



## **Cancro colo-rectal e seu rastreio: conhecimento, aptidões e comportamentos dos cidadãos de Coimbra**

Cláudia Marisa Oliveira Ferreira <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal.

### **Correspondência:**

Cláudia Marisa Oliveira Ferreira

Mestrado Integrado em Medicina – 6º ano

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal

Morada: Avenida 13 de Maio, nr.140, Vale S. Martinho, 4770-610 Vila Nova de Famalicão

E-mail: [mofclaudia@gmail.com](mailto:mofclaudia@gmail.com)



## ÍNDICE

❧ <b>Resumo/Abstract</b> .....	02
❧ <b>Introdução</b> .....	06
❧ <b>Material e Métodos</b>	
- População alvo e amostra .....	09
- Colheita de dados .....	09
- Métodos estatísticos .....	10
❧ <b>Resultados</b>	
- Análise descritiva	
❧ Caraterísticas sociodemográficas e informação relevante .....	13
❧ Conhecimento sobre o Cancro Colo-Rectal .....	15
❧ Aptidões.....	19
❧ Comportamentos.....	20
- Regressão logística	
❧ Modelo CPFRM .....	25
❧ Modelo CPER.....	27
❧ Modelo RPER.....	29
❧ Modelo CP .....	31
❧ <b>Discussão</b> .....	35
❧ <b>Conclusão</b> .....	42
❧ <b>Agradecimentos</b> .....	43
❧ <b>Referências bibliográficas</b> .....	44
❧ <b>Anexos</b>	
- Anexo 1 .....	48
- Anexo 2 .....	50



## RESUMO

O cancro colo-rectal é o tumor mais frequente em homens e mulheres, sendo Portugal o único país ocidental em que tal facto se verifica e mesmo sendo a patologia ideal para a aplicação de programas de rastreio, constitui a primeira causa de mortalidade por neoplasia, causando 9-10 mortes diárias. Os objetivos do estudo foram identificar o conhecimento, as aptidões e os comportamentos da população de Coimbra relativamente ao CCR e ao seu rastreio e correlacioná-los com características sociodemográficas, identificar fatores que influenciam taxas de adesão ao rastreio reduzidas e fornecer informação aos profissionais de saúde e entidades competentes.

Neste estudo observacional e transversal, foi aplicado um inquérito sobre “CCR e seu rastreio: conhecimento, aptidões e comportamentos” a 100 utentes dos Centros de Saúde de Coimbra, entre novembro e dezembro de 2013. Os dados obtidos foram tratados informaticamente, recorrendo ao programa de tratamento estatístico “*Statistical Package for the Social Science*,” realizando-se análise descritiva e análise de regressão logística bivariada e multivariada.

Os fatores de risco foram identificados entre 7 e 55% dos casos. O sangue nas fezes foi identificado em 95% dos casos e a alteração dos hábitos intestinais em 71%. Os exames de rastreio foram identificados em 90% no caso da CT, a PSOF em 56% e a SF em 25%. A principal fonte de informação citada foi a comunicação social (55%) e os médicos de família ocuparam apenas a segunda posição (18%). Dos inquiridos, 78% afirmaram ter um risco de desenvolver CCR médio/baixo e apenas 9% afirmaram ter um risco máximo. Os inquiridos, em 99% dos casos, consideraram o rastreio “muito útil”, 98% que diminui a morte associada ao CCR, 91% que o CCR pode ser prevenido e 98% que pode ter cura. Dos inquiridos, 58% não realizaram rastreio e o principal motivo da não realização de CT e PSOF foi a não



recomendação médica (66,7% e 50%). Dos inquiridos, 98% conheciam pelo menos um exame de rastreio, 51% realizaram pelo menos um exame de rastreio, 53% sabiam que a história pessoal de pólipos é fator de risco e 8% sabiam que a ingestão de gordura e baixa atividade física são fatores de risco. Verificou-se maior conhecimento dos fatores de risco quando existe história familiar de CCR, quando há sabedoria de que se trata da neoplasia mais frequente e quando a principal fonte de informação é o médico de família assim como parecem ser os homens que mais aderem à realização do rastreio.

Os resultados deste estudo salientaram uma falha na prevenção primária e secundária bem como a necessidade de educar os cidadãos de forma a aumentar a adesão a comportamentos adequados e saudáveis e a programas de rastreio. Sem dúvida que estes resultados, constituem fonte de informação importante para médicos e entidades responsáveis pela formulação de políticas, na medida em que sugere fatores relacionados com o CCR que podem ser abordados no âmbito de futuras campanhas de prevenção.

### **PALAVRAS-CHAVE**

Cancro Colo-Rectal; Prevenção; Rastreio; Conhecimentos; Aptidões; Comportamentos; Pesquisa de sangue oculto nas fezes; Colonoscopia Total; Sigmoidoscopia Flexível; Centro de Saúde; Regressão logística



## **ABSTRACT**

*Colorectal cancer (CRC) is the most common tumor in men and women and Portugal is the only western country in which such event occurs. Even with an ideal condition for the implementation of screening programs, colorectal cancer is a prime cause of cancer mortality, being responsible for 9-10 deaths per day.*

*The objectives of the study were to identify the knowledge, skills and behaviors of the population of Coimbra regarding the colorectal cancer and its screening and correlate them with sociodemographic characteristics, identify the factors that may contribute to the poor screening adherence rates and provide information to health professionals.*

*In this observational cross-sectional study, a survey about "Colorectal cancer and its screening: Knowledge, skills, and behaviors among Coimbra population" was applied to 100 users of the health centers of Coimbra, between November and December 2013. The data were processed by computer, using the statistical treatment program "Statistical Package for the Social Sciences," performing descriptive analysis and bivariate and multivariate logistic regression.*

*Risk factors were identified from 7 to 55%. The blood in the stool was identified in 95% of cases and change in bowel habits such as diarrhea/constipation was identified in 71% of cases. Regarding the screening tests, the total colonoscopy (TC) was identified by 90% of respondents, FOBT (faecal occult blood test) by 56% and flexible sigmoidoscopy by 25%. The main source of information cited was the media (55%) and family physicians (18%). Of the respondents, 78% reported having a medium/low risk of developing CRC and only 9% reported having a maximum risk.*

*99% of respondents considered that screening programs are "very useful" and 98% considered that they decrease the mortality due to CRC. 91% of respondents answered that*



*CRC can be prevented and 98% that can be cured. 58% of respondents did not participate in the screening program. The main reason for missing the TC and FOBT was the lack of physician recommendation (66.7% and 50%). 98% of respondents knew at least one screening test, 51% had at least one screening test, 53% knew that the personal history of polyps is a risk factor and 8% knew that fat intake and low physical activity are risk factors.*

*The population has a greater knowledge of risk factors when there is family history of CRC, when individuals know that it is the most frequent cancer and when the main source of information is the family doctor. Men seem to be those most adhere to screening programs. The results of this study highlighted a failure in the primary and secondary prevention as well as the need to educate citizens in order to increase adherence to healthy behaviors and screening programs. These results constitute an important source of information for doctors and those responsible for policy formulation because it suggests many factors related to the CRC that can be addressed under future prevention campaigns.*

### **KEYWORDS**

*Colorectal Cancer, Prevention, Screening, Knowledge, Skills, Behaviors, Faecal Occult Blood Test, Total colonoscopy, Flexible Sigmoidoscopy, Health Centre, Logistic Regression.*

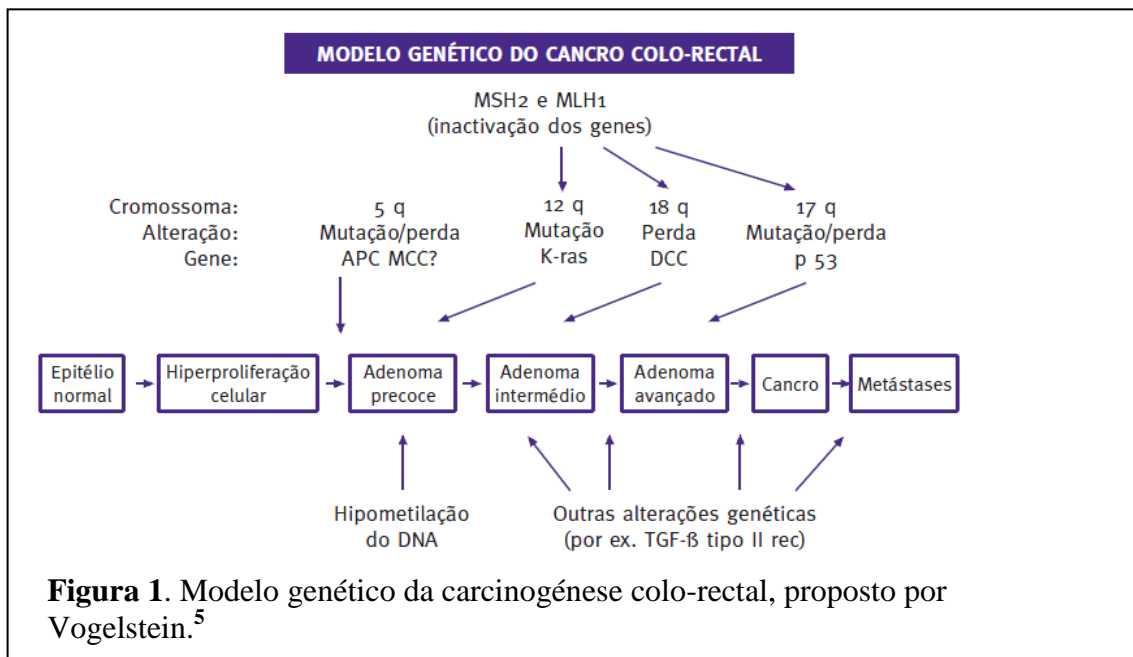


## INTRODUÇÃO

O cancro colo-rectal (CCR) apresenta-se como um dos grandes flagelos do século XXI. Segundo a Direção Geral de Saúde, desde 2005, é o tumor mais frequente em homens e mulheres, sendo Portugal o único país ocidental em que tal facto se verifica. Constitui a primeira causa de mortalidade por neoplasia, causando 9-10 mortes diárias.<sup>1-3</sup> Globalmente, a sua incidência é mais acentuada em países economicamente desenvolvidos.<sup>4</sup>

O CCR resulta de uma combinação entre fatores genéticos e ambientais, onde 75-80% dos CCR têm origem esporádica, a partir de adenomas pré-existentes.<sup>5,6</sup>

Nesta neoplasia, 70-85% dos casos desenvolvem-se a partir da via supressora de carcinogénese, responsável por alterações em genes supressores tumorais como o *APC*, *P53*, *DCC*, *SMAD2* e *SMAD4* e em oncogenes como o *K-ras*.<sup>6-11</sup> A via mutante é responsável por 15-20% dos casos, apresentando instabilidade de microssatélites por defeito primário nos genes do sistema *mismatch repair*.<sup>6</sup>





Há um declínio no risco de desenvolver CCR com a alta ingestão de fibra, frutas, vegetais, folato, selénio, vitamina E e cálcio.<sup>12-14</sup> Contrariamente, há um incremento do risco com o consumo de álcool, tabaco, gordura e carne vermelha, com a presença de excesso de peso, diabetes mellitus tipo 2, exposição a radioterapia e acromegália.<sup>11,12,15-18</sup> O mesmo se sucede, se idade superior a 50 anos, raça negra, história pessoal de doença inflamatória intestinal, adenomas, carcinoma do endométrio/ovário/mama ou história pessoal/familiar de CCR.<sup>5,16,19-20</sup> Em pacientes com síndromes hereditários, (Polipose Adenomatosa Familiar/Síndrome de *Lynch*) o risco de desenvolver esta neoplasia é de 70-90%.<sup>16,20</sup>

O CCR pode ser assintomático mesmo em estádios tardios. Quando sintomático, apresenta-se mais frequentemente sob a forma de dor abdominal, hemorragia rectal, alteração do trânsito intestinal, perda de peso inexplicada, astenia, anorexia e palidez.<sup>11</sup> As hemorragias dos carcinomas proximais tendem a originar melenas ou, mais comumente, a ser ocultas, causando anemia por défice de ferro.<sup>11</sup>

Em termos de prevenção primária, modificações nos hábitos alimentares podem diminuir 70% dos casos de CCR.<sup>16</sup> Outras medidas incluem evitar álcool e tabaco, controlar o peso corporal e praticar atividade física regular, podendo-se considerar a toma de cálcio e ácido fólico mas não de anti-inflamatórios não esteróides (AINES) ou inibidores da enzima HMG-CoA redutase.<sup>3,12,21</sup>

No que concerne à prevenção secundária, o rastreio é justificado por a fase pré-clínica da doença ser potencialmente detetável e suficientemente longa (10-20 anos na transição de mucosa normal para adenoma/carcinoma).<sup>3,5,6</sup> As últimas guidelines definiram a Pesquisa de Sangue Oculto Fezes (PSOF), a Sigmoidoscopia Flexível (SF) e a Colonoscopia Total (CT) como as melhores estratégias de rastreio.<sup>22</sup> A PSOF apresenta uma redução da mortalidade em 15-33%, a SF em 50-70% e a CT em 80%, sendo esta o *gold standard* no despiste de lesões.<sup>3,11,23-25</sup> O rastreio da população de risco padrão/médio [assintomáticos, com idade





igual ou superior a 50 anos e sem fatores de risco (pessoais/familiares) para CCR], deve ter início aos 50 anos com a realização de CT (10-10 anos) ou SF (5-5 anos) ou PSOF+SF (anual+5-5anos) ou PSOF (anual).<sup>3,25</sup>

Uma vez que estudos anteriores têm demonstrado lacunas importantes no conhecimento da população sobre o CCR e sendo esta a patologia ideal para se proceder a programas de rastreio, torna-se fulcral avaliar a população em termos de conhecimento, aptidões e comportamentos, de forma a arquitetar medidas que possam ampliar o conhecimento, estimular a promoção da saúde e adesão a programas de rastreio.

São objetivos do estudo identificar o conhecimento, as aptidões e os comportamentos da população de Coimbra relativamente ao CCR e ao seu rastreio e correlacioná-los com características sociodemográficas, identificar fatores que influenciam taxas de adesão ao rastreio reduzidas e fornecer informação aos profissionais de saúde e entidades competentes.



## **MATERIAL E MÉTODOS**

### **População alvo e amostra**

Neste estudo observacional e transversal<sup>26</sup>, a população alvo incluiu indivíduos com idades compreendidas entre 50 e 74 anos (inclusive), residentes na cidade de Coimbra. Os critérios de inclusão consistiram em indivíduos de ambos os sexos, com idades entre 50-74 anos e residentes em Coimbra enquanto o critério de exclusão consistiu na incapacidade de responder de forma autónoma ao inquérito. A amostra foi constituída por 100 participantes, inquiridos segundo amostra não probabilística de conveniência.

### **Colheita de dados**

A colheita de dados foi executada a partir da distribuição de inquéritos, de administração direta, aos utentes que se encontravam na sala de espera dos Centros de Saúde, entre o dia 19 de novembro e o dia 18 de dezembro de 2013. Todos os inquéritos foram entregues pela autora do trabalho, tendo sido feita uma apresentação da mesma e do trabalho, bem como dos seus objectivos. Os inquiridos foram informados que a participação era voluntária e foi garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados. O consentimento informado foi concedido a partir do momento em que os indivíduos aceitaram preencher os inquéritos. A autora permaneceu na sala para esclarecer qualquer dúvida relacionada com o inquérito.

Os inquéritos foram distribuídos nos Centros de Saúde que fazem a cobertura das necessidades dos utentes da cidade de Coimbra, tendo-se obtido 17 inquéritos em cada um dos centros de Saúde de Celas, São Martinho do Bispo, Norton de Matos e Eiras e 16 inquéritos em cada um dos Centros de Saúde de Santa Clara e Fernão de Magalhães. Para que a aplicação dos inquéritos nos Centros de Saúde fosse possível, foi enviado um pedido de



autorização, dirigido à ARS Centro (Comissão de Ética) que concedeu um parecer favorável para a sua aplicação (Anexo 1).

A versão original deste inquérito foi realizada no estudo “*Knowledge, attitudes, and preventive practices about colorectal cancer among adults in an area of Southern Italy*”.<sup>27</sup> Após algumas adaptações, foi aplicado um pré-teste a 25 pessoas, com o objetivo de avaliar a sua compreensão no que diz respeito ao conteúdo do questionário e, posteriormente, foram realizadas as alterações sugeridas pelos mesmos.

O inquérito contemplava vários pontos: (Anexo 2)

- Características sociodemográficas, tais como idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade, profissão e agregado familiar e outras informações relevantes tais como o peso e altura, história pessoal ou familiar de CCR e hábitos tabágicos.

- A área do conhecimento abarcava a sabedoria que os indivíduos detêm neste tema, utilizando respostas de múltipla escolha e “sim” ou “não”.

- No item das aptidões, a perceção do risco foi avaliada a partir de uma escala de 0 a 10, em que 0 significa nenhum risco e 10 risco muito alto enquanto as restantes eram perguntas de “sim” ou “não”.

- Quanto aos comportamentos, esta secção utilizou perguntas de resposta “sim” ou “não” e perguntas de escolha múltipla.

### **Métodos estatísticos**

Todas as análises foram efetuadas com o *Statistic Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20,0.

Foi realizada uma análise descritiva das variáveis em estudo, através das respetivas frequências e percentagens, sendo consideradas as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, agregado familiar, escolaridade, Índice de massa corporal (IMC), tabagismo, história



pessoal de CCR, história familiar de CCR, cancro mais frequente em Portugal, fatores de risco, sinais/sintomas, idade de início e exames de rastreio, principal fonte e necessidade de mais informação, percepção do risco de desenvolver CCR, utilidade do rastreio, “rastreo diminui a morte associada à neoplasia”, “CCR pode ter cura”, “CCR pode ser prevenido”, realização de rastreio, modificação dos hábitos desportivos e alimentares, exames de rastreio realizados e motivos da sua não realização.

Posteriormente, foram criadas quatro variáveis que constituíram os modelos de regressão logística:

- ❑ conhecimento dos dois principais fatores de risco modificáveis para o CCR: baixa atividade física e elevada ingestão de gorduras (CPFRM).
- ❑ conhecimento de pelo menos um dos principais exames de rastreio do CCR (PSOF e/ou SF e/ou CT) (CPER).
- ❑ realização de pelo menos um dos principais exames de rastreio do CCR (PSOF e/ou SF e/ou CT) (RPER).
- ❑ conhecimento que a história pessoal de pólipos é um fator de risco (CP).

Para cada modelo foi atribuída uma variável dependente:

- ❑ Modelo 1: CPFRM
- ❑ Modelo 2: CPER
- ❑ Modelo 3: RPER
- ❑ Modelo 4: CP

As variáveis independentes foram: sexo, idade, estado civil, escolaridade, área de curso, hábitos tabágicos, IMC, história familiar de CCR, "cancro mais frequente em Portugal", "sangue nas fezes e/ou alteração de hábitos intestinais é um sintoma/sinal", idade para início de rastreio, principal fonte de informação, percepção de risco, "rastreo diminui a probabilidade de morte", "CCR pode ser prevenido", "CCR pode ter cura", mudança de



hábitos alimentares e mudança de hábitos desportivos. Numa primeira etapa foi efetuada uma análise de regressão logística bivariada para avaliar quais das 18 variáveis independentes se associavam a cada uma das variáveis dependentes, isto é, identificar quais as variáveis potencialmente influentes ( $p < 0,05$ ). De seguida, foram efetuadas análises de regressão logística multivariadas de forma a identificar, das variáveis com importância estatisticamente significativa, quais as que contribuíam de forma independente e significativa para o resultado, com o objetivo de obter um modelo preditivo. A importância de cada variável preditora foi avaliada segundo o teste de *Wald* e para quantificar a força da associação encontrada foram apresentados os valores de *Odds Ratio* (OR) e correspondentes Intervalos de Confiança (IC) a 95%.

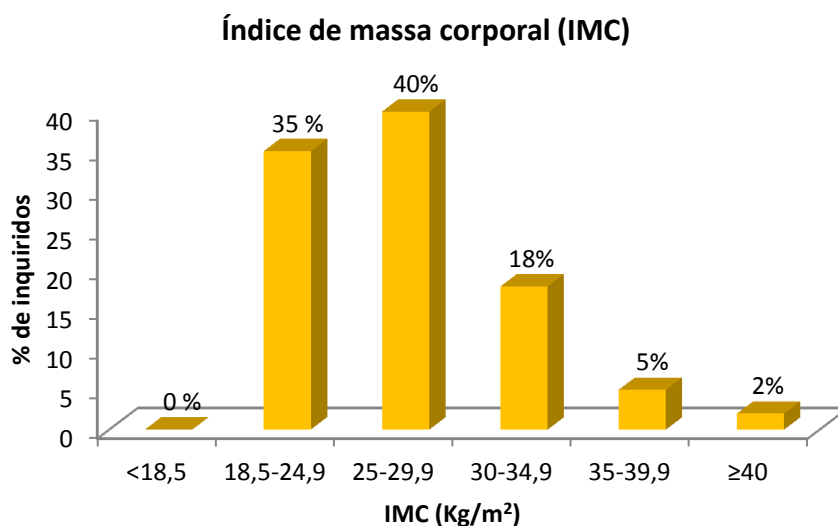


## RESULTADOS

### 1- Análise descritiva

#### 1.1. Caraterísticas sociodemográficas e informação relevante

Da amostra analisada, 64% dos inquiridos eram do sexo feminino e a idade média era de 59 anos. No que concerne ao estado civil, 68% dos inquiridos eram casados ou viviam em união de facto e 19% eram divorciados. Dos inquiridos, 49% tinham ensino básico como nível de escolaridade, 26% ensino secundário e 25% curso superior, dos quais, 48% era na área da saúde. No que diz respeito ao agregado familiar, a maioria dos inquiridos vivia com duas (32%) ou uma pessoa (27%) (Tabela 1). A maioria dos indivíduos (65%) apresentava peso acima do normal, isto é, 40% apresentavam excesso de peso (IMC entre 25 e 29,9 Kg/m<sup>2</sup>), 25% apresentavam obesidade de grau I/II/III e apenas 35% eram portadores de peso dentro dos valores limite (Gráfico 1).



**Gráfico 1:** Distribuição da amostra por índice de massa corporal



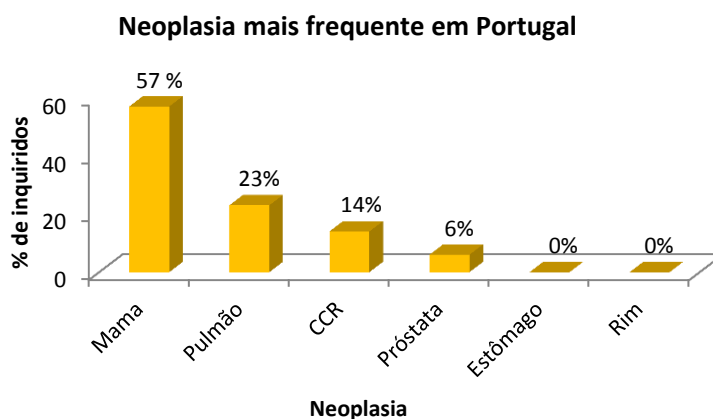
Dos inquiridos, 64% encontravam-se ativos profissionalmente, 92% eram não fumadores, 4% tinham história pessoal de CCR e 13% tinham história familiar de CCR (Tabela 1). Deste modo, a amostra era essencialmente formada por mulheres, casadas ou em união de facto, com idade média de 59 anos, com ensino básico, excesso de peso, ativas profissionalmente, não fumadoras e sem história pessoal ou familiar de CCR.

<b>Tabela 1: Características sociodemográficas e informação relevante</b>			
Variáveis		n	%
Sexo	Feminino	64	64
	Masculino	36	36
Idade (anos)	50-54	36	36
	55-59	23	23
	60-64	20	20
	65-69	11	11
	70-74	10	10
	Média ± desvio padrão	58,99±6,58	
Estado civil	Casado/união facto	68	68
	Solteiro	8	8
	Divorciado	19	19
	Viúvo	5	5
Agregado (incluindo o inquirido)	1	13	13
	2	27	27
	3	32	32
	4	19	19
	5	5	5
	6	3	3
	7	1	1
Escolaridade (anos)	Nenhuma	0	0
	1-4	26	26
	5-6	11	11
	7-9	12	12
	10-12	26	26
	Ensino superior - Curso saúde	25	25
Tabagismo	Não	92	92
	Sim	8	8
Profissão	Activo	64	64
	Reformado	29	29
	Desempregado	7	7
História pessoal CCR	Sim	4	4
	Não	96	96
História familiar CCR	Sim	13	13
	- Familiar 1º grau	5	38,5%
	- Familiar 2º grau	8	61,5%
	Não	87	87



## 1.2. Conhecimento sobre o CCR

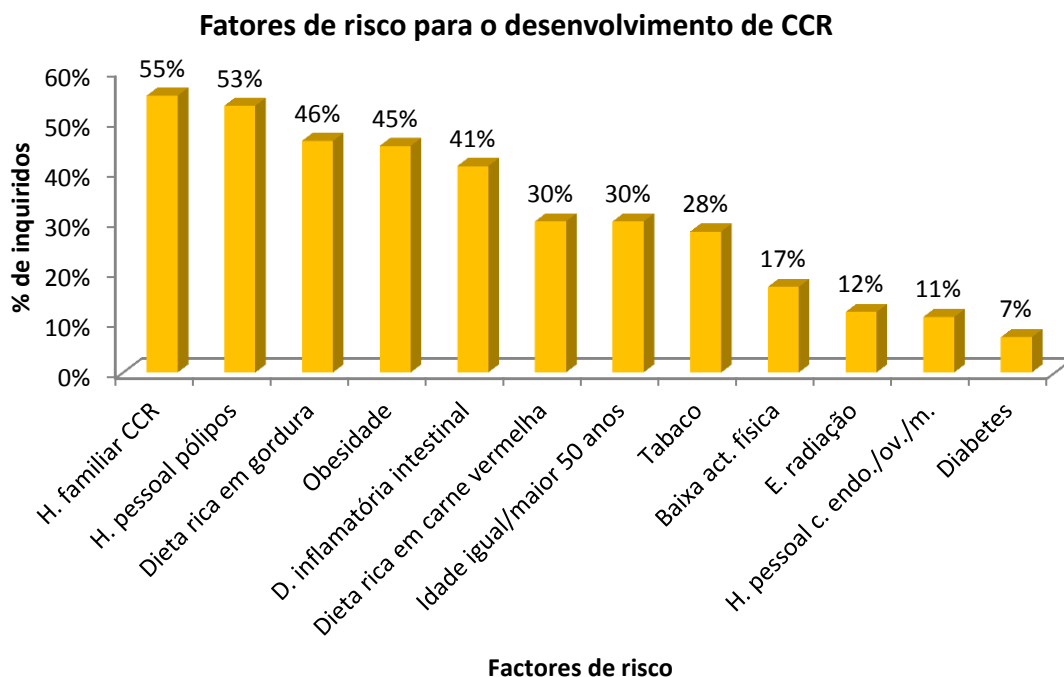
Dos inquiridos, 57% responderam que o cancro da mama é a neoplasia mais frequente no nosso país, onde apenas 14% forneceu a resposta correta (CCR) (Gráfico 2).



**Gráfico 2:** Respostas à pergunta “Segundo os últimos dados da DGS, qual é, atualmente, a neoplasia mais frequente no nosso país?”

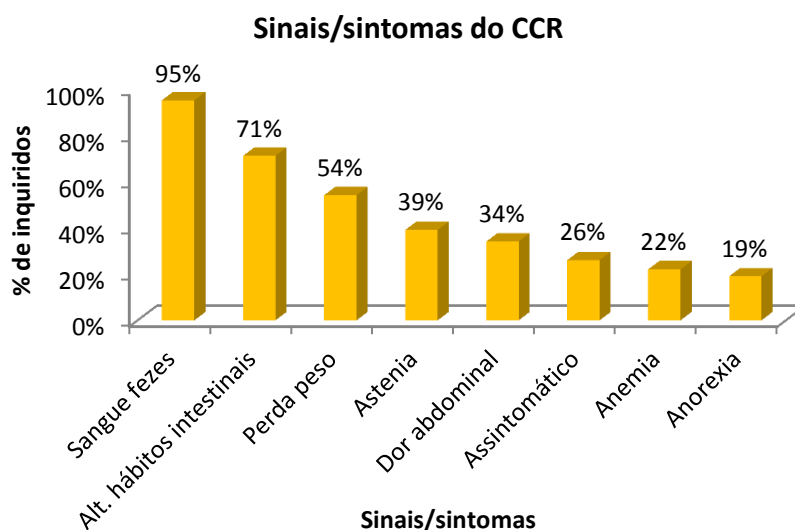
Quanto ao conhecimento de fatores de risco para o desenvolvimento de CCR, os inquiridos identificaram corretamente história familiar de CCR em 55% dos casos, história pessoal de adenomas em 53%, ingestão de gorduras em 46%, obesidade em 45%, doença inflamatória intestinal em 41%, dieta rica em carne vermelha em 30%, idade superior a 50 anos em 30%, tabagismo em 28%, baixa atividade física em 17%, exposição a radiação em 12%, história pessoal de cancro do endométrio, ovário ou mama em 11% e diabetes em 7% dos casos (Gráfico 3). Erradamente, apontaram infeção intestinal em 35% dos casos, HTA em 3% e toma de contraceptivos orais em 1% (Tabela 2).





**Gráfico 3:** Respostas à pergunta “Quais os fatores de risco para o desenvolvimento de CCR?”

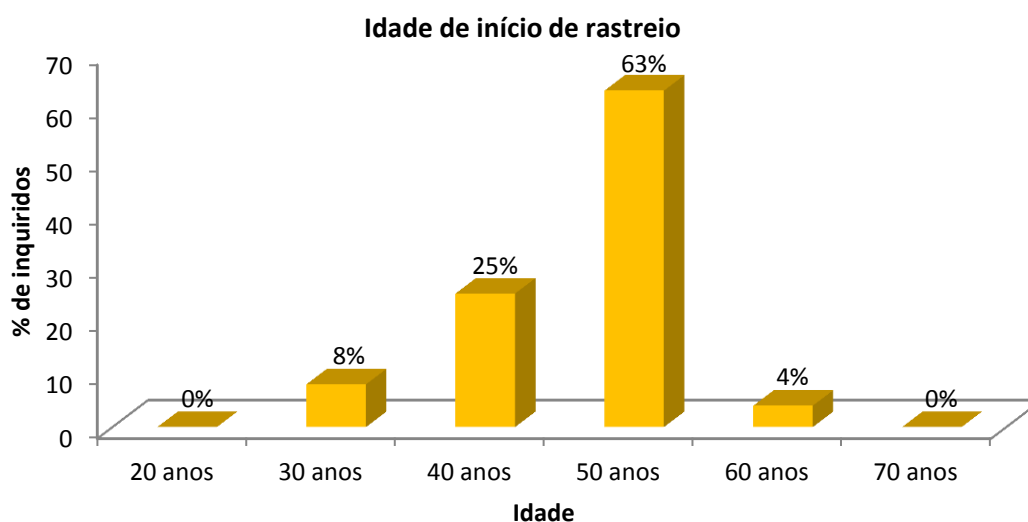
No que diz respeito à identificação dos sinais/sintomas do CCR, 95% dos inquiridos identificaram sangue nas fezes, 71% alteração dos hábitos intestinais (diarreia/obstipação), 54% perda de peso sem razão aparente, 39% cansaço inexplicado, 34% dor abdominal persistente, 26% como potencialmente assintomático, 22% anemia e 19% perda de apetite sem razão aparente (Gráfico 4).



**Gráfico 4:** Respostas à pergunta “Quais os sintomas/sinais de CCR?”

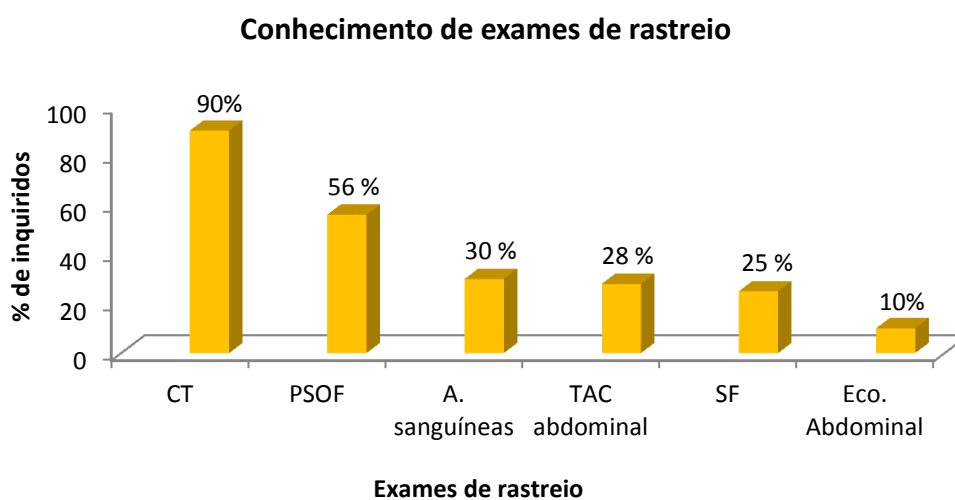


Quanto à idade a partir da qual está indicado o rastreio do CCR, a maioria (63%) forneceu a resposta correta, isto é, “50 anos” (Gráfico 5).



**Gráfico 5:** Respostas à pergunta “A partir de que idade é recomendado o rastreio do cancro colo-rectal?”

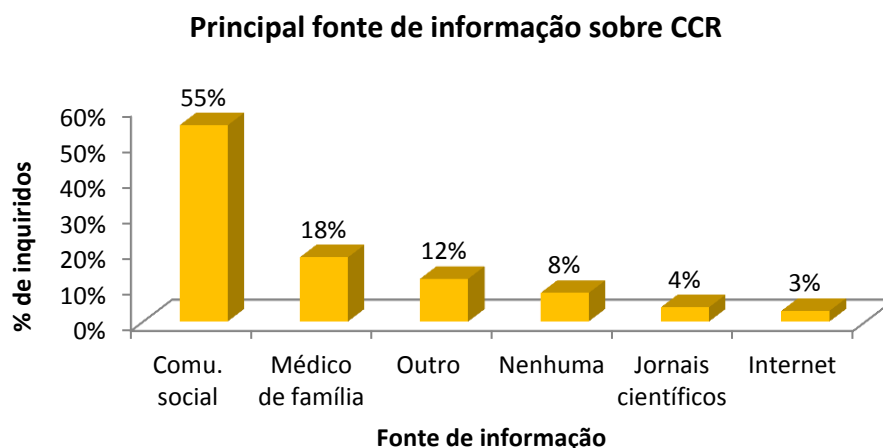
Os exames indicados para o rastreio foram citados por 90% dos inquiridos no caso da CT, por 56% no caso da PSOF e por 25% no caso da SF. Erradamente, 30% dos inquiridos indicaram análises sanguíneas, 28% TAC abdominal e 10% ecografia abdominal (Gráfico 6).



**Gráfico 6:** Respostas à pergunta “Qual dos seguintes é um exame de rastreio do CCR?”



A principal fonte de informação dos inquiridos sobre o CCR foi a comunicação social, citada em 55% dos casos, o médico de família em 18% e 12% citaram outras fontes, nomeadamente informação obtida no local de trabalho e familiares que trabalham na área da saúde; 8% referiram não ter nenhuma fonte de informação (Gráfico 7).



**Gráfico 7:** Respostas à pergunta “Qual a sua principal fonte de informação sobre o CCR?”

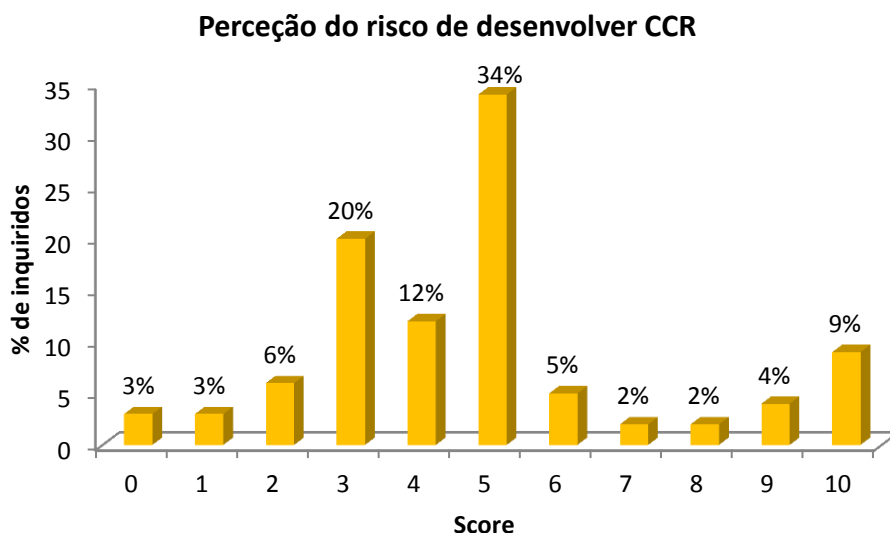
Dos inquiridos, 76% afirmaram necessitar de mais informação sobre o CCR (Tabela 2).

<b>Tabela 2: conhecimento sobre o CCR</b>			
Variáveis		n	%
<b>Fatores de risco para o desenvolvimento de CCR</b>	História familiar de cancro colo-rectal	55	55
	História pessoal de pólipos	53	53
	Dieta rica em gordura	46	46
	Obesidade	45	45
	Doença inflamatória intestinal	41	41
	Infeção intestinal	35	35
	Dieta rica em carne vermelha	30	30
	Idade superior a 50 anos	30	30
	Tabaco	28	28
	Baixa actividade física	17	17
	Exposição a radiação	12	12
	História pessoal de cancro do endométrio, ovário ou mama	11	11
	Diabetes	7	7
	Hipertensão arterial	3	3
	Contraceptivos orais	1	1
	Dieta rica em fibras	0	0
	Dieta rica em ferro	0	0
	Dieta rica em fruta e legumes	0	0
<b>“Acha que necessita de mais informação sobre CCR?”</b>	Sim	76	76
	Não	24	24



### 1.3. Aptidões

No que diz respeito à percepção do risco de desenvolver CCR, numa escala em que 0 significa “nenhum risco” e 10 “risco muito alto”, 78% dos inquiridos afirmaram ter um risco entre 0-5 e apenas 9% afirmaram ter um risco máximo de 10 (Gráfico 8).



**Gráfico 8:** Respostas à pergunta “Qual pensa ser o seu risco de desenvolver CCR?”

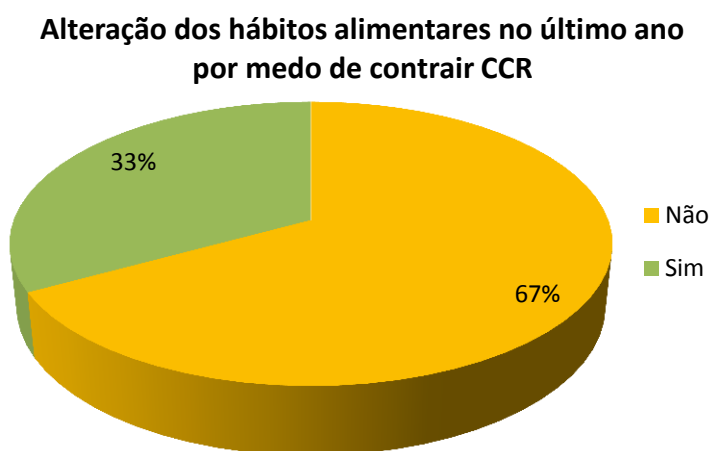
Dos inquiridos, 99% classificaram o rastreio do CCR como “muito útil”, 98% acreditam que o rastreio diminui a morte associada ao CCR, 91% que o CCR pode ser prevenido e 98% que pode ter cura se detetado em fases iniciais (Tabela 3).

<b>Tabela 3: Aptidões</b>			
Variáveis		n	%
Utilidade do rastreio	Nada útil	0	0
	Pouco útil	1	1
	Muito útil	99	99
“O rastreio diminui morte associada ao CCR?”	Sim	98	98
	Não	2	2
“O CCR pode ser prevenido?”	Sim	91	91
	Não	9	9
“O CCR pode ter cura?”	Sim	98	98
	Não	2	2



#### 1.4. Comportamentos

Dos inquiridos, 67% referiram que, no último ano, não alteraram os seus hábitos alimentares com medo de contrair CCR mas 33% referiram tê-lo feito, dos quais, 39,4% afirmam ter aumentado ingestão de fruta e legumes, 39,4% diminuíram ingestão de gorduras, 18,2% aumentaram ingestão de fibra e 12,1% reduziram ingestão de carne vermelha e 6,1% aumentaram ingestão de peixe (Gráfico 9).

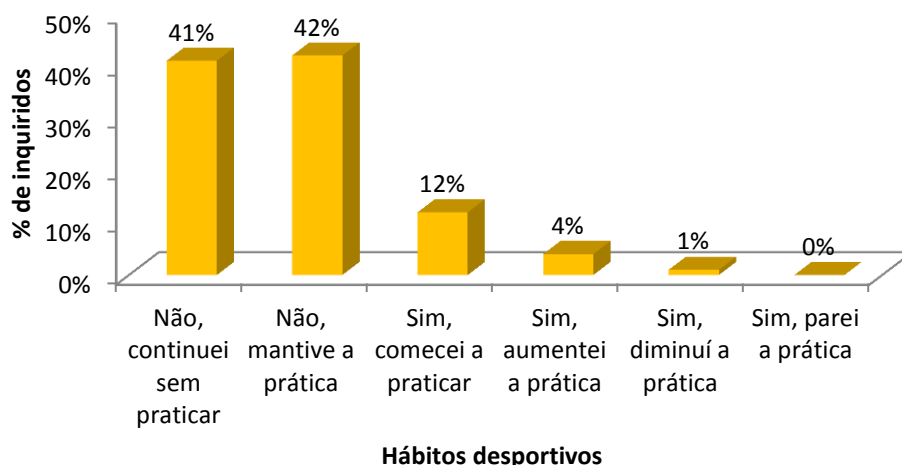


**Gráfico 9:** Respostas à pergunta “No último ano, modificou os seus hábitos alimentares devido ao medo de contrair CCR?”

Dos inquiridos, 41% não modificaram os seus hábitos desportivos, continuando sem praticar exercício físico, 42% mantiveram a mesma prática de exercício dos quais a grande maioria realiza caminhadas (61,9%), 12% iniciaram a prática de exercício dos quais 33% referiu a prática de ginásio e 4% aumentou a prática de exercício (Gráfico 10 e Tabela 4).



**"No último ano, modificou os seus hábitos desportivos devido ao medo de contrair cancro colo-rectal?"**



**Gráfico 10:** Respostas à pergunta “No último ano, modificou os seus hábitos desportivos devido ao medo de contrair cancro colo-rectal?”

<b>Tabela 4: Hábitos desportivos</b>			
Variáveis		n	%
<b>No último ano, modificou os seus hábitos desportivos devido ao medo de contrair cancro colo-rectal</b>	Não, continuei sem praticar desporto	41	41
	Não, mantive a mesma prática de desporto	42	42
	*corrida	6	14,3
	*natação	6	14,3
	* ginásio	8	19
	*caminhada	26	61,9
	*outro	6	14,3
	Sim, comecei a praticar desporto	12	12
	*corrida	2	16,7
	*natação	3	25
	* ginásio	4	33,3
	*caminhada	3	25
	*outro	0	0
Sim, aumentei a prática de desporto	4	4	
*corrida	2	50	
*natação	4	100	
* ginásio	2	50	
*caminhada	0	0	
*outro	0	0	
Sim, diminuí a prática de desporto	1	1	
*corrida	0	0	
*natação	0	0	
* ginásio	0	0	
*caminhada	0	0	
*outro	1	100	
Sim, parei a prática de desporto	0	0	

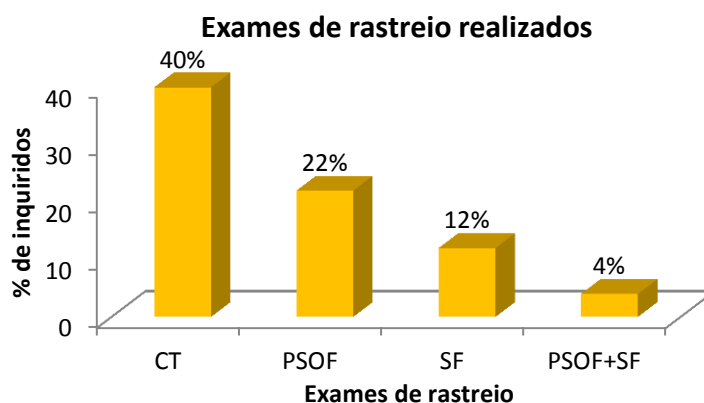


Dos inquiridos, 58% responderam que ainda não realizaram o rastreio do CCR, dos quais 82,8% afirmaram ter intenção de o realizar (Gráfico 11).



**Gráfico 11:** Respostas à pergunta “Já realizou o rastreio do cancro colo-rectal?”

No que diz respeito à realização de exames de rastreio, 22% já realizou PSOF, 40% CT, 12% SF e 4% PSOF+SF (Gráfico 12).

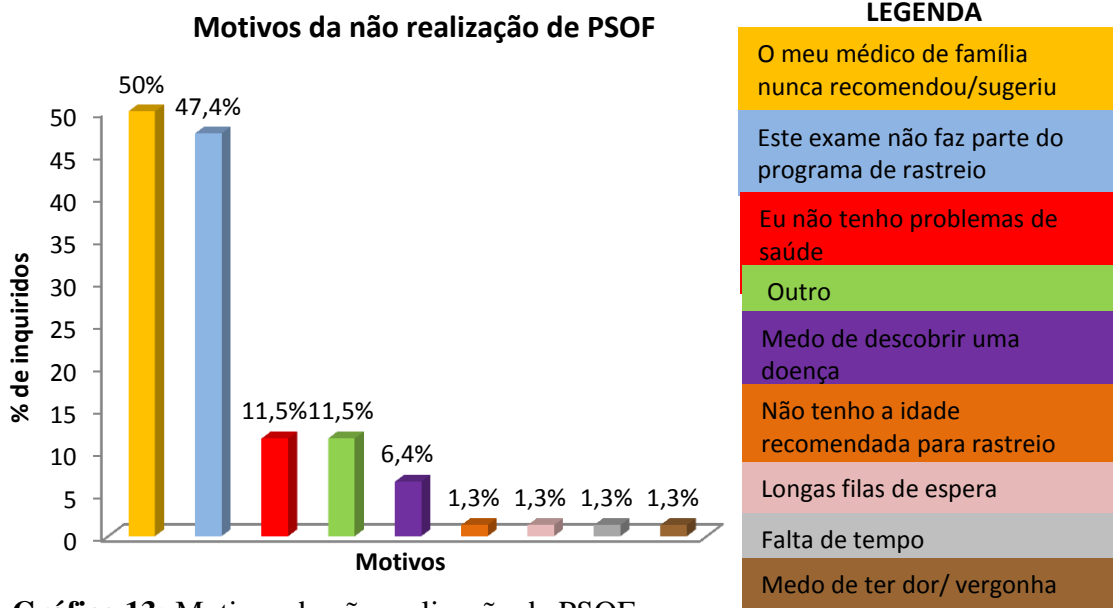


**Gráfico 12:** Respostas à pergunta “Qual dos seguintes exames já realizou no âmbito da prevenção do CCR?”

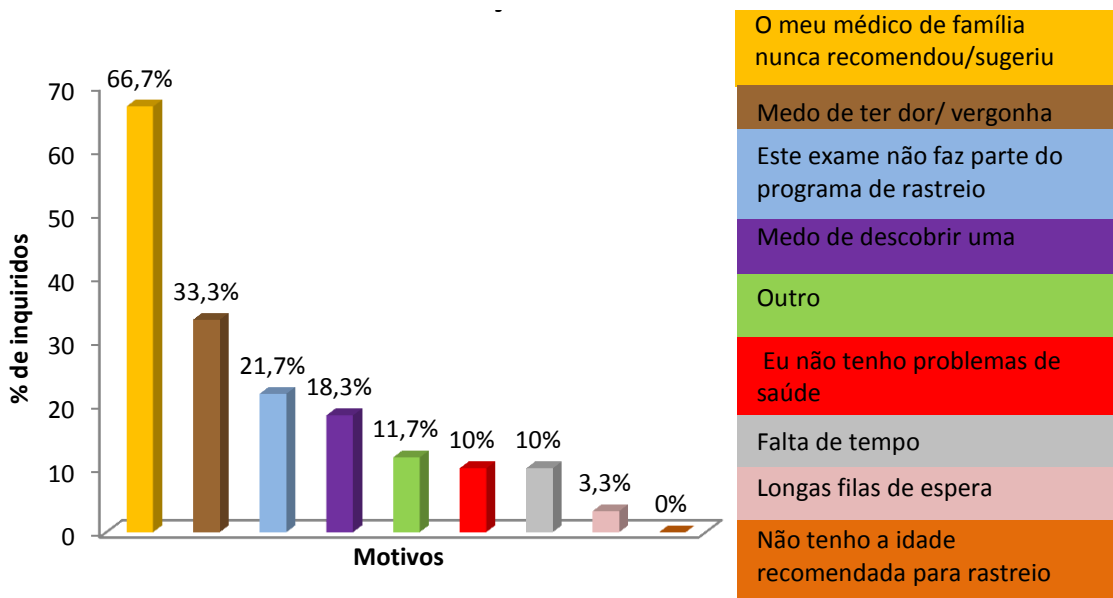
Dos que não realizaram a PSOF, 50% responderam que o seu médico de família nunca recomendou/sugeriu, 47,4% afirmaram que não se trata de um exame de rastreio, 11,5% referiram não ter problemas de saúde e 11,5% referiram outros motivos tais como esquecimento, ausência de queixas e já terem realizado CT. Os motivos apontados para a não realização de CT foram a não recomendação/sugestão pelo seu médico de família (66,7%), medo de ter dor ou vergonha (33,3%), o facto de exame não fazer parte do programa de



rastreio (21,7%), medo de descobrir uma doença (18,3%) e outros motivos como esquecimento, ausência de queixas ou não ter conseguido realizar o procedimento (11,7%). Dos que não realizaram SF, 79,5% indicaram que este exame não faz parte do programa de rastreio, 42% referiram que o seu médico de família nunca recomendou/sugeriu, 9,1% afirmaram medo de descobrir uma doença, 5,7% medo de ter dor/vergonha e 5,7% ausência de problemas de saúde (Gráfico 13, 14 e 15).

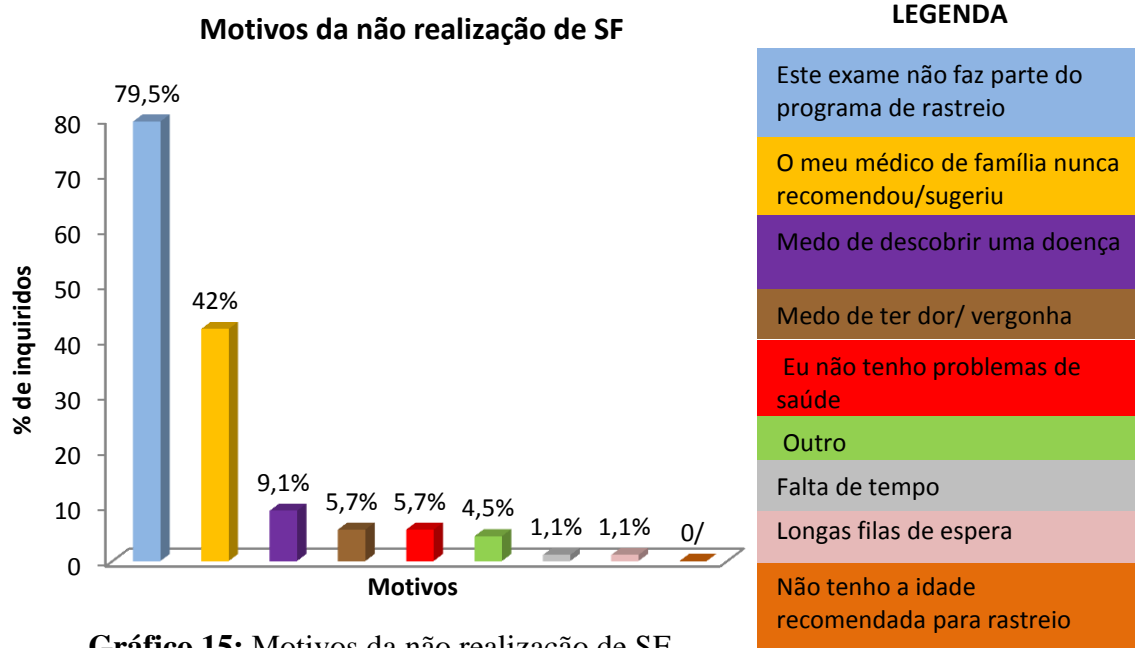


**Gráfico 13:** Motivos da não realização de PSOF.



**Gráfico 14:** Motivos da não realização de CT.





### 1.5. Outras variáveis

Verificou-se que 98% dos inquiridos conheciam pelo menos um exame de rastreio, 51% realizaram pelo menos um exame de rastreio, 53% sabiam que a história pessoal de pólipos é fator de risco e 8% sabiam que ingestão de gordura e baixa atividade física são fatores de risco (Tabela 5).

<b>Tabela 5: Outras variáveis</b>		
Variáveis	n	%
Sabia que a baixa atividade física e a alta ingestão de gordura são fatores de risco	8	8
Sabia que história pessoal de pólipos é fator de risco	53	53
Conhecia pelo menos 1 exame de rastreio (CT e/ou SF e/ou PSOF)	98	98
Realizou pelo menos 1 exame de rastreio (CT e/ou SF e/ou PSOF)	51	51



## 2- Regressão logística

### 2.1- Modelo CPFRM

#### 2.1.1. Análise Bivariada

<b>Tabela 6</b>				
<b>Modelo 1: Conhecimento dos dois principais fatores de risco modificáveis para o CCR (CPFRM)</b>				
<b>Variáveis independentes</b>	<b>n</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>	<b>p-value</b>
<b>Idade</b>	100	1,01	[0,91-1,13]	0,818
<b>Género</b>				
Masculino	36	1,0*	--	--
Feminino	64	3,28	[0,74-14,63]	0,119
<b>Estado civil</b>				
Outros (solteiros, viúvos, divorciados)	32	1,0*	--	--
Casados	68	0,69	[0,13-3,62]	0,660
<b>Escolaridade</b>				
Nenhuma + ensino básico	49	1,0*	--	--
Ensino Secundário	26	-	--	--
Ensino Superior	25	0,522	[0,11-2,46]	0,411
<b>Fumadores</b>				
Não	92	1,0*	--	--
Sim	8	--	--	--
<b>Índice de massa corporal</b>				
Até 24,9	35	1,0*	--	--
25-29,9	40	--	--	--
Superior a 30	25	--	--	--
<b>História familiar de CCR</b>				
Não	87	1,0*	--	--
Sim	13	0,20	[0,042-0,982]	<b>0,047</b>
<b>“Cancro mais frequente em Portugal”</b>				
Outros (pulmão/mama/estômago/próstata, rim)	86	1,0*	--	--
CCR	14	0,12	[0,03-0,57]	<b>0,007</b>
<b>Considera sangue fezes e/ou alteração dos hábitos intestinais um sinal/sintoma CCR</b>				
Não	1	1,0*	--	--
Sim	99	0,54	[0,10-2,84]	0,469
<b>Idade para rastreio CCR</b>				
Outras	37	1,0*	--	--
A partir dos 50 anos	63	--	--	--
<b>Principal fonte de informação</b>				
Nenhuma + Jornais + internet	27	1,0*	--	--
Médico de família	18	1,02	[0,18-5,95]	0,982
Comunicação social	55	1,59	[0,27-9,53]	0,609
<b>Rastreio diminuiu probabilidade de morte</b>				
Não	2	1,0*	--	--
Sim	98	--	--	--



<b>CCR pode ser prevenido</b>				
Não	9	1,0*	--	--
Sim	91	--	--	--
<b>CCR pode ter cura</b>				
Não	2	1,0*	--	--
Sim	98	--	--	--
<b>Mudança hábitos alimentares</b>				
Não	67	1,0*	--	--
Sim	33	3,73	[0,44-31,69]	0,227
<b>Mudança de hábitos desportivos</b>				
Não	83	1,0*	--	--
Sim	17	0,58	[0,11-3,18]	0,534
<b>Perceção do risco</b>				
Baixo (0-5)	78	1,0*	--	--
Alto (6-10)	22	--	--	--
<b>Profissão na área da saúde</b>				
Não	88	1,0*	--	--
Sim	12	--	--	--

**Legenda:** OR- Odds Ratio ; IC – intervalo de confiança; \*categoria de referência.

As variáveis com significado estatístico ( $p < 0,05$ ) na análise bivariada foram: “história familiar de CCR” e “cancro mais frequente em Portugal”. As restantes variáveis em estudo não apresentaram significado estatístico e, como consequência, não entraram na análise logística multivariada desde mesmo modelo (Tabela 6).

### 2.1.2. Análise multivariada

<b>Tabela 7</b>				
<b>Modelo 1: Conhecimento dos dois principais fatores de risco modificáveis para o CCR (CPFRM)</b>				
<b>Variáveis independentes</b>	<b>n</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>	<b>p-value</b>
<b>História familiar de CCR</b>				
Não	87	1,0*	--	--
Sim	13	5,96	[1,04-34,24]	<b>0,045</b>
<b>“Cancro mais frequente em Portugal”</b>				
Outros (pulmão/mama/estômago/próstata, rim)	86	1,0*	--	--
CCR	14	9,41	[1,82-48,50]	<b>0,007</b>

**Legenda:** OR- Odds Ratio ; IC – intervalo de confiança; \*categoria de referência.



O modelo, que contém as variáveis preditoras, foi estatisticamente significativo  $X^2(2,N=100)=10,34$ ,  $p=0,006$ , permitindo distinguir os indivíduos que têm conhecimento dos que não têm conhecimento dos principais fatores de risco modificáveis do CCR.

Verificamos que ambas as variáveis contribuem de forma independente para o resultado ( $p<0,05$ ). Os indivíduos com história familiar de CCR responderam 5,96 vezes melhor ao modelo CPFRM do que os indivíduos que não apresentaram história familiar de CCR. Relativamente ao cancro mais frequente em Portugal, os indivíduos que responderam CCR apresentaram 9,41 vezes mais respostas corretas sobre o modelo CPFRM do que os que responderam às outras neoplasias (Tabela 7).

## 2.2. Modelo CPER

### 2.2.1. Análise Bivariada

<b>Tabela 8</b>				
<b>Modelo 2: Conhecimento de pelo menos um exame de rastreio (CT e/ou SF e/ou PSOF) (CPER)</b>				
<b>Variáveis independentes</b>	<b>n</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>	<b>p-value</b>
<b>Idade</b>	100	0,65	[0,38-1,10]	0,104
<b>Género</b>				
Masculino	36	1,0*	--	--
Feminino	64	0,56	[0,03-9,16]	0,681
<b>Estado civil</b>				
Outros (solteiros, viúvos, divorciados)	32	1,0*	--	--
Casados	68	0,46	[0,03-7,64]	0,590
<b>Escolaridade</b>				
Nenhuma + ensino básico	49	1,0*	--	--
Ensino Secundário	26	--	--	--
Ensino Superior	25	--	--	--
<b>Fumadores</b>				
Não	92	1,0*	--	--
Sim	8	--	--	--
<b>Índice de massa corporal</b>				
Até 24,9	35	1,0*	--	--
25-29,9	40	--	--	--
Superior a 30	25	--	--	--



<b>História familiar de CCR</b>				
Não	87	1,0*	--	--
Sim	13	--	--	--
<b>“Cancro mais frequente em Portugal”</b>				
Outros (pulmão/mama/estômago/próstata, rim)	86	1,0*	--	--
CCR	14	--	--	--
<b>Considera sangue fezes e/ou alteração dos hábitos intestinais um sinal/sintoma CCR</b>				
Não	1	1,0*	--	--
Sim	99	--	--	--
<b>Idade para rastreio CCR</b>				
Outras	37	1,0*	--	--
A partir dos 50 anos	63	0,58	[0,04-9,57]	0,704
<b>Principal fonte de informação</b>				
Nenhuma + Jornais + internet	27	1,0*	--	--
Médico de família	18	--	--	--
Comunicação social	55	--	--	--
<b>Rastreio diminuiu probabilidade de morte</b>				
Não	2	1,0*	--	--
Sim	98	--	--	--
<b>CCR pode ser prevenido</b>				
Não	9	1,0*	--	--
Sim	91	0,09	[0,01-1,56]	0,098
<b>CCR pode ter cura</b>				
Não	2	1,0*	--	--
Sim	98	--	--	--
<b>Mudança hábitos alimentares</b>				
Não	67	1,0*	--	--
Sim	33	--	--	--
<b>Mudança de hábitos desportivos</b>				
Não	83	1,0*	--	--
Sim	17	--	--	--
<b>Legenda:</b> OR- Odds Ratio ; IC – intervalo de confiança; * categoria de referência.				

As variáveis não apresentaram significado estatístico e, como tal, não é possível avaliar o impacto do número de fatores na probabilidade que os inquiridos terão em transmitir o conhecimento de pelo menos um dos exames de rastreio do CCR (Tabela 8).



## 2.3. Modelo RPER

### 2.3.1. Análise Bivariada

<b>Tabela 9</b>				
<b>Modelo 3: Ter realizado pelo menos um exame de rastreio (CT e/ou SF e/ou PSOF) (RPER)</b>				
<b>Variáveis independentes</b>	<b>n</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>	<b>p-value</b>
<b>Idade</b>	100	1,02	[0,96-1,09]	0,455
<b>Género</b>				
Masculino	36	1,0*	--	--
Feminino	64	2,28	[0,98-5,27]	<b>0,045</b>
<b>Estado civil</b>				
Outros (solteiros, viúvos, divorciados)	32	1,0*	--	--
Casados	68	0,54	[0,23-1,27]	0,157
<b>Escolaridade</b>				
Nenhuma + ensino básico	49	1,0*	--	--
Ensino Secundário	26	1,87	[0,70-4,95]	0,211
Ensino Superior	25	0,48	[0,15-1,51]	0,211
<b>Fumadores</b>				
Não	92	1,0*	--	--
Sim	8	1,04	[0,25-4,43]	0,953
<b>Índice de massa corporal</b>				
Até 24,9	35	1,0*	--	--
25-29,9	40	0,60	[0,21-1,71]	0,596
Superior a 30	25	0,42	[0,15-1,16]	0,416
<b>História familiar de CCR</b>				
Não	87	1,0*	--	--
Sim	13	0,42	[0,12-1,45]	0,168
<b>“Cancro mais frequente em Portugal”</b>				
Outros (pulmão/mama/estômago/próstata, rim)	86	1,0*	--	--
CCR	14	1,05	[0,34-3,24]	0,936
<b>Considera sangue fezes e/ou alteração dos hábitos intestinais um sinal/sintoma CCR</b>				
Não	1	1,0*	--	--
Sim	99	--	--	--
<b>Idade para rastreio CCR</b>				
Outras	37	1,0*	--	--
A partir dos 50 anos	63	1,44	[0,64-3,27]	0,378



<b>Principal fonte de informação</b>				
Nenhuma + Jornais + internet	27	1,0*	--	--
Médico de família	18	1,04	[0,41-2,63]	0,931
Comunicação social	55	0,42	[0,14-1,27]	0,124
<b>Rastreio diminuiu probabilidade de morte</b>				
Não	2	1,0*	--	--
Sim	98	0,25	[0,05-1,24]	0,090
<b>CCR pode ser prevenido</b>				
Não	9	1,0*	--	--
Sim	91	--	--	--
<b>CCR pode ter cura</b>				
Não	2	1,0*	--	--
Sim	98	--	--	--
<b>Mudança hábitos alimentares</b>				
Não	67	1,0*	--	--
Sim	33	0,38	[0,16-0,91]	<b>0,030</b>
<b>Mudança de hábitos desportivos</b>				
Não	83	1,0*	--	--
Sim	17	1,61	[0,56-4,64]	0,376
<b>Perceção do risco</b>				
Baixo (0-5)	78	1,0*	--	--
Alto (6-10)	22	0,95	[0,37-2,45]	0,915
<b>Profissão na área da saúde</b>				
Não	88	1,0*	--	--
Sim	12	0,48	[0,13-2,70]	0,255
<b>Legenda:</b> OR- Odds Ratio ; IC – intervalo de confiança; *categoria de referência.				

As variáveis com significado estatístico ( $p < 0,05$ ) na análise bivariada foram: “mudança de hábitos alimentares” e “sexo”. As restantes variáveis em estudo não apresentaram significado estatístico e, como consequência, não entraram na análise logística multivariada desde mesmo modelo (Tabela 9).



### 2.3.2. Análise Multivariada

<b>Tabela 10</b>				
<b>Modelo 3: Ter realizado pelo menos um exame de rastreio (CT e/ou SF e/ou PSOF) (RPER)</b>				
<b>Variáveis independentes</b>	<b>n</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>	<b>p-value</b>
<b>Género</b>				
Masculino	36	1,0*	--	--
Feminino	64	0,46	[0,20-1,09]	<b>0,048</b>
<b>Mudança hábitos alimentares</b>				
Não	67	1,0*	--	--
Sim	33	2,51	[1,04-6,08]	<b>0,041</b>

**Legenda:** OR- Odds Ratio ; IC – intervalo de confiança; \*categoria de referência.

O modelo, que contém as variáveis preditoras, foi estatisticamente significativo  $X^2(2,N=100)=8,10$ ,  $p=0,017$ , permitindo distinguir os indivíduos que realizaram os exames de rastreio dos que não os realizaram.

Verificamos que as variáveis contribuem de forma independente para o resultado ( $p<0,05$ ). Os indivíduos que modificaram os hábitos alimentares apresentaram 2,51 vezes mais respostas corretas sobre o modelo RPER enquanto as mulheres responderam 0,46 vezes menos corretamente. (Tabela 10).

## 2.4. Modelo CP

### 2.4.1. Análise Bivariada

<b>Tabela 11</b>				
<b>Modelo 4: conhecimento que história pessoal de pólipos é fator de risco</b>				
<b>Variáveis independentes</b>	<b>n</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>	<b>p-value</b>
<b>Idade</b>	100	0,97	[0,91-1,03]	0,322
<b>Género</b>				
Masculino	36	1,0*	--	--
Feminino	64	0,59	[0,26-1,33]	0,200
<b>Estado civil</b>				
Outros (solteiros, viúvos, divorciados)	32	1,0*	--	--
Casados	68	0,40	[0,17-0,94]	<b>0,035</b>





<b>Escolaridade</b>				
Nenhuma + ensino básico	49	1,0*	--	--
Ensino Secundário	26	0,70	[0,26-1,87]	0,464
Ensino Superior	25	0,35	[0,11-1,10]	0,071
<b>Fumadores</b>				
Não	92	1,0*	--	--
Sim	8	1,14	[0,27-4,83]	0,859
<b>Índice de massa corporal</b>				
Até 24,9	35	1,0*	--	--
25-29,9	40	0,56	[0,20-1,59]	0,277
Superior a 30	25	0,82	[0,30-2,25]	0,692
<b>História familiar de CCR</b>				
Não	87	1,0*	--	--
Sim	13	--	--	--
<b>“Cancro mais frequente em Portugal”</b>				
Outros (pulmão/mama/estômago/próstata, rim)	86	1,0*	--	--
CCR	14	2,27	[0,70-7,35]	0,170
<b>Considera sangue fezes e/ou alteração dos hábitos intestinais um sinal/sintoma</b>				
Não	1	1,0*	--	--
Sim	99	--	--	--
<b>Idade para rastreio CCR</b>				
Outras	37	1,0*	--	--
A partir dos 50 anos	63	1,27	[0,56-2,88]	0,564
<b>Principal fonte de informação</b>				
Nenhuma + Jornais + internet	27	1,0*	--	--
Médico de família	18	1,32	[0,51-3,39]	0,569
Comunicação social	55	0,30	[0,09-0,95]	<b>0,041</b>
<b>Rastreio diminuiu probabilidade de morte</b>				
Não	2	1,0*	--	--
Sim	98	0,89	[0,05-14,55]	0,932
<b>CCR pode ser prevenido</b>				
Não	9	1,0*	--	--
Sim	91	1,87	[0,44-7,95]	0,395
<b>CCR pode ter cura</b>				
Não	2	1,0*	--	--
Sim	98	--	--	--
<b>Mudança hábitos alimentares</b>				
Não	67	1,0*	--	--
Sim	33	0,91	[0,40-2,10]	0,828



<b>Mudança de hábitos desportivos</b>				
Não	83	1,0*	--	--
Sim	17	1,78	[0,62-5,12]	0,287
<b>Perceção do risco</b>				
Baixo (0-5)	78	1,0*	--	--
Alto (6-10)	22	0,95	[0,37-2,45]	0,915
<b>Profissão na área da saúde</b>				
Não	88	1,0*	--	--
Sim	12	0,48	[0,13-2,70]	0,255

**Legenda:** OR- Odds Ratio ; IC – intervalo de confiança; \*categoria de referência.

As variáveis com significado estatístico ( $p < 0,05$ ) na análise bivariada foram: “fonte de informação” e “estado civil”. As restantes variáveis em estudo não apresentaram significado estatístico e, como consequência, não entraram na análise logística multivariada deste mesmo modelo (Tabela 11).

#### 2.4.2. Análise Multivariada

<b>Tabela 12</b>				
<b>Modelo 4: conhecimento que história pessoal de pólipos é fator de risco</b>				
<b>Variáveis independentes</b>	<b>n</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>	<b>p-value</b>
<b>Estado civil</b>				
Outros (solteiros, viúvos, divorciados)	32	1,0*	--	--
Casados	68	0,31	[0,12-0,77]	<b>0,012</b>
<b>Principal fonte de informação</b>				
Nenhuma + Jornais + internet	27	1,0*	--	--
Médico de família	18	1,64	[0,60-4,47]	<b>0,033</b>
Comunicação social	55	0,26	[0,08-0,86]	<b>0,026</b>

**Legenda:** OR- Odds Ratio ; IC – intervalo de confiança; \*categoria de referência.

O modelo, que contém as variáveis predictoras, foi estatisticamente significativo  $X^2(3, N=100)=12,67$ ,  $p=0,005$ , permitindo distinguir os indivíduos que têm conhecimento que a história pessoal de pólipos é um fator de risco, dos que não têm conhecimento.



Verificamos que ambas as variáveis contribuem de forma independente para o resultado ( $p < 0,05$ ). Os indivíduos casados responderam 0,31 vezes menos corretamente ao modelo CP do que os indivíduos não casados. Os indivíduos cuja fonte de informação é o médico de família apresentaram 1,64 vezes mais respostas corretas sobre o modelo CP enquanto os que responderam comunicação social responderam 0,26 vezes menos corretamente do que os que não tinham informação ou a obtinham a partir de jornais e internet (Tabela 12).



## DISCUSSÃO

Este estudo analisou conhecimentos, atitudes e comportamentos dos cidadãos de Coimbra quanto ao CCR e ao seu rastreio e veio reforçar os dados obtidos anteriormente por estudos nacionais e realizados em outros países, que demonstraram lacunas importantes a este nível.

Dos inquiridos, 57% consideraram que o cancro da mama é o cancro mais frequente em Portugal, colocando apenas em terceiro lugar o CCR (14%), reforçando a reduzida importância que é dada em termos de prevenção, incidência e mortalidade a esta neoplasia. Contudo, é de salientar que 64% da amostra é do sexo feminino, pelo que este resultado pode demonstrar a preocupação deste grupo para com a neoplasia mamária.

Quanto ao conhecimento de fatores de risco, os inquiridos identificaram mais frequentemente, em 55% dos casos, a história familiar de CCR, sendo um valor similar a estudos internacionais (55,9%<sup>28</sup>, 57%<sup>29</sup>, 53,9%<sup>27</sup>, 54%<sup>30</sup>) mas é ligeiramente superior ao obtido num estudo realizado no Porto<sup>31</sup> (42,8%). Apesar de ter sido o fator de risco mais frequentemente assinalado, é de salientar que este baixo conhecimento pode dever-se ao facto de apenas 12% da amostra ter história familiar de CCR e portanto encontrar-se pouco sensibilizada para este fator de risco. Dos inquiridos, 53% identificaram a história pessoal de adenomas, o que está em sintonia com o resultado de outro estudo realizado no nosso país<sup>31</sup> (52,2%), mas apresenta-se bastante inferior quando comparado com outros estudos (62,9%<sup>27</sup> e 74,2%<sup>28</sup>). A similaridade dos resultados obtidos nos estudos do Porto e Coimbra salienta a falta de conhecimento da população portuguesa, tornando-se mais alarmante quando o valor é comparado com outros países. A alta ingestão de gorduras foi identificada em 46% dos casos, constituindo um valor semelhante ao encontrado no estudo portuense<sup>31</sup> (51,6%) e italiano<sup>27</sup> (46,9%). Face a estes resultados tão diminutos, torna-se imprescindível atuar com a realização



de campanhas de sensibilização para a população acerca dos malefícios da alta ingestão de gorduras, na tentativa de reduzir a sua ingestão. A dieta rica em carne vermelha foi identificada em 30% dos casos, o que significa um resultado muito baixo tendo em conta os elevados hábitos de consumo deste tipo de alimento na população portuguesa. A idade superior a 50 anos foi assinalada como fator de risco em 30% dos casos, sendo um valor similar ao obtido num estudo Irlandês<sup>29</sup> (29%). Este resultado acaba por ser um pouco paradoxal, pois mais do dobro dos inquiridos acertaram na idade a partir da qual se realiza o rastreio, o que leva a pressupor que saibam que o procedimento se realiza a partir dessa idade devido ao maior risco associado. Contudo, a população Conimbricense não parece estabelecer uma associação entre idade e aumento do risco de desenvolver CCR. No que diz respeito ao tabagismo, obtiveram-se respostas alarmantes, uma vez que este fator de risco foi identificado em apenas 28% dos casos. É um resultado bastante reduzido quando comparado com o estudo do Porto<sup>31</sup> (46,8%) e com o estudo irlandês<sup>29</sup> (40%) mas semelhante ao estudo italiano<sup>27</sup> (26,9%). No entanto, este valor tao diminuto pode dever-se ao facto de apenas 8% da amostra ter hábitos tabágicos e por isso haver despreocupação/ausência de sensibilização para com esse fator de risco por parte dos indivíduos que não são fumadores. A baixa atividade física foi citada em apenas 17% dos inquiridos, sendo um resultado bastante semelhante aos obtidos em vários estudos<sup>27,30,31</sup> enquanto a obesidade foi identificada em 45% dos casos, demonstrando que a grande maioria da população não parece estar sensibilizada para a relação existente entre sedentarismo e cancro do intestino, pelo que mais uma vez campanhas de sensibilização a fim de aumentar a prática desportiva da população, seriam um investimento viável e com repercussões positivas futuras na saúde da população. A diabetes foi identificada em 7% dos casos e dada à alta e crescente prevalência de diabetes mellitus tipo 2 no nosso país, este dado é bastante preocupante.



No que diz respeito à identificação dos sinais/sintomas de CCR, o sangue nas fezes e alteração dos hábitos intestinais (diarreia/obstipação) foram identificados em 95% e 71% dos casos, respetivamente, constituindo valores semelhantes aos encontrados no estudo australiano<sup>28</sup> (87,1% e 76,1%). Outros fatores de risco como perda de peso sem razão aparente, cansaço inexplicado, dor abdominal e perda de apetite foram identificados muito menos frequentemente. Apenas 26% e 22% dos inquiridos identificaram a hipótese “assintomático” e “anemia”. Assim, sangue nas fezes e alteração dos hábitos intestinais parecem ser os únicos sinais/sintomas que a larga maioria da população Conimbricense associa ao CCR, facto que não se verifica com os outros sinais/sintomas, que apesar de inespecíficos são mais frequentes.<sup>32</sup>

Quanto ao conhecimento de exames de rastreio, 90% indicaram a CT, sendo um valor muito superior quando comparado com outro estudo português<sup>31</sup> (49,9%) e outro europeu<sup>30</sup> (62,7%). Este valor parece sugerir crescente conhecimento dos indivíduos acerca deste exame de rastreio devido ao incremento da sua divulgação. Por outro lado, uma vez que este elevado valor de conhecimento parece desenquadrado e discrepante com o desconhecimento em quase todas as áreas do CCR e seu rastreio outra explicação pode assentar no facto de a CT ser dos exames mais utilizados para deteção de patologia intestinal e amplamente conhecido para esse fim e por esse motivo ter sido associada ao rastreio por ser o único exame que os Conimbricenses potencialmente conhecem para deteção de patologia neste órgão. A PSOF e a SF foram identificadas em 56% e 25% dos inquiridos constituindo valores muito coerentes com os encontrados em outros estudos (PSOF: 50,6%<sup>31</sup> e 51,8%<sup>30</sup>; SF: 18,8%<sup>31</sup>).

Os inquiridos identificaram a comunicação social como a sua principal fonte de informação sobre o CCR, sendo apontada em 55% dos casos enquanto o médico de família foi apontado em apenas 18% dos inquiridos. Estes resultados parecem ser similares à escala nacional, uma vez que no estudo realizado no Porto<sup>31</sup> a comunicação social foi apontada



como principal fonte de informação por 47,6% dos inquiridos e os médicos por 14,8%, assim como à escala internacional onde o estudo italiano<sup>27</sup> demonstrou que 40,8% dos inquiridos citaram a comunicação social e 15,8% os médicos de família. Assim parece notório que a comunicação social tem vindo a desenvolver medidas e campanhas de sensibilização da população para o CCR enquanto os médicos de família, os que deveriam ser os primeiros e verdadeiros promotores de saúde, têm ficado muito aquém das suas metas na divulgação de informação sobre o CCR ou na capacidade de fazerem a população entender a informação veiculada.

Apenas 76% dos inquiridos afirmaram necessitar de mais informação sobre o CCR verificando-se ausência de perceção acerca das suas lacunas de conhecimento.

No que diz respeito à perceção do risco de desenvolver CCR, um risco baixo/médio (0-5) foi apontado por 78% dos inquiridos (vs.52,1%<sup>28</sup>) enquanto o risco alto/muito alto (6-10) foi indicado em 22% dos inquiridos (vs.14,1%<sup>28</sup> e 17,8%<sup>31</sup>). Apenas 9% afirmou ter um risco máximo de 10 (vs.3,4%<sup>31</sup>). Estes resultados são o espelho das lacunas de conhecimento dos Conimbricenses sobre o CCR, pois uma população que desconhece os fatores de risco para desenvolvimento de CCR, não tem perceção do seu risco de desenvolver CCR.

Uma elevada percentagem dos inquiridos (91%) referiram que o CCR pode ser prevenido (vs.60,3%<sup>27</sup>, 46,2%<sup>28</sup> e 78,3%<sup>31</sup>) e 98% que pode ter cura se detetado em fases iniciais (vs.78,5%<sup>27</sup>, 82%<sup>28</sup> e 83,2%<sup>31</sup>). Isto demonstra que apesar das lacunas de conhecimentos, os conimbricenses reconhecem a utilidade do rastreio e acreditam no seu valor enquanto meio de prevenção e de deteção precoce de CCR.

No último ano, devido a medo de contrair CCR, 67% dos inquiridos (vs.84,6%<sup>31</sup>) referiram que não alteraram os seus hábitos alimentares e 83% (vs.88,8%<sup>31</sup>) não modificaram os hábitos desportivos. Estes resultados estão de acordo com o baixo conhecimento sobre os fatores de risco de CCR, nomeadamente alta ingestão de gorduras e baixa atividade física pois



uma população que os desconhece não os modificará, pelo menos intencionalmente, de forma a prevenir CCR.

No que diz respeito ao rastreio, apenas 42% dos inquiridos já realizaram rastreio, dos quais, 40% afirmaram ter realizado a CT, 22% a PSOF, e 12% a SF, valores que são bastantes superiores aos encontrados no estudo realizado no Porto<sup>31</sup> (13,2%, 9,8%, e 0,9%). Compreensivelmente, esta baixa taxa de adesão ao rastreio está de acordo com o baixo conhecimento global sobre o CCR.

No que diz respeito à PSOF e à CT, dos que não realizaram estes exames, o principal motivo foi a não recomendação médica (50% e 66,7%, respetivamente) (vs. 49% e 43,8%<sup>31</sup>). Dos que não realizaram SF, o principal motivo foi a ideia errada de que não se trata de um exame de rastreio, seguido da não recomendação médica, em 42% dos casos (vs. 56,5%<sup>31</sup>). Assim, mais uma vez, o papel do médico de família na prevenção secundária observa-se fragilizada, verificando-se que a principal causa da não realização de exames de rastreio se deve à não recomendação médica.

No que diz respeito ao conhecimento dos dois principais fatores de risco modificáveis (baixa atividade física e alta ingestão de gordura), apenas 8% dos inquiridos forneceram resposta correta (vs. 25,4%<sup>31</sup> e 18,5%<sup>27</sup>). Visto serem os dois principais fatores de risco modificáveis para o CCR e com possibilidade de serem alterados por qualquer indivíduo, ressalta mais uma vez a necessidade de informar a população sobre estes fatores de risco, para induzir comportamentos saudáveis. Os inquiridos que tinham história familiar de CCR responderam 5,96 vezes melhor à identificação destes dois principais fatores de risco, do que os indivíduos que não apresentaram história familiar, o que significa que compreensivelmente indivíduos com contacto familiar prévio com esta patologia parecem ter um conhecimento maior sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de CCR. Os indivíduos que sabiam que o CCR é o cancro mais frequente apresentaram 9,41 vezes mais respostas corretas do que





os que responderam às outras neoplasias, sugerindo que os indivíduos ao terem conhecimento que o CCR é a neoplasia mais frequente no nosso país, estão mais predispostos/preocupados em obter/receber informação sobre potenciais fatores de risco que possam ser modificados.

O conhecimento de pelo menos um exame de rastreio verificou-se em 98% dos inquiridos (vs. 63,2%<sup>31</sup>), mas não foi encontrada associação estatística significativa entre os indivíduos com conhecimento de pelo menos um exame de rastreio e qualquer uma das variáveis independentes, muito provavelmente devido ao facto de a amostra do estudo ser reduzida.

Dos inquiridos, 51% já realizaram pelo menos ao exame de rastreio, valor bastante superior obtido no estudo Portuense (20,4%<sup>31</sup>). Os indivíduos que modificaram os hábitos alimentares apresentaram 2,51 vezes mais respostas corretas sobre o modelo RPER. Esta associação é compreensível porque quem se preocupa em modificar os seus hábitos alimentares por medo de contrair CCR, também se preocupará em ter outras atitudes preventivas, nomeadamente realizar o rastreio. As mulheres responderam 0,46 vezes menos corretamente.

Dos inquiridos, 53% sabiam que história pessoal de pólipos é um fator de risco para desenvolvimento de CCR. Os indivíduos casados identificaram 0,31 vezes menos corretamente este fator de risco do que indivíduos não casados. Os indivíduos cuja fonte de informação é o médico de família apresentaram 1,64 vezes mais respostas corretas sobre este fator de risco, enquanto os que responderam comunicação social responderam 0,26 vezes menos corretamente, do que os que não tinham informação ou a obtinham a partir de jornais e internet.

O estudo apresentou algumas limitações:

- dado tratar-se de um estudo transversal, não permitiu o estabelecimento de uma relação causa-efeito entre as diferentes variáveis e o CCR;



- o inquérito foi introduzido a potenciais participantes nos centros de saúde, sendo potencialmente mais atrativo a pessoas que tinham interesse no CCR ou a pessoas que tinham maior conhecimento sobre CCR. Assim, os que participaram podem ter maior conhecimento do que aqueles que recusaram, sobrestimando o conhecimento da população;
- por se tratar de uma amostra não probabilística limita a possibilidade de generalizar a toda a população-alvo;
- os utentes eram oriundos da região urbana de Coimbra e por isso os resultados podem não refletir os conhecimentos, aptidões e comportamentos das pessoas que vivem mais ruralmente ou em zona remotas;
- a dimensão reduzida da amostra constituiu uma grande limitação da extensão da análise que podia ter sido realizada e é parcialmente responsável pelos amplos intervalos de confiança observados.



## CONCLUSÃO

Concluindo, os resultados demonstraram uma carência global acerca do conhecimento do CCR e seu rastreio, nomeadamente que se trata da neoplasia mais frequente no nosso país, fatores de risco, sinais/sintomas e exames de rastreio. Contudo, os Conimbricenses, reconhecem utilidade ao rastreio, admitindo que diminui a morte associada à neoplasia e que pode ser prevenido ou curado.

Verificou-se que existe maior conhecimento dos fatores de risco quando existe história familiar de CCR, quando há sabedoria de que se trata da neoplasia mais frequente e quando a principal fonte de informação é o médico de família assim como parecem ser os homens os que mais aderem à realização do rastreio.

As reduzidas taxas de adesão ao rastreio parecem dever-se essencialmente à baixa perceção de risco de desenvolver CCR e à não recomendação médica.

Os resultados deste estudo salientaram uma falha na prevenção primária e secundária bem como a necessidade de educar os cidadãos de forma a aumentar a adesão a comportamentos adequados e saudáveis e a programas de rastreio. Sem dúvida que estes resultados, constituem uma fonte de informação importante para médicos e entidades responsáveis pela formulação de políticas, na medida em que sugere fatores relacionados com o CCR (por exemplo a baixa perceção de risco) que podem ser abordados no âmbito de futuras campanhas de prevenção.



## **AGRADECIMENTOS**

Ao Doutor Hernâni Caniço, agradeço a sua orientação exímia, rigorosa, o apoio incondicional e a sua disponibilidade.

À minha amiga Joana Silva, mestre pela Faculdade de Ciências da Universidade do Porto, pela ajuda no tratamento de dados e análise estatística.

À minha família e amigos pelo apoio incondicional, a paciência e a compreensão.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Grupo de trabalho do RCCR, Rastreio do Cancro Colo-Rectal, ARS Centro, 12 janeiro 2009. Disponível em: <http://www.arscentro.min-saude.pt/SaudePublica/Programas/Documents/RASTREIO%20CCR%20%2012Jan09%20%20IPOC.pdf>.
2. Pinto Anabela, Rastreio do carcinoma do cólon e reto: Eficácia e adesão. J Port Gastrenterol, 2012 Maio; 19(3): 113-114.
3. Mendes Venâncio, Prevenir o Cancro do Cólon e Recto, J Port Gastrenterol, 2008 Out; 15(4): 153-155.
4. Jemal A, Bray F et al., Global cancer statistics, CA Cancer J clin 2011; 61:69.
5. Freitas D. Intestino, Cancro do Cólon e do Recto. In: Freitas D, ed. Doenças do aparelho digestivo. Coimbra: Astra Zeneca, Produtos farmacêuticos, Lda, 2002:435.
6. Mórán A. et al, Differential colorectal carcinogenesis: Molecular basis and clinical relevance, World J Gastrointest Oncol, 2010 March 15; 2(3): 151-158.
7. Worthley DL, Whitehall VL, Spring KJ, Leggett BA. Colorectal carcinogenesis: road maps to cancer, World J Gastroenterol 2007; 13: 3784-3791.
8. Pawlik TM et al., Colorectal carcinogenesis: MSI-H versus MSI-L. Dis Markers 2004; 20:199-206.
9. Tanaka T. et al, Colorectal carcinogenesis: Review of human and experimental animal studies, J Carcinog, 2009, 8:5.
10. Vogelstein B et al, Genetic alterations during colorectal-tumor development, N Engl J Med, 1988;319:525-32.
11. Mitchell S. Cappell, The pathophysiology, clinical presentation, and diagnosis of colon cancer and adenomatous polyps, Med Clin N Am 89 (2005) 1-42.



12. Gingras D., Colorectal Cancer Prevention Through Dietary and Lifestyle Modifications, *Cancer Microenvironment* (2011) 4:133–139.
13. Jong AE et al., Prevalence of adenomas among young individuals at average risk for colorectal cancer, *Am J Gastroenterol* 2005;100(1):139–143.
14. Wallace K, Baron JA, Cole BF, et al. Effect of calcium supplementation on the risk of large bowel polyps. *J Natl Cancer Inst.* 2004;96:921-925.
15. Santarelli RL et al, Processed meat and colorectal cancer: a review of epidemiologic and experimental evidence. *Nutr Cancer* 2008;60(2):131–144.
16. Hagggar Fatima A et al, Colorectal Cancer Epidemiology: Incidence, Mortality, Survival, and Risk Factors, *Clin Colon Rectal Surg.* 2009 November; 22(4): 191–197.
17. Chang CK et al, Hyperinsulinaemia and hyperglycaemia: possible risk factors of colorectal cancer among diabetic patients, *Diabetology*, 2003, 46:595– 607.
18. Day, N. E. & Boice, J. D., eds (1983) *Second Cancers in Relation to Radiation Treatment for Cervical Cancer* (IARC Scientific Publications No. 52), Lyon, International Agency for Research on Cancer.
19. Dias, Ana Paula Telles Pires. Gollner, Ângela Maria; Teixeira, Maria Tereza Bustamante. Câncer colorretal: rastreamento, prevenção e controle. *Revista do Hospital Universitário de Juiz de Fora.* v.33. n.4. p. 125-131. Out/dez, 2007.
20. Ellenhorn JDI, et al., Colon, Rectal and Anal Cancers. *Cancer management: a multidisciplinary approach*, 343-75.
21. Jalving, M et al., Review article: the potential of combinational regimen with non-steroidal anti-inflammatory drugs in the chemoprevention of colorectal cancer, *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 2005, 21: 321–339.
22. Prof. S. Winawer et al, *World Gastroenterology Organisation/International Digestive Cancer Alliance Practice Guidelines: Colorectal cancer screening*, World



- Gastroenterology Organisation, 2007. Disponível em: <http://www.worldgastroenterology.org/colorectal-cancer-screening.html>. Último acesso: 30 Dezembro 2013.
- 23.** Qaseem A, Denberg TD, Hopkins RH, Humphrey LL, Levine J, Sweet DE, et al. Screening for Colorectal Cancer: A Guidance Statement from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2012;156:378--86.
- 24.** Almeida FFN et al. — Colorectal cancer screening. *Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo* 55 (1):35-42, 2000.
- 25.** Glória, Luísa – Prevenção do cancro do cólon e recto. In Oliveira, Ana Paula. *Prevenção em Gastreterologia*. Lisboa: Núcleo de Gastreterologia dos Hospitais Distritais, 2007. p. 71-104 . Disponível em: <http://www.nghd.pt/pdfs/livroNGHD.pdf>.
- 26.** Machin D and Campbell MJ (2005) *Design of Studies for Medical Research*. Chichester, John Wiley and Sons Ltd 274pp.
- 27.** Sessa A, Abbate R, Di Giuseppe G, et al. Knowledge, attitudes, and preventive practices about Colorectal Cancer among adults in an area of Southern Italy. *BioMed Central Cancer* 2008; 8(171):1-8.
- 28.** Christou and Thompson: Colorectal cancer screening knowledge, attitudes and behavioural intention among Indigenous Western Australians. *BMC Public Health* 2012 12:528.
- 29.** McVeigh et al.: Assessing awareness of colorectal cancer symptoms and screening in a peripheral colorectal surgical unit: a survey based study. *BMC Surgery* 2013 13:20.
- 30.** Keighley MRB, O`Morain C, Giacosa A. Public awareness of risk factors and screening for Colorectal Cancer in Europe. *European Journal of Cancer Prevention* 2004; 13(4):257-62.



- 31.** Forno, Silvia Esteves Alves do, Poças, F. Castro and Matos, Maria Eduarda Gomes Domingues dos Santos O cancro colorretal e o rastreio: conhecimentos e atitudes dos portuenses. *J Port Gastreterol.*, Maio 2012, vol.19, no.3, p.118-125. ISSN 0872-8178.
- 32.** Offir Ben-Ishay, Clinical presentation predicts the outcome of patients with colon cancer, *World J Gastrointest Surg* 2013 April 27; 5(4): 104-109 ISSN 1948-9366 (online).





ANEXO 1



ARSC ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, I.P.

Exma. Senhora  
Dra. Cláudia Ferreira

[mofclaudia@gmail.com](mailto:mofclaudia@gmail.com)

032541 '13 10-28 11:18

Sua referência

Data

Nossa referência

Data

ASSUNTO: "Cancro colo-retal e o seu rastreio: conhecimento, aptidões e comportamentos dos cidadãos de Coimbra "

Serve o presente para informar V. Ex<sup>a</sup>., que o Conselho Directivo da ARS Centro, I.P., deliberou homologar o parecer emitido pela Comissão de Ética para a Saúde (CES), que se anexa.

Com os melhores cumprimentos

O Presidente do Conselho Directivo da ARSC, I.P.

(Dr. José Manuel Azenha Tereso)

Na respectiva entidade e "hojas de autenticidade", em caso de não ser tratada de um documento.

AL



## COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<p><b>PARECER FINAL:</b></p> <p>Favorável, mas necessita da identificação dos Centros de Saúde a serem incluídos no estudo</p>	<p><b>DESPACHO:</b></p> <p><i>Homologado</i> <i>24/10/2013</i></p> <p>Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro I.P.</p> <p>----- Dr. José Manuel Azenha Teresa Presidente,</p> <p>----- Dr. Fernando José R. Lopes de Almeida Vice-Presidente,</p> <p>----- Dr. Luis Manuel Militão Mendes Cabral Vogal,</p> <p>----- Dr.ª Maria Augusta Mota Vogal,</p>
<p><b>ASSUNTO:</b> Cancro Colo-retal e o seu rastreio: conhecimento, aptidões e comportamentos dos cidadãos de Coimbra</p> <p>Inquérito anónimo aos utentes de Centros de Saúde, que se encontram na sala de espera</p> <p>Relator: Pro. Doutor Vítor Lopes</p> <p><i>Vitor Lopes</i></p>	



## ANEXO 2



### Inquérito:

#### CANCRO COLO-RECTAL E O SEU RASTREIO: CONHECIMENTO, APTIDÕES E COMPORTAMENTOS DOS CIDADÃOS DE COIMBRA

Este inquérito integra o trabalho final do 6º ano médico, da aluna Cláudia Ferreira, com vista à atribuição do grau de mestre no âmbito do ciclo de estudos de Mestrado Integrado de Medicina.

Visa identificar conhecimento, aptidões e comportamentos da população de Coimbra relativamente ao Cancro colo-rectal e seu rastreio e correlacioná-los com características sociodemográficas, identificar fatores que influenciam taxas de adesão ao rastreio reduzidas e fornecer informação aos profissionais de saúde e entidades competentes.

A aplicação deste inquérito destina-se aos utentes que se encontram na sala de espera dos Centros de Saúde, da sua área de residência (Coimbra). Destina-se a pessoas com idades compreendidas entre os 50 e os 74 anos (inclusivé).

Este inquérito é **anónimo** e **confidencial** e a sua participação é **voluntária**.

Obrigado pela sua colaboração!



## Caraterísticas Sociodemográficas

**Idade:** \_\_\_ anos

**Sexo:**  masculino  feminino

**Estado civil:**  casado (a)/ união-de-facto  solteiro (a)  divorciado (a)  viúvo(a)

**Nível de escolaridade**

Nenhuma  1º-4º ano  5º-6º ano  7º-9º ano  10º-12º ano

Licenciatura/Mestrado/Doutoramento → Área de saúde?  Sim  Não

**Profissão:** \_\_\_\_\_

**Número de pessoas do agregado familiar (incluindo o senhor (a)):** \_\_\_\_\_

**Peso:** \_\_\_ Kg **Altura:** \_\_\_ m

**É fumador?**

Sim  Não

**Já teve Cancro colo-rectal?**

Sim → Com que idade? \_\_\_ anos  Não

**Algum familiar já teve cancro colo-rectal?**

Sim  Não



Quem? \_\_\_\_\_

Com que idade? \_\_\_\_\_ anos

## Conhecimentos

**Qual é o cancro mais frequente, em Portugal, segundo os últimos dados da Direção Geral de Saúde?**

**Assinale apenas uma opção.**

Cancro do pulmão

Cancro da mama

Cancro colo-rectal

Cancro do estômago

Cancro da próstata

Cancro do rim



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

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dieta rica em gordura       | <input type="checkbox"/> Dieta rica em carne vermelha                             | <input type="checkbox"/> Dieta rica em fibras   |
| <input type="checkbox"/> Dieta rica em ferro         | <input type="checkbox"/> Dieta rica em fruta e legumes                            | <input type="checkbox"/> Tabaco                 |
| <input type="checkbox"/> Obesidade                   | <input type="checkbox"/> Contraceptivos orais                                     | <input type="checkbox"/> Baixa atividade física |
| <input type="checkbox"/> História pessoal de pólipos | <input type="checkbox"/> Exposição a radiação                                     | <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial   |
| <input type="checkbox"/> Idade superior a 50 anos    | <input type="checkbox"/> História pessoal de cancro do endométrio, ovário ou mama |   |
| <input type="checkbox"/> Infecção intestinal         | <input type="checkbox"/> História familiar de cancro colo-rectal                  |   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                    | <input type="checkbox"/> Doença inflamatória intestinal                           |   |

**Qual dos seguintes considera ser um sinal/sintoma de cancro colo-rectal? Assinale uma ou várias opções.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sangue nas fezes  | <input type="checkbox"/> Dor abdominal persistente       |
| <input type="checkbox"/> Perda de peso sem razão aparente                        | <input type="checkbox"/> Perda de apetite                |
| <input type="checkbox"/> Cansaço inexplicado                                     | <input type="checkbox"/> Pode ocorrer sem sintomatologia |
| <input type="checkbox"/> Alteração dos hábitos intestinais (obstipação/diarreia) | <input type="checkbox"/> Anemia                          |

**A partir de que idade é recomendado o rastreio do cancro colo-rectal? Assinale apenas uma opção.**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> A partir dos 20 anos | <input type="checkbox"/> A partir dos 30 anos | <input type="checkbox"/> A partir dos 40 anos |
| <input type="checkbox"/> A partir dos 50 anos | <input type="checkbox"/> A partir dos 60 anos | <input type="checkbox"/> A partir dos 70 anos |

**Qual dos seguintes é um exame de rastreio do cancro colo-rectal? Assinale uma ou várias opções.**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pesquisa sangue oculto nas fezes | <input type="checkbox"/> Análises sanguíneas   |
| <input type="checkbox"/> TAC abdominal                    | <input type="checkbox"/> Colonoscopia esquerda |
| <input type="checkbox"/> Colonoscopia total               | <input type="checkbox"/> Ecografia abdominal   |

**Qual a sua principal fonte de informação sobre o cancro colo-rectal? Assinale apenas uma opção.**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nenhuma                                       | <input type="checkbox"/> Jornais científicos | <input type="checkbox"/> Médico de família |
| <input type="checkbox"/> Comunicação social (televisão, rádio, jornal) | <input type="checkbox"/> Internet            |  |
| <input type="checkbox"/> Outro _____                                   |  |  |

**Acha que necessita de mais informação sobre o cancro colo-rectal?**

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

### Aptidões

**Qual pensa ser o seu risco de desenvolver cancro colo-rectal, numa escala em que 0 significa nenhum risco e 10 significa risco muito alto?**

- |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                             |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|

**Como classifica a utilidade do rastreio colo-rectal?**

- |                                    |                                     |                                     |
|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nada útil | <input type="checkbox"/> Pouco útil | <input type="checkbox"/> Muito útil |
|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|

**Realizar o rastreio do cancro colo-rectal pode diminuir a probabilidade de morte associada a este cancro?**

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

**O cancro colo-rectal pode ser prevenido?**

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



O cancro colo-rectal pode ter cura se detetado em fases iniciais?

- Sim  Não

### Comportamentos

No último ano, modificou os seus hábitos alimentares devido ao medo de contrair cancro colo-rectal?

- Não  Sim (O que modificou? \_\_\_\_\_)

No último ano, modificou os seus hábitos desportivos devido a medo de contrair cancro colo-rectal?

Assinale apenas uma opção e caso pratique desporto assinale qual ou quais as modalidades.

- Não modifiquei, continuei sem praticar exercício
- Não modifiquei, mantive a prática de exercício →  Corrida  Natação  Ginásio  Caminhada  Outro \_\_\_\_\_
- Sim modifiquei, comecei a praticar exercício →  Corrida  Natação  Ginásio  Caminhada  Outro \_\_\_\_\_
- Sim modifiquei, aumentei a prática de exercício →  Corrida  Natação  Ginásio  Caminhada  Outro \_\_\_\_\_
- Sim modifiquei, diminuí a prática de exercício →  Corrida  Natação  Ginásio  Caminhada  Outro \_\_\_\_\_
- Sim modifiquei, parei a prática de exercício

Já realizou o rastreio do cancro colo-rectal?

- Sim  Não → Tem intenção de o realizar? →  Sim  Não

Qual dos seguintes exames já realizou no âmbito da prevenção do cancro colo-rectal?

Lembre-se que, apenas é relevante se realizou os seguintes exames como parte integrante do programa de rastreio do cancro colo-rectal. Assim, para cada um dos seguintes exames, apenas assinale sim se já os realizou com o objetivo de proceder ao rastreio do cancro colo-rectal, caso contrário, caso nunca os tenha realizado ou os tenha realizado para outros fins, assinale não.

#### Análises sanguíneas

NÃO  
↓

Se respondeu não, assinale o motivo (assinale uma ou mais opções)

- Este exame não faz parte do programa de rastreio
- Não tenho a idade recomendada para rastreio
- O meu médico de família nunca recomendou/sugeriu
- Eu não tenho problemas de saúde
- Longas filas de espera
- Falta de tempo
- Medo de descobrir uma doença
- Medo de ter dor/ vergonha
- Outro \_\_\_\_\_

SIM  
↓

Se respondeu sim, responda às seguintes perguntas:

Porquê? \_\_\_\_\_

Quando foi a última vez? \_\_\_\_\_

Quantas vezes já realizou? \_\_\_\_\_

#### Pesquisa de sangue oculto nas fezes

NÃO  
↓

Se respondeu não, assinale o motivo (assinale uma ou mais opções)

- Este exame não faz parte do programa de rastreio
- Não tenho a idade recomendada para rastreio
- O meu médico de família nunca recomendou/sugeriu
- Eu não tenho problemas de saúde
- Longas filas de espera
- Falta de tempo
- Medo de descobrir uma doença
- Medo de ter dor/ vergonha
- Outro \_\_\_\_\_

SIM  
↓

Se respondeu sim, responda às seguintes perguntas:

Porquê? \_\_\_\_\_

Quando foi a última vez? \_\_\_\_\_

Quantas vezes já realizou? \_\_\_\_\_



### TAC abdominal

NÃO



**Se respondeu não, assinale o motivo (assinale uma ou mais opções)**

- Este exame não faz parte do programa de rastreio
- Não tenho a idade recomendada para rastreio
- O meu médico de família nunca recomendou/sugeriu
- Eu não tenho problemas de saúde
- Longas filas de espera
- Falta de tempo
- Medo de descobrir uma doença
- Medo de ter dor/ vergonha
- Outro \_\_\_\_\_

SIM



**Se respondeu sim, responda às seguintes perguntas:**

Porquê? \_\_\_\_\_

Quando foi a última vez? \_\_\_\_\_

Quantas vezes já realizou? \_\_\_\_\_

### Colonoscopia esquerda

NÃO



**Se respondeu não, assinale o motivo (assinale uma ou mais opções)**

- Este exame não faz parte do programa de rastreio
- Não tenho a idade recomendada para rastreio
- O meu médico de família nunca recomendou/sugeriu
- Eu não tenho problemas de saúde
- Longas filas de espera
- Falta de tempo
- Medo de descobrir uma doença
- Medo de ter dor/ vergonha
- Outro \_\_\_\_\_

SIM



**Se respondeu sim, responda às seguintes perguntas:**

Porquê? \_\_\_\_\_

Quando foi a última vez? \_\_\_\_\_

Quantas vezes já realizou? \_\_\_\_\_

### Colonoscopia total

NÃO



**Se respondeu não, assinale o motivo (assinale uma ou mais opções)**

- Este exame não faz parte do programa de rastreio
- Não tenho a idade recomendada para rastreio
- O meu médico de família nunca recomendou/sugeriu
- Eu não tenho problemas de saúde
- Longas filas de espera
- Falta de tempo
- Medo de descobrir uma doença
- Medo de ter dor/ vergonha
- Outro \_\_\_\_\_

SIM



**Se respondeu sim, responda às seguintes perguntas:**

Porquê? \_\_\_\_\_

Quando foi a última vez? \_\_\_\_\_

Quantas vezes já realizou? \_\_\_\_\_

### Ecografia abdominal

NÃO



**Se respondeu não, assinale o motivo (assinale uma ou mais opções)**

- Este exame não faz parte do programa de rastreio
- Não tenho a idade recomendada para rastreio
- O meu médico de família nunca recomendou/sugeriu
- Eu não tenho problemas de saúde
- Longas filas de espera
- Falta de tempo
- Medo de descobrir uma doença
- Medo de ter dor/ vergonha
- Outro \_\_\_\_\_

SIM



**Se respondeu sim, responda às seguintes perguntas:**

Porquê? \_\_\_\_\_

Quando foi a última vez? \_\_\_\_\_

Quantas vezes já realizou? \_\_\_\_\_

**Outro exame: \_\_\_\_\_**

Porquê? \_\_\_\_\_

Quando foi a última vez? \_\_\_\_\_

Quantas vezes já realizou? \_\_\_\_\_