



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

NÍDIA RAQUEL BOTELHO DA SILVA

***Adesão ao rastreio do cancro colo-retal: Papel das crenças de
saúde e do médico de família***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:
INÊS ROSENDO CARVALHO E SILVA CAETANO
JOSÉ AUGUSTO RODRIGUES SIMÕES

MARÇO/2017

ÍNDICE

Abreviaturas.....	2
Resumo	3
Abstract.....	5
Introdução.....	7
Materiais e Métodos	9
Análise estatística	10
Resultados.....	11
Caracterização da amostra	11
Adesão ao rastreio do cancro colo-rectal	11
Crenças em saúde e Empatia.....	13
Discussão	16
Conclusões.....	20
Bibliografia.....	21
Anexos.....	23
Anexos I – Questionário entregue aos utentes nos Centros de Saúde	23
Anexo II – Consentimento informado	29
Anexo III – Parecer da Comissão de Ética da ARS do Centro.....	30

ABREVIATURAS

CCR – Cancro colo-retal

DGS – Direção-geral da Saúde

JSPPPE – *Jefferson Scale of Patient Perception of Physician Empathy*

PSOF – Pesquisa de sangue oculto nas fezes

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

UCSP – Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

Vários estudos enfatizam o benefício do rastreio do CCR na sua mortalidade e a baixa adesão populacional leva à procura de novas abordagens para esta questão. Com este estudo pretendemos verificar como as crenças de saúde da população têm efeito na adesão ao rastreio; como as características sociodemográficas da população-alvo estão relacionadas com a adesão ao rastreio e, por fim, explorar a relação entre a empatia do doente com o seu médico de família e a sua adesão ao rastreio.

Neste estudo, 122 utentes de centros de saúde com idades compreendidas entre os 50 e 74 anos com os critérios definidos pela DGS para a realização de rastreio do CCR, foram avaliados com a Escala de Crenças de Saúde e o questionário *Jefferson Scale of Patient Perception of Physician Empathy*.

Verificou-se um comportamento de baixa adesão ao rastreio (40,2%) em que apenas 46,7% realizou colonoscopia e 25,4% realizou PSOF. No geral, somente 48,4% dos indivíduos foram aconselhados pelo seu médico de família a realizar o rastreio. Foi demonstrado, com significância, que a população Aderente tinha uma idade média mais alta que a Não aderente ($t(-2,87)$, $p=0,005$) e que a recomendação médica e a perceção de Obstáculos são preditores significativos para a adesão ao rastreio ($p=0,001$). Foi demonstrada uma relação direta entre os Benefícios e a Empatia ($r=0,031$, $p=0,000$), e uma relação inversa entre os Obstáculos e a Empatia ($r=-0,104$, $p=0,290$) sendo que esta relação poderá servir como forma de intervenção nas crenças de saúde dos utentes, contribuindo assim de forma indireta para o aumento de adesão no rastreio.

Concluiu-se então que a opinião do utente sobre as consequências psicológicas e tangíveis da ação, neste caso a realização do exame, cria uma barreira à adesão do rastreio, sendo útil perceber quais as principais preocupações dos utentes relativamente ao exame e trabalhar no sentido de desmistificar e esclarecer os medos dos utentes nas consultas.

Outra ferramenta importante no aumento da adesão ao rastreio, encontrada neste estudo e em grande parte da literatura, é a recomendação médica, que ainda não estará presente de forma rotineira na consulta do Médico de família.

Palavras-chave: Cancro Colo-retal, Rastreio, Crenças de Saúde, Empatia.

ABSTRACT

Several studies emphasize the benefits of colorectal cancer screening in its mortality, and the low adherence to the screening leads to the search of new approaches to this matter. In this study, we examined the influence of the populations' health beliefs and sociodemographic variables in the screening adherence, as well as the correlation of the empathy between the physician and the patient with the screening adherence and the health beliefs itself.

A total of 122 women and men between the ages of 50 and 74 years old and with the criteria for CRC screening according to DGS, were evaluated with the Health Belief Model and the Jefferson Scale of Patient Perception of Physician Empathy.

We verified a low adherence behavior (40,2%), on which only 46,7% went through a colonoscopy and 25,4% had done a fecal occult blood testing. Overall, only 48,7% of the patients were recommended by the physician to perform the screening. It was shown, with significance, that the adherent sample had an age mean higher than the non-adherent ($p=0,005$) and that the physician recommendation and the Barrier perception are significant predictors of the screening adherence ($p=0,001$). It was demonstrated a direct relation between Benefits and Empathy ($r=0,031$, $p=0,000$), and an inverse relation between Barriers and Empathy ($r=-0,104$, $p=0,290$). This could be used as a form of intervention on the patients' health beliefs, contributing indirectly to the increase of adherence to the screening.

It was concluded that the patients' opinion on the psychological and physical consequences of the action, in this case, the performance of the exams, creates a barrier to the screening. With that being said, it is useful to understand the main worries of the patients regarding the exams and try to clarify those fears in the appointment. Other important tool in the increase of the screening adherence, found in this study and in a

major part of the literature, is the physician recommendation, which is still very absent in the family doctor appointments.

Key words: Colorectal Cancer, Screening, Health Beliefs, Empathy.

INTRODUÇÃO

O cancro colo-retal é a terceira neoplasia mais comum em Portugal¹ e as projeções nacionais mostram que apesar da mortalidade ter diminuído ligeiramente em 2014, a sua incidência continuará a aumentar, condicionada pela evolução demográfica e exposição a fatores de risco.² Já foi comprovado em vários estudos que tanto o uso de pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) como colonoscopia são métodos de rastreio eficazes na redução da mortalidade do CCR³⁻⁵ contudo, as taxas de adesão ao rastreio permanecem baixas¹.

Os comportamentos de adesão aos cuidados primários de saúde implicam, por parte do indivíduo, uma atitude de envolvimento ativo, voluntário, de aceitação e de colaboração com a manutenção da saúde, prevenção ou tratamento da doença.⁶ Um dos modelos mais reconhecidos e utilizados para classificar os comportamentos de adesão de cuidados de saúde primários, e assim descobrir fatores de não adesão ao rastreio, é o da Escala de Crenças de Saúde de Champion, 1993, adaptada e reformulada para a língua portuguesa por Patrão e colaboradores.⁷ Uma vez identificados estes fatores, será mais fácil aumentar a adesão desenvolvendo métodos de incentivo aos cuidados de saúde mais direcionados, e logo, mais eficazes.

Há também evidência que a perceção da empatia entre o médico e o paciente tem um impacto positivo no estado da saúde do paciente.⁸ Esta tem sido avaliada eficazmente através do teste *Jefferson Scale of Patient Perception of Physician Empathy (JSPPPE)*,⁹ já validado para Portugal.¹⁰

Poucos estudos têm sido feitos sobre as crenças da saúde e a empatia com o médico de família na população portuguesa,¹⁰⁻¹³ e não existem estudos que usem estas duas variáveis para a mesma população na possibilidade de encontrar uma relação entre

a adesão ao rastreio do cancro colorretal, a empatia do médico de família do doente e as suas crenças sobre a sua saúde.

Com este estudo pretendemos verificar como as crenças de saúde da população e a recomendação do médico de família têm efeito na adesão ao rastreio do CCR; como a empatia do doente com o seu médico de família afeta a sua adesão ao rastreio ou as próprias crenças de saúde e analisar as características sociodemográficas da população aderente e não-aderente.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo, de carácter descritivo, transversal e correlacional, foi realizado numa amostra por conveniência de 122 participantes, com mais de 50 anos e menos de 74 anos, com os critérios definidos pela DGS para a realização de rastreio do CCR.^{2,14} O tamanho da amostra calculado para representar com um intervalo de confiança de 90% e uma margem de erro de 7% da população habitualmente atendida nas Unidades de Cuidados de Saúde Primários do ACES Coimbra foi de 137 pessoas. Os dados recolhidos de dezembro a janeiro na UCSP Fernão Magalhães, USF Briososa, UCSP Norton de Matos e USF Cruz de Celas foram obtidos com o consentimento escrito dos pacientes, após parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ARS do Centro e das respetivas Unidades de Saúde. Os objetivos do estudo e as questões foram lidas e explicadas aos pacientes que não conseguiam ler e, nestes casos, as respostas assinaladas pela investigadora. Os questionários foram entregues e recolhidos pela investigadora na sala de espera das unidades de saúde.

O questionário era composto por questões de caracterização sociodemográfica do doente (idade, sexo, estado civil e habilitações literárias); 2 questões que avaliam se o indivíduo tinha conhecimento da doença e se o seu médico de família já havia recomendado o rastreio do CCR; 34 questões que compõem a Escala de Crenças de Saúde,⁶ modelo este que avalia a perceção de vulnerabilidade (questão 1 a 5), gravidade (questão 6 a 13), benefício (questão 14 a 21) e obstáculos (questão 22 a 34) que o paciente tem sobre o rastreio e a doença em questão; 5 questões sobre a relação dos sujeitos interrogados com o médico de família, que constituem o questionário JSPPPE adaptado a Portugal¹⁰. Ambas as escalas eram do tipo *Likert* onde a pontuação varia de 1 a 5 pontos (1- discordo totalmente, 2-discordo, 3-discordo indiferente, 4-concordo, 5-concordo totalmente). A adesão foi avaliada em 2 questões de escolha múltipla sobre a realização

de uma colonoscopia nos últimos 10 anos ou se realizou uma pesquisa do sangue oculto das fezes nos últimos 2 anos, sendo considerado aderente se respondeu que sim a qualquer um destes itens.

Análise estatística

A base de dados foi contruída em Excel sendo posteriormente analisada com recurso ao SPSS Software. Foi feita análise estatística descritiva para os dados sociodemográficos e referentes ao conhecimento da doença, realização de rastreio e recomendação do médico de família. Foi verificada a distribuição normal dos itens em avaliação do questionário através do teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov. Para analisar a relação das variáveis com a adesão ao rastreio, para as que tinham distribuição normal, foi utilizado o teste paramétrico t de Student e para as restantes foi utilizado o teste não paramétrico U de Mann-Whitney. Para variáveis nominais foi utilizado o teste do Qui Quadrado. Definiu se como estatisticamente significativo um valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Caracterização da amostra

A idade média dos 122 participantes foi de 61,19+/-6,86 anos numa amostra em que a idade era compreendida entre os 50 e 74 anos. Dos 120 que responderam ao questionário sociodemográfico, 57% era do sexo feminino. A grande maioria era casada (70,8%), em comparação com a população solteira (5,0%) e viúva ou divorciada (24,2%). As habilitações literárias foram diversificadas, sendo mais frequente o ensino superior (33,3%).

Adesão ao rastreio do cancro colo-rectal

A esmagadora maioria das pessoas da amostra já ouviu falar sobre o CCR (96,7%), apesar de apenas 46,7% terem realizado colonoscopia e uma minoria (25,4%) ter realizado PSOF (Tabela 1). 80,7% e 80,6% dos exames, respetivamente, foram pedidos pelo médico de família. No geral, 48,4% dos indivíduos já tinham sido aconselhados pelo seu médico de família a realizarem rastreio, enquanto que em 50,8% dos casos o médico de família nunca havia aconselhado.

Considerando que os indivíduos são aderentes ao rastreio se realizarem pelo menos uma colonoscopia há menos de 10 anos e uma PSOF há menos de 2 anos, podemos dizer que nesta amostra há uma taxa de adesão de 40,2% (59 indivíduos).

Tabela 1 - Percentagens de utentes que realizaram colonoscopia ou PSOF

	<i>Sim</i> (A pedido do MF) (%)	<i>Não</i> (%)	<i>Não sei</i> (%)
Realizou colonoscopia há menos de 10 anos	46,7 (80,7)	53,3	0
Realizou PSOF há menos de 2 anos	25,4 (80,6)	69,7	4,9

Foi procurada a relação entre a idade o sexo, habilitações literárias, e o ter sido ou não recomendado o rastreio pelo médico de família com a adesão da amostra ao rastreio (Tabela 2). A população foi dividida em aderente e não aderente, podendo assim mostrar que a maioria da amostra aderente ao rastreio eram mulheres, com ensino superior, que já haviam ouvido falar sobre o CCR e que tinham sido recomendadas a fazer rastreio pelo seu médico de família. Foi encontrada associação significativa entre a idade ($t(-2,87)$, $p=0,005$), o aconselhamento do médico de família e a adesão ao rastreio ($p=0,001$). Dos 48,4% da população recomendada a realizar rastreio, 37,1% aderiram. Em relação à idade, foi visto que a população aderente tem uma idade média de 62,6 anos e a população não aderente tem uma idade média de 59 anos, uma diferença de 3,6 anos.

Tabela 2 - Diferenças entre as variáveis sociodemográficas entre a população Aderente e Não aderente

	Aderentes n(%)	Não-Aderentes n(%)	Total(%)	P*
Sexo				0,692
<i>Feminino</i>	40 (33)	29 (24)	57	
<i>Masculino</i>	32 (26,4)	20 (16,5)	43	
Habilitações literárias				0,974
<i>≤ 4º ano</i>	16 (13,2)	11 (9)	23,3	
<i>5-9º ano</i>	14 (11,6)	9 (7,4)	19,2	
<i>10-12º ano</i>	16 (13,2)	13 (10,7)	24,2	
<i>>12º ano</i>	24 (19,8)	16 (13,2)	33,3	
Recomendação médica				0,001
<i>Sim</i>	45 (37,1)	14 (11,6)	48,4	
<i>Não</i>	27 (22,3)	35 (28,9)	50,8	
<i>Não sabe</i>	1 (0,8)	0	0	

* Nível de significância do teste Chi-quadrado: * $p \leq 0,05$; DP – desvio padrão

Crenças em saúde e Empatia

A média, o desvio padrão, assim como a significância das subescalas do questionário Escala de Crenças de Saúde e do questionário JSPPPE sobre a empatia para a população Aderente, para a Não-aderente e para a amostra global encontram-se na Tabela 3. Observando que a subescala dos Obstáculos está associada significativamente à adesão, ($t(104)=3,50$, $p=0,001$), procurou-se saber qual das questões obteve maior pontuação por parte dos consulentes, no sentido de perceber quais os principais obstáculos. Na Tabela 4 podemos notar que as questões “Ao realizar uma colonoscopia ou PSOF teria receio de descobrir que alguma coisa não está bem” e “A realização da colonoscopia seria dolorosa” destacam-se das restantes, obtendo uma pontuação média de 3,117 e 3,29 respetivamente.

No questionário JSPPPE, tendo em conta que as questões são classificadas numa escala de 1 a 5, as respostas possuem um valor médio de 4,15, sendo que a questão com cotação mais alta foi a “É um médico que me compreende” com uma média de 4,45, e a questão com a cotação mais baixa foi “Pergunta acerca do que está a acontecer minha vida diária” com uma média de 3,70.

Ao relacionarmos a empatia do utente com o médico de família e as crenças de saúde deste, conseguimos encontrar uma relação estatisticamente significativa entre a empatia e a subescala Benefícios ($r=0,031$, $p=0,000$), sendo que quanto maior a empatia com o médico de família, maior a perceção de benefícios do utente. Apesar de nenhuma outra subescala ter uma relação de significância estatística com a empatia, podemos ver pela correlação de Pearson que uma maior empatia tende a aumentar a perceção de gravidade da doença ($r=0,031$, $p=0,758$) e diminuir a perceção de obstáculos ao rastreio ($r=-0,104$, $p=0,290$) e de vulnerabilidade da doença ($r=-0,183$, $p=0,057$).

Tabela 3 - Comparação de resultados das subescalas do questionário Escala de Crenças de Saúde e JSPPPE entre população Aderente e Não aderente

	N	Aderentes		Não Aderentes		Amostra total		
		Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média total (±DP)	P*	
<i>Escala de Crenças de saúde</i>	Vulnerabilidade	110	14,80	3,59	13,48	3,47	14,27 (±3,59)	0,057
	Gravidade	107	26,37	5,07	25,40	4,20	25,96 (±4,73)	0,296
	Benefícios	111	24,86	3,78	24,71	3,49	24,80 (±3,65)	0,719
	Obstáculos	106	37,44	7,80	42,37	5,93	39,44 (±7,48)	0,001
<i>JSPPPE</i>	Empatia	118	20,97	3,06	20,51	3,26	20,79 (±3,13)	0,419

* Nível de significância do teste T de Student: $*p \leq 0,05$; DP – desvio padrão

Tabela 4 - Distribuição da pontuação relativa às questões da subescala Obstáculos

	<i>N</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>
Ao realizar uma colonoscopia ou PSOF nas fezes teria receio de descobrir que alguma coisa não está bem.	120	1,0	5,0	3,117	1,36
Tenho receio de fazer uma colonoscopia porque não compreendo como será feita.	120	1,0	5,0	2,158	1,14
Tenho receio de fazer a PSOF porque não compreendo como será feita.	120	1,0	5,0	2,133	1,16
A realização de uma colonoscopia seria embaraçosa.	120	1,0	5,0	2,717	1,27
A realização da colheita de fezes seria embaraçosa.	120	1,0	5,0	2,267	1,04
A realização de uma colonoscopia demoraria muito tempo.	117	1,0	5,0	2,632	0,99
A realização de PSOF demoraria muito tempo.	116	1,0	4,0	2,388	0,90
A realização de uma colonoscopia seria dolorosa.	119	1,0	5,0	3,429	1,27
A realização de uma colonoscopia obrigaria-me a faltar ao emprego.	116	1,0	5,0	2,328	1,34
Tenho outros problemas mais importantes do que pensar em fazer estes exames.	119	1,0	5,0	2,353	1,12
A realização de uma colonoscopia seria dispendiosa.	117	1,0	5,0	2,496	1,10
A realização de pesquisa de sangue oculto nas fezes seria dispendiosa.	117	1,0	5,0	2,359	1,04
Não consigo lembrar-me de marcar estes exames	115	1,0	5,0	1,843	0,99

DISCUSSÃO

A percentagem de adesão ao rastreio do CCR para este estudo foi de 40,2%, o que está próximo das estatísticas mais recentes de adesão ao rastreio na população do Baixo Mondego que em 2014 foi de 58,2%.²

Perante os resultados apresentados, verifica-se um impacto significativo da recomendação médica na realização de um exame de rastreio do CCR, vendo que dos 48,4% que foram aconselhados pelo seu médico de família a realizar rastreio, 37,1% efetivamente seguiram a recomendação médica versus 11,6% que não aderiram. Quando o rastreio não é aconselhado, a percentagem de utentes que realiza o rastreio é menor do que aquela que não realiza. Este achado é consistente com uma vasta literatura¹⁵⁻¹⁷, já tendo sido também confirmada em Portugal.^{13,18} Podemos ver também que cerca de 80% de ambos os exames realizados pelos utentes (colonoscopia ou PSOF) foram recomendados pelo médico de família, frisando assim a sua importância.

Na Escala de Crenças de Saúde, a perceção de “Obstáculos” foi a que apresentou maior valor preditivo sendo a única com significância relativa à adesão do rastreio ($t(104)=3,50$, $p=0,001$). Isto significa que a opinião do utente sobre as consequências psicológicas e tangíveis da ação, neste caso a realização do exame, cria uma barreira à adesão do rastreio.¹⁹ Esta é uma conexão já presenciada em vários outros artigos,¹⁵⁻¹⁷ inclusive realizados em Portugal.¹⁸ Os obstáculos mais apontados neste estudo revelam que a maior preocupação do utente reside no receio dos resultados e no receio da dor originada pela colonoscopia.

Em contraste, as pontuações altas obtidas nos “Benefícios” mostram que os utentes valorizam a colonoscopia e a PSOF na redução do risco e impacto da doença. Isto demonstra que mesmo que um indivíduo perceçione o rastreio como eficaz, os obstáculos irão impedir o seu compromisso com o rastreio. Noutras palavras, a perceção de

Benefícios tem que prevalecer sobre a percepção de Obstáculos. No entanto, a sua relação com a adesão não foi considerada significativa, o que contraria a maioria da literatura.^{15,18} Isto poderá ser explicado pelas pontuações altas transversais a toda a amostra resultando numa baixa variação de resposta. A relação direta entre os Benefícios e a Empatia e a relação inversa entre os Obstáculos e a Empatia encontrados neste estudo poderá ser uma forma de intervir e influenciar as crenças de saúde dos utentes, contribuindo assim de forma indireta para o aumento de adesão no rastreio. Isto significa que, ao criarmos uma relação de empatia com o utente, podemos mais facilmente quebrar as barreiras que o utente tem em relação ao rastreio.

As médias da Vulnerabilidade e Gravidade não mostram grande variação de valores na população Aderente e Não aderente, levando à sua baixa correlação com a adesão. A média total é, em ambas, próxima da mediana, revelando que o peso dado à probabilidade do próprio vir a desenvolver CCR e à seriedade e gravidade da doença e das suas sequelas, não é elevado nem é suficiente para levar o utente a tomar ações de precaução e rastreio.

Relativamente às respostas do questionário JSPPPE, conseguimos concluir que, de um modo geral, os utentes sentem uma relação de empatia com o médico na consulta, visto que de uma escala de 1 a 5, o valor médio das respostas foi de 4,15 e numa pontuação total possível de 25, a média foi de 20,79 (DP \pm 3,13).

No que diz respeito às variáveis sociodemográficas, apenas a idade surgiu como preditor de adesão ao rastreio, no entanto, existem relações reconhecidas na literatura que aqui não foram demonstradas. Aqui foi revelado que a probabilidade de aderir ao rastreio aumenta com o avançar na faixa etária dos sujeitos.^{6,20,21} Apesar da maioria dos aderentes ser do sexo feminino, não foi encontrado valor preditivo no sexo, sendo esta informação inconsistente com a maioria dos estudos.^{20,21} As habilitações literárias também não

mostraram correlação com a adesão mas a maioria da população aderente apresentava educação superior (> 12ºano). O conhecimento sobre a doença teve uma resposta positiva evidente e esmagadora mas não comprovou associação significativa com a adesão ao rastreio. Isto pode dever-se ao facto da afirmação no questionário não avaliar em profundidade o conhecimento da doença enviesando assim o resultado com falsos positivos. Para melhor estudo da correlação entre o conhecimento da doença e a adesão ao rastreio, seria apropriado adicionar questões simples sobre o CCR de modo a eliminar os referidos falsos positivos.

Foram encontradas outras limitações ao longo deste trabalho, uma delas foi a definição de população aderente ao rastreio, sendo que a realização de um só exame de rastreio nos últimos 10 anos pode ser insuficiente para caracterizar o indivíduo como aderente. Este problema seria contornado questionando os utentes se já haviam realizado o exame mais que uma vez ou se possuíam perspetivas de voltar a realizar o exame como continuação ao rastreio, sendo considerado Aderente se uma destas questões for afirmativa juntamente com a realização de um exame.

O questionário usado neste trabalho para avaliar as crenças de saúde foi baseado na Escala de Crenças de Saúde de Champion, 1993, adaptada e reformulada para a língua portuguesa por Patrão e colaboradores. Esta escala foi posteriormente atualizada com duas novas subescalas, nomeadamente Pistas de ação e Autoeficácia,¹⁹ e novamente adaptada para a língua portuguesa,¹³ sendo aconselhado usar esta última versão em estudos futuros que tenham intenção de avaliar novas variáveis na adesão ao rastreio.

No questionário de empatia houve a tentativa de controlar a influência da consulta na avaliação da empatia ao pedir ao utente para preencher o questionário antes da consulta. No entanto, os doentes que sentem mais empatia com o seu médico de família e satisfação com a consulta mais provavelmente continuam a ser seguidos por este em

consulta de rotina o que provoca um viés da amostra composta por pessoas que se encontravam na sala de espera das Unidades de Saúde. Realizar os questionários noutra local que não o Centro de Saúde pode levar a resultados mais fidedignos.

Apesar das limitações, o presente estudo aponta e cimenta múltiplas variáveis relacionadas com o rastreio do CCR passíveis de serem usadas a favor deste problema que é a baixa adesão ao rastreio. Uma das ferramentas mais importantes encontradas neste estudo e em grande parte da literatura é a recomendação médica. Futuras intervenções deveriam focar-se na implementação rotineira do aconselhamento de rastreio através de, por exemplo, a ajuda de programas informáticos de gestão de doentes dos Centros de Saúde que são dotados de sistemas de alerta para efeitos de rastreio. Estes mesmos alertam o médico da data indicada para o doente em específico (de acordo com o sexo e idade) realizar os devidos rastreios. Uma medida que poderia ter alto impacto na adesão aos rastreios seria a extensão de tais programas a um nível nacional.

A realização de um estudo prospetivo com o objetivo de analisar a taxa de adesão ao rastreio em utentes com mais de 50 anos que obtivessem uma recomendação médica numa consulta de Medicina Geral e Familiar ajudaria a compreender melhor o peso da recomendação médica na adesão ao rastreio. Os nossos achados também poderão ser relevantes na redução de obstáculos ao rastreio, no sentido de perceber quais as principais preocupações dos utentes relativamente ao exame e trabalhar no sentido de desmitificar e esclarecer medos dos utentes nas consultas. Um estudo focado nos obstáculos dos utentes em relação aos exames de rastreio seria uma oportunidade de conhecer melhor os receios da população.

CONCLUSÕES

A opinião do utente sobre as consequências psicológicas e tangíveis da ação, neste caso a realização do exame, cria uma barreira à adesão do rastreio, sendo útil perceber quais as principais preocupações relativamente ao exame e trabalhar no sentido de esclarecer os medos dos mesmos nas consultas. Outra ferramenta importante no aumento da adesão ao rastreio é a recomendação médica, que ainda não estará presente de forma rotineira na consulta do Médico de família.

BIBLIOGRAFIA

1. Miranda N, Portugal C. Doenças Oncológicas em Números – 2015. *DGS*. 2016.
2. Miranda N, Portugal C. Avaliação e Monitorização dos Rastreios Oncológicos Organizados de Base Populacional de Portugal Continental. Relatório 2014. *DGS*. 2015:44.
3. Mandel JS. Reducing mortality from colorectal cancer by screening for fecal occult blood. *N Engl J Med*. 1993;328(19):1365-1371.
4. Segnan N, Armaroli P, Bonelli L, et al. Once-Only Sigmoidoscopy in Colorectal Cancer Screening : Follow-up Findings of the Italian Randomized Controlled Trial — SCORE. *Oxford Univ Press*. 2011;103(17):1310-1322.
5. Doubeni CA, Corley DA, Quinn VP, et al. Effectiveness of screening colonoscopy in reducing the risk of death from right and left colon cancer : a large community-based study. *Br Med J*. 2016:1-8. doi:10.1136/gutjnl-2016-312712.
6. Patrão I, Leal I. Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do colo do útero: estudo exploratório numa amostra de utentes do centro de saúde de Peniche. *Psicol SAÚDE DOENÇAS*. 2002;3(1):103-112.
7. Taheri-Kharameh Z, Noorizadeh F, Sangy S, Zamanian H, Shouri-Bidgoli AR, Factors associated with adherence to colorectal cancer screening among moderate risk individuals in Iran. *Asian Pacific J Cancer Prev*. 2016;16(18):8371-8375.
8. Decety J, Fotopoulou A. Why empathy has a beneficial impact on others in medicine : unifying theories. *Front Behav Neurosci*. 2015;8(January):1-11.
9. Kane GC, Gotto JL, Mangione S, West S, Hojat M. Jefferson Scale of Patient ' s Perceptions of Physician Empathy : Preliminary Psychometric Data. *Croat Med J*. 2007:81-86.
10. Domingues AC. A Empatia na consulta e a Capacitação dos Consulentes. 2015.

11. de Sousa Correia AL. A Empatia e a Capacitação do consulente em Medicina Geral e Familiar. 2015.
12. Cruz Mendes AR. Empatia e Empoderamento Na Diabetes Mellitus Tipo 2. 2016.
13. Dias Nunes AS. Modelo de crenças de saúde e o locus de controlo da saúde face ao rastreio do Cancro Colo-rectal. 2012.
14. DGS. Norma rastreio oportunístico do Cancro do Cólon e Recto. Norma nº 003/2014 de 31/03/2014 atualizada a 06/11/2014. 2014:1-12.
15. Hay JL, Ford JS, Klein D, et al. Adherence to Colorectal Cancer Screening in Mammography-Adherent Older Women. *J Behav Med.* 2003;26(6).
16. Aiken LS, West SG, Woodward CK, Reno RR. Health Beliefs and Compliance With Mammography-Screening Recommendations in Asymptomatic Women. *Am Psychol Assoc.* 1994;13(2):122-129.
17. Andre D, Velonakis EG. Health Belief Model applied to non-compliance with HPV vaccine among female university students. *Public Health.* 2014;128:268-273.
18. Coutinho J V. Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro da próstata (estudo exploratório). *Psicol SAÚDE DOENÇAS.* 2001;1(2):107-115.
19. Champion V, Skinner C. *Health Behaviour and Health Education: Theory , Research and Praticce.* 4th ed. (Glanz K, Rimer B, Viswanath K, eds.). San Francisco: Jossey-Bass; 2008.
20. Tessaro I, Mangone C, Parkar I, Pawar V. Knowledge , Barriers , and Predictors of Colorectal Cancer Screening in an Appalachian Church Population. *Prev Chronic Dis.* 2006;3(4):1-11.
21. Weller D, Coleman D, Robertson R, et al. The UK colorectal cancer screening pilot: results of the second round of screening in England. *Br J Cancer.* 2007:1601-1605.

ANEXOS

Anexos I – Questionário entregue aos utentes nos Centros de Saúde



ADESÃO AO RASTREIO DO CANCRO COLO-RECTAL: PAPEL DAS CRENÇAS DE SAÚDE E DO MÉDICO DE FAMÍLIA

Este questionário faz parte integrante da Tese de mestrado de uma aluna de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, com a orientadora Doutora Inês Rosendo e o coorientador Professor Doutor José Augusto Simões sendo em antemão aprovado pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro e pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

*O objetivo deste trabalho é **perceber o que leva as pessoas a fazer o rastreio do cancro colo-rectal (intestino)**. Apesar de ser um dos cancros com maior mortalidade em Portugal e apesar da eficácia comprovada dos testes de rastreio, a adesão a este rastreio tem ficado muito aquém das expectativas.*

A sua participação resume-se a preencher este questionário e é facultativa. Poderá deixar de responder a qualquer altura e não será penalizado de maneira nenhuma se o fizer. Os dados cedidos neste questionário serão analisados de forma anónima e confidencial.

Obrigado desde já se optar por colaborar na realização deste projeto.

Nídia Raquel Botelho da Silva, aluna de mestrado de Medicina da FMUC

NÃO REALIZAR SE TIVER:

- a) Menos que 50 anos ou mais que 74 anos
- b) Antecedentes pessoais de adenoma(s), pólipos no intestino ou de cancro do cólon ou do reto;
- c) Doença Inflamatória Intestinal ou outra que obrigue a fazer exames periódicos ao intestino;
- d) Antecedentes familiares em pais ou tios de adenoma (s), pólipos ou de cancro do cólon ou do reto ou síndromes hereditárias de cancro do cólon e reto.

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Idade: _____

Sexo: Masculino Feminino

Estado civil: Casado/a ou União de facto Solteiro/a Viúvo/a ou Divorciado/a

Habilitações literárias: Sem estudos 4º ano ou menos 5º ano até 9º ano 10º ano até 12º ano Superior ao 12º ano

SOBRE O CANCRO COLO-RECTAL

1. Já ouviu falar sobre o cancro colo-rectal (intestino).

Sim Não

2. Realizou alguma colonoscopia há menos de 10 anos.

Sim Não Não sei

2.1. Se sim: A pedido de quem.

Do meu médico de família Outro

3. Realizou uma pesquisa de sangue oculto nas fezes há menos de 2 anos.

Sim Não Não sei

3.1. Se sim: A pedido de quem.

Do meu médico de família Outro

4. O seu médico de família já o aconselhou a fazer o rastreio do cancro do colo-rectal (intestino).

Sim Não Não sei

QUESTIONÁRIO

Para cada uma das perguntas colocadas, assinale um **X** na resposta que achar mais adequada. As opções vão de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”. Mantenha em mente que não há respostas certas ou erradas.

Escala de Crenças de Saúde
(Patrão et al., 2000)

	discordo totalmente	discordo	não concordo nem discordo	concordo	concordo totalmente
1) Acho que é provável poder vir a ter cancro colo-rectal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Acho que a probabilidade de vir a ter cancro colo-rectal nos próximos anos é elevada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Sinto que ao longo da sua vida poderá vir a ter cancro colo-rectal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Acho que tenho maior probabilidade de ter cancro colo-rectal do que a maioria das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) O desenvolvimento do cancro colo-rectal é algo que me pode estar a ocorrer agora.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Estou preocupado/a com o facto de poder vir a desenvolver cancro colo-rectal nos próximos tempos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Pensar no cancro colo-rectal assusta-me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Quando penso acerca do cancro colo-rectal, o meu coração fica a bater mais depressa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Tenho medo de pensar acerca do cancro colo-rectal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Se sofresse de cancro colo-rectal os problemas que teria durariam muito tempo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Se tivesse cancro colo-rectal toda a sua vida mudaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) O cancro colo-rectal poderia ameaçar as minhas relações pessoais mais íntimas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	discordo totalmente	discordo	não concordo nem discordo	concordo	concordo totalmente
13) Se desenvolvesse cancro colo-rectal iria viver mais de 5 anos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) A realização de colonoscopia ajuda a detetar mais cedo a existência de lesões no colon e reto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) A realização de pesquisa de sangue oculto nas fezes ajuda a detetar mais cedo a existência de lesões no colon e reto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Se for encontrada alguma lesão através de colonoscopia, o tratamento do cancro não será assim tão mau.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Se forem encontradas alterações na pesquisa de sangue oculto nas fezes, o tratamento não será assim tão mau.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) A realização de colonoscopia é a melhor maneira de detetar pequenas lesões no cólon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) A realização da pesquisa de sangue oculto nas fezes é a melhor maneira de detetar pequenas lesões no cólon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) A realização de colonoscopia diminuirá as minhas hipóteses de morrer de cancro colo-rectal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21) A realização de pesquisa de sangue oculto nas fezes diminuirá as minhas hipóteses de morrer de cancro colo-rectal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22) Ao realizar uma colonoscopia ou pesquisa de sangue oculto nas fezes teria receio de descobrir que alguma coisa não está bem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23) Tenho receio de fazer uma colonoscopia porque não compreendo como será feita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24) Tenho receio de fazer a pesquisa de sangue oculto nas fezes porque não compreendo como será feita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25) A realização de uma colonoscopia seria embaraçosa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	discordo totalmente	discordo	não concordo nem discordo	concordo	concordo totalmente
26) A realização da colheita de fezes seria embaraçosa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27) A realização de uma colonoscopia demoraria muito tempo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28) A realização de pesquisa de sangue oculto nas fezes demoraria muito tempo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29) A realização de uma colonoscopia seria dolorosa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30) A realização de uma colonoscopia obrigar-me-ia a faltar ao emprego.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31) Tenho outros problemas mais importantes do que pensar em fazer estes exames.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32) A realização de uma colonoscopia seria dispendiosa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33) A realização de pesquisa de sangue oculto nas fezes seria dispendiosa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34) Não consigo lembrar-me de marcar estes exames (colonoscopia ou pesquisa de sangue oculto nas fezes).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*A empatia na consulta e a capacitação dos consulentes
(Domingues AC et all.)*

Acho que o meu médico de família:	discordo totalmente	discordo	não concordo nem discordo	concordo	concordo totalmente
1) Consegue compreender as coisas na minha perspetiva (ver as coisas como eu as vejo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Pergunta acerca do que está a acontecer na minha vida diária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Parece preocupado acerca de mim e da minha família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Compreende as minhas emoções, sentimentos e preocupações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) É um médico que me compreende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Obrigado pelo seu tempo!

Anexo II – Consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Este questionário faz parte integrante da Tese de mestrado de uma aluna de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, com a orientadora Doutora Inês Rosendo e o coorientador Professor Doutor José Augusto Simões sendo em antemão aprovado pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro e pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

O objetivo deste trabalho é perceber o que leva as pessoas a fazer o rastreio do cancro colo-rectal (intestino). Apesar de ser um dos cancros com maior mortalidade em Portugal e apesar da eficácia comprovada dos testes de rastreio, a adesão a este rastreio tem ficado muito aquém das expectativas.

A sua participação resume-se a preencher este questionário e é facultativa. Poderá deixar de responder a qualquer altura e não será penalizado de maneira nenhuma se o fizer. Os dados cedidos neste questionário serão analisados de forma anónima e confidencial.

Obrigado desde já se optar por colaborar na realização deste projeto.

Nídia Raquel Botelho da Silva, aluna de mestrado de Medicina da FMUC

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

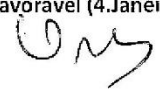



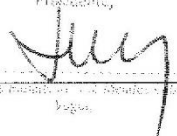

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: __ / __ / ____

Anexo III – Parecer da Comissão de Ética da ARS do Centro



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: PARECER DESFAVORÁVEL ENQUANTO NÃO ENTREGAR CONSENTIMENTO INFORMADO Foi enviado o consentimento informado (e aprovado) pelo que o parecer é favorável (4.Janeiro.2017) 	DESPACHO:  19.01.2017   Dr. José António Vicente Teresa Presidente,  
--	--

Estudo 63/2016

ASSUNTO:

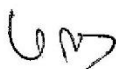
Adesão ao rastreio do cancro colo-rectal: Papel das crenças de saúde e do médico de família

Estudo (incluindo na elaboração de tese de mestrado a realizar na FMUC) que pretende saber os factores de adesão ao rastreio de cancro colo-rectal. Consiste na administração de questionário (auto-preenchido) com questões sócio-demográficas e escalas: *Escala de Crenças de Saúde (Patrão et al., 2000)*, e *Jefferson Scale of Patient Perception of Physician Empathy adaptada a Portugal (Domingues AC et al. A empatia na consulta e a capacitação dos consulentes, 2015)*.

Os eventuais problemas de anonimização e confidencialidade estão contemplados. Bem como os demais itens de metodologia e procedimentos

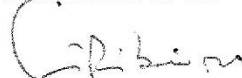
Não apresenta consentimento informado, o que inviabiliza um parecer favorável

O Relator



(Prof. Dr. Vítor Rodrigues)

O Presidente da CES



(Prof. Dr. Fontes Ribeiro)