



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Barreiras ao Rastreio do Cancro do Colón e Reto

Conhecimentos, crenças e atitudes dos utentes e médicos dos cuidados de saúde primários da Covilhã

Joana Lapa Gomes

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Doutora Anabela Pinto
Coorientador: Mestre Marli Loureiro

Covilhã, maio de 2013

Dedicatória

“Na vida temos necessidade de alguém que nos faça fazer aquilo que podemos.

E é isto que faz o amigo”

R. W. Emerson

A quem, fazendo parte da minha vida, me faz ser feliz.

Agradecimentos

À Doutora Anabela Pinto, minha orientadora, pela disponibilidade desde o primeiro momento, pela dedicação e rigor na orientação, apesar da distância.

À Mestre Marli Loureiro, minha coorientadora, pela prontidão, eficácia e apoio em aspetos indispensáveis.

Ao Professor Doutor Miguel Freitas, pelo apoio no tratamento estatístico dos dados, pela paciência, pelas observações e sugestões sempre pertinentes.

À Enfermeira Célia Cristina Bonifácio, pela simpatia e amabilidade com que sempre se disponibilizou a ajudar-me.

Ao Jaime Rendeiro, pelo apoio incondicional, constante e inigualável, por tudo, porque palavras nenhuma são suficientes.

Ao João Constantino, pela ajuda na realização do abstract.

À minha família, porque sem ela jamais chegaria onde cheguei.

Aos meus amigos, por todos os momentos felizes e por atenuarem os difíceis.

Resumo

Introdução: Entre as doenças oncológicas, o cancro do cólon e reto é o que apresenta maior incidência e mortalidade, sem diferenças para o género, sendo a segunda principal causa de morte, em Portugal. Há evidência de que o rastreio desta patologia é capaz de reduzir estes indicadores. Contudo, as taxas de realização do rastreio permanecem aquém do desejável. São múltiplos os fatores que influenciam decisivamente o sucesso de um programa de rastreio. A eficiência dos exames e a adesão dos indivíduos-alvo devem ser salientadas, tal como o envolvimento dos médicos de família.

Objetivos: 1) Averiguar os conhecimentos, crenças e atitudes, dos utentes e médicos dos Cuidados de Saúde Primários da Covilhã, em relação ao cancro do cólon e reto e ao seu rastreio; 2) Identificar eventuais barreiras à implementação e prática do rastreio do cancro do cólon e reto relacionadas com os médicos e utentes dos Cuidados de Saúde Primários da Covilhã; 3) Fornecer informação que possa ser útil aos profissionais de saúde e legisladores, no âmbito da prevenção e rastreio do cancro do cólon e reto.

Métodos: Elaboraram-se e aplicaram-se dois questionários distintos, um para os médicos e outro para os utentes. A amostragem foi do tipo acidental para os utentes e quanto aos médicos todos foram convidados a participar. Fez-se análise descritiva quantitativa das variáveis contidas nos questionários e também análise bivariada para testar possíveis associações entre estas. Calcularam-se Intervalos de Confiança a 95% para um nível de significância de 0,05.

Resultados: A taxa de adesão dos utentes ao rastreio do cancro do cólon e reto foi de 49,1% (IC 39,8 - 58,4). Verificou-se que o aconselhamento médico influencia positivamente a adesão ($p_{\chi^2}=0,000$) e a principal razão para a não adesão dos utentes foi a falta de recomendação médica. Observou-se que os utentes com mais conhecimento sobre a doença aderiram mais ao rastreio ($p_{MW}=0,008$) e que a existência de vulnerabilidade percebida facilita a recomendação pelo médico ($p_{\chi^2}=0,041$). A barreira mais referida pelos médicos foi a não realização dos exames pelos utentes. No conhecimento, os médicos apresentaram falhas na idade para iniciar e finalizar o rastreio, bem como na frequência de realização de cada exame.

Conclusões: Para ultrapassar as barreiras ao rastreio do cancro do cólon e reto, é essencial garantir a promoção do mesmo pelos médicos de família, de forma sistemática e organizada. Simultaneamente, é preciso continuar a sensibilizar e responsabilizar a população para esta questão através de medidas que aumentem o conhecimento geral sobre o tema.

Palavras-chave

Cancro do cólon e reto - Rastreio - Barreiras - Adesão

Abstract

Introduction: Among the oncological diseases, the colorectal cancer is the one with the highest incidence and mortality, independently of the gender, being the second most common cause of death in Portugal. There is evidence that the screening of this pathology is able to reduce these indicators. However, the screening rates still remain below desirable. There are multiple factors that influence decisively the success of a screening program. The efficiency of exams and the adherence of the targeted population must be denoted, as well as the involvement of family physicians.

Objectives: 1) Ascertain the knowledge, beliefs and attitudes, of patients and physicians of the Primary Health Care of Covilhã, in relation to the colorectal cancer and its screening; 2) Identify any barriers to the implementation and practice of the colorectal cancer screening to physicians and patients of the Primary Health Care of Covilhã; 3) Provide useful information to healthcare professionals and legislators, in the prevention and screening of colorectal cancer.

Methods: Two separate questionnaires were elaborated and applied, one for physicians and the other for patients. Sampling was accidental type for patients, and regarding physicians all were invited to participate. It was done a quantitative descriptive analysis of the variables contained in the questionnaires and also bivariate analysis to test possible associations between these. Confidence intervals at 95% for a significance level of 0.05 were calculated.

Results: The rate of adherence to colorectal screening was 49.1% (CI 39.8 - 58.4). It was found that medical advice positively influences the adherence to screening ($p_{\chi^2}=0,000$) and the main reason for patients' non-adherence was the lack of medical recommendation. Was observed that patients with more knowledge about the disease adhered more to screening ($p_{MW}=0.008$) and the existence of perceived vulnerability facilitates the physicians' recommendation ($p_{\chi^2}=0.041$). The most reported barrier by physicians was the non-completion of the exams by the patients. The physicians presented knowledge flaws about the age for beginning and ending screening, as well as about the frequency of each exam.

Conclusions: To overcome the barriers for screening the colorectal cancer, it is essential to ensure the promotion of it by family physicians, in a systematic and organized way. Simultaneously, it is necessary to continually raise awareness and commit people to this issue through measures that increase the general knowledge on the subject.

Keywords

Colorectal cancer - Screening - Barriers - Adherence

Índice

Dedicatória.....	iii
Agradecimentos	v
Resumo	vii
Abstract.....	x
Keywords	x
Colorectal cancer - Screening - Barriers - Adherence	x
Lista de Figuras.....	xiv
Lista de Tabelas.....	xvi
Lista de Acrónimos.....	xviii
1. Introdução	1
1.1. Objetivos gerais do estudo	1
1.1.2. Hipóteses a testar	2
2. Material e Métodos	3
2.1. Desenho do Estudo e População-alvo.....	3
2.2. Recrutamento dos participantes e recolha dos dados	3
2.3. Análise Estatística	5
3. Resultados	7
3.1. Caracterização da amostra de utentes.....	7
3.1.1. Caracterização sociodemográfica	7
3.1.2. Conhecimento e fontes de informação sobre o CCR	8
3.1.3. Crenças e atitudes em relação ao CCR e ao rastreio.....	9
3.2. Análise das hipóteses relacionadas com os utentes.....	10
3.3. Caracterização e análise da amostra de médicos	12
3.3.1. Conhecimento sobre o CCR e o rastreio	12
3.3.2. Crenças e barreiras percebidas em relação ao rastreio do CCR.....	15
3.3.3. Práticas e atitudes no rastreio do CCR	16
4. Discussão	18
4.1. Limitações.....	21
5. Conclusão	22
6. Bibliografia	23
7. Anexos	25

Lista de Figuras

Figura 1. Idades referidas, pelos médicos, para início do rastreio em indivíduos de risco padrão.	13
Figura 2. Idades referidas, pelos médicos, para início do rastreio em indivíduos de risco aumentado.	13
Figura 3. Idades referidas, pelos médicos, para início do rastreio em indivíduos de risco aumentado.	13
Figura 4. Percentagem de médicos que classificaram os diferentes exames de rastreio do CCR, em função da periodicidade de recomendação.	14
Figura 5. Número de médicos que recomendam os diferentes exames de rastreio do CCR, em função da frequência.....	16

Lista de Tabelas

Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra	7
Tabela 2. Conhecimento dos utentes sobre o CCR e o rastreio	8
Tabela 3. Fontes de informação sobre o CCR mencionadas pelos utentes	9
Tabela 4. Razões pelas quais os utentes alguma vez evitaram ou não realizaram o rastreio. .	10
Tabela 5. Possibilidade de aconselhamento para o rastreio do CCR de acordo com a frequência de consultas.	11
Tabela 6. Fatores de risco para CCR identificados pelos médicos	12
Tabela 7. Exames para rastreio do CCR selecionados pelos médicos.....	14
Tabela 8. Barreiras à implementação e uso do rastreio para os médicos, na sua prática clínica	15
Tabela 9. Barreiras ao rastreio do CCR para os utentes, percebidas pelos médicos.....	16

Lista de Acrónimos

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

CCR - Cancro do Cólon e Reto

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CT - Colonoscopia Total

IC - Intervalo de Confiança

MGF - Medicina Geral e Familiar

p_{χ^2} - significância do teste de qui-quadrado

p_{MW} - significância do teste de Mann-Whitney

PSOF - Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes

RCCR - Rastreio do Cancro do Cólon e Reto

SF - Sigmoidoscopia Flexível

SPED - Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Primários

1. Introdução

O cancro é a principal causa de morte prematura e, depois da doença cérebro-cardiovascular, ocupa, no conjunto das causas de mortalidade em todas as idades, o segundo lugar como causa de morte mais comum em Portugal.(1, 2) Entre as doenças oncológicas, o cancro do cólon e reto (CCR) é o que apresenta maior incidência e mortalidade, sem diferenças para o género, no nosso país,(3) constituindo assim, uma importante questão de saúde pública.

Dada a sua história natural longa e bem conhecida, com uma fase precursora benigna,(4, 5) o CCR torna-se uma doença com enorme potencial para prevenção e diagnóstico precoce. O rastreio do CCR (RCCR) tem-se mostrado eficaz não só em relação à redução da mortalidade, mas também da incidência.(6-8) Os requisitos indispensáveis para criação de um programa de rastreio eficaz estão assim preenchidos.(4, 7, 9)

De acordo com as orientações europeias,(8) a meta desejável para taxa de realização do rastreio do CCR é >65%, mas uma taxa >45% é considerada um valor aceitável. Contudo, um estudo realizado a nível europeu verificou que a utilização de endoscopia digestiva baixa e pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) em 11 países (10) foi bastante baixa e variada, para ambas as modalidades (6,1%-25,1% e 4,1%-61,1%, respetivamente). Ao mesmo tempo, estudos portugueses demonstraram taxas de cobertura do RCCR de 24,6% (9) e 35,3% (5), independentemente do exame utilizado.

Em Portugal, os rastreios de base populacional têm progredido lentamente e de forma muito variável regionalmente e o RCCR tem apenas programas embrionários baseados na PSOF.(1) Portanto, o rastreio desta neoplasia permanece sobretudo sob a forma oportunista, o que acarreta desigualdades, tanto em termos de acessibilidade (1) como de práticas. Segundo a Direção Geral da Saúde, vão ser elaboradas normas de orientação clínica de forma a melhorar esta questão.(1)

Os fatores que influenciam decisivamente o sucesso de um programa de rastreio são múltiplos e as barreiras a ultrapassar são várias.(4, 7) A eficiência dos exames e a adesão dos indivíduos-alvo devem ser salientadas.(4) Neste aspeto, a publicitação e o envolvimento dos médicos de família na promoção do RCCR têm efeito significativo na adesão da população.(4)

1.1. Objetivos gerais do estudo

Os principais objetivos deste estudo são:

1. Caracterizar a população-alvo de utentes dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) da Covilhã, no que diz respeito a características sociodemográficas;
2. Caracterizar a população-alvo de médicos dos CSP da Covilhã, no que respeita ao número total de utentes inscritos nos seus ficheiros e percentagem de utentes com

idade igual ou superior a 50 anos, bem como anos de exercício de especialidade de Medicina Geral e Familiar (MGF);

3. Averiguar os conhecimentos, crenças e atitudes, de ambas as populações-alvo, em relação ao CCR e ao seu rastreio;
4. Identificar eventuais barreiras à implementação e prática do RCCR, para ambas as populações-alvo.
5. Fornecer informação que possa ser útil aos profissionais de saúde e legisladores, no âmbito da prevenção e RCCR.

1.1.2. Hipóteses a testar

H₁: A falta de aconselhamento pelo médico de família para realização do rastreio do CCR prejudica a adesão dos utentes ao RCCR.

H₂: Um nível menor de conhecimento sobre o CCR pelos utentes prejudica a adesão ao RCCR.

H₃: A ausência de vulnerabilidade percebida pelos utentes para CCR prejudica a adesão ao RCCR.

H₄: Uma frequência menor de consultas dos utentes com o médico de família prejudica a adesão ao RCCR.

H₅: Os utentes com nível de escolaridade menor aderem menos ao RCCR.

H₆: Um nível económico menor dos utentes prejudica a adesão ao RCCR.

H₇: Os utentes com nível de conhecimento menor sobre o CCR são mais aconselhados pelo médico de família a realizar o RCCR do que os que têm maior conhecimento.

H₈: A falta de vulnerabilidade percebida pelos utentes para o CCR prejudica o aconselhamento pelo médico para a realização do RCCR.

H₉: Uma frequência menor de consultas dos utentes com o médico de família prejudica o seu aconselhamento para RCCR, pelos médicos de família.

2. Material e Métodos

2.1. Desenho do Estudo e População-alvo

Este foi um estudo observacional transversal, que decorreu entre os meses de janeiro e março de 2013, na Unidade de Cuidados de Saúde Primários da Covilhã (UCSP) - Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) da Cova da Beira. Para tal, foi obtida aprovação e autorização, da Comissão de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde - UBI, bem como do Conselho Clínico do ACeS da Cova da Beira e do Coordenador da UCSP da Covilhã.

Foram duas as populações-alvo desta investigação: utentes do Centro de Saúde da Covilhã, com idade igual ou superior a 50 anos no dia 1 de Outubro de 2012 ($N_u=27398$); médicos a exercerem a especialidade de MGF no C.S. Covilhã ($N_m=15$).

Para a população de utentes, foi feita uma amostragem não probabilística acidental, com os seguintes critérios de inclusão: indivíduos do género feminino e masculino com idade igual ou superior a 50 anos, utentes da UCSP da Covilhã, que se tenham dirigido à UCSP durante o período de realização do estudo. Como critérios de exclusão foram considerados: recusa à participação voluntária no estudo ou diagnóstico anterior de CCR.

No que respeita à população de médicos, todos os médicos a exercerem a especialidade de MGF no UCSP da Covilhã, durante o período de estudo, foram convidados a participar.

2.2. Recrutamento dos participantes e recolha dos dados

Como instrumentos para a recolha dos dados foram elaborados dois questionários, um para cada população-alvo. Ambos os questionários foram escritos com base numa revisão bibliográfica do tema (11-18) e em hipóteses colocadas pela autora, de forma a servirem os objetivos da investigação. Foram revistos por um médico especialista em MGF, por um médico especialista em Gastrenterologia e pelo Gabinete de Apoio à Investigação Clínica da Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade da Beira Interior.

Em Novembro de 2012, realizou-se um estudo-piloto para a população de utentes, na UCSP da Covilhã, com uma amostra de 20 indivíduos, semelhante à amostra incluída, posteriormente, no estudo. O estudo-piloto teve como objetivo averiguar a compreensibilidade e adequação de cada questão. O *feed-back* obtido foi incorporado no estudo, com a modificação de algumas palavras e reestruturação de certas questões. Após o pré-teste, optou-se, também, por aplicar os questionários através de entrevista, de forma a garantir uma maior compreensão das questões e exatidão das respostas, já que se detetou uma considerável dificuldade no preenchimento autónomo, pelos indivíduos.

Durante os meses de janeiro e março de 2013, os questionários definitivos foram aplicados. Todos os indivíduos de ambas as populações foram recrutados pessoalmente pela autora, a qual se apresentou e identificou, bem como ao estudo e respetivos objetivos. Os indivíduos foram esclarecidos de que a participação no estudo era totalmente anónima e voluntária e que a opção de não participar não lhes causaria nenhum prejuízo. O consentimento informado dos participantes foi obtido com a aceitação em responder aos questionários.

Cada médico respondeu ao seu questionário individualmente. Já os utentes foram entrevistados pela autora, que lia as questões e preenchia o formulário de acordo com as respostas obtidas. Este método foi usado em todos os utentes participantes, enquanto aguardavam consulta na sala de espera da UCSP.

O questionário aplicado aos médicos (Anexo 1) foi dividido em 4 categorias de questões:

1. Caracterização - tempo de exercício da especialidade de MGF, número de utentes inscritos no ficheiro e percentagem de utentes com idade igual ou superior a 50 anos.
2. Conhecimento sobre o CCR e o rastreio - incluiu resposta fechada de escolha múltipla sobre taxa de incidência e de mortalidade do CCR comparadas com as de outras patologias, fatores de risco para o CCR, objetivos e exames para rastreio; bem como, questões com resposta aberta curta para momento adequado para realização do rastreio. De forma a avaliar globalmente o conhecimento, as respostas corretas foram cotadas com 5, as incorretas com 0 e as respostas “não sei” com 1 ponto. Estes valores foram escolhidos, tendo em vista que um conhecimento correto é fundamental para a implementação do RCCR e que a detenção de um conhecimento erróneo é mais negativa do que a admissão de desconhecimento. Os pontos obtidos foram então convertidos em notas numa escala de 0-100.
3. Crenças e barreiras percebidas - perceção pessoal da eficácia do rastreio, de barreiras à sua implementação na prática clínica individual e relacionadas com os utentes; foram utilizadas questões com resposta fechada de múltipla escolha.
4. Prática e atitudes - promoção do rastreio, exames utilizados e respetiva frequência, recomendações adotadas; esta secção inclui também, questões com resposta fechada de escolha múltipla.

No que respeita ao questionário utilizado para recolha de dados sobre os utentes (Anexo 2), este dividiu-se, também, em 4 secções de questões:

1. Caracterização sociodemográfica dos utentes - idade, género, estado civil, situação profissional, escolaridade, tamanho e rendimento médio mensal do agregado familiar, abrangência por subsistema de saúde, posse de seguro privado de saúde, distância da habitação ao centro de saúde e meio de transporte; recorreu-se a questões de resposta fechada com escolha múltipla e de resposta aberta curta.

2. Conhecimento dos utentes sobre o CCR e o rastreio e fontes de informação - possibilidade de prevenção e fatores de risco para CCR, noção de rastreio e exames que podem ser utilizados; as questões colocadas foram de resposta fechada com escolha múltipla, maioritariamente “sim”, “não” e “não sei”. Na questão sobre exames que podem servir para RCCR, foram fornecidas, oralmente, as seguintes definições: colonoscopia total (CT) - exame que permite a visualização de todo o intestino, num ecrã, através da introdução, pelo ânus, de um tubo flexível com uma câmara, para o qual tem que se fazer uma preparação que inclui beber um líquido para limpar o intestino; pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) - exame que se faz às fezes, para detetar sangue que não é visível, no qual tem que se recolher amostras de fezes de 3 dias em frascos que são enviados para análise; ecografia abdominal - exame no qual se coloca um gel e uma sonda sobre a pele da região da barriga e que permite visualizar, num ecrã, os órgãos abdominais; sigmoidoscopia flexível (SF) - exame, semelhante à CT, mas que apenas permite visualizar a parte final do intestino. À semelhança do que foi feito na população de médicos e pelas razões anteriormente referidas, para a avaliação global do conhecimento dos utentes as respostas corretas foram cotadas com 5, as incorretas com 0 e as respostas “não sei” com 1 ponto. Os pontos obtidos foram posteriormente convertidos em notas numa escala de 0-100.
3. Indicação médica para realização do RCCR pelos utentes - aconselhamento pelo médico de família para realização do RCCR, escolha partilhada do exame para rastreio e exame indicado; as questões foram de resposta fechada “sim” e “não” e de escolha múltipla para os exames indicados.
4. Crenças e atitudes dos utentes em relação aos cuidados de saúde e ao RCCR - frequência de recurso às consultas com o médico de família, perceção pessoal de vulnerabilidade ao CCR e da importância do rastreio, adesão ao rastreio, exame realizado, razões para evicção ou não realização do rastreio; as questões colocadas foram de resposta fechada “não” e “sim” e de escolha múltipla para os exames realizados e razões para não realização ou evicção do rastreio.

2.3. Análise Estatística

Todos os dados foram registados e analisados em *Microsoft Excel 2007®* e *IBM Statistical Package for the Social Sciences 19.0®*.

Fez-se uma análise descritiva univariada quantitativa, com frequências e percentagens, das variáveis contidas nos questionários.

As análises bivariadas para testar possíveis associações entre as diferentes variáveis foram realizadas com recurso ao teste de qui-quadrado, no caso de variáveis discretas, e ao teste de Mann-Whitney, quando se tratou de variáveis contínuas não normais, após teste de

normalidade de Kolmogorov-Smirnov e de Shapiro-Wilk, de acordo com as dimensões das amostras.

Calcularam-se Intervalos de Confiança a 95% para um nível de significância de 0,05.

3. Resultados

3.1. Caracterização da amostra de utentes

3.1.1. Caracterização sociodemográfica

Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra

	Amostra			n	Aderentes	
	N	%	IC		(n/N) %	IC
Idade						
50 a 64	60	51,7	42,6 - 60,8	27	45,0	31,9 - 58,1
≥65	56	48,3	39,2 - 57,4	28	50,0	36,8 - 63,2
Género						
Masculino	54	46,6	37,5 - 55,6	24	44,4	31,3 - 57,6
Feminino	62	53,4	44,4 - 62,5	31	50,0	36,8 - 63,2
Estado Civil						
Casado	88	75,9	68,1 - 83,6	41	46,6	33,4 - 59,8
Solteiro	3	2,6	0 - 5,5	1	33,3	20,9 - 45,8
Viúvo	19	16,4	9,6 - 23,1	12	63,2	50,4 - 75,9
Divorciado	6	5,2	1,1 - 9,2	1	16,7	6,8 - 26,5
Rendimento medio mensal <i>per capita</i> do agregado familiar						
<250	16	13,8	7,5 - 20,1	9	56,3	43,1 - 69,4
250-500	71	61,2	52,3 - 70,1	32	45,1	31,9 - 58,2
500-1000	23	19,8	12,6 - 27,1	12	52,2	39,0 - 65,4
>1000	6	5,2	1,1 - 9,2	2	33,3	20,9 - 45,8
Seguro privado/Subsistema de Saúde						
Subsistema de saúde	19	16,4	9,6 - 23,1	10	52,6	39,4 - 65,8
Privado	7	6,0	1,7 - 10,4	2	28,6	16,2 - 40,5
Nenhum	86	74,1	66,2 - 82,1	43	50,0	36,8 - 63,2
Ambos	4	3,4	0,1 - 6,8	0	0,0	-
Situação Profissional						
Empregado	28	24,1	16,4 - 31,9	8	28,6	16,6 - 40,5
Desempregado	10	8,6	3,5 - 13,7	6	60,0	47,1 - 72,9
Reformado	72	62,1	53,2 - 70,9	38	52,8	39,6 - 66,0
Outra	6	5,2	1,1 - 9,2	3	50,0	36,8 - 63,2
Escolaridade						
Sem Escolaridade	2	1,7	0,0 - 4,1	0	0,0	-
1º Ciclo Ensino Básico	67	57,8	48,8 - 66,7	30	44,8	31,6- 57,9
2º Ciclo Ensino Básico	9	7,8	2,9 - 12,6	4	44,4	31,4- 57,6
3º Ciclo Ensino Básico	17	14,7	8,2 - 21,1	12	70,6	58,5 - 82,6
Ensino Secundário	15	12,9	6,8 - 19,0	7	46,7	33,3 - 59,9
Ensino Superior	6	5,2	1,1 - 9,2	2	33,3	20,9 - 45,8

Foram inquiridos um total de 116 utentes (0,4% da população), com uma média de idades de 65,1 anos, sendo o género feminino o mais frequente (53,4%). No que diz respeito ao grau de escolaridade, 57,8% tinham o 1º ciclo do Ensino Básico (antiga 4ª classe). Quanto à situação profissional, 62,1% encontravam-se reformados. A maioria dos inquiridos, 58,6%, tinha um rendimento médio *per capita* do agregado familiar entre 250 e 500 euros mensais. A tabela 1 apresenta as principais características sociodemográficas e frequência de consultas da amostra de utentes e dos utentes que aderiram ao rastreio.

3.1.2. Conhecimento e fontes de informação sobre o CCR

De entre todos os participantes, 4 responderam não à questão “Alguma vez ouviu falar do Cancro do Cólon e Reto (intestino)?” e portanto, apenas preencheram a secção do questionário, correspondente à caracterização sociodemográfica. Posto isto, nas restantes secções todos os resultados dizem respeito a um total de 112 inquiridos.

A tabela 2 mostra as respostas obtidas nas questões para avaliação dos conhecimentos sobre o CCR e o rastreio.

Tabela 2. Conhecimento dos utentes sobre o CCR e o rastreio

	Resposta correta			Resposta incorreta			Não sabia		
	n	%	IC	n	%	IC	n	%	IC
O CCR pode ser prevenido?	81	72,3	64,0 - 80,6	4	3,6	0,1 - 7,0	27	24,1	16,2 - 32,0
Existem exames de rastreio para o CCR?	96	85,7	79,2 - 92,2	0	0,0	-	16	14,3	7,8 - 20,8
O rastreio do CCR pode ser realizado antes de haver sintomas da doença?	91	81,3	74,0 - 88,5	1	0,9	0,0 - 2,6	20	17,9	10,8 - 25,0
O rastreio do CCR permite deteção de lesões pré-malignas evitando a doença?	84	75,0	67,0 - 83,0	0	0,0	-	28	25,0	17,0 - 33,2
Os seguintes exames servem para rastreio do CCR?									
Análises ao sangue	45	40,2	31,1 - 49,3	26	23,2	15,4 - 31,0	41	36,6	27,7 - 45,5
PSOF	79	70,5	62,1 - 79,0	7	6,3	1,8 - 10,7	26	23,2	15,4 - 31,0
Ecografia abdominal	33	29,5	21,0 - 38,0	43	38,4	29,4 - 47,4	36	32,1	23,5 - 40,8
CT	97	86,6	80,3 - 93,0	0	0,0	-	15	13,4	7,1 - 19,7
SF	10	8,9	3,7 - 14,2	2	1,8	0,0 - 4,2	100	89,3	83,6 - 95,0
Ter idade igual ou superior a 50 pode aumentar o risco de ter CCR?	99	88,4	82,5 - 94,3	3	2,7	0,0 - 5,7	10	8,9	3,7 - 14,2
Ter história familiar de CCR pode aumentar o risco de ter CCR?	91	81,3	74,0 - 88,5	8	7,1	2,4 - 11,9	13	11,6	5,7 - 17,5

Quando questionados sobre a possibilidade de prevenção do CCR, 72,3% responderam afirmativamente e, portanto, corretamente. A maioria dos inquiridos, 85,7%, afirmou saber da existência de exames de rastreio para o CCR. A percentagem de respostas corretas obtida nas questões sobre os dois principais fatores de risco não modificáveis - idade igual ou superior a 50 anos e história familiar de CCR- foi de 88,4% e 81,3%, respetivamente. A CT foi considerada, por 86,6% dos utentes, como servindo para fazer o RCCR. Por outro lado, apenas 8,9% identificaram a SF como exame para RCCR, sendo que 89,3% referiram não saber se este serviria para tal fim e 1,8% responderam incorretamente. Na avaliação global dos conhecimentos, numa escala de 0-100 pontos, obteve-se uma média de conhecimento de 84,0 e uma mediana de 86,7.

Tabela 3. Fontes de informação sobre o CCR mencionadas pelos utentes

	n	%
Médico de família	30	16,3
Outro médico que não o de família	8	4,3
Familiares	36	19,6
Amigos	33	17,9
<i>Media</i> (televisão, jornais, revistas e internet)	68	37,0
Campanhas de prevenção/esclarecimento	5	2,7
Outra	4	2,2
Total	184	100,0

No que se refere à fonte de informação sobre o CCR, dentro das 184 respostas obtidas, 68 corresponderam à opção *media* (televisão, jornais, revistas, internet), tendo sido esta fonte mais mencionada (37,0%). Já o médico de família, apenas correspondeu a 16,3% (30/184) das fontes referidas. A tabela 3 apresenta as fontes de informação sobre o CCR mencionadas pelos utentes.

3.1.3. Crenças e atitudes em relação ao CCR e ao rastreio

Quanto ao aconselhamento para realização de RCCR por parte do médico de família, 35,7% (40/112) foram em algum momento aconselhados. Contudo, dentro dos que foram aconselhados, apenas 17,5% (7/40) responderam sim à questão “O seu médico de família conversou consigo sobre qual o melhor exame de rastreio a escolher para o seu caso?”. A CT foi o exame mais indicado pelos médicos de família, tendo sido referida em 92,5% (37/40) das vezes. Já a PSOF foi referida em 15,0% (6/40) e a SF apenas em 2,5% das vezes (1/40).

Perante a questão “Considera-se em risco de ter CCR?” 55,4% (62/112) responderam sim. Por outro lado, todos os inquiridos acreditam que o rastreio é importante.

Neste estudo, obteve-se uma taxa de adesão ao RCCR de 49,1% (IC 39,8 - 58,4), uma vez que 55 dos 112 participantes responderam sim à questão “Já alguma vez realizou o rastreio do

CCR?”. Para este fim, o exame mais realizado foi a CT, em 90,9% (50/55) das vezes. Ao mesmo tempo, a PSOF e a SF foram realizadas em 20,0% (11/55) e 1,8% (1/55) das vezes, respetivamente.

Dos utentes que nunca realizaram o RCCR, 68,4% (39/57) invocaram pelo menos uma razão para tal. Entre os utentes aderentes ao rastreio e os não aderentes, o total de razões invocadas para alguma vez terem evitado ou não terem realizado o rastreio foi de 70. O motivo mais invocado foi a falta de aconselhamento pelo médico, com 32,9% (23/70) das razões. A segunda causa mais mencionada foi o medo de sentir desconforto ou dor, em 24,3% (17/70) das causas selecionadas. A tabela 4 apresenta as razões pelas quais os utentes alguma vez evitaram ou não realizaram o rastreio.

Tabela 4. Razões pelas quais os utentes alguma vez evitaram ou não realizaram o rastreio.

	n	%
Medo de descobrir que tem cancro	5	7,1
Vergonha	0	0,0
Medo de sentir desconforto ou dor	17	24,3
Achar a preparação para o exame desagradável ou desconfortável	8	11,4
Falta de tempo	3	4,3
Ter outros problemas de saúde mais importantes ou prioritários	2	2,9
Achar o exame indicado demasiado caro	0	0,0
Realização do rastreio ser demasiado longe ou ter dificuldades de transporte até ao local	0	0,0
Dificuldades de marcação ou tempo de espera muito longo	4	5,7
Não aconselhamento por parte do médico	23	32,9
Despreocupação com o assunto	2	2,9
Ausência de sintomas	6	9,4
Total	70	100,0

3.2. Análise das hipóteses relacionadas com os utentes

Verificou-se a H_1 - “A falta de aconselhamento pelo médico de família para realização do rastreio do CCR prejudica a adesão dos utentes ao rastreio do CCR.” ($p_{\chi^2}=0,000$). A possibilidade de adesão ao rastreio dos utentes aconselhados pelo médico de família é de 7 para 1 ($Odds_A=7,0$; IC 2,74 - 17,87), enquanto a possibilidade de adesão ao rastreio dos utentes não aconselhados é de 4 para 10 ($Odds_{NA}=0,4$; IC 0,23 - 0,24). Isto é, a possibilidade de aderir ao rastreio sendo aconselhado é cerca de 18 vezes superior a essa possibilidade se não houver aconselhamento ($Odds\ Ratio_{A/NA}=18,2$; IC 6,25 - 53,04).

Observou-se que o conhecimento sobre o rastreio do CCR dos utentes aderentes ao rastreio é maior do que o dos utentes que nunca o realizaram, confirmando-se a H_2 - “Um nível menor de conhecimento sobre o CCR pelos utentes prejudica a adesão ao rastreio do CCR.” ($p_{MW}=0,008$). A média de conhecimento dos aderentes foi de 88,73 (IC 93,65 - 83,60) e a

mediana foi 100,00. Já os não aderentes obtiveram uma média de 80,12 (IC 85,81 - 74,43) e uma mediana de 86,67.

A H_3 - “A ausência de vulnerabilidade percebida pelos utentes para CCR prejudica a adesão ao rastreio do CCR.” não se verificou ($p_{\chi^2}=0,582$). O mesmo aconteceu para: H_4 - “Uma frequência menor de consultas dos utentes com o médico de família prejudica a adesão ao rastreio do CCR.” ($p_{\chi^2}=0,310$); H_5 - “Os utentes com nível escolaridade menor aderem menos ao rastreio.” ($p_{\chi^2}=0,386$) e H_6 - “Um nível económico menor dos utentes prejudica a adesão ao rastreio.” ($p_{\chi^2}=0,680$).

No que respeita à relação entre conhecimento sobre o rastreio do CCR e aconselhamento para realização do rastreio pelo médico de família, verificou-se que os utentes aconselhados a realizar o rastreio apresentavam mais conhecimento, com uma média de 90,08 (IC 85,3 - 94,85), comparativamente com os utentes que não foram aconselhados, tendo estes obtido uma média de 80,69 (IC 75,32 - 86,07) ($p_{MW}=0,049$). Deste modo, não se verifica a H_7 - “Os utentes com nível de conhecimento menor sobre o CCR são mais aconselhados pelo médico de família a realizar o rastreio do que os que têm maior conhecimento.”, observando-se o contrário.

Em relação à vulnerabilidade percebida e sua associação com o aconselhamento por parte do médico de família, observou-se que os utentes que responderam não se sentir em risco de ter CCR referiram mais vezes terem sido aconselhados do que os que afirmaram sentir-se em risco de tal. Assim, provou-se a H_8 - “A falta de vulnerabilidade percebida pelos utentes para o CCR prejudica o aconselhamento pelo médico para a realização do RCCR.” ($p_{\chi^2}=0,041$). Sendo que a possibilidade para aconselhamento dos que se sentem vulneráveis é de 17 para 45 ($Odds_V=0,4$; IC 0,22 - 0,66) e a possibilidade dos que não se sentem vulneráveis é de 23 para 27 ($Odds_{NV}=0,9$; IC 0,49 - 1,25). Portanto, a $Odds\ Ratio_{(V/NV)}$ é de 0,44 (IC 0,20 - 0,98).

Tabela 5. Possibilidade de aconselhamento para o rastreio do CCR de acordo com a frequência de consultas (A - aconselhados; NA - não aconselhados).

Frequência de consultas	A/NA	Odds	IC	Odds Ratio	IC
Trimestral	10/28	0,36	0,17 - 0,74	1	-
Semestral	9/16	0,56	0,25 - 1,27	1,58	0,53 - 4,68
Anual	13/7	1,86	0,74 - 4,65	5,20	1,62 - 16,73
Irregular	8/21	0,38	0,17 - 0,86	1,07	0,36 - 3,17

Quanto à relação entre frequência de consultas dos utentes com o médico de família e aconselhamento dos mesmos para realização do RCCR, notou-se que os utentes com frequência anual de consultas referiram mais vezes terem sido aconselhados, comparativamente aos com frequência maior ou irregular ($p_{\chi^2}=0,021$). Como tal, não se demonstrou a H_9 - “Uma frequência menor de consultas dos utentes com o médico de família

prejudica o seu aconselhamento para rastreio do CCR, pelos médicos de família.”, mas sim o oposto. A tabela 5 apresenta os principais resultados obtidos na análise destas duas variáveis.

3.3. Caracterização e análise da amostra de médicos

Obteve-se a participação de 14 médicos (93,3% da população), cuja média de anos de exercício da especialidade de MGF foi de 25,2 anos. Cada médico possui, em média, 2006 utentes inscritos no seu ficheiro. A percentagem média aproximada de utentes com idade igual ou superior a 50 anos é de 55%. Ao mesmo tempo, a média de indivíduos nesta faixa etária por médico é de 1096.

3.3.1. Conhecimento sobre o CCR e o rastreio

No conhecimento global dos médicos sobre o CCR e o rastreio, obteve-se, numa escala de 0-100 valores, uma média de 69,75 e uma mediana de 67,65. A percentagem de médicos que identificou o CCR como sendo a neoplasia com maior incidência e mortalidade, sem diferença em relação ao género, em Portugal, foi igual a 78,6% (11/14). A maioria dos médicos considerou que o rastreio permite detetar o CCR em fase precoce (85,7%; 12/14) e permite prevenir a sua ocorrência (92,9%; 13/14). Ao mesmo tempo, todos os inquiridos concordaram que a deteção do CCR em fase precoce e assintomática é fator de bom prognóstico. No que respeita à identificação dos fatores de risco para CCR, apenas 50% (7/14) dos médicos selecionou os 5 fatores apresentados. A tabela 6 mostra os fatores de risco para CCR identificados pelos médicos.

Tabela 6. Fatores de risco para CCR identificados pelos médicos (PAF-C - polipose adenomatosa familiar do cólon; CCHNP - Cancro do cólon e reto hereditário não associado a polipose)

	n	%
Consumo de tabaco	9	16,7
Alimentação rica em gorduras animais	9	16,7
História de CCR em familiares de 1º e 2º grau	13	24,1
Síndromes hereditárias familiares (PAF-C e CCHNP)	12	22,2
Doença Inflamatória Intestinal	11	20,4
Total	54	100,0

Em relação ao conhecimento sobre a idade adequada para início e finalização do rastreio, observou-se uma heterogeneidade considerável nas respostas, sendo que apenas um dos médicos acertou nas 3 questões colocadas. Contudo, grande parte dos participantes (64,3%; 9/14) indicaram, corretamente, a idade de 50 anos para início do rastreio em indivíduos com risco padrão (assintomáticos e sem fatores de risco) de CCR. Já na questão sobre a idade para finalização do rastreio, apenas um dos médicos referiu, corretamente, os 74 anos. Quanto ao momento para iniciar o RCCR para indivíduos com risco aumentado, 36% (5/14) dos inquiridos respondeu ser aos 40 anos e nenhum disse ser aos 40 anos ou 10 anos antes da idade em que o familiar mais novo foi diagnosticado, o que seria a resposta mais correta.

As Figuras 1, 2 e 3 apresentam as idades referidas para início do rastreio, em indivíduos de risco padrão e risco aumentado e para a sua finalização, respetivamente.

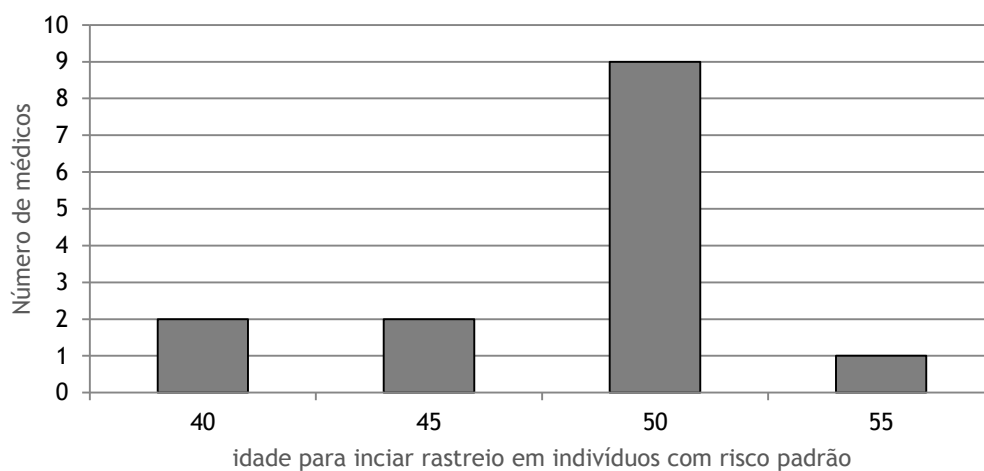


Figura 1. Idades referidas, pelos médicos, para início do rastreio em indivíduos de risco padrão.

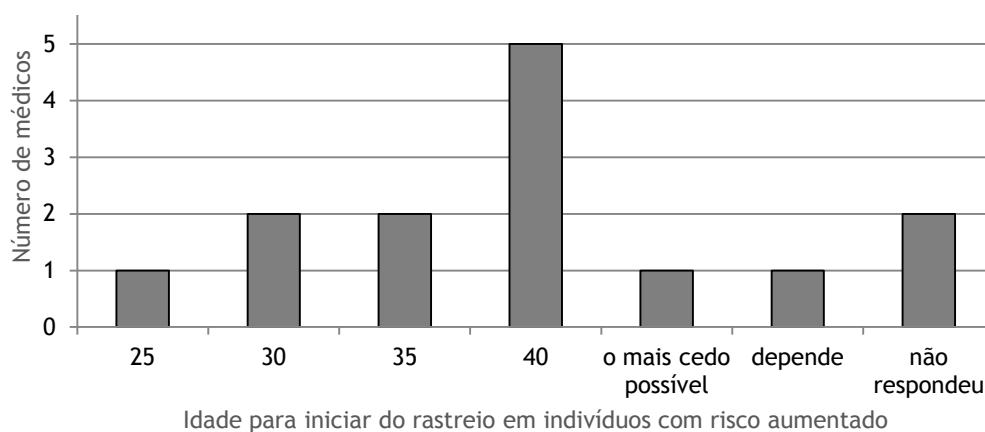


Figura 2. Idades referidas, pelos médicos, para início do rastreio em indivíduos de risco aumentado.

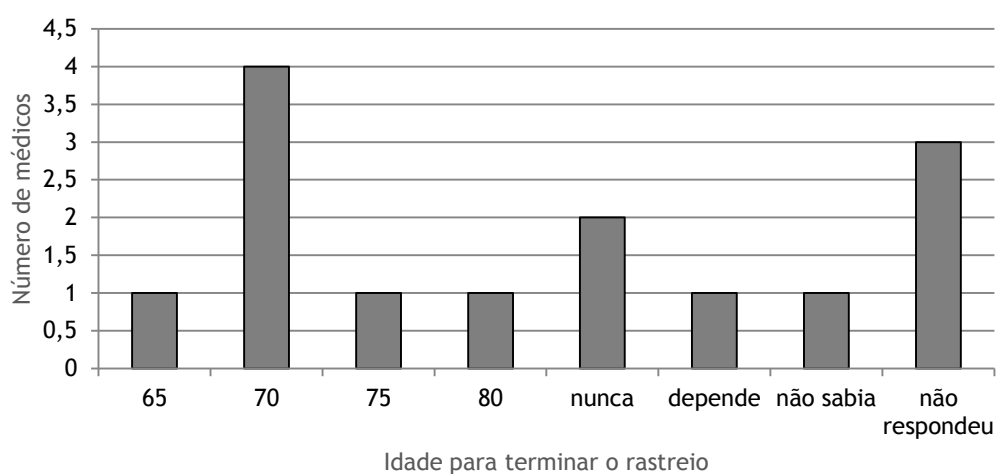


Figura 3. Idades referidas, pelos médicos, para início do rastreio em indivíduos de risco aumentado.

Observou-se que todos os médicos selecionaram a CT como sendo um exame que pode ser utilizado para o RCCR. A PSOF foi o segundo exame mais selecionado, tendo sido mencionado por 92,9% (13/14) dos médicos. Já a SF apenas foi selecionada por 35,7% (5/14) dos casos. Globalmente foram apenas 21,4% (3/14) os médicos que assinalaram corretamente, de entre 5 exames, os 3 que permitem fazer o RCCR. A tabela 7 mostra todos os resultados obtidos para esta questão.

Tabela 7. Exames para rastreio do CCR selecionados pelos médicos

	n	%
Pesquisa de sangue oculto nas fezes	13	37,1
Análises Sanguíneas	2	5,7
Ecografia Abdominal	1	2,9
Colonoscopia Total	14	40,0
Sigmoidoscopia Flexível	5	14,3
Total	35	100,0

Quanto à periodicidade de realização dos diferentes exames para rastreio do CCR, a figura 4 demonstra os resultados obtidos. Metade dos médicos indicou, corretamente, que a PSOF deve ser realizada anualmente. Para a CT a periodicidade mais selecionada (78,6%; 11/14) foi de 5 em 5 anos, contudo a opção correta, 10 em 10 anos, apenas foi selecionada por um médico (7,1%). Respetivamente à SF, 64,3% (9/14) dos médicos referiu, acertadamente, que a frequência de realização era de 5 em 5 anos.

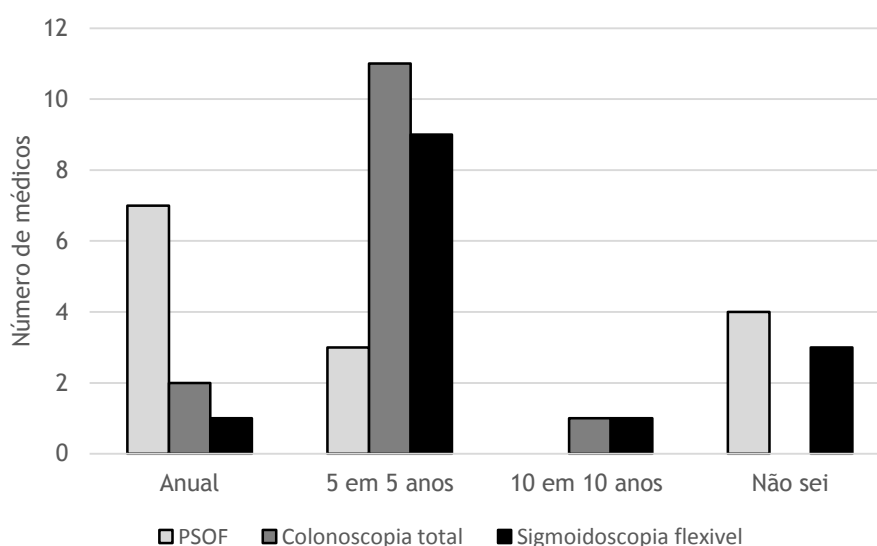


Figura 4. Percentagem de médicos que classificaram os diferentes exames de rastreio do CCR, em função da periodicidade de recomendação.

3.3.2. Crenças e barreiras percebidas em relação ao rastreio do CCR

Perante a questão “Acredita que o rastreio é um meio eficaz para prevenir ou detetar precocemente o CCR?”, todos os inquiridos responderam afirmativamente.

Já no que concerne à perceção que os médicos têm acerca do nível de informação dos seus utentes, em relação ao RCCR, 57,1% (8/14) considerou-os pouco informados e o restante considerou-os bem informados.

Tabela 8. Barreiras à implementação e uso do rastreio para os médicos, na sua prática clínica

	n	%	médicos %
Falta de consenso entre as diversas recomendações	3	8,3	21,4
Recomendações não adequadas à realidade clínica	3	8,3	21,4
Excessiva carga laboral/falta de tempo durante as consultas	2	5,6	14,3
Esquecimento/falta de um mecanismo de lembrança eficaz no sistema	4	11,1	28,6
Falta de treino e formação pessoal em práticas preventivas	1	2,8	7,1
Doentes apresentam outras questões de saúde que considera prioritárias em relação ao rastreio CCR	7	19,4	50,0
Pouca assiduidade dos doentes-alvo às consultas	2	5,6	14,3
Não realização dos exames pelos doentes após recomendação	9	25,0	64,3
Na área onde exerce há falta de profissionais/centros treinados para realizarem os exames de rastreio do CCR, nomeadamente:			
PSOF	0	0,0	0,0
CT	3	8,3	21,4
SF	2	5,6	14,3
Total	36	100,0	-

A tabela 8 apresenta as barreiras à implementação e uso do RCCR, indicadas pelos médicos, em relação à sua prática clínica. A principal barreira foi a não realização dos exames pelos doentes após recomendação, tendo sido identificada por 9 dos 14 participantes e correspondendo a 25,0% (9/36) das opções selecionadas. O fato de os doentes terem outras questões de saúde consideradas, pelos clínicos, como prioritárias comparativamente ao RCCR foi o segundo obstáculo mais referido (19,4%; 7/36).

No que respeita a barreiras ao rastreio para os utentes, percebidas pelos médicos, a tabela 9 mostra os resultados obtidos. O desconforto dos utentes na realização dos exames foi a dificuldade mais percebida, com 37,1% (13/35) das hipóteses escolhidas. Já como segunda barreira (22,9%; 8/35), encontrou-se o medo do resultado do rastreio.

Tabela 9. Barreiras ao rastreio do CCR para os utentes, percebidas pelos médicos

	n	n %	médicos %
Falta de vulnerabilidade/risco percebido para o CCR	3	8,6	21,4
Falta de autoiniciativa para realizar o rastreio	4	11,4	28,6
Medo do resultado do rastreio	8	22,9	57,1
Desconforto na realização dos exames	13	37,1	92,9
Custo dos exames	1	2,9	7,1
Risco dos exames	1	2,9	7,1
Dúvidas acerca da eficácia dos exames	1	2,9	7,1
Difícil acessibilidade aos exames	4	11,4	28,6
Total	35	100	-

3.3.3. Práticas e atitudes no rastreio do CCR

Quanto à promoção do rastreio proposta pelos médicos, 71,4% (10/14) disse fazê-lo para todos os utentes, enquanto 14,3% (2/14) apenas o faz para os que demonstram interesse ou preocupação e o restante fá-lo só nos que têm risco aumentado.

Nas recomendações acerca do RCCR que os médicos de família costumam seguir, as respostas obtidas foram algo dispersas, sendo a mais consensual as orientações do plano oncológico nacional. Esta opção foi escolhida por 9 dos 14 participantes e corresponde a metade (9/18) das normas selecionadas. Um terço (6/18) das recomendações escolhidas diz respeito às orientações da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED). Apenas um dos médicos referiu seguir orientações internacionais (5,6%; 1/18). Nenhum dos inquiridos afirmou fazer o que é prática habitual entre os colegas da UCSP onde trabalha e 2 disseram não seguir nenhuma recomendações.

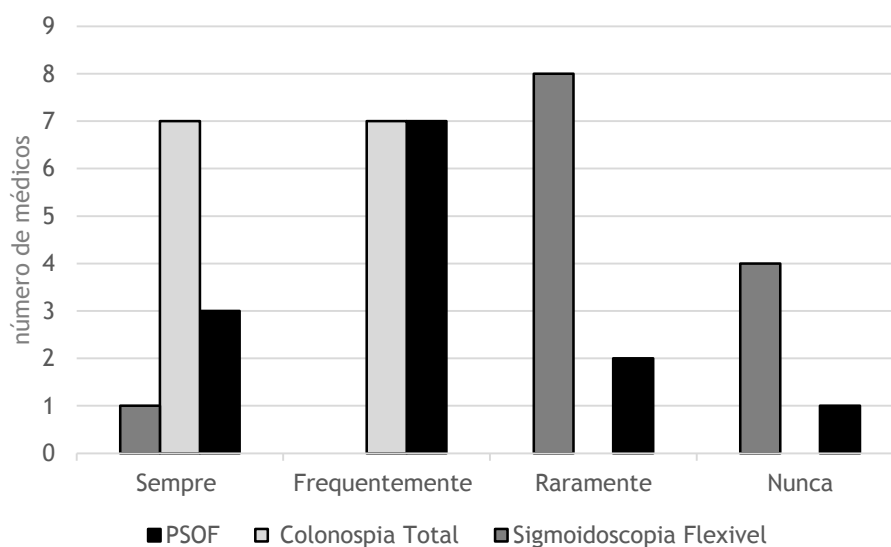


Figura 5. Número de médicos que recomendam os diferentes exames de rastreio do CCR, em função da frequência.

A figura 5 apresenta o número de médicos que recomendam os diferentes exames de RCCR, em função da frequência. No que respeita à CT e PSOF, 50,0% (7/14) e 7,7% (3/13), respetivamente, referiu recomendá-las sempre. Ao mesmo tempo, 50,0% (7/14) recomenda frequentemente a CT e 53,8% (7/13) a PSOF. Sobre a SF, 57,1% (8/14) respondeu raramente recomendar.

Quando questionados sobre se após um exame de PSOF positivo, costumavam prescrever a CT, 85,7% (12/14) dos médicos afirmaram que sim e os restantes que não.

4. Discussão

Este estudo selecionou, para a amostra de utentes, uma faixa etária sem limite superior, ou seja, idade igual ou maior que 50 anos, apesar de, as orientações internacionais mais recentemente publicadas,(19) dirigirem o RCCR a pessoas com idades compreendidas entre os 50 e os 74 anos inclusivamente. Com esta opção pretendeu-se incluir todos os indivíduos suscetíveis de virem a realizar ou de já terem realizado o RCCR. A participação de utentes com mais de 74 anos conferiria, assim, uma fonte de informação crucial sobre as condicionantes em estudo, nomeadamente adesão ao rastreio e barreiras associadas.

Em relação ao conhecimento global dos utentes sobre o CCR e o rastreio, os resultados demonstrados são bastante positivos, contrariamente ao que se observou noutros estudos,(5, 20) tendo-se obtido uma média de 84,0 e uma mediana de 86,7 valores. Contudo, verificaram-se algumas falhas, principalmente em relação ao conhecimento sobre os exames indicados para RCCR. Neste ponto, a esmagadora maioria dos participantes (89,3%) afirmou não saber se a SF servia para rastreio. Este desconhecimento poderá estar relacionado com a baixa prescrição e utilização deste exame por parte dos médicos de família, já que 57,1% (8/14) e 28,6% (4/14) destes afirmaram recomendá-lo raramente ou nunca, respetivamente. O desconhecimento ou conhecimento errado dos utentes sobre a SF, comparativamente aos outros exames, foi também observado em dois estudos, um português e outro italiano.(5, 20) Por outro lado, a CT e PSOF foram os exames mais identificados corretamente (86,6% e 70,5%, respetivamente) neste estudo, como nos estudos já referidos.(5, 20) Estes resultados poderão estar associados à frequência da sua prescrição pelos médicos de família.

Em termos de fontes de informação sobre o CCR, os *media* foram os mais mencionados neste estudo, e o médico de família correspondeu a 16,3% das fontes referidas, resultados que se aproximam percentualmente dos observados por Sessa *et al.*(20)

A taxa de adesão ao RCCR neste estudo foi de 49,1% (IC 39,8 - 58,4), valor que de acordo com as orientações europeias (8) se considera aceitável, porém aquém do ideal (>65%). Ao mesmo tempo, este resultado é superior ao encontrado por Espírito Santo *et al* (9) e Esteves Alves do Forno *et al* (5), em estudos realizados em Portugal. Uma possível explicação para esta incompatibilidade poderá ter sido uma falha, do presente estudo, em diferenciar claramente se os exames foram realizados exclusivamente para fins de rastreio ou se, por outro lado, tinham algum propósito diagnóstico com base em alguma sintomatologia. Ainda que o instrumento para avaliação da adesão ao rastreio tenha sido a questão “Já alguma vez realizou o rastreio do CCR?”, não podemos excluir a possibilidade de um viés de perceção ou de memória por parte dos inquiridos.

Ainda sobre a adesão ao RCCR, Esteves Alves do Forno *et al* (5) concluiu que a CT foi o exame mais recomendado e mais realizado, tendo-se verificado o mesmo neste estudo, de acordo

com os resultados relatados pelos utentes, assim como, com a frequência de recomendação dos exames referida pelos médicos. Efetivamente, metade dos médicos recomendou sempre a CT e os restantes frequentemente.

Acerca das razões invocadas pelos doentes para a não realização do rastreio, a mais mencionada foi a falta de aconselhamento pelo médico de família (32,9%). De fato, comprovou-se neste estudo que a falta de aconselhamento pelo médico de família para realização do RCCR prejudica a adesão dos utentes. Esta correlação tem vindo a ser demonstrada noutros trabalhos (12-14, 21) enfatizando a importância do envolvimento desta especialidade médica na promoção do rastreio.

Na análise da associação entre conhecimento e adesão, verificou-se, neste estudo, que um nível menor de conhecimento dos utentes sobre o CCR e o rastreio é uma potencial barreira à sua realização, à semelhança do que tem vindo a ser descrito.(12, 14, 21) Contudo, este resultado poderá ser questionável, porque, muito embora os indivíduos que fizeram o rastreio apresentem maior conhecimento, não é possível distinguir se esse fato adveio de já o terem realizado ou vice-versa.

Para a análise da relação entre nível de conhecimento dos utentes e aconselhamento dos mesmos pelo médico de família para realização do RCCR, colocou-se a hipótese de que os utentes com um menor conhecimento são mais aconselhados. Tal hipótese surgiu pensando-se que a perceção, pelos médicos, de um menor conhecimento dos utentes sobre o CCR, alertaria os primeiros para uma maior necessidade de aconselhamento. Contudo, a hipótese colocada não se comprovou e, inversamente, os utentes com maior conhecimento foram mais aconselhados. Este resultado pode ser justificado segundo dois pontos de vista distintos. Por um lado, por possuírem mais conhecimento, os utentes podem invocar a temática do RCCR perante o médico de família e isso conduzir à recomendação do mesmo. Por outro lado, à semelhança do que acontece para a adesão, um maior conhecimento pode advir da existência de um aconselhamento prévio, questão que este estudo não conseguiu diferenciar. Contudo, a existência de uma correlação positiva entre vulnerabilidade percebida pelos utentes e recomendação para rastreio pelos médicos, tal como foi provada neste estudo, pode reforçar a ideia de que um maior conhecimento é um facilitador do aconselhamento médico.

Apesar de, segundo o que se observou, a vulnerabilidade percebida não influenciar diretamente a adesão, constatou-se que afeta a recomendação pelo médico de família, fortalecendo o seu papel como fator preditivo positivo para a adesão ao RCCR.

Neste estudo, contrariamente ao revisto por Gimeno García,(21) e por Holden *et al*,(13) mas de acordo com Espírito Santo *et al*,(9) a escolaridade não influenciou a adesão ao rastreio. Contudo, como já foi mencionado, verificou-se o oposto para nível de conhecimento sobre o CCR. Desta forma poder-se-á pensar que a promoção de um conhecimento geral sobre CCR, entre a população, independentemente da sua escolaridade, é uma medida importante.

Outro fator referido (11, 13, 18, 21, 22) como influenciador da adesão é o nível económico dos utentes. No entanto, tal não se verificou nesta investigação, o que está de acordo com o fato de nenhum dos utentes inquiridos ter invocado o custo dos exames como razão para realizar ou não o RCCR.

Contrariamente ao esperado, os utentes com uma frequência de consultas menor (anual) apresentaram maior possibilidade de serem aconselhados a realizar o RCCR, comparativamente com os que têm frequência de consultas maior (trimestral). Uma possível explicação é que os indivíduos que frequentam mais assiduamente o médico de família, fazem-no porque têm maior número de doenças crónicas. Esta situação pode constituir uma barreira à promoção do RCCR e portanto à recomendação do mesmo pelo médico de família, por uma questão de prioridades em termos de questões de saúde. Inclusivamente, este aspeto foi a 2ª principal barreira referida pelos médicos (50,0%), em relação à sua prática clínica e tem sido sugerida em alguns estudos.(11, 12, 16) Na realidade, determinadas doenças podem limitar ou mesmo impedir o rastreio.

A principal barreira ao RCCR identificada pelos clínicos na sua prática foi a não adesão dos utentes após recomendação (64,3%). Esta perceção pode ser eventualmente justificada com os achados relatados pelos pacientes, já que 17% dos que referiram terem sido aconselhados não realizaram o rastreio. Embora este possa parecer um valor pouco significativo, é necessário considerar que num universo de cerca de 27000 pessoas este pode ser um fator importante. Por outro lado, 71% dos médicos disse recomendar o exame a todos os utentes mas apenas 35,7% destes referiram terem sido aconselhados. Este resultado, a par do anteriormente referido, poderá demonstrar uma falha na comunicação médico-paciente, aspeto que poderá constituir possível barreira ao RCCR.

Quanto a potenciais barreiras diretamente relacionadas com os médicos, destacaram-se as falhas no conhecimento sobre idades para iniciar e finalizar o rastreio, bem como sobre a frequência de realização de cada exame, de acordo com o achado por Klabunde *et al.*(15) Esta situação pode estar associada à dispersão nas recomendações sobre o RCCR utilizadas pelos clínicos que foi observada nesta investigação. Ambos os resultados podem acarretar desigualdades na prática do rastreio e, portanto, na sua promoção e cobertura.

O desconforto na realização dos exames foi a principal barreira para os utentes, percebida pelos médicos, o que se coaduna com a perspetiva daqueles, já que foi a segunda razão mais invocada para alguma vez terem evitado ou não terem realizado o RCCR. Nos artigos realizados por Gimeno García,(21) por Peters,(14) e por Denberg *et al.*(11) o medo e o desconforto dos exames de rastreio foram também das principais barreiras identificadas.

4.1. Limitações

Além das pequenas limitações, deste estudo, que foram sendo referidas anteriormente, há outras que importa referir. Primeiro, por constrangimentos logísticos, económicos e temporais não foi possível alargar este estudo a outras UCSP nem inquirir um maior número de utentes. Depois, o fato de a amostra de utentes ter sido do tipo accidental, poderá ter criado um viés de seleção, já que os indivíduos que se encontravam na sala de espera da UCSP recorrem efetivamente aos serviços de saúde e por este motivo poderão estar mais conscientes de questões relacionadas com esta, tal como o CCR e o seu rastreio. Por outro lado, apesar da aplicação dos questionários aos utentes, sob a forma de entrevista, ter sido realizada de forma a uniformizar o mais possível as condições de participação de cada indivíduo, não se pode, pelo método escolhido, excluir a possibilidade de uma alteração na perceção dos inquiridos, sobre o tema em estudo, ao longo da entrevista.

5. Conclusão

Para ultrapassar as barreiras ao RCCR, destaca-se como medida crucial garantir a promoção do mesmo pelos médicos de família, de forma sistemática e organizada. Neste sentido, torna-se essencial a criação de normas de orientação clínica claras, passíveis de serem adotadas universalmente pelos Cuidados de Saúde Primários e monitorizadas, já que o retorno qualitativo da prática clínica pode, eventualmente, contribuir para a melhoria do desempenho.

Embora não esteja no âmbito deste estudo avaliar a importância do local onde é realizado o rastreio, coloca-se a questão sobre a acessibilidade à realização dos exames endoscópicos em meio hospitalar, quando solicitados pelos médicos de família, como forma de promover o RCCR. Já que, pode atuar como fator positivo na adesão do utente, conferindo-lhe maior segurança, e melhorar a interação e corresponsabilização entre os profissionais de saúde.

Para estes propósitos, permanece incontornável a importância de realizar mais estudos nesta área. Simultaneamente, surge a necessidade de continuar a sensibilizar e responsabilizar a população para a questão do CCR e do rastreio, nomeadamente com medidas de divulgação que aumentem o conhecimento geral sobre o tema.

6. Bibliografia

1. Direção Geral da Saúde. Programa Nacional para as Doenças Oncológicas - Orientações Programáticas [Internet]. Direcção-Geral da Saúde; 2012 [acedido em 25 Jan 2013]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/>.
2. Direção Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2012-2016 [Internet]. Direcção Geral da Saúde; 2013 [acedido em 25 Jan 2013]. Disponível em: http://pns.dgs.pt/files/2012/02/99_1_Enquadramento_2013-01-151.pdf.
3. IARC. EUCAN Factsheets Portugal [Internet]. International Agency for Research on Cancer; 2012 [acedido em 10 Set 2012]. Disponível em: <http://eco.iarc.fr/EUCAN/Country.aspx?ISOCountryCd=620>.
4. Pinto A. Rastreio do carcinoma do cólon e reto: Eficácia e adesão. GE Jornal Português de Gastreenterologia. 2012;19(3):113-4.
5. Esteves Alves do Forno S, Castro Poças F, Gomes Domingues dos Santos Matos ME. O cancro colorretal e o rastreio: conhecimentos e atitudes dos portugueses. GE Jornal Português de Gastreenterologia. 2012;19(3):118-25.
6. Pinto A. Rastreio do Carcinoma do Cólon e Reto no mundo e em Portugal. ENDOnews. 2006;13:8-10.
7. Soares J. Rastreio do Carcinoma do Cólon e Reto: Proposta de Estudo da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva. ENDOnews. 2006;13:12-3.
8. von Karsa L, Patnick J, Segnan N. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. First Edition: Executive summary. Endoscopy. 2012;44:SE1-SE8.
9. Espírito Santo M, Ribeiro E, Colaço T, Gomes T. Cancro do cólon e do recto: taxa de cobertura do rastreio e factores associados. Rev Port Clin Geral. 2011;27:290-5.
10. Stock C, Brenner H. Utilization of lower gastrointestinal endoscopy and fecal occult blood test in 11 European countries: evidence from the Survey of Health, Aging and Retirement in Europe (SHARE). Endoscopy. 2010 Jul;42(7):546-56.
11. Denberg TD, Melhado TV, Coombes JM, Beaty BL, Berman K, Byers TE, et al. Predictors of nonadherence to screening colonoscopy. Journal of general internal medicine. 2005 Nov;20(11):989-95.
12. O'Malley AS, Beaton E, Yabroff KR, Abramson R, Mandelblatt J. Patient and provider barriers to colorectal cancer screening in the primary care safety-net. Preventive medicine. 2004 Jul;39(1):56-63.
13. Holden DJ, Harris R, Porterfield DS, Jonas DE, Morgan LC, Reuland D, et al. Enhancing the use and quality of colorectal cancer screening. Ann Inter Med. 2010 May;152(10):668-76.
14. Peters DP. Colon cancer screening: Recommendations and barriers to patient participation. The Nurse Practitioner. 2008;33(12):14-20.
15. Klabunde CN, Frame PS, Meadow A, Jones E, Nadel M, Vernon SW. A national survey of primary care physicians' colorectal cancer screening recommendations and practices. Preventive medicine. 2003;36(3):352-62.
16. Shokar NK, Nguyen-Oghalai T, Wu H. Factors associated with a physician's recommendation for colorectal cancer screening in a diverse population. Family medicine. 2009 Jun;41(6):427-33.

17. Gili M, Roca M, Ferrer V, Obrador A, Cabeza E. Psychosocial factors associated with the adherence to a colorectal cancer screening program. *Cancer detection and prevention*. 2006;30(4):354-60.
18. Le Breton J, Journy N, Attali C, Le Corvoisier P, Brixi Z, Bastuji-Garin S, et al. Improving participation in colorectal cancer screening: targets for action. *Preventive medicine*. 2012 Nov;55(5):488-92.
19. Qaseem A, Denberg TD, Hopkins RH, Jr., Humphrey LL, Levine J, Sweet DE, et al. Screening for colorectal cancer: a guidance statement from the American College of Physicians. *Annals of internal medicine*. 2012 Mar 6;156(5):378-86.
20. Sessa A, Abbate R, Di Giuseppe G, Marinelli P, Angelillo IF. Knowledge, attitudes, and preventive practices about colorectal cancer among adults in an area of Southern Italy. *BMC cancer*. 2008;8:171.
21. Gimeno Garcia AZ. Factors influencing colorectal cancer screening participation. *Gastroenterol Res Pract*. 2012;2012.
22. Zimmerman RK, Nowalk MP, Tabbarah M, Grufferman S. Predictors of colorectal cancer screening in diverse primary care practices. *BMC health services research*. 2006;6:116.

7. Anexos

Anexo 1: Questionário para os médicos com chave de correção

Sou aluna do 6º ano Mestrado Integrado em Medicina, da Universidade da Beira Interior, e no âmbito da minha dissertação de Mestrado estou a realizar um estudo chamado “Barreiras ao Rastreio do Cancro do Cólon e Reto - Conhecimentos, Crenças e Atitudes de Médicos e Utentes do Cuidados de Saúde Primários da Covilhã”. Para isso estou a aplicar dois questionários. Um dirigido aos utentes, com 50 ou mais anos de idade, do Centro de Saúde da Covilhã e Extensões de Saúde. Outro dirigido aos médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar a exercerem na referida instituição.

Este questionário é voluntário e totalmente anónimo. Peço-lhe que responda com sinceridade e seriedade, para que os resultados tenham a maior fiabilidade possível. O questionário demora cerca de 10 minutos a preencher.

Caso opte por não responder, não terá nenhum prejuízo com isso. Ao preencher este questionário está a consentir que a informação nele contida seja utilizada neste estudo.

Desde já, agradeço a sua colaboração!

Joana Lapa Gomes

CARACTERIZAÇÃO

1. Há quantos anos exerce a especialidade de MGF? _____
2. Quantos utentes tem inscritos no seu ficheiro? _____
3. Qual a percentagem, aproximada, de utentes com idade igual ou superior a 50 anos?
 - a) 25% ☐
 - b) 50% ☐
 - c) 75% ☐
 - d) Não sei ☐

CONHECIMENTOS

4. Qual dos seguintes cancros tem maior incidência, para ambos os sexos, em Portugal?
 - a) Pulmão ☐ (0)
 - b) Mama ☐ (0)
 - c) Cólon e Reto ☐ (5)
 - d) Próstata ☐ (0)
 - e) Não sei ☐ (1)

5. Qual dos seguintes cancros tem maior mortalidade, para ambos os sexos, em Portugal?
- a) Pulmão ☐ (0)
 - b) Mama ☐ (0)
 - c) Cólon e Reto ☐ (5)
 - d) Próstata ☐ (0)
 - e) Não sei ☐ (1)
6. O rastreio permite detetar o Cancro do Cólon e Reto (C.C.R.) em fase precoce?
- a) Sim ☐ (5)
 - b) Não ☐ (0)
 - c) Não sei ☐ (1)
7. O rastreio permite prevenir o C.C.R.?
- a) Sim ☐ (5) Como? _____
 - b) Não ☐ (0)
 - c) Não sei ☐ (1)
8. A deteção do C.C.R., em fase precoce e assintomática, é fator de bom prognóstico?
- a) Sim ☐ (5)
 - b) Não ☐ (0)
 - c) Não Sei ☐ (1)
9. Assinale as condições que considera serem factores de risco para o C.C.R. Pode seleccionar várias opções.
- a) Consumo de tabaco ☐ (5)
 - b) Alimentação rica em gorduras animais ☐ (5)
 - c) Casos de C.C.R. em familiares de 1º e de 2º grau ☐ (5)
 - d) Síndromes hereditárias familiares (Polipose Adenomatosa Familiar do Cólon e Cancro do Cólon e Recto Hereditário Não Associado a Polipose) ☐ (5)
 - e) Doença Inflamatória Intestinal ☐ (5)
10. Para indivíduos com risco padrão de C.C.R. (assintomáticos, sem factores de risco), em que idade se deve iniciar? _____ [50 anos (5); ≠ 50 anos (0)]
11. Para indivíduos com risco aumentado de C.C.R. (indivíduos com Doença Inflamatória Intestinal ou com familiares com C.C.R. ou adenomas ou Síndromes hereditárias familiares), em que idade se deve começar o rastreio? _____ [40 anos (5); ≠ 40 anos (0)]
12. Em que idade se deve parar de fazer o rastreio? _____ [74 anos (5); ≠ 74 anos (0)]

13. Assinale os exames que podem ser utilizados para fazer rastreio do C.C.R. Pode seleccionar várias opções.

- a) Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes (PSOF) ☐ (5)
- b) Análises Sanguíneas ☐ (0)
- c) Ecografia Abdominal ☐ (0)
- d) Colonoscopia Total ☐ (5)
- e) Sigmoidoscopia Flexível ☐ (5)

14. Com que frequência se deve realizar a PSOF?

- a) Semestral ☐ (0)
- b) Anual ☐ (5)
- c) 5 em 5 anos ☐ (0)
- d) 10 em 10 anos ☐ (0)
- e) Não sei ☐ (1)

15. Com que frequência se deve realizar a Colonoscopia Total?

- a) Semestral ☐ (0)
- b) Anual ☐ (0)
- c) 5 em 5 anos ☐ (0)
- d) 10 em 10 anos ☐ (5)
- e) Não sei ☐ (1)

16. Com que frequência se deve realizar a Sigmoidoscopia Flexível?

- a) Semestral ☐ (0)
- b) Anual ☐ (0)
- c) 5 em 5 anos ☐ (5)
- d) 10 em 10 anos ☐ (0)
- e) Não sei ☐ (1)

Crenças/Barreiras percebidas

17. Acredita que o rastreio é um meio eficaz para prevenir ou detectar precocemente o C.C.R.?

- a) Sim ☐
- b) Não ☐

18. Como considera os seus doentes em relação ao C.C.R. e ao rastreio?

- a) Bem informados ☐
- b) Pouco informados ☐
- c) Não informados ☐
- d) Outra ☐ Qual? _____

19. Assinale as opções que representam barreiras à implementação e prática do rastreio do C.C.R., na sua prática clínica. Pode selecionar várias opções.

- a) Falta de consenso entre as diversas recomendações ☐
- b) Recomendações não adequadas à realidade clínica ☐
- c) Excessiva carga laboral/ falta de tempo durante as consultas ☐
- d) Esquecimento/ falta de um mecanismo de lembrança eficaz no sistema ☐
- e) Falta de treino e formação pessoal em práticas preventivas ☐
- f) Doentes apresentam outras questões de saúde que considera prioritárias em relação ao rastreio C.C.R. ☐
- g) Pouca assiduidade dos doentes-alvo às consultas ☐
- h) Não realização dos exames pelos doentes, após recomendação ☐
- i) Na área onde exerce há falta de profissionais/centros treinados para realizarem os exames de rastreio do C.C.R., nomeadamente: ☐
- 1. PSOF ☐
- 2. Colonoscopia total ☐
- 3. Sigmoidoscopia flexível ☐

20. Assinale as opções que considera serem barreiras à implementação e prática do rastreio do C.C.R. para os doentes. Pode selecionar várias opções.

- a) Falta de vulnerabilidade/ risco percebido para o C.C.R. ☐
- b) Falta de auto-iniciativa para realizar o rastreio. ☐
- c) Medo do resultado do rastreio ☐
- d) Desconforto na realização dos exames ☐
- e) Custo dos exames ☐
- f) Risco dos exames ☐
- g) Dúvidas acerca da eficácia dos exames ☐
- h) Difícil acessibilidade aos exames ☐

Prática/Atitudes

21. Costuma promover o rastreio do C.C.R. entre os seus doentes?

- a) Sim, mas só nos de risco aumentado. ☐
- b) Sim, mas só nos que demonstram interesse/ preocupação. ☐
- c) Sim, para todos (risco aumentado e risco padrão). ☐
- d) Não ☐

22. Ordene, de 0 a 3, os exames de rastreio por ordem crescente de frequência com que os recomenda. Considere: 0 – não recomendo; 1- raramente recomendo; 2- recomendo frequentemente; 3 – recomendo sempre.

- a) PSOF_____
- b) Colonoscopia Total_____
- c) Sigmoidoscopia Flexível_____
- d) Outro_____ Qual?_____ Frequência com que recomenda_____

23. Após um exame de PSOF positivo, costuma prescrever a Colonoscopia Total?

- a) Sim ☐
- b) Não ☐

24. Quais são as recomendações acerca do C.C.R. que costuma seguir?

- a) *Guidelines* Internacionais ☐
- b) Orientações da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva ☐
- c) Orientações do Plano Oncológico Nacional ☐
- d) Faz o que é prática habitual entre os colegas do C.S. onde trabalha ☐
- e) Não segue nenhuma recomendações ☐
- f) Outras. Qual? _____ ☐

Anexo 2: Questionário para os utentes com chave de correção

O Cancro do Cólon e Reto, também conhecido como Cancro do Intestino, é uma doença grave que tem registado um grande número de casos e também de mortes. À semelhança de outros cancros, como por exemplo o da Mama, esta doença pode ser detetada em fase pouco avançada através do rastreio.

Sou aluna do 6º ano do curso de Medicina e estou a realizar um estudo chamado “Barreiras ao Rastreio do Cancro do Cólon e Reto - Conhecimentos, Crenças e Atitudes de Médicos e Uteses do Cuidados de Saúde Primários da Covilhã”. Para isso estou a aplicar um questionário aos utentes, com 50 ou mais anos de idade, do Centro de Saúde da Covilhã e Extensões de Saúde.

Este questionário é voluntário e totalmente anónimo. Peço-lhe que responda com sinceridade e seriedade, para que os resultados tenham a maior fiabilidade possível. O questionário demora cerca de 10 minutos a preencher.

Caso opte por não responder, não terá nenhum prejuízo com isso. Ao preencher este questionário está a consentir que a informação nele contida seja utilizada neste estudo.

Desde já, agradeço a sua colaboração!

Joana Lapa Gomes

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

1.1 Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

1.2 Idade: _____

1.3 Estado civil: Casado ☐ Solteiro ☐ Viúvo ☐ Divorciado ☐ União de Facto ☐

1.4 Situação profissional: Empregado ☐ Desempregado ☐ Reformado ☐ Outra ☐

1.5 Com quantas pessoas vive? _____

1.6 Rendimento mensal médio do agregado familiar, em Euros:

- a) Menos de 500 ☐
- b) 500 a 1000 ☐
- c) 1000 a 2000 ☐
- d) Mais de 2000 ☐

1.7 Tem algum subsistema de saúde (por exemplo, ADSE, ADME...)? Não ☐ Sim ☐

1.8 Tem algum seguro privado de saúde? Não ☐ Sim ☐

1.9 Qual o seu grau de escolaridade?

- a) Não Frequentei a escola ☐
- b) 1º Ciclo Ensino Básico (antiga 4ª classe) ☐
- c) 2º Ciclo Ensino Básico (antiga Escola Preparatória ou 2º ano Liceu) ☐
- d) 3º Ciclo Ensino Básico (antigo 5º ano Liceu) ☐
- e) Ensino Secundário ☐
- f) Curso Profissional ☐
- g) Ensino Superior ☐

1.10 Qual é o Centro de Saúde ou extensão de saúde onde é utente? _____

1.11 Qual a distância aproximada da sua habitação ao Centro de Saúde (em metros ou Km)? _____

1.12 Como se desloca habitualmente ao Centro de Saúde?

- a) Veículo próprio ☐
- b) A pé ☐
- c) Autocarro ☐
- d) Ambulância ☐
- e) Táxi ☐
- f) Outro ☐

CONHECIMENTOS

2.1 Alguma vez ouviu falar do Cancro do Cólon e Reto (Intestino)? Não ☐ Sim ☐

2.2 Se sim, como obteve a informação que possui sobre o Cancro do Cólon e Reto?

- a) Médico de família ☐
- b) Outro médico sem ser o Médico de Família ☐
- c) Familiares ☐
- d) Amigos ☐
- e) Media (tv, jornais, revistas, internet) ☐
- f) Campanhas/ ações de prevenção e esclarecimento ☐
- g) Outros ☐ Quais? _____

2.3 O Cancro do Cólon e Reto pode ser prevenido?

Não ☐ (0) Sim ☐ (5) Não Sei ☐ (1)

2.4 Existem exames de rastreio para o Cancro do Cólon e Reto?

Não ☐ (0) Sim ☐ (5) Não Sei ☐ (1)

2.5 O rastreio para o Cancro do Cólon e Reto deve ser realizado antes de haver sintomas da doença? Não ☐ (0) Sim ☐ (5) Não Sei ☐ (1)

2.6 O rastreio do Cancro do Cólon e Reto permite a deteção de lesões pré—malignas (pólipos) evitando a doença? Não ☐ (0) Sim ☐ (5) Não Sei ☐ (1)

2.7 Considera que os seguintes exames servem para rastreio do Cancro do Cólon e Reto?

- | | | | |
|--|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| a) Análises ao sangue | Não <input type="checkbox"/> (5) | Sim <input type="checkbox"/> (0) | Não Sei <input type="checkbox"/> (1) |
| b) Pesquisa de sangue oculto nas fezes | Não <input type="checkbox"/> (0) | Sim <input type="checkbox"/> (5) | Não Sei <input type="checkbox"/> (1) |
| c) Ecografia Abdominal | Não <input type="checkbox"/> (5) | Sim <input type="checkbox"/> (0) | Não Sei <input type="checkbox"/> (1) |
| d) Colonoscopia Total | Não <input type="checkbox"/> (0) | Sim <input type="checkbox"/> (5) | Não Sei <input type="checkbox"/> (1) |
| e) Sigmoidoscopia Flexível | Não <input type="checkbox"/> (0) | Sim <input type="checkbox"/> (5) | Não Sei <input type="checkbox"/> (1) |

2.8 Considera que ter idade igual ou superior a 50 anos pode aumentar o risco de ter Cancro do Cólon e Reto? Não ☐ (0) Sim ☐ (5) Não Sei ☐ (1)

2.9 Considera que ter história familiar de Cancro do Cólon e Reto pode aumentar o risco de ter Cancro do Cólon e Reto? Não ☐ (0) Sim ☐ (5) Não Sei ☐ (1)

CRENÇAS E ATITUDES

3.1 Com que frequência recorre às consultas com o médico de família?

- a) Trimestral ☐
 b) Semestral ☐
 c) Anual ☐
 d) Outra ☐ Qual? _____

3.2 Considera-se em risco de ter Cancro do Cólon e Reto? Não ☐ Sim ☐

3.3 Acredita que o rastreio é importante?

Não ☐ Sim ☐

3.4 Já alguma vez foi aconselhado pelo seu médico de família a realizar um exame de rastreio para o Cancro do Cólon e Reto? Sim ☐ Não ☐ (passe à questão 3.7)

3.5 Se sim, o seu médico de família conversou consigo sobre qual o melhor exame de rastreio a escolher para o seu caso? Não ☐ Sim ☐

3.6 Qual dos seguintes exames lhe foi indicado? (pode escolher mais que uma opção)

- a) Pesquisa de sangue oculto nas fezes ☐
 b) Sigmoidoscopia flexível ☐
 c) Colonoscopia total ☐
 d) Outro ☐ Qual? _____
 e) Não sei ☐

3.7 Já alguma vez realizou o rastreio para o Cancro do Cólon e Reto?

Não ☐ Sim ☐

3.8 Se sim, qual dos seguintes exames realizou? (pode escolher mais que uma opção)

- a) Pesquisa de sangue oculto nas fezes ☐
- b) Sigmoidoscopia flexível ☐
- c) Colonoscopia total ☐
- d) Outro ☐ Qual? _____
- e) Não sei ☐

3.9 Alguma vez evitou ou não realizou o rastreio para o Cancro do Cólon e Reto por :

1. medo de descobrir que tem cancro? Não ☐ Sim ☐
2. vergonha? Não ☐ Sim ☐
3. medo de sentir desconforto ou dor? Não ☐ Sim ☐
4. achar a preparação para o exame desagradável ou desconfortável? Não ☐
Sim ☐
5. falta de tempo? Não ☐ Sim ☐
6. ter outros problemas de saúde mais importantes ou prioritários? Não ☐
Sim ☐
7. achar o exame indicado demasiado caro? Não ☐ Sim ☐
8. este se realizar demasiado longe ou ter dificuldade de transporte até ao local?
Não ☐ Sim ☐
9. dificuldades de marcação ou tempo de espera muito longo? Não ☐ Sim ☐
10. outra razão aqui não indicada? Não ☐ Sim ☐
Qual? _____