



Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico da Guarda

Fatores que interferem na adesão ao rastreio do cancro colo-retal

ELISABETE MENDES

TRABALHO ELABORADO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM

COMUNITÁRIA

agosto/2021



Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico da Guarda

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

Fatores que interferem na adesão ao rastreio
do cancro colo-retal

Elaborado por: Elisabete Mendes

Orientado por: Professora Inês Fonseca e

Coorientado por: Professora Doutora Cláudia Chaves

Guarda,

2021

ABREVIATURAS

% - percentagem

cm – centímetros

et al. – e outros/ e outras

g – gramas

g/ dia – gramas por dia

gl – graus de liberdade

m – metros

N – população

n.^o - número

Sig./ *p* – significância

Vit – Vitamina

α – alfa

SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACS – *American Cancer Society*

ADN – Ácido Desoxirribonucleico

ARS – Administração Regional de Saúde

CCR – Cancro Colo-retal

CT – Colonoscopia Total

DGS – Direção Regional de Saúde

EUA – Estados Unidos da América

IARC – *International Agency for Research on Cancer*

IDCA – International Digestive Cancer Alliance

INE – Instituto Nacional de Estatística

LC – Locus Controlo

NUTS – Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNDO – Programa Nacional para Doenças Oncológicas

PSOF – Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes

SAMS – Serviços de Assistência Médico Social

SF – Sigmoidoscopia

SPED – Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

EU – União Europeia

UK – *United Kingdom*

ULS – Unidade Local de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

WGO – World Gastroenterology Organisation

ÍNDICE DE TABELAS

Pág.

Tabela 1: Características do Rastreio de Cancro do Cólon e Reto de Base Populacional.....	41
Tabela 2: Rastreio Cancro do Cólon e Reto - Portugal Continental 2014 – 2016.....	41
Tabela 3: Distribuição dos itens pelas subescalas Crenças de Saúde.....	53
Tabela 4: Distribuição dos itens pelas subescalas Locus Controlo da Saúde.....	54
Tabela 5: Caracterização sociodemográfica.....	57
Tabela 6: Cotação atribuída quanto aos conhecimentos sobre os cancros mais frequentes.....	58
Tabela 7: Cotação atribuída aos conhecimentos quanto aos cancros mais letais.....	58
Tabela 8: Cotação atribuída aos conhecimentos sobre fatores de risco.....	59
Tabela 9: Distribuição da amostra quanto à sugestão da realização de exame de rastreio.....	60
Tabela 10: Cotação atribuída aos conhecimentos sobre exames de rastreio.....	60
Tabela 11: Cotação atribuída aos benefícios do rastreio.....	61
Tabela 12: Distribuição da amostra segundo o motivo da realização do exame de rastreio....	62
Tabela 13: Distribuição da amostra segundo o exame de rastreio realizado.....	62
Tabela 14: Distribuição da amostra segundo o motivo da não realização de rastreio.....	63
Tabela 15: Cotação atribuída aos conhecimentos sobre cancro, CCR e rastreio.....	63
Tabela 16: Distribuição dos resultados nas várias dimensões da escala Crenças de Saúde....	65
Tabela 17: Distribuição dos resultados nas várias dimensões da escala Locus Controlo da Saúde.....	66
Tabela 18: Normalidade da distribuição nas dimensões da escala Crenças de Saúde.....	67
Tabela 19: Normalidade da distribuição nas dimensões da escala Locus de Controlo da Saúde.....	67
Tabela 20: Comparação das distribuições Subescalas (Crenças de Saúde) em relação à Adesão ao rastreio.....	68
Tabela 21: Comparação das distribuições sexo de acordo com a Adesão ao rastreio.....	69
Tabela 22: Comparação das distribuições Estado civil de acordo com a Adesão ao rastreio...70	
Tabela 23: Comparação das distribuições Habilitações académicas em relação à Adesão ao rastreio.....	70
Tabela 24: Distribuição da história familiar de acordo com a adesão ao rastreio.....	71
Tabela 25: Distribuição da recomendação dos Profissionais de saúde de acordo com a Adesão ao rastreio.....	71

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Pág.

Gráfico 1: Evolução das taxas de cobertura geográfica e de adesão do rastreio do cancro do cólon e reto, em Portugal (2009-2016)	43
Gráfico 2: História familiar de CCR.....	59
Gráfico 3: Cotação por profissional.....	60
Gráfico 4: Distribuição da amostra segundo a adesão ao exame de rastreio	61
Gráfico 5: Comparação das distribuições Nível de conhecimento de acordo com a Adesão ao rastreio.....	69

Resumo

Em Portugal, segundo a Direção Geral de Saúde (2015) a incidência de novos casos de tumores malignos, tem vindo a aumentar regularmente. O cancro colo-retal está entre os mais incidentes e é a segunda causa de morte em Portugal. A adesão aos exames de rastreio possibilita a identificação do problema, em estádios precoces, antes do aparecimento de sintomas e de manifestações clínicas, aumentando assim a probabilidade de cura.

O objetivo central deste trabalho foi identificar os fatores que interferem na adesão ao rastreio do cancro colo-retal, ou seja, as variáveis que influenciam a sua adesão.

Desenhou-se um estudo de natureza quantitativa e de caráter descritivo, correlacional e transversal. A população alvo é constituída pelos utentes que frequentam as consultas de enfermagem de duas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados de um concelho da Beira Baixa com idades compreendidas entre os 50 e 74 anos (inclusive). Como critérios de exclusão definiram-se todos os utentes que tiveram ou têm cancro colo-retal e que têm doença inflamatória intestinal ou síndrome hereditários. A amostra foi constituída por 115 participantes e selecionada através de um método não probabilístico por conveniência. O estudo foi realizado através da aplicação de um questionário, onde foram analisadas as variáveis sociodemográficas, conhecimentos sobre cancro colo-retal e rastreio, as Crenças de Saúde e o Locus Controlo da Saúde.

No que concerne aos conhecimentos sobre cancro colo-retal e rastreio, a maioria da amostra revela conhecimentos fracos. Relativamente às Crenças de Saúde os participantes têm crenças elevadas na Motivação e Confiança para manter e controlar a sua saúde, uma crença alta nos Benefícios de adesão ao rastreio, e baixa crença nos Obstáculos face ao rastreio. Os participantes que aderiram ao rastreio apresentam maior crença na Confiança e Motivação. Quanto ao Locus Controlo da Saúde os inquiridos não aceitam que a sua saúde está dependente da sorte, pelo contrário acreditam que os seus familiares, profissionais de saúde e eles próprios são responsáveis pelo controlo da sua saúde, embora se demonstre que esta não influencia na adesão ao rastreio. Comprovou-se que os participantes que aderiram ao rastreio possuíam mais conhecimentos sobre cancro colo-retal e rastreio, e detinham o ensino superior ou o 2º e 3º ciclo de escolaridade. Demonstrou-se também que a recomendação dos profissionais de saúde influencia de forma muito significativa a adesão, corroborada pela opinião dos inquiridos que quando questionados, mencionam que a sua adesão se deve fundamentalmente à recomendação médica. Os que não aderiram, referem que isso resulta da falta dessa recomendação.

Palavras Chave: Cancro colo-retal; Rastreio; Adesão.

Abstract

In Portugal, according to the Direção Geral de Saúde (2015), the incidence of new cases of malignant tumours has been increasing steadily. Colorectal cancer is among the most incident and is the second leading cause of death in Portugal. Adherence to screening tests makes it possible to identify the problem, at an early stage, before the onset of symptoms and clinical manifestations, thus increasing the likelihood of cure.

The main objective of this work was to identify the factors that interfere in the adherence to colorectal cancer screening, that is, the variables that influence the adherence.

A quantitative, descriptive, correlational and cross-sectional study was designed. The target population is made up of users who attend nursing consultations at two UCSP's in the Beira Baixa region aged between 50 and 74 years old (inclusive). Exclusion criteria were defined as all users who had or have colorectal cancer and who have inflammatory bowel disease or hereditary syndromes. The sample consisted of 115 participants, using a non-probabilistic sampling method of convenience. The study was carried out through the application of a questionnaire, in which the sociodemographic variables, knowledge about colorectal cancer, knowledge of colorectal screening, the Health Beliefs and the Locus Health Control were analysed.

With regard to knowledge about colorectal cancer and its screening, most of the sample reveals weak knowledge. Regarding the Health Beliefs, participants have high beliefs in Motivation and Confidence to maintain and control their health, a high belief in the Benefits of adhering to screening, and low belief in Obstacles in face of screening. Participants who adhered to the screening show greater belief in Trust and Motivation. As for the Locus Health Control, respondents do not accept that their health is dependent on luck, on the contrary, they believe that their family members, health professionals and themselves are responsible for controlling their health, although it is shown that it does not influence the adherence to screening. It was proven that the participants who adhered to the screening had more knowledge about colorectal cancer and its screening, and had higher education or the 2nd and 3rd cycle of schooling. It was also shown that the recommendation of health professionals influences adherence in a very significant way, corroborated by the opinion of respondents who, when questioned, mention that their adherence is fundamentally due to medical recommendation. Those who did not adhere, say that this results from the lack of this recommendation.

Keywords: Colorectal Cancer; Screening; Adherence.

ÍNDICE	Pág.
INTRODUÇÃO	19
MARCO TEÓRICO	23
1-EPIDEMIOLOGIA DO CANCRO	23
2-CANCRO COLO-RETAL	25
2.1-FATORES DE RISCO	27
2.1.1- Fatores de risco modificáveis.....	28
2.1.2- Fatores não modificáveis.....	29
3-PREVENÇÃO	33
3.1-PREVENÇÃO PRIMÁRIA.....	33
3.2-PREVENÇÃO SECUNDÁRIA.....	35
3.2.1- Métodos de rastreio.....	38
4-ADESÃO AO RASTREIO	43
5-MÉTODOS...	49
5.1-OBJETIVOS, QUESTÃO, HIPÓTESES E VARIÁVEIS DE INVESTIGAÇÃO	49
5.2-DESENHO DO ESTUDO	51
5.3-AMOSTRA..	51
5.4-RECOLHA DE DADOS	51
5.5-INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	51
5.6-PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	54
5.7-TRATAMENTO ESTATÍSTICO.....	54
APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	57
6-ANÁLISE DESCRITIVA	57
6.1- CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA	57
6.1.1- Caraterização sociodemográfica.....	57
6.1.2- Conhecimentos sobre cancro e cancro do colon e do reto	58
6.1.3- Adesão ao rastreio.....	59
6.1.4- Escala crenças da saúde em relação ao cancro colo-retal.....	64

6.1.5- Escala multidimensional locus controlo da saúde.....	65
7-ANALISE INFERENCIAL	67
8-DISCUSSÃO DE DADOS	73
CONCLUSÃO	77
BIBLIOGRAFIA	81
APÊNDICES E ANEXOS.....	89
ANEXO I - AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA E HOMOLOGAÇÃO PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA ULS	91
ANEXO II - AUTORIZAÇÃO DA AUTORA DA ESCALA DE CRENÇAS DE SAÚDE EM RELAÇÃO AO CANCRO COLO-RECTAL E DA ESCALA MULTIDIMENSIONAL LOCUS DE CONTROLO DA SAÚDE	93
APÊNDICE I - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE EM ESTUDO.	95
APÊNDICE II - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO DIRETOR EXECUTIVO DO ACES ...	97
APÊNDICE III - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE.....	99
APÊNDICE IV - CONSENTIMENTO INFORMADO	101
APÊNDICE V - QUESTIONÁRIO	103
APÊNDICE VI - OUTPUTS SPSS.....	105

INTRODUÇÃO

Atualmente, mais de 32 milhões de pessoas vivem com cancro em todo o mundo, sendo estes dados preocupantes e ganhando destaque a doença oncológica.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o número de novos casos de cancro continuará a aumentar apesar do enorme investimento no combate à doença e prevê-se que o número de casos de cancro duplique entre 2000 e 2030 (International Agency for Research on Cancer, 2018).

Em contexto mundial, o cancro é a primeira causa de morte em países economicamente desenvolvidos e a segunda causa de morte em países economicamente subdesenvolvidos, seguido das doenças cardiovasculares.

Em Portugal as doenças oncológicas constituem a segunda causa de morte e têm um profundo impacto psicossocial, não só pela sua elevada incidência e mortalidade, mas também pelos enormes custos envolvidos na sua prevenção, tratamento e reabilitação.

Relativamente aos fatores de risco que podem contribuir para o desenvolvimento da doença oncológica, temos os fatores externos, como o tabaco, alguns produtos químicos, certos tipos de radiação e organismos infecciosos; temos fatores internos como as mutações genéticas ou hereditárias, ou ainda algumas doenças que podem promover o desenvolvimento do cancro (Last e Wallace, 2007).

Atendendo a estes factos, pode-se atuar em termos preventivos, com alterações dos comportamentos individuais e com a adoção de estilos de vida saudáveis, que se mostram cruciais para prevenir a maioria dos tumores. Ainda neste âmbito sabe-se que para alguns tipos de cancro é possível realizar-se o diagnóstico precoce antes do aparecimento de células cancerígenas, ou num estágio inicial da doença, contribuindo para um tratamento mais efetivo.

São observadas diferenças regionais da incidência da doença oncológica, decorrendo sobretudo da prevalência dos principais fatores de risco, da disponibilidade das técnicas de rastreio e das práticas médicas, e da estrutura etária da população (ACS, 2016).

Segundo a Britânica Cancer Research UK (2018), nos últimos 40 anos mudaram pouco os tipos de cancro mais frequentes no mundo: pulmão, mama, intestino.

Em Portugal a incidência do cancro colo-retal (CCR) tem aumentado, sendo urgente medidas de intervenção, principalmente a nível dos cuidados de saúde primários, pois os progressos terapêuticos têm-se mostrado pouco significativos, continuando as taxas de mortalidade elevadas o que justifica o interesse cada vez maior pela deteção precoce destas doenças e o estudo de possíveis fatores etiológicos. O CCR como causa de morbilidade e mortalidade tem vindo a aumentar, inclusive, este parece estar a surgir com mais frequência nas camadas mais jovens.

Para diminuir a incidência de cancro são necessárias várias estratégias ao longo da evolução da doença. No âmbito da enfermagem comunitária, cabe incidir sobre a prevenção primária: controlo da doença oncológica através da promoção da saúde e consciencialização das pessoas para a importância dos fatores de risco. Planear os cuidados de saúde de forma sustentada e de forma a diminuir a incidência, na tentativa de contribuir para o controlo e prevenção da doença oncológica quer ao nível da prevenção primária intervindo ao nível dos fatores de risco, quer ao nível da deteção precoce da doença.

O Programa Nacional para as Doenças Oncológicas (2017) refere a importância das intervenções conducentes para reduzir o aumento de incidência do Cancro em Portugal no futuro. As medidas de prevenção primária, que promovam comportamentos saudáveis (modificação de estilos de vida e programas de vacinação) como as medidas de prevenção secundária (diagnóstico precoce) são a única forma de minorar a atual epidemia do Cancro.

Sabemos que o cancro afeta a qualidade de vida das pessoas, pelo peso que esta doença tem na vida do doente oncológico e seus familiares.

Também a Direção Geral da Saúde (2015) no relatório apresentado, uma das preocupações reveladas, prende-se com o CCR. O aumento da incidência desta doença leva o Programa Nacional para as Doenças Oncológicas a defender a generalização do programa de rastreio a todo o país.

Contudo sabe-se, a nível global, que a adesão ao rastreio do CCR é baixa. Em 2010, na União Europeia, apenas 12,7% das pessoas entre os 50 e os 74 anos tinham sido rastreadas, (OCDE, 2012). A adesão a rastreios oncológicos é determinada por diversos fatores, tais como o conhecimento sobre o cancro em causa e a sua possível cura, a perceção sobre os exames de rastreio, a noção de risco pessoal, entre outros, (Nunes, 2012).

Face à problemática identificada julga-se pertinente identificar e caracterizar as variáveis que se encontram relacionadas com a adesão ao rastreio do CCR em sujeitos portugueses com idades compreendidas entre os 50 e 74 anos.

Assim, o objetivo central deste trabalho será identificar os fatores que interferem na adesão ao rastreio do CCR.

Sendo necessário obter um conhecimento seletivo, mas orientado, para a obtenção da informação que nos interessa, figuram como objetivos:

1. Determinar a adesão ao rastreio de utentes com idades compreendidas entre os 50 e 74 anos, de duas UCSP's num concelho da Beira Baixa;
2. Caracterizar o locus de controlo da saúde, de utentes com idades compreendidas entre os 50 e 74 anos, no que se refere ao rastreio do CCR;
3. Caracterizar as crenças em saúde, de utentes com idades compreendidas entre os 50 e 74 anos, no que se refere ao rastreio do CCR;
4. Avaliar os conhecimentos de utentes com idades compreendidas entre os 50 e 74 anos, no que se refere ao CCR;
5. Avaliar a influência das crenças de saúde, do locus de controlo de saúde, dos conhecimentos e das variáveis sociodemográficas e, na adesão ao rastreio do CCR.

A população alvo são todos os utentes com idades compreendidas entre os 50 e 74 anos (inclusive) que frequentam as consultas de enfermagem de duas USCP's num concelho da Beira Baixa. Desenhou-se um estudo de natureza quantitativa e de carácter descritivo, correlacional e transversal. Para a recolha dos dados aplicou-se um protocolo de avaliação, um questionário a 115 utentes, que constituem a amostra não probabilística por conveniência do estudo.

Este trabalho é composto por um primeiro capítulo, que abrange o enquadramento teórico, um segundo capítulo que envolve a metodologia aplicada e um terceiro com apresentação e tratamento de dados, discussão de resultados e respetiva conclusão.

MARCO TEÓRICO

1- EPIDEMIOLOGIA DO CANCRO

De acordo com as estimativas da International Agency for Research on Cancer (IARC, 2018), em 2012 ocorreram 14 milhões de novos casos de cancro. Dentro dos cancros mais frequentes a nível mundial, em ambos os sexos temos em primeiro lugar o cancro do pulmão, em segundo o cancro da mama e em terceiro lugar aparece o cancro do intestino.

Os tipos de cancro que mais contribuem para a mortalidade são o cancro de pulmão (19%), fígado (9,1%), estômago (8,8%) e colo-retal (8,5%).

Segundo a World Cancer Report (2014) o número de novos casos de cancro no mundo, aumentará para 22 milhões nos próximos 20 anos. Prevê-se que o número de mortes por cancro aumente de 8,2 milhões em 2012 para 13 milhões por ano nas próximas duas décadas.

De acordo com o mesmo relatório, os países em desenvolvimento foram afetados pelo aumento da incidência e mortalidade por cancro, devido ao rápido crescimento e envelhecimento das populações. Mais de 60% de todos os casos de cancro em todo o mundo ocorrem na Ásia, África, América Central e América do Sul, e essas regiões são responsáveis por cerca de 70% de todas as mortes por cancro. Estes novos casos chama-nos a atenção para o desastre humano que atinge todas as comunidades do mundo, sendo necessário uma ação imediata (World Cancer Report, 2014).

Os países em desenvolvimento são atingidos por dois tipos de cancro: os que são relacionados com infeções como o cancro do colo do útero, fígado e estômago; e os que são relacionados com estilos de vida industrializados, como o cancro do pulmão, mama e intestino grosso.

A IARC (2018), menciona relativamente a 2012, os países onde a incidência de cancro é maior: a Dinamarca, a França, a Austrália, a Bélgica e a Noruega. Comparativamente à incidência do CCR, esta apresenta uma grande variação consoante a região geográfica, sendo muito elevada na América do Norte, Austrália, Europa Ocidental e Japão. Os valores mais baixos de incidência do CCR são encontrados em países em desenvolvimento, principalmente na África, América do Sul e Centro-Sul Asiático.

A nível Europeu, em 2012, como cancros mais frequentes em ambos os sexos, temos em primeiro lugar, o cancro da mama, em segundo lugar o cancro colo-retal e em terceiro lugar o cancro do pulmão. Em termos de mortalidade, há uma inversão, o mais mortal é o cancro do pulmão seguido do cancro colo-retal e seguindo-se o cancro da mama (IARC, 2018).

Em Portugal, segundo a Direção Geral de Saúde (2015) a incidência de novos casos de tumores malignos, tem vindo a aumentar regularmente. Entre 2009 e 2010 assistiu-se a um aumento de 4% dos casos registados. Os tumores mais frequentes, em 2010, no homem são: o mais incidente é o cancro da próstata, seguido do cancro do pulmão e em terceiro lugar o cancro colo-retal. Na mulher o mais frequente é o cancro da mama, em segundo lugar cancro colo-retal, seguindo-se o cancro da glândula tiroide. “A análise das variações de mortalidade por neoplasia maligna, mostra em 2015 um aumento da taxa bruta em 2%, mesmo assim inferior ao aumento esperado da incidência, que deverá rondar os 3%”. Em 2015, a mortalidade por cancro do pulmão registou um aumento no número de óbitos, mas apenas no sexo feminino. Mesmo assim continua a ser o mais mortal, seguido do cancro colo-retal e em terceiro lugar o cancro do estômago.

Relativamente à zona Centro, no ano de 2006, existem algumas particularidades. Os três cancros mais incidente no homem por ordem decrescente são eles, o cancro da próstata, o cancro da pele e o cancro do colon. Nas mulheres o mais incidente é o cancro da pele, em segundo lugar é cancro da mama e em terceiro o cancro do colon (Registo Oncológico Nacional, 2006).

Podemos concluir que o CCR está sempre entre os três mais incidentes, quer a nível mundial, europeu ou nacional. Relacionado com isto acaba por aparecer também entre os três que mais contribuem para a mortalidade, quer seja no mundo, na Europa ou em Portugal.

2- CANCRO COLO-RETAL

A palavra cancro tem origem do Grego *karkinos*, que significa caranguejo, e foi utilizada por Hipócrates para descrever carcinomas, cujas projeções tipo dedo se assemelhavam, ao crescimento desta doença. Segundo Hipócrates, existiam quatro fluídos corporais, denominados por humores: o sangue, fleuma, a bÍlis amarela e a bÍlis negra. A acumulação da bÍlis negra foi apontada por este, como a causa do cancro (Weinberg, 2014).

Segundo o National Cancer Institute (2015: 1), o cancro é definido como “o termo usado para doenças em que as células se dividem anormalmente sem controlo e são capazes de invadir outros tecidos. As células do cancro podem propagar-se para outras partes do corpo através do sistema sanguíneo e linfático”.

O cancro é um conjunto de células no nosso organismo que devido a mutações que sofreram no ácido desoxirribonucleico (ADN) se dividem descontroladamente e que, se encontram alteradas e com capacidade de invadir tecidos vizinhos podendo atingir outros órgãos distantes através do sistema linfático e circulatório, ou seja, podem originar metástases (Macip, 2013).

Neste processo, temos então o termo carcinogénese ou transformação neoplásicas, que define o início de um tumor e resulta de um acumular de mutações genéticas não letais; enquanto que o termo oncogénese se refere à manutenção e à subsequente evolução do tumor. Desta forma, a disfunção do ciclo celular pode ser considerada condição para o desenvolvimento de um cancro humano, ou seja, é a base molecular da oncogénese (Pinto, 2007).

Quando as células apresentam alterações genéticas no seu ADN, motivadas por um acontecimento raro e imprevisível, que as modifica e dota de capacidade de se multiplicarem mais rapidamente, poderá ser formado um tumor. Mas se este conjunto de células permanece localizado estamos perante um tumor benigno. Os tumores benignos não são cancerígenos. Estão bem delimitados, localizados, crescem lentamente e normalmente podem ser removidos. Não significam risco de vida para o individuo. Contudo, podem tornar-se malignos com o tempo. Pelo contrário, os tumores malignos são cancerígenos, a maioria cresce rapidamente e têm capacidade de invadir outras regiões do organismo podendo originar novos tumores noutros tecidos. Sempre que essa invasão ocorre estamos perante a ocorrência de metástases, e para além disto desenvolvem-se novamente após remoção (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2013; Weinberg, 2014).

Os tipos de cancro são inúmeros, existindo mais de 100 diferentes. A principal diferença é o tipo de célula ou órgão onde têm origem e muitas vezes a sua nomeação advém daí. Normalmente a palavra “carcinoma” indica uma origem em células epiteliais. Os cancros com origem diferente dos tecidos epiteliais são, frequentemente, encontrados nos tecidos hematopoiéticos, conjuntivo ou em células constituintes do sistema nervoso central e periférico. O crescimento anormal e a danificação das células do sistema imunológico, presentes no tecido hematopoiético, origina leucemias - cancros localizados nos eritrócitos- e linfomas - cancros nos linfócitos T e B. Com origem nas células do tecido conjuntivo dá-se o nome de sarcomas (Weinberg, 2014; National Cancer Institute, 2015).

Independentemente dos locais por onde se espalha o cancro, este é sempre classificado de acordo com o local onde se inicia.

O CCR, é um cancro que se inicia no cólon ou no reto. Desta forma pode denominar-se apenas como cancro do cólon ou cancro do reto, caso o local onde se inicia seja o cólon ou no reto, respetivamente. No entanto são normalmente associados devido ao facto de apresentarem muitas características comuns, nomeadamente a nível topográfico, ou seja, a nível da sua localização de origem (American Cancer Society, 2018).

O cólon e o reto fazem parte do aparelho digestivo. O cólon e o reto estão inseridos no segmento do intestino designado por intestino grosso, um longo tubo muscular que tem um diâmetro com cerca de 6,5 cm e um comprimento de 1,5 m. Estende-se desde o cego até ao reto. Classicamente, é dividido em quatro porções: cólon ascendente, cólon transverso, cólon descendente e sigmoide. A parte do cólon que se une ao reto, é o cólon sigmoide. A parte que se une ao intestino delgado, é o cego. Neste aparelho, o estômago e o intestino delgado processam a energia a partir da alimentação, enquanto que o cólon e o reto, situados no intestino grosso, absorvem os fluídos de forma a gerar desperdícios sólidos, os quais são libertados pelo organismo (Forno *et al.*, 2012).

As paredes do cólon são compostas por algumas camadas e o CCR tem origem na camada mais interna, maioritariamente, com o crescimento de pólipos no revestimento epitelial. Estes pólipos não são cancerosos, mas é possível que alguns apresentem potencial para se transformarem em cancro, sendo que essa probabilidade depende do tipo de pólipo em questão. Existem dois tipos principais de pólipos - os adenomas ou pré-malignos que apresentam maior probabilidade de evoluírem para cancro e na sua presença o utente encontra-se numa condição pré-cancerígena; e os inflamatórios ou benignos que são o tipo mais comum de pólipos, não apresentam normalmente potencial canceroso, mas devem ser removidos cirurgicamente como modo de prevenção. Tipicamente o cancro colo-retal desenvolve-se lentamente ao longo dos anos (Bardhan & Liu, 2013).

Assim o CCR manifesta-se com uma progressão gradual desenvolvendo, inicialmente, um precursor de uma lesão benigna (adenoma, pólipos), que pode evoluir para uma lesão invasiva (adenocarcinoma), com a capacidade de metástase (adenocarcinoma metastático).

Durante a fase de adenoma, a sua deteção e remoção por via endoscópica reduz drasticamente o risco de transformação.

O adenoma e o carcinoma surgem no contexto da instabilidade genómica, através da qual as células do epitélio adquirem o número necessário de mutações para atingir o estágio de neoplasia. A instabilidade do genoma é um pré-requisito para a formação do tumor (Forno *et al.*, 2012).

Raramente leva à morte por crescimento local do tumor, mas sim por disseminação. Os locais mais comuns de metastização são, por ordem de frequência, os nódulos linfáticos regionais, o fígado, pulmões e peritoneu. Quando o CCR se dissemina, para fora do cólon ou do reto, as células cancerígenas são, muitas vezes, encontradas nos gânglios linfáticos vizinhos. Se as células cancerígenas já tiverem atingido estes gânglios, é provável que se tenham disseminado, também, para outros gânglios linfáticos, ou mesmo para outros órgãos, como o fígado. Quando o cancro metastiza do seu local de origem para outra parte do corpo, o novo tumor tem o mesmo tipo de células e o mesmo nome que o tumor primário. A metastização hepática surge em aproximadamente metade dos pacientes com CCR (Meulenbeld & Creemers, 2007; Galandiuk *et al.*, 1992).

Os principais fatores responsáveis pela morte em utentes com CCR são a presença de metástases e a recorrência após cirurgia do tumor primário com intenção curativa. A sobrevivência aos 5 anos de utentes com CCR que apresentam metastização à distância é de 8.1% (Roth *et al.*, 2009).

Muitas das mortes por CCR, poderiam ser evitadas se existisse uma mudança no estilo de vida do indivíduo, evitando os principais fatores de risco. Por outro lado, um diagnóstico precoce é considerado um fator determinante no tratamento da doença.

2.1- FATORES DE RISCO

Segundo o National Cancer Institute (2018: 34) “Tudo o que aumenta a probabilidade de desenvolver cancro é designado de fator de risco (...)”.

Este aumento de probabilidade pode surgir devido a fatores de risco endógenos ou não modificáveis, consequência de herança de mutações ou, na maioria das vezes, devido a fatores de risco exógenos ou modificáveis devido a uma exposição a determinados agentes

carcinogénicos. Contudo, o cancro é uma doença multifatorial e ainda não é conhecida a totalidade dos fatores de risco (Mitchell *et al.*, 2006).

2.1.1- Fatores de risco modificáveis

A **dieta** é um desses fatores de risco e o CCR está associado a países industrializados e, em especial, a indivíduos com dietas ricas em gorduras, particularmente gordura de origem animal, e pobres em fibras, frutas e vegetais. A literatura publicada sugere que todo o tipo de gordura, satura e insaturada, tem potencial para aumentar o risco associado ao desenvolvimento deste cancro. Quando se ingere gordura, há um aumento de ácidos biliares necessários para a digestão da gordura consumida. Por outro lado, os ácidos biliares são irritativos da mucosa cólica, estimulando a ativação de fatores responsáveis pelo crescimento das células do cólon, aumentando assim a probabilidade do cancro. Existem também evidências que sugerem uma associação desta doença com o consumo de carnes vermelhas e carnes processadas. Carne processada é toda a carne que tenha sido transformada por secagem, fermentação, fumo, salga, ou outro processo, de forma a realçar o seu sabor e melhorar a preservação e geralmente incluem carnes vermelhas (Boada *et al.*, 2016). Ao cozinhar carnes vermelhas, através de processos que atingem temperaturas elevadas, tais como cozer, fritar ou grelhar, provoca a degradação de aminoácidos e da creatinina presente no músculo, resultando na formação de certos compostos, que são mutagénicos e cancerígenos. Vários estudos publicados até à data sugerem que um consumo diário de cem gramas de carne vermelha, ou cinquenta gramas de carne processada, aumenta o risco de desenvolver cancro colo-retal em aproximadamente 18% (Boada *et al.*, 2016; Durko & Malecka-Panas, 2014). Por outro lado, dietas ricas em vegetais, frutas e grão integrais têm sido associadas a um menor risco. É unânime que a dieta mediterrânea, que se caracteriza por um baixo consumo de carne vermelha, um elevado consumo de azeite, peixe e vegetais frescos, desempenha um papel importante na prevenção.

O **sedentarismo** é referido numa meta-análise conduzida por Wolin *et al.* (2009), dizendo que indivíduos fisicamente ativos têm uma redução de 24% no risco de desenvolver CCR. Conhece-se cada vez melhor o papel preponderante que a atividade física desempenha na saúde atual da população em geral. São vários os benefícios atribuídos à prática de exercício físico podendo contrariar o aparecimento de determinadas patologias, entre elas o cancro colo-retal. Assim, uma vida sedentária é um fator de maior risco, ser mais ativo pode ajudar a reduzir esse risco (American Cancer Society, 2018). A atividade física contribui para um aumento no gasto energético, sendo uma boa arma para combater a obesidade e, conseqüentemente desta forma, o risco do CCR. A atividade física melhora a obstipação, aumentando a motilidade

intestinal, diminuindo assim o tempo de contacto da superfície intestinal, com produtos carcinogénicos, diminuindo desta forma, a probabilidade de desenvolver CCR (Colditz *et al.*, 1997).

Indivíduos com **sobrecarga ponderal ou obesidade** têm um maior risco de CCR. Ter sobrecarga ponderal aumenta o risco quer em homens, quer em mulheres, mas a associação parece ser mais forte nos homens (American Cancer Society, 2018). Estas diferenças podem-se explicar pela disposição masculina em ter mais gordura visceral, a qual apresenta um aumento da atividade pró-inflamatória, que estará relacionada com um acréscimo no risco de desenvolvimento de neoplasias. Foi provado mediante a realização de estudos prospetivos, de duração longa, que existe uma clara relação entre os valores do Índice de Massa Corporal (IMC) e o elevado risco de desenvolvimento da doença. Estes estudos apontaram para uma maior probabilidade de vir a sofrer do CCR quanto maior for o IMC apresentado por um determinado utente (Terry *et al.*, 2002).

Embora o cólon não seja atingido diretamente pela composição do **tabaco**, as substâncias carcinogénicas transportadas pela corrente sanguínea têm um impacto negativo no que se refere ao risco de desenvolver cancro colo-retal. A quantidade de maços/ ano e a duração do hábito contribuem para o desenvolvimento de adenomas, além de também aumentam o risco da doença. As pessoas que fumam durante muito tempo são mais propensas do que os não-fumadores de desenvolver e morrer da doença (American Cancer Society, 2018).

Um estudo realizado em 2004 estabeleceu que o consumo de **álcool** superior a 45g/dia aumenta significativamente a incidência do CCR, não estabelecendo, no entanto, qual o tipo de bebida mais prejudicial (Cho *et al.*, 2004). Limitar o consumo de álcool para 2 copos por dia para homens e uma bebida por dia para mulheres pode ter benefícios para a saúde, incluindo um menor risco da doença. Foi proposto um mecanismo que permite verificar que o álcool pode estar implicado no aumento da incidência. O acetaldeído, resultante da oxidação do álcool, diminui a quantidade de folato presente no cólon, nutriente que se pensa ser essencial na diminuição do risco deste cancro. Também há uma metilação anormal do ADN, a qual contribui para a carcinogénese (Homann *et al.*, 2000).

2.1.2- Fatores não modificáveis

A **idade** é considerada o principal fator de risco imutável. A probabilidade de ter CCR aumenta com o da idade. Em ambos os sexos, a incidência começa a aumentar a partir dos 40 anos. Mas é, principalmente a partir dos 50 anos, que são efetuados cerca de 90% dos diagnósticos desta doença. A média de idade do diagnóstico é 65 anos. Como a população

mundial está a envelhecer, e sendo a idade um fator de risco perfeitamente identificado, é de prever um contínuo aumento nas próximas décadas. Apenas 12% dos tumores são diagnosticados após os 80 anos (Jemal *et al.*, 2007).

Os pacientes com **Diabetes Mellitus**, principalmente tipo II, apresentam um maior risco, devido ao estado de hiperinsulinémia que caracteriza os estádios iniciais desta patologia. Tal ocorre pelo facto de a insulina desempenhar um papel como fator de crescimento a nível da mucosa do cólon (Seow *et al.*, 2006).

O risco de CCR encontra-se aumentado, quando existem **antecedentes pessoais de pólipos** adenomatosos. Quanto maior for o número de pólipos existentes, quanto maior for o tamanho dos pólipos, principalmente > 1 cm, mais elevado é o risco de desenvolver CCR. A presença de displasia grave e uma arquitetura vilosa do pólipo também contribuem para o aumento desse risco. **Pessoas que já tiveram CCR**, embora tratado cirurgicamente e completamente removido, são mais propensas a desenvolver novos cancros em outras áreas do cólon e reto e quanto mais jovem for, maior a propensão (American Cancer Society, 2018).

A **Doença Inflamatória Intestinal** (DII), que envolve o cólon, constitui um risco aumentado para o CCR. Na colite ulcerosa (CU), há um maior risco, a partir da primeira década de curso da doença. Relativamente à doença de Crohn (DC), o risco encontra-se aumentado 2 a 5 vezes, quando comparado com a população geral. A doença inflamatória intestinal é diferente da síndrome do intestino irritável, que não aumenta o risco de CCR (American Cancer Society, 2018).

Relativamente à **história familiar** a maioria dos cancros colo-retais ocorre em pessoas sem histórico familiar de CCR. Ainda assim, 20% das pessoas que desenvolvem a doença têm outros membros da família que foram atacados pela mesma doença. Quando os familiares de primeiro grau (pais, irmãos ou filhos), são afetados pela doença, o utente tem um risco aumentado especialmente se o familiar teve a doença ainda jovem, menos que 45 anos, ou se mais que um parente de primeiro grau é afetado (American Cancer Society, 2018).

Cerca de 5% a 10% das pessoas que desenvolvem CCR herdaram mutações genéticas que causam a doença. As **síndromes hereditárias** mais comuns associadas ao CCR são: *polipose adenomatosa familiar* que corresponde à formação de centenas de pólipos no tubo digestivo, mas sobretudo no cólon e no reto. Se a polipose adenomatosa familiar não for tratada resulta em CCR, aproximadamente aos 40 anos de idade. *O CCR hereditário sem polipose (Síndrome de Lynch)*, é o tipo de cancro hereditário mais comum; representa cerca de 2% de todos os casos de CCR e resulta numa alteração num gene. Aproximadamente 3 entre 4 pessoas, com alteração do gene, desenvolvem cancro do cólon. Exemplos de outras síndromes

hereditárias associadas ao CCR: *síndrome de Gardner, síndrome de Turcot, síndrome de Peutz-Jeghers* (American Cancer Society, 2018).

Quanto à **etnia** as pessoas negras têm uma maior incidência de CCR, entretanto as razões para isso ainda não são compreendidas. Os judeus de origem europeia oriental têm um dos maiores riscos de CCR, quando comparados a qualquer outro grupo étnico do mundo (American Cancer Society, 2018).

3- PREVENÇÃO

É difícil estabelecer unanimidade quanto ao número de níveis de prevenção a distinguir. A posição mais abrangente, classifica a prevenção em cinco níveis (Almeida, 2005; Portal da saúde, 2008): **primordial, primária, secundária, terciária e quaternária.**

- **Prevenção primordial** - é o conjunto de atividades que têm como objetivo evitar o aparecimento e estabelecimento de modelos de vida social, econômica ou cultural que se relacionam com um elevado risco de doença.
- **Prevenção primária** - é a ação tomada para remover causas e fatores de risco de um problema de saúde individual ou populacional, visando diminuir a incidência da doença. Tem por objetivo a promoção de saúde e proteção específica.
- **Prevenção secundária** - é a ação realizada para detectar um problema de saúde em estágio inicial, muitas vezes em estágio subclínico, identificando qualquer desvio da normalidade, de forma a colocar o indivíduo na situação saudável. Aponta o diagnóstico, o tratamento e a limitação de danos.
- **Prevenção terciária** - é o conjunto de ações que visam reduzir a incapacidade de forma a permitir uma rápida reintegração do indivíduo na sociedade, aproveitando as capacidades remanescentes (reabilitação).
- **Prevenção quaternária** - é a detecção de indivíduos em risco de intervenções, diagnósticas e/ou terapêuticas excessivas para protegê-los da sobre medicalização ou dos "excessos preventivos" e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis.

No presente trabalho incide-se na prevenção primária e secundária, sendo compreensível a convergência na exploração e desenvolvimento deste conteúdo.

3.1- PREVENÇÃO PRIMÁRIA

A prevenção primária tem como objetivo diminuir a incidência da doença pela modificação dos fatores de risco, modificação de hábitos associados ao seu aparecimento. Para tal é necessário consciencializar a população a adotar e a manter estilos de vida saudáveis através de campanhas e de programas de educação para a saúde (Chan, & Giovannuci, 2010).

A educação para a Saúde é essencial em enfermagem. Os Enfermeiros fornecem informação compreensível relacionada com a saúde. A informação que os enfermeiros proporcionam capacita as pessoas para atingir níveis ótimos de saúde (Stanhope, Lancaster, 2011). A educação para a saúde mais do que informar, deve ter em conta as crenças, os valores, a cultura do indivíduo. O indivíduo deverá ter um papel ativo em todo o processo de educação.

“Educar as pessoas para a saúde é criar condições para as pessoas se transformarem, saberem o porquê das coisas. Mostrar-lhes que elas podem aprender e sensibiliza-las para a importância dos conhecimentos ligados com a sua saúde” (Carvalho, Carvalho, 2006: 19). A educação para a saúde permite que as pessoas tomem consciência do seu potencial para a manutenção da saúde, conseguindo aplicar uma análise crítica e, por conseguinte, fazer uma escolha fundamentada de comportamentos saudáveis. Na Educação para a Saúde a dimensão participativa das pessoas envolvidas é primordial. Esta assenta numa conceção holística (Carvalho, Carvalho, 2006).

É reconhecido que o enfermeiro detém um lugar privilegiado nos modelos de equipa pluridisciplinar e na educação para a saúde.

No CCR, a prevenção vai de encontro aos fatores de risco mutáveis (os quais já foram referidos anteriormente), na tentativa de os evitar ou suprimir.

Quanto ao estilo de vida, os indivíduos que evitam o fumo de tabaco, o abuso do álcool e que praticam regularmente atividade física, evitando o excesso de peso apresentam menor risco de cancro do cólon. Por isso, a implementação de medidas antitabagismo e o incentivo à prática de exercício físico para diminuir a taxa de obesidade são importantes para prevenção primária dos cidadãos (Pischon *et al.*, 2006).

Alimentos específicos associados à diminuição do CCR incluem frutas, legumes e verduras, pois contêm compostos como Vit A, C e E, selênio, folato, flavonoides, e ácido fólico (Singh e Fraser 1998; Leser e Soares, 2001). É provável que o efeito protetor possa resultar a partir de uma combinação de influências sobre vários percursores envolvidos na carcinogénese (American Institute for Cancer Research Fund, 2007). Alguns estudos mais recentes sugerem que o ácido fólico poderia contribuir para o crescimento de tumores já existentes. É necessário realizar mais investigação para se chegar a consenso (American Cancer Society, 2018).

Alguns estudos sugerem que a ingestão de grão integral é protetora contra alguns tipos de cancro, diabetes e também obesidade. Uma dieta rica em fibra leva à perda de peso, diminuição de lípidos e proteção antioxidante (Jacobs *et al.*, 1995; Rock, 2012; Slavin, 2004).

Larsson *et al.* (2005) examinaram a associação entre consumo de grãos integrais e o risco de desenvolver o CCR. O maior consumo de grãos integrais foi associado com um risco mais baixo de CCR, sugerindo uma diminuição do risco nesse grupo estudado. Em vários

artigos, de vários autores o fator mais importante a ser considerado é a quantidade de ingestão diária de grãos integrais. A indicação da comunidade científica é de que sejam ingeridos 30g/dia. Nos últimos anos, alguns estudos em grande escala, mantêm a confirmação desta associação. No entanto continua-se a realizar investigação sobre este assunto (American Cancer Society, 2018).

Os alimentos associados a baixo risco de cancro são os tipicamente incluídos na dieta mediterrânea. Essa dieta é caracterizada por um consumo alto de frutas, verduras, cereais e alimentos integrais, assim como peixe, e uma menor ingestão de carboidratos refinados e carne vermelha, devendo o azeite substituir gorduras saturadas (Fernandez *et al.*, 2006).

No que respeita à quimioprevenção ou prevenção farmacológica, diversos estudos têm vindo a ser desenvolvidos nesta área incluindo fármacos anti-inflamatórios não esteroides, hormonas pós-menopáusicas, contudo os resultados são ainda bastante controversos (American Cancer Society, 2018).

Alguns estudos também confirmam que a restrição calórica atrasa a senescência, prolonga a vida e diminui a incidência de neoplasias. A Sociedade Americana de Cancro (2018) o que aconselha é que se deve manter um peso saudável, evitando a gordura a nível abdominal, que é mais frequente nos homens.

A relevância do potencial de impacto das medidas de prevenção primária no controlo do cancro é consensual (Queiroz, 2003).

No que concerne ao CCR, estimativas apontam que este tipo de prevenção permitiu uma redução de 31,5% na incidência nos homens e de 18,4% nas mulheres (Forjaz, 2009).

O Programa Nacional para as Doenças Oncológicas (2017) menciona também que é consensual a importância da promoção de estilos de vida saudáveis, não obstante sabendo que estas atividades só têm efeitos a longo prazo.

3.2- PREVENÇÃO SECUNDÁRIA

A prevenção secundária baseia-se no rastreio da população, que consiste no diagnóstico da doença em estádios precoces, antes do aparecimento de sintomas e de manifestações clínicas (Queirós, 2003).

A razão principal para a deteção de uma doença pré-clínica é iniciar o tratamento numa fase precoce no desenvolvimento natural do cancro. Deste modo, o rastreio periódico pode levar à deteção precoce do cancro, num estágio curável ou à remoção completa de lesões pré-cancerosas, sendo que o exame de rastreio depende da condição do sujeito (Delgado *et al.*, 2006).

O rastreio é um termo lato que descreve qualquer método através do qual um vasto número de indivíduos assintomáticos pode ser testado quanto a uma doença específica (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2019).

Há dois tipos de rastreio distintos: o **populacional** no qual as pessoas em risco são convidadas a ser submetidas a rastreio e o **oportunista** quando se aproveita para sugerir a realização de rastreio a indivíduos que recorrem aos serviços de saúde por outro motivo; por exemplo, quando o médico, no decorrer da sua atividade clínica, procura detetar problemas (não obrigatoriamente relacionados com as queixas do doente) através de uma contínua atitude preventiva dirigida aos utentes da sua lista. De um modo geral, os programas de rastreio organizados são mais eficazes que os rastreios oportunistas, sendo mais económicos, geradores de menos iatrogenia, mais fáceis de avaliar e, se necessário, suspender (OMS, 2006).

No CCR os testes de rastreio permitem distinguir os indivíduos que apresentam maior probabilidade de desenvolver adenomas ou cancro do cólon em relação aos indivíduos que apresentam probabilidade reduzida, baseando-se na idade, história pessoal e familiar de cancro do cólon, adenomas prévios e antecedentes de doença inflamatória do intestino (Leslie *et al.*, 2002). Indivíduos que apresentem resultados alterados nos testes de rastreio são encaminhados para efetuarem testes mais específicos que confirmem ou não a presença de adenomas ou cancro do cólon (Queirós, 2003).

O que se pretende com o rastreio de cancro é primariamente reduzir a incidência de doença avançada e, conseqüentemente a incidência de mortalidade. O rastreio de CCR pode atingir este objetivo pela deteção de adenocarcinomas em estágio inicial e pela remoção dos pólipos adenomatosos. De fato, estima-se que quase 60% das mortes por CCR poderiam ser evitadas se fosse aplicado um rastreio habitual na população com mais de 50 anos (He, 2011).

O rastreio ao permitir diagnosticar e tratar os adenomas, lesão precursora, do CCR torna-se uma medida fortemente preventiva, reduzindo grandemente as taxas de incidência e mortalidade (Mendes, 2008).

Como visto anteriormente, na fisiopatologia do CCR, as suas características clínicas e histopatológicas tornam esta neoplasia particularmente adequada para ser rastreada. Uma vez que o adenocarcinoma tem origem, em cerca de 90% dos casos, em lesões precursoras benignas (adenomas), que podem surgir em qualquer parte do cólon. Como o processo de carcinogénese na mucosa é um processo longo, estima-se uma duração de período assintomático de CCR de pelo menos 10 anos, o que proporciona uma excelente janela de oportunidade para a deteção precoce do CCR (Melo, 2003).

A possibilidade deste rastreio está relacionada com o facto do CCR ser uma doença grave, com elevada prevalência e história natural longa e conhecida (Santo *et al.*, 2011)

Em resumo, podemos dizer que no CCR, a alta incidência, grupos de risco caracterizados e lesão precursora identificada, validam de forma incontestável os benefícios de um programa de rastreio (Mendes, 2008).

Ao organizar o rastreio, é necessário ter em conta diversos fatores. Um desses fatores são os grupos de risco e a Sociedade Portuguesa Endoscopia Digestiva (SPED, 2004), tendo em conta as recomendações internacionais, propõe uma estratificação da população em três grandes grupos de risco, uma vez que este é variável. Assim temos:

➤ **Risco Padrão:**

- Indivíduos assintomáticos com idade superior a 50 anos, sem outro fator de risco;
- Parente em 1º ou 2º grau, com CCR diagnosticado com idade >60 anos.
- Estes casos representam 70% a 75% dos casos de CCR.

➤ **Risco Aumentado:**

- Indivíduos com história **familiar** ou **pessoal** de pólipos ou CCR.
- Indivíduos com um parente em 1º grau com CCR diagnosticado antes dos 55-60 anos de idade;
- Indivíduos com dois parentes em 1º ou 2º grau do mesmo lado da família, com CCR diagnosticado em qualquer idade;
- Indivíduos com um parente em 1º grau com adenoma e idade < 60 anos.
- Integram também este grupo, os indivíduos com história pessoal de cancro do útero, mama e ovário.
- Este grupo contribui para 15% a 20% dos casos de CCR.

➤ **Alto Risco:**

- Indivíduos com Síndromes hereditários de Polipose Adenomatosa Familiar (1% dos casos de CCR);
- Indivíduos com Síndrome Lynch (5% dos casos de CCR);
- Indivíduos com doença inflamatória intestinal (colite ulcerosa ou doença de Crohn).

Devido às atuais tecnologias, outro fator a ter em conta no rastreio, é a variedade de opções de exames que são oferecidos para a sua realização.

3.2.1- Métodos de rastreio

Na **pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF)** devem ser utilizados os testes imunoquímicos. Estes testes são descritos, na maior parte dos estudos, como tendo superior sensibilidade e especificidade relativamente aos testes tradicionais (que se baseiam numa deteção com recurso ao “guaiaco”), havendo um aumento na deteção do CCR e adenomas (Let *et al.*, 2014).

A PSOF apresenta uma sensibilidade baixa para o despiste de adenomas com elevado número de falsos-negativos. Para além disso, um resultado positivo poderá estar relacionado com inúmeras causas como úlceras, diverticuloses, doença inflamatória intestinal, hemorroidas, entre outras. sendo estes doentes submetidos a pesquisas adicionais desnecessárias (Lansdorp, 2012).

Revisões sistemáticas avaliaram a eficácia da PSOF e verificaram uma redução significativa na mortalidade por CCR de 14/16% (Lansdorp, 2012).

A **sigmoidoscopia (SF)** apenas chega ao cólon sigmoide e porção distal do cólon descendente (50cm). A maioria dos adenomas e cancros localizam-se no colon esquerdo (cerca de 75%). No caso de se observarem pólipos ou lesões malignas é possível a sua remoção na mesma intervenção. Apesar da alta especificidade dos achados endoscópicos obtidos pela SF a sua sensibilidade para o cólon inteiro é baixa (Rawl *et al.*, 2012). Estima-se que se atinja uma redução das taxas de mortalidade por CCR de 60% a 85% (Mendes, 2008).

A **colonoscopia total (CT)**, constitui o *gold standard* no despiste das lesões alvo, permitindo o diagnóstico de mais de 25% das lesões não detetadas por outros métodos. A especificidade e a sensibilidade da colonoscopia para detetar pólipos e cancro são elevadas, sendo possível a sua remoção. Existem vários estudos que evidenciam a redução de 80% a 90% da incidência do CCR através da colonoscopia. No entanto, este exame apresenta uma série de desvantagens que o questionam como método de rastreio: elevado custo, necessidade de destreza técnica, baixa adesão da população, exigências da preparação intestinal e natureza invasiva do procedimento (Endonews, 2010).

O **enema baritado com duplo contraste** apesar de permitir a visualização de todo o cólon apresenta uma sensibilidade e especificidade muito inferior à colonoscopia (48%), mas consegue detetar até 50% dos pólipos de grande tamanho, sendo indicada na ausência de outros recursos.

Como vantagens, apresenta o facto de exigir uma preparação intestinal fácil e permitir a visualização de massas tumorais. Como desvantagens apresenta uma baixa sensibilidade para pequenas lesões inferiores a 1 cm. É necessária a realização colonoscopia se não se conseguir

visualizar adequadamente todo o cólon ou se for necessário realizar biópsia ou polipectomia (Rawl *et al.*, 2012).

Outros exames como a **colonografia por tomografia computadorizada** (colonoscopia virtual) e a **pesquisa de ADN nas fezes** são pouco utilizados.

Rastreio em Portugal do CCR

Para a implementação de um programa de rastreio de base populacional, torna-se fundamental a presença de alguns requisitos.

Segundo o manual do programa de rastreio de cancro do colon e reto do Algarve (2017), são eles:

- A doença representar um problema de saúde pública relevante;
- A história natural da doença ser longa e conhecida, podendo ser prevenida;
- Estarem disponíveis testes de rastreio que preenchem os requisitos exigidos;
- Os testes devem ser aceites pela população;
- Dispor de um tratamento curativo eficaz, sobretudo nos estádios mais precoces;
- Ter a garantia de existir capacidade de resposta dos serviços envolvidos;
- Deve verificar-se uma boa relação de custo-efetividade.

A *World Gastroenterology Organisation* (WGO) e *International Digestive Cancer Alliance* (IDCA), baseados em ensaios de alta qualidade, elaboraram diretrizes de modo a resultarem, a nível mundial, tão pertinentes e acessíveis quanto possível. Cada abordagem é diferente porque pretende levar em conta os recursos disponíveis e as preferências culturais e políticas do lugar. Uma diretriz mundial tenta fazer distinção entre as diferentes regiões e epidemiologias.

Em 2003, o Conselho da União Europeia (UE) convidou os Estados membros a introduzir uma triagem de CCR baseado na população, com programas de controle de qualidade. Várias hipóteses de rastreio foram divulgadas tendo em conta os recursos disponíveis e as políticas de cada país. As recomendações voltaram a ser expressas nos *guidelines* europeus dos rastreios oncológicos publicados em fevereiro de 2011.

Vários países Europeus, têm um rastreio do CCR implementado de base populacional, nomeadamente, a Holanda, o Reino Unido, a Itália, a Irlanda, a Croácia, a França e a Eslovénia (utilizam como teste primário a pesquisa de sangue oculto) (DGS, 2017).

Em Portugal, o rastreio, tem sido o objetivo prioritário nos vários Planos Oncológicos Nacionais e em 2012 até 2017 nas Orientações Programáticas do Programa Nacional para as Doenças Oncológicas da DGS.

Segundo a SPED (2019) em 2017, o Governo Português legislou finalmente no sentido da implementação de um programa de rastreio nacional de base populacional; e a Direção Geral de Saúde retirou, em conformidade, a norma do rastreio oportunístico do CCR.

O rastreio do cancro do cólon e reto foi implementado em 2009 na Região Centro. A ARS Centro integra 8 ACES dos quais 4 estão cobertos pelo rastreio do CCR.

Não estão cobertos pelo rastreio do cancro do cólon e reto os ACES: do Baixo Vouga e Cova da Beira e as ULS de Castelo Branco e Guarda.

Na região do Alentejo foi implementado em 2011. Apenas 1 dos 4 ACES está coberto pelo rastreio do CCR.

O rastreio do CCR foi implementado em dezembro de 2016 na ARS Norte, e circunscrito a 10 USF de 2 ACES.

Na ARS de Lisboa e Vale do Tejo o programa arranca em 2017 com uma fase-piloto em quatro USF da península de Setúbal e, gradualmente, integrará toda a população.

A ARS do Algarve, em 2017 iniciou o programa piloto no ACES Central, na UCSP de São Brás de Alportel e na USF da Ria Formosa Faro.

Na região autónoma dos Açores, o rastreio foi implementado em 2014 na Ilha do Faial. Posteriormente foi alargado, e no final de 2016 a cobertura geográfica é de 76% (PNDO, 2017; PNDO, 2014; Relatório de avaliação e monitorização de rastreios oncológicos, 2016)

Segundo o PNDO 2017 o rastreio do CCR é o de maior necessidade de investimento. Estão em evolução vários programas piloto espalhados nacionalmente, de modo a permitir o alargamento geográfico progressivo.

Pela observação da tabela todas as ARS seguem as mesmas diretrizes: PSOF pelo método de teste imunoquímico de Guaiaco de 2 em 2 anos, na população dos 50 aos 74 anos inclusive. Se resultado da PSOF positivo, seguir-se-á encaminhamento para a realização de colonoscopia. Se resultado de colonoscopia negativo, após 5 anos são convocados novamente para o rastreio. Isto para indivíduos com **risco padrão**.

Para indivíduos com **risco aumentado** com 1 parente em 1º grau com diagnóstico de CCR antes dos 60 anos, colonoscopia total a cada 5 anos a partir dos 50 anos ou 10 anos antes da idade mais jovem de diagnóstico do CCR (o que surgir primeiro). No caso de existirem dois parentes em 1º ou 2º grau do mesmo lado da família com CCR, deve-se considerar para além do que foi dito anteriormente, a oferta da PSOF em anos intercalares.

Indivíduos de **alto risco** devem ser orientados para centros de referência, como os cuidados de saúde secundários ou para rastreio genético.

Tabela 1: Características do Rastreio de Cancro do Cólon e Reto de Base Populacional

	ARS Norte	ARS Centro	ARSLVT	ARS Alentejo	ARS Algarve	RA Açores	RA Madeira
Teste Primário de Rastreio	PSO Teste Imunoquímico	PSOF	PSOF	PSO Teste Imunoquímico Quantitativo	PSOF	PSO Teste Imunoquímico	-
População Alvo	Homens e Mulheres 50 a 74 anos	Homens e Mulheres 50 a 74 anos*	Homens e Mulheres 50 a 74 anos	Homens e Mulheres 50 a 74 anos	Homens e Mulheres 50 a 74 anos	Homens e Mulheres 50 a 74 anos	-
Periodicidade	2 em 2 anos	2 em 2 anos	2 em 2 anos	2 em 2 anos	2 em 2 anos	2 em 2 anos	-
Data de Início do Programa	Dezº 2016	2009	2017	2011	2017	2014	-
Entidade Executora	ARS Norte	ARS Centro	ARS LVT	ARS Alentejo	ARS Algarve	COA	-

*Em julho de 2016 foi incluído mais um quinquénio na população alvo. Passou de 50-69 anos para 50 – 74 anos.
Fonte: ARS e COA

Segundo o Relatório de Avaliação e Monitorização de Rastreamentos Oncológicos, 2016, a taxa de cobertura geográfica do rastreio do cancro colon e do reto é de 16%. Assim o PNDO (2017) tem como meta para 2020 expandir a cobertura dos rastreamentos oncológicos de base populacional, a todo o território nacional e aumentar taxas de cobertura geográfica até 2020 (rastreio do cancro do colon e reto: 100%).

Existem, a funcionar, muitos rastreamentos oncológicos de carácter oportunístico que permitem o acesso ao rastreio em zonas onde este não existe, nomeadamente pelo facto de nalgumas zonas ser a única forma de acesso ao rastreio oncológico.

Houve aumento em 2016 do número de utentes convidados face a 2015 (+7.520) e no número de utentes rastreados (+ 3.889), mas, no entanto, houve uma diminuição da taxa de adesão (Tabela 2).

Tabela 2: Rastreio Cancro do Cólon e Reto - Portugal Continental 2014 - 2016

	2013	2014	2015	2016*
População Alvo Total*	3.005.574	3.034.700	3.068.119	3.068.119
População Excluída	300.557	303.470	306.812	306.812
População Total Elegível (PE)	2.705.017	2.731.230	2.761.307	2.761.307
População Elegível Total Anual (50% PE)	1.352.508	1.365.615	1.380.654	1.380.654
N.º Total Convocatórias Enviadas	24.185	22.187	24.535	32.055
N.º Total Uteses Rastreados	15.178	12.463	15.639	19.528
Taxa de Adesão Anual	62,80%	56,20%	63,70%	60,90%

Fonte: INE 2016 - Estimativas População residente (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013), Sexo e Idade; Anual.

4- ADESÃO AO RASTREIO

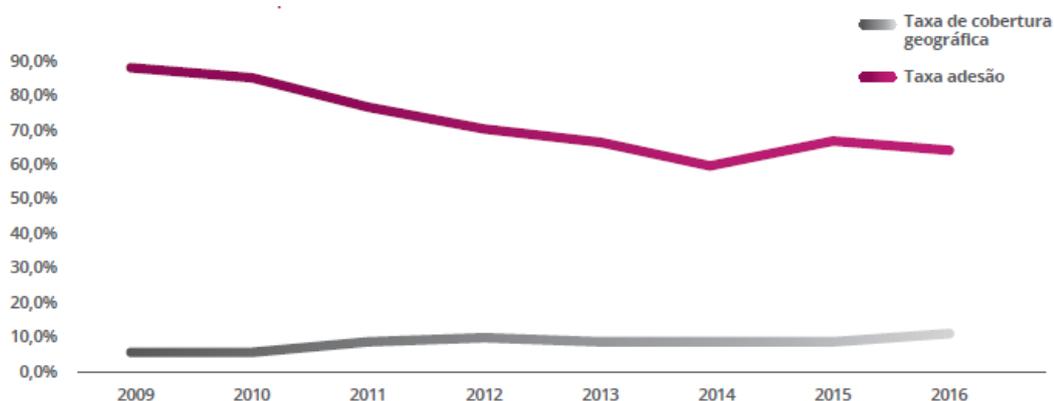


Gráfico 1: Evolução das taxas de cobertura geográfica e de adesão do rastreio do cancro do cólon e reto, em Portugal (2009-2016)

Fonte: DGS/ARS 2017

Este gráfico vem reforçar o que foi dito anteriormente. A taxa de adesão apesar de aumentar ligeiramente em 2015, volta a descer em 2016.

Indagaram-se estudos que investigaram os obstáculos ao rastreio do CCR e que podem ajudar a explicar porque é que as taxas de rastreio do CCR permanecem baixas.

Um estudo realizado na região Centro, por Almeida (2018) diz-nos 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; o nível de conhecimentos relativamente a fatores de risco e exames de rastreio é insuficiente e também há uma percentagem significativa de utentes que não realizou exames de rastreio devido à não recomendação médica.

Outro estudo realizado na região de Coimbra, por Ferreira (2014) fala-nos que as reduzidas taxas de adesão ao rastreio parecem dever-se essencialmente à baixa perceção de risco de desenvolver CCR e à não recomendação médica; referindo que os resultados deste estudo salientaram uma falha na prevenção primária e secundária.

Nunes (2012) num estudo que efetuou na região de Lisboa e Leiria chegou à conclusão que uma maior perceção de ‘Benefícios’ e ‘Gravidade Consequências’, receber uma recomendação médica e ter uma história familiar de CCR, constituem preditores significativos na adesão ao rastreio do CCR; por outro lado, os principais obstáculos face ao rastreio são desconforto associado aos exames e os custos monetários.

Forno (2012) fez um estudo na cidade do Porto, que denunciou uma grande carência de instrução dos portugueses acerca da definição, dos fatores de risco e dos exames de rastreio do CCR; mas por outro lado, 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; no entanto a percentagem de indivíduos que não realizou exames de rastreio (adesão) foi principalmente pela falta de recomendação. Os resultados mostraram de forma clara e inequívoca, a necessidade de interligação entre a saúde e a educação de modo a investir no conhecimento da população acerca do CCR e do seu rastreio.

Num estudo concretizado por Gomes (2013) a principal razão invocada pelos utentes, para a não adesão ao rastreio, foi a falta de aconselhamento pelo médico de família. A associação entre conhecimento e adesão, verificou-se neste estudo, assim um menor conhecimento dos utentes sobre CCR e rastreio torna-se uma barreira à sua realização. A barreira mais referida pelos médicos foi a não realização dos exames pelos utentes, após recomendação. No conhecimento, os médicos apresentaram falhas na idade para iniciar e finalizar o rastreio, bem como na frequência de realização de cada exame. Nenhum dos utentes inquiridos invocou o custo dos exames como razão para realizar ou não o rastreio do CCR.

Grou (2007) num estudo feito na região do Alentejo e Algarve conclui que as crenças de saúde não influenciam os comportamentos de adesão. O grupo de baixa adesão percebe relativamente às crenças de saúde mais obstáculos, maior vulnerabilidade, menos benefícios e menor gravidade, tem menor otimismo e menor satisfação com bem-estar e saúde; o grupo de elevada adesão percebe menos obstáculos, menor vulnerabilidade, maior gravidade e mais benefícios, tem maior otimismo perante a vida e maior satisfação com saúde e bem-estar.

O estudo feito aos beneficiários do subsistema de saúde Serviço de Assistência Médico Social (SAMS) por Pinto (2015) revelou que a amostra possui, de um modo geral, bons conhecimentos sobre os fatores de risco do CCR, conhece os exames de rastreio e tem uma atitude preventiva. Mostrou ainda uma significativa adesão aos exames de rastreio recomendados. Conclui que é necessário continuar o trabalho realizado pelos médicos (41,4%) e enfermeiros (15,5%) de planear e promover informação que ajude os beneficiários a aderirem a um programa de rastreio.

Numa revisão sistemática de Morais (2014) onde identifica as barreiras ao rastreio do CCR, chegou aos seguintes resultados:

Barreiras relacionadas com o utente

- Medo e ansiedade em relação ao rastreio (desconforto e a vergonha relacionado com a Colonoscopia);
- Falta de recomendação por parte do médico ou desconhecimento por parte do paciente (Os utentes não estão familiarizados com o rastreio, os médicos nunca falaram com eles sobre o assunto e nunca lho sugeriram);
- Ausência de sintomas (Os utentes admitem que o fato de não terem sintomas é uma razão para não serem rastreados);
- Perspetivas fatalísticas em relação a uma possível neoplasia (possível resultado de terem uma neoplasia, têm medo do cancro).

Barreiras relacionadas com os métodos de rastreio

- A colonoscopia envolve riscos e desconforto na sua realização. Outros métodos de rastreio têm uma menor especificidade.

Barreiras relacionadas com o médico

- Falta de confiança no médico (os utentes sentem mais segurança nos médicos com boa capacidade de comunicação);
- Outras razões (os médicos, não seguirem as orientações técnicas em vigor deve-se, a barreiras relacionadas com o paciente, com o sistema).

Barreiras identificadas pelo médico

- Os pacientes não procuram cuidados preventivos/ rastreio visto como não prioritário (Os utentes preocupam-se mais com a sua doença aguda);
- Comorbilidades (Quando se tem outras doenças, os rastreios ficam para segundo plano);
- Falta de tempo.

Barreiras relacionadas com o sistema de saúde

- Inadequada cobertura dos rastreios por parte das seguradoras (problema mais relacionado com os EUA, onde maior cobertura significa maiores taxas de rastreio);
- Escassez de tempo (grande volume de consultas e tempo limitado com cada utente);
- Dificuldade em obter uma consulta de rastreio (dificuldades do utente em aceder ao rastreio ou uma consulta para tal);
- Seguimento descontinuado (é importante para o utente ser seguido pelo mesmo medico de família, e haver respostas da gastroenterologia aos exames de rastreio).

Outro estudo organizado no Brasil por Silveira (2016) e dirigido a médicos vinculados a Unidades de Saúde da Família, demonstrou que apesar de estes conhecerem as diretrizes de rastreio do cancro, a análise das práticas referidas pelos entrevistados estava muito aquém daquilo que se preconizava. Como solução há que investir em estratégias de consciencialização dos profissionais de saúde (e não só os médicos) para o correto aconselhamento de educação para saúde e para exames de rastreio.

Num estudo realizado com Americanos Coreanos, por Jo, Wong & Bastani, (2008) verificaram que um dos principais fatores responsáveis pela adesão ao rastreio do CCR, é a recomendação médica.

Depois da leitura e reflexão sobre os resultados podemos concluir:

Fatores que dificultam a adesão ao rastreio do CCR

- Falta de recomendação médica;
- Falha na prevenção primária e secundária (falta de conhecimentos sobre fatores de risco, rastreio e risco de desenvolver CCR);
- Medo, ansiedade, desconforto;
- Não realização de exames pelo utente, após recomendação;
- Falhas de conhecimento por parte dos médicos relativamente ao rastreio (falha no cumprimento das diretrizes).

Fatores que facilitam a adesão ao rastreio do CCR

- Ter uma história familiar de CCR;
- Trabalho dos profissionais de saúde no sentido de planear e promover informação;
- Recomendação médica.

Como se lê anteriormente, existe uma concordância em que a falha na prevenção dificulta a adesão ao rastreio, ao passo que profissionais de saúde que promovam informação facilitam essa adesão. Os enfermeiros são membros ativos na equipa multidisciplinar, muitas vezes têm uma relação privilegiada com o utente, uma relação de proximidade. Esta é a posição ideal para desenvolver ações que visem aumentar a adesão dos utentes ao rastreio, disponibilizando-o em termos de acessibilidade e recomendação. Aumentar os conhecimentos sobre os benefícios e desmistificar falsas crenças. Utilizar a comunicação em saúde revela-se um pilar fundamental para o sucesso de qualquer ação de prevenção de risco e promoção da saúde influenciando assim, as decisões dos indivíduos. A empatia e a comunicação na relação interpessoal levam a que os utentes fiquem satisfeitos com os cuidados e mais recetivos a aderir ao que lhes é proposto.

Esta responsabilidade ainda fica acrescida quando se é enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, o qual deve participar na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde, introduzindo elementos de aperfeiçoamento na implementação e monitorização dos programas de saúde, neste caso do programa nacional para as doenças oncológicas (OE, 2018).

5- MÉTODOS

“A metodologia de investigação é uma disciplina proveniente da lógica e tem como objeto o estudo do método científico. Pode concluir-se que método ou processo científico é um conjunto de práticas utilizadas e ratificadas pela comunidade científica como válidas para a exposição e confirmação de uma dada teoria”.

(Vilelas, 2017: 56)

5.1- OBJETIVOS, QUESTÃO, HIPÓTESES E VARIÁVEIS DE INVESTIGAÇÃO

O sucesso dos programas de prevenção, implica a participação ativa da população. Para isso, é necessário que esta esteja preparada, o que pelos vistos não acontece relativamente ao rastreio do CCR. Sabe-se isto através das baixas taxas de adesão e dos vários estudos que o revelam. A adesão aos exames de rastreio possibilita a identificação do problema numa fase precoce, aumentando assim a probabilidade de cura. Deste modo, pretende-se que este estudo seja uma mais valia para a deteção dos comportamentos que levam a aderir ou não ao rastreio, para se poder atuar diretamente no cerne da questão, o que por sua vez irá possibilitar intervenções mais especializadas e eficazes, num público informado. Relacionado com isto surgiu a **questão**:

Quais os fatores que interferem na adesão ao rastreio do CCR?

Seguiu-se um conjunto de **objetivos** que procuram responder a algumas das inquietudes que esta problemática provoca:

1. Determinar a adesão ao rastreio de utentes com idades compreendidas entre os 50 e 74 anos, de duas UCSP's de um concelho da Beira Baixa;
2. Caraterizar o locus de controlo da saúde, de utentes com idades compreendidas entre os 50 e 74 anos, no que se refere ao rastreio do CCR;
3. Caraterizar as crenças em saúde, de utentes com idades compreendidas entre os 50 e 74 anos, no que se refere ao rastreio do CCR;
4. Avaliar os conhecimentos de utentes com idades compreendidas entre os 50 e 74 anos, no que se refere ao CCR;
5. Avaliar a influência das crenças de saúde, do locus de controlo de saúde, dos conhecimentos e das variáveis sociodemográficas e, na adesão ao rastreio do CCR.

Face aos objetivos descritos, formularam-se as **hipóteses** que pretendemos testar:

- As crenças de saúde, o locus de controlo da saúde e as variáveis (sociodemográficas, conhecimentos sobre CCR e rastreio) influenciam a adesão ao rastreio do CCR.
- A recomendação dos profissionais de saúde para a realização do rastreio do CCR e a existência de história familiar de CCR levam a uma maior adesão.

Neste estudo, pretende-se deste modo descrever as características da amostra e estabelecer relação com o fenómeno (adesão ao rastreio), através das **variáveis**:

Variável dependente

- Adesão ao rastreio

Variáveis independentes

- Sociodemográficas (Idade, Sexo, Estado Civil, Habilitações académicas e Profissão);
- Conhecimentos sobre cancro, CCR e rastreio;
- As crenças de saúde e o locus de controlo da saúde.

Operacionalização das variáveis

Idade - Esta variável foi operacionalizada em anos completos no momento em que é aplicado o questionário. Foi utilizada uma pergunta aberta onde o indivíduo coloca a sua idade em anos.

Sexo - É uma variável nominal onde foi elaborada uma questão dicotómica com duas possibilidades de resposta (feminino ou masculino).

Estado civil - É uma variável nominal onde se utiliza uma pergunta aberta para conhecer o estado civil do indivíduo. Assumiu como opções de resposta: Solteiro/a; casado/a ou a viver em união de facto; Divorciado/a ou separado/a; Viúvo/a (Baseado no Censos 2011; INE, 2013).

Habilitações académicas - Nesta variável ordinal foi elaborada uma pergunta fechada de resposta única com os seguintes itens: 1º Ciclo, 2º e 3º Ciclo, Secundário, Superior e Outro. No item outro segue-se uma pergunta aberta onde o indivíduo coloca outra habilitação que possua (Baseado no Censos 2011; INE, 2013).

Profissão - Constitui uma variável nominal onde foi utilizada uma pergunta aberta a fim de conhecer a profissão (Baseado na classificação portuguesa das profissões, 2010; INE, 2011).

As restantes variáveis são operacionalizadas na secção recolha de dados, aquando da descrição do questionário.

5.2- DESENHO DO ESTUDO

Desenhou-se um estudo de natureza quantitativa e de caráter descritivo, correlacional e transversal, onde o principal objetivo é descrever as características da população ou fenómeno em estudo e estabelecer relações entre variáveis. Permite a recolha de dados observáveis e mensuráveis com vista a descrever essas relações. Isto garante resultados precisos sem distorções de análise e interpretação (Duarte, 2008).

5.3- AMOSTRA

A população alvo é constituída pelos utentes que frequentam as consultas de enfermagem de duas UCSP de um concelho da Beira Baixa com idades compreendidas entre os 50 e 74 anos (inclusive). Como critérios de exclusão definiram-se todos os utentes que tiveram ou têm CCR e que têm doença inflamatória intestinal ou síndrome hereditários. A amostra deve ser representativa do todo e homogénea e o seu tamanho deve ser considerado para que os resultados não sejam distorcidos. A amostra foi constituída por 115 participantes e selecionada através de um método não probabilístico por conveniência.

5.4- RECOLHA DE DADOS

Foi realizado um pré-teste a 10 utentes, para avaliar a aceitabilidade, compreensão dos itens e estrutura do questionário. Depois do preenchimento, pediu-se aos inquiridos a sua opinião, as dúvidas e o que gerou confusão, procedendo-se às respetivas alterações.

Os dados foram reunidos durante os meses de março a dezembro de 2020, através da aplicação desse questionário a utentes que frequentavam as consultas de enfermagem, em duas UCSP de um concelho da beira baixa. Os participantes foram recrutados pela autora com a ajuda das colegas das UCSP, a qual se apresentou e informou do propósito e dos objetivos da investigação, da confidencialidade e anonimato das informações fornecidas. Explicou-se que a participação era voluntaria e solicitou-se o consentimento informado no início do preenchimento do questionário de autopreenchimento.

5.5- INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Depois da aplicação do pré-teste, chegou-se ao **questionário** ([Apêndice V](#)) que a seguir se apresenta, o qual é constituído por cinco partes:

Uma **primeira parte** que consiste na elaboração de questões para a recolha de dados sociodemográficos.

Na **segunda parte** inquire-se relativamente a conhecimentos sobre cancro e cancro do colon e do reto. É avaliada a sabedoria que os participantes detêm destes temas através de três perguntas com respostas de escolha múltipla, podendo dar mais que uma resposta. Uma última pergunta com possibilidade de resposta “sim” ou “não”.

Quanto à **terceira parte** são colocadas questões sobre a adesão ao rastreio. Feita uma primeira pergunta com possibilidade de resposta “sim” ou “não”, relativamente á possibilidade de sugestão de realização de exame de rastreio do CCR. São avaliados os saberes relativamente aos exames e benefícios do rastreio do CCR com perguntas de resposta múltipla, podendo dar mais que uma resposta. Seguem-se perguntas para avaliar os comportamentos de adesão ao rastreio com uma pergunta com possibilidade de resposta “sim” ou “não”, onde os participantes referem se já realizaram um exame de rastreio. De acordo com a resposta anterior, são dadas múltiplas opções de resposta, justificando o que os levou a aderir ou não ao rastreio.

Para quantificar o nível de conhecimentos sobre CCR e rastreio e utilizando o método de Rézeau (2008), numa pergunta com resposta múltipla e com várias opções (existindo 5 perguntas com estas características) seguiram-se as seguintes regras:

- Para cada escolha correta: deu-se uma pontuação igual a 100 dividido pelo número de escolhas corretas;
- Para cada escolha incorreta: deu-se uma pontuação igual a -100 dividido pelo número de escolhas incorretas.

Desta forma retiramos pontos às respostas corretas que têm simultaneamente respostas incorretas até atingir zero, mas não dando pontuação negativa.

Com a pontuação obtida, pode possuir a seguinte classificação:

0 a 20 pontos - Muito fraco;

21 a 49 pontos - Fraco;

50 a 69 pontos - Suficiente;

70 a 89 pontos - Bom;

90 a 100 pontos -Muito Bom.

Na **quarta parte** aplica-se a Escala de Crenças de Saúde em relação ao Cancro Colo-rectal. Este modelo foi desenvolvido para explicar a incapacidade das pessoas para participarem em programas que visavam prevenir ou evitar doenças. Os comportamentos de saúde são definidos pela perceção que o individuo tem da probabilidade de ter uma doença em particular (Patrão, 2002).

Consiste numa adaptação para a Língua Portuguesa (Tapadinhas & Nunes, 2011) da escala original desenvolvida por Jacobs (2002). É uma escala tipo Likert, com 36 questões, que mede uma resposta positiva ou negativa face a uma afirmação da seguinte forma: 1- Discordo totalmente, 2 – Discordo parcialmente, 3 – Não concordo nem discordo, 4 – Concordo parcialmente, 5 – Concordo totalmente. A escala é constituída por 6 subescalas: Vulnerabilidade (5 itens), Gravidade (8 itens), Benefícios (6 itens), Obstáculos (5 itens), Motivação para a Saúde (7 itens) e Confiança (5 itens).

Os itens vão no sentido positivo, o resultado surge da soma dos itens, logo quanto mais alta for a pontuação obtida nas subescalas, mais elevadas serão as crenças relacionadas com a vulnerabilidade, gravidade, benefícios, motivação para a saúde e confiança relativamente à adesão ao rastreio. No entanto quanto **menores os obstáculos**, maior é a probabilidade de desenvolver a ação (Sheeran, Conner & Norman, 2001), ou seja, quanto menor a pontuação na subescala obstáculos, maior a adesão ao rastreio.

Tabela 3: Distribuição dos itens pelas subescalas Crenças de Saúde

Subescalas Crenças de Saúde	Itens
Vulnerabilidade	1; 2; 3; 4; 5
Gravidade – Processamento Cognitivo	6; 7; 8; 19
Gravidade – Consequências	9; 10; 11; 12
Benefícios	13; 14; 15; 16; 17; 18
Obstáculos	20; 21; 22; 23; 24
Motivação	25; 26; 27; 28; 29; 30; 31
Confiança	32; 33; 34; 35; 36

Segue-se na **quinta parte** a Escala Multidimensional Locus de Controlo da Saúde, que consiste numa adaptação para a Língua Portuguesa (Tapadinhas & Nunes, 2011) da escala original desenvolvida por Rodriguez-Rosero, Ferriani e Coleta (2002). É uma escala tipo Likert que mede uma resposta positiva ou negativa face a uma afirmação da seguinte forma: 1- Concordo totalmente, 2 – Concordo parcialmente, 3 – Não concordo nem discordo, 4 – Discordo parcialmente, 5 – Discordo totalmente. A escala é composta por 3 subescalas: Internalidade (6 itens) - (perceção de que o sujeito controla e é responsável pela saúde), Externalidade – Outros Poderosos (6 itens) – (perceção de que os seus familiares, amigos e profissionais de saúde detêm o controlo da sua saúde) e Externalidade – Acaso (6 itens) – (Perceção de que a sua saúde depende do acaso, sorte ou destino).

Tem como objetivo avaliar as crenças que possuem sobre o controlo da sua saúde. Cada dimensão tem 6 itens, resultando num total de 18 itens. Apesar de as três subescalas poderem correlacionar-se, avaliam tipos de LC distintos e, por isso, não existe uma pontuação total. Os

resultados obtêm-se através da média dos 6 itens de cada dimensão, sendo que, quanto menor a média, maior a crença de que essa dimensão controla a saúde. Será de esperar que as pessoas com a dimensão internalidade dominante, (em que os acontecimentos são consequência das suas ações, ou seja, o seu comportamento está relacionado com o seu estado de saúde), possam aderir mais facilmente ao rastreio.

Tabela 4: Distribuição dos itens pelas subescalas Locus Controlo da Saúde

Subescalas Locus de Controlo da Saúde	Itens
Interno	1; 6; 8; 12; 13; 17
Externo outros poderosos	3; 5; 7; 10; 14; 18
Externo acaso	2; 4; 9; 11; 15; 16

5.6- PROCEDIMENTOS ÉTICOS

“Investigar é necessário, mas é preciso ter cuidado para não interferir no direito e na dignidade das pessoas. O investigador deve ser honesto consigo e com os outros” (Vilelas, 2017: 424).

Neste contexto foi realizado um pedido de autorização formal ao Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração da ULS ([Apêndice I](#)), ao Exmo. Sr. Diretor Executivo do ACES ([Apêndice II](#)) e à comissão de Ética da ULS ([Apêndice III](#)), para a aplicação de um questionário aos utentes que frequentam as consultas de enfermagem em duas USCP da Beira Baixa, garantindo uma participação voluntária e a confidencialidade das respostas.

Antes da aplicação do questionário foi garantido o consentimento informado ([Apêndice IV](#)) a todos os participantes da amostra garantido a confidencialidade dos dados. Os pedidos foram aprovados ([Anexo I](#)) por todas as entidades a quem foram dirigidos.

Foi feito o pedido formal de autorização à autora para aplicação das escalas que se usaram no questionário, sendo dada uma resposta positiva ([Anexo II](#))

5.7- TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Após a recolha de dados, procede-se ao tratamento e organização dos mesmos, pretendendo-se chegar a toda a informação numérica resultante da investigação. Portanto calculam-se frequências absolutas e relativas e medidas de localização central (média e mediana), e medidas de dispersão (Desvio Padrão). Para isso os dados serão analisados com ajuda do programa *Statiscal Package for Social Sciences* (SPSS), versão 26.

Para avaliar a confiabilidade das escalas utilizadas, utilizou-se o Alfa de Cronbach que mediu a consistência interna das mesmas e das suas dimensões. Itens isolados ou conjuntos de

itens devem produzir resultados consistentes no tempo e no espaço ou com inquiridos diferentes. O alfa varia entre 0 e 1, com $\alpha=1$ a refletir uma correlação perfeita entre as subescalas e um alto grau de consistência interna (Field, 2009).

Antes de proceder à análise correlacional e inferencial testou-se a normalidade da distribuição das variáveis numéricas (contínuas) utilizando o teste de Kolmogorov-Smirnov e o teste de Shapiro-Wilk. Permitem ver se a distribuição como um todo se desvia de uma distribuição normal modelo (Pereira-Maxwell, 2018). Uma vez que existem variáveis cuja distribuição viola o princípio da normalidade, optou-se, no teste de hipóteses, pelos testes não paramétricos.

Tabelas de contingência são usados para resumir a associação entre duas variáveis categóricas. As linhas representam os diferentes níveis de uma das variáveis (geralmente, exposição ou tratamento) e as colunas os diferentes níveis da outra variável (geralmente, o estado da doença ou resultado). As células contêm as frequências observadas resultantes da tabulação cruzada das duas variáveis. Essas células são mutuamente exclusivas, onde cada observação pode estar em uma e apenas uma das células (Pereira-Maxwell, 2018).

Utilizou-se o teste do Qui quadrado para averiguar se a frequência absoluta observada de uma variável é significativamente diferente da distribuição da frequência absoluta esperada, ou seja, quando se quer estudar a dependência entre duas variáveis através, por exemplo de uma tabela de contingência (Field, 2009). No presente estudo utilizou-se para estudar as dependências das variáveis sexo, estado civil, habilitações académicas com adesão ao rastreio.

Foi necessário aplicar o Teste exato de Fisher que desempenha a mesma função de um teste qui-quadrado. Útil como uma alternativa quando um teste qui-quadrado gera um problema com frequências esperadas inferiores a cinco. O teste de qui-quadrado oferece probabilidades por aproximação enquanto o teste de Fisher dá probabilidades exatas (Pereira-Maxwell, 2018). Este teste foi utilizado nas variáveis: história familiar e adesão ao rastreio.

Aplicou-se o teste de Mann-Whitney que é um teste de significância que é efetuado para comparar dois grupos em relação à distribuição de uma variável quantitativa ou ordinal. O teste é uma alternativa não paramétrica ao teste t de amostras independentes e é indicado quando as premissas de normalidade não podem ser encontradas (Pereira-Maxwell, 2018). Recorreu-se a este teste para comparar as escalas de crenças de saúde e locus de controlo com a adesão ao rastreio.

Utilizou-se um nível de significância de 0,05 para todos os testes estatísticos realizados.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

O presente estudo, será processado através da estatística descritiva e da estatística inferencial.

6- ANÁLISE DESCRITIVA

6.1- CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA

6.1.1- Caraterização sociodemográfica

Foram inquiridos 115 indivíduos, entre os 50 e 74 anos, sendo a média de idade da amostra de 59 anos com um desvio padrão de 6. Relativamente ao sexo, existe um predomínio significativo do sexo feminino com 72,2%, correspondendo somente 27,8% ao sexo masculino. A maior parte dos inquiridos eram casados ou a viver em união de facto (79,8%), representando mais de $\frac{3}{4}$ da amostra. Os restantes estados civis têm percentagens próximas, representando menos de $\frac{1}{4}$ dos indivíduos. Existe um predomínio de indivíduos que possuem ensino superior com 38,6%, estando o ensino secundário muito próximo (32,5%). Os indivíduos detentores do 1º ciclo, 2º e 3º ciclo representam menos de metade dos anteriores. As profissões mais expressivas são os professores (18,8%), reformados (15,2%) e administrativos (8,9%), (Tabela 5).

Tabela 5: Caraterização sociodemográfica

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	83	72,2
Masculino	32	27,8
Estado Civil		
Solteiro/a	8	7,3
Casado/a ou a viver em união de facto	87	79,8
Divorciado ou separado	8	7,3
Viúvo/a	6	5,5
Habilitações Académicas		
1º Ciclo	14	12,3
2º e 3º Ciclo	19	16,7
Secundário	37	32,5
Superior	44	38,6

	\bar{X}	M	DP	Máx.	Mín.
Idade	59	58	6	74	50

\bar{X} = Média; M= Mediana; DP= Desvio padrão; Min.= Mínimo; Máx.= Máximo.

Em síntese, a amostra em estudo é constituída maioritariamente por mulheres, com uma média de idade de 59 anos, casadas ou a viver em união de facto, possuindo ensino superior e exercendo a profissão de professoras ou sendo reformadas.

6.1.2- Conhecimentos sobre cancro e cancro do colon e do reto

Quais os cancros mais frequentes em Portugal?

Quanto a esta pergunta, podendo ser seleccionada mais que uma opção, grande parte das respostas (91) apontaram para o cancro da mama (79,1%), seguindo-se o cancro do colon e reto com 63 respostas (54,8%) e o cancro do pulmão, com 53 respostas (46,1%); só aparecendo em quarto lugar, o cancro da próstata (38,3%), (Tabela 6).

Tabela 6: Cotação atribuída quanto aos conhecimentos sobre os cancros mais frequentes

	n	%
Pâncreas	18	15,7
Colon e Reto	63	54,8
Próstata	44	38,3
Pulmão	53	46,1
Mama	91	79,1
Rim	3	2,6

Quais os cancros que mais pessoas matam em Portugal?

Quanto aos cancros mais mortíferos os participantes apontaram para o cancro do pulmão, com 59 respostas (51,3%) e aparecendo muito próximos, figura o cancro do pâncreas com 50 respostas (43,5%) e o cancro do colon e reto com 49 respostas (42,6%), (Tabela 7).

Tabela 7: Cotação atribuída aos conhecimentos quanto aos cancros mais letais

	n	%
Pâncreas	50	43,5
Colon e reto	49	42,6
Próstata	16	13,9
Pulmão	59	51,3
Mama	45	39,1
Rim	1	0,9

No cancro do colon e do reto, quais os fatores de risco associados ao seu aparecimento?

Para a amostra, os fatores de risco que mais contribuem para o aparecimento do CCR, são a existência se história familiar de CCR (61,7%), dieta rica em gorduras e carne vermelha (56,5%), infecção intestinal (41,7%), ingestão de bebidas alcoólicas em excesso (40,0%), excesso de peso (31,3%), fumar (29,6%) e baixa atividade física (25,2%), (Tabela 8).

Tabela 8: Cotação atribuída aos conhecimentos sobre fatores de risco

	n	%
Fumar	34	29,6
Dieta rica em gorduras e carne vermelha	65	56,5
Baixa atividade física	29	25,2
História familiar de cancro do colon e do reto	71	61,7
Hipertensão arterial	5	4,3
Infeção intestinal	48	41,7
Excesso de peso	36	31,3
Dieta rica em frutas e cereais	0	0,0
Ingestão de bebidas alcoólicas em excesso	46	40,0
Anemia	1	0,9

Teve ou tem algum familiar com cancro do colon ou do reto?

Dos inquiridos, só 23 (20,4%), têm história familiar de CCR; para os restantes 90, isto não se verifica (79,6%), (Gráfico 2).

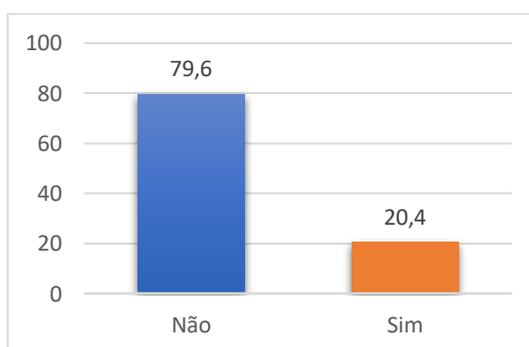


Gráfico 2: História familiar de CCR

6.1.3- Adesão ao rastreio

A realização de um exame de rastreio do cancro do colon e do reto já lhe foi sugerido por algum profissional de saúde?

Dos participantes, a 44 (38,3%) já foi sugerido a realização de um exame de rastreio, sendo que 71 (61,7%), nunca recebeu essa sugestão, (Tabela 9).

Tabela 9: Distribuição da amostra quanto à sugestão da realização de exame de rastreio

	n	%
Não	71	61,7
Sim	44	38,3

Se sim, qual o profissional?

Quanto ao profissional de saúde que fez essa sugestão, aparece o médico de família com 33, realizando a maior parte das sugestões (84,6%). Uma pequena parte foi efetuada pelo médico de outra especialidade que aparece com 4 sugestões (10,3%) e pelo enfermeiro com 2 sugestões (5,1%), (Gráfico 3).

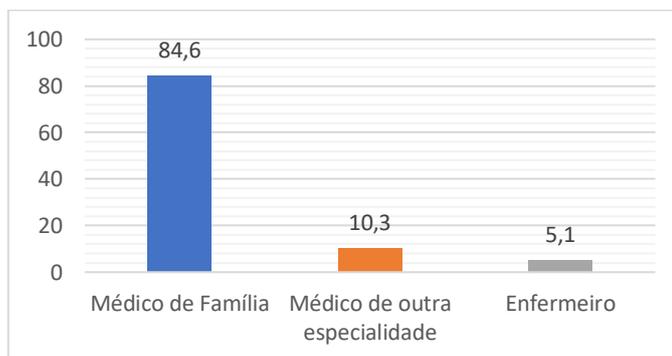


Gráfico 3: Cotação por profissional

Quais os exames que podem ser utilizados no rastreio do cancro do colon e do reto?

Como exames de rastreio do CCR, os mais mencionados foram a colonoscopia com 105 respostas (91,3%) e a PSOF com 78 repostas (67,8%). A análise do sangue aparece com alguma expressão (13,9%). Pouco selecionada aparece a sigmoidoscopia (6,1%) e o enema baritado com duplo contraste é praticamente desconhecido (1,7%), (Tabela 10).

Tabela 10: Cotação atribuída aos conhecimentos sobre exames de rastreio

	n	%
Pesquisa de sangue oculto nas fezes	78	67,8
RX	4	3,5
Colonoscopia	105	91,3
Análise do sangue	16	13,9
Sigmoidoscopia	7	6,1
Enema baritado com duplo contraste	2	1,7

Quais os benefícios de participar no rastreio do colon e do reto?

Dos benefícios apontados na participação do rastreio do CCR, surge o “saber mais cedo que tem a doença e trata-la” com 95,7% das respostas. “Remover pólipos” (33,9%) também é apontado como um benefício e como consequência a “menor probabilidade de vir a ter cancro” foi selecionada só 16,5%, (Tabela 11).

Tabela 11: Cotação atribuída aos benefícios do rastreio

	n	%
Saber mais cedo que tem a doença e tratá-la	110	95,7
Morrer mais rápido	0	0,0
Remover pólipos	39	33,9
Saber que tem uma doença que não pode ser curada	1	0,9
Menor probabilidade de vir a ter cancro	19	16,5

Já realizou alguma vez um exame de rastreio do cancro do colon e do reto?

Da amostra estudada, 38,3% (44 indivíduos) já realizou um exame de rastreio, ao invés 61,7% nunca participou no rastreio (71 indivíduos), (Gráfico 4).

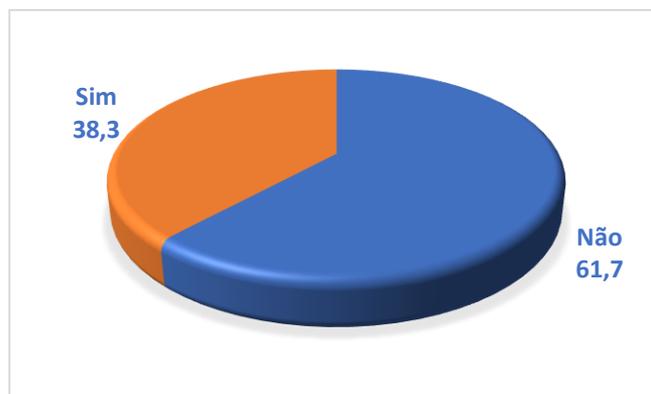


Gráfico 4: Distribuição da amostra segundo a adesão ao exame de rastreio

Se sim, o que o levou a realizar o exame de rastreio?

Dos indivíduos que já realizaram um exame de rastreio a “recomendação medica ou de outro profissional” assume um papel importante com 87,8%, conduzindo o participante a aderir. “Ter um familiar com CCR” e “profissionais de saúde que sensibilizaram para o CCR e seu rastreio” tiveram alguma contribuição, 17,1% e 14,6% respetivamente, mas com uma influencia muito menor, (Tabela 12).

Tabela 12: Distribuição da amostra segundo o motivo da realização do exame de rastreio

	n	% válida	% total
Ter um familiar com cancro do colon ou do reto	7	17,1	6,1
Profissionais de saúde que promoveram e sensibilizaram para o cancro do colon e do reto e seu rastreio	6	14,6	5,2
Revistas ou outros meios de comunicação que alertaram e disponibilizaram informação sobre rastreio	0	0,0	0,0
Recomendação médica ou de outro profissional de saúde	36	87,8	31,3

Se sim, que exame realizou?

É notório que a colonoscopia surge como o exame de eleição (82,5%) da amostra, aparecendo a PSOF (17,5%) com uma expressão muito menor, (Tabela 13).

Tabela 13: Distribuição da amostra segundo o exame de rastreio realizado

	n	% válida	% total
PSOF	7	17,5	6,1
Colonoscopia	33	82,5	28,7

Se não, o que o impediu de participar no rastreio?

Os participantes que ainda não realizaram um exame de rastreio, apontam como principal causa, com 62%, a “Falta de recomendação por parte do médico ou outro profissional de saúde”. Outra causa com alguma expressividade e que revela uma opinião errada acerca do rastreio é “Não necessitar, por não ter sintomas”, com 33.8%. Também o “Ao longo dos anos nenhum profissional de saúde falou da importância do rastreio” (29,6%) e “Medo e ansiedade em relação aos exames” (25,4%) aparecem como causas com algum peso, (Tabela 14).

Tabela 14: Distribuição da amostra segundo o motivo da não realização de rastreio

	n	% válida	% total
1-Falta de recomendação por parte do médico ou outro profissional de saúde	44	62	38,3
2-Ao longo dos anos nenhum profissional de saúde falou da importância do rastreio	21	29,6	18,3
3-Não saber as causas, a prevenção, nem a gravidade do cancro colo retal	3	4,2	2,6
4-Não necessitar, por não ter sintomas	24	33,8	20,9
5-Não ter risco de desenvolver cancro colo retal	2	2,8	1,7
6-Medo de ter cancro	4	5,6	3,5
7-Medo e ansiedade em relação aos exames	18	25,4	15,7
8-Não confiar nos profissionais de saúde	0	0,0	0,0
9-O rastreio não é prioritário, prioritário é tratar as doenças	0	0,0	0,0
10-Falta de tempo	4	5,6	3,5
11-Não conseguir ter uma consulta medica	3	4,2	2,6
12-Dificuldades monetárias	1	1,4	0,9

Utilizando o método de Rézeau (2008) descrito anteriormente, procede-se à avaliação dos conhecimentos sobre o CCR e rastreio (nas cinco questões de resposta múltipla).

Apresentando o somatório de todas as perguntas para cada participante a maior parte obteve uma classificação de Fraco (66,1%), sendo que 22,6% obteve uma classificação de Suficiente. Houve ainda classificações de Muito fraco (11,3%) e somente uma pessoa obteve a classificação de Bom. Pode-se constatar que a maioria dos participantes tem conhecimentos fracos (66,1%). (Tabela 15).

Tabela 15: Cotação atribuída aos conhecimentos sobre cancro, CCR e rastreio

	n	%
Muito bom	0	0
Bom	1	0,9
Suficiente	25	21,7
Fraco	76	66,1
Muito fraco	13	11,3
Total	115	100

Em síntese, da amostra em estudo foi sugerido só a 38,3% a participarem no rastreio, sendo esta sugestão feita pelo médico de família (84,6%). Também só 38,3% (a mesma percentagem), já aderiu ao rastreio, realizando como exame a colonoscopia (82,5%). O que levou os inquiridos a aderir foi a recomendação médica ou de outro profissional (87,8%) e o

facto de ter um familiar com CCR (17,1%). Os que não aderiram apontam como causa a falta de recomendação por parte do médico ou de outro profissional de Saúde (62%) e não necessitarem, por não ter sintomas (33,8%). No que concerne aos conhecimentos sobre CCR e rastreio, muitos inquiridos responderam bem a 1 ou 2 fatores de risco do CCR, exames de rastreio, benefícios do rastreio e aos cancros mais frequentes e que mais matam em Portugal. No entanto, nessas mesmas questões, para além de selecionarem itens corretos também selecionaram itens incorretos, o que levou a que a maioria da amostra obtivesse conhecimentos fracos (66,1%).

6.1.4- Escala crenças da saúde em relação ao cancro colo-retal

O estudo da escala, a análise da sua consistência interna, a confiabilidade da escala, deve refletir o construto que está a ser avaliado. A maneira padrão de estudar a confiabilidade é fundamentado na ideia de que itens individuais devem gerar resultados consistentes em toda a escala. O Alfa de *Cronbach* é a medida mais comum de confiabilidade. Embora o valor comumente aceite de 0,8 seja adequado para testes cognitivos, para testes de habilidade considera-se 0,7 o mais apropriado. Relativamente aos construtos psicológicos, valores abaixo de 0,7 podem ser esperados, por causa da variedade de construtos que são avaliados (Kline, 1999).

Determinados os índices de Alfa de *Cronbach*, verifica-se que a consistência interna da escala no global, é boa ($\alpha=0,839$).

O Alfa de *Cronbach* indica uma boa consistência interna nas subescalas Vulnerabilidade (0,878), Gravidade-Processo cognitivo (0,812), Motivação (0,843), Confiança (0,855) e Benefícios (0,771) e revela uma consistência razoável nas subescalas Obstáculos (0,689), e Gravidade-consequências (0,547).

Análise das dimensões da escala

A seguir, apresenta-se de forma descritiva, como os participantes se distribuem e posicionam nas respetivas subescalas e na escala total.

Verificando a pontuação média obtida nas diferentes dimensões (Tabela 16) observa-se que valores mais altos foram obtidos a nível da Motivação e Benefícios com valores equivalentes ($\bar{X}=4,12$), seguido da Confiança ($\bar{X}=3,92$). A amostra em estudo mostra uma noção de motivação para manter a saúde, preocupando-se com ela; compreende os benefícios da adesão ao rastreio do CCR; e tem confiança no controlo da sua Saúde. A Gravidade-processamento cognitivo ($\bar{X}=3,07$) e Gravidade-consequências ($\bar{X}=3,00$) aparecem com valores

muito próximos, denotando que a amostra sente uma ligeira intimidação das complicações do CCR. Com valores mais baixos aparece os Obstáculos ($\bar{X}=2,81$), que significa, como o valor é baixo, que muitas das barreiras são ultrapassadas pelos participantes, facilitando a adesão ao rastreamento. A Vulnerabilidade ($\bar{X}=2,58$) figura com o valor mais baixo apontando para uma falta de inquietação com a probabilidade de contrair o CCR.

Tabela 16: Distribuição dos resultados nas várias dimensões da escala Crenças de Saúde

	\bar{X}/DP	Mín.	Máx.
Vulnerabilidade	2,58 ($\pm 0,80$)	1,00	4,20
Gravidade – Processamento Cognitivo	3,07 ($\pm 1,19$)	1,00	5,00
Gravidade – Consequências	3,00 ($\pm 0,72$)	1,00	4,75
Benefícios	4,12 ($\pm 0,68$)	2,00	5,00
Obstáculos	2,81 ($\pm 0,83$)	1,00	4,75
Motivação	4,12 ($\pm 0,76$)	1,00	5,00
Confiança	3,92 ($\pm 0,93$)	1,00	5,00
Total Escala	3,47 ($\pm 0,43$)	2,25	4,33

\bar{X} = Média; DP= Desvio padrão; Min.= Mínimo; Máx.= Máximo.

Em síntese, os participantes têm crenças elevadas na motivação e confiança para manter e controlar a sua saúde, uma crença nos benefícios de adesão ao rastreamento alta, e baixa crença nos obstáculos face ao rastreamento. A gravidade das complicações e a vulnerabilidade de contrair CCR inquietam um pouco a amostra. No geral será apropriado declarar que a amostra tem uma percepção para evitar doenças e crenças que facilitam a adesão ao rastreamento.

6.1.5- Escala multidimensional locus controlo da saúde

O estudo desta escala também passa pela análise da sua consistência interna, da sua homogeneidade utilizando o Alfa *Cronbach*.

O alfa de *Cronbach* da escala na sua totalidade é de 0,587, revelando uma fraca consistência.

A subescala do locus Interno apresenta um valor ligeiramente mais alto (0,608), sendo os valores das restantes subescalas ainda mais baixos. Isto pode ser explicado por Kline (1999) que refere que quando se trata de variáveis psicológicas, valores abaixo de 0,7 podem ser esperados, devido à variedade de construtos que são avaliados.

Análise das dimensões da escala

Procede-se também à respetiva descrição da escala e subescalas, no sentido de examinar diferenças significativas.

Observando as dimensões da escala, e a pontuação média obtida em cada uma, a que predomina é o Locus externo – Outros poderosos ($\bar{X}=2,69$), revelando que os participantes aceitam que os seus familiares, amigos e profissionais de saúde se envolvam no controlo da sua saúde. Também percebem que têm alguma responsabilidade pela sua saúde, Locus interno ($\bar{X}=2,72$). No entanto, não concordam que a sua saúde depende do acaso ou da sorte, Locus externo-acaso ($\bar{X}=3,40$), (Tabela 17).

Tabela 17: Distribuição dos resultados nas várias dimensões da escala Locus Controlo da Saúde

	\bar{X}/DP	Mín.	Máx.
Locus interno	2,72 ($\pm 0,70$)	1,17	4,50
Locus externo – Outros poderosos	2,69 ($\pm 0,70$)	1,00	4,00
Locus externo – Acaso	3,40 ($\pm 0,76$)	1,50	5,00

\bar{X} = Média; DP= Desvio padrão; Mín.= Mínimo; Máx.= Máximo.

Em síntese, os inquiridos não aceitam que a sua saúde está dependente da sorte, pelo contrário acreditam que os seus familiares, profissionais de saúde e eles próprios são responsáveis pelo controlo da sua saúde. A amostra com estas características tem potencial a aderir mais facilmente ao rastreio.

7- ANÁLISE INFERENCIAL

Testou-se a normalidade da distribuição das respostas em cada uma das dimensões da escala Crenças de Saúde (Tabela 18) e de Locus Controlo da Saúde (Tabela 19) através do teste de Kolgomorov-Smirnov. Verificou-se que ambas as escalas apresentam dimensões que violam o princípio da normalidade ($p < 0,05$).

Assim, a análise que se segue recorrerá a testes estatísticos não paramétricos, que não exigem o respeito pela normalidade da distribuição.

Tabela 18: Normalidade da distribuição nas dimensões da escala Crenças de Saúde

Dimensões	Z	p
Vulnerabilidade	0,147	< 0,001
Gravidade – Processamento Cognitivo	0,141	< 0,001
Gravidade – Consequências	0,093	0,015
Benefícios	0,113	0,001
Obstáculos	0,075	0,142
Motivação	0,164	< 0,001
Confiança	0,126	< 0,001

Tabela 19: Normalidade da distribuição nas dimensões da escala Locus de Controlo da Saúde

Dimensões	z	p
Locus interno	0,064	0,200*
Locus externo – Outros poderosos	0,122	< 0,001
Locus externo – Acaso	0,075	0,150

As hipóteses colocadas anteriormente, são as seguintes:

- As crenças de saúde, o locus de controlo da saúde e as variáveis (sociodemográficas, conhecimentos sobre CCR e rastreio) influenciam a adesão ao rastreio do CCR.
- A recomendação dos profissionais de saúde para a realização do rastreio do CCR e a existência de história familiar de CCR levam a uma maior adesão.

Seguidamente para analisar a primeira hipótese que foi colocada, procura-se examinar os seguintes tópicos:

Crenças de saúde e adesão ao rastreio

Comparando a pontuação das diferentes dimensões da escala de crenças em saúde,

através do teste de Mann-Whitney (Tabela 20), verificamos diferenças significativas nos níveis de motivação e de confiança entre os utentes que aderiram ao rastreio e os que não aderiram. Os participantes que aderiram a apresentarem maior motivação (4,37 vs 3,97; $p = 0,005$) e maior confiança (4,40 vs 3,62, $p < 0,001$). Não se observaram diferenças significativas nas restantes dimensões.

Tabela 20: Comparação das distribuições Subescalas (Crenças de Saúde) em relação à Adesão ao rastreio

	Adesão ao rastreio		<i>p</i>
	Não	Sim	
Vulnerabilidade	2,48	2,72	0,059
Gravidade – Processamento Cognitivo	3,03	3,15	0,525
Gravidade – Consequências	3,04	2,93	0,493
Benefícios	4,05	4,23	0,283
Obstáculos	2,87	2,73	0,434
Motivação	3,97	4,37	0,005
Confiança	3,62	4,40	< 0,001

Locus de controlo e adesão ao rastreio

Aplicando o teste de Mann-Whitney constata-se que não existem diferenças significativas a nível de qualquer uma das dimensões do Locus de Controlo da Saúde entre os participantes dos dois grupos em análise:

- A pontuação do locus interno foi de 2,70 nos participantes que não aderiram e 2,74 nos que aderiram ($U=1510,5$; $W=4066,5$; $p=0,766$);
- A pontuação do Locus externo outros poderosos, foi também $2,70 \pm 0,64$ nos não aderentes e $2,64$ nos aderentes ($U= 1557,5$; $W= 2547,5$; $p=0,979$);
- Em relação ao locus externo acaso, a pontuação foi mais alta que nas restantes dimensões, com os participantes que não aderiram ao rastreio a situar-se nos $3,33$ e a dos que aderiram a situar-se nos $3,52$ ($U=1352,5$; $W= 3909,5$; $p=0,229$).

Nível de conhecimentos sobre CCR e rastreio e adesão ao seu rastreio

Aplicando o teste de Mann-Whitney verifica-se que, participantes com maior pontuação a nível dos conhecimentos sobre CCR e rastreio aderem mais ao rastreio (Gráfico 5). Os participantes que aderiram ao rastreio apresentaram um nível de conhecimentos de $39,96 \pm 15,31$ pontos, enquanto que os que não aderiram apresentaram pontuação de $33,83 \pm 12,53$ pontos ($U = 1158$; $W = 3714$; $p = 0,020$).

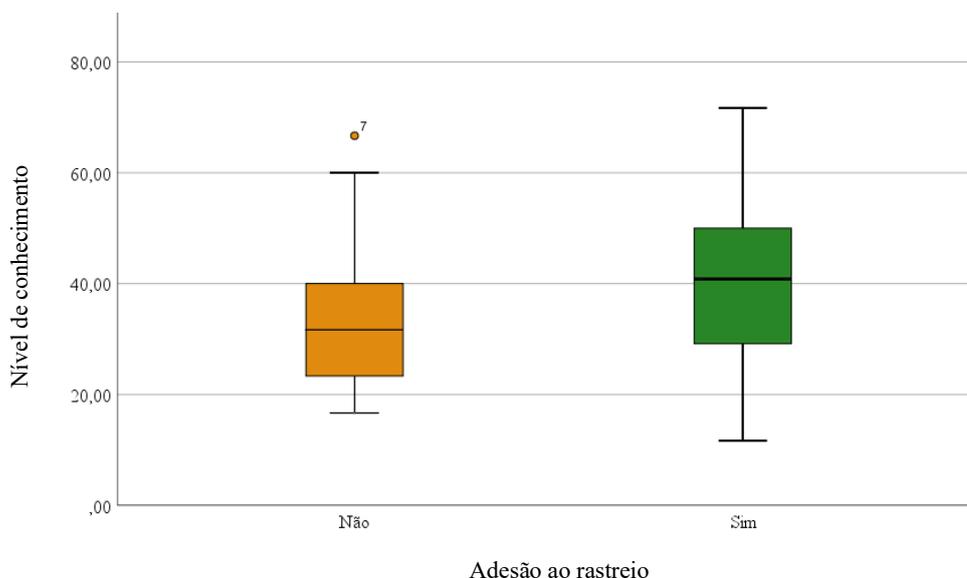


Gráfico 5: Comparação das distribuições Nível de conhecimento de acordo com a Adesão ao rastreio

Idade e adesão ao rastreio

A idade dos participantes que aderiram ao rastreio era 60 ± 6 anos e dos participantes que não aderiram era 59 ± 5 anos. Recorrendo mais uma vez ao teste de Mann-Whitney, verificamos que esta pequena variação na idade entre aderentes e não aderentes não possui significado estatístico ($U = 1230,5$; $W = 3715,5$; $p = 0,149$).

Sexo e adesão ao rastreio

Analisando a tabela 21 verificamos que, tal como já foi referido, o género feminino é predominante nesta amostra. Este género, em termos absolutos, apresenta também maior frequência de adesão ao rastreio. Contudo a análise estatística inferencial, através do teste de Qui-Quadrado de *Pearson*, permite afirmar que a adesão ao rastreio é independente do sexo [$\chi^2_{(1)} = 1,393$; $p = 0,286$; $N = 115$].

Tabela 21: Comparação das distribuições sexo de acordo com a Adesão ao rastreio

		Adesão ao rastreio		Total	<i>p</i>
		Não	Sim		
Sexo	Masculino	17	15	32	0,286
	Feminino	54	29	83	
Total		71	44	115	

Estado civil e adesão ao rastreio

O estado civil predominante, como já vimos, são casados ou em união de facto (Tabela 22). Este estado é também o que, em termos absolutos, apresenta maior adesão ao rastreio do CCR. Contudo, aplicando o teste de Qui-Quadrado de *Pearson*, por simulação de Monte Carlo (efetuada porque apenas 25% das células esperam uma contagem superior a 5) podemos afirmar que a adesão ao rastreio é independente do estado civil [$\chi^2_{(3)} = 7,331$; $p = 0,056$; $N = 109$].

Tabela 22: Comparação das distribuições Estado civil de acordo com a Adesão ao rastreio

		Adesão ao rastreio			<i>p</i>
		Não	Sim	Total	
Estado Civil	Solteiro/a	3	5	8	0,056
	Casado/ união de facto	54	33	87	
	Divorciado ou separado	8	0	8	
	Viúvo/a	3	3	6	
Total		68	41	109	

Habilitações académicas e adesão ao rastreio

Utilizando o teste de Qui-Quadrado de *Pearson*, pode-se afirmar que a adesão ao rastreio depende do nível académico [$\chi^2_{(3)} = 10,101$; $p = 0,018$; $N = 114$]. Na tabela 23 apresentamos as frequências observadas e as esperadas para cada nível académico, bem como os resíduos estandardizados ajustados. Verifica-se que: nos indivíduos do **2º e 3º ciclo que aderiram ao rastreio** e nos indivíduos **com nível secundário que não aderiram ao rastreio**, o valor dos resíduos é superior a 1,96, o que segundo Pestana e Gageiro (2008: 133) significa que apresentam um “comportamento significativamente superior ao esperado”. Ou seja, indivíduos com 2º e 3º ciclo tendem a aderir ao rastreio, ao invés dos indivíduos de nível secundário, que tendem a não aderir.

Tabela 23: Comparação das distribuições Habilitações académicas em relação à Adesão ao rastreio

		Adesão ao rastreio						Total		<i>p</i>
		Não			Sim					
		Contagem	Contagem esperada	Resíduos ajustados	Contagem	Contagem esperada	Resíduos ajustados	Contagem	Contagem esperada	
Habilitações académicas	1º Ciclo	7	8,6	-0,9	7	5,4	0,9	14	14	0,018
	2º e 3º Ciclo	7	11,7	-2,4	12	7,3	2,4	19	19	
	Secundário	29	22,7	2,6	8	14,3	-2,6	37	37	
	Superior	27	27	0	17	17	0	44	44	
	Total	70	70		44	44		114	114	

Para testar a segunda hipótese, analisaram-se os seguintes conteúdos:

História familiar e adesão ao rastreio

Para avaliar se a adesão ao rastreio do CCR tem relação com a história familiar recorreu-se ao Teste Exato de Fisher.

Observou-se que, apesar do número de participantes com história familiar de CCR a aderir ao rastreio ser superior ao esperado, essa diferença não possui significado estatístico ($p=0,051$ para um teste bilateral).

Tabela 24: Distribuição da história familiar de acordo com a adesão ao rastreio

		Adesão ao rastreio				Total	<i>p</i>
		Não		Sim			
História Familiar	Não	Contagem	Contagem Esperada	Contagem	Contagem Esperada	90	0,051
	Sim	61	56,5	29	33,5		
Total	10	14,5	13	8,5	113		

Recomendação dos profissionais de saúde e adesão ao rastreio

Para avaliar se a realização de um exame de rastreio do CCR tem relação com a recomendação dos profissionais de saúde utilizou-se novamente o Teste Exato de Fisher.

Observou-se que, o número de participantes a aderir ao rastreio é superior ao esperado quando existe recomendação dos profissionais de saúde ($p<0,001$ para um teste bilateral) pelo que se aceita a hipótese de a adesão ao rastreio é influenciada pelas recomendações dos profissionais de saúde.

Tabela 25: Distribuição da recomendação dos Profissionais de saúde de acordo com a Adesão ao rastreio

		Adesão ao rastreio				Total	
		Não		Sim		Contagem	Contagem Esperada
Recomendação dos profissionais de saúde	Não	Contagem	Contagem Esperada	Contagem	Contagem Esperada	71	71
	Sim	64	43,8	7	27,2		
	Total	7	27,2	37	16,8	115	115

Em resumo, na amostra os que aderiram ao rastreio detinham mais conhecimentos sobre CCR e rastreio, possuíam ensino superior ou o 2º e 3º ciclo de escolaridade e na escala Crenças de Saúde apresentam maior crença na Confiança e Motivação. Demonstrou-se também que a recomendação dos profissionais de saúde influencia de forma significativa a adesão. As restantes variáveis analisadas para os inquiridos, não exercem influência na adesão ao rastreio.

8- DISCUSSÃO DE DADOS

A adesão ao rastreio é a variável dependente do estudo, assumindo assim particular importância, podendo ser influenciada por diversos fatores.

Neste estudo a adesão ao rastreio é baixa, em 115 participantes só 44 (38,3%) o fizeram. Em consonância temos vários estudos onde isto aconteceu: Nunes (2012) num estudo feito em Lisboa e Leiria, com adesão de 31%; Santo *et al.* (2011) em Vila do Conde com 24,6%; Forno (2012) num estudo na cidade do Porto, com apenas 0,9%; Yusoff *et al.* (2012), num estudo na Malásia com um reduzido 0,7% e um artigo na Turquia de Tastan *et al.* (2013) com 30,7%. Em contrapartida existem estudos em que as taxas são muito satisfatórias: o estudo feito aos beneficiários do subsistema de saúde SAMS por Pinto (2015) mostrou uma significativa adesão aos exames de rastreio recomendados; num estudo concretizado por Gomes (2013) a taxa de adesão foi de 49,1%; Mansouri *et al.* (2013) no Reino Unido com 76% a aderir e Von Wagner *et al.* (2009) com 62% a aderir num estudo em Inglaterra.

Provavelmente a adesão é baixa, porque foi sugerido só a 38,3% a participarem no rastreio, sendo esta sugestão feita pelo médico de família (84,6%). Demonstrou-se que a recomendação dos profissionais de saúde influencia de forma muito significativa a adesão, comprovada pela opinião dos inquiridos que quando questionados, mencionam que a sua adesão se deve fundamentalmente à recomendação médica, podendo dizer que a amostra a considera como um dos fatores mais importantes na adesão. Os que não aderiram, referem que isso resulta da falta dessa recomendação. Este resultado é corroborado em várias investigações: Para Nunes (2012), receber uma recomendação médica constitui um preditor significativo na adesão ao rastreio do CCR; para Forno (2012) a percentagem de indivíduos que não realizou exames de rastreio (adesão) foi principalmente pela falta de recomendação; para Gomes (2013) a principal razão invocada pelos utentes, para a não adesão ao rastreio, foi a falta de aconselhamento pelo médico de família; Pinto (2015) mostrou uma significativa adesão aos exames de rastreio recomendados; Almeida (2018) diz que os utentes não realizaram exames de rastreio devido à não recomendação médica; Jo, Wong & Bastani, (2008) verificaram que um dos principais fatores responsáveis pela adesão ao rastreio do CCR, é a recomendação médica; ainda outros exemplos (Yusoff *et al.* (2012); Fagan *et al.* (2011); Wong *et al.* (2013).

Outro fator que pode ser responsável pela baixa adesão, são os conhecimentos sobre CCR e rastreio, pois a maioria da amostra demonstrou conhecimentos fracos (66,1%).

Muitos inquiridos responderam bem a 1 ou 2 fatores de risco do CCR, exames de rastreio, benefícios do rastreio e aos cancros mais frequentes e que mais matam em Portugal. No entanto, nessas mesmas questões, para além de selecionarem itens corretos também selecionaram itens incorretos. Através do teste de Mann-Whitney verificou-se que, em média, participantes com maior pontuação a nível dos conhecimentos sobre CCR e rastreio aderiram mais ao rastreio. Isto demonstra a necessidade de investimento nesta área. Segundo o PNDO (2017: 20) “A necessidade de informação é crescente, mais pormenorizada, mais circunstanciada e mais atualizada. O envolvimento dos cidadãos no debate e nas decisões é também essencial sendo crítica a promoção da literacia.” É necessário por parte dos profissionais de saúde mais empenho em alertar e sensibilizar a população para a problemática. Por outro lado, não deixa de ser pertinente que a população não se responsabilize pela sua saúde, possuindo poucos conhecimentos, numa altura em que são bombardeados por informação. Outros estudos apontam para o mesmo, como Almeida (2018) que menciona que o nível de conhecimentos relativamente a fatores de risco e exames de rastreio é insuficiente; Forno (2012) denunciou uma grande carência de instrução dos portugueses acerca da definição, dos fatores de risco e dos exames de rastreio do CCR; Gomes (2013) diz que nos conhecimentos, os médicos apresentaram falhas na idade para iniciar e finalizar o rastreio, bem como na frequência de realização de cada exame; para Silveira (2016) como solução há que investir em estratégias de consciencialização dos profissionais de saúde (e não só os médicos) para o correto aconselhamento de educação para saúde e para exames de rastreio. Bardach *et al.* (2012) declaram que os entrevistados demonstraram deficiências de conhecimento significativas sobre as recomendações de rastreio; Jones *et al.* (2010) falam de falta de informação, pouca documentação na literatura, baixa autoestima. Existe um estudo em Portugal em que se verifica o oposto, Pinto (2015) revelou que a amostra possui, de um modo geral, bons conhecimentos sobre os fatores de risco do CCR, conhece os exames de rastreio e tem uma atitude preventiva; demonstrando que as coisas podem resultar.

Relativamente às variáveis sociodemográficas a amostra em estudo é constituída maioritariamente por mulheres, com uma média de idade de 59 anos, casadas ou a viver em união de facto, possuindo ensino superior e exercendo a profissão de professoras ou sendo reformadas. Através da análise inferencial, é possível afirmar que a adesão ao rastreio é independente do idade, género e estado civil. Quanto à **idade** há investigações que o corroboram, Von Euler-Chelpin *et al.* (2010), num estudo na Dinamarca relatam que não houve variação sistemática na participação entre os grupos de idade; Grou (2007) revela que existe uma correlação estatisticamente significativa negativa entre idade e o comportamento de adesão. Com resultados diferentes aparece Santo *et al.* (2011) em que o aumento da idade se

relacionou com uma maior realização do rastreio; Nunes (2012) observa que a idade é a única variável que influencia significativamente a adesão; Fagan *et al.* (2011) alegam que as variáveis demográficas significativamente associadas ao aumento do rastreio incluíram idade acima de 60 anos. Quanto ao **gênero** também Nunes (2012) especifica que o gênero não influencia o rastreio; Grou (2007) conclui que o gênero não influencia o comportamento de adesão; Santo *et al.* (2011) reportam que a relação gênero e adesão perdeu relevância estatística. Ao contrário, Von Euler-Chelpin *et al.* (2010) descrevem que houve uma tendência de maior participação entre as mulheres do que entre os homens; Martini (2011) relatam que existe influência de acordo com o gênero, sendo superior nas mulheres; Frederiksen *et al.* (2010) dizem que adesão foi significativamente maior em mulheres do que em homens. Quanto ao **estado civil**, igualmente Nunes (2012) especifica que este não influencia o rastreio; Santo *et al.* (2011) reportam que a relação entre estado civil e adesão não tem relevância estatística. De modo diferente, no estudo de Von Euler-Chelpin *et al.* (2010) ocorreu uma propensão de maior participação entre os casados em oposição aos não casados.

No que diz respeito às **habilitações acadêmicas**, utilizando o teste de Qui-Quadrado de *Pearson*, confirmou-se que a adesão ao rastreio depende do nível acadêmico, sendo maior no ensino superior, seguido do 2º e 3º ciclo, tendo estes um comportamento significativamente superior ao esperado. Ou seja, indivíduos com 2º e 3º ciclo tendem a aderir ao rastreio, ao invés dos indivíduos de nível secundário, que tendem a não aderir. Frederiksen *et al.* (2010) aludem que a adesão também aumentou com o aumento do nível de educação; Fagan *et al.* (2011), declaram que a variável significativamente associada ao aumento da adesão incluí a educação universitária; Arnold *et al.* (2012) indicam que os participantes com baixo nível de alfabetização (menos de um nível do 9º ano) eram menos propensos do que aqueles com alfabetização adequada a aderir ao rastreio. De forma dissemelhante Gomes (2013), menciona que não há relação entre o nível de escolaridade e a adesão ao rastreio; assim como Nunes (2012) que não estabelece relação entre escolaridade e adesão.

No que se refere à escala Crenças de Saúde, os participantes têm crenças elevadas na Motivação e Confiança para manter e controlar a sua saúde, uma crença alta nos Benefícios de adesão ao rastreio, e baixa crença nos Obstáculos face ao rastreio. A Gravidade-processamento cognitivo e Gravidade-consequências, aparece com valor intermedio, denotando que a amostra sente uma ligeira intimidação das complicações do CCR. As crenças na Vulnerabilidade são baixas, apontando para uma falta de inquietação com a probabilidade de contrair o CCR. Através do teste de Mann-Whitney apurou-se que os participantes que aderiram ao rastreio apresentam maior crença na Confiança e Motivação, com valores mais altos nestas duas dimensões. Para Nunes (2012), embora exista relação entre a Escala Crenças de Saúde e adesão,

isto acontece em dimensões diferentes: a percepção de ‘Obstáculos’ é menor nos indivíduos que já realizaram um exame de rastreio, do que os indivíduos que ainda não realizaram nenhum exame. Através da regressão logística, verifica que indivíduos que apresentam uma maior percepção de Benefícios e Gravidade Consequências apresentam uma maior probabilidade de adesão ao rastreio do CCR. Arnold *et al.* (2012) embora não verifiquem se existe relação entre Crenças e adesão, apuraram que a maioria dos participantes tinham crenças positivas sobre os Benefícios da adesão do CCR e os que mostravam baixo nível de alfabetização tinham mais Barreiras percebidas e menos Confiança. Por outro lado, Grou (2007) conclui que as crenças de saúde não influenciam os comportamentos de adesão.

Na Escala multidimensional locus controlo de saúde, analisando as dimensões da escala, a que predomina é o Locus externo- Outros poderosos, revelando que os participantes aceitam que os seus familiares, amigos e profissionais de saúde se envolvam no controlo da sua saúde. Também percecionam que têm alguma responsabilidade pela sua saúde, Locus interno. No entanto, não concordam que a sua saúde depende do acaso ou da sorte, Locus externo-acaso. Anteriormente verificou-se que os participantes mencionaram que a sua adesão ao rastreio se deve fundamentalmente à recomendação médica, isto vai de encontro aos resultados obtidos na Escala, (dimensão predominante Locus externo- Outros poderosos). Aplicando o teste de Mann-Whitney conclui-se que não existem diferenças significativas a nível de qualquer uma das dimensões do Locus de Controlo da Saúde entre os participantes que aderiram e não aderiram ao rastreio. Nunes (2012) utilizou a Escala Locus de Controlo, não a relacionando com a adesão, mas sim, com a formação académica e a recomendação médica. Somente para a subescala ‘Locus Interno’ se verificaram diferenças estatisticamente significativas, pois sujeitos com valores elevados nesta escala apresentam um nível de formação académica superior e receberam recomendação médica para a realização de um exame de rastreio.

Da amostra só (20,4%) dos participantes têm história familiar de CCR. Através do teste do qui-quadrado observou-se que, apesar do número de participantes com história familiar de CCR a aderir ao rastreio ser superior ao esperado, essa diferença não possui significado estatístico. Isto vai de encontro aos resultados obtidos na Escala Crenças de Saúde, onde os participantes têm baixas crenças na vulnerabilidade, à probabilidade de contrair e ao quanto podem estar suscetíveis ao CCR. Para Nunes (2012) a probabilidade de adesão a um exame de rastreio do CCR aumenta exponencialmente em indivíduos com história familiar de CCR. Para Tam *et al.* (2011) a adesão foi maior para aqueles com história familiar positiva.

CONCLUSÃO

Numa vontade de procura e de ir sempre mais além, vai-se construindo a ciência, a partir de conhecimentos que vão surgindo e se vão enquadrando nos já existentes.

Fazendo uma reflexão sobre o estudo realizado, sobre as conclusões que se podem retirar dos resultados obtidos, alcançaram-se algumas respostas e outras continuam em aberto, indo algumas de encontro à bibliografia existente, outras sendo contraditórias.

Neste trabalho procurou-se relacionar a adesão ao rastreio do cancro colo-retal e as possíveis variáveis que pudessem influenciar essa adesão.

Começou-se pela análise descritiva, conseguindo informação sobre a amostra. Com base nesta informação prosseguiu-se para a análise inferencial, onde se testaram as hipóteses e se encontraram os seguintes resultados:

Na amostra **os que aderiram ao rastreio** detinham mais conhecimentos sobre CCR e rastreio, possuíam ensino superior ou o 2º e 3º ciclo de escolaridade e na escala Crenças de Saúde apresentam maior crença na Confiança e Motivação.

Demonstrou-se também que a recomendação dos profissionais de saúde influencia de forma muito significativa a adesão. As restantes variáveis analisadas (idade, sexo, estado civil, história familiar e Escala Locus Controlo da Saúde) para os inquiridos, não exercem influência na adesão ao rastreio.

Este último resultado, veio confirmar, informações que se tinham obtido na análise descritiva: de 115 participantes, 44 (38,3%) fizeram um exame de rastreio. Dos participantes, a quem já foi sugerido a realização de um exame de rastreio, essa sugestão foi feita maioritariamente pelo médico de família (84,6%). Os que aderiram, fizeram-no essencialmente devido à a recomendação médica ou de outro profissional (87,8%). Os que não aderiram apontam como causa a falta dessa recomendação.

Estes resultados revelam uma falha na prevenção primária e secundária. Revelam uma lacuna essencialmente a nível da enfermagem, pois são os profissionais mais bem colocados para fazer ensinamentos e alertar para a necessidade dos rastreios. O enfermeiro deve ser o elo de ligação entre os utentes e as políticas de rastreio, que por vezes não estão bem definidas. É papel e dever do enfermeiro ajudar e informar, sensibilizar e responsabilizar, recorrendo a técnicas de *empowerment* passando o Locus de Controlo para o doente. Glaus & Rieger, (2006: 171) referem que “quando o enfermeiro recomenda um rastreio a um indivíduo, existe uma maior

probabilidade de adesão a esse mesmo rastreio”, o que reflete a posição privilegiada na relação que temos com o doente.

Nos cuidados de saúde primários deveria haver mais investimento, mais profissionais e meios. Equipas mais ativas, mais empáticas, com atitude preventiva e que facilitam a acessibilidade aos serviços de saúde. Cabe aos cuidados de saúde primários estar mais atentos a todos os fatores, no sentido de serem agentes de mudança (atendendo ao facto que o número de enfermeiros especialistas em Enfermagem comunitária está a aumentar).

Para que os resultados do estudo tenham implicações para a prática, estes foram divulgados junto das entidades interessadas. Houve uma reunião com as enfermeiras gestoras das duas UCSP e onde estava presente também o diretor executivo do ACES. Os resultados não foram supressa para os presentes, apresentando como justificação o facto do rastreio ser oportunístico. Referiram que o rastreio do CCR passou a ser de base populacional a partir de 2020, mas devido à situação de pandemia, o programa ainda não arrancou. Mencionaram que iriam alertar os restantes profissionais para os resultados.

Entretanto nestas UCSP, em agosto de 2021, foi sugerido um programa de recuperação de rastreios: rastreio do cancro do colo do útero e rastreio do CCR, ao qual os profissionais aderiram. As redes estão lançadas, agora cabe ao enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, que deve participar na promoção e implementação das atividades constantes nos programas de saúde (rastreio do CCR), facilitar a ligação: as pessoas precisam de saber o porquê das coisas, para tomarem consciência do seu potencial e assim fazerem escolhas fundamentadas.

Com pequenos gestos pode-se salvar vidas, melhorar a qualidade de vida do utente e familiares e obter ganhos evidentes em saúde, uma vez que a adesão aos exames de rastreio permite detetar precocemente a doença, aumentando assim a sua probabilidade de cura.

Uma das limitações deste estudo consiste no tipo de amostra utilizada, a qual não permite extrapolar os resultados. Das dificuldades sentidas, a que se destaca, devido à situação que estamos a viver (pandemia SARS-CoV-2), foi a recolha de dados, a qual foi muito complexa: foi difícil encontrar pessoas e pessoas disponíveis, prolongando-se esta fase no tempo.

Apesar desta limitação, o presente estudo encontrou relações estatisticamente significativas entre as crenças de saúde/ variáveis sociodemográficas/ avaliação de conhecimentos e adesão ao rastreio do CCR.

De acordo com o que foi dito, seria interessante realizar um estudo direcionado aos profissionais de saúde no sentido de avaliar os conhecimentos sobre CCR e rastreio e a sua adesão.

Aos utentes que vão à UCSP e que só têm consulta médica, tentar também fazer uma consulta de enfermagem, aproveitando para detetar problemas, fazer ensinios, falar sobre rastreios..., divulgação na comunicação social [essencialmente televisão (secção notícias)] sobre rastreio do CCR.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, L. (2005). Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23(1), 91-96.
- Alto Comissariado da Saúde (2010). Atlas do Plano Nacional de Saúde. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde. Acedido em 28/04/2018: <http://pns.dgs.pt/atlas-pns/>.
- American Cancer Society (2016). About Colorectal Cancer. Acedido em 06/05/2018, em Cancer A-Z: <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8604.00.pdf>.
- American Cancer Society (2018). Causes, Risk Factors and Prevention. Acedido em 06/05/2018, em Cancer A-Z: <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8605.00.pdf>.
- Arnold C., Rademaker A., Bailey S., et al. Literacy barriers to colorectal cancer screening in community clinics. *Journal of health communication*, 17(3), 252-264.
- ARS Algarve. (2017). *Manual Programa de Rastreio do Cancro do Colon e Recto*. Ministério da Saúde, ARS Algarve.
- Bardach S., Schoenberg N., Fleming S., Hatcher J. (2012). Relationship between colorectal cancer screening adherence and knowledge among vulnerable rural residents of Appalachian Kentucky. *Cancer nursing*, 35(4), 288-294.
- Bardhan, K. & Liu, K. (2013). Epigenetics and colorectal cancer pathogenesis. *Cancers*, 5(2), 676-713.
- Boada, L., Luzardo, O. & Henríquez-Hernández, L. (2016). The impact of red and processed meat consumption on cancer and other health outcomes: Epidemiological evidences. *Food and Chemical Toxicology*, 92, 236–244.
- Cancer Research UK (2018) Cancer Statistics for UK. Acedido em 04/05/2018: <http://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics-for-the-uk>.
- Carvalho, A., Carvalho, G. (2006). *Eixos de valores em promoção da saúde e educação para a saúde*. Braga: Universidade do Minho.
- Chan, A. & Giovannuci, E. (2010). Primary prevention of colorectal cancer. *Gastroenterology*, 138(6), 2029–2043.
- Cho, E., Smith-Warner, S., Ritz, J. (2004). Ingestão de álcool e câncer colorretal: uma análise conjunta de 8 estudos de coorte. *Ann Intern Med*, 140(8), 603-613.
- Colditz, G., Cannuscio, C. & Frazier, L. (1997). Physical activity and reduced risk of colon cancer: implications for prevention. *Cancer Causes Control.*, 8: 649-667.

- Direção Geral de Saúde (2014). Plano Nacional de Saúde para as Doenças Oncológicas. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2015). Plano Nacional de Saúde para as Doenças Oncológicas. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2017). Plano Nacional de Saúde para as Doenças Oncológicas. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Durko, L., & Malecka-Panas, E. (2014). Lifestyle Modifications and Colorectal Cancer. *Current Colorectal Cancer Report*, 10, 45–54.
- Endonews. (2010). Programa de Rastreio do Carcinoma do Cólon e Recto da SPED Relatório da Comissão de Acompanhamento: 3ª Auditoria aos Centros de Rastreio “Considerações/Resultados/Ilações”. *Endonews*, 30, 12.
- Espírito Santo, M., Ribeiro, E., Colaço, T. & Gomes, T. (2011). Cancro do cólon e do recto: taxa de cobertura do rastreio e factores associados. *Revista portuguesa de medicina geral e familiar*, 3(27), 290-295.
- Fagan, H., Myers, R., Daskalakis, C., Sifri, R., Mainous, A., Wender, R. (2011). Race/Ethnicity, gender, weight status, and colorectal cancer screening. *Journal of obesity*, 314619.
- Ferreira, C. (2014). Cancro colo-rectal e seu rastreio: conhecimento, aptidões e comportamentos dos cidadãos de Coimbra. Coimbra: Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra.
- Field, A. (2009). *Descobrimo a estatística usando o SPSS*. Porto Alegre: Artmed.
- Forjaz, G. (2009). Conhecer o cancro: Cancro colo-retal, uma doença dos países industrializados. *Correio dos açores*.
- Forno, S., Poças, F. & Matos, M. (2012). O cancro colorretal e o rastreio: conhecimentos e atitudes dos portuenses. *Jornal Português de Gastreterologia*, 19(3), 118-125.
- Frederiksen, B., Jorgensen, T., Brasso, K., Holten, I., Osler, M. (2010). Socioeconomic position and participation in colorectal cancer screening. *British journal of cancer*, 103(10), 1496-1501.
- Galandiuk, S., Wieand, H., Moertel, C., Cha, S., Fitzgibbons, R., Pemberton J. *et al.* (1992). Patterns of recurrence after curative resection of carcinoma of the colon and rectum. *Surgery Gynecology & Obstetrics*, 174(1), 27-32.
- Glaus, A., Rieger, T., Early detection of Cancer. In: Nora, K., Richardson, A. (2006). *Nursing patients with cancer: Principles and Practice*. (pp. 167-194). St. Louis: Elsevier.

- Gomes J. (2013). *Barreiras ao rastreio do cancro do colón e reto: Conhecimentos, crenças e atitudes dos utentes e médicos dos cuidados de saúde primários da Covilhã*. (Dissertação de Mestrado). Covilhã: Universidade da Beira Interior, Ciências da Saúde.
- Grou, F. (2007). *Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do cólon e recto*. (Dissertação de Mestrado). Faro: Universidade do Algarve Faculdade de Ciências Sociais e Humanas.
- He, J., Efron, J. (2011). Screening for colorectal cancer. *Advances in surgery*, 45, 3144.
- Homann, N., Tillonen, J. & Salaspuro, M. (2000). Microbially produced acetaldehyde from ethanol may increase the risk of colon cancer via folate deficiency. *International Journal Cancer*, 86, 169-173.
- International Agency for Research on Cancer (2007). IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Acedido em 25/07/2018, em World Health Organization: <https://monographs.iarc.who.int/wp-content/uploads/2018/06/mono90.pdf>.
- International Agency for Research on Cancer (2012). Estatísticas mundiais de câncer mais recentes - GLOBOCAN 2012: Estimativa de incidência, mortalidade e prevalência de câncer em todo o mundo em 2012. Acedido em 05/08/2018, em World Health Organization: <https://www.iarc.who.int/news-events/latest-world-cancer-statistics-globocan-2012-estimated-cancer-incidence-mortality-and-prevalence-worldwide-in-2012/>.
- International Agency for Research on Cancer (2018). Cancer today. Acedido em 04/05/2018, em World Health Organization: <http://gco.iarc.fr/today/home>.
- INE (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*. Lisboa: INE.
- INE (2013). *Inquérito de Qualidade dos Censos 2011: Metodologia e resultados*. Lisboa: INE.
- Jacobs, D., Slavin J., Marquart, L., et al. (1995). Whole grain intake and cancer: A review of the literature. *Nutrition and Cancer*, 24, 221-229.
- Jacobs, L. (2002). Health beliefs of first-degree relatives of individuals with colo-rectal cancer and participation in health maintenance visits: a population-based survey. *Cancer Nursing*, 25(4), 251-265.
- Jemal, A., Siegel, R., Ward, E., Murray, T., Xu, J. & Thun, M. (2007) Cancer statistics. *A Cancer Journal for Clinicians*, 57(1), 43-66.
- Jo, A., Maxwell, A., Wong, W., Bastani, R. (2008). Rastreamento de câncer colorretal entre coreano-americanos carentes no condado de Los Angeles. *J Immigr Minor Health*, 10(2), 119-126.
- Jones, R., Woolf, S., Cunningham T. et al. (2010). The relative importance of patient-reported barriers to colorectal cancer screening. *American journal of preventive medicine*, 38(5), 499-507.

- Lansdorp-Vogelaar, I. & Von Karsa, L. (2012). European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. *Endoscopy*, 44(3), 3-5.
- Larsson, S., Giovannucci, E., Bergkvist, L., Wolk, A. (2005). Whole grain consumption and risk of colorectal cancer: a population-based cohort of 60 000 women. *British Journal Of Cancer.*, 92(9), 1803-1807.
- Last, J. & Wallace, R. (2007). *Public Health and Preventive Medicine (15.ª ed.)*. USA: The MacGraw-Hill Companies
- Lee, J., Liles, E., Bent, S. (2014). Accuracy of Fecal Immunochemical test for colorectal cancer: Systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med*, 160(3), 171-181.
- Leser, M., Soares, E. (2001). Aspectos nutricionais e atividade física na prevenção do câncer colorretal. *Nutrire Rev. Soc. Bras. Aliment. Nutr*, 21, 121-145
- Leslie, A., Carey, F., Pratt, N. e Steele, R. (2002). The colorectal adenoma-carcinoma sequence. *Br J Surg*, 89(7), 845-860.
- Liga Portuguesa Contra o Cancro (2018). *O que é o cancro?* Acedido em 02/05/2018, em LPCC: <https://www.ligacontracancro.pt/o-que-e-o-cancro/>.
- Liga Portuguesa Contra o Cancro (2019). Sobre o cancro, detecção. Acedido em maio 18, 2019, em Liga Portuguesa Contra o Cancro: <https://www.ligacontracancro.pt/deteccao/>.
- Macip, S. (2013). *Cancro Guia fundamental para conhecer, confortar, vencer a doença tabu dos nossos dias*. Braga: Vogais.
- Mansouri D., McMillan D., Grant Y., Crighton E., Horgan P. (2013). The impact of age, sex and socioeconomic deprivation on outcomes in a colorectal cancer screening programme. *PLOS ONE*, 8(6).
- Meiros, C. (2008). *Níveis de Prevenção em Saúde*. Acedido em maio 22, 2019, em Portal de Saúde Pública: <http://portal.anmosp.pt/TrabCatarina/NiveisPrevencao.htm>.
- Melo, M., Braga, R. (2003). Rastreio do cancro do cólon e do recto. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 19(5), 471-482.
- Mendes, V. (2008). Prevenir o Cancro do Cólon e do Recto. *Jornal Português de Gastrenterologia*, 15(4), 153-155.
- Meulenbeld H., Creemers, G. (2007). First-line treatment strategies for elderly patients with metastatic colorectal cancer. *Drugs Aging*, 24(3), 223-238.
- Mitchell, R. et al. (2006). *Fundamentos de Patologia: Bases Patológicas das Doenças (7.ª ed.)*. Rio de Janeiro: Elsevier.

- National Cancer Institute (2015). *What is cancer?* Acedido em 06/05/2018, em NIH: <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer>.
- National Cancer Institute (2018). *Cancer*. Acedido em 01/05/2018 em NCI Dictionary of Cancer Terms: <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/search?contains=false&q=cancer>.
- Nunes, A. (2012). *Modelo de Crenças de Saúde e o Locus de Controlo da Saúde face ao rastreio do cancro colo-rectal*. (Dissertação de Mestrado). Lisboa: Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida.
- OCDE. (2012). *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. OECD Publishing.
- OE. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública e na área de enfermagem de saúde familiar. Acedido em Novembro 13, 2020, em Ordem dos Enfermeiros: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8731/comunit%C3%A1ria-e-de-sa%C3%BAdede-p%C3%BAblica.pdf>.
- Patrão, I., Leal, I. (2002). *Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do colo do útero: estudo exploratório numa amostra de utentes do centro de saúde de Peniche*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Pestana, M., Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Silabo.
- Pereira-Maxwell, F. (2018). *Medical Statistics: An A-Z Companion*. Boca Raton: CRC Press.
- Pinto, A. (2007). *Fisiopatologia: Fundamentos e Aplicações*. Lisboa: LIDEL.
- Pinto, S. (2015). *Conhecimentos, atitudes e comportamentos sobre o rastreio do cancro colorretal - em beneficiários do SAMS*. (Dissertação de Mestrado). Lisboa: Instituto Universitário de Lisboa.
- Pischon, T. *et al.* (2006). Body size and risk of colon and rectal cancer in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC). *Journal of the National Cancer Institute*, 98, 920–931.
- Queiroz, M. (2003). Prevenção do Cancro. *Rev Port Clin Geral*, 19, 449-451.
- Rawl, S., Menon, U., Burness, A. & Breslau, E. (2012). Interventions to promote colorectal cancer screening: an integrative review. *Nurse Outlook*, 60, 172-181.
- Registo Oncológico Nacional (2006). Acedido em 05/05/2018, em Ministério da Saúde: http://ron.min-saude.pt/media/1037/book_ron_2006_web.pdf.

- Rézeau, J. (2008). Grading of multiple-choice answers when there is more than one answer. Acedido em 28/12/2020, em Moodle: <https://moodle.org/mod/forum/discuss.php?d=94097>.
- Rock C., Doyle C., Demark-Wahnefried W., et al. (2012). Nutrition and physical activity guidelines for cancer survivors. *Cancer Journal for Clinicians*, 62(4), 243-74
- Rodriguez-Rosero, J., Ferriani, M. e Coleta, M. (2002). Escala de Locus de Controle da Saúde – MHLC: Estudos de Avaliação. *Revista Latino em Enfermagem*, 10(2), 179-184.
- Roth, E., Fetzer, D., Barron, B., Joseph, U., Gayed, I. & Wan, D. (2009). Does colon cancer ever metastatize to bone first? A temporal analysis of colorectal cancer progression. *BMC Cancer*, 9, 274.
- Santo M., Ribeiro E., Colaço T., Gomes T. (2011). Cancro do cólon e do recto: taxa de cobertura do rastreio e factores associados. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27(3), 290-295.
- Seow, A., Yuan, J., Koh, W., Lee, H. & Yu, M. (2006). Diabetes mellitus and risk of colorectal cancer in the Singapore Chinese Health Study. *Journal National Cancer Institute*, 98, 135–138.
- Sheeran, P., Conner, M., & Norman, P. (2001). Can the theory of planned behaviour explain patterns of health behaviour change? *Health Psychology*, 20(1), 12-19.
- Silva, L. (2011). *Qual é a diferença entre tumor e cancro?* Acedido em 01/05/2018, em Programa Harvard Medical School Portugal: <https://hmsportugal.wordpress.com/2011/07/11/qual-e-a-diferenca-entre-tumor-e-cancro/>.
- Silveira, T. (2016). *Conhecimentos e práticas de médicos de atenção primária à saúde relacionados à prevenção do câncer*. (Dissertação de Mestrado). Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina.
- Singh, P., Fraser, G., (1998). Fatores de risco dietéticos para câncer de cólon em uma população de baixo risco. *Am J Epidemiol*, 148(8), 761-774.
- Slavin, J. (2004). Whole grain and human health. *Nutrition Research Reviews*, 17, 99- 110.
- SPED. (2004). Rastreio do Cancro do Cólon e do Recto, Recomendações da SPED. *Endonews*, 8, 1-23.
- SPED. (2019). Pareceres SPED: Rastreio de cancro colorretal (CCR). Acedido em 15/11/2019, em Pareceres SPED: https://www.sped.pt/images/Pareceres/PareceresSPED_Rastreio-de-CCR.pdf.
- Stanhope, M. e Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Publica: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na população* (7ª ed.). Loures: Lusodidata.

- Tam T., Ng K., Lau C., Lai T., Lai W., Tsang L. (2011). Faecal occult blood screening: knowledge, attitudes, and practice in four Hong Kong primary care clinics. *Hong Kong medical journal*, 17(5), 350-357.
- Tastan S., Andsoy, I., & Iyigun E. (2013). Evaluation of the knowledge, behavior and health beliefs of individuals over 50 regarding colorectal cancer screening. *Asian Pacific journal of cancer prevention*, 14(9), 5157-5163.
- Terry, P., Jain, M., Miller, A., Howe, G. & Rohan, T. (2002). Dietary intake of folic acid and colorectal cancer risk in a cohort of women. *International Journal Cancer*, 97, 864-867.
- Vilelas, J. (2017). *Investigação: O processo de construção do conhecimento (2.ª ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Von Euler-Chelpin M., Brasso K., Lynge E. (2010). Determinants of participation in colorectal cancer screening with faecal occult blood testing. *Journal of public health*, 32(3), 395-405.
- Von-Wagner C., Good A., Wright D., et al. (2009). Inequalities in colorectal cancer screening participation in the first round of the national screening programme in England. *British Journal of Cancer*, 101(2), 60-63.
- Weinberg, R. (2014). *The Biology of Cancer (2.ª ed.)*. New York: Garland Science.
- Wolin, K., Yan, Y., Colditz, G. & Lee, I. (2009). Physical activity and colon cancer prevention: a meta-analysis. *British Journal of Cancer*, 100(4), 611–616.
- Wong M., Ching J., Hirai H. et al. (2013). Perceived obstacles of colorectal cancer screening and their associated factors among 10,078 Chinese participants. *PloS one*, 8(7), 70209.
- World Cancer Report (2014) Acedido em 05/05/2018, World Health Organization: <http://www.esmo.org/Oncology-News/World-Cancer-Report-2014>.
- Yusoff H., Daud N., Noor N., & Rahim A. (2012). Participation and barriers to colorectal cancer screening in Malaysia. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13(8), 3983-3987.

APÊNDICES E ANEXOS

ANEXO I - AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA E HOMOLOGAÇÃO PELO
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA ULS

ANEXO II - AUTORIZAÇÃO DA AUTORA DA ESCALA DE CRENÇAS DE
SAÚDE EM RELAÇÃO AO CANCRO COLO-RECTAL E DA ESCALA
MULTIDIMENSIONAL LOCUS DE CONTROLO DA SAÚDE

APÊNDICE I - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE EM ESTUDO.

APÊNDICE II - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO DIRETOR EXECUTIVO DO ACES

APÊNDICE III - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA DA
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE.

APÊNDICE IV - CONSENTIMENTO INFORMADO

APÊNDICE V - QUESTIONÁRIO

APÊNDICE VI – OUTPUTS SPSS

