

CONHECIMENTOS, ATITUDES E COMPORTAMENTOS SOBRE O  
RASTREIO DO CANCRO COLORRETAL  
- EM BENEFICIÁRIOS DO SAMS -

Sérgio Alexandre Fernandes Pinto

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em  
Gestão de Serviços de Saúde

Orientadora  
Prof.<sup>a</sup> Fátima Figueiredo  
Prof.<sup>a</sup> do ISCTE-IUL

setembro 2015

CONHECIMENTOS, ATITUDES E COMPORTAMENTOS SOBRE O  
RASTREIO DO CANCRO COLORRETAL  
- EM BENEFICIÁRIOS DO SAMS -

Sérgio Alexandre Fernandes Pinto

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em  
Gestão de Serviços de Saúde

Orientadora  
Prof.<sup>a</sup> Fátima Figueiredo  
Prof.<sup>a</sup> do ISCTE-IUL

setembro 2015

## AGRADECIMENTOS

À Professora Fátima Figueiredo o apoio e entusiasmo que me deu na construção deste estudo.

Aos meus colegas de trabalho (médicos, enfermeiros, auxiliares de ação médica e administrativos) pela confiança que demonstram em mim.

Ao meu irmão Orlando pela colaboração no tratamento estatístico dos dados.

À minha mulher Raquel e aos meus filhos, Afonso e João, o apoio incondicional, a paciência e a compreensão. Foram dois longos anos de um caminho que, com vocês, foi mais leve de percorrer.

## RESUMO

A proteção da saúde é um direito e uma responsabilidade individual e, simultaneamente, coletiva.

É da responsabilidade dos sistemas de saúde promover e garantir o acesso dos seus utilizadores aos programas de saúde. Salvaguardada esta garantia, é responsabilidade individual estar informado para melhor participar em programas de prevenção e manutenção da saúde e tratamento da doença.

O cancro colorretal (CCR) é a terceira causa de morte em todo o mundo. É responsável pela morte de cerca de 230 000 pessoas por ano na Europa e, em Portugal, é responsável pela morte de 10 a 12 pessoas por dia.

A sua história natural, longa, bem conhecida e com uma fase precursora benigna, torna o CCR uma doença com enorme potencial para a prevenção e o diagnóstico precoce. A evidência indica que, na grande maioria dos casos, o rastreio do CCR é eficaz não só em relação à redução da mortalidade, mas também da incidência.

O objetivo do estudo é caracterizar os níveis de conhecimentos, atitudes e práticas preventivas sobre o CCR numa amostra de 136 indivíduos, beneficiários do subsistema de saúde SAMS (Serviços de Assistência Médico Social).

Os dados foram obtidos por questionário tendo sido tratados em programa de análise estatística SPSS<sup>®</sup>.

A análise do estudo 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. Revelou ainda uma significativa adesão aos exames de rastreio recomendados, nomeadamente, aos dois mais frequentes métodos: a PSOF e a colonoscopia.

Palavras - chave: Cancro Colorretal, Rastreio, Prevenção, Adesão.

## ABSTRAT

Health protection is a right and simultaneously an individual and collective responsibility.

It is the health system duty to promote and guarantee the access of their users to the health programs. By being this assured, it is the individual responsibility to be informed in order to better participate in prevention and health maintenance programs and disease treatment.

Colorectal Cancer (CRC) is the third death cause worldwide. It is responsible for the death of about 230 000 people per year in Europe and in Portugal it is the cause of death of about 10 to 12 people per day.

Its natural and long history is well known. By being initially harmless, CRC turns into a disease with an enormous potential for prevention and early diagnosis. Evidence indicates that in most cases, CRC screening is not only effective in terms of death rate reduction but also in terms of its incidence.

This study aims to characterize the levels of knowledge, attitudes and a preventive practice in what the CRC is concerned in a sampling of 136 patients who benefit from the SAMS (assistance service medical social) health subsystem.

Data were obtained through questionnaires and analyzed by using a statistics program called SPSS®.

The study analysis revealed that the sampling has, in general, good knowledge about the CRC risk factors, is informed about the screening exams and has a preventive attitude towards it. In addition, results also showed a significant adhesion to the recommended screening exams, namely the two most frequent methods: the FOBT and colonoscopy.

Keywords – Colorectal Cancer, Screening, Prevention, Adhesion.

## ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	III
RESUMO .....	IV
ABSTRAT.....	V
1. INTRODUÇÃO .....	1
2. ENQUADRAMENTO DA PROBLEMÁTICA .....	3
3. ANATOMO FISIOLOGIA .....	4
3.1 Carcinogénese.....	4
4. FATORES DE RISCO .....	6
5. PREVENÇÃO .....	8
6. RASTREIO .....	10
7. MÉTODO.....	13
7.1 População.....	13
7.2 Amostra.....	14
7.3 Recolha de Dados .....	14
8. OBJETIVO.....	16
9. RESULTADOS.....	17
9.1 Análise Descritiva.....	17
9.1.1 Características sociodemográficas e informação adicional .....	17
9.1.2 Conhecimento sobre o CCR .....	20
9.1.3 Atitudes.....	22
9.1.4 Comportamentos.....	24
9.1.5 Informação sobre o CCR.....	30
9.2 Análise Bivariada.....	31
10. CONCLUSÃO .....	43
11. BIBLIOGRAFIA.....	45
12. ANEXOS.....	48

Anexo A.....	48
Anexo B.....	49
Anexo C.....	52

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Género da amostra.....	17
Tabela 2 - Idade média da amostra.....	17
Tabela 3 - Estratificação por grupo etário .....	18
Tabela 4 - Escolaridade .....	18
Tabela 5 - Perceção do estado de saúde .....	19
Tabela 6 - História familiar de CCR.....	19
Tabela 7 - Definição de CCR .....	20
Tabela 8 - Fatores de risco do CCR.....	20
Tabela 9 - Exames de rastreio.....	21
Tabela 10 - Perceção do risco de contrair CCR.....	22
Tabela 11 - Utilidade do rastreio do CCR .....	22
Tabela 12 - Prevenção do CCR .....	23
Tabela 13 - Tratamento precoce do CCR .....	23
Tabela 14 - Modificação de hábitos alimentares .....	24
Tabela 15 - Prática de atividade física.....	24
Tabela 16 - Modificação da prática de atividade física .....	24
Tabela 17 - Primeiro médico a consultar.....	25
Tabela 18 - Exame de rastreio recomendado.....	26
Tabela 19 - Participação em atividades preventivas.....	27
Tabela 20 - Dados da colonoscopia.....	27
Tabela 21 - Dados dos exames de prevenção .....	29
Tabela 22 - Origem da fonte de informação.....	30
Tabela 23 - Necessidade de informação .....	30
Tabela 24 - Grupo etário * Sexo.....	31
Tabela 25 - Perceção do estado de saúde * Grupo etário .....	32
Tabela 26 - Perceção do estado de saúde * Sexo .....	33
Tabela 27 - Perceção do estado de saúde * Escolaridade.....	34
Tabela 28 - Fatores de risco do CCR * Escolaridade .....	35
Tabela 29 - Definição de CCR * Escolaridade.....	36
Tabela 30 - Exame de rastreio do CCR * Escolaridade .....	37
Tabela 31 - Necessidade de informação * Escolaridade .....	38

Tabela 32 - Recomendação de colonoscopia * Grupo etário .....	39
Tabela 33 - Realização de colonoscopia * Grupo etário .....	39
Tabela 34 - Recomendação de PSOF .....	40
Tabela 35 - Realização de PSOF * Grupo etário .....	40
Tabela 36 - Recomendação de PSOF * Grupo etário .....	41
Tabela 37 - Realização de PSOF * Colonoscopia .....	42

## SIGLAS E ACRÓNIMOS

APC – Polipose Adenomatosa *Coli*

CCR – Cancro Colorretal

DGS – Direção-Geral de Saúde

HNPCC – Cancro Colorretal Hereditário Não Polipoide

INE – Instituto Nacional de Estatística

MMR – *Mismatch Repair*

PAF – Polipose Adenomatosa Familiar

PSOF – Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes

QALY – Quality-Adjusted Life-Year

SAMS – Serviços de Assistência Médico Social

SAMS PICS – Serviços de Assistência Médico Social Prestação Integrada de Cuidados de Saúde

SPED – Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva

## 1. INTRODUÇÃO

A proteção da saúde é hoje considerada como um direito constitucional mas também como um direito civilizacional. A defesa destes direitos implica a responsabilidade da sociedade e das suas instituições democráticas. A existência de um sistema público de proteção da saúde está em alinhamento com esta dinâmica, sendo decisivo para a melhoria dos indicadores de saúde da população.

As políticas de saúde devem conciliar os princípios da universalidade do acesso e da equidade, atentas às necessidades básicas dos cidadãos e fundamentadas pelo princípio da justiça distributiva, por forma a garantirem que a proteção da saúde seja um dos grandes pilares de uma sociedade democrática e plural.

A colaboração ativa de todos os *stakeholders* é decisiva no desenvolvimento de uma tendência evolutiva dos serviços de saúde, que se querem mais dinâmicos e inovadores, com um léxico que assente na qualidade, na segurança, na prática baseada na evidência, na prevenção da doença e de riscos e na *clinical governance*.

O desenvolvimento dos sistemas de saúde requer planeamento de estratégias para a melhoria que têm de ser sustentadas em políticas de gestão e de desenvolvimento pessoal.

A implementação de programas de rastreio para deteção precoce, que incorporem os vários intervenientes do processo, contribuirá para o aumento dos ganhos em saúde que se traduzem num aumento do QALY (Quality-Adjusted Life-Year).

No contexto das doenças oncológicas, o cancro do cólon e reto (CCR), no nosso país, é o que apresenta maior incidência e mortalidade sem diferenças para o género, razão mais que suficiente para ser considerado uma questão de saúde pública. (Programa Nacional para as Doenças Oncológicas)

Em Portugal, no ano 2013, o tumor maligno foi a segunda causa de morte, cerca de 24,3%. Destes, 26,6% são tumores do cólon, reto e ânus, responsáveis por 6 904 mortes, o que significa, em média, 18,9 mortes por dia. (INE, 2015)

Dada a sua história natural, longa, bem conhecida e com uma fase precursora benigna, o CCR torna-se uma doença com enorme potencial para prevenção e diagnóstico precoce. A deteção precoce do CCR tem-se mostrado eficaz não só em relação à redução da mortalidade, mas também da incidência. Os requisitos indispensáveis para a criação de um programa de rastreio / deteção precoce e eficaz estão assim preenchidos.

A implementação de um programa de rastreio carece de um estudo prévio sobre os conhecimentos da população alvo.

O objetivo do estudo é caracterizar os níveis de conhecimentos, atitudes e práticas preventivas sobre o CCR e o seu rastreio de forma a aumentar a adesão a um programa de rastreio dirigido aos beneficiários do subsistema de saúde SAMS (Serviços de Assistência Médico Social).

Recentemente, em 2014, o SAMS construiu uma nova unidade de endoscopia digestiva com maior número de salas de exame, a criação de uma unidade de cuidados pós anestésicos e de uma área de lavagem e de desinfeção de endoscópios baseada nas recomendações nacionais e internacionais, o que permite maior disponibilidade de oferta de exames de endoscopia e a sua realização com apoio anestésico.

A endoscopia digestiva permite identificar, diagnosticar e tratar mais cedo. Permite ainda realizar procedimentos mais complexos e seguros, que são fatores determinantes na implementação de um programa de deteção precoce do CCR que assente na redução da mortalidade e da incidência.

A escolha da colonoscopia como o exame “*Gold standard*” no programa de rastreio permite prevenir mais, diagnosticar mais cedo e tratar de forma mais agressiva. Porém, exige uma estrutura interdisciplinar sólida entre médicos (gastroenterologistas e anesthesiologistas) e enfermeiros da unidade de endoscopia, mas também a intervenção das diferentes especialidades médicas (anatomopatologia, cirurgia, oncologia, medicina interna e medicina geral e familiar) como apoio e complementaridade ao programa de rastreio.

Prevenir hoje, é viver amanhã.

## 2. ENQUADRAMENTO DA PROBLEMÁTICA

### 2.1 Dados Epidemiológicos

Os dados do relatório da Globocan 2012 (disponível em Europacolón Portugal) referem que o CCR é a terceira causa de morte por cancro em todo o mundo, com cerca de 1,4 milhões de novos casos.

Em Portugal foram verificados 7 129 casos a nível de incidência do CCR e, quanto à mortalidade, 3 797 casos. Existem mais de 80 mil pacientes ativos e 50% da População desconhece os sintomas desta patologia.

Em Portugal, a importância do rastreio resulta da elevada incidência e mortalidade do cancro do cólon e do reto. A mortalidade destas duas localizações tumorais é relativamente elevada mas, enquanto a mortalidade devida aos tumores malignos do reto apresenta alguma estabilidade, a mortalidade dos do cólon manifesta tendência crescente.

Segundo os dados da Direção-Geral da Saúde (DGS), em 2012 ocorreram 2 612 óbitos por cancro do cólon ( $14,9/10^5$  habitantes, taxa padronizada pelo método direto) e 883 por cancro do reto ( $5,2/10^5$  habitantes, taxa padronizada pelo método direto). A taxa de incidência dos tumores malignos do cólon e do reto tem vindo a apresentar uma tendência ligeiramente crescente, sendo em 2007 de  $30,3/10^5$  habitantes para os tumores do cólon e de  $17,5/10^5$  habitantes para os tumores do reto. (Direção-Geral da Saúde, Norma nº 003/2014 de 31/03/2014)

### 3. ANATOMIA FISIOLÓGICA

O intestino grosso é constituído pelo cego, cólon, reto e ânus e estende-se desde o cego até ao ânus tendo, aproximadamente, 6,5 cm de diâmetro e 1,5 a 1,8 m de comprimento. O cego é a porção proximal do intestino e é o local onde o intestino delgado e o grosso se unem. O cólon está dividido em quatro partes: cólon ascendente, cólon transversal, cólon descendente e sigmoide. O reto é o canal muscular vertical que começa no final da sigmoide e termina no canal anal. (Seeley, 2001)

#### 3.1 Carcinogénese

A designação de pólipo provém do grego “*polypous*” que significa excrescência mórbida e corresponde a qualquer protusão visível da mucosa, independentemente do tamanho, forma ou tipo histológico. (Camacho, 2006)

Classicamente podemos dividir os pólipos em dois grupos:

Não neoplásicos - originários da maturação anormal da mucosa e epitélio, de inflamação ou de anomalia da arquitetura, sem potencial de malignidade. Incluem-se, nos pólipos não neoplásicos, os pólipos hiperplásicos (representam cerca de 90% dos pólipos epiteliais do intestino), os hamartomatosos, os inflamatórios e os linfóides.

Neoplásicos - surgem como resultado da displasia proliferativa epitelial; são adenomatosos ou adenomas constituindo-se por lesões precursoras de adenocarcinoma. O grau de displasia do adenoma varia entre: displasia de baixo grau e displasia de alto grau, sendo que se observa um contínuo entre a displasia de baixo grau, de alto grau e o carcinoma invasor. A ponte entre o adenoma e o adenocarcinoma será, provavelmente, a displasia de alto grau. (Cravo, 2000)

Sabemos hoje que menos de 1% dos pólipos adenomatosos inferiores a 1 cm degeneram em cancro, que 10% dos superiores a 1 cm degeneram ao fim de 10 anos e cerca de 25% ao fim de 20 anos. Sabemos ainda que a prevalência de pólipos adenomatosos aumenta de 20% a 25% na idade dos 50 anos e para 50% na idade dos 75 a 80 anos. (Melo, 2003)

As investigações sobre o mecanismo de transição da mucosa normal do cólon para pólipo adenomatoso até ao carcinoma levaram cerca de uma década até serem

conclusivas. (Viana, 1996) Ainda envolta de controvérsia, esta sequência está hoje demonstrada. (Libutti, 2005)

Os ganhos emergidos do conhecimento da genética do cancro permitiram saber que o adenoma e o carcinoma surgem no contexto da instabilidade genómica, através da qual as células do epitélio adquirem o número de mutações necessárias para atingir neoplasia. (Bresalier, 2006) Suporta assim a existência de duas vias patogénicas para o desenvolvimento do CCR: a via APC/ $\beta$ -catenina e a de instabilidade de microssatélites (MSI). (Jass, 2002)

As alterações genéticas consideradas hereditárias ou adquiridas pela mutação somática estão identificadas nos genes da “Polipose Adenomatosa Coli” (APC) e nos genes *Mismatch Repair* (MMR) que se verificam no caso da Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) e no Cancro Colorretal Hereditário Não Polipoide (HNPCC). (Bresalier, 2006)

Cerca de 80% dos pólipos adenomatosos apresentam alterações no gene APC. A função desta proteína é primordial. A sua disfunção provoca instabilidade cromossómica. (Libutti, 2005)

Aproximadamente 98% dos casos de cancro do intestino são adenocarcinomas. Porém, estão identificadas formas menos frequentes de cancro do intestino. É o caso do carcinoma de células escamosas, o sarcoma, o linfoma, o leiomiossarcoma e melanoma. (Murphy, 2000)

Relativamente à localização do CCR ocorre em 25% dos casos no cego ou cólon ascendente, 15% no cólon transversal, 5% no cólon descendente, 25% na sigmoide e 20% no reto. (Bresalier, 2006)

No cólon proximal (cego, cólon ascendente e cólon transversal) os tumores apresentam-se como massas polipoides e exofíticas ao longo da parede e o seu crescimento é assintomático. Quando atingem grandes dimensões poderão causar obstrução. (Cravo, 2000)

Os tumores do cólon distal (cólon descendente e sigmoide) e do reto apresentam um aspeto infiltrativo e ulcerado e tendem a ser lesões circulares e estenosantes que frequentemente provocam obstrução. (Liu, 2005)

#### 4. FATORES DE RISCO

É consensual que a etiologia do CCR é multifatorial. O conhecimento produzido relaciona o risco de CCR com a idade, com a história familiar, com a história pessoal, com a dieta e com os estilos de vida dos indivíduos. (Mira, 1994)

A incidência de CCR aumenta na População com mais de 50 anos e é baixa na População com menos de 45 anos. Cerca de 90% dos casos ocorrem em indivíduos com mais de 50 anos e só 4% antes dos 40 anos. (Cotter, 2008) Entre os 45 e os 54 anos a incidência aumenta para cerca de 30/100 000 habitantes e atinge os 350/100 000 em indivíduos com mais de 75 anos. (Soares, 1998)

Os indivíduos com história familiar de polipose ou de CCR constituem cerca de 15 a 20% dos casos de CCR. Integram-se neste grupo os indivíduos com história pessoal de cancro da mama, do ovário e do útero. (Mendes, 2008)

A análise do risco de CCR para os doentes com Doença de Crohn, independentemente da localização desta, mostrou uma incidência de 2,9% aos 10 anos de duração da doença, 5,6% aos 20 anos e 8,3% aos 30 anos, revelando-se aumentado de forma estatisticamente significativa, idêntico ao dos doentes com colite ulcerosa e significativamente maior do que na População geral. (Cotter, 2007)

Os estudos epidemiológicos realizados nos países industrializados apontam os fatores nutricionais como responsáveis por 30% dos diferentes tipos de cancro. (American Institute for Cancer Research, 1997) A Globocan 2012 refere que, nos países desenvolvidos, a taxa de incidência do CCR é cerca de 10 vezes maior que nos países em desenvolvimento. (Felay, 2001)

A ingestão em excesso de gorduras e açúcares simples estão identificadas como fator de risco para o CCR, sendo a ingestão de açúcares simples responsável pela sobrecarga glicémica associada ao risco de CCR. (Franceschi, 2001)

O consumo excessivo de gorduras é identificado, em diferentes estudos, como responsável pela alteração da concentração do colesterol e dos ácidos biliares, bem como da alteração das características da flora intestinal. Este processo provoca danos na mucosa do cólon pelo aumento da atividade proliferativa do epitélio, o que pode ser promotor de cancro. (Murphy, 2000)

A dieta alimentar como fator de risco associado ao CCR é uma relação muito estudada e que tem influenciado as populações para que adquiram hábitos alimentares protetores

que promovam a redução do risco de CCR. Sabemos hoje que o aumento do consumo de alimentos de origem vegetal (grãos integrais, legumes e frutas) e a redução do consumo de carnes vermelhas são recomendação para a redução de CCR. (Campos, 2005)

Considerando a progressão biológica do CCR, de adenoma a carcinoma, será necessário avaliar os efeitos dos componentes da dieta, pressupondo que os indivíduos se lembrem do tipo, da frequência e da quantidade de comida consumida regularmente nos últimos 20 a 30 anos anteriores ao diagnóstico.

O consumo prolongado de tabaco está associado ao risco elevado de CCR. Fumar mais que 20 maços de cigarros por ano foi associado a um grande aumento do risco de ter adenoma e mais que 35 maços a um risco acrescido de ter CCR. (Libutti, et al, 2005)

O consumo de álcool e a relação com o CCR ainda não é linear. Os resultados dos vários estudos de coorte e caso-controle que se têm realizado são ainda controversos. No entanto, é reconhecido que o consumo de álcool em excesso aumenta o risco de cancro. (Libutti, et al, 2005)

No que se refere aos estilos de vida, alguns estudos demonstraram que os indivíduos de ambos os sexos com ocupações sedentárias têm um aumento do risco de cancro do cólon e que este risco diminui nos que a ocupação requer elevado nível de atividade física. O estilo de vida sedentário expõe mais as pessoas para as doenças e, consequentemente, o aumento do risco de cancro. (Thume, 1996 e Tavani, 1999)

## 5. PREVENÇÃO

A carta de Ottawa, elaborada em 1986, considera a promoção da saúde “como um processo que visa criar as condições que permitem aos indivíduos e aos grupos controlar a sua saúde, a dos grupos onde se inserem e agir sobre os fatores que a influenciam”. A mesma carta acrescenta que a promoção da saúde permite “capacitar as pessoas para aumentarem o controle sobre a saúde e melhorá-la”.

Passados quase trinta anos desde a elaboração da carta de Ottawa mantêm-se presentes as preocupações com a promoção da saúde, sobretudo hoje, perante os constrangimentos orçamentais.

A prevenção é classificada em três níveis: primária, secundária e terciária. Por sua vez, a história natural da doença divide-se em período pré-patogénico, patogénico (onde se incluem o período pré-sintomático e sintomático) e a fase de doença. (Queiroz, 2003)

A relação entre a prevenção e a história natural da doença pode ser entendida da seguinte forma: a prevenção primária relaciona-se com a fase pré-patogénica (promoção e educação para a saúde), a prevenção secundária relaciona-se com o período patogénico na fase pré-sintomática da doença (rastreamento) e a prevenção terciária relaciona-se com o período patogénico na fase sintomática e de doença (minimizando as suas sequelas).

Os estudos e a evidência dos tempos têm mostrado que todo o investimento feito na promoção da saúde e na deteção precoce da doença é bom e traz às sociedades poupanças reais na despesa com os cuidados de saúde, o que significa mais valor em saúde.

Face ao curto investimento em políticas de saúde direcionadas para a promoção da saúde e deteção precoce da doença por parte dos organismos públicos, as instituições de utilidade pública, apoiadas por outras de carácter privado, têm-se organizado, desenvolvendo programas de promoção da saúde e de deteção precoce da doença.

A prevenção secundária no âmbito das doenças oncológicas é o rastreamento, que consiste em desenvolver atividades orientadas para a deteção precoce da doença antes do aparecimento das suas manifestações. (Queiroz, 2003)

A prevenção terciária visa o tratamento da doença clínica e minimização das suas consequências.

Num estudo publicado em 2012, no *GE Jornal Português de Gastreenterologia*, realizado a indivíduos de ambos os sexos, a partir dos 40 anos e residentes nas freguesias da cidade do Porto, revelou que os portuenses evidenciaram poucos conhecimentos quanto ao rastreio do CCR, mas mostraram-se muito recetivos ao rastreio. Dos inquiridos, 63,2% conhecia pelo menos um dos principais exames do rastreio e 49,7% dos inquiridos reconheceu utilidade máxima à realização do rastreio. (GE Jornal Português de Gastreenterologia, 2012)

A implementação de um programa de rastreio e de vigilância tem sustentação na medida em que o CCR é uma doença frequente, os testes de rastreio têm exequibilidade na rotina clínica, existe aceitação por parte do utente e tem acuidade na deteção precoce da doença. (Freitas, 2002)

## 6. RASTREIO

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. (LPC, 2014)

O objetivo do rastreio é a procura da doença na ausência de sintomas. Procura detetar precocemente a doença e aumentar a probabilidade da sua cura. (Leitão, 2004)

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. 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. (WHO, 2006)

Contudo, não basta efetuar campanhas de informação sobre a importância do rastreio. É fundamental apostar em programas de prevenção. Torna-se necessário uma mudança de atitude ao nível das instituições, mas também a nível individual através do desenvolvimento de comportamentos de adesão aos cuidados de saúde. O rastreio oncológico também acarreta várias limitações. Logo à partida, estamos a basear as nossas decisões nos benefícios populacionais (em detrimento dos benefícios individuais) realizando testes num grande número de indivíduos assintomáticos dos quais a grande maioria não tem a doença em causa e só uma pequena parte terá benefícios pela deteção precoce do cancro. (Kemp e Potyk, 2005)

Sabemos hoje, de acordo com a informação disponível na Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED), que morrem, no nosso país, 9 a 10 pessoas por dia com cancro no intestino. Sabemos também que a prevenção do CCR é feita através do rastreio dirigido para o grupo de risco: homens e mulheres com mais de 50 anos e sem história familiar de doenças do cólon e homens e mulheres com menos de 50 anos que tenham história familiar de doenças do cólon, alterações do trânsito intestinal, dor abdominal, perdas de sangue pelo ânus, anemia e perda de peso sem motivo. Este rastreio pode ser realizado através de duas opções: a primeira é a realização do teste de pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) que deve ser repetido anualmente e, caso seja positivo, tem de ser seguido obrigatoriamente de uma colonoscopia; a segunda é a colonoscopia total que associa ao rastreio uma atitude preventiva e até de tratamento. (SPED, 2015)

A Direção-Geral de Saúde (DGS), em 2014, descreve o rastreio do cancro colorretal como uma abordagem individual em consulta programada e não programada, que tem como objetivos:

- a) Redução da mortalidade, através do diagnóstico precoce;
- b) Redução da incidência com a deteção e excisão endoscópica de lesões pré-malignas.

A mesma norma define os critérios do rastreio, dando orientações dirigidas de acordo com os indivíduos, pelo que sugere a realização de testes imunoquímicos e de colonoscopia.

Os testes imunoquímicos deverão obedecer às seguintes recomendações: a) duas amostras de fezes colhidas em dias diferentes e entregues até 72 horas após o primeiro dia da colheita, sem restrições dietéticas e conservadas entre 2 a 8°C, até à altura da entrega no laboratório; b) a escolha do teste a ser adotado em cada laboratório deve tomar em consideração as diferenças significativas que alguns estudos comparativos revelaram entre os diferentes testes comerciais.

A realização da colonoscopia deverá ter a indicação fundamentada através do registo no processo clínico, ter progressão até ao cego e boas condições de preparação intestinal.

A exigência do rastreio colorretal, de acordo com a norma da DGS, prende-se com a existência de tratamento curativo a oferecer aos utentes, pelo facto da sobrevivência global dos utentes com CCR aos 5 anos ser de 50% mas, se o diagnóstico for realizado num estadio precoce, então a sobrevivência ultrapassa os 90%. Do conhecimento adquirido da história natural da doença e existência de lesões pré-malignas destaca-se a seguinte informação:

- 70-80% dos CCR têm origem em adenomas tubulares;
- 20-25% dos CCR (embora mais frequentes no cólon direito) têm origem em adenomas serrados sésseis;
- A excisão endoscópica destas lesões interrompe a progressão para cancro;
- Os adenomas serrados sésseis progridem muito rapidamente: seguem uma via de carcinogénese diferente - dão origem a cancros com características moleculares específicas e estão na origem de parte dos CCR diagnosticados a indivíduos submetidos ao rastreio.

Em 2010, a revista *Endonews* publicou um trabalho de evidência científica que fundamentou as orientações clínicas americanas para o rastreio do CCR, tendo estudado dois grupos em simultâneo: o grupo um realizou o rastreio com teste de fezes e o grupo

dois fez o rastreio com recurso a exames estruturais radiológicos e endoscópicos. Os dados apresentados revelaram que os testes de fezes (testes imunológicos e testes tipo guaiaco de elevada sensibilidade) realizados anualmente permitiram apenas o diagnóstico precoce de tumores do cólon e do reto. O grupo que realizou o rastreio com exames estruturais radiológicos e endoscópicos de observação do intestino permitiu o diagnóstico não apenas dos tumores, mas também dos pólipos. Os exames endoscópicos apresentaram uma grande vantagem, não só por se observar os pólipos (mesmo os mais pequenos), mas a possibilidade de os remover em simultâneo. A remoção dos adenomas, reconhecidos como lesões precursoras do CCR permite uma estratégia preventiva com diminuição da incidência do cancro, objetivo possível apenas com recurso à colonoscopia. (*Endonews*, 2010)

A colonoscopia é considerada como o exame *Gold Standard* do rastreio do CCR. Já em 1993, um estudo publicado pelo *National Polyp Study* evidenciou a redução de 80 a 90% da incidência do CCR após polipectomia dos adenomas durante a colonoscopia. Desde então, várias foram as publicações que têm vindo a chamar a atenção para o facto de a colonoscopia reduzir a incidência e a mortalidade do CCR. (*Endonews*, 2006)

No contexto em que vivemos importa, portanto, que ao implementar o rastreio do CCR se defina uma estratégia em função dos objetivos pretendidos, isto é, a redução da mortalidade ou, simultaneamente, a redução da mortalidade e da incidência.

## 7. MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo observacional e transversal cuja amostra respondeu de forma anónima, voluntária e autónoma ao questionário.

Este estudo teve por objetivo investigar os conhecimentos e atitudes sobre o CCR e o seu rastreio, de forma a aumentar a adesão a um programa de rastreio dirigido aos beneficiários do subsistema de saúde SAMS.

A revisão da bibliografia forneceu o enquadramento teórico e a explicação dos conceitos necessários para suportar a investigação que se segue.

O delineamento do estudo passou pela realização de uma reunião com o diretor clínico e com o coordenador médico da unidade de endoscopia do SAMS para apresentação do objetivo do estudo. Posteriormente, o autor e o coordenador da unidade de endoscopia reuniram com os médicos assistentes e com a enfermeira da consulta de medicina geral e familiar para apresentação do objetivo do estudo e do questionário para recolha de dados. Foi então pedido para que motivassem os beneficiários para a participação no estudo através do preenchimento do questionário.

### 7.1 População

A População alvo do estudo são os 66 557 indivíduos beneficiários do subsistema de saúde SAMS com idade superior a quarenta anos.

O SAMS é um subsistema de saúde que é pertença do Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas (SBSI), constituído em 1976, com cerca de 100 500 beneficiários ativos. Caracteriza-se por dois regimes: comparticipações e prestação de cuidados de saúde, quer em ambulatório, quer em hospitalização.

A prestação de cuidados aos beneficiários SAMS é disponibilizada nos postos periféricos sob gestão do SBSI, nas clínicas SAMS, no centro clínico Lisboa e no hospital SAMS, sob gestão do SAMS PICS.

Os postos periféricos situam-se em território continental e insular: Covilhã, Castelo Branco, Tomar, Évora, Faro, Ponta Delgada, Horta, Angra do Heroísmo e Funchal. As clínicas SAMS situam-se em Lisboa (ISCTE-IUL - Cidade Universitária, Life Beat - Marquês Pombal), Amadora, Odivelas, Parede, Almada, Barreiro, Setúbal, Torres Vedras e Santarém. O centro clínico e o hospital situam-se em Lisboa.

Em novembro de 1994 o SAMS inaugurou a sua unidade hospitalar, sendo uma aposta clara no alargamento e na melhoria dos cuidados prestados aos seus beneficiários.

Assente em critérios de qualidade e de inovação, reúne condições únicas ao nível da capacidade e diversidade de serviços. Concebido na perspetiva de desenvolver uma gestão de recursos humanos e materiais ao serviço de uma medicina de qualidade, humanizada e tecnicamente avançada.

Mantendo os pressupostos iniciais de há 20 anos foi, em 2014, alvo de uma intervenção de engenharia, arquitetura e design, para melhoramento dos seus recursos e para responder às exigências dos programas de certificação e de acreditação em saúde.

## 7.2 Amostra

A amostra deste estudo foi constituída por 136 indivíduos que responderam de forma anónima, voluntária e autónoma ao questionário, o que corresponde a 0,20% da População.

A seleção dos indivíduos foi realizada de forma aleatória tendo como único critério de participação no estudo o requisito de idade.

## 7.3 Recolha de Dados

A colheita de dados realizou-se através da entrega de um questionário autoaplicável aos beneficiários do SAMS que frequentaram o centro clínico de Lisboa e o hospital. Todos os dados do estudo foram recolhidos pelas respostas ao questionário que decorreu entre maio e junho de 2015.

O questionário que utilizamos como método de colheita de dados foi a versão utilizada no estudo “O cancro colo-rectal e o rastreio: Conhecimentos e atitudes dos Portuenses” realizado por Sílvia Esteves Alves do Forno, em 2012. (Forno, 2012) A versão original do questionário foi desenvolvida para o estudo “*Knowledge, attitudes, and preventive practices about colorectal cancer among adults in area of Southern Italy*”, realizado em 2008 por Alessandra Sessa e colaboradores, membros do Departamento de Medicina Pública, Clínica e Preventiva, da Universidade Segunda de Nápoles, Itália. (Sessa, 2008)

O questionário está dividido em cinco pontos por forma a organizar a informação a tratar: características sociodemográficas, conhecimentos, atitudes, comportamentos e informação. (Anexo B)

## 8. OBJETIVO

O objetivo do estudo é caracterizar os níveis de conhecimentos, atitudes e práticas preventivas sobre o CCR e o seu rastreio, de forma a aumentar a adesão a um programa de rastreio dirigido aos beneficiários do subsistema de saúde SAMS.

O elevado número de participantes da população em programas de rastreio é essencial para o sucesso dos programas de prevenção. A chave para alcançar esta meta é informar a população sobre as características da doença e as suas medidas preventivas que passam pela manutenção ou alteração de comportamentos de risco face à doença. Para obtermos esta informação inquirimos a amostra através de um questionário que permitiu recolher informação sobre as características sociodemográficas; conhecimentos sobre definição, fatores de risco e de rastreio; atitudes em relação à perceção do risco de ter CCR e utilidade dos testes de rastreio; comportamentos relacionados com a saúde e uso de serviços de saúde.

A caracterização dos conhecimentos, atitudes e comportamentos sobre o rastreio da População é imperativa para a obtenção de uma elevada taxa de adesão num programa de rastreio e, particularmente, no do CCR.

## 9. RESULTADOS

Os dados obtidos nas respostas do questionário foram tratados sob análise descritiva e análise bivariada com recurso ao programa estatístico SPSS®.

### 9.1 Análise Descritiva

#### 9.1.1 Características sociodemográficas e informação adicional

Foram inquiridos 136 indivíduos cuja distribuição da amostra, relativamente ao sexo, foi aproximadamente igual, sendo que 49,3% são do sexo feminino e 50,7% são do sexo masculino. (Tabela 1)

Gênero	Frequência	Percentual	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Masculino	69	50,7%	50,7%	50,7%
Feminino	67	49,3%	49,3%	100,0%
Total	136	100,0%	100,0%	

Tabela 1 - Género da amostra

A idade média dos inquiridos foi de 63,5 anos de idade, com o extremo mínimo de 21 anos de idade e o extremo máximo de 81 anos de idade. A moda da amostra foi de 68 anos de idade. (Tabela 2)

Idade Média	
Média	63,5956
Mediana	65,0000
Moda	68,00
Desvio padrão	9,15414
Mínimo	21,00
Máximo	81,00
Soma	8649,00

Tabela 2 - Idade média da amostra

Ao estratificarmos os dados por idade, verificamos que 5,1% da amostra tem idade inferior a 50 anos; 29,4% tem idade entre os 50 e os 60 anos; 57,4% tem idade entre os 61 e os 75 anos e que 8,1% tem idade superior a 76 anos. (Tabela 3)

Grupo Etário	Frequência	Percentual	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
≤ 49	7	5,1%	5,1%	5,1%
50-60	40	29,4%	29,4%	34,6%
61-75	78	57,4%	57,4%	91,9%
≥ 76	11	8,1%	8,1%	100,0%
Total	136	100,0%	100,0%	

Tabela 3 - Estratificação por grupo etário

Quanto à escolaridade verificamos que 25,7% da amostra tem nível de ensino básico, 39,7% ensino secundário e 33,8% ensino superior. (Tabela 4)

Escolaridade	Frequência	Percentual	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Básico	35	25,7%	25,9%	25,9%
Secundário	54	39,7%	40,0%	65,9%
Superior	46	33,8%	34,1%	100,0%
Total	135	99,3%	100,0%	
Ausente Sistema	1	0,7%		
Total	136	100,0%		

Tabela 4 - Escolaridade

Relativamente à classificação individual do seu estado de saúde, avaliada numa escala de *Likert* de 1 a 10, em que 1 é “Má” e 10 corresponde a “Muito Boa”, a resposta mais frequente foi de score 8 que corresponde a 24,3% da amostra.

Dos inquiridos, 3 classificaram o seu estado de saúde com score 1 e 9 classificaram-no com score 10. (Tabela 5)

Perceção do Estado de Saúde	Frequência	Percentual	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
MÁ	3	2,2%	2,3%	2,3%
4	3	2,2%	2,3%	4,5%
5	22	16,2%	16,5%	21,1%
6	17	12,5%	12,8%	33,8%
7	26	19,1%	19,5%	53,4%
8	33	24,3%	24,8%	78,2%
9	20	14,7%	15,0%	93,2%
MUITO BOA	9	6,6%	6,8%	100,0%
Total	133	97,8%	100,0%	
Ausente Sistema	3	2,2%		
Total	136	100,0%		

Tabela 5 - Perceção do estado de saúde

Relativamente à história pessoal de CCR, 57,4% da amostra não tem, nem teve, nenhuma doença do intestino. Quanto à história familiar de CCR, 41,9% da amostra tem história familiar de doença do intestino, dos quais 9,6% o próprio, 24,3% familiar direto e 8,1% familiar não direto. O fator de classificação foi a relação de consanguinidade. Destes, 36,8% identificaram o tipo de doença, tendo-se registado que 25,7% refere CCR, 10,3% refere outras doenças do intestino e 0,7% foi considerada resposta nula. (Tabela 6)

História Familiar de CCR	Frequência	Percentual	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Próprio	13	9,6%	22,8%	22,8%
Familiar direto	33	24,3%	57,9%	80,7%
Familiar não direto	11	8,1%	19,3%	100,0%
Total	57	41,9%	100,0%	
Ausente Sistema	79	58,1%		
Total	136	100,0%		

Tabela 6 - História familiar de CCR

9.1.2 Conhecimento sobre o CCR

Em relação ao conhecimento da amostra sobre a definição do CCR, 74 indivíduos definiram o CCR, o que corresponde a 54,4% dos inquiridos. Destes, 95,9% respondeu corretamente (71 indivíduos) e 4,1% respondeu incorretamente (3 indivíduos). 45,6% da amostra não soube definir CCR. (Tabela 7)

Definição de CCR	Frequência	Percentual
Resposta incorreta	3	2,2%
Resposta correta	71	52,2%
Total	74	54,4%
Ausente Sistema	62	45,6%
Total	136	100,0%

Tabela 7 - Definição de CCR

Dos fatores de risco do CCR apresentados no questionário e, podendo ser selecionada mais do que uma opção por inquirido (tendo-se totalizado 488 respostas), a amostra revelou que os fatores mais selecionados foram a existência de pólipos (23,2%), história familiar de CCR (20,5%), infecção intestinal (15,6%), elevada ingestão de gorduras (11,5%), consumo de tabaco (7,8%), anemia (7,4%) e baixa atividade física (6,4%). (Tabela 8)

Fatores de Risco para o CCR	Respostas		Percentagem de casos
	N	Percentagem	
Anemia	36	7,4%	27,3%
Exposição a radiações	15	3,1%	11,4%
Hipertensão arterial	7	1,4%	5,3%
Infeção intestinal	76	15,6%	57,6%
Baixa atividade física	31	6,4%	23,5%
Diabetes	10	2,0%	7,6%
Fumar cigarros	38	7,8%	28,8%
Elevada ingestão de gorduras	56	11,5%	42,4%
Pólipos	113	23,2%	85,6%
História familiar de CCR	100	20,5%	75,8%
Ingestão de frutas e vegetais	6	1,2%	4,5%
Total	488	100,0%	369,7%

Tabela 8 - Fatores de risco do CCR

Quanto ao conhecimento sobre a realização de exames de rastreio do CCR, 122 indivíduos (89,7% da amostra) consideraram a colonoscopia como exame de rastreio, 69 indivíduos a PSOF (50,7% da amostra) e 13 indivíduos (9,6% da amostra) escolheram a sigmoidoscopia.

Sobre os exames não considerados de rastreio, 11 indivíduos (8,1% da amostra) escolheram a análise de sangue, 10 indivíduos (7,4% da amostra) escolheram o clister opaco e 9 indivíduos (6,6% da amostra) a ecografia abdominal. (Tabela 9)

Exames de Rastreio	Resposta correta		Resposta incorreta		Não sabe		Não respondeu	
	N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
Sigmoidoscopia	13	9,6%	9	6,6%	39	28,7%	75	55,1%
PSOF	69	50,7%	1	0,7%	15	11,0%	51	37,5%
Colonoscopia	122	89,7%	2	1,5%	5	3,7%	7	5,1%
Clister opaco	10	7,4%	15	11,0%	37	27,2%	74	54,4%
Análise de sangue	11	8,1%	32	23,5%	27	19,9%	66	48,5%
Ecografia abdominal	9	6,6%	26	19,1%	27	19,9%	74	54,4%

Tabela 9 - Exames de rastreio

9.1.3 Atitudes

No que se refere à percepção individual de contrair CCR, avaliada numa escala de *Likert* de 1 a 10, em que 1 é “Sem risco” e 10 corresponde a “Risco elevado”, a resposta mais frequente foi de score 5. (Tabela 10)

Em relação à utilidade do rastreio para a prevenção do CCR, avaliada na mesma escala, em que 1 é “Sem utilidade” e 10 corresponde a “Elevada utilidade”, a resposta mais frequente foi de score 10. (Tabela 11)

Percepção do Risco de Contrair CCR	Frequência	Percentual
SEM RISCO	5	3,7%
2	6	4,4%
3	13	9,6%
4	3	2,2%
5	36	26,5%
6	18	13,2%
7	20	14,7%
8	19	14,0%
9	4	2,9%
RISCO ELEVADO	10	7,4%
Total	134	98,5%
Ausente Sistema	2	1,5%
Total	136	100,0%

Tabela 10 - Percepção do risco de contrair CCR

Utilidade do Rastreio do CCR	Frequência	Percentual
SEM UTILIDADE	1	0,7%
5	1	0,7%
7	1	0,7%
8	14	10,3%
9	9	6,6%
ELEVADA UTILIDADE	109	80,1%
Total	135	99,3%
Ausente Sistema	1	0,7%
Total	136	100,0%

Tabela 11 - Utilidade do rastreio do CCR

Dos inquiridos, 85,3% (116 indivíduos) concordam que o CCR pode ser prevenido (Tabela 12) e 96,3% (131 indivíduos) acreditam que pode ser tratado quando diagnosticado numa fase inicial. (Tabela 13)

Prevenção do CCR	Frequência	Percentual
Incerto	16	11,8%
Concordo	116	85,3%
Discordo	3	2,2%
Total	135	99,3%
Ausente Sistema	1	0,7%
Total	136	100,0%

Tabela 12 - Prevenção do CCR

Tratamento Precoce do CCR	Frequência	Percentual
Incerto	3	2,2%
Concordo	131	96,3%
Total	134	98,5%
Ausente Sistema	2	1,5%
Total	136	100,0%

Tabela 13 - Tratamento precoce do CCR

9.1.4 Comportamentos

Quanto aos comportamentos perante o CCR a amostra revelou que 30,9% modificou os hábitos alimentares e 68,4% não alterou os seus hábitos alimentares no último ano por receio de contrair CCR. (Tabela 14)

Modificação de Hábitos Alimentares		Frequência	Percentual	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Não		93	68,4%	68,9%	68,9%
Sim		42	30,9%	31,1%	100,0%
Total		135	99,3%	100,0%	
Ausente	Sistema	1	0,7%		
Total		136	100,0%		

Tabela 14 - Modificação de hábitos alimentares

Em relação à prática de atividade física a amostra revelou que 47,1% pratica atividade física (Tabela 15), 16,1% modificou a sua atividade física por receio de contrair CCR e 82,4% não fez nenhuma modificação. (Tabela 16)

Prática de Atividade Física		Frequência	Percentual	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Não		71	52,2%	52,6%	52,6%
Sim		64	47,1%	47,4%	100,0%
Total		135	99,3%	100,0%	
Ausente	Sistema	1	0,7%		
Total		136	100,0%		

Tabela 15 - Prática de atividade física

Modificação da Prática de Atividade Física		Frequência	Percentual	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Não		112	82,4%	83,6%	83,6%
Sim, iniciei		14	10,3%	10,4%	94,0%
Sim, reduzi		1	0,7%	0,7%	94,8%
Sim, aumentei		7	5,1%	5,2%	100,0%
Total		134	98,5%	100,0%	
Ausente	Sistema	2	1,5%		
Total		136	100,0%		

Tabela 16 - Modificação da prática de atividade física

Para a maioria da amostra em estudo (81,6%) o primeiro médico a consultar para um problema de saúde é o médico de família, 13,2% recorre a um médico especialista e apenas 0,7% refere recorrer ao serviço de urgência. (Tabela 17)

Primeiro Médico a Consultar		Frequência	Percentual	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
	Médico de família	111	81,6%	84,1%	84,1%
	Especialista	18	13,2%	13,6%	97,7%
	Hospital	1	0,7%	0,8%	98,5%
	Outro	2	1,5%	1,5%	100,0%
	Total	132	97,1%	100,0%	
Ausente	Sistema	4	2,9%		
Total		136	100,0%		

Tabela 17 - Primeiro médico a consultar

Dos exames recomendados para a prevenção do CCR destaca-se a colonoscopia (78,7% da amostra), seguida da PSOF (22,1%) e a análise de sangue (15,4%). (Tabela 18)

Análise de Sangue		Frequência	Percentual	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
	Não	36	26,5%	63,2%	63,2%
	Sim	21	15,4%	36,8%	100,0%
	Total	57	41,9%	100,0%	
Ausente	Sistema	79	58,1%		
Total		136	100,0%		

  

Clister Opaco		Frequência	Percentual	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
	Não	39	28,7%	88,6%	88,6%
	Sim	5	3,7%	11,4%	100,0%
	Total	44	32,4%	100,0%	
Ausente	Sistema	92	67,6%		
Total		136	100,0%		

Ecografia Abdominal		Frequência	Percentual	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
	Não	37	27,2%	68,5%	68,5%
	Sim	17	12,5%	31,5%	100,0%
	Total	54	39,7%	100,0%	
Ausente	Sistema	82	60,3%		
Total		136	100,0%		
Sigmoidoscopia		Frequência	Percentual	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
	Não	40	29,4%	97,6%	97,6%
	Sim	1	0,7%	2,4%	100,0%
	Total	41	30,1%	100,0%	
Ausente	Sistema	95	69,9%		
Total		136	100,0%		
PSOF		Frequência	Percentual	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
	Não	24	17,6%	44,4%	44,4%
	Sim	30	22,1%	55,6%	100,0%
	Total	54	39,7%	100,0%	
Ausente	Sistema	82	60,3%		
Total		136	100,0%		
Colonoscopia		Frequência	Percentual	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
	Não	12	8,8%	10,1%	10,1%
	Sim	107	78,7%	89,9%	100,0%
	Total	119	87,5%	100,0%	
Ausente	Sistema	17	12,5%		
Total		136	100,0%		
Outro		Frequência	Percentual	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
	Não	13	9,6%	100,0%	100,0%
Ausente	Sistema	123	90,4%		
Total		136	100,0%		

Tabela 18 - Exame de rastreio recomendado

Dos inquiridos, apenas 3 (2,2% da amostra) participaram em atividades preventivas através da realização de inquéritos ou em programas de rastreio por colonoscopia. (Tabela 19)

Participação em Atividades Preventivas	Frequência	Percentual	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Não	132	97,1%	97,8%	97,8%
Sim	3	2,2%	2,2%	100,0%
Total	135	99,3%	100,0%	
Ausente Sistema	1	0,7%		
Total	136	100,0%		

Tabela 19 - Participação em atividades preventivas

Quando analisamos a amostra acerca dos exames de rastreio realizados verificamos que a colonoscopia foi realizada por 82 indivíduos (60,3% da amostra), 22 indivíduos não a realizaram (14,7%) e 13 indivíduos referem não se recordarem de a ter realizado (9,6%). (Tabela 20)

Colonoscopia	Frequência	Percentual	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Não me recordo	13	9,6%	11,1%	11,1%
Não foi recomendado	2	1,5%	1,7%	12,8%
Não tenho problemas de saúde	1	0,7%	0,9%	13,7%
Falta de tempo	1	0,7%	0,9%	14,5%
Medo de dor / embaraçoso	2	1,5%	1,7%	16,2%
Outro	2	1,5%	1,7%	17,9%
Sim	82	60,3%	70,1%	88,0%
Não	14	10,3%	12,0%	100,0%
Total	117	86,0%	100,0%	
Ausente Sistema	19	14,0%		
Total	136	100,0%		

Tabela 20 - Dados da colonoscopia

Destacamos ainda que, dos exames realizados como rastreio, a análise de sangue foi realizada por 37 indivíduos (27,2%) e a ecografia abdominal foi interpretada como exame de rastreio por 27 indivíduos (19,9%), os mesmos que fizeram a PSOF.

(Tabela 21)

Análise de Sangue	Frequência	Percentual	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Não me recordo	11	8,1%	12,6%	12,6%
Não foi recomendado	8	5,9%	9,2%	21,8%
Não tenho problemas de saúde	2	1,5%	2,3%	24,1%
Sim	37	27,2%	42,5%	66,7%
Não	29	21,3%	33,3%	100,0%
Total	87	64,0%	100,0%	
Ausente Sistema	49	36,0%		
Total	136	100,0%		

  

Clister Opaco	Frequência	Percentual	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Não me recordo	8	5,9%	12,5%	12,5%
Não foi recomendado	14	10,3%	21,9%	34,4%
Não tenho problemas de saúde	1	0,7%	1,6%	35,9%
Outro	1	0,7%	1,6%	37,5%
Sim	2	1,5%	3,1%	40,6%
Não	38	27,9%	59,4%	100,0%
Total	64	47,1%	100,0%	
Ausente Sistema	72	52,9%		
Total	136	100,0%		

Ecografia Abdominal	Frequência	Percentual	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Não me recordo	10	7,4%	12,3%	12,3%
Não foi recomendado	9	6,6%	11,1%	23,5%
Não tenho problemas de saúde	1	0,7%	1,2%	24,7%
Outro	1	0,7%	1,2%	25,9%
Sim	27	19,9%	33,3%	59,3%
Não	33	24,3%	40,7%	100,0%
Total	81	59,6%	100,0%	
Ausente Sistema	55	40,4%		
Total	136	100,0%		
PSOF	Frequência	Percentual	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Não me recordo	14	10,3%	18,7%	18,7%
Não foi recomendado	12	8,8%	16,0%	34,7%
Não tenho problemas de saúde	1	0,7%	1,3%	36,0%
Sim	27	19,9%	36,0%	72,0%
Não	21	15,4%	28,0%	100,0%
Total	75	55,1%	100,0%	
Ausente Sistema	61	44,9%		
Total	136	100,0%		
Sigmoidoscopia	Frequência	Percentual	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Não me recordo	5	3,7%	8,1%	8,1%
Não foi recomendado	15	11,0%	24,2%	32,3%
Não tenho problemas de saúde	1	0,7%	1,6%	33,9%
Outro	1	0,7%	1,6%	35,5%
Sim	3	2,2%	4,8%	40,3%
Não	37	27,2%	59,7%	100,0%
Total	62	45,6%	100,0%	
Ausente Sistema	74	54,4%		
Total	136	100,0%		

Tabela 21 - Dados dos exames de prevenção

9.1.5 Informação sobre o CCR

Quando inquirimos a amostra acerca das fontes onde recebeu informação sobre o CCR (considerando que cada indivíduo possa ter obtido informação por mais do que uma fonte) verificamos que 41,4% refere que foi informado por médicos, 30,4% pela comunicação social, 15,5% por enfermeiros, 7,7% refere ter obtido informação por outras fontes como a internet e familiares, 4,4% por jornais científicos e 0,6% em ações de formação. (Tabela 22)

Origem da Fonte de Informação	Frequência	Percentual	Percentagem acumulativa
Jornais científicos	8	4,4%	7,2%
Comunicação social	55	30,4%	49,5%
Enfermeiros	28	15,5%	25,2%
Ações de formação	1	0,6%	0,9%
Médicos	75	41,4%	67,6%
Outro	14	7,7%	12,6%
Total	181	100,0%	163,1%

Tabela 22 - Origem da fonte de informação

Quanto à necessidade de mais informação sobre o CCR, 68,4% da amostra sente essa necessidade. (Tabela 23)

Necessidade de Informação	Frequência	Percentual	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Não	42	30,9%	31,1%	31,1%
Sim	93	68,4%	68,9%	100,0%
Total	135	99,3%	100,0%	
Ausente Sistema	1	0,7%		
Total	136	100,0%		

Tabela 23 - Necessidade de informação

9.2 Análise Bivariada

Ao analisarmos a amostra por grupo etário verificamos que o sexo masculino é superior na idade  $\leq 49$  anos, 61-75 anos e  $\geq 76$  anos. O sexo feminino é superior no grupo etário 50-60 anos. (Tabela 24)

Grupo Etário	Sexo		Total	
	Masculino	Feminino		
$\leq 49$	Contagem	5	2	7
	% dentro de grupo idade	71,4%	28,6%	100,0%
	% dentro de sexo	7,2%	3,0%	5,1%
	% do Total	3,7%	1,5%	5,1%
50-60	Contagem	11	29	40
	% dentro de grupo idade	27,5%	72,5%	100,0%
	% dentro de sexo	15,9%	43,3%	29,4%
	% do Total	8,1%	21,3%	29,4%
61-75	Contagem	44	34	78
	% dentro de grupo idade	56,4%	43,6%	100,0%
	% dentro de sexo	63,8%	50,7%	57,4%
	% do Total	32,4%	25,0%	57,4%
$\geq 76$	Contagem	9	2	11
	% dentro de grupo idade	81,8%	18,2%	100,0%
	% dentro de sexo	13,0%	3,0%	8,1%
	% do Total	6,6%	1,5%	8,1%
Total	Contagem	69	67	136
	% dentro de grupo idade	50,7%	49,3%	100,0%
	% dentro de sexo	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	50,7%	49,3%	100,0%

Tabela 24 - Grupo etário \* Sexo

Quanto à percepção do estado de saúde face à idade verifica-se uma relação direta entre a idade e o score de percepção do estado de saúde sendo que, quanto menor a idade, maior é o score de avaliação. (Tabela 25)

Grupo Etário	Percepção do Estado de Saúde								Total	
	MÁ	4	5	6	7	8	9	MUITO BOA		
≤ 49	Contagem	0	0	1	0	0	2	1	3	7
	% dentro de grupo etário	0,0%	0,0%	14,3%	0,0%	0,0%	28,6%	14,3%	42,9%	100,0%
	% dentro de percepção do estado de saúde	0,0%	0,0%	4,5%	0,0%	0,0%	6,1%	5,0%	33,3%	5,3%
	% do Total	0,0%	0,0%	0,8%	0,0%	0,0%	1,5%	0,8%	2,3%	5,3%
50-60	Contagem	1	0	3	4	10	7	9	4	38
	% dentro de grupo etário	2,6%	0,0%	7,9%	10,5%	26,3%	18,4%	23,7%	10,5%	100,0%
	% dentro de percepção do estado de saúde	33,3%	0,0%	13,6%	23,5%	38,5%	21,2%	45,0%	44,4%	28,6%
	% do Total	0,8%	0,0%	2,3%	3,0%	7,5%	5,3%	6,8%	3,0%	28,6%
61-75	Contagem	2	3	14	11	14	21	10	2	77
	% dentro de grupo etário	2,6%	3,9%	18,2%	14,3%	18,2%	27,3%	13,0%	2,6%	100,0%
	% dentro de percepção do estado de saúde	66,7%	100,0%	63,6%	64,7%	53,8%	63,6%	50,0%	22,2%	57,9%
	% do Total	1,5%	2,3%	10,5%	8,3%	10,5%	15,8%	7,5%	1,5%	57,9%
≥ 76	Contagem	0	0	4	2	2	3	0	0	11
	% dentro de grupo etário	0,0%	0,0%	36,4%	18,2%	18,2%	27,3%	0,0%	0,0%	100,0%
	% dentro de percepção do estado de saúde	0,0%	0,0%	18,2%	11,8%	7,7%	9,1%	0,0%	0,0%	8,3%
	% do Total	0,0%	0,0%	3,0%	1,5%	1,5%	2,3%	0,0%	0,0%	8,3%
Total	Contagem	3	3	22	17	26	33	20	9	133
	% dentro de grupo etário	2,3%	2,3%	16,5%	12,8%	19,5%	24,8%	15,0%	6,8%	100,0%
	% dentro de percepção do estado de saúde	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	2,3%	2,3%	16,5%	12,8%	19,5%	24,8%	15,0%	6,8%	100,0%

Tabela 25 - Percepção do estado de saúde \* Grupo etário

Quanto à percepção do estado de saúde face ao sexo verificamos que a tendência de avaliação é partilhada por ambos os sexos. (Tabela 26)

Sexo		Percepção do Estado de Saúde							Total	
		MÁ	4	5	6	7	8	9		MUITO BOA
Masculino	Contagem	1	3	13	5	13	18	10	4	67
	% dentro de sexo	1,5%	4,5%	19,4%	7,5%	19,4%	26,9%	14,9%	6,0%	100,0%
	% dentro de percepção do estado de saúde	33,3%	100,0%	59,1%	29,4%	50,0%	54,5%	50,0%	44,4%	50,4%
	% do Total	0,8%	2,3%	9,8%	3,8%	9,8%	13,5%	7,5%	3,0%	50,4%
Feminino	Contagem	2	0	9	12	13	15	10	5	66
	% dentro de sexo	3,0%	0,0%	13,6%	18,2%	19,7%	22,7%	15,2%	7,6%	100,0%
	% dentro de percepção do estado de saúde	66,7%	0,0%	40,9%	70,6%	50,0%	45,5%	50,0%	55,6%	49,6%
	% do Total	1,5%	0,0%	6,8%	9,0%	9,8%	11,3%	7,5%	3,8%	49,6%
Total	Contagem	3	3	22	17	26	33	20	9	133
	% dentro de sexo	2,3%	2,3%	16,5%	12,8%	19,5%	24,8%	15,0%	6,8%	100,0%
	% dentro de percepção do estado de saúde	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	2,3%	2,3%	16,5%	12,8%	19,5%	24,8%	15,0%	6,8%	100,0%

Tabela 26 - Percepção do estado de saúde \* Sexo

Ao analisarmos a percepção do estado de saúde face à escolaridade verificamos que a tendência de escolha de score é comum aos três níveis de escolaridade. Localizando-se a escolha entre o 5 e o 8. (Tabela 27)

Escolaridade		Percepção do Estado de Saúde							Total	
		MÁ	4	5	6	7	8	9		MUITO BOA
Básico	Contagem	2	0	12	9	2	6	2	2	35
	% dentro de escolaridade	5,7%	0,0%	34,3%	25,7%	5,7%	17,1%	5,7%	5,7%	100,0%
	% dentro de percepção do estado de saúde	66,7%	0,0%	57,1%	52,9%	7,7%	18,2%	10,0%	22,2%	26,5%
	% do Total	1,5%	0,0%	9,1%	6,8%	1,5%	4,5%	1,5%	1,5%	26,5%
Secundário	Contagem	0	2	6	5	13	17	9	1	53
	% dentro de escolaridade	0,0%	3,8%	11,3%	9,4%	24,5%	32,1%	17,0%	1,9%	100,0%
	% dentro de percepção do estado de saúde	0,0%	66,7%	28,6%	29,4%	50,0%	51,5%	45,0%	11,1%	40,2%
	% do Total	0,0%	1,5%	4,5%	3,8%	9,8%	12,9%	6,8%	,8%	40,2%
Superior	Contagem	1	1	3	3	11	10	9	6	44
	% dentro de escolaridade	2,3%	2,3%	6,8%	6,8%	25,0%	22,7%	20,5%	13,6%	100,0%
	% dentro de percepção do estado de saúde	33,3%	33,3%	14,3%	17,6%	42,3%	30,3%	45,0%	66,7%	33,3%
	% do Total	,8%	,8%	2,3%	2,3%	8,3%	7,6%	6,8%	4,5%	33,3%
Total	Contagem	3	3	21	17	26	33	20	9	132
	% dentro de escolaridade	2,3%	2,3%	15,9%	12,9%	19,7%	25,0%	15,2%	6,8%	100,0%
	% dentro de percepção do estado de saúde	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	2,3%	2,3%	15,9%	12,9%	19,7%	25,0%	15,2%	6,8%	100,0%

Tabela 27 - Percepção do estado de saúde \* Escolaridade

A amostra revela-se conhecedora dos fatores de risco associados ao CCR, já que as opções mais selecionadas correspondem aos fatores de risco associados ao CCR: a existência de pólipos, história familiar de CCR, elevada ingestão de gorduras, infecção intestinal, baixa atividade física e o consumo de cigarros. No entanto, verificamos que a opção “anemia” está entre as mais selecionadas. Provavelmente se justificará pelo facto da anemia (baixa da hemoglobina) estar associada a perdas de sangue, este que é um sinal muito associado ao CCR.

Na análise dos fatores de risco face à escolaridade verificamos que em todos os níveis de escolaridade o conhecimento dos fatores de risco é elevado. Verificamos ainda, que o nível de escolaridade não foi determinante na seleção da opção anemia (uma das mais selecionadas) e que não é um fator de risco do CCR. (Tabela 28)

			FATORES DE RISCO DO CCR										
			Anemia	Exposição a radiações	Hipertensão arterial	Infecção intestinal	Baixa de atividade física	Diabetes	Fumar cigarros	Elevada ingestão de gorduras	Pólipos	História familiar CCR	Ingestão de frutas e vegetais
E S C O L A R I D A D E	Básico	Contagem	5	4	1	21	6	2	8	16	27	25	1
		% dentro de escolaridade	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		% dentro do fator de risco do CCR	13,90%	26,70%	14,30%	27,60%	19,40%	20%	21,10%	28,60%	23,90%	25%	16,70%
		% Total	13,90%	26,70%	14,30%	27,60%	19,40%	20%	21,10%	28,60%	23,90%	25%	16,70%
	Secundário	Contagem	16	6	5	30	12	5	19	20	44	38	3
		% dentro de escolaridade	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
		% dentro do fator de risco do CCR	44,40%	40%	71,40%	39,50%	38,70%	50%	50%	35,70%	38,90%	38%	50%
		% Total	44,40%	40%	71,40%	39,50%	38,70%	50%	50%	35,70%	38,90%	38%	50%
	Superior	Contagem	15	5	1	25	13	3	11	20	42	37	2
		% dentro de escolaridade	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
		% dentro do fator de risco do CCR	41,70%	33,30%	14,30%	32,90%	41,90%	30%	28,90%	35,70%	37,20%	37%	33,30%
		% Total	41,70%	33,30%	14,30%	32,90%	41,90%	30%	28,90%	35,70%	37,20%	37%	33,30%
	Total	Contagem	36	15	7	76	31	10	38	56	113	100	6
		% dentro de escolaridade	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		% dentro do fator de risco do CCR	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		% Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tabela 28 - Fatores de risco do CCR \* Escolaridade

Considerando a baixa atividade física como um fator de risco associado a diferentes tipos de cancro, e em concreto ao CCR, apenas verificamos que 47,1% da amostra pratica regularmente uma atividade física. A tendência de alteração deste comportamento é correspondente com a identificação da atividade física enquanto fator de risco, já que 16,1% da amostra modificou este comportamento por receio de contrair CCR.

Quanto à definição de CCR verifica-se que 95,9% dos 74 indivíduos que responderam a esta questão fizeram-no corretamente. Contudo, houve um indivíduo que não nos aparece quando comparamos a resposta de definição de CCR com a escolaridade porque não respondeu à pergunta sobre a sua escolaridade.

Verificamos que maior nível de escolaridade contribui para a correta definição de CCR. (Tabela 29)

Escolaridade		Definição de CCR	
		Resposta incorreta	Resposta correta
Básico	Contagem	1	14
	% dentro de escolaridade	5,6%	77,8%
	% dentro de definição CCR	33,3%	20,0%
	% do Total	1,2%	17,3%
Secundário	Contagem	1	28
	% dentro de escolaridade	3,1%	87,5%
	% dentro de definição CCR	33,3%	40,0%
	% do Total	1,2%	34,6%
Superior	Contagem	1	28
	% dentro de escolaridade	3,2%	90,3%
	% dentro de definição CCR	33,3%	40,0%
	% do Total	1,2%	34,6%
Total	Contagem	3	70
	% dentro de escolaridade	3,7%	86,4%
	% dentro de definição CCR	100,0%	100,0%
	% do Total	3,7%	86,4%

Tabela 29 - Definição de CCR \* Escolaridade

Fazendo a análise da influência da variável escolaridade sobre a variável exames de rastreo, verificamos que o nível de escolaridade maior contribui para a melhor identificação dos exames considerados de rastreo do CCR. (Tabela 30)

		Análise de Sangue			Clister Opaco			Ecografia abdominal			
		não sabe	não	sim	não sabe	não	sim	não sabe	não	sim	
Escolaridade	básico	Contagem	4	0	12	7	2	6	5	1	7
		% dentro de ESCOLARIDADE	25,0%	0,0%	75,0%	46,7%	13,3%	40,0%	38,5%	7,7%	53,8%
		% dentro do exame de rastreo	14,8%	0,0%	37,5%	18,9%	20,0%	40,0%	18,5%	11,1%	26,9%
		% do Total	5,7%	0,0%	17,1%	11,3%	3,2%	9,7%	8,1%	1,6%	11,3%
	secundário	Contagem	7	5	12	12	3	4	8	2	9
		% dentro de ESCOLARIDADE	29,2%	20,8%	50,0%	63,2%	15,8%	21,1%	42,1%	10,5%	47,4%
		% dentro do exame de rastreo	25,9%	45,5%	37,5%	32,4%	30,0%	26,7%	29,6%	22,2%	34,6%
		% do Total	10,0%	7,1%	17,1%	19,4%	4,8%	6,5%	12,9%	3,2%	14,5%
	superior	Contagem	16	6	8	18	5	5	14	6	10
		% dentro de ESCOLARIDADE	53,3%	20,0%	26,7%	64,3%	17,9%	17,9%	46,7%	20,0%	33,3%
		% dentro do exame de rastreo	59,3%	54,5%	25,0%	48,6%	50,0%	33,3%	51,9%	66,7%	38,5%
		% do Total	22,9%	8,6%	11,4%	29,0%	8,1%	8,1%	22,6%	9,7%	16,1%
	Total	Contagem	27	11	32	37	10	15	27	9	26
		% dentro de ESCOLARIDADE	38,6%	15,7%	45,7%	59,7%	16,1%	24,2%	43,5%	14,5%	41,9%
		% dentro do exame de rastreo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% do Total	38,6%	15,7%	45,7%	59,7%	16,1%	24,2%	43,5%	14,5%	41,9%
		Sigmoidoscopia			PSOF			Colonoscopia			
		não sabe	não	sim	não sabe	não	sim	não sabe	não	sim	
Escolaridade	básico	Contagem	8	2	3	4	0	15	1	0	30
		% dentro de ESCOLARIDADE	61,5%	15,4%	23,1%	21,1%	0,0%	78,9%	3,2%	0,0%	96,8%
		% dentro do exame de rastreo	20,5%	22,2%	23,1%	26,7%	0,0%	21,7%	20,0%	0,0%	24,8%
		% do Total	13,1%	3,3%	4,9%	4,7%	0,0%	17,6%	,8%	0,0%	23,4%
	secundário	Contagem	11	2	7	5	1	26	2	2	48
		% dentro de ESCOLARIDADE	55,0%	10,0%	35,0%	15,6%	3,1%	81,3%	3,8%	3,8%	92,3%
		% dentro do exame de rastreo	28,2%	22,2%	53,8%	33,3%	100,0%	37,7%	40,0%	100,0%	39,7%
		% do Total	18,0%	3,3%	11,5%	5,9%	1,2%	30,6%	1,6%	1,6%	37,5%
	superior	Contagem	20	5	3	6	0	28	2	0	43
		% dentro de ESCOLARIDADE	71,4%	17,9%	10,7%	17,6%	0,0%	82,4%	4,4%	0,0%	95,6%
		% dentro do exame de rastreo	51,3%	55,6%	23,1%	40,0%	0,0%	40,6%	40,0%	0,0%	35,5%
		% do Total	32,8%	8,2%	4,9%	7,1%	0,0%	32,9%	1,6%	0,0%	33,6%
	Total	Contagem	39	9	13	15	1	69	5	2	121
		% dentro de ESCOLARIDADE	63,9%	14,8%	21,3%	17,6%	1,2%	81,2%	3,9%	1,6%	94,5%
		% dentro do exame de rastreo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% do Total	63,9%	14,8%	21,3%	17,6%	1,2%	81,2%	3,9%	1,6%	94,5%

Tabela 30 - Exame de rastreo do CCR \* Escolaridade

Ao correlacionarmos as variáveis escolaridade e informação verificamos que a amostra, em qualquer nível de escolaridade, sente necessidade de obter mais informação sobre a temática em estudo. A vontade de melhorar os conhecimentos é, assim, transversal a todos os níveis de escolaridade. (Tabela 31)

Escolaridade		Informação		Total
		Não	Sim	
Básico	Contagem	13	21	34
	% dentro de escolaridade	38,2%	61,8%	100,0%
	% dentro de informação	31,0%	22,8%	25,4%
	% do Total	9,7%	15,7%	25,4%
Secundário	Contagem	19	35	54
	% dentro de escolaridade	35,2%	64,8%	100,0%
	% dentro de informação	45,2%	38,0%	40,3%
	% do Total	14,2%	26,1%	40,3%
Superior	Contagem	10	36	46
	% dentro de escolaridade	21,7%	78,3%	100,0%
	% dentro de informação	23,8%	39,1%	34,3%
	% do Total	7,5%	26,9%	34,3%
Total	Contagem	42	92	134
	% dentro de escolaridade	31,3%	68,7%	100,0%
	% dentro de informação	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	31,3%	68,7%	100,0%

Tabela 31 - Necessidade de informação \* Escolaridade

Centrando a análise dos dados em torno da colonoscopia como exame *Gold Standard* para o rastreio do CCR, destacamos que este exame foi recomendado a 107 indivíduos com idade média de 64 anos e foi realizado por 82 indivíduos cuja idade média foi também 64 anos. O indivíduo mais novo tinha 21 anos e justifica a realização deste exame num contexto de história familiar. O mais velho tinha 81 anos e realizou o exame por *follow-up* do CCR.

Sendo que a idade recomendada de início do rastreio do CCR é a partir dos 50 anos (para indivíduos assintomáticos e sem história familiar), no intervalo de idades entre os 50 e 60 anos, composto por 40 indivíduos (Tabela 3), verificamos que a colonoscopia foi recomendada a 27 indivíduos (Tabela 32) e destes, 23 fizeram o exame. (Tabela 33) Realçamos que a 6 indivíduos deste grupo etário não foi proposta fazer a colonoscopia. (Tabela 32)

Grupo Etário		Colonoscopia		Total
		Não	Sim	
≤ 49	Contagem	1	5	6
	% dentro de grupo idade	16,7%	83,3%	100,0%
	% dentro de colonoscopia	8,3%	4,7%	5,0%
	% do Total	0,8%	4,2%	5,0%
50-60	Contagem	6	27	33
	% dentro de grupo idade	18,2%	81,8%	100,0%
	% dentro de colonoscopia	50,0%	25,2%	27,7%
	% do Total	5,0%	22,7%	27,7%
61-75	Contagem	4	67	71
	% dentro de grupo idade	5,6%	94,4%	100,0%
	% dentro de colonoscopia	33,3%	62,6%	59,7%
	% do Total	3,4%	56,3%	59,7%
≥ 76	Contagem	1	8	9
	% dentro de grupo idade	11,1%	88,9%	100,0%
	% dentro de colonoscopia	8,3%	7,5%	7,6%
	% do Total	0,8%	6,7%	7,6%
Total	Contagem	12	107	119
	% dentro de grupo idade	10,1%	89,9%	100,0%
	% dentro de colonoscopia	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	10,1%	89,9%	100,0%

Tabela 32 - Recomendação de colonoscopia \* Grupo etário

Grupo Etário	Colonoscopia		Total
	Sim	Não	
≤ 49	3	2	7
50-60	23	5	34
61-75	48	7	67
≥ 76	8	0	9
Total	82	14	117

Tabela 33 - Realização de colonoscopia \* Grupo etário

Ao analisarmos os dados relativos a PSOF verificamos que este exame foi recomendado a 30 indivíduos (Tabela 34) e que foi realizado por 27 indivíduos.

(Tabela 35)

Recomendação PSOF	Frequência	Percentual	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Não	24	17,6%	44,4%	44,4%
Sim	30	22,1%	55,6%	100,0%
Total	54	39,7%	100,0%	
Ausente Sistema	82	60,3%		
Total	136	100,0%		

Tabela 34 - Recomendação de PSOF

Grupo Etário		PSOF		Total
		Sim	Não	
≤ 49	Contagem	1	2	5
	% dentro de grupo idade	20,0%	40,0%	100,0%
	% dentro de PSOF	3,7%	9,5%	6,7%
	% do Total	1,3%	2,7%	6,7%
50-60	Contagem	8	9	29
	% dentro de grupo idade	27,6%	31,0%	100,0%
	% dentro de PSOF	29,6%	42,9%	38,7%
	% do Total	10,7%	12,0%	38,7%
61-75	Contagem	16	9	37
	% dentro de grupo idade	43,2%	24,3%	100,0%
	% dentro de PSOF	59,3%	42,9%	49,3%
	% do Total	21,3%	12,0%	49,3%
≥ 76	Contagem	2	1	4
	% dentro de grupo idade	50,0%	25,0%	100,0%
	% dentro de PSOF	7,4%	4,8%	5,3%
	% do Total	2,7%	1,3%	5,3%
Total	Contagem	27	21	75
	% dentro de grupo idade	36,0%	28,0%	100,0%
	% dentro de PSOF	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	36,0%	28,0%	100,0%

Tabela 35 - Realização de PSOF \* Grupo etário

Se analisarmos os dados no grupo etário entre os 50 e os 60 anos verificamos que este exame foi recomendado a 10 indivíduos (Tabela 36). No entanto, só foi realizado por 8. (Tabela 35)

Grupo Etário		PSOF		Total
		Não	Sim	
≤ 49	Contagem	1	1	2
	% dentro de grupo idade	50,0%	50,0%	100,0%
	% dentro de PSOF	4,2%	3,3%	3,7%
	% do Total	1,9%	1,9%	3,7%
50-60	Contagem	13	10	23
	% dentro de grupo idade	56,5%	43,5%	100,0%
	% dentro de PSOF	54,2%	33,3%	42,6%
	% do Total	24,1%	18,5%	42,6%
61-75	Contagem	9	18	27
	% dentro de grupo idade	33,3%	66,7%	100,0%
	% dentro de PSOF	37,5%	60,0%	50,0%
	% do Total	16,7%	33,3%	50,0%
≥ 76	Contagem	1	1	2
	% dentro de grupo idade	50,0%	50,0%	100,0%
	% dentro de PSOF	4,2%	3,3%	3,7%
	% do Total	1,9%	1,9%	3,7%
Total	Contagem	24	30	54
	% dentro de grupo idade	44,4%	55,6%	100,0%
	% dentro de PSOF	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	44,4%	55,6%	100,0%

Tabela 36 - Recomendação de PSOF \* Grupo etário

Estabelecendo a relação no grupo etário 50-60 anos entre os indivíduos que realizaram a PSOF e os que destes tiveram que realizar colonoscopia, verifica-se que 6 indivíduos (dos 8 que fizeram a PSOF) realizaram seguidamente uma colonoscopia. (Tabela 37)

Grupo Etário			PSOF		
			Sim	Não	
50-60	Colonoscopia	Não me recordo	Contagem	0	0
			% dentro de colonoscopia	0,0%	0,0%
			% dentro de PSOF	0,0%	0,0%
			% do Total	0,0%	0,0%
		Não tenho problemas de saúde	Contagem	0	0
			% dentro de colonoscopia	0,0%	0,0%
			% dentro de PSOF	0,0%	0,0%
			% do Total	0,0%	0,0%
		Falta de tempo	Contagem	0	0
			% dentro de colonoscopia	0,0%	0,0%
			% dentro de PSOF	0,0%	0,0%
			% do Total	0,0%	0,0%
		Outro	Contagem	1	0
			% dentro de colonoscopia	100,0%	0,0%
			% dentro de PSOF	12,5%	0,0%
			% do Total	3,7%	0,0%
		Sim	Contagem	6	5
			% dentro de colonoscopia	37,5%	31,2%
			% dentro de PSOF	75,0%	55,6%
			% do Total	22,2%	18,5%
Não	Contagem	1	4		
	% dentro de colonoscopia	20,0%	80,0%		
	% dentro de PSOF	12,5%	44,4%		
	% do Total	3,7%	14,8%		
Total	Contagem	8	9		
	% dentro de colonoscopia	29,6%	33,3%		
	% dentro de PSOF	100,0%	100,0%		
	% do Total	29,6%	33,3%		

Tabela 37 - Realização de PSOF \* Colonoscopia

## 10. CONCLUSÃO

O estudo sobre os conhecimentos, atitudes e comportamentos face ao rastreio do cancro colorretal permitiu caracterizar a população para uma base de trabalho de implementação de um programa de rastreio do CCR cuja performance permita ganhos na adesão.

Ficou demonstrado que o rastreio do CCR, com recurso à colonoscopia, poderá ter uma boa adesão já que dos 107 indivíduos a quem foi recomendada, 82 fizeram o exame.

Se tivermos em conta que a realização da colonoscopia poderá ser, simultaneamente, um exame de rastreio e um exame terapêutico estaremos, certamente, a melhorar a disponibilidade de recursos, já que em muitas situações a realização do rastreio com exames menos invasivos, e até menos honorosos (como por exemplo a PSOF), acaba na realização de uma colonoscopia.

Estabelecendo a colonoscopia como elemento central do rastreio, é necessária a sua promoção para uma melhor adesão. Importa assim desmistificar, com especial ênfase, os prós da sua realização: eficácia, visualização de todo o cólon, baixa frequência de complicações, possibilidade terapêutica, segurança (realizada em ambiente controlado), indolor (quando realizada com apoio anestésico) e melhores preparações intestinais (melhor sabor e menor volume do preparado de limpeza intestinal).

A informação sobre o rastreio do CCR é uma necessidade evidenciada por 68,4% da amostra que é transversal à idade e à escolaridade. Desta forma, 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. Contudo, verificamos na análise dos resultados que a amostra revela conhecimentos fortes sobre os fatores de risco do CCR tendo identificado os principais fatores de risco associados ao CCR. Verificamos ainda que a amostra apresenta tendência de alteração de comportamentos face ao risco de contrair CCR, em particular a modificação dos hábitos de atividade física, já que 16,1% da amostra modificou este comportamento por receio de contrair CCR .

Este tipo de cancro, na maioria dos casos, tem o seu início a partir de pólipos ou em lesões pré-malignas que precedem vários anos antes do aparecimento da doença, razão pela qual o rastreio contribui para a redução da mortalidade e da incidência.

Os exames de rastreio para o CCR mais realizados são: os que detetam os tumores e, por isso, contribuem para a redução da mortalidade; os que detetam e permitem tratar que, para além de reduzirem a mortalidade, também reduzem a incidência de novos casos de CCR. Assim, a colonoscopia é a chave do rastreio do CCR.

## 11. BIBLIOGRAFIA

Bresalier, R.S., & Feldman, M., & Friedman L.S., & Brandt L.J. (Eds). 2006. Malignant neoplasms of the large intestine. Sleisenger & Fordtran's gastrointestinal and liver disease 8th ed. Canadá: **Saunders Elsevier**: 2759-98.

Camacho, A., & et al.. 2006. **Controvérsias em coloproctologia**. Portugal: sociedade portuguesa de proctologia.

Campos, F. G., & Logullo, A. G. (Eds). 2005. **Diet and colorectal cancer: current evidence for etiology and prevention**. Department of Gastroenterology. Colorectal Surgery Unit. Hospital das Clínicas. University of São Paulo Medical School. Nutr. Hosp. .

Cotter, J., & Lima S., & Barroso, S. (Eds). 2008. Rastreio endoscópico do Cancro Colorrectal: experiência de dois anos. **Jornal Português de Gastreenterologia**, 15

Cotter, J. 2007. **Jornal Português de Gastreenterologia**, 14

Cravo, M., 2000. **Tumores do cólon e do recto. Diagnóstico precoce**. ed. Gastreenterologia clínica. Lidel

Direção-Geral da Saúde, Norma nº 003/2014 de 31/03/2014.

Direção-Geral da Saúde, Plano Nacional de Saúde 2012-2016.

Direção-Geral da Saúde, Programa Nacional para as Doenças Oncológicas.

Europacolon Portugal . [www.europacolon.pt](http://www.europacolon.pt) . dados-doença (acedido em fevereiro de 2015)

Felay J., & Bray F., & Pisani P. (Eds). 2001. **Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide**. Lyon: International Agency for Research on Cancer.

Forno, S., & Poças, C. (Eds). 2012. O cancro colorretal e o rastreio: conhecimentos e atitudes dos portuenses. **GE Jornal Português de Gastreenterologia**,19.

Franceschi, S. & Maso, L. & Augustini, L. 2001. Dietary glycemic load and Colorectal Cancer risk. **Ann Oncology**, 12.

Freitas, D. 2002. **Intestino, Cancro do Cólon e do Recto**. Coimbra: Astra Zeneca, Produtos farmacêuticos Lda.

Jass, J.R. 2002. **Pathogenesis of Colorectal Cancer**. Surg Clin ; 82:891.

Kemp, C., & Potyk, D. 2005. Cancer Screening: principles and controversies. **The Nurse practitionair**: Aug. 30: 8.

- Leitão, N.C. 2004. Rastreio do Cancro do Cólon e Recto: recomendações da SPED. **ENDOnews** 8:2.
- Libutti, S. K., & Saltz, L. B., & Rustgi, A. K., 2005. **Cancer of the colon**. In: Vicent T. De Vita J, Hellman S, et al, eds. *Cancer, principles & practice of oncology*. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Liga Portuguesa Contra o Cancro . [www.ligacontracancro.pt](http://www.ligacontracancro.pt) . (acedido em dezembro 2014).
- Liu, C. & Crawford, J. M. 2005. O trato gastrointestinal. In: Kumar, V., Abbas, A. K, Fausto, M. (Eds). *Bases patológicas da doença*. Rio de Janeiro. **Saunders Elsevier**. 7<sup>a</sup> ed.
- Melo, M., & Braga, R. (Eds). 2003. Rastreio do Cancro do Cólon e do Recto. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, 19.
- Mendes, V. 2008 Prevenir o Cancro do Cólon e Recto. **Jornal Português de Gastreenterologia**, 15.
- Mira, C., & Chaves F.C. (eds). 1994. **Carcinoma do Cólon e do Recto**. Lisboa: Permayer Portugal.
- Murphy, M.E., & Shirley, E.O. (eds). 2000. **Cancro Colorrectal**. Enfermagem em oncologia (3<sup>a</sup> ed.) Portugal: Lusociência.
- Organização Mundial de Saúde (1986) . Carta de Ottawa. Canadá, Ottawa.
- Pinto, A. 2012. Rastreio do carcinoma do cólon e reto - Eficácia e adesão, **GE Jornal Português de Gastreenterologia**, 19.
- Pinto, A. 2010. Rastreio do carcinoma do cólon e reto – Evidência Científica. **ENDOnews**, 30.
- Pinto A., 2006. Rastreio do carcinoma do cólon e reto no mundo e em Portugal. **ENDOnews**, 13.
- Queiroz, M.J. 2003. Prevenção do cancro. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, 19.
- Sessa, A. & et al. 2008. *“Knowledge, attitudes, and preventive practices about colorectal cancer among adults in area of Southern Italy”*. Itália: Departamento de Medicina Pública, Clínica e Preventiva, da Universidade Segunda de Nápoles.
- Soares, J., & Poças, C., & Lago, P. (eds). 1998. **Rastreio dos pólipos e do Cancro do Cólon e Recto**.
- Seeley, R., & Stephens, T. & Tate, P., 2001. **Anatomia e fisiologia** (3<sup>a</sup>ed.). Portugal: Lusodidata.
- Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva . [www.sped.pt](http://www.sped.pt). (acedido em março de 2015).

Tavani, A. & Braga, C. 1999. La Vecchia C. Physical activity and risk of cancers of the colon and rectum. Italian case-control study. **Br J Cancer**, 79.

Thune, I. & Lund, E. 1996. Physical activity and risk of Colorectal Cancer in men and women. **Br J Cancer**, 73.

Viana, R. L. 1996. **Lesão polipóide gastrointestinal**. Porto: Astra Portuguesa, Lda.

WHO, European Observatory on Health Systems and Policies. Walter, W. & Holland, S.S. & Masseur, C. 2006. **Policy Brief Screening in Europe**.

World Cancer Research Fund. 1997. **Food, nutrition and the prevention of cancer: a global perspective**. American Institute for Cancer Research.

## 12. ANEXOS

### Anexo A



Sérgio Pinto <sergioafpinto@gmail.com>

#### Questionário

3 mensagens

**Sérgio Pinto** <sergioafpinto@gmail.com>  
Para: Sílvia Forno <silvia\_\_forno@hotmail.com>

21 de abril de 2015 10:07

Bom dia En<sup>fa</sup> Sílvia,

Sou enfermeiro, Sérgio Pinto do Hospital Sams em Lisboa e estou a fazer mestrado. O tema do meu trabalho está relacionado com o rastreio do CCR na minha instituição. Ao analisar a publicação que fez sobre: "O cancro colorretal e o rastreio, conhecimentos e atitudes dos portugueses" gostava de lhe pedir autorização para usar o questionário que utilizou. Contando com a sua colaboração na minha tese de mestrado, aguardo com expectativa o seu contato.

Melhores cumprimentos,

Sérgio Pinto  
Enfermeiro  
[+351914528645](tel:+351914528645)

**Sílvia Forno** <silvia\_\_forno@hotmail.com>  
Para: Sérgio Pinto <sergioafpinto@gmail.com>

27 de abril de 2015 13:50

Ola Sérgio.

Sim, claro que tem a minha autorização: pode usar o meu questionário na sua tese.

Se puder ser útil em mais alguma coisa, não exite em contactar-me.

Cps,

Sílvia Forno

Date: Tue, 21 Apr 2015 10:07:18 +0100  
Subject: Questionário  
From: [sergioafpinto@gmail.com](mailto:sergioafpinto@gmail.com)  
To: [silvia\\_\\_forno@hotmail.com](mailto:silvia__forno@hotmail.com)  
[Texto das mensagens anteriores oculto]

**Sérgio Pinto** <sergioafpinto@gmail.com>  
Para: Sílvia Forno <silvia\_\_forno@hotmail.com>

29 de abril de 2015 21:55

Boa noite Sílvia,

Agradeço muito a sua ajuda.

Se entretanto precisar voltarei a falar-lhe.

Obrigado,

Sérgio Pinto

Sérgio Pinto

[https://mail.google.com/mail/ca/0/?ui=2&ik=f01b40af2c&view=pt&q=silvia\\_\\_forno%40hotmail.com&qs=true&search=query&th=14cdb3b4c836f822&siml=...](https://mail.google.com/mail/ca/0/?ui=2&ik=f01b40af2c&view=pt&q=silvia__forno%40hotmail.com&qs=true&search=query&th=14cdb3b4c836f822&siml=...) 1/2

Anexo B

# QUESTIONÁRIO

Este questionário destina-se à realização de um trabalho de investigação sobre o Rastreio do Cancro Colorretal: conhecimentos, atitudes e comportamentos, no âmbito do Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde do ISCTE-IUL. Todos os dados fornecidos serão tratados estatisticamente e o seu preenchimento é anónimo. Desde já agradeço a sua colaboração.  
**MARQUE COM UMA CRUZ OS QUADRADOS E PREENCHA OS CAMPOS CINZENTOS.**

A. CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS						
<b>A1.</b>	Freguesia	<b>A2.</b>	Idade			
<b>A3.</b>	Sexo	<b>A4.</b>	Estado civil			
<b>A5.</b>	Quantas pessoas vivem em sua casa (sem contar consigo)?					
<b>A6.</b>	Escolaridade	<b>A7.</b>	Ocupação/profissão			
<b>A8.</b>	Peso	<b>A9.</b>	Altura			
<b>A10.</b>	Como classifica a sua saúde atual numa escala de 1 (má) e 10 (muito boa)?					
	1	2	3	4	5	6
	7	8	9	10		
<b>A11.</b>	Alguém da sua família (inclusive você) tem ou teve alguma(s) doença(s) do intestino?					
	Sim	Quem	Doença			
	Não					

  

B. CONHECIMENTO   Esta secção destina-se a explorar o seu conhecimento sobre o Cancro Colorretal.						
<b>B1.</b>	Como define o Cancro Colorretal?					
<b>B2.</b>	Indique um ou mais fatores abaixo como sendo de risco para o Cancro Colorretal:					
	Anemia	Infeção intestinal	Elevada ingestão de gorduras			
	Uso de contraceptivos orais/pílula	Baixa atividade física	Pólipos			
	Exposição a radiações	Diabete	História familiar de Cancro Colorretal			
	Hipertensão arterial	Fumar cigarros	Ingestão de frutas e vegetais			
<b>B3.</b>	Qual dos exames abaixo é um teste de rastreio para Cancro Colorretal? Se sim, quantas vezes deve ser realizado e a partir de que idade?					
	EXAME	NÃO SABE	NÃO	SIM	QUANTAS VEZES	IDADE
	Análise de sangue					
	Clister opaco					
	Ecografia abdominal					
	Sigmoidoscopia					
	Pesquisa de sangue oculto nas fezes					
	Colonoscopia					

**C. ATITUDES** | Esta secção destina-se a explorar as suas atitudes acerca do Cancro Colorretal. Responda às seguintes questões o mais verdadeiramente possível.

**C1.** Como percebe o seu risco de contrair Cancro Colorretal numa escala de 1 (sem risco) a 10 (risco elevado)?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>									

**C2.** Como classifica a utilidade do rastreio para a prevenção do Cancro Colorretal numa escala de 1 (s/utilidade) a 10 (elevada utilidade)?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>									

**C3.** «O Cancro Colorretal pode ser prevenido.»

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

**C4.** «O Cancro Colorretal pode ser tratado, quando diagnosticado numa fase inicial.»

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

**D. COMPORTAMENTOS** | Esta secção destina-se a recolher informação sobre o seu comportamento perante o Cancro Colorretal.

**D1.** No último ano modificou os seus hábitos alimentares por receio de contrair Cancro Colorretal?

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

**D2.** Pratica alguma atividade física?

<input type="checkbox"/>	Sim	Qual?	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Não		

**D3.** No último ano modificou as suas atividades físicas por receio de contrair Cancro Colorretal?

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

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

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

**D5.** Qual o exame que lhe foi recomendado para a prevenção de Cancro Colorretal?

EXAME	NÃO	SIM	RECOMENDADO POR
Análise de sangue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Clíster opaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Ecografia abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Sigmoidoscopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Teste de sangue oculto nas fezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Colonoscopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Outro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

**D6.** Já participou em atividades preventivas (panfletos informativos, testes clínicos, etc.) no Cancro Colorretal?

<input type="checkbox"/>	Sim	Qual	<input type="text"/>	Organizada por	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Não				

**D7.** Quais dos seguintes exames de prevenção de Cancro Colorretal já fez?

RESPOSTA	EXAME					
	D7.1 Análise de sangue	D7.2 Clíster opaco	D7.3 Ecografia abdominal	D7.4 Teste sangue oculto nas fezes	D7.5 Sigmoidoscopia	D7.6 Colonos- copia
Não me recordo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Não</b>						
Não foi recomendado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não tenho problemas de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Longa lista de espera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medo de descobrir uma doença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não tenho idade recomendada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medo da dor/embaraçoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sim</b>						
razão	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
nº de vezes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
quando foi a última vez	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**E. INFORMAÇÃO**

**E1.** Através de quais das seguintes fontes recebeu informação sobre o Cancro Colorretal (marque uma ou mais)?

<input type="checkbox"/>	Nenhuma	<input type="checkbox"/>	Jornais científicos	<input type="checkbox"/>	Comunicação social	<input type="checkbox"/>	Enfermeiros
<input type="checkbox"/>	Ações de formação	<input type="checkbox"/>	Médicos	<input type="checkbox"/>	Outro	<input type="text"/>	

**E2.** Sente que precisa de mais informação sobre o Cancro Colorretal?

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

Anexo C

Data: 22 de abril de 2015

Assunto: Pedido de autorização

Exmos Srs:  
Presidente do Conselho Executivo  
dos SAMS-PICS  
Diretor Clínico

Estou a frequentar o Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde do ISCTE-IUL e, no âmbito da minha tese de mestrado, estou a desenvolver um estudo observacional e transversal na área do Rastreio do Cancro Colorretal que tem como principal objetivo: avaliar os conhecimentos da População a quem se destina o Rastreio.

Dado que a População dos beneficiários dos Sams dispõe de um sub-sistema de saúde próprio, capaz de responder atempadamente às necessidades dos seus beneficiários, gostaria de avaliar, numa amostra de beneficiários dos Sams, os conhecimentos sobre o Rastreio do Cancro Colorretal.

Para tal solicito a vossa autorização para que, junto dos médicos assistentes, possa apresentar o objetivo do meu trabalho e o questionário a aplicar aos beneficiários com idade igual ou superior a 40 anos.

O exemplar do questionário (em anexo) terá de ser respondido de forma voluntária e com a garantia do anonimato. Os dados recolhidos serão submetidos a tratamento estatístico e poderão ser a base de trabalho para a implementação de um programa de Rastreio do Cancro Colorretal nos Sams.

Agradeço desde já a vossa colaboração.

Sérgio Pinto