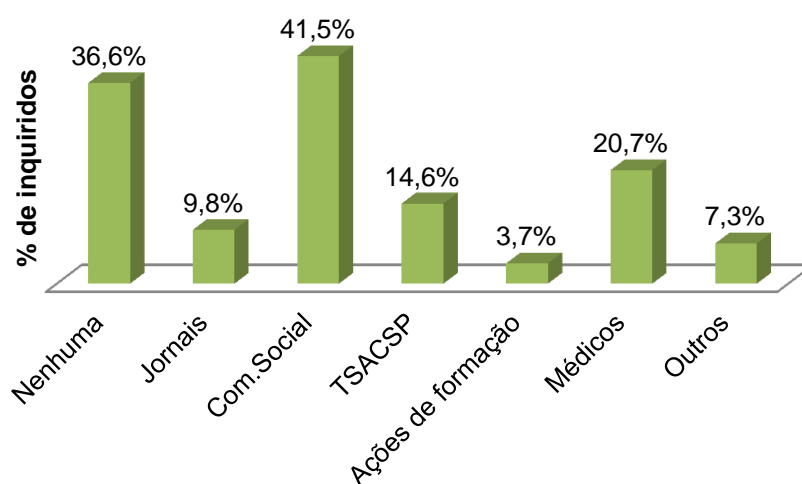


Gráfico 6.17: Fontes de informação sobre o CCR

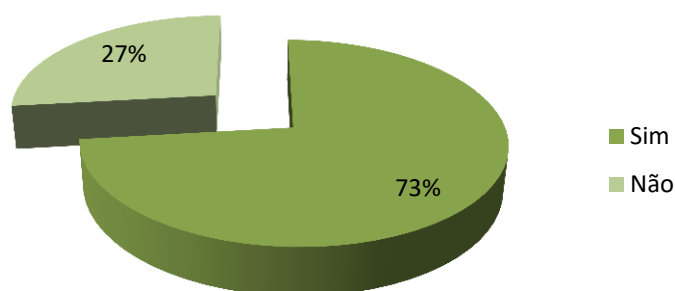


Gráfico 6.18: Resposta à pergunta "Precisa de mais informação sobre o CCR?"

6.2. Regressão Logística

✓ Modelo 1: Conhecimento de pelo menos 1 exame de rastreio: PSOF - CER

Da análise dos resultados da tabela 6.3, onde se pretende verificar o conhecimento da PSOF como exame de rastreio, pode ver-se que somente o "Risco de contrair CCR" é considerado como um regressor de PSOF, podendo aferir-se que quem tem risco de contrair CCR tem 1,6 vezes mais probabilidade de responder corretamente ao facto de a PSOF ser um exame de rastreio (*odds ratio*=1,6 I.C.95%= (1,1; 2,3)).

Tabela 6.3: Modelo: CER - PSOF

| PSOF como exame de rastreio | | | |
|----------------------------------|-------|---------------|---------|
| Variáveis independentes | OR | IC 95% | p-value |
| Idade | 1,041 | [0,945-1,147] | 0,413 |
| Sexo | 2,566 | [0,770-8,559] | 0,125 |
| Habilitações | 0,887 | [0,503-1,567] | 0,681 |
| Familiar com doença do intestino | 1,088 | [0,243-4,875] | 0,912 |
| Nível de Saúde atual | 0,931 | [0,656-1,321] | 0,687 |
| Risco de contrair CCR | 1,608 | [1,109-2,332] | 0,012 |

Da análise dos resultados da tabela 6.4, pode verificar-se que as variáveis consideradas no modelo CER – Colonoscopia, onde se pretende verificar o conhecimento da colonoscopia como exame de rastreio, não apresentaram significado estatístico. Os resultados obtidos revelam que não é possível avaliar a associação de variáveis como a idade, sexo, habilitações académicas, familiar com doença do intestino, nível de saúde atual e o risco de contrair CCR com o conhecimento da colonoscopia enquanto exame de rastreio do CCR.

Tabela 6.4: Modelo CER - Colonoscopia

| Colonoscopia como exame de rastreio | | | |
|-------------------------------------|-------|---------------|---------|
| Variáveis | OR | IC 95% | p-value |
| Idade | 1,002 | [0,874-1,148] | 0,983 |
| Sexo | 0,922 | [0,147-5,793] | 0,931 |
| Habilitações | 1,623 | [0,716-3,682] | 0,246 |
| Familiar com doença do intestino | 0 | 0 | 0,999 |
| Nível de Saúde atual | 0,798 | [0,471-1,351] | 0,401 |
| Risco de Contrair CCR | 1,294 | [0,820-2,041] | 0,269 |

✓ **Modelo 2: Conhecimento dos 2 principais fatores de risco modificáveis de CCR: elevada ingestão de gorduras e baixa atividade física - CFRM**

Neste modelo verificamos que a idade contribui de forma significativa para o conhecimento da elevada ingestão de gorduras como um fator de risco modificável ($p < 0,05$). Segundo os dados obtidos, podemos verificar que a idade aumenta em 1,1 vezes as hipóteses de conhecimento de que a elevada ingestão de gorduras é um fator de risco modificável do CCR. As restantes variáveis não contribuíram de forma estatisticamente significativa para este modelo (Ver tabela 6.5).

Tabela 6.5: Modelo CFRM – Elevada ingestão de gorduras

| Elevada ingestão de gorduras como um fator de risco modificável | | | |
|---|-------|---------------|---------|
| Variáveis independentes | OR | IC 95% | p-value |
| Idade | 1,103 | [1,018-1,196] | 0,016 |
| Sexo | 1,391 | [0,874-2,213] | 0,164 |
| Habilitações | 1,825 | [0,667-4,992] | 0,241 |
| Familiar com doença no intestino | 0,297 | [0,074-1,194] | 0,087 |
| Nível de Saúde atual | 0,922 | [0,694-1,225] | 0,576 |
| Risco de Contrair CCR | 1,277 | [0,979-1,665] | 0,071 |

Da análise dos resultados da tabela 6.6, onde se pretende verificar o conhecimento da baixa actividade física como fator de risco modificável, pode verificar-se que as variáveis não apresentaram significado estatístico. Os resultados obtidos revelam que não é possível avaliar a associação de variáveis como a idade, sexo, habilitações académicas, familiar com doença do intestino, nível de saúde atual e o risco de contrair CCR com o conhecimento da baixa actividade física como fator de risco modificável.

Tabela 6.6: Modelo CPFRM - Baixa atividade física

| Baixa atividade física como um fator de risco modificável | | | |
|---|-------|---------------|---------|
| Variáveis independentes | OR | IC 95% | p-value |
| Idade | 1,016 | [0,927-1,113] | 0,739 |
| Sexo | 1,014 | [0,583-1,764] | 0,960 |
| Habilitações | 1,952 | [0,546-6,982] | 0,304 |
| Familiar com doença no intestino | 1,957 | [0,509-7,520] | 0,328 |
| Nível de Saúde atual | 0,785 | [0,547-1,128] | 0,191 |
| Risco de Contrair CCR | 1,288 | [0,920-1,803] | 0,141 |

✓ **Relação entre a escolaridade e a necessidade de mais informação – RENI**

De acordo com os resultados obtidos, não se verificou uma associação significativa entre o nível de habilitações académicas e a necessidade de mais informação sobre o CCR ($p = 0,157$ I.C. 95%=(0,150; 0,165)), ou seja, o nível de habilitações académicas e a necessidade de mais informação sobre o CCR não estão relacionadas (Ver tabela 6.7).

Tabela 6.7:Tabela de referência cruzada – Modelo RENI

| Tabulação cruzada Habilitações * Sente que precisa de mais informação sobre o Cancro Colo-Retal? | | | | | |
|--|----------|-------------------|---|--------|--------|
| Habilitações | | | Sente que precisa de mais informação sobre o Cancro Colo-Retal? | | Total |
| | | | Sim | Não | |
| | | | | | |
| Nenhuma | Contagem | | 0 | 1 | 1 |
| | | % em Habilitações | 0,0% | 100,0% | 100,0% |
| 1 ^o -4 ^o ano | Contagem | | 10 | 5 | 15 |
| | | % em Habilitações | 66,7% | 33,3% | 100,0% |
| 5 ^o -9 ^o ano | Contagem | | 12 | 7 | 19 |
| | | % em Habilitações | 63,2% | 36,8% | 100,0% |
| 10 ^o -12 ^o | Contagem | | 25 | 4 | 29 |
| | | % em Habilitações | 86,2% | 13,8% | 100,0% |
| licenciatura/mestrado/doutoramento | Contagem | | 13 | 5 | 18 |
| | | % em Habilitações | 72,2% | 27,8% | 100,0% |
| Total | Contagem | | 60 | 22 | 82 |
| | | % em Habilitações | 73,2% | 26,8% | 100,0% |

| | p-value | IC 95% |
|---|---------|---------------|
| Qui-quadrado por simulação de Monte Carlo | 0,157 | [0,150-0,165] |

✓ **Relação entre o IMC e o nível de saúde atual - RIMCSA**

Relativamente à existência de relação entre o IMC e o nível de saúde atual, podemos verificar que não existe significado estatístico entre ambas ($p>05$), o que significa que o IMC dos participantes não se relaciona com o *score* do nível de saúde dos mesmos (Ver tabela 6.8).

Tabela 6.8: Tabela de referência cruzada - Modelo RIMCSA

| Tabulação cruzada IMC * Nível de saúde actual | | | | | | | | | | | |
|--|------------------------|------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|--------------|----|
| Contagem | | | | | | | | | | | |
| | | Nível de saúde actual | | | | | | | | Total | |
| | | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| I M C | Peso normal | 0 | 1 | 2 | 1 | 7 | 6 | 8 | 5 | 1 | 31 |
| | Excesso de peso | 0 | 0 | 4 | 7 | 4 | 8 | 10 | 4 | 0 | 37 |
| | Obesidade | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 3 | 3 | 1 | 0 | 14 |
| Total | | 1 | 1 | 7 | 10 | 14 | 17 | 21 | 10 | 1 | 82 |

| | p-value | IC 95% |
|--|----------------|---------------|
| Qui-quadrado por simulação de Monte Carlo | 0,606 | [0,597-0,616] |

7. Discussão dos dados e resultados

O distrito de Portalegre apresenta uma população bastante envelhecida, com baixos rendimentos e mobilidade, detendo uma das maiores taxas brutas de mortalidade por CCR⁽⁹⁾. Aliado a estes fatores, existe uma elevada carência de profissionais de saúde, nomeadamente médicos⁽⁷⁶⁾, deixando de ser garantida a equidade no acesso aos cuidados de saúde e programas de rastreio.

Face a esta problemática, pretendeu-se investigar os conhecimentos, as atitudes e os comportamentos da população de Portalegre face ao rastreio do CCR, através da aplicação do questionário *“Knowledge, attitudes, and preventive practices about colorectal cancer among adults in an area of Southern Italy-”*⁽¹⁵⁾, de forma a identificar os fatores que influenciam o nível de adesão da população Portalegrense aos mesmos.

Relativamente às características sociodemográficas da amostra, a média de idade encontra-se acima dos 50 anos (M = 61,1; SD =6,3), estando, por isso, acima da idade preconizada para a realização dos rastreios (a partir dos 50 anos), o que vai ao encontro dos outros estudos realizados^(6,22,14,69). A idade representa um fator de risco para o desenvolvimento de CCR, na medida em que cerca de 90% dos casos aparecem após os 50 anos^(6-7,21), e tendo em conta a média de idades dos inquiridos, é muito importante averiguar se os mesmos realizaram os rastreios para que, os que não realizaram, fiquem sensibilizados a fazê-lo o quanto antes, por forma a evitar o possível impacto desta neoplasia, nesta população. No ano de 2017, a idade média de óbito por CCR foi de 74,5 anos⁽⁹⁾, o que significa que ainda existe “margem” para sensibilizar os participantes do nosso estudo, sobre a importância do diagnóstico precoce. É importante destacar que os resultados apontaram para o facto de a população apresentar alguma formação académica, uma vez que o nível de escolaridade predominante é o nível secundário (35,4%). Dos inquiridos, 61% consideram que o cancro da mama é o cancro mais frequente em Portugal, colocando em segundo lugar o CCR (19,5%), o que nos remete para uma falta de sensibilização quanto á incidência desta patologia, no contexto nacional. Contudo, é importante referir que 61% dos participantes pertence ao sexo feminino, pelo que, este resultado pode estar relacionado com a preocupação deste grupo, relativamente à neoplasia mamária, tal como se verificou num outro estudo realizado⁽¹⁴⁾.

No que concerne ao peso dos inquiridos, a maioria tem excesso de peso (45%), verificando-se que 17% destes possui um Índice de Massa Corporal (IMC) sugestivo de obesidade. Este achado pode ser um importante fator para vir a contrair CCR, tendo em conta que já se provou a existência de uma relação estatisticamente significativa entre a obesidade e o risco de contrair CCR⁽⁷⁷⁾. Esta associação entre a obesidade e o CCR parece estar relacionada com a insulina, o fator de crescimento da insulina (IGF-1) e as proteínas de ligação ao IGF (IGFBPs). A insulina estimula a proliferação celular com conseqüente aumento do IGF-1

livre e biodisponível e mudanças concomitantes no ambiente celular (proliferação celular aumentada e inibição da apoptose), favorecendo assim a formação neoplásica⁽⁷⁷⁾. Tendo em conta estes resultados, torna-se importante o controlo do excesso de peso, para diminuir o risco de vir a contrair CCR e considera-se imperativo a existência de nutricionistas nas associações de apoio social a idosos, bem como nas equipas de cuidados de saúde primários de forma a proporcionar conhecimentos acerca de uma alimentação saudável, equilibrada e adequada às necessidades de cada um. De salientar ainda a importância de desenvolver campanhas de sensibilização sobre a promoção da alimentação saudável e da prática de atividade física para a população idosa, que são pouco desenvolvidas em Portalegre.

- **Conhecimentos**

Em relação aos **conhecimentos**, é importante referir que a grande maioria dos inquiridos (75,6%) respondeu de forma incorreta quanto à definição do CCR, destacando desta forma alguma falta de literacia quanto ao tema. Embora as habilitações académicas dos inquiridos não sejam baixas, em relação ao CCR existe desconhecimento sobre esta neoplasia, similarmente ao que aconteceu no estudo Italiano⁽¹⁵⁾ e no estudo realizado no Porto^(15,22). Pelo contrário, em dois estudos realizados a nível nacional nomeadamente na Guarda⁽⁶⁾ e em Lisboa⁽⁶⁹⁾, uma elevada percentagem dos inquiridos respondeu corretamente quanto à definição do CCR.

De acordo com os resultados do presente estudo, pode considerar-se que o nível de conhecimentos relativamente aos fatores de risco e exames de rastreio foi insuficiente, o que vai ao encontro dos resultados obtidos noutros estudos elaborados neste âmbito^(6,14-15,22,69). Estes resultados podem dever-se à falta de conhecimento geral sobre a doença, tendo em conta a falha existente ao nível dos cuidados de saúde primários e de ações de sensibilização, bem como da procura de informação por parte da população. De forma a solucionar esta situação, as entidades de saúde (clínicas, centros de saúde e hospitais) deveriam disponibilizar informação de fácil acesso, nomeadamente através de panfletos, sobre o tema.

Os inquiridos revelam conhecimentos sobre alguns dos fatores de risco uma vez que elegeram a história familiar, a elevada ingestão de gorduras e pólipos (65,9%, 43,9% e 74,4% respetivamente) como fatores de risco para contrair esta neoplasia, em consonância com o verificado noutros estudos realizados a nível nacional^(6,22,14,69) e no estudo Italiano⁽¹⁵⁾. De notar que, apesar de 82,9% dos participantes demonstrar não ter tido nenhum familiar com doença no intestino, uma elevada percentagem referiu a história familiar como fator de risco para contrair esta neoplasia. Esta informação representa um importante achado no sentido em que existe um conhecimento sobre este fator de risco, e que esse conhecimento foi adquirido sem ser em contexto de doença. Podemos estar perante a existência de uma

sensibilização quanto a este fator de risco que pode dever-se ao facto de existir uma noção da incidência desta doença por parte da população, devido à presença de casos de cancro no seio familiar, sendo que essa informação vai passando entre gerações.

No presente estudo apenas 18,2% dos participantes consideraram a baixa atividade física como fator de risco, revelando um elevado desconhecimento acerca do impacto deste fator no possível desenvolvimento de CCR. O excesso de peso e sedentarismo são fatores sugestivos de vir a desenvolver CCR^(43,77), no entanto se a nossa amostra desconhece este fator, não irá modificar os seus hábitos alimentares e de atividade física, e atinge elevados níveis de IMC. No estudo realizado aos beneficiários do SAMS, uma percentagem ainda mais diminuta de inquiridos (6,4%) referiu a baixa atividade física como fator de risco⁽⁶⁹⁾. É importante ressaltar a seleção da infeção intestinal como fator de risco (62,2%), o que significa que os inquiridos possuem uma falsa ideia de que este potencia o aparecimento do CCR. Cerca de 1,2% dos participantes considera a ingestão de frutas e legumes como um fator de risco. Este baixo valor percentual é sugestivo de que os participantes poderão reconhecer a ingestão de frutas e legumes como fator protetor e não como fator de risco para o desenvolvimento desta neoplasia, contudo este aspeto deverá ser estudado em particular, uma vez que o questionário utilizado não permite tirar esta conclusão. Para colmatar esta situação, seria interessante realizar, futuramente, um estudo sobre os conhecimentos acerca dos hábitos alimentares no distrito de Portalegre, e o seu impacto para o desenvolvimento desta patologia. Assim, seria possível perceber se a população tem conhecimentos aprofundados sobre o impacto da dieta no seu bem-estar físico.

Quanto aos exames de rastreio recomendados para o rastreio do CCR, a grande maioria mencionou a colonoscopia (81,7%) como o mais conhecido, seguindo-se a PSOF (59,8%), similarmente com os dados obtidos no estudo realizado aos beneficiários do SAMS⁽⁶⁹⁾ (89,7%), no estudo realizado em Coimbra⁽¹⁴⁾ (90%) e ainda no estudo realizado em Itália⁽¹⁵⁾ (62,7%). Segundo as *guidelines* internacionais a PSOF é o exame de referência para o rastreio do CCR, assim, seria desejável que a amostra seleccionasse a PSOF como exame de primeira linha, o que não aconteceu. Parece existir pouca divulgação da PSOF como exame de rastreio por parte das entidades competentes e dos médicos de medicina geral e familiar, que em relação à colonoscopia é um exame menos invasivo. Esta evidência pode ser um fator determinante para a falta de adesão aos rastreios. Contrariamente aos resultados obtidos no presente estudo, no estudo realizado na Guarda⁽⁶⁾ e no Porto⁽²²⁾, pode verificar-se a tendência da escolha da PSOF como exame de rastreio (47,5% e 50,6% respetivamente), tendo em conta a elevada recomendação médica para o mesmo.

- **Atitudes**

Quanto ao risco de contrair CCR, a grande maioria das respostas situa-se ao meio da escala (5) com 36,6%, o que significa que os participantes consideram, de forma ponderada,

algum risco de contrair a doença, similarmente com o que acontece nos demais estudos, já realizados a nível nacional^(6,14,22,69). Os extremos da escala registam as percentagens mais baixas, o que também revela alguma ponderação na seleção do risco. Estes resultados parecem dever-se ao desconhecimento dos fatores de risco, uma vez que uma população que desconhece os fatores de risco para o desenvolvimento de CCR, não tem uma perceção real do seu risco para desenvolver a doença. No entanto, podemos ainda referir que, segundo estes dados, existe assim alguma perceção de vulnerabilidade por parte dos participantes do estudo, o que de acordo com o modelo das crenças de saúde pode ser utilizado como um meio facilitador para a estimulação de adesão ao rastreio. É necessário sensibilizar a população sobre este tema, pois poderá não estar esclarecido. Sobre a utilidade dos testes de rastreio, mais de metade dos inquiridos pontuou com a pontuação máxima (56,1%) o que revela uma **atitude** positiva dos participantes para a importância dos testes de rastreio.

Relativamente à prevenção do CCR, a maioria dos inquiridos concorda que o CCR pode ser prevenido (74%). Embora seja uma elevada percentagem, os resultados encontram-se ligeiramente abaixo dos resultados obtidos nos estudos realizado na Guarda, em Coimbra, no Porto e para os beneficiários do SAMS (84%⁽⁶⁾, 91%⁽¹⁴⁾, 78,3%⁽²²⁾ e 85%⁽⁶⁹⁾ respetivamente). Estes resultados refletem alguma incerteza da amostra quanto à possibilidade de prevenção desta neoplasia. Relativamente à afirmação “O CCR pode ser tratado se diagnosticado em fase inicial”, 91% da amostra revela que concorda, o que vai ao encontro dos resultados obtidos nos outros estudos nacionais, sendo que no presente estudo os resultados revelaram-se superiores aos obtidos no estudo do Porto (83,2%)⁽²²⁾ e da Guarda (87,5%)⁽⁶⁾ e ligeiramente inferiores aos obtidos no estudo de Coimbra (98%)⁽¹⁴⁾ e nos beneficiários do SAMS (96,3%)⁽⁶⁹⁾. Os valores percentuais de resposta a esta pergunta têm vindo a aumentar tendencialmente, quanto mais recente é o estudo. Esta tendência pode ser devida às campanhas que se têm vindo a desenvolver ao longo dos anos, nomeadamente do cancro da mama e a importância da sua prevenção, sendo provável que os participantes estejam sensibilizados também em relação a esta neoplasia. As respostas obtidas evidenciam **atitudes** favoráveis quanto ao tratamento da doença em fase inicial, fator que poderá ser associado aos rastreios.

- **Comportamentos**

Em relação aos **comportamentos** da amostra, 78% revelaram não ter modificado os seus hábitos alimentares, e 92,7% não modificaram a sua atividade física, similarmente com os resultados dos estudos supramencionados. Adicionalmente, 52,4% dos participantes revela não praticar nenhuma atividade física. Estes resultados são consistentes com o desconhecimento da baixa atividade física, enquanto fator de risco, uma vez que apenas 18,2% dos inquiridos selecionaram esta variável como sendo um fator de risco. No entanto,

o mesmo não se pode afirmar em relação à elevada ingestão de gorduras como fator de risco, uma vez que foi selecionado por quase metade dos inquiridos (43,9%). Assim, é importante referir que, apesar de uma grande percentagem dos participantes ter noção de que a elevada ingestão de gorduras constitui um fator de risco para o desenvolvimento de CCR, a maioria não alterou os seus hábitos alimentares, sendo assim adequado e necessário fazer um reforço junto da população para o impacto que a alimentação tem no desenvolvimento desta neoplasia, nomeadamente através de campanhas informativas junto da população.

Quando questionados sobre qual o profissional de saúde que consultam quando têm algum problema, a grande maioria revelou recorrer ao médico de família (82,9%), destacando aqui o mesmo como um elemento essencial nos Cuidados de Saúde Primários, sendo este o elo de ligação à realização de rastreios e esclarecimento de dúvidas relativas aos mesmos. De referir que praticamente a totalidade da amostra revelou não ter participado em nenhuma atividade preventiva sobre o CCR (94%), algo que seria importante para desmistificar algumas crenças e preencher lacunas sobre esta patologia.

Quanto aos exames recomendados para a prevenção do CCR, quase metade dos participantes revelaram já ter realizado PSOF (47,6%), seguindo-se a colonoscopia com pouca diferença percentual (40,2%). De notar algumas respostas relativamente à análise de sangue, (29,3%) que poderão estar relacionadas com a realização de análises sanguíneas de rotina, e não para a prevenção do CCR. Quanto à não realização dos exames de rastreio, a maioria dos inquiridos referiu não ter realizado por falta de recomendação médica. Ao contrário dos resultados do estudo realizado na Guarda⁽⁶⁾, onde se revelou que os inquiridos não realizaram sigmoidoscopia/colonoscopia por crenças de que os exames causassem alguma dor/embaraço, no caso do presente estudo foi por ausência de recomendação médica. Este achado revela que existe uma falta de recomendação por parte dos profissionais de saúde, que deveriam ser o elo de ligação da população à realização dos rastreios. Nos estudos anteriormente realizados no país, 57,6%⁽⁶⁾, 8,2%⁽²²⁾, 44,4%⁽⁶⁹⁾, e 22%⁽¹⁴⁾ efetuaram a PSOF como exame de rastreio. De notar que no Porto⁽²²⁾ e em Coimbra⁽¹⁴⁾ (8,2% e 22% respetivamente) existe uma elevada discrepância quanto à realização da PSOF, relativamente às outras zonas do País. Em ambos os estudos, a grande maioria dos inquiridos seleccionou a PSOF como exame de rastreio (50,6%⁽²²⁾ e 56%⁽¹⁴⁾). A baixa percentagem de indivíduos a realizar o mesmo poderá dever-se à falta de recomendação médica existente (49%⁽²²⁾ e 50%⁽¹⁴⁾) e ao fato de estes profissionais de saúde não serem as principais fontes de informação sobre o tema.

- **Informação**

Relativamente às fontes de informação dos participantes neste estudo face ao CCR, quase metade referiu recorrer à comunicação social (41,5%). Similarmente com o que aconteceu

nos estudos já realizados, a comunicação social representa uma fonte importante de informação sobre o CCR para os Portuenses⁽¹⁴⁾, e os inquiridos em Coimbra⁽¹⁴⁾ (55% e 49,5% respetivamente). Pode constatar-se que a comunicação social tem reunido esforços para sensibilizar a população sobre a temática da Saúde. Contrariando estes resultados, no estudo realizado na Guarda⁽⁶⁾, apenas 30,8% referiu a comunicação social como fonte de informação, sendo que a grande maioria apontou ser através dos enfermeiros que adquiriu a informação sobre o CCR, destacando o papel destes profissionais nos cuidados de saúde. O médico de família, como principal promotor de saúde, terá tido um impacto inferior ao esperado em relação à sensibilização e divulgação desta neoplasia, bem como da importância dos seus rastreios nos cuidados de saúde primários, facto constatado também pelo estudo Italiano⁽¹⁵⁾. De referir ainda que, uma elevada percentagem de inquiridos revelou não ter nenhuma fonte de informação (36,6%). Os médicos de família foram responsáveis por apenas 20,7% de informação para os participantes do estudo, demonstrando que esse caminho pode ser significativamente trabalhado no sentido de fortalecer esse elo de ligação entre os médicos e a sensibilização para os rastreios por parte da população. Do ponto de vista demográfico, existe em Portalegre um enorme isolamento geográfico, principalmente nas freguesias onde o acesso aos cuidados de saúde é mais difícil. Tendo em conta que a grande maioria da nossa amostra é de origem rural, os acessos aos cuidados de saúde são mais difíceis e demorados, é possível que estes resultados sejam reflexo da dificuldade de acesso a consultas e que a informação sobre determinadas patologias e rastreio fique comprometida. Quando questionados sobre a necessidade de adquirir mais informação sobre o CCR, a maioria dos nossos inquiridos respondeu afirmativamente (73%), o que vai ao encontro das lacunas de conhecimento, e comportamentos encontradas ao longo do questionário.

- **Associação das variáveis em estudo**

Quanto ao modelo CER (testado através de análise de regressão logística), onde foi avaliado o conhecimento dos participantes, de pelo menos um exame de rastreio, nomeadamente a PSOF, a perceção de risco de contrair CCR revelou ter uma associação significativa, ou seja, uma elevada perceção de risco de contrair a doença aumenta em 1,6 vezes o conhecimento da PSOF como exame de rastreio. Seria expectável que o nível de habilitações e a idade também estivesse associado ao conhecimento da PSOF, no entanto tal não se verificou. Os resultados obtidos neste modelo revelam que o desconhecimento da PSOF é transversal às restantes variáveis independentes que foram avaliadas (sexo, idade, familiar com doença do intestino e nível de saúde atual), o que se revela preocupante. Quanto ao conhecimento da colonoscopia como exame de rastreio, nenhuma das variáveis estudadas se revelou estatisticamente significativa, o que significa que a idade, o sexo, as

habilitações académicas, o nível de saúde atual e o risco de contrair CCR não se revelam potenciadores de um maior conhecimento sobre o mesmo.

Os resultados na população do Porto^(7,22) revelam que, por cada ano a mais os indivíduos responderam 0,97 menos corretamente ao conhecimento de pelo menos um exame de rastreio – PSOF e/ou colonoscopia CER, os inquiridos ao nível do ensino secundário e no ensino superior tiveram 2,9 e 2,7 vezes (respetivamente) respostas mais corretas do que os analfabetos/ensino básico. Na perceção do risco de ter CCR, por cada pontuação a mais da escala, os indivíduos responderam 1,4 vezes mais corretamente ao CER. Estes resultados demonstram que, ao contrário do que aconteceu no nosso estudo, as habilitações académicas mais elevadas influenciaram positivamente o conhecimento dos participantes no que concerne os exames de rastreio ao CCR, salientando a importância da literacia em saúde. No presente estudo, tais resultados podem dever-se ao facto de Portalegre ser um distrito com concelhos com poucos acessos aos cuidados de saúde e conseqüentemente com défices de informação, ao contrário do que acontece com o Porto, que se trata de uma metrópole.

Quanto ao segundo modelo - CFRM, onde foi avaliado o conhecimento acerca da elevada ingestão de gorduras como fator de risco modificável, os resultados revelaram que a idade demonstrou ter uma relação estatisticamente significativa, revelando que à medida que a idade aumenta, existe maior conhecimento acerca da ingestão de gorduras como fator de risco em 1,1 vezes. A baixa atividade física como fator de risco modificável não apresentou valores estatisticamente significativos, revelando-se preocupante existir esta lacuna, reforçado pelo facto de 17% dos participantes serem obesos e 45% terem excesso de peso. Torna-se necessário e imperativo informar a população de que estes fatores de risco são modificáveis e que, adotar comportamentos saudáveis, fará com que o risco de vir a contrair esta patologia diminua. O estudo feito no Porto^(7,22) revelou que o conhecimento da definição de CCR foi a única variável que contribuiu de forma independente para este modelo, ou seja, os participantes com conhecimentos da definição do CCR responderam 2,4 vezes melhor ao conhecimento dos dois principais fatores de risco modificáveis para o CCR – baixa actividade física e elevada ingestão de gorduras (modelo CFRM).

Por outro lado, os Conimbricenses⁽¹⁴⁾ revelaram que os indivíduos com história familiar de CCR responderam 5,9 vezes melhor ao conhecimento dos dois principais fatores de risco modificáveis para o CCR – baixa actividade física e elevada ingestão de gorduras (modelo CPFRM), do que os indivíduos que não apresentaram história familiar de CCR. Relativamente ao cancro mais frequente em Portugal, os indivíduos que responderam CCR apresentaram 9,4 vezes mais respostas corretas sobre o modelo CPFRM do que os que responderam às outras neoplasias. Estes resultados revelam que a população do Porto e de Coimbra se encontram mais conhecedores dos fatores de risco de CCR modificáveis,

relativamente à população de Portalegre. Estes dados podem dever-se à existência do Instituto Português de Oncologia (IPO) em ambas as cidades, que promove e divulga informação pertinente e indispensável sobre o cancro e o seu rastreio.

Relativamente ao terceiro modelo - RENI, avaliou-se a relação entre a escolaridade e a necessidade de mais informação sobre o CCR. Não existiu nenhuma relação estatisticamente significativa entre estas duas variáveis, uma vez que independentemente do grau de escolaridade, todos os inquiridos admitem necessitar de mais informação, recaindo esta problemática sobre os mais instruídos, tomando consciência de que sabem pouco sobre este assunto. Os inquiridos com formação académica ao nível do ensino secundário, foram aqueles que demonstraram necessitar de mais informação. Isto pode dever-se à inflexibilidade ou falta de interesse por parte dos indivíduos com baixa formação, em adquirir novos conhecimentos. O nível de escolaridade tem um papel determinante nos níveis de literacia em saúde⁽⁷⁸⁾. Estes resultados devem ser tidos em consideração, aquando o delineamento de estratégias de educação, na medida em que ter maiores habilitações académicas não confere nenhuma proteção acrescida ao conhecimento da doença, sendo necessário debater este tema com mais regularidade, desenvolver ações de sensibilização e sessões de esclarecimento junto da população em geral, e não só junto da população com menores habilitações académicas.

O último modelo – RIMCSA, avaliou a relação entre o IMC e o nível de saúde atual. Os participantes revelaram ter valores de IMC preocupantes, onde 45% dos mesmos evidenciaram excesso de peso e 17% obesidade. Aliando estes resultados ao fato de o score de risco de contrair CCR se situar na pontuação 5 (de 0 a 10) e de que 52,4% ter revelado não praticar nenhuma atividade física, contudo os resultados revelaram não existir nenhuma associação estatística entre as variáveis. Seria expectável que o IMC estivesse relacionado com baixa pontuação quanto à saúde atual, no entanto, a fraca perceção do sedentarismo como fator de risco levou a que fossem obtidos estes resultados. É possível verificar que, um grande número de inquiridos com obesidade pontuou a sua saúde atual com o valor 8 numa escala de 0 a 10 (onde 0 significa “muito má” e 10 significa “muito boa”). Estes resultados revelam mais uma vez que o desconhecimento dos fatores de risco leva a uma falsa sensação de proteção para o desenvolvimento do CCR, algo que é imprescindível de ser trabalhado ao nível de estratégias de prevenção, uma vez que se tratam de fatores de risco modificáveis.

Os objetivos definidos no Plano Nacional de Saúde 2015-2019 – Extensão 2020 para a ARS Alentejo têm como base, entre outros, a redução da mortalidade prematura (<70 anos) através do reforço na integração dos cuidados (primários, secundários, continuados e domiciliários), do maior desenvolvimento dos rastreios (mama, cólon e reto e colo do útero), do maior controlo dos determinantes da saúde e de algumas patologias (excesso de peso e

obesidade, sedentarismo, consumo de tabaco, controlo da tensão arterial e diabetes, entre outras) e da adequada utilização de antibióticos, do maior controlo de infeções nosocomiais e agentes infecciosos multirresistentes⁽³³⁾. Similarmente, o Programa Nacional para as Doenças Oncológicas (PNDO 2017)⁽³⁾ pretende que, em 2020 se consiga tornar os rastreios oncológicos acessíveis a todos os Portugueses, bem como reduzir a mortalidade associada a tumores preveníveis.

A existência de campanhas educativas sobre o CCR e os rastreios, dirigidas à população, será uma ferramenta importante para que sejam atingidos estes objetivos. No entanto é igualmente importante destacar o papel dos cuidados de saúde primários para esta sensibilização, bem como o médico de família, uma vez que outros estudos sobre o tema, apontam para a falta/ausência de recomendação médica para a realização dos rastreios^(6,14,22).

O presente estudo, apesar de adicionar conhecimento acerca desta temática no que se refere a população residente no concelho de Portalegre, revelou algumas limitações, nomeadamente:

- O facto de se tratar de um estudo transversal; não sendo possível estabelecer uma relação causa-efeito entre as variáveis e o CCR (no entanto, os estudos realizados neste âmbito também são deste tipo^(6,14-15,22,69));
- O questionário foi de autopreenchimento; sendo que existiram algumas perguntas sem resposta, possivelmente devido à não compreensão das mesmas. Tal facto pode ter levado ainda a uma falta de veracidade nas respostas de algumas perguntas, dado o fator da desajabilidade social;
- Não foi possível obter amostras dos quinze concelhos do distrito de Portalegre, nem um maior número de amostra tendo em conta as questões de confinamento pelas quais todos passámos, o que comprometeu o objetivo de estudar todo o distrito de Portalegre;
- A reduzida dimensão da amostra levou a que os modelos de regressão logística aplicados não permitissem retirar mais conclusões acerca das relações entre as variáveis em estudo, nem generalizar os resultados obtidos.

Apesar das limitações apontadas, neste estudo analisaram-se conhecimentos, atitudes e comportamentos da população de Portalegre quanto ao CCR e ao seu rastreio, contribuindo para reforçar as conclusões obtidos em outros estudos nacionais e em outros países, que demonstraram a existência de elevadas lacunas sobre o tema^(6,14-15,22,69), nomeadamente ao nível dos fatores de risco e dos exames de rastreio. Os resultados obtidos neste estudo, bem como os resultados dos estudos anteriores revelam ser necessária uma rápida intervenção de forma a impedir que o CCR continue a ser um flagelo. Esta intervenção deverá ser feita principalmente pelos profissionais de saúde, que representam o elo de ligação da população aos cuidados de saúde e à utilização dos serviços disponíveis.

Cabe aos profissionais de saúde estabelecer uma comunicação fluente, descomplicada e de qualidade dirigida à população, de forma a consciencializar dos riscos, motivar para a mudança de comportamentos (nomeadamente de adesão e de procura de cuidados de saúde) e, desta forma promover a saúde. Os Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica da área de Análises Clínicas e de Saúde Pública (TSACSP) desempenham um importante papel nos meios complementares de diagnóstico, permitindo fazer o despiste e diagnóstico de diversas patologias.

É de especial importância o envolvimento destes profissionais na promoção dos rastreios, uma vez que, tal como os médicos e enfermeiros, detêm conhecimentos técnicos e científicos que permitem implementar programas de saúde junto das populações. Torna-se importante que, em consonância com os demais profissionais de saúde, os TSACSP quebrem as barreiras de conhecimentos que existem em relação aos rastreios, nomeadamente do CCR, de forma a consciencializar a população de que prevenir doenças é um dos caminhos para atingir uma boa qualidade de vida.

8. Conclusões

As doenças oncológicas constituem a primeira causa de morte nos países desenvolvidos e a segunda causa de morte nos países em desenvolvimento. O CCR, uma doença complexa e com diversos fatores etiológicos associados, com uma elevada taxa de mortalidade é ao mesmo tempo um dos tumores mais preveníveis. A sua elevada taxa de mortalidade poderá estar associada às lacunas de conhecimento existentes na população Portuguesa, sendo que os resultados obtidos no presente estudo parecem reforçar esta problemática.

Há uma grande necessidade de alertar a população Portuguesa para modificar os seus hábitos e estilos de vida, e orientar os mesmos para a adoção de estilos de vida saudáveis, não só para a prevenção do CCR, mas de forma transversal a todas as patologias.

Foi notória a falta de recomendação médica, ficando estes profissionais abaixo do que seria de esperar no seu papel chave para a sensibilização dos utentes quanto à importância da realização de rastreios. Tal facto pode dever-se ao reduzido número de médicos nesta região do interior do País, o que compromete a prestação de cuidados de saúde, entre os quais, a recomendação de rastreios. As reduzidas taxas de adesão ao rastreio parecem dever-se essencialmente à baixa perceção de risco de desenvolver CCR e à não recomendação médica.

Com a realização do presente estudo verificaram-se as lacunas existentes no Alto Alentejo, e detetaram-se falhas a nível da prevenção primária e secundária, que podem levar a uma falha na adoção de comportamentos e estilos de vida adequados e saudáveis.

Relativamente às atitudes dos participantes, estes revelaram atitudes pouco favoráveis à alteração de comportamentos alimentares e de prática de exercício físico, e pouca adesão aos rastreios. Foi possível verificar que o nível de conhecimentos da população sobre o rastreio debruça-se sobre a colonoscopia, e não tanto sobre a PSOF como exame de primeira linha.

Quanto ao nível de informação dos inquiridos, a grande maioria admite que necessita de mais informação sobre o CCR, sendo a comunicação social a principal fonte de informação da população, contrariamente ao expectável, que seriam os profissionais de saúde.

Foi notório que, os resultados obtidos nos estudos realizados noutras zonas do País, demonstraram uma carência global acerca do conhecimento do CCR e do seu rastreio. No entanto, os Portalegrenses demonstraram uma favorável perceção da utilidade dos testes de rastreio, facilitando desta forma a sensibilização futura para a adesão aos mesmos.

Assim, consideram-se cumpridos alguns dos objetivos propostos, nomeadamente o nível da identificação e caracterização das atitudes, comportamentos, conhecimentos e informação sobre os rastreios do CCR, acima referidos.

O aumento da literacia da população acerca dos fatores de risco e sintomas associados a esta neoplasia, representa um efeito protetor contra o desenvolvimento do CCR, devendo este aspeto constituir um eixo prioritário dos cuidados de saúde primários. É fundamental advertir os profissionais de saúde e as entidades competentes para a sensibilização da população para a necessidade de informação, de forma a sensibilizar a população para a modificação de alguns estilos de vida e adesão aos rastreios como forma de prevenir o aparecimento e desenvolvimento desta patologia.

Os profissionais de saúde, tratando-se de profissionais com relação de proximidade com a população, necessitam de apelar a uma participação ativa para o desenvolvimento de atitudes preventivas, disponibilizando informações claras e pertinentes sobre os rastreios. Torna-se importante que, os profissionais de saúde consigam capacitar e motivar a população para a aquisição dos conhecimentos necessários para a tomada de decisões conscientes e informadas em saúde.

Consciencializar sobre as questões que afetam a saúde, e a qualidade de vida da população, e mostrar que ter saúde vai muito além de não estar doente, são metas que gostaríamos de ajudar a alcançar com a realização deste trabalho, sendo que consideramos importante a sua continuidade noutras áreas geográficas do nosso País.

Por fim, considera-se importante, divulgar os resultados obtidos, de forma a serem reunidos esforços junto das entidades competentes, nomeadamente médicos, profissionais de saúde e a própria ARS do Alentejo, de forma a serem desenvolvidas estratégias de minimização da incidência desta patologia e conseqüentemente a promoção da saúde.

Nesta altura, em que vivemos uma situação de pandemia mundial, é importante reforçar que continua a ser necessário dar assistência e importância às demais doenças. Neste sentido, é fulcral que as pessoas continuem a realizar rastreios, a frequentar consultas e que a gestão dos serviços de saúde permita que tal aconteça.

Referências bibliográficas

1. Boyle P, Leon ME. Epidemiology of colorectal cancer. *British Medical Bulletin*. 2002;(Table 1):1–25.
2. Boyle P, Langman JS. ABC of colorretal cancer. [internet]. 2000;321(September):805–8. [Cited 2019 Fev]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1118620/pdf/805.pdf>
3. Miranda N, Gonçalves MB. Programa Nacional para as Doenças Oncológicas 2017. Direção-Geral da Saúde. 2017 [Internet]. [Cited 2019 Fev]. Available from: <https://www.dgs.pt>
4. Melo M, Braga R. Rastreio do cancro do cólon e do recto. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 2003;19(5):471–82.
5. Of S, In H, Eu THE. Health at a Glance: Europe 2018 [Internet]. 2018. [Cited 2019 Jun]. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018_health_glance_eur-2018-en
6. Almeida MCC de. Adesão ao Rastreio do Cancro Colorretal -Conhecimentos, Atitudes, Comportamentos e Informação. Guarda (Portugal) 2018. Dissertação de Mestrado.
7. Esteves S, Poc FC. O cancro colorretal e o rastreio : conhecimentos e atitudes dos portuenses. *Jornal Português de Gastroenterologia*. Porto (Portugal) 2012;19(3):118–25.
8. DGS. Rastreio do Cancro Colo Retal. Lisboa (Portugal) 10/02/2018. [Cited 2019 Jan]. Available from: <https://www.dgs.pt/em-destaque/rastreio-do-cancro-colo-rectal.aspx>
9. Instituto Nacional de Estatística. Causas de morte 2017. 2019.[Cited 2019 Jan]
10. Instituto Nacional de Estatística. Censos 2011 - Resultados definitivos Portugal. Vol. 3238. 2012. 559 p. [Cited 2019 Jan]
11. Pedro AR, Amaral O, Escoval A. Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saude Pública*. 2016;34(3):259–75. [Cited 2019 April]. Available from: <http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF16/013104%20R%20pt%20sa%20C3%BAde%20p%20C3%BAb%202016%20v34%20n%203%20p259%E2%80%93275.pdf>
12. Nutbeam D. Health promotion glossary. Vol. 1, Health Promotion International. 1986.
13. Carvalho DT. Aprender sobre o cancro. [Livro eletrónico]. Vol. 1. 2007. 8 p. [Cited 2019 March] Available from: https://www.sponcologia.pt/fotos/editor2/publicacoes/vol._1_aprender_sobre_o_cancr

o.pdf

14. Ferreira MC. O Cancro colo-rectal e seu rastreio: conhecimento, aptidões e comportamentos dos cidadãos de Coimbra. Coimbra (Portugal) 2013. Dissertação de Mestrado.
15. Sessa A, Abbate R, Di Giuseppe G, Marinelli P, Angelillo IF. Knowledge, attitudes, and preventive practices about colorectal cancer among adults in an area of Southern Italy. *BMC Cancer*. 2008;8:1–8.
16. Amorim JAN. Tempo Sentado e Qualidade de Vida em Sobreviventes de Cancro Colo-Rectal. Faculdade de Desporto da Universidade do Porto; 2017. Dissertação de Mestrado.
17. Soares NA. Rastreio do Cancro do Cólon e do Reto: Estado da Arte. Covilhã (Portugal) 2014. Dissertação de Mestrado.
18. Costa TMA. Motivações e obstáculos na adesão ao rastreio do cancro do cólon e reto [Internet]. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2014. Dissertação de Mestrado.
19. Isabel F, Grou M. Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro cólon e reto. Universidade do Algarve; Faro (Portugal) 2007. Dissertação de Mestrado.
20. Carriço RBC. Estudo de mutações somáticas no gene APC em doentes com cancro do cólon em idade jovem. Universidade de Lisboa - Faculdade de Ciências; 2007. Dissertação de Mestrado.
21. Informações baseadas nas Recomendações de Prática Clínica da ESMO. Cancro colorretal: um guia para o doente. [Cited 2020 Feb]. Available from: <https://www.esmo.org/content/download/98290/1727191/file/ESMO-ACF-Cancro-Colorretal-Um-Guia-para-o-Doente.pdf>
22. Forno SEA do. O Cancro Colo-Rectal: conhecimentos e atitudes dos Portuenses. Porto (Portugal). 2012. Dissertação de Mestrado.
23. Tariq K, Ghias K. Colorectal cancer carcinogenesis: a review of mechanisms Mechanisms of carcinogenesis. *Cancer Biology & Medicine*. 2016;7–9.
24. Martins GMG. Conhecer para prevenir-Promoção da literacia sobre o cancro colon retal. Setúbal (Portugal) 2019. Available from: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/30361/1/Relatorio%20Gilberto%20Martins.pdf>
25. Câncer do colo e reto [Site]. Porto Alegre. 2013. [Cited 2020 Feb]. Available from: https://www.medicinanet.com.br/m/conteudos/revisoes/5896/cancer_de_colo_e_reto.htm

26. Cravidão DADP. MMR e síndrome de Lynch. Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz; Lisboa (Portugal) 2017. Dissertação de Mestrado.
27. Campo, CSTF. Síndrome de Lynch - Abordagem clínica. Coimbra (Portugal). 2009. Dissertação de Mestrado.
28. Camões MJDGS. Prevenção do cancro colorretal. Faculdade de Medicina- Universidade de Coimbra; Coimbra (Portugal). 2016. Dissertação de Mestrado.
29. Nascimento GD. Polipose Adenomatosa Familiar: Revisão Bibliográfica. Unidade Federal do Maranhão; 2016
30. Gandomani HS, Majid S. Colorectal cancer in the world : incidence , mortality and risk factors. *Biomedical Research and Therapy*. 2017;4(10):1656–75. [Cited 2020 Fev]. Available from: <http://www.bmrat.org/index.php/BMRAT/article/view/372/770>
31. ARS site [Internet]. [Cited 2019 Mar] Available from: <http://www.arsalentejo.min-saude.pt/utentes/Rastreios/rccr/Paginas/rccr.aspx>
32. Internacional Agency for research on cancer. Portugal fact sheets. International Agency of Research on Cancer. Vol. 270. 2019.
33. Alentejo AR de S do. Plano estratégico 2017-2019. 2017. [Internet]. [Cited 2019 Jan]. Available from: http://www.arsalentejo.min-saude.pt/arsalentejo/InstrumentosGestao/Documents/Plano%20Estrat%C3%A9gico/Plano_Estrategico_2017_2019.pdf
34. F VH, Jd H, Rg M, M VB, Ag Z. Rastreio do Cancro Colorretal - mas vale tarde do que nunca?. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 2014;340–1
35. Kolligs FT. Diagnostics and Epidemiology of Colorectal Cancer. *Visceral Medicine* 2016;
36. Teixeira C, Martins C, Trábulo D, Ribeiro S, Luisa A, Isabelle A, et al. Colorectal Cancer Screening: What Is the Population's Opinion? *Portuguese Journal of Gastroenterology*. 2018;62–7.
37. Silva M da. Câncer colorretal: fatores de risco, diagnóstico e tratamento. *Revista UNILUS Ensino e Pesquisa*. 2016;55(13):133–40.
38. Marques PMS. Abordagem e importância do rastreio do cancro colorrectal a nível dos centros de saúde. Universidade do Porto. 2012. Dissertação de Mestrado.
39. White MC, Holman DM, Boehm JE, Peipins LA, Grossman M, Jane Henley S. Age and cancer risk: A potentially modifiable relationship. *American Journal of Preventive Medicine*. 2014;46(3 SUPPL. 1):1–16.
40. Almeida L, Santos BT, Silva VS, Karoline P, Farias S. Diet as a risk of colorretal cancer in university students. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*.

- 2017;30(1):72–8.
41. Zandonai AP, Sonobe HM, Sawada NO. The dietary risk factors for colorectal cancer related to meat consumption. *Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo (Brasil)*. 2012;46(1):225–30.
 42. Huxley RR, Ansary-moghaddam A, Clifton P, Czernichow S, Parr CL. The impact of dietary and lifestyle risk factors on risk of colorectal cancer : A quantitative overview of the epidemiological evidence. *International Union Against Cancer*. 2009;180:171–80.
 43. Screening CC. Colorectal Cancer fact and figures 2017-2019. American Cancer Society. 2019.
 44. Oliveira SE, Machado I, Barros M. Diabetes mellitus e o cancro colorretal : uma revisão baseada na evidência. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 2016;102–8.
 45. Alves M, Castro DO, Pessoa UF. Alteração da Regulação dos Oncogenes na Fisiopatologia do Cancro do Cólon. Porto (Portugal). 2013; Dissertação de Mestrado.
 46. Hagggar FA, Boushey RP, Ph D. Colorectal Cancer Epidemiology : Incidence , Mortality , Survival , and Risk Factors. *Clinics in colon and rectal surgery*. [Online book] New York 2009;6(212):191–7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2796096/pdf/ccrs22191.pdf>
 47. Neto AGC, Gonçalves AC. Polipose Adenomatosa Familiar – relato de caso. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde.Três corações. (Brasil)*. 2014.
 48. Carneiro FC, Valentin MD, Ferreira O, Carraro DM, Rossi BM. Mismatch repair genes in Lynch syndrome : a review. *São Paulo Medical Journal*. 2009;127(1):46–51.
 49. OMS. A promoção da saúde: carta de Ottawa. 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde 1986.
 50. Pereira R. Rastreios Oncológicos ao Nível dos Cuidados de Saúde Primários.
 51. José V, Rodrigues L. Rastreio Oncológico – Porquê , Para Quem , Quando e Como. *Revista Internacional em Língua Portuguesa*. 2018;4452:1–9.
 52. Direção Geral de Saúde. Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. 2015.
 53. Ferreira PM, Lunet N, Silva S. A informação sobre saúde dos Portugueses. Associação para Investigação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina. [Online book] Lisboa 2017. [Cited 2019 Jan] Available from: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/31944/1/ICS_PMFerreira_A%20Informa%3%a7%3%a3o%20sobre%20sa%3%bade%20dos%20portugueses_LIV_ORG.pdf
 54. Miranda N, Portugal C, Dinis A, Loureiro F, Tavares F, Correia FH, et al. Programa Nacional para as Doenças Oncológicas - Relatório 2014. Direcção Geral de Saúde.

- 2015.
55. SNS, ARS A. Manual Programas de rastreio do cancro do cólon e recto. Algarve; [Cited 2019 Mar]. Available from: <http://www.chualgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2018/04/Programa-de-Rastreio-do-Cancro-Colo-Retal.pdf>
 56. Santo ME, Ribeiro E, Colaço T, Gomes T. Cancro do cólon e do recto: Taxa de cobertura do rastreio e fatores associados. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 2011;290–5. Available from: <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10856/10592>
 57. Pinto A. Rastreio do carcinoma do cólon e reto : Eficácia e adesão. *Colorectal Cancer Screening : Efficiency and accession. Jornal Português de Gastroenterologia.* 2012;19(3):113–4. [Cited 2019 Fev]. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ge/v19n3/v19n3a01.pdf>
 58. Calisto M, Fernandes R, Pinhão R, Pimentel MA. Rastreio de cancro colo-rectal com uma única sigmoidoscopia flexível. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 2010;375(9726):320–1.
 59. Sutton, R A, Gautam M, Burke, C A. Colorectal cancer screening : Choosing the right test. *Clinical Journal of Medicine.* 2019;385–92.
 60. Matos ARDS. *Carcinoma Retal: Diagnóstico e Tratamento Carcinoma Retal.* Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto (Portugal). 2012. Dissertação de Mestrado.
 61. Elizabeth D, Oca M De, Elsy ID, García V, Pedroso GN, Jorge II, et al. La sigmoidoscopia : una alternativa útil para la pesquisa del cáncer colorrectal *Sigmoidoscopy : A useful alternative for colorectal cancer screening. Revista Cubana de Medicina.* 2013; [Cited 2020 Jan]. 52(3):197–208. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v52n3/med06313.pdf>
 62. T. Gago, AM.Vaz, P. Queiróz, J.Roseira, AC.Cunha, AC. Araújo, A, Ramos, P.Caldeira HG. Pólipos colo-rectais e sua importância clínica *Colorectal polyps and their clinical relevance. Revista Portuguesa de Coloproctologia.* 2017;50–60. [Cited 2020 Jan]. Available from: https://www.spcoloprocto.org/uploads/05b_artigo_revisao_vol14_n2_2017.pdf
 63. Passos, MA, Chaves FC, Junior NC. A importância da colonoscopia nas doenças inflamatórias intestinais. *ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva.* 2018;31(2):2–5.
 64. Digestiva SPdE. SPED. Rastreio de Carcinoma do cólon e Recto: Estratificação pelo risco familiar. 2003. [Online]. [cited 2019 Fevereiro]. Available from: https://www.sped.pt/images/Recomendacoes_SPED/rastreio-sped.pdf

65. Tastan S, Andsoy II, Iyigun E. Evaluation of the knowledge, behavior and health beliefs of individuals over 50 regarding colorectal cancer screening. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2013;14(9):5157–63.
66. Gomes JL. Barreiras ao Rastreo do Cancro do Colón e Reto Conhecimentos , crenças e atitudes dos utentes e médicos dos cuidados de saúde primários da Covilhã. Covilhã (Portugal) 2013. Dissertação de Mestrado.
67. De CCS, Maria L, Freitas D. Câncer colorretal na população brasileira: taxa de mortalidade no período de 2005-2015. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. Fortaleza (Brasil). 2016;29(2):172–9.
68. Malila N, Senore C, Armaroli P, Registry FC, Malila N, Registry FC. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. Department of Surgery and Cancer. First Edition. New York. 2012. [Cited 2019 March]. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Wolff-Schmiegel/publication/232714495_European_guidelines_for_quality_assurance_in_colorectal_cancer_screening_and_diagnosisFirst_Edition_Colonoscopic_surveillance_following_adenoma_removal/links/5b141fe4a6fdcc4611e1ecbb/European-guidelines-for-quality-assurance-in-colorectal-cancer-screening-and-diagnosisFirst-Edition-Colonoscopy-surveillance-following-adenoma-removal.pdf
69. Pinto SAF. Conhecimentos, Atitudes e Comportamentos sobre o rastreio do Cancro Colorretal - em beneficiários do SAMS-. Instituto Universitário de Lisboa - ISCTE; Lisboa (Portugal) 2015. Dissertação de Mestrado.
70. Pordata. Pordata_NUTS2002_Estimativas-a-31-12-por-sexo [Internet]. Available from: <https://www.pordata.pt/Municipios/População+residente++estimativas+a+31+de+Dezembro+total+e+por+sexo-136>
71. Pordata. Pordata_NUTS2002_Índice-de-envelhecimento [Internet]. Available from: <https://www.pordata.pt/Municipios/Índice+de+longevidade+segundo+os+Censos-347>
72. Canavilhas M, Lima B, Cristina D, Marreiros G. Como comer de forma saudável com Cozinha Tradicional Alentejana : Um Projeto de Educação para Adultos. Universidade do Algarve; 2016. Dissertação de Mestrado.
73. Ramos ALG. Modelação das taxas de mortalidade associadas a hábitos alimentares nos municípios Portugueses. Uma análise exploratória utilizando Geographically Weighted Regression. Universidade Nova de Lisboa; Lisboa (Portugal) 2019. Dissertação de Mestrado.
74. Fortin, MF. O Processo de investigação. Da concepção à realização. LUSOCIÊNCIA - Edições Técnicas e Científicas Lda. 2009.
75. Ribeiro JLP. Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde. 2ª Edição. Lisboa

- (Portugal). Placebo Editora. 2010. 131 p.
76. Mais S. OM alerta para o perigo de Portalegre ficar sem médicos [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 11]. Available from: <https://semmais.pt/2020/02/15/om-alerta-para-o-perigo-de-portalegre-ficar-sem-medicos/>
 77. Simões ML, Barbosa LE. Obesidade: impacto no Carcinoma Colorretal. *Revista Portuguesa de Cirurgia*. 2017;42(3):436–7.
 78. Serrão C, Veiga S, Vieira I. Literacia em saúde: Resultados obtidos a partir de uma amostra de pessoas idosas portuguesas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 2015;2(Spe. 2):33–8. [Cited 2019 Fev]. Available from: https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/8602/1/ART_SerraoCarla_2014.pdf
 79. VanPutte C.L, Regan J.L, Russo A.F. *Anatomia e Fisiologia de Seeley*, 10ª Edição. AMGH Editora Ltda.
 80. Direção Geral de Saúde. *Doenças Oncológicas em números – 2014*. 2014.
 81. Notícias de Castelo de Vide. Filigrana Editora promove distrito de Portalegre no próximo dia de Portugal [Internet]. [Cited 2020 Jan] Available from: <http://noticiasdecastelodevide.blogspot.com/2019/05/filigrana-editora-promove-distrito-de.html>

Anexo I - Instrumento de recolha de dados

Questionário

Este questionário destina-se à realização de um trabalho de investigação sobre a Adesão ao Rastreio do Cancro Colo-Retal: Atitudes, Comportamentos e Conhecimentos da população residente em Portalegre, no âmbito do Mestrado em Tecnologias Clínico-Laboratoriais na ESTeSL. O seu preenchimento é anónimo e todos os dados fornecidos serão tratados estatisticamente. Agradeço desde já pela sua colaboração. **Marque com uma cruz nos espaços e preencha os campos.**

A. Características Sociodemográficas (esta secção destina-se a recolher informações sobre as suas características sociodemográficas)

A1. Freguesia: _____

A2. Idade: ____ anos

A3. Sexo: Masculino Feminino

A4. Estado civil: casado/união de facto divorciado(a) solteiro(a) Viúvo(a)

A5. Qual o seu nível de escolaridade mais alta:

Nenhuma 1^o-4^o ano 5^o-9^o ano 10^o-12^o ano

Licenciatura/Mestrado/Doutoramento → Área da Saúde: Sim Não

A6. Profissão: _____

A7. Número de pessoas do agregado familiar (sem contar consigo): _____

A8. Peso: _____ A9. Altura: _____

A10. Como classifica a sua saúde actual numa escala de 1 a 10, em que 1 significa muito má, e 10 muito boa?

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| | | | | | | | | | |

A11. Alguém na sua família (incluindo você) tem ou teve alguma doença(s) do intestino?

Sim (Quem?) _____ Que doença? _____

Não

B. Conhecimentos (Esta secção destina-se a explorar o seu conhecimento sobre o Cancro Colo-retal)

B1. Qual é o cancro mais frequente, em Portugal, segundo os últimos dados da Direção Geral de Saúde (DGS)? Assinale apenas uma opção

Cancro do estômago Cancro Colo-retal Cancro da mama

Cancro do pulmão Cancro da próstata Cancro do rim

B2. Como define o Cancro Colo-Retal?

B3. Qual dos seguintes considera ser fator de risco para o desenvolvimento de cancro colo-retal? Assinale uma ou várias opções

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Baixa actividade Física |
| <input type="checkbox"/> Uso de contraceptivos orais/pílula | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Exposição a radiações | <input type="checkbox"/> Fumar cigarros |
| <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial | <input type="checkbox"/> Elevada ingestão de gorduras |
| <input type="checkbox"/> Infeção intestinal | <input type="checkbox"/> Pólipos |
| <input type="checkbox"/> História familiar de Cancro colo-retal | <input type="checkbox"/> Ingestão de frutas e vegetais |

B4. Qual dos exames abaixo é um teste de rastreio para o Cancro Colo-retal? Se respondeu Sim, a partir de que idade se deve realizar?

| Exame | Não sabe | Não | Sim | Quantas vezes | Idade |
|-------------------------------------|----------|-----|-----|---------------|-------|
| Análise de sangue | | | | | |
| Clister Opaco | | | | | |
| Ecografia abdominal | | | | | |
| Sigmoidoscopia | | | | | |
| Pesquisa de Sangue oculto nas fezes | | | | | |
| Colonoscopia | | | | | |

C. Atitudes (Esta secção destina-se a explorar as suas atitudes acerca do Cancro Colo-retal)

C1. Como percepciona o seu risco de contrair Cancro Colo-Retal numa escala de 1 (sem risco) a 10 (risco elevado)?

| | | | | | | | | | |
|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | | | | | | | | | |

C2. Como classifica a utilidade dos testes de rastreio para a prevenção do Cancro Colo-Retal numa escala de 1 (sem utilidade) a 10 (elevada utilidade)?

| | | | | | | | | | |
|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | | | | | | | | | |

C3. O Cancro Colo-Retal pode ser prevenido?

| | | | | | |
|--------------------------|----------|--------------------------|---------|--------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | Concordo | <input type="checkbox"/> | Incerto | <input type="checkbox"/> | Discordo |
|--------------------------|----------|--------------------------|---------|--------------------------|----------|

C4. “O Cancro Colo-Retal pode ser tratado, quando diagnosticado numa fase inicial”

| | | | | | |
|--------------------------|----------|--------------------------|---------|--------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | Concordo | <input type="checkbox"/> | Incerto | <input type="checkbox"/> | Discordo |
|--------------------------|----------|--------------------------|---------|--------------------------|----------|

D. Comportamentos (Esta secção destina-se a recolher informação sobre o seu comportamento perante o Cancro Colo-retal)

D1. No último ano modificou os seus hábitos alimentares por receio de contrair Cancro Colo-retal?

| | | | |
|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> | Sim | <input type="checkbox"/> | Não |
|--------------------------|-----|--------------------------|-----|

D2. Pratica alguma actividade física?

| | Não | Sim |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Corrida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Natação | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dança/aeróbica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Outra (especifique qual) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

D3. No último ano modificou as suas actividades físicas por receio de contrair Cancro Colo-retal?

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|-----|--------------------------|--------------|--------------------------|-------------|--------------------------|---------------|--------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | Sim, iniciei | <input type="checkbox"/> | Sim, reduzi | <input type="checkbox"/> | Sim, aumentei | <input type="checkbox"/> | Sim, parei |
|--------------------------|-----|--------------------------|--------------|--------------------------|-------------|--------------------------|---------------|--------------------------|------------|

D4. Qual é o primeiro médico que consulta para um problema de saúde?

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|-------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|---------------|--------------------------|----------|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | Médico de família | <input type="checkbox"/> | Especialista | <input type="checkbox"/> | Serv.Urgência | <input type="checkbox"/> | Hospital | <input type="checkbox"/> | Outro |
|--------------------------|-------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|---------------|--------------------------|----------|--------------------------|-------|

D5. Qual o exame que lhe foi recomendado para a prevenção do Cancro Colo-Retal?

| Exame | Não | Sim | Recomendado por |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|
| Análise de sangue | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Clister Opaco | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ecografia abdominal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Sigmoidoscopia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Pesquisa de sangue oculto nas fezes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Colonoscopia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Outro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |



D6. Já participou em actividades preventivas (panfletos informativos, testes clínico, palestras, etc.) sobre o Cancro Colo-Retal?

| | | | | | |
|--------------------------|-----|--------------------------|------|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | Sim | <input type="checkbox"/> | Qual | <input type="checkbox"/> | Organizada por: |
| <input type="checkbox"/> | Não | | | | |

D7. Quais dos seguintes exames de prevenção de Cancro Colo-Retal já fez? Assinale com um X



D7.1 Análises de sangue (já fez este exame?)

Não (indique porquê) **Não me recordo** **Sim**

| | | |
|--|----------|--|
| <p></p> <p><input type="checkbox"/> Não foi recomendado</p> <p><input type="checkbox"/> Não tenho problemas de saúde vez:</p> <p><input type="checkbox"/> Lista de espera longa</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de tempo</p> <p><input type="checkbox"/> Medo de descobrir uma doença</p> <p><input type="checkbox"/> Não tenho idade recomendada</p> <p><input type="checkbox"/> Medo da dor/embaraço</p> <p><input type="checkbox"/> Outro: _____</p> | <p> </p> | <p></p> <p>Porquê: _____</p> <p>Quantas vezes: __</p> <p>Quando foi a última vez: _____</p> |
|--|----------|--|



D7.2 Clíster opaco (já fez este exame?)

Não (indique porquê) **Não me recordo** **Sim**

| | | |
|--|----------|---|
| <p></p> <p><input type="checkbox"/> Não foi recomendado</p> <p><input type="checkbox"/> Não tenho problemas de saúde vez:</p> <p><input type="checkbox"/> Lista de espera longa</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de tempo</p> <p><input type="checkbox"/> Medo de descobrir uma doença</p> <p><input type="checkbox"/> Não tenho idade recomendada</p> <p><input type="checkbox"/> Medo da dor/embaraço</p> <p><input type="checkbox"/> Outro: _____</p> | <p> </p> | <p></p> <p>Porquê _____</p> <p>Quantas vezes: __</p> <p>Quando foi a última vez: _____</p> |
|--|----------|---|



D7.3 Ecografia abdominal (já fez este exame?)

Não (indique porquê) **Não me recordo** **Sim**

| | | |
|---|----------|---|
| <p></p> <p><input type="checkbox"/> Não foi recomendado</p> <p><input type="checkbox"/> Não tenho problemas de saúde</p> <p><input type="checkbox"/> Lista de espera longa</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de tempo</p> <p><input type="checkbox"/> Medo de descobrir uma doença</p> <p><input type="checkbox"/> Não tenho idade recomendada</p> <p><input type="checkbox"/> Medo da dor/embaraço</p> <p><input type="checkbox"/> Outro: _____</p> | <p> </p> | <p></p> <p>Porquê: _____</p> <p>Quantas vezes: _____</p> <p>Quando foi a última vez: _____</p> |
|---|----------|---|

D7.4 Teste de sangue oculto nas fezes (já fez este exame?)

Não (indique porquê) **Não me recordo** **Sim**

| | | |
|---|----------|---|
| <p></p> <p><input type="checkbox"/> Não foi recomendado</p> <p><input type="checkbox"/> Não tenho problemas de saúde</p> <p><input type="checkbox"/> Lista de espera longa</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de tempo</p> <p><input type="checkbox"/> Medo de descobrir uma doença</p> <p><input type="checkbox"/> Não tenho idade recomendada</p> <p><input type="checkbox"/> Medo da dor/embaraço</p> <p><input type="checkbox"/> Outro: _____</p> | <p> </p> | <p></p> <p>Porquê: _____</p> <p>Quantas vezes: _____</p> <p>Quando foi a última vez: _____</p> |
|---|----------|---|

D7.5 Sigmoidoscopia (já fez este exame?)
 Não (indique porquê) **Não me recordo** **Sim**


- Não foi recomendado
- Não tenho problemas de saúde
- Lista de espera longa
- Falta de tempo
- Medo de descobrir uma doença
- Não tenho idade recomendada
- Medo da dor/embaraço
- Outro: _____



Porquê: _____

Quantas vezes: _____

Quando foi a última vez: _____

**D7.6 Colonoscopia (já fez este exame?)**
 Não (indique porquê) **Não me recordo** **Sim**


- Não foi recomendado
- Não tenho problemas de saúde
- Lista de espera longa
- Falta de tempo
- Medo de descobrir uma doença
- Não tenho idade recomendada
- Medo da dor/embaraço
- Outro: _____



Porquê: _____

Quantas vezes: _____

Quando foi a última vez: _____

**E. Informação****E1. Através de quais das seguintes fontes recebeu informação sobre o Cancro Colo-Retal? (marque uma ou mais ou marque não se não foi recomendado)**

| | | | | | | | |
|--|-------------------|--|---------------------|--|--------------------|-------------|-------------------------------|
| | Nenhuma | | Jornais científicos | | Comunicação social | | Técnicos de Análises Clínicas |
| | Ações de formação | | Médicos | | Outro | Qual: _____ | |

E2: Sente que precisa de mais informação sobre o Cancro Colo-Retal?

| | |
|------------|------------|
| Sim | Não |
|------------|------------|

Anexo II

Parecer do Conselho de ética da ESTeSL

CE-ESTeSL-Nº.17-2019 Adesão ao rastreio do cancro colo-retal: atitudes, comportamentos e conhecimentos da população residente em Portalegre

REFERÊNCIA INTERNA DO PROJETO: CE-ESTeSL-Nº.17-2019 - Sílvia Raquel Fé Crespo
TÍTULO DO DE PROJETO: Adesão ao rastreio do cancro colo-retal: atitudes, comportamentos e conhecimentos da população residente em Portalegre
TIPO DE PROJETO/ESTUDO: Dissertação de Mestrado em Tecnologias Clínico-Laboratoriais
INVESTIGADOR/A: Sílvia Raquel Fé Crespo
Orientador(es): Ana Sofia R. Tavares – ESTeSL; Ana Grilo - ESTeSL
INSTITUIÇÃO PROMOTORA: Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Instituto Politécnico de Lisboa
Instituição(ões) envolvidas: ESTeSL; Laboratório de Análises Clínicas (Affidea); Centros de Saúde do Alto Alentejo
RECEBIDO: 1 de julho de 2019
RESPOSTA CE: 26 de julho de 2019
RECEBIDO: 18 de setembro de 2019
RESPOSTA CE: 21 de Outubro de 2019
RESPOSTA : 28 de Outubro de 2019

Exm^a. Senhora Prof^a. Doutora Ana Sofia Tavares
Exm^a. Senhora Dra. Sílvia Raquel Fé Crespo, estudante de Mestrado em Tecnologias Clínico-Laboratoriais

Após análise do projeto supracitado o Conselho de Ética da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTeSL) e dos esclarecimentos recebidos a 28 de Outubro, o CE aprovou por unanimidade a emissão de parecer favorável.

Lembramos ainda que todos os estudos que envolvem a autorização dos participantes e a recolha de amostras e dados anonimizados e/ou codificados têm de cumprir com o estabelecido no Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados de 27 de abril de 2016.

Por último, solicita-se também que, ao abrigo do artº 19 da Lei 21/2014 de 16 de abril e do disposto no nº23 da atual versão da Declaração de Helsínquia, dê igualmente conhecimento ao Conselho de Ética da ESTeSL do relatório final com as conclusões do estudo, de eventuais alterações ao protocolo de investigação e demais informações tidas por relevantes.

Aproveitamos ainda para desejar o maior sucesso no desenvolvimento deste trabalho

Com os melhores cumprimentos,

Prof^a. Coordenadora Helena Soares
Presidente do Conselho de Ética da ESTeSL
Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
Av. D. João II, Lote 150/01, 1099-095 Lisboa

Anexo III

Pedido de Autorização ao Laboratório de Análises Clínicas



HEMOBIOLAB - LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS, LDA.
Quinta da Milhã, S/N, 6000-188 Castelo Branco
NIF: 501 084 614 | O.R.C. 000000000 | 0000 00000 00000
T: +351 248 485 485 | Fax: +351 248 485 485 | g@affidea.pt | www.affidea.pt

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que a entidade Hemobiolab – Laboratórios de Análises Clínicas, Lda., sediada na Quinta da Milhã, S/N, 6000-188 Castelo Branco, contribuinte n.º 501 084 614 aceita que a sua colaboradora **Silvia Raquel Fê Crespo**, portador do Cartão de Cidadão n.º 143786889, com o NIF 228203589, recolha dados nos estabelecimentos da entidade acima referida, no âmbito da sua tese de mestrado “Adesão ao Rastreio do Cancro Colo-Reta – Atitudes, Comportamentos e Conhecimentos da População Residente em Portalegre”, respeitando a proteção de dados, assegurando o consentimento informado e garantindo que não haverá perturbações na operação.


Por ser verdade e nos ter sido pedida, passamos a presente declaração.


Lisboa, 01 de outubro de 2019

A Gerência

Anexo IV

Autorização da utilização do questionário aos autores do primeiro estudo em Portugal

← Investigação Cancro Colo-retal 

 Sílvia Crespo
Qua, 09/10/2019 19:46
Para: silvia_forno@hotmail.com

Boa noite Sílvia.

Sou estudante do 2º ano do mestrado em Tecnologias Clínico-Laboratoriais na ESTeSL (IPL), e estou neste momento a desenvolver a minha dissertação de mestrado.

Sou de Portalegre, e por ser uma cidade envelhecida, com elevada taxa de mortalidade por CCR e ainda atendendo à baixa literacia, resolvi fazer um estudo de comportamentos, conhecimentos e atitudes da população aqui residente, face ao Rastreo do CCR. Após pesquisas, verifiquei que fez um estudo semelhante na população portuense, e é nesse sentido que lhe estou a escrever.

Liguei para o serviço onde trabalha, para falar consigo, mas tendo em conta que está ausente, decidi escrever-lhe.

Gostaria de pedir a sua colaboração, se possível, para utilizar o instrumento de recolha de dados utilizado por si no estudo que desenvolveu. Tendo em conta que já está traduzido e validado, eu gostaria de pedir autorização para utilizar a escala.


Peço a maior das atenções para este meu pedido, uma vez que, como sabe, os prazos são curtos e o tempo passa a correr nestas situações. E para prosseguir tenho de apresentar junto da escola uma autorização escrita.

Gostaria muito de poder contar com a sua ajuda e colaboração, com a certeza de que a citarei devidamente no meu trabalho de investigação.

Encontro-me ao dispor para algum esclarecimento adicional.

Despeço-me com os melhores cumprimentos

Sílvia Crespo

 Sílvia Forno <silvia_forno@hotmail.com>
Sex, 11/10/2019 17:40
Para: Você

Boa tarde

Desde já peço desculpas pela demora da minha resposta, pois estou de férias.

Sim, claro que dou autorização para usar a escala da minha Tese de Mestrado no seu trabalho.

Caso necessite de mais alguma ajuda que lhe possa ser útil, não hesite em contactar-me.

Cps,

Sílvia Forno

...

Pedido de Autorização

Exmos Senhores autores do estudo “O cancro colorretal e o rastreio: conhecimentos e atitudes dos portuenses”

Eu, **Silvia Raquel Crespo**, aluna de mestrado em Tecnologias Clínico-Laboratoriais em colaboração com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTeSL), com a Prof^a Ana Sofia Tavares e com a Prof^a Dr^a Ana Grilo (docentes da escola), encontro-me a desenvolver a tese de mestrado inserida no 2º ano do mesmo, com o tema: **“Adesão ao Rastreio do Cancro Colo-Retal – Atitudes, Comportamentos e Conhecimentos da população residente em Portalegre”**. De forma a atingir os nossos objectivos, pretendemos recolher dados sobre as características sociodemográficas, conhecimentos, atitudes, comportamentos e informação da população do distrito de Portalegre (Portugal) sobre esta patologia, através de questionários individuais.

Para isso, gostaria de pedir autorização para recorrer ao questionário utilizado para o estudo **“O cancro colorretal e o rastreio: conhecimentos e atitudes dos portuenses”**.

Desta forma, solicito deferimento ao pedido de autorização para a utilização do questionário neste projeto, comprometendo-me a que este seja referenciado com os autores respectivos, ao longo do trabalho escrito.

Silvia Estêves Alves do Forno

Apêndice I

Termo de Consentimento Informado

A aluna de mestrado em Tecnologias Clínico-Laboratoriais Sílvia Raquel Crespo em colaboração com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, encontra-se a desenvolver um projecto de investigação com o tema: “Adesão ao Rastreio do Cancro Colo-retal – Atitudes, Comportamentos e Conhecimentos da população residente em Portalegre”.

Este projeto tem como objetivo identificar conhecimentos, atitudes e comportamentos da população do distrito de Portalegre face ao rastreio do Cancro Colo-retal (CCR), de forma a identificar factores que influenciam o nível de adesão a estes rastreios, assim como fornecer informações aos profissionais de saúde e entidades competentes no sentido de estimular e promover a sua adesão por parte da população.

De forma a atingir os nossos objetivos, pretendemos recolher dados sobre as características sociodemográficas, conhecimentos, atitudes, comportamentos e informação da população sobre esta patologia, através de questionários individuais.

A privacidade assim como a completa confidencialidade dos dados obtidos será assegurada.

Em caso de dúvidas poderá pedir esclarecimento junto dos responsáveis pelo projecto. Obrigada pela sua participação.

Ao participar no estudo através do preenchimento do questionário, autorizando o seu posterior uso e publicação dos dados.

Data ____/____/____