



INSTITUTO  
UNIVERSITÁRIO  
DE LISBOA

---

## **Literacia em Cancro dos Jovens Universitários Portugueses**

Madalena Ramos do Pereiro

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientadores:

Doutora Rita Espanha, Professora Auxiliar com agregação do Iscte –  
Instituto Universitário de Lisboa, Departamento de Sociologia

Doutora Ana Cristina Rocha Barros, Investigadora no Instituto de  
Investigação e Inovação em Saúde da Universidade do Porto (i3s)

Novembro, 2022





BUSINESS  
SCHOOL

---

## **Literacia em Cancro dos Jovens Universitários Portugueses**

Madalena Ramos do Pereiro

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientadores:

Doutora Rita Espanha, Professora Auxiliar com agregação do Iscte –  
Instituto Universitário de Lisboa, Departamento de Sociologia

Doutora Ana Barros, Investigadora no Instituto de Investigação e  
Inovação em Saúde da Universidade do Porto (i3s)

Novembro, 2022



## **Agradecimentos**

Todo este trabalho não teria sido possível sem a ajuda das minhas orientadoras, Doutora Ana Barros e Professora Doutora Rita Espanha, cuja paciência para esclarecer as minhas dúvidas e rever afincadamente todo o meu trabalho eu valorizo, prezo e admiro muito. Nunca me faltaram a um email e estiveram sempre dispostas a partilhar palavras para me reconfortar e tranquilizar. Não poderia sentir-me mais honrada e afortunada por poder trabalhar e aprender com elas ao longo de todos estes meses e sou extremamente grata por ter tido a sorte de as ter a meu lado nesta etapa.

Quero agradecer à minha família, que só vai acreditar que consegui mesmo terminar o mestrado quando virem esta dissertação publicada, mas à parte do ceticismo, sempre me incentivaram a seguir o meu caminho e apoiaram as minhas escolhas sem julgamentos e com muita paciência. Sem o vosso investimento em mim nada seria possível. Um obrigada não é suficiente e nunca conseguirei repagar o que vos devo.

Tenho muito a agradecer à minha segunda FAMÍlia, que ouviram muitas vezes as minhas queixas, levaram com a minha resmunguice e aos quais falhei muitas vezes para poder estar fechada a trabalhar em vez de estar com eles. Obrigada por não desistirem de mim, por acreditarem em mim e por me fazerem tão feliz.

A todos os outros amigos, mas principalmente à minha amiga Marina que devia ser santificada por me aturar, e às minhas amigas nesta jornada pelo Iscte, muito obrigada por me ajudarem a concluir esta etapa e espero levar-vos para o resto da vida.

Por último, tenho de agradecer às minhas colegas de trabalho, que me ensinam e inspiram todos os dias a ser melhor, que me apoiam, protegem e aconselham como se fossem minhas irmãs. Muito obrigada por tudo.



## **Resumo**

O cancro é a segunda principal causa de morte em todo o mundo e tem tido uma incidência crescente, que tem acompanhado o envelhecimento da população. Apesar desta realidade, estima-se que quase metade dos casos de cancro poderiam ser prevenidos com a alteração de estilos de vida. A Literacia em Saúde e mais concretamente a Literacia em Cancro, pode ser a chave para fazer face a esta tendência crescente que tem sido observada. A necessidade de entender aquilo que os jovens sabem acerca do cancro levou à formulação do objetivo *major* deste estudo como aferir os níveis de Literacia em Cancro dos estudantes universitários portugueses. Pretendeu ainda verificar-se se o conhecimento dos inquiridos relativo à doença oncológica corresponde à perceção que os mesmos têm sobre esses mesmos conceitos relacionados com o cancro. Para efetuar este levantamento recorreu-se à ferramenta *Students Knowledge and Perceptions about Cancer*, que permitiu recolher a informação pretendida quer para a caracterização da amostra, quer para aferir os conhecimentos e perceções dos inquiridos, tendo sido feita, posteriormente, a análise estatística dos dados em SPSS. De uma amostra de 170 alunos universitários, observou-se que 72,4 % (123) acertam mais de metade das perguntas de resposta fechada e que o cancro do pulmão é o tópico onde existe maior desconhecimento, contrariamente ao cancro da mama, onde existe um maior número de respostas certas dadas. No geral, e em todos os tipos específicos de cancro, exceto o colorretal, parece existir uma correlação estatisticamente significativa entre os conhecimentos e a perceção que os estudantes têm acerca dos conteúdos abordados. Apesar dos níveis satisfatórios de conhecimento geral acerca do cancro, existem certos tipos de cancro onde deve ser feito um trabalho mais aprofundado, de modo a colmatar falhas no conhecimento, pondo em destaque a prevenção como chave para a diminuição da incidência da doença oncológica. Conclui-se que ainda existe trabalho a ser feito de modo que possamos ter uma comunidade académica mais consciente, que saiba reconhecer os comportamentos de risco, os rastreios e os tratamentos que existem para lidar com o cancro. Contudo, será necessário conduzir novos estudos com uma amostra representativa e poderá ser interessante, no futuro, analisar melhor quais os fatores ou determinantes sociais que podem limitar este conhecimento e ainda que possíveis intervenções podem ser desenvolvidas de forma a mitigar a desinformação encontrada relativamente a determinados tipos de cancro.

**Palavras-Chave:** Literacia em Saúde; Literacia em Cancro; Estudantes Universitários.





## **Abstract**

Cancer is the second leading cause of death worldwide and has had an increasing incidence, which has accompanied the ageing of the population. Despite this reality, it is estimated that almost half of all cancer cases could be prevented by changing lifestyles. Health Literacy, and more specifically, Cancer Literacy, may be the key to address this growing trend that has been observed. The need to understand what young people know about cancer led to the main objective of this study to assess the levels of Cancer Literacy among Portuguese university students. It also aimed to verify whether the respondents' knowledge on cancer-related diseases corresponds to their perception of these same cancer-related concepts. The tool Students Knowledge and Perceptions about Cancer was used to carry out this survey, which allowed collecting the desired information for both the sample characterization and the respondents' knowledge and perceptions, which were then analysed using SPSS. From a sample of 170 university students, we found that 72.4% (123) got more than half of the closed-ended questions right. That lung cancer is the topic where there is a higher lack of knowledge, contrary to breast cancer, where a higher number of correct answers were given. Overall, and in all specific types of cancer, except colorectal cancer, there seems to be a statistically significant correlation between students' knowledge and perception of the contents addressed. Despite the satisfactory levels of general knowledge about cancer, there are certain types of cancer where more sophisticated work should be done to bridge knowledge gaps, emphasizing prevention as a key to reduce the incidence of cancer. It is concluded that there is still work to be done to have a more aware academic community that knows how to recognise risk behaviours, screenings and treatments that exist to deal with cancer. However, it will be necessary to conduct new studies with a representative sample, and it may be interesting, in the future, to better analyse which factors or social determinants may limit this knowledge and which possible interventions can be developed to mitigate the misinformation found regarding certain types of cancer.

**Keywords:** Health Literacy; Cancer Literacy; University Students.



## Índice

1. Introdução.....	1
2. Revisão da Literatura .....	5
2.1. Literacia em Saúde – O que é e como a podemos medir .....	5
2.2. Literacia em Cancro – O que é e como a podemos medir .....	10
2.3. O cancro enquanto doença prevenível .....	13
3. Metodologia.....	21
3.1. Recolha de dados.....	21
3.2. Tratamento de dados .....	22
4. Apresentação dos Resultados .....	23
4.1. Caracterização da amostra .....	23
4.2. Avaliação dos conhecimentos.....	24
4.3. Comportamentos e hábitos dos estudantes universitários .....	28
5. Discussão dos Resultados.....	29
6. Considerações Finais.....	33
7. Bibliografia .....	35
8. Anexos .....	46
<b>Anexo A:</b> Inquérito para a Avaliação dos Conhecimentos e Perceção dos Jovens Universitários Acerca do Cancro .....	46
<b>Anexo B:</b> Parecer 38/2022 Comissão de Ética do Iscte - Instituto Universitário de Lisboa.....	63
<b>Anexo C:</b> Comportamentos e Hábitos dos Estudantes Universitários .....	65

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1</b> – Caracterização demográfica da amostra .....	23
<b>Tabela 2</b> – Médias das percepções dos estudantes face ao cancro .....	24
<b>Tabela 3</b> – Respostas às perguntas de conhecimentos sobre o cancro .....	26
<b>Tabela 4</b> - Média e desvio padrão do nº de respostas certas dadas categorizadas por tipo de cancro.....	27
<b>Tabela 5</b> - Correlação entre a percepção dos inquiridos e a média das respostas certas dadas por tipo de cancro .....	27
<b>Tabela 6</b> – Como ocupa os seus tempos livres? .....	65
<b>Tabela 7</b> – Nos dias de semana, onde almoça?.....	65
<b>Tabela 8</b> – Se pratica desporto/ atividade física, quantas vezes praticou no último mês (pelo menos durante 30 minutos)?.....	66
<b>Tabela 9</b> – Indique quais dos seguintes equipamentos/serviços possui ou tem em sua casa. ....	66
<b>Tabela 10</b> – Se costuma navegar na internet, assinale as duas atividades que realiza mais vezes. ....	66
<b>Tabela 11</b> - Com que frequência consome bebidas alcoólicas? .....	66
<b>Tabela 12</b> – Quais as refeições que faz todos os dias? .....	67
<b>Tabela 13</b> – Habitualmente, quantas horas dorme por noite nos dias de trabalho?.....	67
<b>Tabela 14</b> – Em relação ao consumo de tabaco.....	67
<b>Tabela 15</b> – Quando se expõe ao sol, com que frequência usa protetor solar? .....	67
<b>Tabela 16</b> – Quando vai à praia ou à piscina, em que locais aplica o protetor solar? ...	68
<b>Tabela 17</b> – Com que frequência faz a inspeção dos sinais que tem na pele?.....	68

## **Glossário de Siglas**

LS – Literacia em Saúde

LC – Literacia em Cancro

SKPaC – *Students Knowledge and Perceptions about Cancer*

OMS – Organização Mundial de Saúde

DGS – Direção-Geral da Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

GLOBOCAN – *Global Cancer Observatory*



## **1. Introdução**

A Literacia em Saúde (LS) é um tópico que tem vindo a aumentar a sua notabilidade ao longo dos últimos anos. Este facto deve-se à maior compreensão da importância da LS na construção de uma sociedade mais saudável, consciente e autónoma na tomada de decisões em saúde (Okan et. al., 2018). Políticas públicas que visem promover a LS têm a capacidade de empoderar o cidadão, melhorando assim a sua qualidade de vida. Esta observação é suportada por diversos estudos que apontam para que os baixos níveis de LS estejam relacionados com mais hospitalizações, um maior recurso aos serviços de urgência, taxas de adesão terapêutica baixas, menor adesão a medidas preventivas de saúde e rastreios, condições de saúde mais débeis, despesas mais elevadas com a saúde e uma maior mortalidade. Para além disso, esta disparidade acentua as iniquidades sociais dos indivíduos (Baccolini et. al., 2021; Arriaga et. al., 2021).

Para que o cidadão possua um nível adequado de LS é necessário que consiga aceder, compreender e usar informação de forma crítica em todos os aspetos que possam estar direta ou indiretamente relacionados com a sua saúde (WHO, 2013). Isto engloba não só as decisões que são tomadas face à doença, como a adesão terapêutica adequada, ou o contacto com o serviço ou profissional de saúde mais ajustado, como os próprios estilos de vida adotados para garantir a manutenção do estado de saúde (abrangendo sempre tanto a parte física como mental).

De acordo com uma meta-análise realizada com o intuito de conhecer os níveis de LS na Europa, foi verificado que perto de 50% dos europeus têm níveis baixos de LS, o que quer dizer que quase metade dos cidadãos europeus têm dificuldades em navegar nos serviços de saúde, assim como em compreender e tomar decisões de forma crítica e ponderada em assuntos que estejam relacionados com a sua saúde (Baccolini et. al., 2021). À semelhança do que se verifica na Europa, o “Inquérito sobre Literacia em Saúde” aplicado por uma equipa de investigação em Portugal, demonstrou que cerca de 49% dos portugueses têm um índice geral de LS inadequado ou problemático, existindo uma maior dificuldade no âmbito da promoção de saúde, onde 51,1% dos portugueses demonstra ter limitações (Espanha et. al., 2015).

As ferramentas que nos permitem aceder aos níveis de LS ajudam-nos a compreender quais são as componentes de LS onde os cidadãos apresentam maiores dificuldades ou

quais os temas onde pode ser feito um maior investimento para educar ou desmistificar determinados assuntos, o que é bastante relevante no contexto das políticas públicas para a saúde. Dada a importância destas ferramentas para o entendimento geral da LS dos cidadãos, estas têm vindo a evoluir e diversificar-se, existindo diversos instrumentos adaptados a diferentes definições do conceito de LS ou para estudar a literacia acerca de uma doença particular (Liu et. al., 2018). Um dos temas onde ainda não existem muitos dados é acerca da Literacia em Cancro (LC), apesar desta doença ser uma das principais causas de morte a nível mundial, fruto do envelhecimento e crescimento populacional dos últimos anos (Sung et. al., 2021; WHO, 2020).

A doença oncológica é responsável pela morte de 1 em cada 6 pessoas globalmente, sendo o cancro do pulmão o mais letal, responsável por 18,4% das mortes atribuídas ao cancro (WHO, 2020). Posto isto, é pertinente compreender se a população tem conhecimento para lidar com a doença de forma adequada. Para além disso, o cancro é uma doença altamente prevenível, sendo que se estima que mais de metade das mortes atribuídas às doenças oncológicas poderiam ser evitadas com alterações de comportamentos e medidas preventivas (Barros et. al., 2016). A consciencialização acerca dos fatores de risco deve iniciar-se durante o ensino obrigatório, uma vez que quanto mais cedo se começar a abordar estes assuntos, mas facilmente poderemos influenciar as escolhas de vida. Uma das etapas altamente preocupante e de extrema relevância para este tipo de intervenções é a adolescência, que corresponde a uma fase no desenvolvimento humano de transformação e onde pode ocorrer a adoção de comportamentos desajustados que poderão ter consequências muito negativas no futuro (Abraham et. al., 2021).

Neste sentido, é imperativo estudar esta população para melhor compreender se em Portugal também podem ser desenvolvidas novas estratégias focadas nesta patologia, com o intuito de aumentar a LC. Apesar de já existirem algumas ferramentas validadas para aceder aos níveis de LS e LC, a investigação acerca dos conhecimentos dos estudantes ainda se encontra subdesenvolvida e os dados que existem ainda não foram replicados, pelo que é necessário aplicar esses instrumentos para obter dados relativamente ao contexto português, que nos permitam compreender o panorama nacional nesta temática.

É relevante compreender os níveis de LS dos jovens, uma vez que, como já foi referido, os comportamentos adotados por estes durante a adolescência e no início da vida adulta



são importantes para alcançar estados de saúde satisfatórios. Contudo, durante este período do desenvolvimento humano, existe uma maior tendência para os jovens se envolverem em comportamentos de risco como fumar, consumir álcool e ter relações sexuais desprotegidas, que podem levar ao desenvolvimento de patologias crónicas como é o caso do cancro (Sansom-Daly et. al., 2016). Dados relativos ao consumo de tabaco em Portugal indicam que os jovens de 18 anos desvalorizam o risco associado ao consumo deste produto, sendo que 13% dos alunos do ensino público considera fácil ou muito fácil abandonar o consumo regular de tabaco (Ministério da Saúde, 2019), o que demonstra que ainda existe necessidade de alertar os jovens para os perigos do tabaco. Para além disso, os jovens têm tendência para recorrer às redes sociais para obter informação relacionada com a saúde, sendo que esta contém informação dispar que deve ser atentamente avaliada e criteriosamente selecionada, o que implica ter LS (Rosário et. al., 2020).

Posto isto, as questões de investigação que se colocam são “Qual é o nível de conhecimento dos jovens estudantes universitários portugueses relativamente à doença oncológica?” e “Será que as perceções que os estudantes têm relativamente ao que sabem sobre o cancro corresponde à realidade?”.

Para dar resposta às questões levantadas, recorreu-se ao *Students Knowledge and Perceptions about Cancer (SKPaC)*, que é uma ferramenta que foi originalmente desenvolvida por uma equipa multidisciplinar da Universidade do Porto, para procurar aceder aos conhecimentos e perceções dos jovens estudantes universitários relativamente a aspetos relacionados com o cancro, desde a sua prevenção, rastreio, diagnóstico até ao tratamento (Barros et. al., 2018). Simultaneamente foram recolhidos dados relativos aos hábitos dos estudantes, incluindo a sua prática de desporto, horas de sono, hábitos alimentares, consumo de álcool e tabaco e comportamentos de risco, de modo caracterizar melhor a população em estudo e entender o seu estilo de vida. Ao recolher e analisar os dados, definiu-se como objetivo principal aceder à componente funcional da LC dos estudantes universitários.

Ao estudar o conhecimento e a perceção dos jovens acerca desta temática é possível verificar se existem lacunas no conhecimento dos estudantes, apontando para possíveis soluções que visem combater essa mesma falha. O diagnóstico e avaliação dos

conhecimentos permitirá conhecer e transformar essa realidade, e será expectável que sejam realizadas intervenções mais precoces, para satisfazer essa necessidade de informar e educar as gerações futuras.

Esta dissertação começa com uma breve revisão da literatura onde é explicado o que é a LS e a LC e como é que outros investigadores conseguiram, a partir destes conceitos, criar ferramentas que consigam avaliar os níveis de LS e LC. Ainda neste capítulo é explicado o que é o cancro e qual a importância da LC para a prevenção da doença. Uma vez que o estudo foi realizado com estudantes universitários portugueses, a revisão procurou agregar o máximo de informação disponível para o contexto nacional e para a população de interesse. De seguida é apresentada a metodologia, onde se inclui a seleção da amostra, a recolha de dados e a forma como os mesmos foram analisados. Posto isto, são apresentados os principais resultados obtidos com a aplicação do SKPaC, seguida de uma análise e discussão das principais descobertas feitas com este estudo. Por fim, são feitas algumas considerações finais acerca do tema, são listadas as limitações inerentes ao estudo e apresentadas propostas de futuras investigações que devem surgir para complementar e reforçar os achados desta investigação.

## 2. Revisão da Literatura

### 2.1. Literacia em Saúde – O que é e como a podemos medir

De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), a Literacia em Saúde (LS) é o “conjunto de competências cognitivas, sociais e a capacidade de os indivíduos acederem, compreenderem e usarem informação de forma que promovam e mantenham uma boa saúde” (Arriaga et. al., 2021, WHO, 2013). Esse conceito tem um comportamento dinâmico e tem vindo a evoluir, passando de uma designação mais simplista para um construto multifatorial, que depende da interação entre o cidadão e a sociedade (DGS, 2019; Sorensen et. al., 2012). A evolução do conceito de LS acompanhou a crescente preocupação com a avaliação crítica da informação disponível e a gestão dessa mesma informação em prol do objetivo *major* que é a obtenção de mais saúde (Paiva, 2018).

Apesar de ainda existirem divergências na sua definição, a LS pressupõe requisitos mínimos de literacia, como a capacidade de ler, por exemplo, e de numeracia. Habitualmente a LS pode ser categorizada em 3 vertentes: funcional/básica, interativa/comunicativa e crítica (Nutbeam, 2000). A primeira diz respeito às competências mais elementares como ler e escrever, a segunda às competências cognitivas que permitem a recolha de informação e a aplicação dessa mesma informação e a última diz respeito à avaliação crítica da informação recolhida (Pedro, 2018). Só manifestando todos estas competências de literacia podemos considerar que a pessoa em questão está apta para tomar as melhores decisões para a sua saúde. Para além destas, existem outras componentes que são proferidas por outros autores como a responsabilidade, definida como a capacidade que a pessoa tem de assumir a responsabilidade pela sua saúde e pelas suas decisões dentro deste contexto, a confiança, que é definido como a segurança que o indivíduo demonstra ter ao tomar uma decisão com o intuito de melhorar a sua saúde e ainda a navegação que se refere ao à vontade que o cidadão tem ao navegar pelos serviços de saúde, gerindo a sua saúde de forma mais autónoma (Haun, J. et. al., 2014). Dependendo das componentes que estão a ser avaliadas são usadas abordagens diferentes, não só no conteúdo do instrumento como na própria aplicação do mesmo.

Nos últimos anos tem sido feito um investimento no estudo de meios para objetivar estas características na população para que seja possível compreender os níveis de LS, encontrando os pontos críticos que se impõem como entraves à melhoria dos cuidados de saúde a nível individual e comunitário. Contudo, importa salientar que a avaliação da LS, nas suas diversas dimensões e vertentes, representa um desafio, por ser difícil objetivar critérios que consigam fundamentalmente aferir a capacidade de leitura, compreensão e análise crítica de dados relacionados com a saúde por parte da população, sendo ainda mais desafiante criar uma única ferramenta com a capacidade de abranger todas estas nuances. Apesar disso, as ferramentas que existem podem ser complementares umas das outras e serem usadas em diversos contextos, adaptadas às realidades dos locais onde as mesmas se aplicam, sendo assim possível tirar melhor partido daquilo que já temos à nossa disposição (Nguyen, Tam et. al., 2017).

O desenvolvimento de ferramentas que procurem aferir os níveis de LS tem diversas aplicações muito relevantes. Podem, por exemplo, ser desenvolvidas ferramentas com o intuito de serem usadas em diversos contextos oportunistas (como em escolas ou em contexto clínico como uma consulta), para tentar perceber as necessidades e dificuldades sentidas por essa população, ajudando as entidades responsáveis a atuar sobre as fragilidades encontradas. Neste âmbito, a aplicação destas ferramentas pode ter também o papel imprescindível de monitorizar possíveis intervenções desenvolvidas pelas organizações que as promovem e os agentes que as constituem. Importa ainda realçar a grande vantagem acrescida da implementação rotineira e organizada deste tipo ferramentas, por ser possível vigiar os níveis de LS de forma contínua, alertando para possíveis grupos de risco (cujo nível de LS seja inadequado) (Nguyen, Tam et. al., 2017).

A análise da LS dos cidadãos permite ainda adequar a comunicação e estabelecer estratégias que visem potenciar a compreensão por parte do indivíduo acerca da sua condição de saúde, quais os hábitos que deve adotar e quais os procedimentos que deve seguir (AHRQ, 2019).

Dada esta complexidade, aleada ao facto de existirem diferentes definições do mesmo conceito, não existe um *gold standard* para medir a LS, mas sim uma multiplicidade de ferramentas. Estas variam na sua abordagem, podendo ser mais subjetivas como é o caso do *Health Literacy Survey* (HLS) (Van der Heide et. al., 2016) ou o *Health Literacy*

*Management Scale* (HeLMS) (Jordan et. al., 2013) em que os entrevistados dão a sua autoperceção acerca de tópicos relacionados com a saúde, ou, por outro lado, podem ser usados métodos mais objetivos, que aferem a capacidade do indivíduo ler, entender e processar informação sobre saúde com questões do domínio mais técnico, onde apenas existe uma opção correta, como é o caso do *Rapid Estimate of Adult Literacy* (REALM) (Davis et. al., 1991), o *Test of Functional Health Literacy in Adults* (TOFHLA) (Parker et. al. 1995) e o *Newest Vital Sign* (NVS) (Weiss et al., 2005). Estes métodos podem ainda dividir-se de acordo com a sua especificidade, havendo aqueles que se focam mais em averiguar a literacia numa doença em particular e aqueles que são mais genéricos, como os apresentados anteriormente. O *Literacy Assessment for Diabetes* (LAD), o *Asthma Numeracy Questionnaire* (ANQ), o *Test of functional Health Literacy in Dentistry* (TOFHLA iD) são apenas alguns dos exemplos que podem ser listados como ferramentas que procuram aferir o nível de literacia para a diabetes, a asma e a saúde oral respetivamente (Haun et. al., 2014). Dependendo do contexto, a aplicação destes instrumentos pode dar pistas acerca de possíveis dificuldades ou até de mitos relacionados com uma determinada prática ou assunto. O modo de avaliação da LS também tem diferentes variantes, podendo ir de algo tão simples como a avaliação da pronúncia correta de termos médicos ou a sua identificação, até problemas mais complexos de interpretação de prescrições, rótulos de alimentos ou situações particulares (Paiva, 2018). A formulação de métodos para aferir a LS é um trabalho constante que se tem vindo a diversificar e melhorar, existindo mais de 200 ferramentas disponíveis na página *Health Literacy Shed Tool* (Harnett, 2017).

Através do recurso a algumas das ferramentas supramencionadas foi possível reconhecer que existem diversos determinantes sociais que condicionam o nível de LS, sendo já evidente e corroborado por vários estudos que os baixos níveis de LS são mais prevalentes nas comunidades mais pobres (com rendimentos até 500€), com menos educação, mais velhas (mais de 65 anos) e que tenham doenças crónicas, estando isto intimamente ligado ao uso excessivo, e muitas vezes indevido, dos cuidados de saúde (Arriaga et. al., 2021; Han et. al., 2014). Outros fatores como a própria autoperceção da saúde como “má” e o facto de se sentirem limitados por terem alguma doença crónica também está associado a níveis de LS mais baixos (Espanha et. al., 2015; Arriaga et. al., 2021). Um estudo de grande escala realizado nos Estados Unidos identificou determinantes como a etnia, o

grau académico, os rendimentos, e a língua falada antes de iniciar a escola como fatores que se relacionam com o nível de LS. A par destes determinantes sociais, a própria comunicação que se estabelece com os profissionais de saúde é muitas vezes deficitária nas pessoas com baixos níveis de literacia, havendo uma dificuldade não só em compreender, como em envolver o cidadão no processo de tomada de decisão, o que naturalmente culmina em perdas individuais na saúde do indivíduo e inevitavelmente em mais gastos associados (Schillinger, 2021).

Posto isto, a população universitária afasta-se da população mais vulnerável, uma vez que estamos a falar de pessoas usualmente mais jovens e com mais estudos. Contudo, muitos jovens adotam hábitos ou comportamentos de risco para a sua saúde (Sobral, 2018), sendo por isso relevante entender até que ponto é que esse conhecimento empírico se manifesta no dia-a-dia dos estudantes e se existe, de facto, conhecimento específico para determinadas doenças, principalmente para as que são significativamente prevalentes na população. Caso isso não se verifique, é importante que sejam identificadas as lacunas específicas existentes nesse conhecimento, para delinear estratégias que visem colmatar essa falha.

Importa ainda entender que para muitos jovens a etapa assinalada pela entrada no ensino superior impõe-se como um período de mudanças e desafios que podem levar a descobertas e a novas experiências, sendo que nem todas serão as mais ajustadas para a manutenção do estado de saúde (Sobral, 2018). Idealmente, a atuação para a manutenção e desenvolvimento de competências ao nível da saúde deve ser iniciado antes desta fase, sendo defendido por diversos especialistas que deve ser definida uma meta educacional relativa à saúde nos planos curriculares do ensino obrigatório (Kirchhoff et. al., 2022).

De acordo com os resultados da aplicação do HLS em Portugal em 2015, ficou claro que os portugueses consideram que é difícil aceder à informação sobre diversos tópicos, incluindo as doenças mentais ou as políticas relacionadas com a saúde, e existe ainda uma dificuldade em interpretar e avaliar informação, tanto dos media, como noutros formatos de disseminação. Constatou-se ainda que Portugal encontra-se abaixo da média europeia para os níveis gerais de LS existindo 49% da população que apresenta níveis inadequados ou problemáticos de LS (Espanha & Ávila, 2016). Já em 2019, foi aplicado pela DGS o HLS em formato reduzido, com alguns módulos adicionais, tendo sido apurado que 30%

da população apresenta ainda níveis indesejados de LS, existindo uma maior dificuldade em entender como se podem prevenir doenças (39,7% não sabe como o fazer) (Arriaga et. al., 2021). Com estes dados, entende-se que ainda existe um longo caminho a ser percorrido e é possível que este passe por um investimento nos cuidados primários e na medicina preventiva, focada na capacitação do cidadão e na expansão da sua autonomia.

Alguns estudos sugerem que as pessoas cujos níveis de LS são mais baixos tendem a recorrer à televisão, redes sociais e blogues ou páginas de celebridades para obter informação em saúde e, simultaneamente, são mais descrentes da informação proveniente de profissionais de saúde. O meio como a informação é adquirida é relevante, pois os conteúdos que são disseminados nos meios anteriormente referidos podem carecer do escrutínio e análise devida e, por isso influenciar negativamente a população cujos níveis de LS são mais baixos e cuja componente crítica não está desenvolvida o suficiente para formular uma análise ponderada acerca destes assuntos (Chen et. al., 2018; Diviani et. al., 2015). Assim, pode ser gerada e perpetuada desinformação que leva a escolhas inadequadas ou à formação de medos e receios injustificados. De acordo com um estudo realizado com estudantes universitários em Portugal, que se propunha a estudar a Literacia em Saúde Digital (LSD) em função da utilização de diferentes meios digitais como fontes de informação sobre a COVID-19 especificamente, evidenciou que aqueles que recorrem às redes sociais e às enciclopédias online (como por exemplo a *Wikipédia*) têm uma menor probabilidade de terem uma avaliação “suficiente” de LSD nos parâmetros “avaliação da confiança” e “determinação da relevância pessoal” da informação que leem acerca da atual pandemia, enquanto que aqueles que usam portais de saúde como forma de obter informação têm níveis de LSD “suficiente” para os parâmetros mencionados. Esta relação demonstra que mesmo dentro dos jovens que têm mais estudos, existe alguma dificuldade em avaliar de forma crítica a informação disponível e que o meio através do qual a informação é adquirida, é preditivo do nível de LSD (Rosário et. al., 2020).

Outros estudos apontam para que exista uma relação positiva entre a LS individual e a adoção de comportamentos preventivos como o *screening* de determinadas patologias (Han et. al., 2014; Lee et. al., 2016; Friedman & Hoffman-Goetz, 2008). Podemos por isso antever que pessoas cujos níveis de LS sejam baixos ou inadequados terão um maior

risco de desenvolver doenças e estarão menos atentas aos sinais e sintomas importantes para uma deteção precoce de doenças como o cancro. Sendo esta uma patologia de incidência ascendente, importa entender se o nível de LS abrange as especificidades inerentes ao grande leque de categorias existentes dentro da doença oncológica.

## **2.2.Literacia em Cancro – O que é e como a podemos medir**

Tal como já foi referido anteriormente, o cancro é uma doença altamente prevenível através de alterações de estilos de vida (Barros et. al., 2015). A posse do conhecimento necessário para regular a saúde leva ao maior controlo do cidadão sobre as suas decisões, e à toma de escolhas mais acertadas no que toca à autogestão tanto da saúde como de doenças crónicas, como é o caso do cancro (Papadakos et. al., 2018).

A Literacia em Cancro (LC), que acaba por ser uma derivação do conceito de LS, inclui as mesmas dimensões que a LS só que incide com maior enfoque nos conhecimentos e na informação sobre a prevenção, diagnóstico e tratamento do cancro. A definição de LC inclui a perceção dos riscos para a doença, os aspetos da escolha criteriosa da informação disponível na qual a escolha é baseada, os aspetos do tratamento existente e ainda o próprio conhecimento de estratégias e serviços que existem para auxiliar a gestão não só da doença como das implicações sociais e emocionais subjacentes. A LS e a LC são realmente um aliado em matéria de estilos de vida e adesão a rastreios, vacinação e terapêuticas, sendo também muito relevantes para uma melhor utilização dos serviços de saúde. Deste modo, para fazer uma avaliação dos níveis de LC temos de recorrer a instrumentos robustos, que captem as competências dos indivíduos nestes diferentes domínios (Diviani & Schulz, 2011).

Para realizar esta análise, foram criadas, avaliadas e validadas diversas ferramentas úteis como a *Communication and Attitudinal Self-Efficacy scale* (CASE-Scale), que é uma ferramenta subjetiva baseada numa perspetiva positivista em que as pessoas expressam a sua concordância com afirmações como “É fácil para mim colocar questões aos enfermeiros.” (Wolf et. al., 2005) e outras ferramentas objetivas como a *Cancer Literacy Score* (CLS), a *Cancer Message Literacy Test* (CMLT), a *Cancer Awareness Measure*



(CAM) (Stubblings et. al., 2009) e o *Cancer Health Literacy Test* (CHLT) (Barros et.al., 2018).

O CHLT conta já com duas versões: uma versão extensa com 30 itens (CHLT-30) adequada para fazer o estudo da LC num continuum (i.e. ao longo de vários anos para posterior comparação) e outra versão adaptada, com 6 itens (CLHT-6), que serve para aferir a LC imediata, oferecendo a grande vantagem de poder ser usada no contexto clínico. Apesar desta adaptação para português já ter sido efetuada, apenas existem resultados preliminares da aplicação desta ferramenta em Portugal. O que os dados do pré-teste parecem sugerir é que os doentes oncológicos têm um nível intermédio de LC, uma vez que na generalidade das perguntas há mais de 50% dos inquiridos que respondem corretamente. Para além disso, é reiterado com a aplicação da ferramenta CHLT-30 PT, que o nível de escolaridade está relacionado com a LC, sendo que níveis mais elevados estão associados a pessoas com maior escolaridade (Barros et.al., 2022).

Apesar desta limitação no contexto nacional atual, já existem resultados da aplicação da ferramenta nos Estados Unidos, que salientaram diversas dificuldades sentidas pelos doentes oncológicos em aspetos do dia-a-dia e também na relação que existe com a desinformação e contacto com diversos mitos que estão intimamente enraizados na população e que geram receios e medos (Dumenci et. al., 2014).

No entanto, nenhuma destas ferramentas foi testada quanto à sua adequação para possível aplicação em jovens, tirando o método proposto a ser trabalhado neste estudo. O *Students Knowledge and Perceptions about Cancer* (SKPaC) é uma ferramenta criada especificamente para aceder ao conhecimento e perceção dos jovens estudantes acerca da doença oncológica (Barros et. al., 2018). Esta ferramenta surgiu no âmbito de um projeto multidisciplinar de investigadores do Porto, que pretendiam avaliar o recurso aos professores de biologia como veículos de disseminação de informação relacionada com o cancro, tendo sido feita uma formação que permitia não só informar e atualizar os conhecimentos dos professores que participaram nesta investigação, como também instigar a formulação de ferramentas e materiais de ensino, que permitissem transmitir esse conhecimento para os seus estudantes. Para avaliar o desempenho dos alunos antes e após as intervenções desenhadas para o efeito, foi aplicado o SKPaC, que permitiu

entender o impacto positivo decorrente das novas abordagens metodológicas de ensino aplicadas nas escolas onde o estudo se realizou (Barros et. al., 2014).

A população no geral deve conseguir aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde, sendo relevante realçar o papel dos jovens, que devem estar informados de modo a tomar decisões conscientes e evitar expor-se a carcinogéneos, como o tabaco ou a exposição solar prolongada e desprotegida, e realizar os testes de *screening* para despiste atempado de tumores malignos. É nesse sentido que surge o interesse de endereçar este conhecimento e fazer uma avaliação do grau de entendimento dos jovens quanto às determinantes do cancro e as particularidades desta patologia (Hudson et. al., 2021). Sabe-se que o tabagismo é o hábito que apresenta o maior impacto na “mortalidade evitável por cancro e do número de anos de vida perdida para o cancro” (DGS, 2020), sendo esta uma prática que se inicia muitas vezes em idades mais jovens, tendo sido apurado em 2015 que 39% dos jovens entre os 13 e os 18 anos, que frequentavam o ensino público, já tinha fumado pelo menos 1 vez na vida (DGS, 2019). Do mesmo modo, quando foram avaliadas as crenças e perceções dos jovens, revelou-se que 26,2% dos alunos com 18 anos consideram que consumir 1 ou 2 maços de tabaco por dia não tem risco para a saúde ou representa um risco moderado (DGS, 2019) o que prova que ainda não foram atingidos os níveis desejados de conhecimento face a este fator de risco, que se impõe como o maior contribuinte para o aparecimento de diversas patologias, nomeadamente cancros.

Relativamente à realização de testes para despiste de patologias oncológicas importa denotar a fraca adesão aos rastreios de cancro do cólon e do reto que apresentaram uma incidência bruta de 47,6% em 2010, mas cuja cobertura dos rastreios apenas abrange 58% da população (DGS, 2021), fazendo com que muitas vezes esta patologia seja detetada num estágio mais avançado o que requer uma maior complexidade de meios e recursos para o seu tratamento. É importante incentivar a população e desde cedo explicar a importância que o rastreio tem na deteção precoce.

Apesar de os mais jovens com maior escolaridade serem o grupo de pessoa cujos níveis de LS são mais elevados (Espanha et. al., 2016), importa aferir se o conhecimento relativamente ao cancro está presente e bem assente na população jovem, uma vez que os seus hábitos irão influenciar as tendências das doenças do futuro. Poderão ser necessárias

reformas para atingir a população jovem, que podem passar por instituir estratégias que visem precaver os jovens dos malefícios associados a determinados hábitos e os benefícios de estilos de vida saudáveis e mais interventivos, de forma a criar uma geração mais informada, crítica e consciente que será mais participativa e autónoma na gestão da saúde e da doença.

### **2.3.O cancro enquanto doença prevenível**

A OMS define o cancro como um “grupo de doenças, que pode iniciar-se em qualquer órgão ou tecido do corpo, onde há uma proliferação descontrolada de células anormais podendo estas espalhar-se para órgãos adjacentes ou distantes” (WHO, 2019).

A perda de potenciais anos de vida devido a doenças oncológicas é uma realidade premente na sociedade portuguesa e cujo peso não pode ser ignorado. De acordo com dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2018, o tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão era a segunda causa de perda de potenciais anos de vida. Contudo, o aumento do número de casos de cancro que se tem vindo a assistir, em parte devido ao aumento da esperança média de vida, não se tem traduzido num aumento direto do número de óbitos decorrente desta patologia, uma vez que os avanços científicos e tecnológicos têm conseguido travar essa tendência (DGS, 2020).

Os dados avançados pelo GLOBOCAN (*Global Cancer Observatory*) acerca da distribuição dos vários tipos de cancro por região e por sexo em 2018 reportam que o cancro da mama tornou-se o tipo de cancro mais comumente diagnosticado, no entanto a sua mortalidade é mais baixa do que a do cancro do pulmão para ambos os géneros, i.e., apesar de haver mais novos casos diagnosticados de cancro da mama (maior incidência) do que de cancro do pulmão, há mais pessoas a morrer de cancro do pulmão do que de cancro da mama (Ferlay et. al., 2021; WHO, 2021).

Em Portugal também se observa este peso significativo na mortalidade por cancro do pulmão independente do género (WHO, 2021). Existem diversos fatores de risco que podem estar relacionados com o aparecimento da doença: desde fatores ambientais, fatores ocupacionais ou até mesmo escolhas individuais relacionadas com o estilo de vida (Barta et. a., 2019). Um dos fatores que contribui para que esta patologia tenha uma mortalidade elevada é o facto de esta ser muitas vezes detetada em estadios mais avançados, com

menor taxa de sucesso a nível terapêutico. No entanto, têm surgido evidências que suportam a utilização da Tomografia Computorizada (TC) como método de rastreio em cidadãos que tenham alto risco de vir a desenvolver a doença, podendo este método reduzir em 20% a mortalidade por cancro do pulmão. A medição do risco relativo associado a esta doença ainda é matéria de debate, mas entre as associações mais evidentes destaca-se a exposição ao tabaco (ativa ou passiva), exposição a determinados produtos carcinogénicos (ex: amianto) ou ainda a existência de história de enfisema ou de cancro na família (Barta et. al., 2019).

Apesar de se ter vindo a acumular informação científica que suporta a utilização da TC para detetar o cancro do pulmão, este exame não está ainda indicado como método de rastreio, pelo que a aposta na prevenção, como a cessação tabágica por exemplo, tem um papel mais impactante neste indicador. Tal como já foi adiantado, o tabaco está associado à mortalidade por cancro do pulmão, sendo prejudicial tanto para fumadores ativos como para os fumadores passivos. O risco associado a este hábito varia consoante a quantidade de cigarros fumados, o local onde o mesmo é inalado e a antiguidade deste hábito (American Cancer Association, 2019). Estima-se que 2,4 milhões de mortes por cancro em todo o mundo podem ser atribuídas ao consumo de tabaco (WHO, 2021), e esta percentagem é ainda mais significativa quando falamos do cancro do pulmão mais especificamente, onde se pensa que cerca de 80% das mortes podem ser resultado deste mau hábito (American Cancer Society, 2019). A poluição do ar é um problema de saúde pública que se tem vindo a intensificar com a gentrificação e expansão das áreas urbanas, sendo estimado que este fenómeno contribui para 29% das mortes e doenças por cancro do pulmão (WHO, 2021).

A taxa de sobrevivência a 5 anos é um indicador que exprime a percentagem de pessoas que 5 anos após terem sido diagnosticadas com a doença ainda estão vivas. Relativamente aos dados para o cancro do pulmão, estima-se que o valor para este indicador seja de 10 a 20% na maioria dos países, mas com flutuações significativas entre países, sendo maior em países como o Japão, Israel ou a República da Coreia (Sung et. al, 2021).

Todos estes dados evidenciam a gravidade desta doença e alertam para a necessidade de apostar na promoção de prevenção primária que passa também pela propagação de

conhecimento e construção de uma LS robusta que apoie os cidadãos nas suas escolhas ao longo do seu percurso de vida.

Existem várias patologias oncológicas que merecem destaque não só pelo impacte significativo na saúde como também por todas as implicações inerentes quer ao nível social como económico, pessoal e coletivo. Importa por isso incidir também a devida atenção no cancro colorretal que se apresenta como o terceiro cancro mais incidente segundo as estimativas do GLOBOCAN para o ano 2020 e o segundo mais mortal para ambos os sexos, de acordo com os dados aferidos recentemente relativos a esse ano (WHO, 2022).

No que diz respeito à prevenção primária do cancro colorretal é de destacar a prática de exercício físico e a alimentação equilibrada como as principais medidas para a diminuição do risco de desenvolvimento deste tipo de patologia, sendo esta atitude transversal a várias outras doenças. Contudo, a componente genética e hereditária pode ser um fator chave para o estudo da pessoa e constitui-se como uma informação clínica relevante que pode levar ao acompanhamento precoce do cidadão. A história familiar de neoplasias do cólon ou outras doenças intestinais como colites ulcerosas são um fator de risco para o aparecimento de tumores no cólon e no reto (López et. al., 2014).

O rastreio desta doença é feito recorrendo a um exame imunoquímico, que pesquisa a presença de sangue oculto nas fezes. Este exame é feito na população sem sintomas e/ou história de familiares doentes, a partir dos 50 anos. Um resultado positivo nesta análise remete para a realização de uma colonoscopia, que apresenta uma maior sensibilidade e capacidade de detetar lesões pré-malignas (DGS, 2018). Em Portugal, a adesão ao rastreio do cancro colorretal é ainda baixa, quando comparada com a dos dois outros rastreios de base populacional efetuados (o do cancro da mama e do cancro do colo do útero). Em 2020, foi rastreada 41% da população alvo (DGS, 2020).

Se analisarmos os tipos de cancro mais incidentes e com maior mortalidade por género, reparamos que para as mulheres o cancro da mama representa o tipo de cancro que se constitui como uma maior ameaça, uma vez que a sua incidência e mortalidade se encontram no topo da lista para o género feminino (Ferlay et. al., 2021; WHO, 2021). Para mulheres entre os 50 e os 69 anos é adequado realizar uma mamografia a cada 2

anos de modo a monitorizar o aparecimento de qualquer nódulo ou tumor potencialmente prejudicial ou maligno (DGS, 2011; WHO, 2021). Em termos de adesão nacional ao rastreio do cancro da mama, verificou-se, em 2020, que 62% das mulheres que se enquadram dentro dos critérios para serem rastreadas, realizaram a mamografia, apesar de ter existido uma diminuição global de 42% dos convites de rastreio do cancro da mama nesse ano, devido a constrangimentos burocráticos e relacionados com as medidas estabelecidas para fazer face à Covid-19 (DGS, 2020). Um estudo que pretendia perceber a relação entre a LS e a adesão à mamografia de rastreio demonstrou que nas pessoas cujos nível de LS são inadequados é mais provável que não seja realizado o exame de rastreio (Papadakos et. al., 2018), o que indicia que investindo em incentivos para o aumento dos níveis de LS, é expectável que as taxas de adesão ao rastreio venham a aumentar.

O cancro da mama apresenta diferentes subtipos conforme as suas características morfológicas e bioquímicas, podendo ser influenciados pela função hormonal do indivíduo ou pela sua história familiar (Harbeck et. al., 2019). Alguns dos comportamentos que estão descritos como potenciais estimuladores do desenvolvimento de cancro da mama são o consumo de álcool (estima-se que 1 bebida alcoólica por dia aumenta em 7 a 10% o risco de uma mulher vir a desenvolver cancro da mama), o uso continuado de contraceptivos hormonais, a escolha de não amamentar, a falta de exercício físico que em parte contribui para o aumento de peso, juntamente com uma alimentação desequilibrada. Existem ainda algumas condições incontrolláveis que parecem também favorecer o aparecimento desta doença como uma menarca em idade mais jovem e menopausa tardia (Harbeck et. al., 2019). Por outro lado, a gravidez e os níveis elevados de estrogénio durante esta etapa funcionam como mecanismos protetores que se relacionam com uma menor probabilidade de desenvolvimento de cancro da mama (Harbeck et. al., 2019). Em termos de prevenção secundária podemos incluir a realização da apalpação da mama para monitorização pessoal do possível aparecimento de nódulos ou massas suspeitas.

O cancro cervical ou cancro do colo do útero está entre os 3 tipos de cancro que mais afeta as mulheres no mundo. O Vírus do Papiloma Humano (HPV) é o agente que está

intimamente ligado ao desenvolvimento de neoplasias no colo do útero, sendo que a sua prevenção passa em primeiro lugar pela vacinação (WHO, 2020).

A vacinação contra o HPV entrou no Plano Nacional de Vacinação (PNV) em 2008, tendo ficado estipulado que a sua administração deve ser iniciada aos 10 anos ou, idealmente, antes no início da atividade sexual. Os dados relativos às coortes estudadas desde 2005 demonstram que a vacinação contra o HPV tem tido uma boa adesão, tendo apresentado uma cobertura superior a 90% das mulheres para ambas as doses recomendadas (DGS, 2020). Este valor é muito simbólico, uma vez que se estima que o risco de vir a desenvolver cancro cervical é 88% mais baixo em mulheres que foram vacinadas antes de completarem 17 anos. Para além disso, a vacinação pode ainda prevenir o aparecimento de lesões pré-cancerígenas e verrugas genitais (Lei et. al., 2020).

Os aspetos mais conhecidos como atitudes de risco para o desenvolvimento deste género de patologia são o início precoce da vida sexual, ter múltiplos parceiros sexuais, o aparecimento de verrugas genitais, a infeção por HIV e a imunossupressão (Waggoner, 2003). A adoção de comportamentos sexuais conscientes, que incluem a utilização de métodos contraceptivos capazes de prevenir Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), como o preservativo, são uma estratégia de prevenção primária que deve ser incentivada. Para tal, é necessário que haja uma consciencialização dos jovens e um aumento do seu conhecimento acerca da sua sexualidade e de que forma é que esta pode ser levada de forma segura.

O exame de papanicolau é o teste de *screening* que permite detetar possíveis alterações das células do colo do útero, estando este exame recomendado para mulheres a partir dos 25 anos e de 3 em 3 anos até aos 64 anos (DGS, 2013; WHO, 2021). Caso existam alterações ou se se verificarem anomalias durante a observação do colo do útero, pode ser necessário realizar uma biópsia para estudar as características da neoplasia. A OMS tinha estabelecido como meta para 2020 a tentativa de eliminação do cancro do colo do útero, através do estabelecimento de medidas preventivas como as já mencionadas, no entanto para além deste ser um prazo ambicioso, a pandemia da Covid-19 dificultou a concretização deste objetivo. Em Portugal, a taxa de adesão ao rastreio do cancro do colo do útero em 2020 foi de 88%, tendo sido verificada uma descida de 61% do número de

mulheres convidadas a ser rastreadas e 55% do número de mulheres rastreadas, face aos dados do ano anterior (DGS, 2021).

Por último, importa falar sobre um tipo de cancro que tem tido um aumento substancial nos últimos anos e cuja prevenção é essencial, principalmente se equacionarmos os riscos acrescidos pelas alterações climáticas e pelo gradual aumento da exposição à radiação ultravioleta (UV) fruto da destruição da camada de ozono: o cancro da pele.

A exposição prolongada à radiação UV, natural ou artificial, aumenta o risco de vir a desenvolver um melanoma (tumor da pele) (WHO, 2021), que é o tipo de cancro da pele mais agressivo e perigoso, apesar de ser menos comum do que outros cancros da pele não-melanomas (Correia, 2019; Duarte et. al., 2018). Estima-se que cerca de 80 a 90% de todos os casos de cancro da pele sejam causados pela exposição desprotegida e prolongada à radiação ultravioleta (UV) que induz mutações (alterações no DNA) nas células, o que pode originar tumores neste órgão (Correia, 2019).

O cancro da pele em Portugal tem uma incidência de 1000 novos casos por ano, sendo que a prevenção primária poderia diminuir significativamente este valor e a aposta na prevenção secundária poderia levar ao aumento dos diagnósticos atempados. Na prevenção primária estão incluídas as atitudes adotadas pela população para lidar com o principal fator de risco, que neste caso é a exposição à radiação UV, como a utilização de roupa adequada (incluindo o uso de chapéu ou boné), uso de protetor com fator de proteção superior a 30, com uma consistência mais espessa e aplicado em todas as áreas expostas e ainda evitar as horas de maior risco conforme indicado pelas autoridades de saúde como sendo das 11h da manhã até às 15h (Correia, 2019; Duarte et. al., 2018). Apesar desta última avaliação ser estanque, a verificação do índice UV diário em sites como o do Instituto Português do Mar e da Atmosfera (IPMA), dá-nos conta da perigosidade incorrida na exposição aos raios solares de forma atualizada. Em termos de proteção secundária, importa sensibilizar a população para a autoavaliação dos seus sinais e também apelar à monitorização junto de um profissional de saúde competente para casos que possam levantar mais dúvidas ou cuja suscetibilidade seja maior. Importa também destacar que a história familiar e o tom de pele claro são fatores de risco incontornáveis que estão associados a maior risco de desenvolvimento de uma neoplasia maligna da pele, sendo que a Sociedade Americana de Cancro reporta que o risco de desenvolver um



melanoma é 26 vezes maior para pessoa com pele clara do que com pele escura (Correia, 2019).

Contudo, apesar das tentativas de propagação de conhecimento neste campo, a influência social tem um papel de destaque na perpetuação de comportamentos de risco ligados à exposição solar nos jovens e à semelhança das patologias anteriormente discutidas, a prevenção primária pode reduzir significativamente os custos associados ao tratamento do melanoma que se estima que incorra em despesas anuais médias de 3,8 milhões de euros (Correia, 2019).

A prevenção das doenças oncológicas continua a ser a forma mais sustentável e fácil de lidar com a doença. A prevenção passa por um conjunto de atitudes individuais e coletivas que visam impedir o aparecimento desta condição, ou promover a deteção precoce de modo a melhor gerir e tratar o cancro (DGS, 2020). Estima-se que hábitos como o tabagismo, alcoolismo e a má alimentação contribuam de forma significativa para o aumento da incidência e até da mortalidade por cancro, sendo que todos estes fatores são evitáveis e podem ser combatidos com medidas que visem promover estilos de vida saudáveis (Diviani & Schulz, 2012). O conhecimento desses mesmos fatores juntamente com uma maior cobertura e proximidade das unidades de saúde capazes de aconselhar e rastrear as populações poderia levar não só a uma maior consciencialização da população como a um maior envolvimento dos indivíduos na gestão da sua saúde. Assim, a ideia de aceder aos níveis de LS, e mais particularmente à LC nos jovens, constitui-se como uma estratégia de interesse para ajudar a criar uma imagem das necessidades que não são respondidas até e durante os anos de frequência do ensino superior.

Com a aplicação do SKPaC não só estamos a receber informações sobre aquilo que os jovens sabem, mas também estamos a fazer um levantamento dos seus hábitos para obter uma caracterização mais pormenorizada da população em estudo, podendo, deste modo, ter uma visão mais clara da realidade no contexto português universitário, no que toca a uma das componentes da LC (a componente funcional).

O presente estudo tem assim como objetivo principal aferir quais são os conhecimentos e perceções dos estudantes universitários relativamente ao cancro, acedendo assim à dimensão funcional da LC.



### **3. Metodologia**

#### **3.1.Recolha de dados**

Tendo em conta o objetivo do estudo, recorreu-se ao SKPaC. É um instrumento que foi desenvolvido e validado para o contexto português, por uma equipa multidisciplinar de especialistas da Universidade do Porto, com o intuito de aceder aos conhecimentos e perceções dos estudantes no tópico da doença oncológica. A versão final obtida engloba 3 secções (46 itens): a primeira explora as perceções e conhecimento dos estudantes, composta por 22 itens, a segunda aborda questões concretas acerca dos hábitos dos participantes, constituída por 12 questões, e a terceira parte do questionário diz respeito à caracterização sociodemográfica dos respondentes, da qual fazem parte 12 itens (Barros, A., 2018). Esta ferramenta foca-se em cinco dos principais tipos de cancro: cancro da mama, cancro do colo do útero, cancro do pulmão, cancro colorretal e o cancro da pele. À semelhança das parcelas do instrumento original, também para este estudo foi mantida esta segmentação dos conteúdos, havendo uma adaptação relativamente às perguntas usadas para a caracterização da amostra, uma vez que foi necessário reformular algumas perguntas de modo a ir ao encontro das particularidades da população escolhida para o estudo, que neste caso são os estudantes universitários portugueses. A versão final da ferramenta utilizada para este estudo encontra-se disponível no Anexo A.

A recolha de dados foi feita com recurso à ferramenta *Google Forms*, entre abril e julho de 2022, sendo a disseminação da ferramenta feita através das redes sociais *LinkedIn* e *Facebook*. Deste modo, podemos classificar a amostragem como não probabilística por “bola de neve”. Foram incluídos todos os estudantes universitários que completaram e submeteram a sua resposta através da plataforma, tendo sido registadas 170 respostas válidas para análise. Antes do preenchimento do questionário foi pedido o consentimento dos participantes para a participação no estudo e respetiva recolha de dados, que por sua vez foi feita de modo a respeitar o anonimato dos inquiridos, estando a proteção dos seus dados pessoais assegurada e salvaguardada. O estudo conta com o aval da Comissão de Ética do Iscte – Instituto Universitário de Lisboa (Anexo B).

Após a aplicação deste instrumento, disponível para consulta no Anexo A, foi realizada uma revisão do seu conteúdo, tendo sido excluídas duas questões: a número 21, por não

ser específica na sua formulação, uma vez que não está mencionado se a taxa de sobrevivência, ao fim de cinco anos, para cancro do pulmão, diz respeito a valores nacionais ou estimativas globais, havendo alguma variação neste valor conforme a perspectiva adotada; e a pergunta número 20, por existirem estudos contraditórios quanto à influência que a toma do suplemento de vitamina E pode ter no risco de desenvolvimento de cancro do pulmão, sendo que apesar desta resposta continuar a ser a mais correta, induz em erro devido à disparidade de evidências existente.

### **3.2. Tratamento de dados**

O tratamento dos dados foi efetuado com recurso ao IBM® SPSS®, versão 28. Foram utilizadas estatísticas descritivas para proceder à avaliação das variáveis em estudo.

Para estudar o número de respostas certas dadas por categoria, as diferentes perguntas foram agrupadas consoante o tema a que diziam respeito e foi obtido o número de respostas certas dadas por respondente nesse tipo de cancro sendo o N variável, tal como podemos verificar nas informações da tabela 4. De seguida foi calculada a média do número de respostas certas dos 170 respondentes por categoria e o respetivo desvio padrão. Foi aplicada a mesma metodologia para as perceções dos estudantes e de seguida foi usado o coeficiente de correlação de *Pearson* para averiguar as possíveis correlações entre os conhecimentos e as perceções dos inquiridos.

## 4. Apresentação dos Resultados

### 4.1. Caracterização da amostra

A amostra deste estudo é constituída por 170 estudantes universitários, estando as suas características demográficas evidenciadas na tabela 1. A maioria dos inquiridos foram mulheres (147; 86,5%), portuguesas (156; 91,8%), que se encontram a tirar a licenciatura (106; 62,3%). Mais de metade já lidou de forma próxima com o cancro (113; 66,5%), sendo que desses, 102 (90,3%) contactou com esta doença através de um familiar. Apesar de grande parte dos inquiridos já ter contactado com a doença de forma próxima, 23 (13,5%) dos respondentes não sabem nem nunca tentaram saber a sua história familiar de cancro. A generalidade dos respondentes encontra-se a tirar um curso na área da saúde (122; 71,3%) e reside num concelho dentro do distrito de Lisboa (107; 62,6%).

Também foi possível verificar que a maioria dos inquiridos (138; 81,2%) habita com os pais ou familiares e apenas 4 (2,4%) vivem sozinhos. 61 (35,8%) participantes admitem ter um problema de saúde, sendo as doenças visuais e alérgicas as mais comuns.

**Tabela 1** – Caracterização demográfica da amostra

<b>Características</b>		<b>Resultado (%)</b>
Género	Feminino	147 (86,5)
	Masculino	23 (13,5)
Nacionalidade	Português	156 (91,8)
	Estrangeiro	14 (8,2)
Grau que frequenta	Licenciatura	106 (62,3)
	Mestrado	60 (35,3)
	Doutoramento	1 (0,6)
	Outro	3 (1,8)
Tem algum problema de saúde	Sim	61 (35,9)
	Não	109 (64,1)
Conhece a sua história familiar de cancro*	Sim	134 (78,8)
	Não, mas já tentei saber	12 (7,1)
	Não, nunca tentei saber	23 (13,5)
Já alguma vez lidou de uma forma próxima com uma situação de cancro?	Sim	113 (66,5)
	Não	57 (33,5)

Curso	Na área da Saúde	122 (71,8)
	Noutra área	34 (20)
	Não respondeu	14 (8,2)
Distrito onde reside	Lisboa	107 (62,9)
	Setúbal	32 (18,8)
	Outro	31 (18,3)

\*Contém um valor omissio.

#### 4.2.Avaliação dos conhecimentos

A segunda parte do inquérito, constituída maioritariamente por perguntas de escolha múltipla, teve como primeira abordagem a sondagem da familiaridade dos inquiridos com diversos termos e conceitos relacionados com a doença oncológica. Estes mesmos termos foram agrupados em seis categorias de acordo com o subtema que os mesmos tratam, conforme se pode constatar na tabela 2. Nesta questão foi pedido aos estudantes que classificassem o seu grau de entendimento, numa escala de 0, que corresponde a “não sabe nada ou não tem qualquer informação” a 10, “sabe tudo ou tem informação suficiente para não ter dúvidas”. É possível verificar que o tema sobre o qual os alunos parecem considerar ter maior conhecimento é relativo aos conceitos gerais sobre o cancro, que incluem os fatores de proteção do cancro, fatores de risco e a prevenção do cancro. Apesar disso, os valores são bastante próximos entre si e no geral a média das respostas pende para valores próximos de 5, o que nos remete para um nível intermédio de conhecimento.

**Tabela 2** – Médias das perceções dos estudantes face ao cancro

	$\bar{X}$	$\Sigma$
Cancro da mama (N=2) *	5,23	2,53
Cancro do pulmão (N=2) *	4,80	2,52
Cancro colorretal (N=2) *	4,89	2,75
Cancro da pele (N=3) *	4,70	2,50
Cancro do colo do útero (N=1) *	4,72	3,26
Perceções gerais (N=3) *	5,44	2,50
Total (N=13) *	5,13	2,39

\* N corresponde ao nº de itens sobre cada cancro presentes no questionário

A partir da segunda até à décima nona pergunta, foram colocadas diversas questões de resposta fechada, com apenas uma possibilidade verdadeira, tendo sido apurado que as maiores dificuldades dos respondentes recaíram sobre a pergunta 14, que questionava acerca dos comportamentos que podem diminuir o risco de uma mulher vir a ter cancro da mama, onde 78 (45,9%) dos inquiridos assume não saber qual é esse comportamento e apenas 31 (18,2%) reconhece a diminuição do consumo de álcool como fator determinante para a redução do risco de desenvolver esta patologia; e sobre a pergunta 19 que explora a diminuição da probabilidade de morte por cancro do pulmão com recurso à T.A.C. para efetuar o rastreio deste tipo de cancro, onde 85 (50%) responde que não sabe e apenas 15 (8,8%) responde “cerca de 20%”, que é a resposta correta. A pergunta número 10, acerca do tipo mais mortal de cancro de pele, também revelou desconhecimento, sendo que perto de metade (71; 41,8%) assume que não sabe qual é.

A esmagadora maioria dos respondentes (164; 96,5%) indicou de forma correta o fuso horário entre as 11h e as 17h como aquele que corresponde ao período do dia no qual a exposição solar é mais perigosa. A amostra de estudantes também mostrou entender alguns aspetos relacionados com o cancro da mama, nomeadamente o facto desta doença afetar maioritariamente mulheres (162; 95,3% acertaram na questão 12) e o exame de rastreio que deve ser utilizado no cancro da mama é a mamografia (163; 95,9% respondem acertadamente à pergunta 13).

A questão 22 pedia para os inquiridos tentarem, por poucas palavras, explicar aquilo que o cancro é para elas, tendo sido obtidas maioritariamente respostas mais científicas (125; 73,6%), com a definição genérica de doença oncológica, como: “*O cancro consiste numa proliferação anómala das células do nosso organismo, que resulta de uma desregulação do ciclo celular causada por mutações ao nível do DNA*”, ou “*conjunto de células cujos mecanismos de crescimento e propagação estão desregulados, que pode espalhar-se pelo corpo através dos vasos sanguíneos e linfáticos*”. Foram também obtidas respostas mais emotivas (24; 14,1%), relacionadas com os sentimentos que as pessoas atribuem ao cancro como “*assustador*”, um “*pesadelo*”, “*imprevisível*”, “*luta*” e “*uma doença difícil*”, e houve também definições com algumas imprecisões (15; 8,8%), que demonstram que ainda existe alguma dificuldade por parte de alguns jovens em compreender a doença num todo e existem certos mitos que envolvem a definição do cancro, tal como as

seguintes respostas indicam “ (o) Cancro são quistos malignos para os quais não há uma cura com total certeza”, “(...)é uma espécie de manifestação de uma bactéria (criada ou não pelo próprio corpo), que se multiplica e que se autodestrói” ou “é uma doença que quanto maior o rastreio, menor o risco que ela nos traz”. Houve ainda 6 (3,5%) pessoas que não responderam ou admitiram que não sabem o que o cancro é.

A existência de inquiridos com diferentes *backgrounds* (quer a nível académico como pessoal) podem justificar a interpretação que foi dada à pergunta e consequentemente explicar a existência de diferentes significados atribuídos ao cancro.

**Tabela 3** – Respostas às perguntas de conhecimentos sobre o cancro

Pergunta	Respostas Corretas		Respondeu “Não sabe”	
	N	%	N	%
Q2*	151	88,8	15	8,8
Q3	75	44,1	30	17,6
Q4	116	68,2	14	8,2
Q5	117	68,8	47	27,6
Q6	133	78,2	31	18,2
Q7	108	63,5	22	12,9
Q8	147	86,5	5	2,9
Q9	58	34,1	21	12,4
Q10	73	42,9	71	41,8
Q11	164	96,5	1	0,6
Q12	162	95,3	3	1,8
Q13	163	95,9	2	1,2
Q14	31	18,2	78	45,9
Q15	156	91,8	11	6,5
Q16	81	47,6	47	27,6
Q17	47	27,6	70	41,2
Q18	50	29,4	43	25,3
Q19	15	8,8	85	50

\*Contém dois valores omissos.



Ao analisar o número de respostas corretas dadas por cada respondente, é possível verificar que 123 (72,4%) responde de forma correta a metade (9) das perguntas objetivas colocadas com o intuito de aferir os conhecimentos dos jovens. Não houve nenhum inquirido que tenha acertado todas as perguntas colocadas. Ao categorizar as perguntas segundo o tipo de cancro a que se referem é possível verificar que existe uma maior dificuldade em responder a questões relacionadas com o cancro do pulmão (os respondentes acertam em média 0,88 respostas relacionadas com este tema) e há um maior conhecimento relativamente ao cancro da mama, onde os inquiridos acertam em média 3,65 perguntas. (Tabela 4).

**Tabela 4** - Média e desvio padrão do nº de respostas certas dadas categorizadas por tipo de cancro

<b>Tipo de cancro</b>	$\bar{X}$	$\Sigma$
Cancro da mama (N=5) *	3,65	0,886
Cancro do pulmão (N=3) *	0,88	0,808
Cancro colorretal (N=3) *	1,67	0,841
Cancro da pele (N=4) *	2,60	0,838
Cancro do colo do útero (N=3) *	2,11	1,055
Conhecimento global (N=18) *	10,91	2,650

\*N corresponde ao nº de perguntas sobre cada cancro presentes no questionário

**Tabela 5** - Correlação entre a perceção dos inquiridos e a média das respostas certas dadas por tipo de cancro

<b>Tipo de cancro</b>	$\bar{X}$ das respostas certas	$\bar{X}$ da perceção dos jovens <sup>1</sup>	Correlação de <i>Pearson</i>
Cancro da mama	3,65	5,23	0,280**
Cancro do pulmão	0,88	4,80	0,177*
Cancro colo do útero	2,11	4,72	0,525**
Cancro da pele	2,60	4,70	0,185*
Cancro do colorretal	1,67	4,89	0,144
Desempenho global	10,91	5,13	0,389**

\* A correlação é significativa ao nível 0,01. \*\*A correlação é significativa ao nível 0,05.

<sup>1</sup>A perceção varia de 0 a 10.

Foi verificado que existe uma correlação positiva entre a percepção dos inquiridos face ao seu conhecimento relativo a um determinado tipo de cancro e aquilo que os mesmos efetivamente sabem para o cancro da mama e o cancro do colo do útero (sig. = 0,01) e também para o cancro do pulmão e da pele (sig. = 0,05), mas o mesmo não acontece para o cancro colorretal (Tabela 5).

Quando avaliamos o desempenho global, que relaciona a média do número de respostas certas total com a média das percepções de todos os tópicos, verifica-se que a correlação é estatisticamente significativa para um intervalo de confiança de 99%.

### **4.3. Comportamentos e hábitos dos estudantes universitários**

Relativamente aos comportamentos e hábitos dos estudantes universitários (Anexo C), foi possível verificar que as atividades que estes realizam com maior regularidade são “ouvir música” (84,1% dos inquiridos fá-lo diariamente) e “navegar na internet” (89,4% dos estudantes responde que realiza esta atividade todos os dias ou quase todos os dias). Quando perguntados acerca daquilo que consomem na internet, destacaram-se as redes sociais (79,4% responderam usá-las com frequência) seguidas de “ouvir música” (109; 64,1%) e realizar trabalhos académicos (107; 62,9%). 100% dos respondentes tem telemóvel e 88 (51,2%) possui (para além do telemóvel) computador, internet, tablet e serviço de tv pago em casa.

No que concerne a prática de exercício físico, verificou-se que 56 (32,9%) dos inquiridos não realiza nenhuma atividade e a maior parte fá-lo 1 ou 2 vezes por semana (60; 40,6%). 80 (50,6%) dos respondentes não são fumadores e nunca experimentaram fumar e apenas 13 (7,6%) são fumadores ativos. Habitualmente, perto de 50% dos estudantes dizem dormir 6 a 7h por noite nos dias de trabalho. 94 (55,3%) dos inquiridos leva lancheira para almoçar no trabalho e 76 (44,7%) almoça em casa. O consumo de bebidas alcoólicas foi avaliado quanto à ingestão de cerveja, vinho e bebidas espirituosas, tendo sido apurado que 33 (19,4%) dos inquiridos bebem cerveja todas as semanas e 18 (10,6%) bebe vinho com essa frequência. Apenas 6 (3,5%) dos respondentes assume que bebe bebidas espirituosas toda as semanas, mas a maioria (127; 74,3%) nunca ou raramente consomem este tipo de bebidas.

Quanto ao uso de protetor solar, 45,9% (78) da amostra respondeu que o faz frequentemente, mas 28,8% (49) raramente ou nunca mete protetor quando se expõe diretamente ao sol, sendo que 158 (92,9%) dos inquiridos dizem que aplicam o protetor solar na cara e no restante corpo. Quase metade dos respondentes (75; 44,1%) nunca fez inspeção aos sinais que tem na pele.

## **5. Discussão dos Resultados**

Como já referido, o principal objetivo deste estudo foi procurar entender o grau de conhecimento e a perceção dos jovens estudantes universitários acerca do cancro. Ao aplicar o inquérito SKPaC foi possível aceder à componente funcional da LC, e assim entender aquilo que os estudantes sabem acerca desta doença, incidindo principalmente na prevenção e diagnóstico do cancro. É relevante abordar esta doença, uma vez que a sua incidência tem vindo a aumentar e existe forma de travar esta tendência – através da alteração de comportamentos. A adoção de estilos de vida saudáveis e a abstenção de comportamentos de risco poderiam prevenir mais de metade dos casos de cancro (Barros, A. et. al., 2015), o que mostra mais uma vez a importância de aceder aos conhecimentos dos indivíduos relativamente a esta temática.

A ferramenta SKPaC foi aplicada a uma amostra de 170 alunos universitários, cujas características demográficas se concentraram de forma bastante homogénea. Participaram maioritariamente mulheres, portuguesas, mais precisamente alunas que residem em Lisboa, que frequentam a licenciatura, a maioria na área da saúde e que conhecem a sua história familiar de cancro (Tabela 1). Esta caracterização não é representativa da população, o que impede a extrapolação e a análise macroscópica da realidade existente em Portugal. Assim, a análise da correlação entre as características sociodemográficas e outras variáveis como o número de respostas certas dadas, torna-se pouco interessante e tendencialmente enviesado. Contudo, a análise dos dados obtidos parece constituir-se como um material de interesse do ponto de vista académico, por poder servir de reforço da necessidade de discussão e debate acerca da educação para a saúde dos jovens, nomeadamente com enfoque nos estilos de vida saudáveis e informados, que contribuem para a prevenção e diagnóstico precoce de doenças oncológicas.

A análise do número de respostas certas dadas às perguntas de resposta fechada revela que apesar de existir uma generalidade satisfatória, onde 72,4% (123) dos respondentes acerta mais de 9 perguntas, existem alguns temas que podem não estar bem consolidados e que por isso merecem um maior investimento na propagação de informação e educação. Ao analisar o número de respostas certas por tipo de cancro (Tabela 4) é possível verificar que os estudantes erraram mais as perguntas que estão relacionadas com o cancro do pulmão, o que é um aspeto bastante negativo, tendo em conta que este é o tipo de cancro que mais mortes causa no mundo (WHO, 2020).

Existe ainda uma percentagem considerável que atribui um peso menor do que o valor real, ao consumo do tabaco e o seu impacto no desenvolvimento do cancro do pulmão. Apesar de verificarmos que 29,4% (50) dos respondentes afirmam que 85% dos casos de cancro do pulmão são atribuíveis ao tabagismo, existe uma percentagem semelhante (25,9%; 44) que considera que este valor é 70%, o que demonstra uma certa desconsideração deste hábito e do seu impacto na saúde. Este facto pode ser justificado por este tipo de cancro ter recebido um menor destaque na divulgação e promoção de campanhas de sensibilização comparativamente com outros como o cancro da mama. Contudo, mesmo estes resultados podem estar inflacionados uma vez que, tal como já foi referido, a amostra do presente estudo é constituída maioritariamente por estudantes que se encontram a frequentar um curso dentro da área da saúde e que, por isso, terão, à partida, mais conhecimento técnico sobre o cancro. Esta constatação para além de parecer lógica, já foi verificada num estudo realizado com alunos da universidade do Porto, que comparou estudantes de medicina com estudantes de engenharia e concluiu que parece existir uma disparidade de conhecimentos acerca dos malefícios do tabaco e da sua associação com o cancro do pulmão, sendo os estudantes de medicina aqueles que mais sabem sobre esta problemática (Saleiro et. al., 2008).

De acordo com um estudo de base populacional realizado em 2012 em Portugal, que pretendeu estudar diversas dimensões associadas à doença oncológica, verificou-se que 45,1% dos respondentes (732 pessoas) acredita que mais de 40% dos portugueses venha a desenvolver uma doença oncológica, apesar das estimativas serem de apenas 25% à altura do estudo, o que demonstra que existe alguma sobrevalorização e desconhecimento face à doença. Já nessa altura as pessoas atribuíram um grande peso da mortalidade ao

cancro do pulmão (cerca de 46% dos respondentes do estudo (equivalente a 747 indivíduos) referem este tipo de cancro quando questionados acerca dos tumores que mais matam em Portugal) (Moura Ferreira et. al., 2017), assim como a maioria dos estudantes inquiridos identificaram corretamente este tipo de cancro como aquele cuja mortalidade é maior (44,1%; 75).

Esta relação evidente entre o tabagismo e o cancro do pulmão acaba por fazer com que este tipo de cancro seja muitas das vezes estigmatizante, podendo a componente social exercer um papel de relevo na vergonha ou pudor em falar sobre a doença. É importante que se fale abertamente acerca deste problema e que não se tenha medo de exprimir receios relativos a sintomas que possam estar associados a este tipo de patologia (Patrícia et.al., 2019).

Tanto em termos de média dos conhecimentos como das perceções acerca do cancro da mama, os resultados foram os mais elevados de entre todos os tipos de cancro, o que é concordante com os resultados obtidos anteriormente em alunos do ensino básico e secundário. Uma das razões que justificam este valor é a existência de campanhas de sensibilização para esta temática a par com uma boa cobertura do rastreio nacional desta patologia (Barros et. al., 2014).

No entanto, quando questionados acerca dos comportamentos de risco que diminuem a probabilidade de uma mulher vir a desenvolver cancro da mama, apenas 18,2% (31) dos respondentes considera que a diminuição do consumo de álcool é a resposta certa, existindo uma percentagem maior (31,2%; 53) que acredita que o uso de antitranspirantes é o fator que deve ser evitado, contudo a maioria dos estudos feitos com o intuito de perceber o impacto do uso de desodorizantes não encontrou uma relação entre os dois eventos ou considera o risco baixo (Yelton et. al., 2021). Para estudar mitos associados à doença oncológica foi criada uma escala o *Cancer Awareness Measure MYthical Causes Scale* (CAM-MY) que procura estudar de entre uma lista de possíveis causas para o cancro, quais aquelas que as pessoas consideram que estão relacionadas, mas que na realidade não existe evidência científica que apoie essa associação. Apesar do uso de antitranspirantes não estar incluído, outros mitos que se encontram listados foram abordados na pergunta de resposta aberta, onde pelo menos 1 pessoa descreveu o cancro

como sendo “contagioso” (Munir et. al., 2022). Isto demonstra que mesmo dentro do meio acadêmico parecem existir falhas no conhecimento do cancro enquanto doença genética.

O cancro do colo do útero parece ser um dos tópicos mais familiar a alguns dos inquiridos, mas o desvio padrão indica-nos que existem discrepâncias elevadas nos conhecimentos, sendo que poderão existir jovens que têm um défice considerável nesta temática. Num estudo realizado em Portugal em estudantes universitários da área da saúde verificou-se que os conhecimentos relativos a este tipo de cancro são satisfatórios, apesar de existir algum desconhecimento relativo ao HPV (Galvão et. al., 2016), o que é concordante com os resultados observados no presente estudo.

Relativamente aos fatores de risco associados ao desenvolvimento de cancro colorretal, a maioria (41,2%, 70) admite não saber qual das opções apresentadas está correta e apenas 27,6% (47) acerta na resposta, considerando que a prática de exercício físico regular diminui o risco de desenvolvimento do cancro colorretal. Esta falta de familiaridade relativa a este tipo de cancro já tinha sido identificada noutra estudo, sendo esta facilmente justificada pela fraca mobilização de meios para a propagação de informação acerca desta temática (Barros et. al., 2014). Torna-se ainda mais relevante abordar esta tema se observarmos os hábitos dos estudantes, onde podemos constatar que uma parte reveladora (32,9%; 56) não pratica qualquer atividade física regular, o que é manifestamente um problema que poderá ter implicações futuras.

Quanto ao cancro da pele, verificou-se que a maioria dos respondentes têm conhecimento acerca dos horas de maior risco para a exposição solar (96,5%; 164) e reconhecem que a exposição prolongada ao sol é o fator que mais contribui para o desenvolvimento de cancro da pele (86,5%, 147), sendo observável que a maioria parece agir em concordância com os seus conhecimentos, uma vez que ao serem questionados acerca do uso de protetor solar admitem usá-lo com frequência (45,9%; 78) e aplicá-lo no corpo e cara (92,9%; 158), sendo estas atitudes fundamentais, a par de evitarem a exposição solar das 11h às 17h, para prevenir a doença.

Verificou-se ainda uma correlação positiva estatisticamente significativa entre aquilo que os estudantes sabem acerca de todos os tipos de cancro estudados (exceto no cancro colorretal) e aquilo que acham que sabem (as suas perceções) (Tabela 4), o que é

indicativo de que aqueles que se dizem mais confiantes acerca de determinado tópico acertam mais perguntas e aqueles que se sentem menos confiantes erram ou assumem que não sabem com maior frequência, o que também é sinal de um bom autoconhecimento das limitações individuais acerca do tema em causa. O mesmo foi verificado para o desempenho global, que procurou a relação entre a média do número total de respostas certas dadas e a média de todas as percepções avaliadas, o que reitera a relação entre os conhecimentos e as percepções dos inquiridos, corroborando a ideia de que os estudantes conseguem fazer uma boa autoavaliação daquilo que sabem acerca do cancro.

## **6. Considerações Finais**

Com este estudo foi possível aferir o conhecimento detido por uma amostra de estudantes universitários acerca do cancro, recorrendo à ferramenta SKPaC. Foi verificado que a maioria dos estudantes universitários inquiridos possuem conhecimentos adequados acerca da prevenção e rastreio das doenças oncológicas, sendo esta constatação desejável, mas também expectável, uma vez que estamos a falar de pessoas que se afastam da população com níveis de LC menores (como os idosos e as pessoas com menos formação). Contudo, o facto de a amostra ser constituída maioritariamente por estudantes da área da saúde deve ser um fator a ter em conta, pois pode haver uma sobrevalorização dos resultados. Ainda assim, existem diversos mitos associados ao cancro nos quais uma parte superior ao desejável dos estudantes acreditam, como a crença na relação entre o uso de antitranspirantes e o desenvolvimento de cancro da mama. Verificou-se que há tipos de cancro onde a informação parece não estar bem consolidada e, por isso, é necessário um maior investimento na educação dos jovens acerca dessas temáticas específicas.

Essa fragilidade no conhecimento é evidente no caso do cancro do pulmão, o que se torna preocupante uma vez que este tipo de cancro é aquele cuja taxa de mortalidade global é maior. A par disso, está provado que a escolha de estilos de vida é influenciada pelo conhecimento que os indivíduos dispõem e que o cancro é uma doença altamente afetada por essas mesmas decisões. Esta constatação enfatiza a urgência de investir na promoção

de medidas que alertem para os comportamentos de risco a evitar, de modo a fazer face a esta crescente incidência do cancro a que se tem assistido nos últimos anos.

Assim, será interessante aprofundar os conhecimentos dos estudantes acerca do cancro, principalmente acerca do cancro do pulmão, e procurar encontrar estratégias que promovam uma maior consciencialização e menor estigmatização da doença. O aparecimento de campanhas e iniciativas de âmbito nacional por parte de associações como a Liga Portuguesa contra o Cancro, podem ter um impacto significativo na perceção e conhecimento acerca deste tipo de cancro, como aliás já se nota quando olhamos para os resultados obtidos para o cancro da mama, onde os estudantes acertam mais perguntas. Estes resultados são coincidentes com o investimento considerável que tem sido feito ao longo dos últimos anos e que se traduz, em última instância, em mais conhecimento e taxas de rastreio, deteção e tratamento melhores. Isto é não só um ponto positivo e concordante com a literatura existente, como também inspira esperança para que o mesmo possa ser alcançado para todos os tipos de cancro ou quaisquer outras particularidades relativas à doença no geral.

Apesar de tudo, parece ainda existir uma grande margem para melhorar o conhecimento dos jovens, que deve idealmente começar em idade precoce, de modo a prevenir o aparecimento de patologias como é o caso do cancro. Será benéfico no futuro, e tendo como possível referência este estudo, desenvolver intervenções que possam ajudar a desmistificar medos, mitos, estigmas ou desinformação que existam na população estudantil. A par dessas intervenções, seria interessante a realização de novos estudos que reproduzam a aplicação do SKPaC a uma amostra mais robusta, que permita fazer uma análise macroscópica da população estudantil académica.

Por último, foi possível concretizar o objetivo de analisar a relação entre as perceções que os indivíduos inquiridos têm sobre aquilo que sabem acerca do cancro e os seus conhecimentos reais. Acerca deste ponto foi verificado que estes dois conceitos se alinham e que por isso os estudantes conseguem reconhecer as áreas onde os seus saberes são mais débeis e quais aquelas onde parece existir um maior entendimento. Isto é um achado relevante, uma vez que é indicativo de uma boa avaliação das suas próprias capacidades. O facto dos inquiridos darem primeiro a sua perceção sobre os diversos temas e serem depois confrontados com perguntas de escolha múltipla com apenas uma



hipótese correta de resposta acerca dessas mesmas temáticas, pode ser um fator que leva que estes sejam mais honestos e transparentes com a sua própria percepção.

Relativamente às limitações do estudo importa referir a reduzida dimensão da amostra e a falta de diversidade da mesma, que não é representativa da população que se pretende estudar, apesar de significativa, pelo que no futuro seria interessante obter uma amostra consistente e abrangente que permitisse fazer inferência para a população.

## 7. Bibliografia

Abraham, O., Szela, L., Feng, E., Egbujor, M., & Gay, S. (2021). Exploring Youth Perceptions About Cancer Prevention and Preferences for Education: a Qualitative Study. *Journal of Cancer Education*. <https://doi.org/10.1007/s13187-021-02077-0>

Agency for Healthcare Research Quality. (2019). Health Literacy Measurement Tools (Revised). Acedido a 28 de Dezembro 2021.

American Cancer Society (2019). Lung Cancer Causes, Risk Factors, and Prevention. *The American Cancer Society*, 1–14. <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8704.00.pdf>

Arriaga, M., Santos, B., Costa, A. S., Francisco, R., Nogueira, P., Oliveira, J., Silva, C. R., Mata, F., Chaves, N., Lopatina, M., Sørensen, K., Dietscher, C., & Freitas, G. (2021). Níveis de Literacia em Saúde.

Arriaga, M. T. de, Santos, B. dos, Silva, A., Mata, F., Chaves, N., & Freitas, G. (2021). Plano de Ação Para a Literacia em Saúde.

Baccolini, V., Rosso, A., Di Paolo, C., Isonne, C., Salerno, C., Migliara, G., Prencipe, G. P., Massimi, A., Marzuillo, C., De Vito, C., Villari, P., & Romano, F. (2021). What

is the Prevalence of Low Health Literacy in European Union Member States? A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 36(3), 753–761. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-06407-8>

Barros, A., Moreira, L., Santos, H., Ribeiro, N., Carvalho, L., & Santos-Silva, F. (2014). “Cancer - Educate to Prevent” - High-school teachers, the new promoters of cancer prevention education campaigns. *PLoS ONE*, 9(5), 1–10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0096672>

Barros, A. C., Azevedo Coelho dos Santos, H. M., & Santos Silva, L. F. (2014). Health Communication: A New Model to Promote Cancer Prevention Campaigns at Schools.

Barros, A., Santos, H., Moreira, L., Ribeiro, N., Silva, L., & Santos-Silva, F. (2016). The Cancer, Educate to Prevent Model—the Potential of School Environment for Primary Prevention of Cancer. *Journal of Cancer Education*, 31(4), 646–651. <https://doi.org/10.1007/s13187-015-0892-2>

Barros, A., Moreira, L., Santos, H., Ribeiro, N., & Santos-Silva, F. (2018). Development of a Measurement Tool to Assess Students’ Knowledge and Perceptions About Cancer (SKPaC). *Journal of Cancer Education*, 34(3), 556–561. <https://doi.org/10.1007/s13187-018-1341-9>

Barros, A., Santos, H., Moreira, L., & Santos-Silva, F. (2022). Translation and Cross-Cultural Adaptation of the Cancer Health Literacy Test for Portuguese Cancer Patients: A Pre-Test. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(10), 6237. <https://doi.org/10.3390/ijerph19106237>

Barta, J. A., Powell, C. A., & Wisnivesky, J. P. (2019). Global epidemiology of lung cancer. *Annals of Global Health*, 85(1), 1–16. <https://doi.org/10.5334/aogh.2419>

Cancer today. (2022). Acedido a 28 Maio 2022, através [https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie?v=2020&mode=cancer&mode\\_population=continents&population=900&populations=900&key=total&sex=0&cancer=39&type=1&statistic=5&prevalence=0&population\\_group=0&ages\\_group%5B%5D=0&ages\\_group%5B%5D=17&nb\\_items=7&group\\_cancer=1&include\\_nmsc=1&include\\_nmsc\\_other=1&half\\_pie=0&donut=0](https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie?v=2020&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=total&sex=0&cancer=39&type=1&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=7&group_cancer=1&include_nmsc=1&include_nmsc_other=1&half_pie=0&donut=0)

Chen, X., Hay, J. L., Waters, E. A., Kiviniemi, M. T., Biddle, C., Schofield, E., Li, Y., Kaphingst, K., & Orom, H. (2018). Health Literacy and Use and Trust in Health Information. *Journal of Health Communication*, 23(8), 724–734. <https://doi.org/10.1080/10810730.2018.1511658>

Correia, J. (2019). The application of social marketing to skin cancer prevention: the case of Portugal.

Davis, T. C., Crouch, M. A., Long, S. W., Jackson, R. H., Bates, P., George, R. B., & Bairnsfather, L. E. (1991). Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patients. *Family medicine*, 23(6), 433–435.

Direcção Geral da Saúde. (2011). Abordagem Imagiológica da Mama Feminina. *Norma Da Direcção-Geral Da Saúde*, 9. <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i018596.pdf>

Direção Geral da Saúde. (2013). Diagnóstico e Estadiamento do Cancro Invasivo do Colo do Útero. *Norma Da Direção-Geral Da Saúde*, 9. <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i018596.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2016). Doenças Oncológicas em Números - 2015: Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-oncologicas-em-numeros-2015-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2019). Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde - Capacitação dos Profissionais de Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2018). Rastreio do cancro colo-retal.

Direção-Geral da Saúde. (2020) Programa Nacional Para As Doenças Oncológicas.

Direção-Geral da Saúde. (2020). Boletim nº3: Programa nacional de Vacinação 2019.

Direção Geral da Saude. (2021). Avaliação e monitorização dos rastreios oncologicos organizados de base populacional 2019/2020. 1–42. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/mais-de-22-mil-utentes-encaminhados-para-tratamento-hospitalar-apos-rastreios-pdf.aspx>

Diviani, N., & Schulz, P. J. (2011). What should laypersons know about cancer? Towards an operational definition of cancer literacy. *Patient Education and Counseling*, 85(3), 487–492. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.08.017>

- Diviani, N., & Schulz, P. J. (2012). First insights on the validity of the concept of Cancer Literacy: A test in a sample of Ticino (Switzerland) residents. *Patient Education and Counseling*, 87(2), 152–159. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.08.016>
- Diviani, N., van den Putte, B., Giani, S., & van Weert, J. C. (2015). Low health literacy and evaluation of online health information: a systematic review of the literature. *Journal of medical Internet research*, 17(5), e112. <https://doi.org/10.2196/jmir.4018>
- Duarte, F., Correia, O., Maia e Silva, J. N., Moura, C., Vieira, R., & Picoto, A. (2018). Euromelanoma in Portugal 2010-2016. *Journal of the Portuguese Society of Dermatology and Venereology*, 75(4), 345–355. <https://doi.org/10.29021/spdv.75.4.873>
- Dumenci, L., Matsuyama, R., Riddle, D. L., Cartwright, L. A., Perera, R. A., Chung, H., & Siminoff, L. A. (2014). Measurement of cancer health literacy and identification of patients with limited cancer health literacy. *Journal of Health Communication*, 19, 205–224. <https://doi.org/10.1080/10810730.2014.943377>
- Espanha, R., & Ávila, P. (2016). Health Literacy Survey Portugal: A Contribution for the Knowledge on Health and Communications. *Procedia Computer Science*, 100, 1033–1041. <https://doi.org/10.1016/j.procs.2016.09.277>
- Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R. V. (2015). Literacia em Saúde em Portugal.

- Ferlay, J., Colombet, M., Soerjomataram, I., Parkin, D. M., Piñeros, M., Znaor, A., & Bray, F. (2021). Cancer statistics for the year 2020: An overview. *International Journal of Cancer*, *149*(4), 778–789. <https://doi.org/10.1002/ijc.33588>
- Friedman, D. B., & Hoffman-Goetz, L. (2008). Literacy and health literacy as defined in cancer education research: A systematic review. *Health Education Journal*, *67*(4), 285–304. <https://doi.org/10.1177/0017896908097071>
- Galvão, A. M., Costa, C., Gomes, M. J., & Noné, A. R. (2016). Literacia sobre o Papiloma Vírus Humano (HPV) e Cancro do Colo do Útero (CCU): estudo exploratório em estudantes da área da saúde do ensino superior.
- Han, H. R., Huh, B., Kim, M. T., Kim, J., & Nguyen, T. (2014). Development and validation of the assessment of health literacy in breast and cervical cancer screening. *Journal of Health Communication*, *19*, 267–284. <https://doi.org/10.1080/10810730.2014.936569>
- Harbeck, N., Penault-Llorca, F., Cortes, J., Gnant, M., Houssami, N., Poortmans, P., Ruddy, K., Tsang, J., & Cardoso, F. (2019). Breast cancer. *Nature Reviews Disease Primers*, *5*(66). <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0111-2>
- Harnett, S. (2017). Health Literacy Tool Shed: A Source for Validated Health Literacy Instruments. *Journal of Consumer Health on the Internet*, *21*(1), 78–86. <https://doi.org/10.1080/15398285.2017.1280344>
- Haun, J. N., Valerio, M. A., McCormack, L. A., Sørensen, K., & Paasche-Orlow, M. K. (2014). Health literacy measurement: An inventory and descriptive summary of 51

instruments. *Journal of Health Communication*, 19, 302–333.  
<https://doi.org/10.1080/10810730.2014.936571>

Hudson, L., Samons, K. M., Dicken, H. E., Prichard, C., Weiss, L. T., Edward, J., Vanderpool, R. C., & Vanderford, N. L. (2021). A Brief Educational Intervention Enhances Basic Cancer Literacy Among Kentucky Middle and High School Students. *Journal of Cancer Education*, 36(4), 735–740.  
<https://doi.org/10.1007/s13187-020-01696-3>

Jordan, J. E., Buchbinder, R., Briggs, A. M., Elsworth, G. R., Busija, L., Batterham, R., & Osborne, R. H. (2013). The health literacy management scale (HeLMS): a measure of an individual's capacity to seek, understand and use health information within the healthcare setting. *Patient education and counseling*, 91(2), 228–235.  
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.01.013>

Lee, H. Y., Rhee, T. G., & Kim, N. K. (2016). Cancer literacy as a mediator for cancer screening behaviour in Korean adults. *Health and Social Care in the Community*, 24(5), e34–e42. <https://doi.org/10.1111/hsc.12243>

Lei, J., Ploner, A., Elfström, K. M., Wang, J., Roth, A., Fang, F., Sundström, K., Dillner, J., & Sparén, P. (2020). HPV Vaccination and the Risk of Invasive Cervical Cancer. *New England Journal of Medicine*, 383(14), 1340–1348.  
<https://doi.org/10.1056/nejmoa1917338>

Liu, H., Zeng, H., Shen, Y., Zhang, F., Sharma, M., Lai, W., Zhao, Y., Tao, G., Yuan, J., & Zhao, Y. (2018). Assessment tools for health literacy among the general

- population: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(8). <https://doi.org/10.3390/ijerph15081711>
- López, P. J. T., Albero, J. S., & Rodríguez-Montes, J. A. (2014). Primary and secondary prevention of colorectal cancer. *Libertas Academica*, 7, 33–46.
- Ministério da Saúde, & Direção-Geral da Saúde. (2019). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo.
- Moura Ferreira, P., Lunet, N., & Silva, S. (2017). A Informação sobre Saúde dos Portugueses - Fontes, Conhecimentos e Comportamentos (1ª ed.). Associação para a Investigação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina.
- Nguyen, T. H., Paasche-Orlow, M. K., & McCormack, L. A. (2017). The State of the Science of Health Literacy Measurement. *Studies in Health Technology and Informatics*, 240, 17–33. <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-790-0-17>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-268. DOI: 10.1093/heapro/15.3.259
- Paiva, D. K. (2018). Lost in translation: health literacy in type 2 diabetes mellitus care.
- Papadakos, J. K., Hasan, S. M., Barnsley, J., Berta, W., Fazelzad, R., Papadakos, C. J., Giuliani, M. E., & Howell, D. (2018). Health literacy and cancer self-management behaviors: A scoping review. *Cancer*, 124(21), 4202–4210. <https://doi.org/10.1002/cncr.31733>



- Parker, R. M., Baker, D. W., Williams, M. V., & Nurss, J. R. (1995). The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. *Journal of general internal medicine*, *10*(10), 537–541. <https://doi.org/10.1007/BF02640361>
- Pedro, A. R. (2018). Literacia em saúde: Da gestão de informação à decisão inteligente. *RUN/Escola Nacional de Saúde Pública*. <https://run.unl.pt/handle/10362/58232>
- Rosário, R., Martins, M. R. O., Augusto, C., Silva, M. J., Martins, S., Duarte, A., Fronteira, I., Ramos, N., Okan, O., & Dadaczynski, K. (2020). Associations between covid-19-related digital health literacy and online information-seeking behavior among portuguese university students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(23), 1–11. <https://doi.org/10.3390/ijerph17238987>
- Saleiro, S., Damas, C., & Gomes, I. (2008). Hábitos tabágicos e conhecimento dos riscos do tabagismo em função da formação académica em estudantes universitários. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, *XIV*(2).
- Sansom-Daly, U. M., Lin, M., Robertson, E. G., Wakefield, C. E., McGill, B. C., Girgis, A., & Cohn, R. J. (2016). Health Literacy in Adolescents and Young Adults: An Updated Review. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, *5*(2), 106–118. <https://doi.org/10.1089/jayao.2015.0059>
- Sobral, M. (2018). Literacia em saúde e hábitos, atitudes e comportamentos de saúde em estudantes universitários: Um estudo exploratório Psicologia Clínica e da Saúde.

- Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, *12*(1), 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Stubbings, S., Robb, K., Waller, J., Ramirez, A., Austoker, J., Macleod, U., Hiom, S., & Wardle, J. (2009). Development of a measurement tool to assess public awareness of cancer. *British Journal of Cancer*, 13–17. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6605385>
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, *71*(3), 209–249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
- Van der Heide, I., Uiters, E., Sørensen, K., Röthlin, F., Pelikan, J., Rademakers, J., & Boshuizen, H. (2016). Health literacy in Europe: The development and validation of health literacy prediction models. *European Journal of Public Health*, *26*(6), 906–911. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw078>
- Waggoner, S. E. (2003). Cervical cancer. *The Lancet*, *361*, 2217–2225.
- Weiss, B. D., Mays, M. Z., Martz, W., Castro, K. M., DeWalt, D. A., Pignone, M. P., et al. (2005). Quick assessment of literacy in primary care: The newest vital sign. *The Annals of Family Medicine*, *3*(6), 514–522.
- Wolf, M. S., Chang, C., Davis, T., & Makoul, G. (2005). Development and validation of the Communication and Attitudinal Self-Efficacy scale for cancer (CASE-cancer).

*Patient Education and Counseling* 57, 333–341.

<https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.09.005>

World Health Organization. (2013). Health Literacy - The Solid Facts.

World Health Organization. (2019). Cancer. Acedido a 19 de Abril de 2022, através [https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1)

World Health Organization. (2020). *WHO REPORT ON CANCER – Setting Priorities Investing Wisely and Providing Care for All*

World Health Organization. (2022). Cancer today. Acedido a 19 de Abril de 2022, através [https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie?v=2020&mode=cancer&mode\\_population=continents&population=900&populations=900&key=total&sex=0&cancer=39&type=1&statistic=5&prevalence=0&population\\_group=0&ages\\_group%5B%5D=0&ages\\_group%5B%5D=17&nb\\_items=7&group\\_cancer=1&include\\_nmssc=1&include\\_nmssc\\_other=1&half\\_pie=0&donut=0](https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie?v=2020&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=total&sex=0&cancer=39&type=1&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=7&group_cancer=1&include_nmssc=1&include_nmssc_other=1&half_pie=0&donut=0)

Yelton, B., Lead, J. R., Adams, S. A., Brandt, H. M., Kulkarni, S., Lewis, K. R., Fedrick, D., Ureda, J. R., & Friedman, D. B. (2021). How Do African-American Community Members' Perceptions About Environmental Risks of Breast Cancer Compare with the Current State of the Science? *Journal of Cancer Education*, 36(6), 1193–1200. <https://doi.org/10.1007/s13187-020-01748-8>

## **8. Anexos**

### **Anexo A: Inquérito para a Avaliação dos Conhecimentos e Perceção dos Jovens Universitários Acerca do Cancro**

Muito obrigado por aceitar participar neste estudo que incide sobre Literacia em Saúde e pretende avaliar a componente funcional, aferindo o conhecimento dos estudantes universitários. Mais especificamente, no que concerne a doença oncológica, com o intuito de compreender quais os níveis de conhecimento existente nesta área. Serão ainda investigadas as possíveis relações entre esse conhecimento e os hábitos dos jovens.

O presente estudo surge no âmbito de um projeto de investigação, para desenvolvimento de uma dissertação de mestrado, a decorrer no Iscte – Instituto Universitário de Lisboa. O estudo é realizado pela estudante do Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde, Madalena Pereira (mrdpo@iscte.iul.pt) – que poderá contactar caso pretenda esclarecer uma dúvida, partilhar algum comentário ou assinalar a sua intenção de receber informação sobre os principais resultados e conclusões do estudo – e orientado pela Doutora Rita Espanha (Iscte-iul) e pela Doutora Ana Barros (i3S).

A sua participação no estudo, que será muito valorizada pois irá contribuir para o avanço do conhecimento neste domínio da ciência, consiste em responder com sinceridade a este inquérito, que tem 46 questões, divididas em 3 partes: na primeira, deve responder a questões acerca daquilo que sabe sobre o cancro; na segunda secção, são colocadas questões sobre os seus hábitos e por fim, na terceira parte, são colocadas questões sobre o próprio. O tempo médio necessário para o preenchimento integral do questionário são 15 minutos.

Não existem riscos significativos expectáveis associados à participação no estudo. A participação no estudo é estritamente voluntária: pode escolher livremente participar ou não participar. Se tiver escolhido participar, pode interromper a participação em qualquer momento sem ter de prestar qualquer justificação. Para além de voluntária, a participação é também anónima e confidencial. Os dados obtidos destinam-se apenas a tratamento estatístico e nenhuma resposta será analisada ou reportada individualmente. Em nenhum momento do estudo precisa de se identificar.

Reforçamos os dados de contacto que pode utilizar caso deseje colocar uma dúvida, partilhar algum comentário, ou assinalar a sua intenção de receber informação sobre os principais resultados e conclusões do estudo: Madalena Pereiro – mrdpo@iscte-iul.pt . Se tiver interesse em aceder a mais informação sobre o tema do estudo, pode ainda consultar as seguintes fontes:

Ao responder ao questionário e submetê-lo, declara ter compreendido os objetivos propostos e explicados pela investigadora, tendo-lhe sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o presente estudo e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, pelo que aceita participar.

Este inquérito foi aprovado pela Comissão de Ética do Iscte - Instituto Universitário de Lisboa.

Mais uma vez, obrigado pela sua participação.

### Parte I – O que sabe sobre o cancro?

O que sabe sobre os temas apresentados a seguir?

1. Assinale, na tabela, o seu grau de conhecimento, usando a escala de 0 (Não sabe nada/Não tem qualquer informação) a 10 (Sabe quase tudo/Tem informação suficiente para não ter dúvidas).

Por favor, selecione a posição apropriada para cada elemento:

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Não sei	Não quer responder
<b>Cancro da Mama</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Prevenção de Cancro</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Fatores de risco de cancro</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>Exame de Papanicolau</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Radiação U.V. (Ultravioleta)</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Melanoma</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Auto-exame da pele</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Mamografia</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Colonoscopia</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Cancro Hereditário</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Cancro do Pulmão</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>T.A.C. (Tomografia Axial Computorizada)</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Fatores de proteção do cancro</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Qual dos seguintes cancros pode ser prevenido com a toma de uma vacina? \*

Por favor, seleccione apenas uma das seguintes opções:

- Cancro da mama
- Cancro do colo do útero
- Cancro colorretal
- Cancro da pele
- Não sei

Não quero responder

3. Qual o cancro mais mortal em Portugal? \*

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

Cancro da mama

Cancro da pele

Cancro colorretal

Cancro do colo do útero

Não sei

Não quero responder

4. Qual dos seguintes cancros é o mais mortal para as mulheres, em todo o mundo?

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

Cancro da mama

Cancro do colo do útero

Cancro colorretal

Cancro da pele

Não sei

Não quero responder

5. Qual o agente que origina o cancro do colo do útero?

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

A bactéria *Helicobacter pylori*

Bactérias *Pseudomonas*

O HPV (Vírus do Papiloma Humano)

O HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana)

Não sei

Não quero responder

6. O exame de Papanicolau deteta...

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

Alteração das células do colo do útero

Pólipos intestinais

Sinais ou verrugas

Nódulos mamários

Não sei

Não quero responder

7. Qual dos seguintes comportamentos aumenta o risco de infeção com o HPV (Vírus do Papiloma Humano)?

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

Usar sempre o preservativo

Ter múltiplos parceiros sexuais

Partilhar seringas com pessoas infetadas

Usar contraceptivos orais

Não sei

Não quero responder

8. Qual a causa da maioria dos casos de cancro da pele?

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

Mutações hereditárias

Exposição exagerada e/ou inadequada ao sol

Produção de vitamina D em excesso

Exposição prolongada à radioatividade

Não sei

Não quero responder



9. Qual dos seguintes grupos tem maior risco de desenvolver cancro de pele?

Por favor, seleccione apenas uma das seguintes opções:

- Pessoas de pele clara
- Pessoas de pele escura
- Pessoas com muitos sinais
- Todos os anteriores
- Não sei
- Não quero responder

10. Qual o tipo de cancro de pele mais mortal?

Por favor, seleccione apenas uma das seguintes opções:

- Carcinoma baso celular
- Melanoma
- Carcinoma espinocelular
- Sarcoma
- Não sei
- Não quero responder

11. Qual o período do dia em que é mais perigosa a exposição solar?

Por favor, seleccione apenas uma das seguintes opções:

- 7h-9h
- 17h-19h
- 9h-11h
- 11h-17h
- Não sei

Não quero responder

12. O Cancro da mama é uma doença que afeta...

Por favor, seleccione apenas uma das seguintes opções:

Apenas homens

Apenas mulheres

Maioritariamente homens

Maioritariamente mulheres

Não sei

Não quero responder

13. Qual o exame de rastreio utilizado no cancro da mama?

Por favor, seleccione apenas uma das seguintes opções:

Biópsia

Mamografia

Endoscopia

Citologia

Não sei

Não quero responder

14. Qual dos seguintes comportamentos diminui o risco de uma mulher vir a ter um cancro da mama?

Por favor, seleccione apenas uma das seguintes opções:

Diminuição do consumo de álcool

Diminuição do número de parceiros sexuais

Aumento da ingestão de calorias na alimentação

Diminuição de uso de antitranspirantes

- Não sei
- Não quero responder

15. Qual dos seguintes exames médicos é utilizado no rastreio de cancro colorretal?

Por favor, seleccione apenas uma das seguintes opções:

- Biópsia
- Mamografia
- Colonoscopia
- Citologia
- Não sei
- Não quero responder

16. Existe uma maior probabilidade de ter um cancro colorretal...

Por favor, seleccione apenas uma das seguintes opções:

- Se tiver uma dieta pobre em gorduras e carne vermelha
- Se existirem outros casos na família
- Se estiver infetado com *Helicobacter pylori*
- Se for do sexo feminino
- Não sei
- Não quero responder

17. Qual dos seguintes comportamentos diminui o risco de vir a ter um cancro colorretal?

Por favor, seleccione apenas uma das seguintes opções:

- Praticar exercício físico regularmente
- Aumentar a ingestão de calorias na alimentação
- Erradicar a bactéria *Helicobacter pylori*
- Diminuir o consumo de sal

- Não sei
- Não quero responder

18. Qual a percentagem de mortes por cancro do pulmão causadas pelo consumo de tabaco?

Por favor, seleccione apenas uma das seguintes opções:

- Cerca de 70%
- Cerca de 85%
- Cerca de 90%
- Aproximadamente 100%
- Não sei
- Não quero responder

19. A realização de rastreio para o cancro do pulmão através de T.A.C. (Tomografia Axial Computorizada), diminui a probabilidade de morte por este cancro em...

Por favor, seleccione apenas uma das seguintes opções:

- Cerca de 95%
- Cerca de 50%
- Cerca de 20%
- Cerca de 10%
- Não sei
- Não quero responder

20. Qual dos seguintes fatores não aumenta o risco de desenvolver um cancro do pulmão?

Por favor, seleccione apenas uma das seguintes opções:

- Ser fumador passivo
- Estar infetado pelo HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana)

- Ser exposto ao amianto
- Tomar suplementos de vitamina E
- Não sei
- Não quero responder

21. Qual a taxa de sobrevivência, ao fim de cinco anos, para cancro do pulmão?  
Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- Menos de 10%
- 10% a 12%
- 16% a 18%
- 24% a 26%
- Não sei
- Não quero responder

22. Em poucas palavras, diga-nos o que é para si o cancro...  
Por favor, escreva aqui a sua resposta:

## Parte II - Sobre os seus comportamentos e hábitos diários

23. Como ocupa os seus tempos livres? Com que frequência costuma.  
Por favor, selecione a posição apropriada para cada elemento:

	<b>Nunca /Muito raramente</b>	<b>Todos os dias ou quase todosos dias</b>	<b>Pelo menos uma vez por semana</b>	<b>Pelo menos uma vez por mês</b>
<b>Ver televisão</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>Ouvir música</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Ler livros (exceto de trabalho ou estudo)</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Navegar na Internet (sem ser por razões de trabalho ou estudo)</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Ir ao café</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Praticar desporto / atividade física</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Ir a atividades culturais (ex. cinema; teatro; concertos, museus; exposições, etc.)</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. Nos dias de semana, onde costuma almoçar?

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- Não costuma almoçar
- Em casa
- Leva lancheira
- Na cantina/bar do local de trabalho
- Outro (restaurante, café, shopping, etc.)

25. Se pratica desporto/atividade física, quantas vezes praticou no último mês (pelo menos durante 30 minutos)?

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- Nenhuma

- 1 ou 2 vezes por semana
- 3 ou 4 vezes por semana
- 5 ou mais vezes por semana

26. Indique quais dos seguintes equipamentos/serviços possui ou tem em sua casa.

Por favor, selecione todas as que se aplicam:

- Computador
- Internet
- Telemóvel ou Smartphone Televisor
- Tablet
- Serviço de TV pago (ex. Meo; Nos; Vodafone)

27. Costuma navegar na internet, assinale as duas atividades que realiza mais vezes.

Por favor, selecione todas as que se aplicam:

- Pesquisar informação (ex. notícias. etc.)
- Usar as redes sociais (ex. Facebook, Instagram, Twitter, blogues)
- Jogar online
- Ver vídeos (ex. Youtube)
- Ouvir música
- Ver filmes ou séries
- Trabalhar
- Realizar trabalhos académicos
- Outro:

28. Com que frequência consome bebidas alcoólicas (pode ser apenas 1 copo)?

Por favor, selecione a posição apropriada para cada elemento:

	<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Cerca de uma vez por mês</b>	<b>Todas as semanas</b>	<b>Todos os dias</b>
<b>Cerveja</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Vinho</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Espirituosas, destiladas (Whisky, Vodka, "Shots", etc.)</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

29. Quais as refeições que faz todos os dias?

Por favor, selecione todas as que se aplicam:

- Pequeno-almoço
- Lanche da manhã
- Almoço
- Lanche da tarde
- Jantar
- Ceia

30. Habitualmente, quantas horas dorme por noite nos dias de trabalho/semana?

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- Menos de 6h
- Entre 6 e 7h
- Entre 7 e 8h
- Mais de 8h

31. Em relação ao consumo de tabaco:

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:



- Não sou fumador e nunca experimentei fumar.
- Não sou fumador, mas já experimentei fumar (pontualmente).
- Não sou fumador, mas já fui.
- Sou fumador

32. Quando se expõe diretamente ao sol, com que frequência usa protetor solar?

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente
- Sempre

33. Quando vai à praia ou à piscina, em que locais aplica o protetor solar?

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- Apenas na cara
- Na cara e no restante corpo
- Não aplico na cara, mas apenas no resto do corpo

34. Com que frequência faz a inspeção dos sinais que tem na pele?

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- Nunca fiz
- Diariamente
- Semanalmente
- Mensalmente
- Anualmente
- Outro:

### **Parte III - Sobre si e a sua família**

35. Conhece a sua história familiar de cancro?

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- Sim
- Não, mas já tentei saber
- Não, nunca tentei saber

36. Já alguma vez lidou de forma próxima com uma situação de cancro?

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- Sim
- Não

37. Essa situação ocorreu com ...

Por favor, selecione todas as que se aplicam:

- Consigo
- Um familiar
- Outro:

38. Tem algum problema de saúde?

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- Sim
- Não

39. Se sim, de que tipo?

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- Visual
- Auditivo
- Motor
- Fala
- Alérgico
- Outro

40. Em que concelho reside habitualmente?

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

41. Onde nasceu?

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- Em Portugal
- No estrangeiro

42. Género:

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- Feminino
- Masculino

43. Com quem vive?

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- Sozinho
- Partilho habitação com amigos/colegas

Vivo com pais ou familiares

44. Qual o grau que frequenta?

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

Outro:

45. Qual a instituição do ensino superior que frequenta?

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

46. Qual o curso que frequenta?

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

Agradecemos uma vez mais a sua colaboração!

Caso tenha alguma dúvida pode entrar em contacto através de [mrpo@iscte-iul.pt](mailto:mrpo@iscte-iul.pt)

COMISSÃO DE ÉTICA

**PARECER 38/2022**

**Projeto "Avaliação dos níveis de conhecimento sobre cancro dos jovens universitários"**

O projeto "Avaliação dos níveis de conhecimento sobre cancro dos jovens universitários", submetido pela investigadora Madalena Ramos do Pereiro, foi apreciado pela Comissão de Ética (CE) na reunião de 1 de abril de 2022.

A informação disponibilizada no *Formulário de Submissão para Aprovação Ética* em uso no Iscte, satisfaz, de um modo geral, os requisitos éticos exigíveis neste tipo de projetos de investigação, contemplando, nomeadamente:

- a) **O problema de investigação e a relevância do estudo:** "O estudo prevê esclarecer quais os níveis de conhecimento dos jovens estudantes universitários acerca do cancro, sendo esta uma das dimensões da literacia em saúde. É uma preocupação relevante quando olhamos para a incidência da doença e denotamos que esta doença está cotada como a segunda principal causa de perda de potenciais anos de vida em Portugal. Importa entender se os jovens conhecem os principais fatores de risco e quais os hábitos que levam a que esta seja uma realidade.";
- b) **O objetivo/perguntas de investigação:** O principal objetivo do estudo é apurar os níveis de conhecimento dos jovens estudantes universitários acerca do cancro e desse modo aferir uma das dimensões da literacia que é a parte funcional e do conhecimento."
- c) **O método:** "Os dados serão recolhidos através de um questionário online (google docs) que será divulgado pelas universidades e através de redes sociais. A análise dos dados será assegurada pela investigadora proponente juntamente com o apoio da equipa de orientação. O questionário baseia-se num equivalente aplicado no estudo "The Cancer, Educate to Prevent Model—the Potential of School Environment for Primary Prevention of Cancer", já validado no estudo "Development of a Measurement Tool to Assess Students' Knowledge and Perceptions About Cancer (SKPaC)" publicados na *Journal of Cancer Education*."

**A Comissão de Ética recomenda a inclusão da informação relativa à duração estimada para resposta ao questionário no modelo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido.**

- d) **Participantes e método de recrutamento:** "Serão incluídos no estudo todos os estudantes universitários que concluíam o preenchimento do questionário. Quanto às idades, serão maiores de 18 anos, sendo que não será à partida imposto um limite de idade na análise". O recrutamento dos participantes será feito através da divulgação por parte das universidades previamente contactadas e através de redes sociais como o *LinkedIn* e o *Facebook*, através do método "bola de neve".

- a) O consentimento informado, livre e esclarecido (CILE) **segue o modelo de consentimento informado em uso no Iscte para os estudos que não implicam a recolha de dados pessoais**: "O consentimento na participação no estudo será exigido no início, ao aceder ao documento online, e será obrigatória a sua aprovação para prosseguir com as respostas ao questionário. O questionário será feito em português. O participante deve ler e aceitar a política de recolha de dados para poder avançar para a secção de perguntas do questionário propriamente dito".

**b) O *debriefing*.**

**A investigadora não submeteu o texto escrito em consonância com o modelo recomendado pela Comissão de Ética.**

A investigadora assinalou no formulário de submissão à CE que incluiu no *debriefing* "Informação mais específica sobre os objetivos, hipóteses, procedimentos e/ou contributos esperados da investigação do estudo, quando aplicável". A CE constata que tal não se verifica, recomendando que essa informação seja incluída e que seja seguido o modelo de *debriefing* em uso no Iscte, disponibilizado pela CE.

- c) O estudo não inclui populações vulneráveis nem riscos significativos para os participantes.
- d) **Não está prevista compensação/incentivo à participação:**

Em suma, assegurados que se encontram a natureza voluntária da participação, o consentimento livre e informado, a anonimização e a confidencialidade dos dados coligidos, entende a Comissão de Ética emitir parecer favorável à realização da investigação devendo a investigadora implementar as sugestões acima efetuadas a negrito.

Relatores: Maria do Rosário da  
Veiga (com Vítor Basto  
Fernandes)



O Presidente da Comissão, Professor Sven Waldzus



A Relatora, Professora Maria do Rosário da Veiga

## Anexo C: Comportamentos e Hábitos dos Estudantes Universitários

**Tabela 6** – Como ocupa os seus tempos livres?

	Nunca /Muito raramente*	Todos os dias ou quase todos os dias*	Pelo menos uma vez por semana*	Pelo menos uma vez por mês*
Ver televisão	48	74	39	9
Ouvir música	2	143	23	2
Ler livros (exceto estudo ou trabalho)	50	32	46	42
Navegar na internet	3	152	13	2
Ir ao café	43	29	65	33
Praticar desporto /atividade física	36	34	67	33
Ir a atividades culturais	46	1	37	86

\*Resultados em número absoluto.

**Tabela 7** – Nos dias de semana, onde almoça?

	N (%)
Não costuma almoçar	0(0)
Em casa	76 (44,7)
Leva lancheira	94 (55,3)
Na cantina/bar do local de trabalho	45 (26,5)
Outro (restaurante, café, shopping, etc.)	10 (5,9)

**Tabela 8** – Se pratica desporto/ atividade física, quantas vezes praticou no último mês (pelo menos durante 30 minutos)?

	N (%)
Nenhuma	56 (32,9)
1 ou 2 vezes por semana	69 (40,6)
3 ou 4 vezes por semana	34 (20)
5 ou mais vezes por semana	11 (6,5)

**Tabela 9** – Indique quais dos seguintes equipamentos/serviços possui ou tem em sua casa.

	N (%)
Computador	168 (98,8)
Internet	169 (99,4)
Telemóvel	170 (100)
Tablet	88 (51,8)
Serviço de TV pago	160 (94,1)

**Tabela 10** – Se costuma navegar na internet, assinale as duas atividades que realiza mais vezes.

	N (%)
Pesquisar informações	94 (55,3)
Usar as redes sociais	135 (79,4)
Jogar online	31 (18,2)
Ver vídeos	93 (54,7)
Ouvir música	109 (64,1)
Ver filmes ou séries	99 (58,2)
Trabalhar	60 (35,3)
Realizar trabalhos académicos	107 (62,9)
Outro	8 (4,7)

**Tabela 11** - Com que frequência consome bebidas alcoólicas?

	Nunca*	Raramente*	Cerca de uma vez por mês*	Todas as semanas*	Todos os dias*
Cerveja	85	29	23	33	0
Vinho	78	56	18	18	0
Espirituosas, destiladas	57	70	37	6	0

\*Resultados em nº absoluto.



**Tabela 12** – Quais as refeições que faz todos os dias?

	N (%)
Pequeno-almoço	127 (74,7)
Lanche da manhã	59 (34,7)
Almoço	164 (96,5)
Lanche da tarde	114 (67,1)
Jantar	163 (95,9)
Ceia	17 (10)

**Tabela 13** – Habitualmente, quantas horas dorme por noite nos dias de trabalho?

	N (%)
Menos de 6h	28 (16,5)
Entre 6 a 7h	73 (42,9)
Entre 7 a 8h	69 (40,6)
Mais de 8h	7 (4,1)

**Tabela 14** – Em relação ao consumo de tabaco

	N (%)
Não sou fumador e nunca experimentei fumar	80 (50,6)
Não sou fumador, mas já experimentei fumar (pontualmente)	66 (38,8)
Não sou fumador, mas já fui	8 (4,7)
Sou fumador	13 (7,6)

**Tabela 15** – Quando se expõe ao sol, com que frequência usa protetor solar?

	N (%)
Nunca	6 (3,5)
Raramente	43 (25)
Frequentemente	78 (45,9)
Sempre	43 (25,3)

**Tabela 16** – Quando vai à praia ou à piscina, em que locais aplica o protetor solar?

	N (%)
Apenas na cara	7 (4,1)
Na cara e no restante corpo	158 (92,9)
Não aplico na cara, só no corpo	6 (3,5)

**Tabela 17** – Com que frequência faz a inspeção dos sinais que tem na pele?

	N (%)
Nunca fiz	75 (44,1)
Diariamente	1 (0,6)
Semanalmente	10 (5,9)
Mensalmente	24 (14,1)
Anualmente	41 (24,1)
Outro	19 (11,2)