



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS

**COMPORTAMENTOS DE ADESÃO
AO RASTREIO DO CANCRO DO
CÓLON E RECTO**

MESTRADO EM PSICOLOGIA

NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

Fernanda Isabel Mestre Grou

Faro

2007



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS

COMPORTAMENTOS DE ADESÃO AO RASTREIO DO CANCRO DO CÓLON E RECTO

**Dissertação apresentada com vista à obtenção do grau de mestre em Psicologia,
área de Psicologia da Saúde.**

Fernanda Isabel Mestre Grou

Faro

2007

NOME: Fernanda Isabel Mestre Grou

DEPARTAMENTO: Departamento de Psicologia

ORIENTADOR: Prof.^a Doutora Maria Cristina Campos de Sousa Faria

DATA: 8 de Outubro de 2007

TITULO DA DISSERTAÇÃO: Comportamentos de Adesão ao Rastreamento do Cancro do Cólon e Recto.

JÚRI:

Presidente: Doutor José Carlos Pestana dos Santos Cruz, Professor Auxiliar da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve.

Vogais: Doutora Maria Isabel Real Fernandes de Sá, Investigadora Auxiliar da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa;

Doutora Maria Cristina Campos de Sousa Faria, Professora Adjunta da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Beja.

Dissertação de Mestrado em Psicologia, na área de especialização de Psicologia em Saúde, apresentado à Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade do Algarve, da licenciada em Enfermagem, Fernanda Isabel Mestre Grou, com o tema “Comportamentos de Adesão ao Rastreamento do Cancro do Cólon e Recto”, orientado pela Professora Doutora Maria Cristina Campos de Sousa Faria, Doutorada em Psicologia, na área de especialização de Psicologia da Saúde.

INFORMAR – FORMAR – EDUCAR

Informar é fornecer um conjunto de dados.

Formar é orientar para a eficácia.

Educar é despertar potencialidades.

A informação é dada por quem sabe.

A formação é dada por quem pratica.

A educação é dada por quem vive.

Quem informa tem mais conhecimentos.

Quem forma tem mais experiência.

Quem educa tem mais vivência.

A informação exige pesquisa contínua.

A formação exige progresso contínuo.

A educação exige aprofundamento contínuo.

Pela informação alargam-se os horizontes

Pela formação alargam-se as possibilidades.

Pela educação alargam-se as capacidades.

A pessoa informada está mais prevenida.

Pode evitar melhor os problemas.

Pode caminhar com mais segurança.

A pessoa formada está mais esclarecida.

Pode conhecer melhor as situações.

Pode encontrar mais soluções.

A pessoa educada é mais consciente.

Pode mergulhar mais na realidade.

Pode encontrar o melhor caminho.

A pessoa informada é mais prudente.

A pessoa formada é mais eficaz.

A pessoa educada é mais feliz.

In: Jornal da Família, Dezembro, 1998,pág.5

Para os meus pais por ao longo de toda a vida me terem dado a liberdade para fazer as minhas escolhas, por me terem ensinado a valorizar o resultado do nosso trabalho, pelo “colinho” nos momentos mais difíceis e pelo incentivo para continuar a batalhar pelos meus sonhos.

Obrigado sem vocês nada disto seria possível!

AGRADECIMENTOS

À professora Maria Cristina Faria por me ajudar a traçar o melhor percurso deste trabalho que tantas vezes andou um pouco à deriva e pela paciência e compreensão perante os momentos de desânimo, transmitindo a ideia de que todas as turbulências resultantes do processo de produção de um trabalho académico podem ser resolvidas...obrigado pela preciosa ajuda e incentivo.

Ao Professor Cesário Almeida e ao Professor António Carlos pela disponibilidade, colaboração e compreensão perante o meu constante mar de dúvidas, obrigado.

À tia Luzia e à Sílvia pela preciosa ajuda, disponibilidade e incentivo para continuar.

Ao Dominique e à Andreia sempre disponíveis e prontos a colaborar.

A todos aqueles que de uma forma gentil aceitaram responder aos questionários e colaborar na realização deste trabalho, sem a vossa ajuda nada seria possível.

Ao Pedro pela paciência, pela presença reconfortante nos momentos de algum desespero, pela disponibilidade e ajuda para transpor as dificuldades, pela compreensão perante as inúmeras horas dedicadas à tese e finalmente por acreditar nas minhas capacidades.

RESUMO

Em Portugal, o cancro do cólon e do recto têm elevada incidência e mortalidade, apesar de não existirem dados actualizados, em 2003 o número de novos casos atingia os 3000, esta realidade seria diferente com um programa de rastreio, aproximadamente 90% dos cancros são curáveis na fase inicial.

A finalidade deste estudo é investigar a relação entre alguns factores psicossociais, como as crenças de saúde e optimismo na adesão ao rastreio do CCR, de forma a identificar o perfil do utilizador dos serviços de Cuidados de Saúde Primários e fornecer algumas orientações para uma prevenção oncológica mais eficaz. É um estudo de tipo descritivo, correlacional, exploratório e transversal. A amostra é constituída por 90 pessoas, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 40-70 anos e sem história clínica associada à doença. Procedeu-se à aplicação da adaptação para o Cancro do Cólon e Recto da Escala de Crenças de Saúde aplicada ao Cancro do Colo do Útero (avaliar as crenças de saúde), do Questionário de Comportamentos de Adesão (comportamentos de adesão), do Teste de Orientação de Vida (optimismo) e como fundamento teórico utilizou-se o Modelo de Crenças de Saúde e o Modelo Transteórico de Prochaska & DiClemente. Concluiu-se que as crenças de saúde não influenciam os comportamentos de adesão. O grupo de baixa adesão percebem relativamente às crenças de saúde mais obstáculos, maior vulnerabilidade, menos benefícios e menor gravidade, tem menor optimismo e menor satisfação com bem – estar e saúde; o grupo de elevada adesão percebem menos obstáculos, menor vulnerabilidade, maior gravidade e mais benefícios, tem maior optimismo perante a vida e maior satisfação com saúde e bem – estar

Palavras - Chave: Cancro do cólon e recto, rastreio, comportamentos de adesão, crenças de saúde

ABSTRACT

In Portugal, colon and rectum cancer have high incidence and mortality. Even though there are no actualised data, in 2003, the number of new cases reached the 3000. This reality would be different with a screening, as approximately 90% of the cancers are curable on the initial phase.

The purpose of the present investigation was to investigate the relationship among some psycho-social factors, as the faiths of health and optimism in the adhesion to the I track of the cancer of the colon and rectum, in way to identify the profile of the user of the services of Primary Cares of Health and to supply some orientations for a cancer prevention more effective. This is a descriptive, correlational, exploratory and transversal study. 90 people with ages from 40 to 70 years old, from both genders, and without any clinic history related to the disease compose the sample. Was adapted the Scale of Health Beliefs to the colon and rectum cancers applied to the neck of the uterus cancer (evaluate health beliefs), the Adhesion Behaviours Questionnaire (adhesion behaviours), the Life Orientation Test (optimism) and as a theoretical reason we have used the Health Beliefs Model and the Transtheoretical Model of Prochaska & DiClemente. It was conclude that the health behaviours don't influence adhesion behaviours. The group of lower adhesion easily finds more obstacles, more vulnerability, less benefits and less gravity, and have less optimism relating to the health beliefs, they also have less satisfaction with well – being and health; the higher adhesion group finds less obstacles, less vulnerability, more gravity and more benefits. They also have more optimism to face life and more satisfaction concerning well – being and health.

Key – words: C6lon and rectum cancer; screening, adhesion behaviours, health beliefs.

SUMÁRIO

f.

	RESUMO.....	
	ABSTRACT.....	
	ÍNDICE GERAL.....	
	ÍNDICE DE FIGURAS.....	
	ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	
	ÍNDICE DE QUADROS.....	
	LISTA DE ABREVIATURAS.....	
	LISTA DE SIGLAS.....	
	LISTA DE SIMBOLOS.....	
	INTRODUÇÃO	1
PARTE I -	ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	6
1.	<u>PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DO RISCO....</u>	7
1.1.	SAÚDE.....	7
1.2.	PROMOÇÃO DE COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS.....	11
1.2.1	<u>Prevenção / promoção da saúde.....</u>	11
1.2.2.	<u>Dissonância cognitiva</u>	14
1.2.3.	<u>Comportamentos de risco.....</u>	16
2.	<u>BEM-ESTAR E QUALIDADE DE VIDA</u>	19
2.1.	BEM – ESTAR.....	19
2.2.	QUALIDADE DE VIDA.....	24
3.	<u>PSICOLOGIA DA SAÚDE E O CANCRO</u>	27
3.1.	CONTRIBUTOS DA PSICOLOGIA DA SAÚDE	27
3.2.	PSICOLOGIA DA SAÚDE E A DOENÇA ONCOLÓGICA... ..	35
3.3.	MODELOS E TEORIAS NA ADESÃO AO RASTREIO.....	36
3.3.1.	<u>Modelo das Crenças de Saúde</u>	38
3.3.2.	<u>Teoria da Acção Racional</u>	39
3.3.3.	<u>Teoria da Acção Planeada</u>	41
3.3.4.	<u>Modelo Transteórico.....</u>	41
3.4.	CANCRO.....	44
3.4.1.	<u>Factores desencadeantes</u>	46
3.4.2.	<u>A realidade do cancro em Portugal.....</u>	55

4.	<u>CANCRO DO CÓLON E RECTO</u>	61
4.1.	CÓLON E RECTO.....	61
4.1.1	<u>Fisiologia</u>	61
4.2.	CANCRO DO CÓLON E RECTO.....	63
4.2.1.	<u>Fisiologia</u>	63
4.2.2.	<u>Epidemiologia</u>	64
4.2.3	<u>Sinais e sintomas</u>	71
4.2.4.	<u>Localizações mais frequentes</u>	73
4.2.5	<u>Grupos de risco</u>	73
4.2.6.	<u>Incidência e Mortalidade</u>	74
5.	<u>CANCRO DO CÓLON E RECTO EM PORTUGAL</u>	75
6.	<u>RASTREIO ONCOLÓGICO</u>	79
6.1.	POLITICAS DE SAÚDE.....	79
6.2.	RASTREIO DO CANCRO DO CÓLON E RECTO.....	84
6.2.1.	<u>Rastreio segundo o grupo de risco</u>	88
6.3.	MÉTODOS DE DETECÇÃO.....	91
6.3.1.	<u>Pesquisa de sangue oculto nas fezes</u>	91
6.3.2.	<u>Sigmoidoscopia</u>	92
6.3.3.	<u>Colonoscopia</u>	93
6.3.4.	<u>Clister Opaco</u>	94
7.	<u>COMPORTAMENTOS DE ADESÃO</u>	97
7.1.	CUSTO/ BENEFICIO DA ADESÃO AO RASTREIO	97
7.2.	FACTORES CONDICIONANTES DA ADESÃO.....	100
7.3.	EQUIPA MULTIDISCIPLINAR – ESTRATÉGIAS.....	102
7.4.	MOTIVAÇÃO.....	107
PARTE II.	<u>INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA</u>	109
8.	<u>METODOLOGIA</u>	110
8.1.	QUESTÃO DE PARTIDA	110
8.2.	OBJECTIVO DO ESTUDO.....	110
8.3	MODELO CONCEPTUAL DO ESTUDO EMPÍRICO.....	111
8.4.	DESENHO DO ESTUDO	113
8.5.	VARIÁVEIS EM ESTUDO.....	113
8.6.	HIPÓTESES.....	114

8.7.	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	114
8.7.1.	<u>Caracterização sócio – demográfica da amostra</u>	115
8.7.1.1.	Idade.....	115
8.7.1.2.	Sexo.....	115
8.7.1.3.	Estado civil.....	116
8.7.1.4.	Nível de escolaridade	116
8.7.1.5.	Situação profissional.....	117
8.7.2.	<u>Caracterização clínica e psicológica</u>	117
8.7.2.1.	Motivo da consulta de clínica geral.....	117
8.7.2.2.	Frequência da consulta de clínica geral.....	118
8.7.2.3.	Conhecimentos sobre a colonoscopia.....	118
8.7.2.4.	Responsabilidade da colonoscopia.....	120
8.7.2.5.	Realização da próxima colonoscopia.....	120
8.7.2.6.	Preferência sobre o sexo do médico que realiza o exame.....	121
9.	<u>ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS</u>	122
10.	<u>INSTRUMENTOS</u>	123
11.	<u>ESTUDO PSICOMÉTRICO DOS INSTRUMENTOS</u>	129
11.1.	BEM – ESTAR E SAÚDE GERAL.....	129
11.2.	TESTE DOS OBJECTIVOS DE VIDA.....	129
11.2.1.	<u>Coefficientes consistência interna de Spearman`s para o optimismo</u>	129
11.2.2.	<u>Estudos relativos à validade</u>	131
11.3.	QUESTIONÁRIO DE COMPORTAMENTOS DE ADESÃO....	132
11.4.	MODELO DAS CRENÇAS DE SAÚDE.....	133
11.4.1.	<u>Análise factorial</u>	136
11.4.1.1.	Validade constructo.....	136
11.5.	QUESTIONÁRIO DE COMPORTAMENTOS DE ADESÃO (BAIXA/ ELEVADA)	138
12.	<u>APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</u>	139
12.1.	BEM – ESTAR E SAÚDE.....	140
12.1.1.	<u>Coefficiente de correlação de Spearman`s</u>	141
12.2.	TESTE DE ORIENTAÇÃO DE VIDA.....	141
12.2.1.	<u>Itens do optimismo</u>	141

12.3.	QUESTIONÁRIO DE COMPORTAMENTOS DE ADESÃO...	143
12.3.1.	<u>Percepção do risco</u>	143
12.3.2.	<u>Percepção da idade de risco</u>	144
12.3.3.	<u>Prevenção da doença</u>	144
12.3.4.	<u>Percepção da urgência do diagnóstico</u>	145
12.4.	ESCALA DAS CRENÇAS DE SAÚDE.....	146
12.4.1.	<u>Sub – escala da gravidade</u>	146
12.4.2.	<u>Sub – escala da vulnerabilidade</u>	148
12.4.3.	<u>Sub – escala dos benefícios</u>	150
12.4.4.	<u>Sub – escala dos obstáculos</u>	151
12.5.	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM A VARIÁVEL CONHECIMENTOS SOBRE CCR.....	154
12.6.	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA (BAIXA/ ELEVADA ADESÃO) DE ACORDO COM AS VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS ESTUDADAS.....	155
12.7.	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA (BAIXA / ELEVADA ADESÃO) DE ACORDO COM AS VARIÁVEIS DE INFLUÊNCIA ESTUDADAS.....	156
12.7.1.	<u>Variável sexo / comportamento de adesão</u>	156
12.7.2.	<u>Variável idade / comportamento de adesão</u>	157
12.7.3.	<u>Conhecimento sobre o CCR/ comportamento de adesão</u>	157
12.7.4.	<u>Cuidados de saúde/ comportamentos de adesão</u>	157
12.7.5.	<u>Conhecimentos colonoscopia/ comportamento de adesão</u>	158
12.7.6.	<u>Dimensões do questionário de comportamentos de adesão/ variáveis de caracterização</u>	159
12.8.	RESULTADOS DOS TESTES DE HIPÓTESES.....	160
12.8.1.	<u>Hipótese A</u>	160
12.8.2.	<u>Hipótese B</u>	161
12.8.3.	<u>Hipótese C</u>	162
13.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	163
14	CONCLUSÕES	182
11.	<u>BIBLIOGRAFIA</u>	186
12.	<u>WEBGRAFIA</u>	193

ANEXOS

ANEXO I Cuidados de saúde, bem – estar e saúde geral

- ANEXO II** **Teste de Orientação de Vida**
- ANEXO III** **Questionário de Comportamentos de Adesão ao Rastreio do
Cancro do Cólon e Recto**
- ANEXO IV** **Escala de Crenças de Saúde**

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Números estimados de novos casos de cancro (incidência) e de mortos (mortalidade) nos homens em 2002 no Mundo	52
Figura 2 – Números estimados de novos casos de cancro (incidência) e de mortos (mortalidade) nas mulheres em 2002 no Mundo	53
Figura 3 – Incidência e mortalidade por cancro – Homens, Portugal 2000.....	59
Figura 4 – Incidência e mortalidade por cancro - Mulheres, Portugal 2000	60
Figura 5 – Anatomia do intestino grosso	62
Figura 6 – Tumor do cólon descendente.....	63
Figura 7 – Pólipos do cólon	64
Figura 8 - Frequência do cancro nas diferentes partes do cólon e recto.....	73
Figura 9 - Incidência do CCR nos homens em Portugal / Países mais desenvolvidos...	75
Figura 10 – Incidência do CCR nos homens em Portugal /Países menos desenvolvidos	76
Figura 11 – Capacidade de visualização do intestino através da sigmoidoscopia e da colonoscopia	93
Figura 12 – Modelo de Comportamento de Adesão ao rastreio do CCR.....	112

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Auto – avaliação do estado de saúde em Portugal	10
Gráfico 2 – Evolução do número de cancros no Mundo desde meados da década de oitenta até 2002	50
Gráfico 3 - Evolução da população em Portugal	55
Gráfico 4 – Evolução da esperança de vida ao nascer em Portugal	56
Gráfico 5 – Causas de morte em Portugal em 2003: Tumores Malignos	58
Gráfico 6 – Risco de poder vir a desenvolver CCR.....	71
Gráfico 7 – Mortalidade por CCR nos dois sexos em Portugal.....	77
Gráfico 8 – Conhecimento/ disponibilidade para realizar a colonoscopia	119
Gráfico 9 – Realização de uma colonoscopia	121

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Percentagem da população inquirida de 15 e mais anos, segundo o sexo e a percepção sobre o seu estado de saúde por região (NUTS II), 1995/1996, 1998/1999	9
Quadro 2 – Metas prioritárias para as doenças neoplásicas.....	83
Quadro 3 – Caracterização da amostra	116
Quadro 4 - Distribuição segundo o motivo da consulta de clínica geral	117
Quadro 5 - Distribuição segundo a frequência a consultas de clínica geral	118
Quadro 6 - Distribuição segundo os conhecimentos sobre a colonoscopia.....	119
Quadro 7 - Distribuição segundo a responsabilidade de realizar a colonoscopia.....	120
Quadro 8 - Distribuição segundo a realização da próxima colonoscopia.....	120
Quadro 9 – Distribuição segundo a preferência do sexo do médico que realiza a colonoscopia	121
Quadro 10 – Coeficientes de consistência interna de Cronbach para o optimismo.....	130
Quadro 11 - Matriz de Correlações de Spearman`s.....	132
Quadro 12 -Alfas de Cronbach para o Questionário de Comportamentos de adesão...	133
Quadro 13 – Coeficientes de Consistência Interna da Cronbach da Escala de Crenças de Saúde Adaptada ao CCR.....	134
Quadro 14 - Alfas de Cronbach para a Escala Total e Sub -Escala - Crenças de Saúde	136
Quadro 15 - Matriz de Correlação da Escala de Crenças de Saúde.....	137
Quadro 16 -Estatística descritiva da Escala de Comportamentos de Adesão.....	138
Quadro 17 – Distribuição segundo o bem-estar e a saúde.....	140
Quadro 18 – Distribuição segundo os itens do optimismo	142
Quadro 19 - Distribuição segundo a percepção do risco de vir a ter CCR.....	143
Quadro 20 - Distribuição segundo so conhecimentos sobre a idade em que aumenta o risco de CCR.....	144
Quadro 21 – Distribuição segundo os conhecimentos sobre a colonoscopia	145
Quadro 22 - Distribuição segundo a percepção da urgência da realização do exame com função diagnóstico	146
Quadro 23 - Distribuição segundo os itens da sub-escala gravidade (I).....	147

Quadro 24 – Distribuição segundo os itens da sub - escala gravidade (<i>continuação</i>)..	148
Quadro 25 - Distribuição segundo os itens da sub escala vulnerabilidade.....	149
Quadro 26 - Distribuição segundo os itens da sub - escala benefícios.....	151
Quadro 27 - Distribuição segundo os itens da sub - escala obstáculos (I).....	152
Quadro 28 - Distribuição segundo os itens da sub - escala obstáculos (<i>continuação</i>) .	153
Quadro 29 - Distribuição segundo o conhecimento do CCR.....	154
Quadro 30 - Diferenças estatísticas entre variáveis psicológicas em função dos comportamentos de baixa/ elevada adesão ao rastreio	155
Quadro 31 - Distribuição da variável sexo / comportamento de adesão	156
Quadro 32 -Distribuições estatísticas dos cruzamentos entre comportamentos de baixa/elevada adesão ao rastreio /variáveis caracterização participantes.....	157
Quadro 33 -Distribuições estatísticas resultantes do cruzamento entre os comportamentos de baixa/elevada adesão ao rastreio e as variáveis de caracterização.....	158
Quadro 34 -Distribuições estatisticamente significativas resultantes do cruzamento entre os comportamentos de baixa/elevada adesão ao rastreio e as variáveis de caracterização	159
Quadro 35 – Correlação entre as dimensões do Questionário de Comportamentos de adesão/ Variáveis de caracterização	159
Quadro 36 - Coeficiente de Correlação de Spearman`s entre o Cancro do Cólon e recto e as Crenças de saúde	160
Quadro 37 - Coeficiente de Correlação de Spearman`s entre a Escala de Crenças de Saúde e o Questionário de Comportamentos de adesão	161

LISTA DE ABREVIATURAS

As abreviaturas de designações são apresentadas apenas aquando da sua primeira referência

AVPP –	Anos de Vida Potencial Perdidos
CCR –	Cancro do Cólon e Recto
DGS –	Direcção Geral da Saúde
EU –	União Europeia
INE –	Instituto Nacional de Estatística
INS –	Inquérito Nacional de Saúde
NUTS –	Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins estatísticos
OMS –	Organização Mundial de Saúde
PAF –	Polipose adenomatosa familiar
SNC –	Sistema Nervoso Central
SPED –	Sociedade Portuguesa de Endoscopia
TAP –	Teoria da Acção Planeada
TAR –	Teoria da Acção Racional
TOV –	Teste de Orientação de Vida

LISTA DE SIGLAS

As siglas e símbolos de designações são apresentados apenas aquando da sua primeira referência.

Cols – Colaboradores

Fig. - Figura

Hab. - Habitantes

Pág. - Página

Pop. - Populacional

Séc. - Século

LISTA DE SÍMBOLOS

- ♀ - Sexo femenino
♂ - Sexo masculino

INTRODUÇÃO

Falar de cancro é muitas vezes, falar de vivências dolorosas, intensas, medos, lutas, vitórias, derrotas, um sem fim de emoções, é o caos que se instala na vida pessoal e familiar, surge sem aviso e coloca em causa tudo aquilo em que se acredita e hipoteca os sonhos e planos para o futuro.

Os sentimentos associados à crença de que cancro é sinónimo de dor e morte levam a que muitas pessoas evitem fazer rastreios apesar das campanhas de informação sobre a importância dos mesmos.

A problemática da doença oncológica ocupa um lugar de destaque em todas as políticas de saúde dos vários países, pois apesar de todos os avanços tecnológicos, quer ao nível do diagnóstico precoce quer do tratamento, a realidade é que os números da morbilidade e da mortalidade continuam a aumentar, o que leva a que cada país elabore linhas orientadoras no combate à doença, entre elas o rastreio oncológico.

É neste âmbito que a Psicologia da Saúde têm uma palavra a dizer no alterar da situação, pois visa a promoção e manutenção da saúde e a prevenção da doença e tem como finalidade investigar de que forma as intervenções psicológicas podem contribuir para melhorar o bem-estar dos indivíduos.

O cancro do cólon e do recto¹ é uma das primeiras causas de morte em Portugal, e uma das doenças com melhor prognóstico quando detectada precocemente, contudo o rastreio desta patologia continua a estar longe do que seria aceitável.

¹ Cancro do cólon e recto – CCR

_____ *Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do cólon e recto* _____

A realidade demonstra que não é suficiente efectuar campanhas de informação sobre a doença e importância do rastreio, é fundamental apostar em programas de prevenção. Há mais de vinte anos que esta realidade atinge a sociedade portuguesa, com as perdas humanas, sociais e económicas a elas associadas, mas o que se constata é que apesar de vários estudos confirmarem a relação custo/ benefício do rastreio do CCR (Fidalgo, 2001; Gouveia, 2005) e o número de anos ganhos com esses programas, em Portugal em 2007 continuamos a aguardar que sejam elaboradas as linhas orientadoras para o rastreio do CCR.

É desejável uma mudança de atitude não só a nível institucional mas também a nível pessoal através do desenvolvimento de comportamentos de adesão aos cuidados de saúde, Patrão citando Turk e Meichenbaum, refere que um comportamento de adesão aos cuidados de saúde implica, por parte do indivíduo, uma atitude de envolvimento activo, voluntário de aceitação e de colaboração com a manutenção da saúde, prevenção ou tratamento da doença. (Patrão e Leal, 2002)

A Psicologia tem recorrido aos modelos de cognição social baseados em crenças individuais sobre a saúde e a doença para a identificação desses factores e de que forma estes podem influenciar a intenção de cada um, de adoptar comportamentos preventivos. Esta investigação tem como suporte o Modelo das Crenças de Saúde e Modelo Transteórico de Prochaska e DiClemente (1982), que na nossa opinião se complementam.

O Modelo das Crenças de Saúde engloba constructos de natureza cognitiva e de índole motivacional, ou seja, as acções desenvolvidas em prol da saúde ou a motivação para recorrer a cuidados médicos estão dependentes das significações atribuídas à doença, da percepção da eficácia e dos custos dos procedimentos médicos. (Cardoso e Rolim, 2005)

Enquanto o Modelo Transteórico de Prochaska e DiClemente (1982) está fundamentado na ideia de que a mudança de comportamento é um processo e que as pessoas têm diferentes níveis de motivação para mudar, definiram cinco etapas de mudança bem definidas, confiáveis e co – relacionadas: pré – contemplação, contemplação, decisão, acção e manutenção. (Oliveira, Laranjeira, Araújo, Camilo & Schneider, 2002)

Sensível a esta realidade pois, como enfermeira, desempenha funções num serviço de cirurgia onde contacta diariamente com doentes com CCR, pessoas a quem a doença só é detectada numa fase avançada quando é necessário recorrer à cirurgia, como meio paliativo e não curativo, e profundamente chocada com o número de doentes que morrem devido à patologia surgiu a necessidade de realizar este estudo onde pretendemos caracterizar os comportamentos de adesão ou não ao exame de rastreio do cancro do cólon e recto, identificar as variáveis que o podem influenciar e traçar um perfil do utilizador dos cuidados de saúde primários que tem baixa ou elevada adesão.

Tal como todas as profissões que trabalham com pessoas e para as pessoas, a enfermagem apesar de estar a passar um período de muitas turbulências e incertezas contínua a ser uma profissão em que é necessário investir no aperfeiçoamento, adaptação a novas realidades e actualização de conhecimentos visando a promoção da saúde e a prevenção da doença, procurando actuar dentro de uma equipa multidisciplinar, de forma, a potenciar o resultado das acções desenvolvidas junto da comunidade. Atendendo ao atrás referido a aposta na realização de um Mestrado em Psicologia, na Área de Psicologia da Saúde, visou muito mais do que o adquirir novas competências académicas e profissionais, através da aquisição de conhecimentos, mas teve uma forte aposta na investigação e intervenção na comunidade.

_____ *Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do cólon e recto* _____

Para a elaboração do presente trabalho foi necessário efectuar uma exaustiva pesquisa bibliográfica, sobre o que foi publicado neste campo nos últimos anos e que serve de suporte a este trabalho, de salientar que apenas encontramos três estudos que avaliam a adesão ao rastreio (dois sobre o cancro da próstata e um sobre o cancro do colo do útero) e foram encontrados alguns estudos que avaliavam o conhecimento das pessoas relativamente à doença e suas consequências.

Este trabalho é constituído por um primeiro capítulo que compreende a introdução, um segundo capítulo em que para um melhor enquadramento do tema a desenvolver, apresentamos conceitos como saúde, bem – estar, promoção da saúde, prevenção do risco, rastreio, cancro, crenças de saúde, comportamentos de adesão e motivação para a saúde. No terceiro capítulo poderemos encontrar o enquadramento metodológico com a definição das variáveis, população e instrumentos de avaliação a utilizar. Por fim apresentamos a bibliografia que serve de apoio a este trabalho.

PARTE 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

PARTE 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Tendo em consideração o objectivo geral deste estudo, ao longo deste capítulo será exposta a fundamentação teórica pertinente e que serviu de suporte ao estudo. Procurando esclarecer e fundamentar os conceitos envolvidos na investigação e o quadro de referência utilizado. “ O quadro de referência é uma generalização abstracta que situa o estudo no interior de um contexto e lhe dá uma significação particular, isto é, uma forma de perceber o fenómeno em estudo.” (Fortin, 2003, pág.93)

1. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE RISCO

A preocupação com a promoção da saúde e prevenção do risco e da doença, continua a ser uma realidade numa sociedade que se pretende activa e participante no que está relacionado com a sua saúde e com o seu bem-estar biopsicossocial.

1.1. SAÚDE

Saúde é um direito humano fundamental, reconhecido por todos os foros mundiais e em todas as sociedades. (Buss, s.d)

A palavra saúde está associada a um vasto leque de conceitos que são influenciados pela sociedade e pelo contexto sócio-cultural. Ao longo do tempo as definições foram sofrendo alterações desde o modelo biomédico, passando pelos modelos psicossomáticos e biopsicossocial e acabando no modelo holístico, em que a pessoa é vista como um todo, têm consciência que todas as suas dimensões (biológicas, sociais e psicológicas) interferem com o seu estado de saúde e desempenha um papel activo em todas as fases do processo de cura ou de prevenção da doença. (Reis, 1992).

A OMS em 1948 definiu que saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou incapacidade.

Na Carta de Ottawa (1986), saúde é definida como um conceito positivo, que dá ênfase aos recursos sociais, pessoais e físicos, é também um recurso que resulta da interacção entre a capacidade da pessoa para gerir as circunstâncias da sua vida e um contacto social que reúna as melhores condições para que cada um dos seus membros seja saudável. (Vitória, 2004)

_____ *Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do cólon e recto* _____

Ao procurarmos fazer uma análise da saúde dos portugueses, e de acordo, com o Ministério da Saúde, esta pode ser avaliada de três diferentes perspectivas: a saúde como ausência de doença, a saúde como bem-estar e a saúde como aptidão funcional. (Ministério da Saúde - Plano Nacional de Saúde, 2004)

A saúde como ausência de doença é analisada tendo por base dois factores a mortalidade e a natalidade referentes a 2002, em relação à mortalidade registou-se um acréscimo de apenas 0,2% face ao ano anterior, sendo a idade média dos falecidos cada vez maior e são as doenças do aparelho circulatório, os tumores malignos, as doenças do aparelho respiratório e as doenças do aparelho digestivo as principais causas de morte da população portuguesa. No que se refere à natalidade verificou-se um ligeiro aumento da natalidade, continuando, todavia, a verificar-se uma tendência crescente para os filhos únicos.

De acordo, com o documento atrás referido as assimetrias regionais no estado de saúde da população portuguesa estão relacionadas com os diferentes costumes regionais associados aos estilos de vida mas revela também as diferenças existentes no acesso aos cuidados de saúde.

A saúde como bem-estar, a OMS recomenda que a opinião que cada pessoa tem do seu estado de saúde seja um dos indicadores utilizados para a avaliação do estado de saúde das populações. Os dados disponíveis mais recentes sobre o estado da saúde dos portugueses são referentes ao Inquérito Nacional de Saúde² de 1998/1999, apesar de posteriormente já ter sido realizado outro INS, não foi possível aceder aos resultados deste. Relativamente ao INS DE 1998/1999 os resultados sugerem uma possível

² Inquérito Nacional de Saúde – INS

alteração no padrão de distribuição da auto-apreciação do estado de saúde em Portugal entre 1995/1996 e 1998/1999.

Quadro 1 – Percentagem da população inquirida de 15 e mais anos, segundo o sexo e a percepção sobre o seu estado de saúde por região (NUTS³ II), 1995/1996, 1998/1999

(%)

Região (NUTS II)	Percepção do estado de saúde								
	Bom / muito bom			Razoável			Mau / muito mau		
	Total	Homem	Mulher	Total	Homem	Mulher	Total	Homem	Mulher
1995/96									
Continente	29,4	35,6	25,4	41,4	41,1	41,5	29,3	23,3	33
Norte	33,2	37,9	30,6	38	37,6	38,2	28,7	24,4	31,2
Centro	25,2	30,1	22	42,2	42,6	42	32,5	27,4	36
Lisboa e Vale do Tejo	30,1	37,1	25,6	43	41,7	43,8	26,9	21,1	30,5
Alentejo	26,1	36,5	19,7	42,3	42	42,5	31,6	21,5	37,7
Algarve	31,6	37	26,8	41,8	42,4	41,2	26,6	20,6	31,9
1998/99									
Continente	31,3	38,5	27,1	42,9	41,6	43,7	25,8	19,9	29,3
Norte	31,4	38,1	27,6	42,2	40,8	43,1	26,4	21,1	29,3
Centro	26	32,4	22,1	44,1	44	44,2	27,9	23,5	30,5
Lisboa e Vale do Tejo	34,3	42,8	29,1	43,3	40,7	44,9	22,4	16,5	26
Alentejo	33,2	40	29,3	42,5	43	42,2	24,3	17	28,5
Algarve	31,5	38,8	27,2	41,7	39,3	43,1	26,9	22	29,7

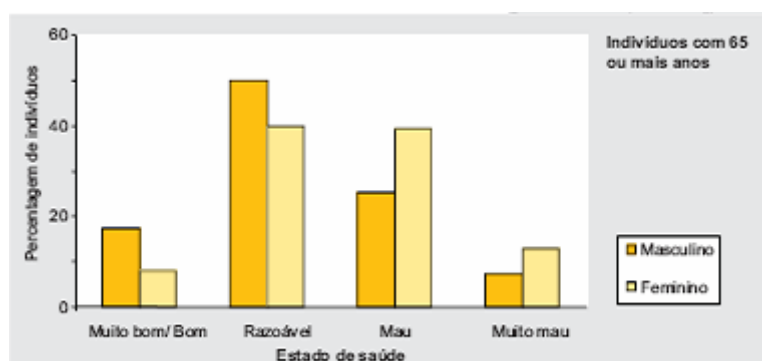
Fonte: Ministério da Saúde, INS, 1995/96; INS, 1998/99

Da observação do quadro 1 verifica-se que existem algumas alterações significantes entre a percepção do estado de saúde em 1995/6 e 1998/9. A maioria dos inquiridos percepciona o seu estado de saúde como razoável, ocorreu um aumento da percentagem de homens que percepcionam a sua vida como bom/ muito bom (38.5%) e o mesmo aconteceu em relação às mulheres, verificou – se ainda que a percentagem de mulheres (29.3%) que percepciona o seu estado de saúde como mau/muito mau, é muito superior ao dos homens.

³ Nomenclaturas das unidades territoriais para fins estatísticos - NUTS

A região Alentejo apresenta alguns dados interessantes como sejam, o número significativo de mulheres que percebem o seu estado de saúde como bom/ muito bom, ocorrendo um aumento de aproximadamente 10%, em relação a 1995/6. De salientar, que ocorreu uma ligeira diminuição em todo o país do número de indivíduos que percebem o seu estado de vida com mau/ muito mau. Relativamente aos itens “bom” e “muito bom” existe uma maior percentagem de homens que avaliaram assim o seu estado de saúde, em ambos os INS e em todos os grupos etários. Verifica-se também que a percentagem de pessoas que avaliam o seu estado de saúde como “bom” ou “muito bom” decresce com a idade em ambos os sexos, o que está directamente relacionado com a percepção que os idosos têm do seu estado de saúde avaliando-a de “mau” e “muito mau”. As mulheres consideraram o seu estado de saúde como “mau” ou “muito mau” mais frequentemente do que os homens, podendo observar-se uma diminuição em ambos os sexos entre os dois INS.

Gráfico 1 - Auto – avaliação do estado de saúde em Portugal



Fonte: INS 1998/99
Elaborado por: Eurotrials

O último dos pressupostos analisados é a saúde como aptidão funcional, em 2001, o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge publicou os resultados de um estudo que

permitiu obter informação sobre as capacidades funcionais de indivíduos idosos, concluíram que 8,3% dos indivíduos declaram apresentar grandes incapacidades, estimando-se em 12% a percentagem de indivíduos que declara precisar de ajuda para actividades da vida diária.

Menezes e Pais Ribeiro (2000, pág. 524) citando Downie, Tantaliza & Tannahill referem que “o objectivo global da promoção da saúde pode resumir-se como o desenvolvimento equilibrado das facetas física, mental e social da saúde positiva, associado à prevenção da má-saúde (illhealth) física, mental e social”.

1.2. PROMOÇÃO DE COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS

1.2.1. Prevenção / promoção da saúde

A palavra prevenção tem origem no latim *praeventionem*, que deriva da palavra *prevenire*: vir antes, antecipar-se, traduz-se pelo acto de prevenir-se, dispor-se previamente ou ter opinião antecipada. O termo preventivo deriva deste conceito, significando aquilo que se evita. (Bueno, 2000; Ferreira, 1999; Cestari, 2005)

Quando se fala de prevenção surge sempre associada a promoção da saúde, conceitos diferentes interrelacionados, torna-se pertinente diferenciar os conceitos de prevenção da saúde e de promoção da saúde.

A prevenção é um conjunto de acções que visam evitar o aparecimento de doenças específicas, o controlo da transmissão e redução do risco de doenças degenerativas. O comportamento preventivo está associado a factores sociais, ambientais, psicológicos e culturais. (Cestari, 2005)

_____ *Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do cólon e recto* _____

A promoção da saúde é um processo permanente e contínuo de reflexão entre a articulação e a coerência, é um conceito vasto e visa a alteração das condições de vida e de trabalho, através de mudanças profundas na forma de articular e utilizar o conhecimento na construção e operacionalização das práticas de saúde, visando aumentar a saúde e o bem-estar, não estando relacionado com qualquer doença. (Czeresnia, 2003)

Para que os objectivos delineados nos programas de promoção da saúde possam ser atingidos, as pessoas têm de se consciencializar de que são responsáveis pela sua saúde e de ter comportamentos preventivos em saúde, para manter ou aumentar a sua saúde, como sejam, uma dieta equilibrada, fazer exercício físico, lavar os dentes, não fumar, ingerir bebidas alcoólicas de forma moderada, entre outros. Para Kleinman citado por Cestari (2005) um comportamento preventivo de saúde é um sistema cultural e de significados, que possui uma organização interna dos saberes individuais, o que se reflecte na forma pessoal do indivíduo explicar e procurar a solução dos seus problemas de saúde, através da adopção de determinados comportamentos.

A saúde e o bem-estar estão directamente relacionados, o que implica que qualquer programa de prevenção deve ter em consideração que o significado e o valor que lhes são atribuídos pelas pessoas são influenciados pelo estilo de vida, atitudes, valores, crenças e comportamentos e representam as suas realidades.

A Psicologia da Saúde tem demonstrado uma enorme sensibilidade no que está relacionado com o estudo desses significados e “ na identificação das significações pessoais e, também, sobre a possibilidade de mudança dessas significações no sentido da promoção de comportamentos saudáveis, da prevenção da doença e da facilitação dos processos de reabilitação”. (Fradique e Reis, 2002, pág.475).

Maciel (1999) propôs um novo conceito sobre prevenção, o conceito de atitude positiva em prevenção, este é definido como a procura do indivíduo por cuidados de saúde, independentemente dele ou do grupo a que pertence estar com um problema de saúde, esta atitude é determinada pelas crenças e percepções do indivíduo sobre o que é saúde, doença, prevenção e ainda pelas experiências vivenciadas pelo mesmo para a prevenção, manutenção ou tratamento da sua saúde. São duas as dimensões que podem influenciar as atitudes: as condições concretas de existência do indivíduo, caracterizadas pelas condições sócias económicas e as percepções e comportamentos em saúde, caracterizadas pela percepção do problema de saúde e pela procura de cuidados de saúde.

Na actualidade, com o acesso a inúmeras fontes de informação, as pessoas estão mais informadas sobre as doenças, etiologias, sinais e sintomas, meios de diagnóstico e tratamento e formas de prevenção. Mas associada a este aumento de informação surge também um mercado, que disponibiliza vários meios e métodos para ter uma vida saudável, mesmo que não tenham qualquer valor científico.

Responsabilizar as pessoas pela sua saúde e motiva-las para que adoptem comportamentos saudáveis é essencial, segundo o Modelo das Crenças de saúde de Becker as pessoas só alterarão os seus comportamentos se acreditarem que são susceptíveis à doença, que esta têm consequências na sua vida e que a adopção de comportamentos saudáveis trará benefícios, através da prevenção da doença e permitindo uma actuação precoce, e que os custos são inferiores aos benefícios resultantes da adopção de um comportamento saudável. (Menezes e Ribeiro, 2000)

Reis (1998) afirma que as interpretações ou significações sobre uma alteração percebida no estado de saúde, ou quando se pretende prevenir a ocorrência de uma determinada doença são parte integrante do estado de saúde da pessoa

A OMS considera que a opinião que cada pessoa tem do seu estado de saúde é o indicador recomendado para a avaliação do estado de saúde das populações e de bem-estar, pois como afirma Faria (2003, 97), quem se sentir com saúde, “...sentir-se-á mais forte para alcançar os seus objectivos....”

A saúde e o bem-estar são mais que uma preocupação individual, envolvem a comunidade e como tal os governos elaboram directrizes que permitam alcançar e manter essa situação, a nível nacional essa preocupação também está presente, o Ministério da Saúde definiu saúde no Plano Nacional de Saúde – 2004-2010, como “.... uma possibilidade para uma maior ausência de doença, para um maior bem-estar ou para uma maior aptidão funcional.” (Ministério da Saúde - Direcção Geral da Saúde⁴, 2003, pág.29)

1.2.2. Dissonância cognitiva

Apesar de frequentemente surgirem novas campanhas de prevenção e de rastreio, que apelam à participação da população os níveis de adesão continuam a ser baixos, a decisão de aderir ou não, gera conflito pois as pessoas sabem que o rastreio é importante, que o deveriam fazer porque o cancro é uma doença grave mas continuam a adiar, ou seja, estamos perante o que Festinger denominou de dissonância cognitiva, esta teoria afirma que dissonância é uma tensão entre o que a pessoa pensa ou acredita e aquilo que faz, e conseqüentemente por causar desconforto e preocupação obriga a

⁴ Direcção Geral da Saúde - DGS

peessoa a alterar a sua cognição, crença ou atitude. Ou seja, quanto maior for o número de cognições inconsistentes com uma determinada decisão, maior o conflito antes da decisão e maior a dissonância cognitiva depois, toda esta situação resulta numa relação positiva entre o conflito e o tamanho das trocas entre os atributos, isto é, quanto maiores são as trocas, mais sacrifícios temos de aceitar ao escolher uma opção em detrimento de outra e, conseqüentemente, maior é o grau de conflito sentido pelos decisores. (Rosa, Scholten e Carrilho, 2006)

Dissonância e consonância são relações entre cognições, ou seja, entre opiniões, crenças, conhecimentos sobre o ambiente e conhecimentos, Duas opiniões, ou crenças, ou itens de conhecimento são dissonantes entre si quando não se encaixam um com o outro, isto é, são incompatíveis. Existem três maneiras de se lidar com a dissonância cognitiva, através da tentativa de substituir uma ou mais crenças, opiniões ou comportamentos envolvidos na dissonância; tentativa de aquisição de novas informações ou crenças que irão aumentar a consonância existente, fazendo assim com que a dissonância total seja reduzida e tentar esquecer ou reduzir a importância daquelas cognições que mantêm um relacionamento dissonante. (Festinger citado por Carroll, 2003)

Transpondo para a realidade em estudo, uma pessoa sabe que o rastreio é importante para a prevenção da doença oncológica, mas têm receio de descobrir que algo está errado, têm medo de ficar doente, têm receio que o exame seja doloroso, então se conseguirmos fazer passar a ideia de que o exame não é doloroso, é acessível, que pode resolver algum problema, caso este exista, sem recorrer à cirurgia, que evita a morte em muitos casos, talvez algumas crenças se alterem e com elas os comportamentos.

De uma forma simples, e de acordo com alguns autores a problemática pode ser colocada assim, ou os nossos conhecimentos se adaptam ao nosso comportamento, ou o nosso comportamento se adapta ao nosso conhecimento. Nos seus estudos, Festinger descobriu que obrigar uma pessoa a fazer algo em que não acredita, pode ser suficiente para fazer alterar a sua opinião.

1.2.3 - Comportamentos de risco

Inúmeros estudos realizados confirmam que as campanhas de informação não são eficazes na mudança de comportamentos e reforçam a ideia de que existe um enorme número de factores que influenciam o comportamento humano, a percepção do risco é um dos elementos fundamentais na atitude comportamental.

O conceito de risco, têm adquirido alguma relevância nos tempos actuais, para a problemática em estudo, optámos pela definição utilizada na saúde pública e promoção da saúde, em que risco é sinónimo de perigo. (Dias et al, 2004)

As mudanças de comportamentos só são possíveis se houver a capacidade de transmitir às pessoas informações sobre a importância de terem um papel activo na manutenção de comportamentos saudáveis, para tal, deverão ser desencadeadas acções que permitam dotá-las do conhecimento das suas capacidades pessoais, permitindo-lhes canalizar as suas capacidades para melhorar a sua saúde, bem-estar e qualidade de vida, tendo presente que as pessoas são influenciadas por crenças, atitudes, valores e estilos de vida. Por tudo isto, a forma como cada pessoa percepção o risco de poder vir a ter uma doença e as consequências daí resultantes, é única, logo o estilo de vida está associado directamente com os comportamentos de saúde. (Pais Ribeiro, 1994; Reis, 1998, Pais Ribeiro, 1998; Fradique e Reis, 2004)

Vieira et al (2004), referem que a noção de risco não pode ser dissociada da lógica relacional estabelecida com a rede de significados e relações sociais que frequentemente dificultam a decisão, o risco é relativizado e hierarquizado pelo indivíduo, condicionado pelas suas relações interpessoais, com os seus diferentes papéis e diferentes relações de poder, ou seja, a percepção do risco é subjectiva e por isso susceptível de negociações entre o "eu" e o "outro".

É importante a coordenação de esforços para a mudança do comportamento humano, apesar deste tipo de mudanças serem complexas, pois não basta informar acerca dos malefícios de determinados tipos de comportamento para que se verifique uma verdadeira mudança. (Pais Ribeiro, 1994)

Outros autores concordam com esta ideia, entre eles, Figueiras, Alves e Barracho (2004) e reforçam-na ao afirmarem que o insucesso das muitas campanhas de prevenção e dos programas de intervenção, em produzirem alterações do comportamento demonstra a necessidade de identificar os factores que podem ter uma maior influência na promoção de comportamentos preventivos.

Concordar em realizar um rastreio implica correr o risco de lhe ser detectada uma lesão, com ou sem malignidade, que deve ser encarada como uma situação que é possível resolver, deverão ser desenvolvidas acções que visem atenuar o mais possível as conotações negativas associadas ao rastreio das doenças oncológicas. A prevenção das doenças oncológicas pode ocorrer a três níveis de actuação: primária (médicos de clínica geral, enfermeiros, psicólogos, ou seja equipa de cuidados de saúde primários), secundária e terciária (responsabilidade dos médicos especialistas).

Menezes e Pais Ribeiro (2000, pág.523) descrevem algumas das funções a desempenhar pelo psicólogo que actua na área da prevenção, funções estas que devem ser extensivas

_____ *Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do cólon e recto* _____

a toda a equipa multidisciplinar “: a) trabalhar as crenças de susceptibilidade (prevenção primária); b) informar a população em geral, no sentido de promover uma mais rápida detecção das pessoas em risco; e c) melhorar a adesão à terapêutica, com implicações no aparecimento de certos sinais/sintomas e/ou na sua gravidade (prevenção secundária).”

2. BEM-ESTAR E QUALIDADE DE VIDA

2.1. BEM – ESTAR

O bem-estar é definido como um conceito que têm como finalidade traduzir a motivação e a realização do sujeito, como resultado do conjunto de competências (resiliência) e de estratégias (coping) que este desenvolve para conseguir fazer face às exigências e dificuldades pessoais e profissionais, superando-as e otimizando o seu próprio funcionamento. (Jesus, 2005).

O bem-estar é mais do que uma preocupação individual, pela sua repercussão na sociedade merece a atenção da mesma. A Comissão Europeia (2003, pág.2) publicou um documento de reflexão onde constam o objectivo global do programa de saúde pública, a finalidade é “contribuir para a concretização de um elevado nível de saúde e bem-estar físico e mental e de uma maior igualdade em matéria de saúde em toda a Comunidade, orientando a acção para a melhoria da saúde pública, a prevenção das doenças e distúrbios humanos e a redução das causas de perigo para a saúde, a fim de combater a morbilidade e a mortalidade prematura, tendo em consideração o sexo e a idade...”

A saúde e o bem-estar caminham de mãos dadas e indiscutivelmente uma influência a outra, esta relação e as suas repercussões foram desde há muito motivo de estudo pela Psicologia, através da praxis e investigação, a Psicologia da Saúde tem um papel a desempenhar na construção de ambientes de bem-estar individual e social, Faria (2003,pág.98) refere que “...Para desenvolver seres humanos saudáveis é preciso ensiná-los a tomar opções de vida equilibradas e promotoras de bem-estar...”

No âmbito da Psicologia da Saúde, vários estudos têm sido desenvolvidos de uma forma transversal em toda a sociedade com a finalidade de avaliar a relação entre os diversos factores associados à saúde, doença, bem-estar e qualidade de vida e a situação profissional, estudos que se tem focado especialmente na classe docente, enfermeiros e médicos e que visam contribuir para a melhoria do bem-estar psicológico e da qualidade de vida dos sujeitos e das comunidades. (McIntyre, McIntyre e Silvério, 1999; Jesus, Pereira, Salvador & Costa, 2000; Jesus, Pacheco & Santos, 2003; Teixeira, 2004; Peixoto e Pedro, 2006)

Jesus citando Cramer (2005) ao abordar a relação entre saúde, bem-estar e qualidade de vida afirma que estes conceitos são sinónimos e influenciam-se directamente, não se podendo dissociar. O atrás referido, é consensual com o defendido por Ribeiro (1998) ao considerar que o bem-estar é parte integrante da definição de saúde e a saúde é a variável que melhor explica a qualidade de vida.

Bem-estar, saúde e qualidade de vida são os vértices de um triângulo que são influenciados pelas experiências de vida e pelas condições de vida, o que faz com que cada pessoa tenha uma percepção única da sua vida baseada nestas condicionantes.

Ao debruçar – se sobre o estudo desta temática, Jesus (2005) concluiu que a experiência de vida influencia o bem-estar subjectivo, definido como uma reacção avaliativa do sujeito em relação à sua própria vida. O bem-estar subjectivo é constituído por duas dimensões, a cognitiva (relacionada com a satisfação com a vida) e a afectiva (relacionada com a afectividade positiva e negativa).

Refere ainda, baseado em vários autores, que a personalidade têm influência sobre o bem-estar subjectivo, citando Compton afirma existirem seis variáveis preditivas do bem-estar subjectivo: auto-estima positiva, extroversão, sentido e propósito na vida,

optimismo, sentido de controlo percebido e relações sociais positivas (ao contrário, dinheiro, idade, género, educação, raça e clima não se revelaram predictores significativos).

O interesse da Psicologia pelo estudo da personalidade, visando a auto – percepção de competência pessoal e de ajustamento às normas sociais, vem desde há muito. Vários autores têm demonstrado interesse na temática existindo na actualidade um renascer do interesse (Allport, 1961; Erikson, 1950; Jung, 1933; Maslow, 1968; Rogers, 1961, citados em Ryff, 1989; Neri, 2002, Queroz e Neri, 2005), denominando-a como psicologia positiva, segundo esta nova corrente o ajustamento da personalidade tem como indicadores o bem-estar subjectivo e o bem-estar psicológico.

Existe alguma discordância entre os vários autores na definição de bem-estar subjectivo e psicológico, enquanto uns não fazem qualquer distinção, outros distinguem-nos e existem ainda outros que acreditam que os constructos estão conceptualmente ligados mas empiricamente separados. Diener citado por Queroz e Neri (2005) não faz qualquer distinção entre os termos usando-os indiscriminadamente e considera que o bem-estar subjectivo é indicado por satisfação com a vida, por afectos positivos e negativos e por senso de felicidade.

Por outro lado, Ryff (1995) faz a distinção entre bem-estar subjectivo e bem-estar psicológico, definindo este último em termos de competências do self, relacionadas porem diferentes de satisfação e afectos.

O sentimento de bem-estar psicológico resulta da interacção entre as oportunidades e as condições de vida, ou seja, a forma como as pessoas gerem o conhecimento sobre si e sobre os outros e como respondem às exigências pessoais e sociais. (Queroz & Neri, 2005)

Keyes, Shmotkin e Ryff (2002) defendem que conceptualmente o bem-estar psicológico e o subjectivo têm o mesmo conceito mas que empiricamente eram distintos, realizaram um estudo que revelou que o bem-estar psicológico e o subjectivo são influenciados pelos aspectos sociodemográficos e de personalidade.

A forma como cada pessoa identifica o seu bem-estar psicológico é influenciado pelas experiências vividas, oportunidades e condições de vida, a forma como utiliza os conhecimentos adquiridos, o auto-conhecimento e de que forma mobiliza estes conhecimentos para fazer face às exigências pessoais e sociais. Keyes, Shmotkin & Ryff (2002) afirmam que a consciência da existência de um processo de constante delineamento de metas relativamente a objectivos mais elevados favorece o ajustamento e a maturidade individual.

Um outro estudo de Diener, Lucas e Oishi (2002), afirma que o bem-estar subjectivo pode ser definido como a avaliação cognitiva e afectiva que o indivíduo faz acerca da sua própria vida, nestas avaliações entram as reacções emocionais aos acontecimentos e os julgamentos de carácter cognitivo ao nível da satisfação com a qualidade de vida.

Vários são os autores que defendem a multidimensionalidade do bem-estar subjectivo constituído por duas dimensões: a afectiva e a cognitiva. A dimensão afectiva inclui dois factores independentes: a afectividade positiva e a afectividade negativa. A afectividade positiva baseia – se na capacidade de vivenciar sentimentos e emoções agradáveis (a felicidade, alegria, orgulho, entre outras) e a afectividade negativa fundamenta-se na disposição de vivenciar sentimentos negativos e emoções desagradáveis (a culpa, a tristeza, inveja, depressão, raiva, entre outras). A dimensão cognitiva é representada pela satisfação da vida, está relacionada com a avaliação global que o sujeito faz acerca da

sua própria vida, abrangendo diferentes domínios de satisfação, como sejam, os domínios de trabalho, família, lazer, saúde, finanças. (Ribeiro, 2003)

Na origem de todos estes processos encontra-se a inteligência, e muitos são os investigadores que se dedicam ao seu estudo existindo na actualidade três perspectivas a psicométrica, a desenvolvimentalista e a cognitivista. A perspectiva psicométrica foca as diferenças individuais relativamente à capacidade de o indivíduo chegar a respostas precisas e correctas em situações de solução de problemas. A perspectiva desenvolvimentalista aborda a forma como os processos cognitivos se organizam, se estruturam ou mudam durante o desenvolvimento do ser humano. Na perspectiva cognitivista aborda-se o processamento da informação e tenta-se compreender a inteligência humana e de que forma os processos mentais colaboram para o desempenho de tarefas cognitivas. (Queroz e Neri, 2005)

O ser humano é um ser complexo e na opinião de diversos autores utiliza a inteligência em todos os actos que realiza, sejam eles no âmbito da sua vida profissional como pessoal.

Gardner citado por Queroz e Neri (2005) definiu a competência intelectual como um conjunto de habilidades que dão ao indivíduo a capacidade de resolver problemas ou dificuldades, e de poder criar novos problemas com soluções mais eficazes. Considera a inteligência como uma competência complexa e multideterminada que apresenta sete dimensões: linguística, logicomatemática, espacial, musical, corporal, cinestética e pessoal. Segundo o mesmo, a inteligência pessoal divide-se em interpessoal (capacidade de identificar alterações nos outros, como sejam, nos estados de ânimo, motivações e temperamentos) e a intrapessoal (capacidade de conhecimento de si mesmo, de

compreender emoções e sentimentos, utilizando esses conhecimentos para orientar o seu comportamento).

No livro “Inteligência Emocional”, Goleman (2003) abordou a temática e enfatizou na inteligência emocional as relações e as experiências diárias e a influência destas no sucesso da resolução dos problemas da vida, ou seja as pessoas emocionalmente capazes, que conhecem e controlam os seus próprios sentimentos e sabem reconhecer e lidar eficazmente com os sentimentos dos outros, revelam maior bem-estar e sentido de eficácia nos diversos domínios da vida, seja nas relações de intimidade, seja no mundo organizacional.

2.2. QUALIDADE DE VIDA

A saúde é amplamente reconhecida como o maior e o melhor recurso para o desenvolvimento social, económico e pessoal, assim como uma das mais importantes dimensões da qualidade de vida. (Buss, s.d)

A saúde contribui para melhorar a qualidade de vida e esta é fundamental para que um indivíduo ou comunidade tenha saúde.

Desde a antiguidade que o homem se preocupa com a qualidade de vida, *sumum bonum*, a boa vida definida por Aristóteles como a vida eudemônica: a que está de acordo com as virtudes, com o bem maior, o bem supremo. (Nucci, 2003)

Durante vários séculos a QDV⁵ surge associada ao equilíbrio entre a mente e corpo, após a 2ª Guerra Mundial a QDV passa a estar vinculada ao consumo de bens materiais e ao crescimento económico sem limites, na década de sessenta ocorre uma nova alteração e os governos passam, a questionar os objectivos dos programas afirmando QDV não

⁵ QDV – Qualidade de vida

podia ser avaliada só pelos factores económicos mas também pela QDV que proporcionam às pessoas, começando a emergir a ideia de que uma boa vida requer mais do que a aquisição de bens materiais. É após a década de sessenta que começam a surgir os primeiros estudos que pretendem avaliar os níveis de QDV, as Nações Unidas passam a interessar-se pela avaliação desses níveis em várias comunidades mundiais recorrendo a conteúdos de satisfação, insatisfação, felicidade, stress, autonomia, afecto positivo ou negativo, bem - estar subjectivo, entre outros.(Nucci, 2003)

Na actualidade o conceito de QDV é diariamente utilizado por inúmeros sectores da sociedade, tornando-se parte do senso comum, pode surgir associado à linguagem do quotidiano, utilizado pela população em geral ou surgir associado à pesquisa científica. Associado à saúde surge muitas vezes como a ausência de doença.

“qualidade de vida é uma vaga e etérea entidade, algo sobre a qual muita gente fala, mas que ninguém sabe claramente o que é”.

Campbell (1978)

É uma definição elaborada pelo homem e que ao longo dos tempos tem sofrido variadas alterações, pois abarca muitos significados, que reflectem conhecimentos, experiências e valores dos indivíduos e das sociedades, que se referem à QDV em várias épocas, locais e histórias diferentes, é uma construção social influenciada pela relatividade cultural. (Minayo et al, 2000)

Esta relatividade atribuída ao conceito de QDV, está directamente relacionada com a vertente individual e é marcado por três factores: o histórico, o cultural e as classes sociais.

Existem duas tendências quanto à definição do termo de QDV na área da saúde: qualidade de vida como um conceito mais genérico (definição da OMS) e qualidade de vida relacionada com a saúde. (Seidl & Zannon, 2004)

A OMS (1995) definiu QDV como a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações. Esta definição baseia-se nos pressupostos de que QDV é uma construção subjectiva, multidimensional e composta por elementos positivos e negativos.

A expressão qualidade de vida ligada à saúde é definida por Auquier et al como o valor atribuído à vida, influenciado pela deterioração funcional, pelas percepções e condições sociais que são provocadas pela doença e tratamentos e pela organização política e económica do sistema de saúde. (Auquier et al citado por Minayo et al, 2000)

Vários são os autores que defendem que a QDV está intimamente associada às estratégias de promoção da saúde e da prevenção da doença, esta realidade é o resultado dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do sector da saúde nas últimas décadas, em que a saúde e doença surgem associados a factores sociais, culturais, económicos, estilos de vida.

3. PSICOLOGIA DA SAÚDE E O CANCRO

3.1. CONTRIBUTOS DA PSICOLOGIA DA SAÚDE

A psicologia da saúde em Portugal é relativamente recente, o interesse por esta área da Psicologia tem aproximadamente duas décadas e de acordo com Teixeira (2002, pág.165) está associada a dois factores “*pressões internas da própria ciência psicológica e resposta a necessidades sociais resultantes da evolução e progresso da própria medicina e das insuficiências do modelo biomédico em dar resposta a problemas de saúde relacionados com o comportamento.*”

Nos últimos anos em consequência da industrialização e do êxodo das zonas rurais para a cidade ocorreram inúmeras mudanças sociais, que como afirma Teixeira (2002, pág.165) “*introduziram alterações profundas nos sistemas tradicionais de suporte familiar e social e, simultaneamente, induziram o aparecimento de factores de stress social com impactos significativos sobre a saúde dos indivíduos e dos grupos, especialmente nas crianças, adolescentes, mulheres, idosos e indivíduos em situação de fragilidade social.*” Esta realidade permitiu à Psicologia da saúde intervir.

Estas mudanças ocorridas no processo saúde/ doença, com um aumento das doenças crónicas, vão chamar à atenção para a importância dos aspectos psicológicos e sociais inerentes à personalidade e dos estilos de vida com relação às práticas de saúde, o que leva a que na década de 70, ocorra uma alteração do pensar, surge um novo paradigma teórico centrado em dois conceitos específicos e renovadores: a promoção da saúde e o

estilo de vida, centrados na saúde e não na doença. (Dias et al, 2004; Ogden, 1998; Pais Ribeiro, 1994,2000)

É na década de 80 que a nível internacional a Psicologia da Saúde se começa a desenvolver no campo da pesquisa, Traverso-Yépez (2001) citando vários autores diz-nos que esta inicialmente se debruçava sobre a forma como "variáveis psicossociológicas" influenciavam os processos saúde - doença (Rutter, Quiner & Chesham, 1993), ou como a psicologia social contribuía para a compreensão e alteração dos comportamentos relacionados com a saúde (Barriga et al, 1993; Strobe e Strobe, 1995). Segundo Marks et al. (2000), foram principalmente três os factores que contribuíram para o rápido desenvolvimento desse tipo de pesquisa: maior consciência da relação entre os processos de saúde -doença e os comportamentos e estilos de vida; consciência da responsabilidade pessoal pela própria saúde e a desilusão com o modelo biomédico nas práticas de saúde.

Em Portugal, a história da Psicologia da Saúde conta com aproximadamente duas décadas, durante este período têm desenvolvido uma intensa actividade na área da investigação científica, inicialmente através de projectos académicos e estudos mais centrados na doença do que na saúde, existindo uma tendência de focalizar predominantemente as variáveis psicológicas relacionadas com doenças em detrimento das relacionadas com a saúde, tendência esta que se mantém na actualidade. Perante esta realidade, é importante motivar a investigação pelos aspectos psicológicos ligados à prevenção dos problemas importantes da saúde dos portugueses, promoção da saúde, pelas variáveis familiares, sociais e culturais ligadas com a saúde. (Teixeira, 2002)

A Psicologia da Saúde é uma área da Psicologia que se define como "... o conjunto de contribuições científicas e profissionais da psicologia em relação à promoção e à

manutenção da saúde, à prevenção, tratamento e reabilitação da doença, assim como à análise e melhoria do sistema de cuidados de saúde e das políticas de saúde.” Godoy citado por Teixeira e Trindade (2002,pág.29).

A principal finalidade da Psicologia da Saúde é tentar compreender de que forma é possível contribuir para a melhoria do bem-estar dos indivíduos e das comunidades, através de intervenções psicológicas. (Teixeira, 2004)

Na área da saúde, a Psicologia da Saúde tem efectuado um esforço para se inserir como mais uma prática de intervenção, alguns autores afirmam existirem duas formas epistemológicas básicas para estudar e tentar compreender os comportamentos relacionados aos processos saúde – doença, a abordagem da ciência natural, que coloca a psicologia no mesmo nível que as ciências físicas e naturais e que procura uma versão única e verdadeira da realidade e a abordagem humanística, que estuda comportamentos e experiências, procurando desvendar significados e interpretações subjacentes, reconhecendo a peculiaridade e complexidade da experiência humana. (Traverso-Yépez, 2001)

É um domínio de formação aberto a vários profissionais, que tem uma acção preventiva e a sua intervenção visa simultaneamente a pessoa e a comunidade, enquanto ciência desenvolve-se com contribuições multivariadas da ciência psicológica, estabelece uma relação de interdisciplinaridade com as outras ciências da saúde e promove a construção de um discurso autónomo e específico sobre os problemas de saúde, tendo com base o desenvolvimento de modelos psicológicos de investigação e de intervenção. (Teixeira, 2000)

Ibañez (1989) considera que o fazer psicológico, tanto no campo do desenvolvimento teórico como no da intervenção, deve assentar nos seguintes princípios: da natureza

simbólica da realidade social, da natureza histórica e processual dos fenómenos psicossociais, da peculiar expressão da "reflexividade humana", da ideia segundo a qual todo comportamento humano é normalmente propositado, ou seja, realizado em função de razões ou objectivos, da consideração da natureza dialéctica e processual dos fenómenos, bem como do carácter construído e não natural dos fenómenos sociais.

Enquanto ciência os seus fundamentos teóricos são baseados em duas perspectivas diferentes mas que não se excluem, a perspectiva tradicional e a crítica. Teixeira citando Cossley (2004) define-as:

- perspectiva tradicional - modelo bio psicossocial, baseada em metodologias quantitativas, investiga os comportamentos saudáveis e os de risco, tendo como ponto de partida os determinantes psicológicos e o seu valor preditivo;

- perspectiva crítica – modelo fenomenológico - discursivo, baseado em metodologias qualitativas de análise do discurso, investiga as significações relacionadas com a saúde e a doença, centradas nas experiências de saúde e doença.

Enquanto ciência da saúde, a Psicologia da Saúde pode trabalhar em parceria com inúmeras instituições, mas a área onde possivelmente tem uma maior actuação será ao nível dos cuidados de saúde primários, nos quais a perspectiva principal da intervenção individual e com grupos é a de contribuir para a promoção da saúde e para a prevenção, enquanto que noutros serviços de saúde a sua actuação será mais centrada na doença do que na saúde. (Teixeira & Correia, 2002)

Perante esta realidade, saúde pública e psicologia da saúde tornam-se aliadas e os contributos das duas visam aumentar os ganhos para a saúde.

De acordo com Teixeira & Trindade (2002,pág.32), a promoção de estilos de vida saudáveis e a mudança de comportamentos são áreas de actuação onde a psicologia

poderá intervir através “...do controlo das variáveis psicológicas (sociocognitivas e afectivo-emocionais), com destaque para factores cognitivos que podem enviesar o processamento de informação, tais como as crenças de autovalorização, controlo e optimismo excessivos que sustentam a percepção de invulnerabilidade pessoal em relação às ameaças para a saúde que podem resultar do envolvimento em comportamentos de risco.”

A intervenção da Psicologia da Saúde pode ocorrer em diferentes contextos com a finalidade de levar as pessoas a desenvolver competências e comportamentos conducentes à sua saúde, bem-estar, evitar situações de doença e de risco. E deve ter por base uma orientação psicossocial, que veja pessoa como um ser social em que os processos psicológicos individuais e os comportamentos relacionados com a saúde e a prestação de cuidados, são influenciados por factores sociais, culturais e ambientais (Teixeira & Correia, 2002).

Os mesmos autores focam ainda o papel desempenhado pela sociedade em que a pessoa está inserida, as condições de trabalho e de vida. Esta situação encontra reflexo nos países mais desenvolvidos onde a maioria das doenças são provocadas pelas alterações ocorridas na sociedade, aumento do sedentarismo, obesidade, colesterol, o que potenciou um aumento dos factores de risco de natureza comportamental e um aumento das doenças cardiovasculares, diabetes, patologia pulmonar, tuberculose, entre outras.

Em 2004, o Ministério da Saúde publicou o Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes de Saúde relacionados com o Estilo de Vida que tinha como objectivo geral reduzir a prevalência de factores de risco de doenças crónicas não transmissíveis e aumentar a prevalência de factores de protecção, relacionados com estilos de vida, através de uma abordagem integrada e intersectorial, entre as doenças

crónicas encontravam-se o cancro, a diabetes mellitus tipo 2, obesidade e as doenças cardiovasculares.

Os benefícios decorrentes das acções desenvolvidas pela Psicologia da saúde poderão ir muito para além dos contributos atrás referidos e atingirem uma maior dimensão, Teixeira (2004, pág.442) afirma que “...ao contribuírem para a melhoria do bem-estar psicológico e da qualidade de vida dos utentes dos serviços de saúde, pode também contribuir para a redução de internamentos hospitalares, diminuição da utilização de medicamentos e utilização mais adequada dos serviços de recursos de saúde.”

Actualmente a Psicologia da Saúde apresenta-se sustentada na investigação quantitativa, onde a precisão dos números e os modelos simplistas tornaram-na não só aceitável, mas até irrecusável, na intervenção em saúde, contudo é necessário continuar a investir. (Correia, 2006)

A sua acção foca -se fundamentalmente a promoção da saúde e prevenção (intervencções de supressão tabágica, de álcool e drogas, promoção de comportamentos alimentares saudáveis, mudança de comportamentos sexuais de risco e de adesão aos rastreios oncológicos), os efeitos do stress sobre a saúde, através da promoção de estratégias de confronto (coping) adequadas e/ou da melhoria da utilização do suporte social, incidindo sobre confronto com procedimentos médicos (cirurgia, cateterismo cardíaco, quimioterapia), controlo de sintomas (dor crónica, cefaleias), gestão do stress (doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, doenças psicossomáticas), adaptação à doença crónica, adesão a tratamentos médicos e a actividades de auto-cuidados, melhoria da informação em saúde e da comunicação do utente com os técnicos de saúde, intervenção familiar e na prestação de cuidados psicológicos a indivíduos com perturbações mentais. (Teixeira, 2004)

Uma Psicologia da Saúde, que pretende estar intimamente ligada à realidade e que visa contribuir para melhoria da saúde e do bem-estar dos portugueses, tem obrigatoriamente que apostar no desenvolvimento da investigação, as principais áreas de investigação são a compreensão da génese e manutenção dos problemas de saúde (através do estudo das relações entre comportamentos e doença, dos estilos de confronto com o stress e do uso de substâncias), promoção da saúde e prevenção das doenças (identificação dos determinantes dos comportamentos saudáveis, dos comportamentos de risco e dos processos de mudança de comportamentos em diferentes fases do ciclo de vida, incluindo também os aspectos comportamentais da saúde ambiental, identificação de metodologias de intervenção comunitária com carácter preventivo e de identificar determinantes psicológicos da mudança de comportamentos, integração da intervenção psicológica na estratégia nacional de prevenção do cancro e de prevenção da depressão), facilitação e potenciação do diagnóstico e tratamento médicos, avaliação e tratamento de problemas de saúde e melhoria do sistema de cuidados de saúde. Teixeira (2002; 2004)

A história da Psicologia da Saúde corre em paralelo com a história da saúde, Matos (2004) fez uma pequena abordagem ao tema onde referia que a primeira revolução da saúde surge associada ao modelo biomédico e à revolução industrial, começam a abordar-se as questões de prevenção e o foco de atenção desloca-se da saúde pública da doença para a saúde e com isto surge uma nova concepção de saúde pública.

Na segunda revolução da saúde ocorre uma mudança do paradigma biomédico para um paradigma de saúde pública devido a alguns factores, como sejam, a constatação de que as doenças infecciosas têm custos altos e curas difíceis, as doenças são contraídas em contactos com o meio físico e social e as doenças apenas se disseminam nestes contactos se as condições são favoráveis aos agentes infecciosos, condições estas que podem ser de

âmbito individual ou ambiental. Neste período começou a valorizar-se o trabalho interdisciplinar nas áreas da saúde.

Após a Segunda Guerra Mundial, ocorre uma alteração de actuação passando a focalizar a importância do comportamento na saúde e na prevenção das doenças que começavam a constituir – se como principais causas de morte nos países desenvolvidos, Lalonde citado por Ribeiro (2004) afirma que o comportamento humano, incluindo o modo como as pessoas interagem com o meio ambiente, é em grande parte responsável pelas doenças no mundo moderno, nos países desenvolvidos.

Na actualidade, predomina uma nova visão em que a importância da intervenção em Saúde passa a estar directamente relacionado com a capacitação das populações para, no confronto com os riscos, conseguirem um rápido restabelecimento de um novo equilíbrio, saudável e cada vez mais complexo, com um mínimo de danos causados pela exposição aos factores de risco.

Preconiza-se a existência de uma terceira revolução da saúde baseada na racionalização dos custos, diminuição dos desperdícios e uma avaliação dos resultados de modo a se providenciar a acção mínima eficaz, intervenções sustentáveis e criação de recursos. (Matos, 2004)

Conscientes de que a saúde está associada a gastos exorbitantes, a racionalização dos custos torna-se inevitável, os Estados pretendem co-responsabilizar o cidadão no processo de saúde/ doença, a questão será até que ponto não se pretende culpabilizar o cidadão pela sua doença, e dificultar o acesso de alguns grupos a cuidados de saúde de qualidade.

3.2 PSICOLOGIA DA SAÚDE E A DOENÇA ONCOLÓGICA.

A problemática da doença oncológica pela actualidade e gravidade tem recebido por parte da Psicologia da saúde uma especial atenção, Anderson citado por Teixeira e Trindade (2002,pág.31) afirma ser importante que “...a incidência do cancro, bem como a mortalidade prematura a ele associada, possam ser prevenidas por mudanças de comportamento.”

No sentido de atingir o atrás referido a psicologia da saúde deverá trabalhar em parceria com outros técnicos e orientar a sua actuação em função dos planos oncológicos do país e das prioridades definidas, procurando assim conciliar esforços que permitam mudanças de comportamento, visando a prevenção, pois a adesão aos rastreios permite a detecção precoce do cancro e aumentar as probabilidades de sucesso no tratamento.

Da vasta pesquisa bibliográfica efectuada o maior número de estudo encontrados abordam a temática do cancro da mama, as suas repercussões ao nível do auto estima, familiares e sociais. Este facto pode estar relacionado com um maior protagonismo desta doença, pois desde há algumas décadas que a sociedade está desperta para esta realidade e tem vindo a alertar para os benefícios do rastreio do cancro da mama, substituindo as entidades estatais e mobilizando recursos para que seja possível uma mudança de atitude. Situação idêntica está neste momento a acontecer em relação ao cancro do cólon e recto, em que a sociedade está a mobilizar recursos para alertar para a gravidade da situação, a prova disso são os inúmeros artigos publicados na comunicação social nos últimos tempos. Esta tomada de posição continua a contrastar com a posição do Governo, que tarda em por em prática um plano de rastreio a nível nacional, poupando vidas e dinheiro.

Em relação ao rastreio oncológico constatou-se que a maioria dos trabalhos elaborados no âmbito da Psicologia da Saúde abordam a temática do cancro da mama e do cancro na infância, existem poucos estudos sobre os comportamentos de adesão ao rastreio de outros cancros, foram encontrados apenas dois, um sobre o cancro do colo do útero (Patrão, 2002) e outro sobre o cancro da próstata (Coutinho, 2001).

3.3. MODELOS E TEORIAS NA ADESÃO AO RASTREIO

De acordo com a OMS, as doenças crónicas, com especial destaque para as doenças cardiovasculares e oncológicas, são as principais causas de morte e incapacidade no mundo, representando um enorme custo económico e humano.

O elevado número de pessoas com doenças crónicas revela o insucesso das muitas campanhas de promoção e prevenção da saúde e dos programas de intervenção, para produzir alterações do comportamento é necessário identificar os factores que podem ter uma maior influência na promoção deste tipo de comportamentos preventivos. (Figueiras, Alves e Barracho, 2004)

Na tentativa de alterar esta realidade têm sido realizados inúmeros estudos que permitiram a identificação dos factores de risco envolvidos na génese dessas doenças e que confirmam que através da prevenção primária a maioria das doenças crónicas pode ser prevenida e/ ou retardada.

Os comportamentos de saúde podem ser influenciados por atitudes, hábitos, valores, sentimentos, crenças e, até mesmo, por modas, que caracterizam e definem o estilo de vida de cada pessoa, o qual é, em grande parte, responsável pelo sentimento de bem-estar biopsicossocial do indivíduo (Ribeiro da Silva, 2002).

A palavra atitude vêm do latim *aptitudinem* atitude, através do italiano *attitudine* significa uma maneira organizada e coerente de pensar, sentir e reagir em relação a grupos, questões, outros seres humanos, ou, mais especificamente, a acontecimentos que acontecem à nossa volta. (Gregório, s.d)

O constructo de atitude tem merecido a tenção de vários autores, Ajzen (1988) define-a como a disposição para responder favoravelmente ou desfavoravelmente a um objecto, pessoa, instituição ou acontecimento, afirmando que é impossível avaliar a atitude por observação directa por esta ser um constructo teórico, ou seja têm de ser avaliada através de respostas mensuráveis.

De acordo com Ajzen, as atitudes possuem três componentes básicos: componente cognitivo (que são os nossos pensamentos e crenças), componente afectivo (que são os nossos sentimentos e emoções) e a componente comportamental (que são as nossa tendências para reagir). Afirma ainda que atitudes e crenças são coisas distintas, defendendo que as crenças são categorias que expressam atitudes.

Alguns dos conceitos atrás referidos, como sejam as atitudes, as crenças e as emoções, tem um papel preponderante em alguns modelos teóricos, tais como o modelo de crenças de saúde, a teoria da acção racional (Ajzen & Fishbein, 1980) e a teoria da motivação protectora (Rogers, 1983), da articulação entre eles conclui-se que o comportamento específico de um indivíduo, e a sua intenção para o realizar, resultam de uma combinação de atitudes, de onde derivam as crenças de saúde (Wardle e Steptoe, 1991; Steptoe e Wardle, 1992; Steptoe et al., 1997 citados em Dias et al, 2004)

A Psicologia tem recorrido aos modelos de cognição social baseados em crenças individuais sobre a saúde e a doença para a identificação desses factores e de que forma estes podem influenciar a intenção de cada um, de adoptar comportamentos preventivos.

Da pesquisa bibliográfica sobre os modelos de cognição social contactou - se os mais utilizados são modelo de crenças de saúde que se baseia nas atitudes e crenças dos indivíduos sobre sua condição de saúde e tem como variáveis a percepção da ameaça, das barreiras e dos benefícios , a teoria da acção racional e a teoria da acção planeada.

3.3.1. Modelo das Crenças de saúde

Uma pessoa aceita ou rejeita uma convocatória para fazer um exame de rastreio consoante as suas crenças em relação à forma como a doença pode ser prevenida e o nível de controlo que sente que têm sobre os factores que podem afectar a sua saúde, estes reflectem uma percepção de que medidas preventivas podem reduzir a probabilidade de eventos adversos (Smith et al., 1999). Então quanto maior for a vulnerabilidade, a gravidade e os benefícios percebidos e quanto menores os obstáculos maior é a probabilidade de decidir desenvolver a acção (Conner & Norman, 1994).

O Modelo das Crenças de Saúde engloba constructos de natureza cognitiva e de índole motivacional, ou seja, as acções desenvolvidas em prol da saúde ou a motivação para recorrer a cuidados médicos estão dependentes das significações atribuídas à doença, da percepção da eficácia e dos custos dos procedimentos médicos. (Cardoso e Rolim, 2005)

De uma forma sucinta e no caso da colonoscopia, o Modelo de Crenças de Saúde defende que uma pessoa submeter-se-á ao exame de rastreio se se aperceber de que é vulnerável ao CCR (percepção da vulnerabilidade), se perceber que as consequências do CCR podem ser graves (percepção da gravidade), se se consciencializar de que o realizar do exame têm benefícios, diminuindo os riscos de ter a doença ou detectá-la precocemente (percepção dos benefícios) e se perceber que os

obstáculos à realização da colonoscopia são baixos (percepção dos obstáculos), fácil acesso, baixo custo, não é doloroso e é eficaz. Então quanto maior for a vulnerabilidade, a gravidade e os benefícios percebidos e quanto menores os obstáculos maior é a probabilidade de desenvolver a acção. (Conner & Norman, 1994)

O Modelo de Crenças de Saúde tem sido aplicado por vários autores e na opinião dos mesmos é o modelo psicossocial e cognitivo – afectivo -motivacional mais utilizado pois tem uma elevada capacidade preditiva no que concerne aos comportamentos de adesão aos exames de rastreio do cancro (Aiken et al, 1994; Champion e Miller, 1996; Murray e McMillan, 1993, Coutinho, 2001, Vaillo et al, 2004).

3.3.2. Teoria da acção racional

A teoria da acção racional (TAR⁶) (Fishbein e Ajzen, 1975; Ajzen e Fishbein, 1980) defende que a alteração de comportamento está relacionada com o processo cognitivo de influência da informação para a aquisição de novas crenças e pensamentos que tenham como finalidade a mudança de comportamento, num sentido mais preventivo.

O homem como ser racional que é, utiliza sistematicamente as informações que estão ao seu dispor, para chegar a uma decisão comportamental, a TAR “ *situa o comportamento como uma função da intenção em realizar ou não tal acção. A intenção, por sua vez, é função de dois determinantes: a atitude pessoal diante do comportamento e a norma subjectiva, ou seja, as pressões interpessoais ou sociais....A atitude e norma subjectiva estão determinadas por crenças comportamentais (avaliação das consequências da atitude) e o peso da avaliação destas consequências, e pelas crenças normativas (grupos*

⁶ TAR - teoria da acção racional

de pertença) e a motivação para concordar com tais referentes, respectivamente.”

(Formiga, Dias e Saldanha, 2005, pág.32)

Consideram também que para além da necessidade de conhecer os determinantes do comportamento a ser modificado numa população específica, é importante avaliar se o comportamento a ser investigado depende apenas do controle real do indivíduo e não de outras pessoas ou serviços de saúde para o realizar, como é o caso do rastreio do cancro da mama, colo do útero, cólon e recto, uso de preservativo, entre outros.

Inúmeros estudos têm recorrido à aplicação da TAR, por defenderem que esta teoria tem evidência empírica considerável na explicação e predição de vários comportamentos preventivos e individuais de saúde (Brubaker e Fowler, 1990; D’Amorim e Gomide, 1986; Dias, 1995; Fishbein, 1990; Formiga, 2002; Fried, De Vore e Dailey, 2001; Gonçalves, 1998; Lierman et al, 1990; Saldanha, 1998; Smith e Stasson, 2000; Wong e Tang, 2001 citados em Formiga, Dias e Saldanha, 2005)

Na tentativa de esclarecer o poder preditivo do Modelo das Crenças de Saúde e da TAR foram realizados algumas investigações que identificaram diferentes variáveis como sendo determinantes na adesão aos programas de rastreio. A maioria destes estudos aborda a problemática do rastreio ao cancro da mama, onde a idade foi identificada como uma variável determinante na adesão. (Pelfrene, Bleyen e Backer, 1998; Rawl et al, 2000; Maxwell, Bancej e Snider, 2001; Vaillo et al, 2004).

A eficácia preditiva dos modelos anteriores não é unânime, existem alguns autores que defendem que Teoria da Acção Planeada⁷ (Ajzen, 1991; Ajzen e Fishbein, 1980) tem maior poder preditivo. (Armitage e Conner, 2000; Sheeran, Conner e Norman, 2001)

⁷ Teoria da Acção Planeada - TAP

3.3.3. Teoria da acção planeada

A TAP é uma extensão da TAR (Ajzen & Fishbein, 1980) inclui o “...*conceito de “controlo percebido” sobre o desempenho de um dado comportamento, como um determinante da intenção e do comportamento. A inclusão deste conceito baseia-se na assumpção de que a uma maior percepção de controlo corresponde uma maior probabilidade de que o desempenho do comportamento tenha sucesso*”. (Figueiras, Alves e Barracho, 2004, pág.572)

Os vários comportamentos relacionados com a saúde não dependerem somente da vontade, e por isso esta dimensão corresponde também à percepção da facilidade ou da dificuldade em desempenhar o comportamento. (Trafimow et al, 2002).

3.3.4. Modelo Transteórico de Prochaska & DiClemente

O Modelo Transteórico de Prochaska & DiClemente (1982) é de acordo com vários estudos um valioso instrumento para a compreensão da mudança de comportamentos relacionados com a saúde, tem sido aplicado a comportamentos como o tabagismo, alcoolismo, actividade física e para o planeamento de estratégias de prevenção de diferentes tipos de cancro. (Graaf et al, 1994, Trudeau et al, 1998; Oliveira, Laranjeira, Araújo, Camilo & Schneider, 2002; Toral, 2007)

Está fundamentado na ideia de que a mudança de comportamento é um processo e que as pessoas têm diferentes níveis de motivação para mudar, foram definidas cinco etapas de mudança bem definidas, confiáveis e co – relacionadas: pré-contemplanção, contemplanção, decisão, acção e manutenção. (Oliveira, Laranjeira, Araújo, Camilo & Schneider, 2002)

Cada estágio representa a dimensão temporal da mudança do comportamento, ou seja, mostra quando a mudança ocorre e qual é seu grau de motivação para realizá-la. (Toral, 2007)

A primeira etapa é a pré-contemplação, não há intenção de mudança de comportamento pelo menos num período de seis meses, este facto pode estar relacionado com a falta de informações correctas sobre as consequências de seu comportamento ou com uma situação de diversas tentativas frustradas de alterar as suas atitudes e actualmente não acreditar na sua capacidade para as modificar de forma efectiva. Nesta etapa as pessoas identificam a solução, mas não reconhecem o problema, normalmente apresentam maior resistência, pouca motivação e são classificadas como não estando em condições para aderir aos programas de promoção de saúde. (Toral, 2007)

Este é o caso da maioria das pessoas que não realizam qualquer tipo de rastreio, sabem que o cancro existe, tem consequências graves mas não se preocupam com essa realidade. A segunda etapa é a contemplação, caracteriza – se pela tomada de consciência de que existe um problema, existindo contudo uma ambivalência quanto à mudança, não existe um prazo estabelecido para iniciar a alteração do comportamento. As pessoas tem conhecimento dos benefícios da mudança, mas existem barreiras, as quais impedem a acção desejada. (Oliveira, Laranjeira, Araújo, Camilo & Schneider, 2002; Toral, 2007) É o caso de uma pessoa que reconhece que o CCR é dos cancros com melhor prognóstico, que sabe que a colonoscopia resolve muitos dos problemas sem recorrer à cirurgia, mas a falta de tempo, o medo de descobrir algo errado, o medo de o exame ser doloroso, impossibilitam a adesão ao rastreio, ou seja, estamos no campo das cognições (vantagens/ desvantagens). Neste estudo a fase da contemplação é avaliada pelo Questionário de Comportamento de Adesão que avalia a percepção de risco,

reconhecimento da importância de idade de risco, prevenção da doença e percepção da urgência da realização do exame com função diagnóstico.

A etapa seguinte é a decisão, em que a pessoa pretende alterar o seu comportamento num futuro próximo, normalmente ocorre após ter superado tentativas anteriores falhadas, é estabelecido um plano de acção mas ainda não existe um compromisso sério de alterar o comportamento. Ou seja, a pessoa afirma que no próximo mês irá ao médico pedir para realizar o rastreio.

A acção é a etapa seguinte, ocorre quando a pessoa escolhe uma estratégia para a realização desta mudança e toma uma atitude neste sentido, essas alterações de comportamento ocorreram nos últimos seis meses. Transpondo para a nossa temática, uma pessoa que consciente que o ter hábitos alimentares pouco saudáveis é um factor de risco, altera a sua dieta e vê benefícios desta mudança no seu comportamento, ou seja, é uma mudança de comportamento planificada, esta é sempre acompanhada por factores motivacionais, que podem ser intrínsecos ou mesmo extrínsecos, provenientes da equipa de saúde.

E finalmente a manutenção, nesta última etapa já aconteceu uma mudança de comportamento, trabalha – se na prevenção à recaída e a consolidação dos ganhos obtidos durante a etapa anterior. Apesar de ser uma etapa de consolidação a manutenção é um processo dinâmico, que deve ser estimulado ao longo de toda a vida. (Oliveira, Laranjeira, Araújo, Camilo & Schneider, 2002)

As teorias atrás focadas, procuram explicar os comportamentos de adesão e permitem compreender os aspectos psicológicos que interferem na decisão de aderir ou não ao rastreio, a investigação em causa é fundamentada através do Modelo das Crenças de Saúde e do Modelo Transteórico de Prochaska e DiClemente.

3.4. CANCRO

A palavra cancro não denomina uma doença específica, o termo designa um grupo heterogéneo de patologias, cerca de 200 doenças com etiologias, manifestações clínicas e padrões de ocorrência diversos, que apresentam duas características em comum, um crescimento celular descontrolado e a capacidade das células se desprenderem do tumor original e através do sangue ou do sistema linfático atingirem outros órgãos e aí desenvolverem novos tumores. (Silva, 2006)

É possível encontrar na bibliografia várias terminologias para a doença oncológica: cancro, neoplasia ou tumor, diferentes palavras, com origens distintas mas que determinam uma mesma situação patológica, pelo que ao longo do trabalho vamos usar as três expressões de forma indistinta.

Desde a antiguidade que o cancro como doença é conhecida, Pereira (1994) refere que “... *Encontraram-se-lhe referências em papiros egípcios desde o séc.⁸. XVII a.C., e em restos de esqueletos datados de há cinco mil anos foi descoberta a existência de tumores. Mas podemos recuar ainda mais, até à pré-história, pois num esqueleto de dinossauro foi observada uma alteração que os cientistas atribuem a um tumor maligno...*”.

Na literatura médica da Grécia antiga é possível encontrar referências a tumores “... *Hipócrates, o pai da medicina, que viveu entre 470 e 360 A.C e criou os termos karkinos (para as úlceras neoplásicas não-cicatrizante) e karkinōma (para os tumores malignos sólidos). Ambos os termos derivam do termo karkinos, que significa “caranguejo”. O termo “câncer” apareceu bem mais tarde, derivado da palavra latina cancrum, que também significa “caranguejo”...*” (Wikipédia – A Enciclopédia livre, on- line s.d)

⁸ Século – séc.

O símbolo do caranguejo foi elaborado por médicos da antiguidade, tendo por base três princípios: os tumores em fase adiantada de desenvolvimento apresentam uma massa central com raízes à sua volta, as dores provocadas pelo tumor são idênticas ao fechar violento das pinças do caranguejo e o caranguejo tanto anda para a frente, como para trás ou para os lados, sendo que quanto mais se desenvolve o tumor, mais alastra também pelo organismo. (Instituto Português de Oncologia, s.d)

Tal como a anterior também a palavra neoplasia têm origem no grego, surge do grego nomos + plásis, que significa formação de um tecido novo de origem patológica. A palavra tumor significa massa de células anormais e pode ocorrer em qualquer parte do corpo.

Galeno, médico romano, do séc. II da era cristã, foi o primeiro a considerar que esta doença era incurável e que após o seu diagnóstico pouco se podia fazer, atribuindo-lhe desde logo a conotação de doença fatal. (Eggers, 2002)

Ao longo dos séculos, a medicina foi evoluindo e foi possível conhecer os mecanismos da doença de uma forma mais precisa, no séc. XIX com a descoberta da célula, novos caminhos se abriram no estudo da doença oncológica.

Segundo Denton citado por Duarte (2000, pág. 38), a primeira definição desta doença aparece no Oxford English Dictionary, e define-a como “*qualquer coisa que incomoda, corrói ou consome lenta e secretamente*”.

No Dicionário Universal – Língua Portuguesa (2000, pág.279) cancro é definido como uma “*doença provocada por uma reprodução descontrolada de células malignas, que são independentes de qualquer tipo de controlo pelo organismo, acabando por invadir tecidos e órgãos e provocar alterações orgânicas*”.

Os diferentes tipos de cancro, estão directamente relacionados com os vários tipos de células que constituem o corpo humano, assim consoante as células afectadas é atribuída uma terminologia. Outra característica que diferencia os diferentes tipos de cancro é a velocidade de multiplicação das células e a capacidade de invasão dos tecidos e órgãos vizinhos ou distantes.

Relativamente ao grau de malignidade os cancros são classificados em benignos e malignos. Os tumores benignos não são cancerosos, têm crescimento lento, são capsulados e não invadem tecidos. (em casos raros, contudo, tumores benignos não tratados podem provocar a morte se afectarem um órgão vital.). Uma vez que não invadem os tecidos vizinhos, os tumores benignos são relativamente fáceis de remover cirurgicamente, dependendo apenas da sua localização. (Janssen-Cilag Farmacêutica, 2007)

Os tumores malignos possuem duas características que podem estar presentes ou não no momento do diagnóstico, a primeira é a capacidade de disseminar-se através de metástases, ou seja, surgir tecido tumoral em outros órgãos diferentes daquele de onde se originou (por exemplo: fígado, pulmões, ossos, cérebro, entre outros); a segunda é a capacidade de infiltração dos tecidos circunvizinhos, incluindo os órgãos que lhe estão próximos. Os tumores malignos são aqueles a que chamamos cancro ou neoplasia. As doenças cancerosas são também designadas por oncológicas. (Ministério da Saúde - Portal da Saúde, 2005)

3.4.1. Factores desencadeantes

As causas responsáveis pelo aparecimento do cancro podem ser externas ou internas ao organismo.

_____ *Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do cólon e recto* _____

As causas externas estão relacionadas com o meio ambiente, hábitos e costumes associados ao meio social e cultural, e são responsáveis por 80% a 90% dos cancros. Entenda-se por ambiente o meio em geral (água, terra e ar), o ambiente ocupacional (indústrias químicas e afins), o ambiente de consumo (alimentos, medicamentos) e o ambiente social e cultural (estilo e hábitos de vida). O homem ao manipular o meio ambiente e provocar inúmeras alterações, ao adoptar determinados estilos de vida (tabagismo, alcoolismo, hábitos alimentares, sedentarismo, entre outros) pode ser responsável pelo aparecimento de determinados cancros. (Brandão e Belas, 2007).

Vários estudos reforçam o facto de que o risco de cancro varia de acordo com o lugar onde se vive, exemplo disso foi o estudo elaborado com os japoneses em que se verificou que o risco de ter CCR e cancro da mama é relativamente baixo no Japão, mas a situação altera-se nos japoneses que emigraram para os Estados Unidos em que este risco aumenta e chega até a igualar o do resto da população americana. Em relação ao cancro do estômago os japoneses que vivem no Japão têm percentagens muito elevadas ao contrário dos japoneses nascidos nos Estados Unidos onde a incidência é mais baixa, estas diferenças podem estar relacionadas com a variação geográfica pois o risco do cancro depende provavelmente de vários factores: uma combinação de genética, dieta e meio ambiente. (Manual Merck de Saúde para a família, s.d.)

As causas internas na maioria das vezes têm origem genética pré – determinada, e estão relacionadas com a capacidade do organismo responder às agressões externas. Os cancros que apresentam uma maior relação com o factor hereditariedade é o retinoblastoma, mama, estômago e intestino. De acordo com os estudos consultados o risco da mulher desenvolver o cancro da mama aumenta de 1,5 a 3 vezes se a mãe ou a irmã tiveram esse tipo de cancro, existem alguns cancros da mama que estão ligados a

_____ *Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do cólon e recto* _____

uma mutação genética específica mais frequente em alguns grupos étnicos e em algumas famílias. As mulheres com esta mutação genética têm entre 80 % a 90 % de probabilidade de desenvolver cancro da mama e entre 40 % a 50 % de desenvolver cancro do ovário. Existem outros cancros estudados, incluindo alguns tipos de cancro da pele e do cólon e recto, que podem afectar também famílias inteiras. (Manual Merck de Saúde para a família, s.d.)

Os factores emocionais, geradores de stress são também apontados como factores desencadeantes pois destabilizam a harmonia corpo/ mente, Capra citado por Nucci aborda a concepção holística saúde – doença, um dos conceitos base é o reconhecimento da complexa interdependência entre a mente e o corpo na saúde e na doença, bem como a constatação do elo fundamental que existe entre os seres humanos e o seu ambiente. (Nucci, 2003)

A existência de ligação entre o cancro e os estados emocionais foi referenciada pela primeira vez à 2000 anos, no séc. II da era cristã, pelo médico Galeno, que afirmava que as mulheres deprimidas tinham maior predisposição para o cancro do que as mulheres bem dispostas, desde essa época até aos nossos dias são inúmeros os estudos que procuram estudar este facto. (Eggers, 2002)

Já dizia o filósofo Juvenal "*Mens Sana in Corpore Sano*", o que significa que tudo que acontece com o corpo, nada mais é do que reflexos da mente que captou as energias boas ou más e as transferiu para o corpo, as coisas boas aparecem associadas ao bem-estar que se sente enquanto que as más aparecem associadas às doenças.

Resumindo o aparecimento de um cancro está relacionado com factores pessoais, genéticos e ambientais.

Uma neoplasia não ocorre de um momento para o outro, normalmente demora anos, a surgir e resulta de um processo longo em que ocorrem de forma continuada e cumulativa alterações celulares. O processo de transformação de uma célula normal em célula cancerosa passa por diferentes fases e denomina-se carcinogénese.

A classificação do cancro baseia-se na sua histiogénese, ou seja, o tipo de tecido do qual o tumor deriva. Há quatro grupos gerais de cancro: carcinomas, sarcomas, cancros hematológicos e cancros do sistema nervoso central

Ao longo dos séculos inúmeras foram as ideias que se foram associando ao cancro como doença fatal, Brandão e Belas (s.d) relatam algumas que vão desde castigo dos deuses na antiguidade, a possessão pelo diabo, castigo pelos actos cometidos e como tal deveria ser aceite com resignação, até à associação da doença com um bicho que devora as entranhas, destruindo a pessoa e destituindo-a da sua dignidade.

Os múltiplos avanços da tecnologia e da farmacologia, não afastam o estigma de dor, sofrimento, angústia, ansiedade e morte associados ao cancro. Existe na sociedade a ideia enraizada de que esta é uma doença intratável, muita desta conotação negativa está associada ao facto do aumento do número de casos de cancros diagnosticados em fases muito avançadas da doença, quando as hipóteses de sucesso de um tratamento são menores, o que faz com que esteja rodeada de mitos (Conde, 1991, Gomes, 1995, Brandão e Belas, 1999;De Semir, 1999; Dias, 1994,1997,2000,2002;Hill, 2001).

Dias (2002,pág.238) refere que “..., *por via do pessimismo que lhe está associado, obstaculiza, em muitos casos, quer o tratamento da doença nos seus estádios mais precoces, quer a reabilitação dos doentes...*”.

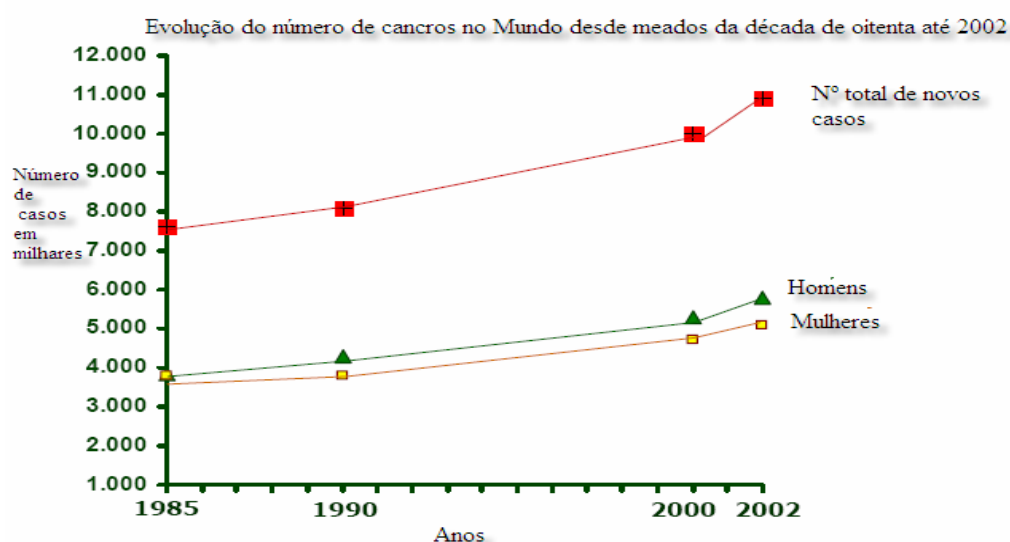
É uma doença que atinge todos os estratos sociais, raças, idades e sexos e cujo impacto social e económico é enorme. Carapinheiro (2001,pág. xvii) exprime todo este sentir ao

_____ *Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do cólon e recto* _____

afirmar que “... *Apartir do momento em que o cancro começou a fazer parte da história das sociedades, imiscuiu-se nas histórias individuais, originou genealogias familiares, fixou-se nos imaginários sociais e as sendas de dor e de sofrimento ficaram abertas ao espanto, mas também ficaram abertas à reflexão....*”

A evolução assustadora que o cancro tem tido no mundo desde meados da década de oitenta é observável no Gráfico nº2.

Gráfico 2 – Evolução do número de cancros no Mundo desde meados da década de oitenta até 2002



Fontes: Parkin et al (Int. J. Cancer 1993). Pisani et al (Int J Cancer 1993) ; Parkin et al (Int J Cancer 1999). Pisani et al (Int. J. Cancer 1999) ; Parkin (Lancet Oncol 2001 e CA Cancer J Clin 2005)
Elaboração: Fundação Científica da Associação Espanhola Contra o Cancro

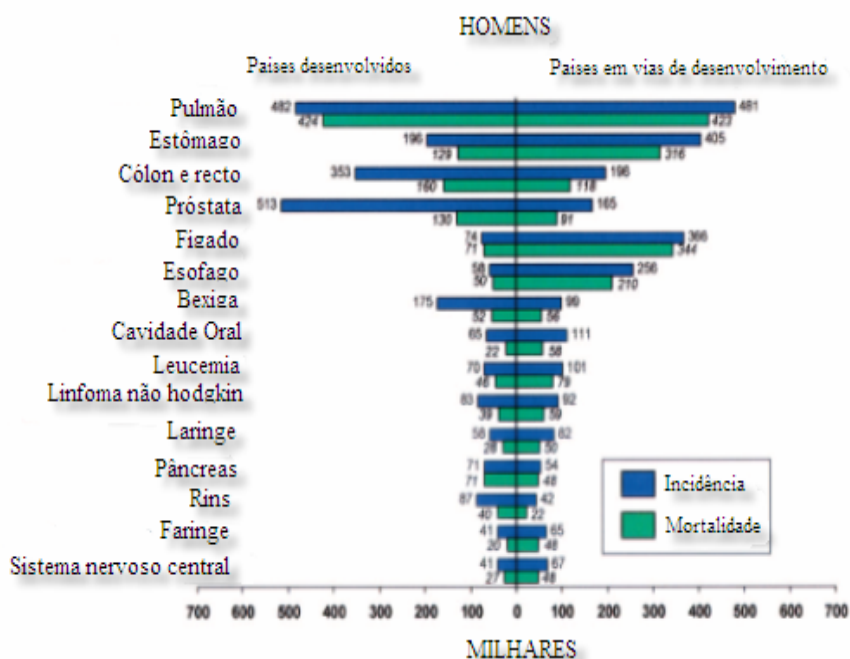
De acordo com a OMS, estima-se que nas próximas duas décadas, a nível mundial ocorrerá um aumento do número de doenças oncológicas diagnosticadas anualmente, passando de 10 para 20 milhões o número de novos casos (Sikora citado por Dias, 2002). Dos quais 70% dessas pessoas viverão em países com menos de 5% dos recursos destinados a controlar a doença.

O aumento anual dos números da incidência do cancro no mundo está directamente relacionado com um acesso mais fácil aos cuidados de saúde, utilização de novos métodos de diagnóstico, aumento da expectativa de vida e hábitos de vida das populações, que foram condicionados pelo processo global de industrialização e urbanização que uniformiza as condições de trabalho, nutrição e consumo. (Gallo, Guerra & Mendonça, 2005)

Atendendo à gravidade da situação que ultrapassa fronteiras, e atinge todas as raças, culturas, sexos e idades a Agência Internacional de Investigação para o Cancro realizou e publicou em 2005, um estudo “Global Cancer Statistics, 2002”, (Estatísticas globais para o cancro – 2002), que apresenta as estimativas sobre incidência, mortalidade e prevalência de 26 tipos diferentes de cancro no mundo, estes foram os dados mais recentes encontrados na bibliografia consultada.

As figuras 1 e 2 apresentam um resumo dos resultados obtidos no estudo, é possível observar os cancros que mais atingem a população por número de novos casos, o número de mortes e a incidência, a comparação entre países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento e a localização dos cancros em ambos os sexos.

Figura 1 – Números estimados de novos casos de cancros (incidência) e de mortos (mortalidade) nos homens em 2002 no Mundo



Fonte: Globocan 2002

Da análise da fig.⁹1 constata-se que o cancro que mais atinge o sexo masculino em todo o mundo é o do pulmão, este têm não só a maior incidência como a maior taxa de mortalidade, este facto está associado aos factores ambientais, especialmente ao hábito de fumar, de acordo com vários estudos o consumo de tabaco aumenta para cerca de 30% o risco de contrair cancro, enquanto a exposição aos químicos industriais aumenta 4% essa possibilidade. Depois do cancro do pulmão os cancros com maior representatividade são estômago, cólon e recto e próstata.

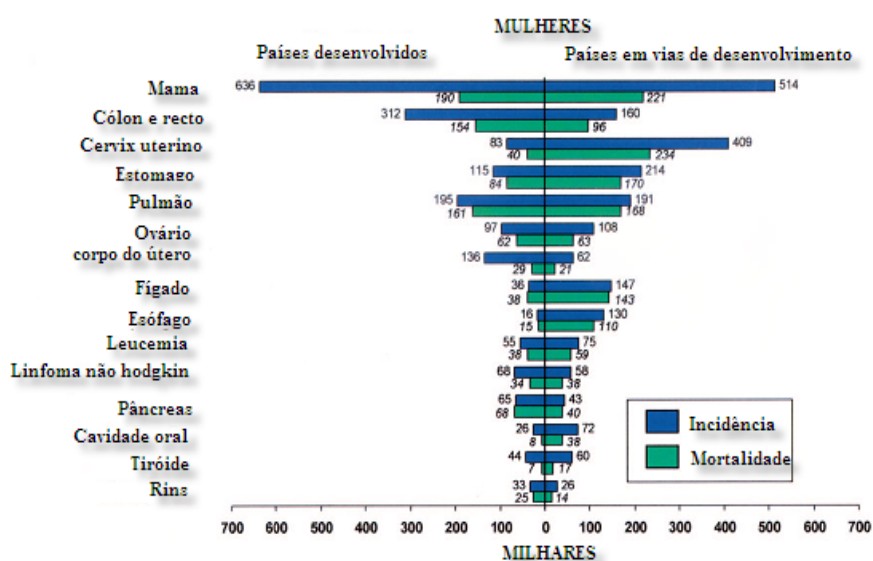
Nos países desenvolvidos os cancros que tem maior incidência são a próstata, pulmão e cólon e recto. De salientar, que apesar do cancro da próstata ter uma elevada incidência este têm uma baixa mortalidade (aproximadamente 1/5 dos casos detectados), este facto

⁹ fig. - figura

pode estar associado com uma maior consciência da importância de realizar o rastreio e dos benefícios daí resultantes.

Nos países em vias de desenvolvimento os cancros com maior incidência são o pulmão, estômago e fígado, todos eles apresentam uma elevada mortalidade.

Figura 2 – Números estimados de novos casos de cancros (incidência) e de mortos (mortalidade) nas mulheres em 2002 no Mundo



Fonte: Globocan 2002

Relativamente ao sexo feminino, o cancro com maior incidência é o da mama, seguido do cólon e recto, colo do útero e pulmão. É de salientar, que apesar da elevada incidência do cancro da mama esta apresenta uma mortalidade relativamente baixa. Outro facto a merecer uma nota é a diferença significativa entre o número de casos de cancro do colo do útero nos países desenvolvidos e nos que estão em vias de desenvolvimento.

Os dados atrás apresentados vão ao encontro do relatório recentemente publicado pelo Instituto da Medicina dos Estados Unidos, em que se afirma que os países subdesenvolvidos não estão a apostar em estratégias de prevenção, rastreio e tratamento do cancro. Esta política está a ter consequências graves na saúde pública, pois a cada ano

são diagnosticados 11 milhões de casos novos de câncer no mundo inteiro, sendo que 6 milhões destes casos pertencem aos países subdesenvolvidos. Enquanto 1 milhão de pessoas morrem no mundo a cada ano pela SIDA, cerca de 4 milhões morrem vítimas de cancro. (Brandão e Belas, 2007)

A aposta em programas de detecção e tratamento das doenças oncológicas por parte dos diferentes países torna-se prioritário mas é importante incentivar a responsabilidade individual de cada pessoa pela sua saúde e alertar para os possíveis sintomas que podem estar associados aos diferentes tipos de cancro, como sejam, o aparecimento de nódulo (caroço) ou dureza anormal do corpo, dor persistente que se mantém ao longo do tempo e que não passa com analgésicos, sinal ou verruga que se modifica, perda anormal de sangue ou outros líquidos, tosse ou rouquidão persistente, alteração de hábitos tabágicos, urinários ou intestinais e perda de peso sem justificação.

São vários os exames que permitem a detecção precoce de alguns cancros, o tipo de exame varia consoante o tumor que se pretende diagnosticar. Existem alguns cancros que devido à sua elevada incidência se justifica a realização de exames de rotina a toda a população em risco para a detecção precoce de neoplasia, de acordo com uma Recomendação do Conselho da União Europeia¹⁰ à Comissão e aos Estados Membros, devem ser feitos os seguintes testes de rastreio:

🚦 rastreio do cancro do colo do útero: realização do Teste de Papanicolau, a iniciar entre os 20 e os 30 anos;

🚦 rastreio do cancro da mama: realização de mamografia nas mulheres com idades compreendidas entre os 50 e os 69 anos;

¹⁰ EU – União Europeia

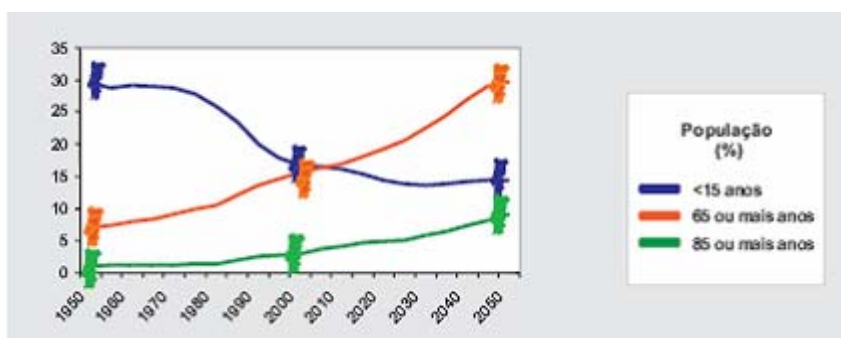
🚩 rastreio do cancro colorrectal: pesquisa de sangue oculto nas fezes em homens e mulheres com idades compreendidas entre os 50 e os 74 anos. (A eficácia deste teste é questionada por vários estudos, pois tem um elevado número de falsos positivos)

A ocorrência de determinadas doenças prévias no indivíduo e, especialmente, a ocorrência de determinadas doenças oncológicas em familiares próximos podem justificar um plano de rastreio diferente, a definir pelo médico

3.4.2. A realidade do cancro em Portugal

Em Portugal, a população está envelhecida, cada vez nascem menos crianças e a esperança de vida têm aumentado, associado ao processo de envelhecimento surge o aumento das doenças crónico degenerativas.

Gráfico 3 - Evolução da população em Portugal



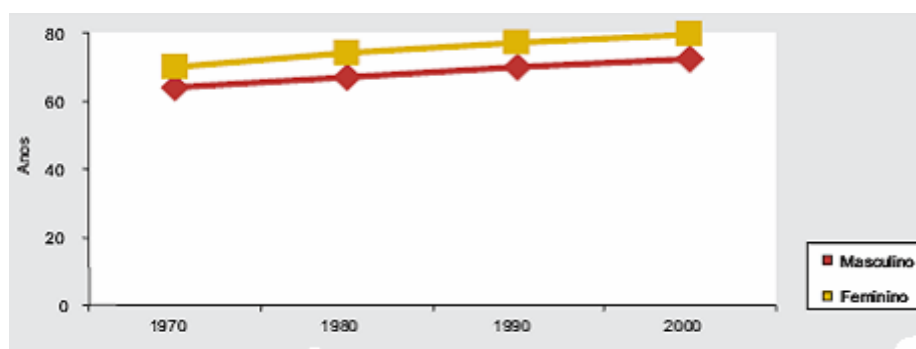
Fonte: Instituto Nacional de Estatística¹¹
Elaboração: Eurotrials

As mudanças económicas e sociais registadas no país, o êxodo do interior para o litoral, industrialização, novos estilos de vida, hábitos e consumos, bem como a reforma política da saúde levaram a um decréscimo das doenças infecciosas e um aumento das doenças crónico degenerativas.

¹¹ Instituto Nacional de Estatística - INE

Em Portugal, a esperança de vida ao nascer era de 38 anos em 1920, 68 em 1970 e neste momento é quase de 80 anos e continua a subir. (Neves, 2007)

Gráfico 4 – Evolução da esperança de vida ao nascer em Portugal



Fonte: INE

Elaboração: Eurotrials

Dados do INE, revelam que em 2000/2001, a esperança de vida à nascença da população portuguesa era, para ambos os sexos, de 76,9 anos, mantendo-se abaixo da média europeia, situada em 78,2 anos. O sexo masculino apresentava uma esperança de vida de 73,5 anos, sendo a média da UE de 75,2 anos. O sexo feminino apresentava uma esperança de vida de 80,3 anos, ainda abaixo da média europeia, correspondente a 81,2 anos. (a)

Para compreender esta problemática é importante introduzir o conceito de saúde potencial, esta pode ser percebida como uma possibilidade para uma maior ausência de doença, para um maior bem-estar ou para uma maior aptidão funcional.

Em 2001, os anos de vida potencial perdidos¹² na população portuguesa corresponderam a um total de 517 082 anos, sendo 360 408 referentes ao sexo masculino e 156 674 referentes ao sexo feminino, a mortalidade, em 2002, registou um acréscimo de apenas 0,2%, face ao ano anterior, sendo a idade média dos falecidos cada vez maior. (b)

¹² Anos de vida potencial perdidos - AVPP

_____ *Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do cólon e recto* _____

As principais causas de morte da população portuguesa, referentes ao ano de 2001, são as doenças do aparelho circulatório (doenças cerebrovasculares e doença isquémica cardíaca, sendo a terceira e quarta causa de AVPP) e os tumores malignos. (Ministério da saúde, 2003) (c)

Dados apresentados no primeiro P.A.I.N. (Pain Associates'International Network) workshop – P.A.I.N.1 PORTUGAL – Dor Oncológica que decorreu Funchal, em 2004, revelaram que em Portugal ou em qualquer outro país da União Europeia o risco de vir a desenvolver um cancro durante a vida é de aproximadamente 50% e de vir a morrer de cancro de cerca de 25%.

Segundo Barros et al (2003), em Portugal a mortalidade por cancro tem aumentado mais de 6% por ano, contrariando a tendência verificada nos restantes países da UE em que a mortalidade por cancro tem vindo a diminuir desde o início da década de noventa, apesar do aumento da incidência. Em toda a UE, a incidência é semelhante, surgiram mais de 400 novos casos por 100 000 habitantes por ano, este número tem vindo a aumentar nas últimas décadas como consequência do progressivo aumento da esperança de vida. Esta situação é atribuída ao facto dos cancros serem o produto resultante da associação entre agressões ambientais e factores genéticos predisponentes, o que aumenta o seu aparecimento à medida que a idade avança.

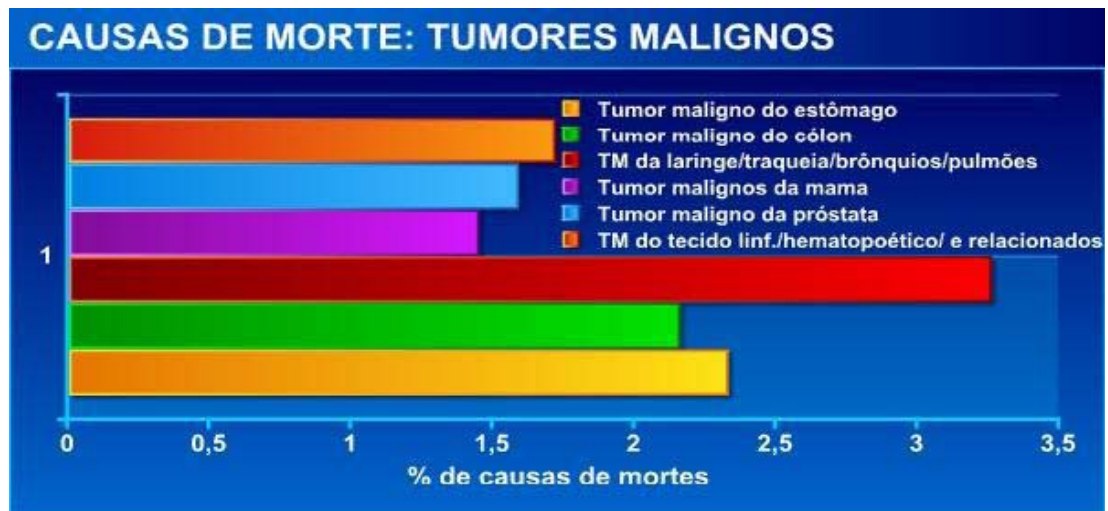
Afirmam ainda que a mortalidade (cerca de 20 a 25 000 falecimentos por ano devido a cancro) é mais elevada nos indivíduos do sexo masculino do que nos indivíduos do sexo feminino (1,8 ♂¹³:1,0 ♀¹⁴) sendo os cancros mais mortais os do pulmão, cólon, recto e estômago.

¹³ ♂ - sexo masculino

¹⁴ ♀ - sexo feminino

O gráfico 5, elaborado a partir de dados INE mostra a distribuição percentual de cada tipo cancro como causa de morte em Portugal em 2003, onde se pode observar que os tumores que mais mataram foram o pulmão, estômago e cólon.

Gráfico 5 – Causas de morte em Portugal em 2003: Tumores Malignos



Elaboração. Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.

Fonte: INE, Estatística de Saúde

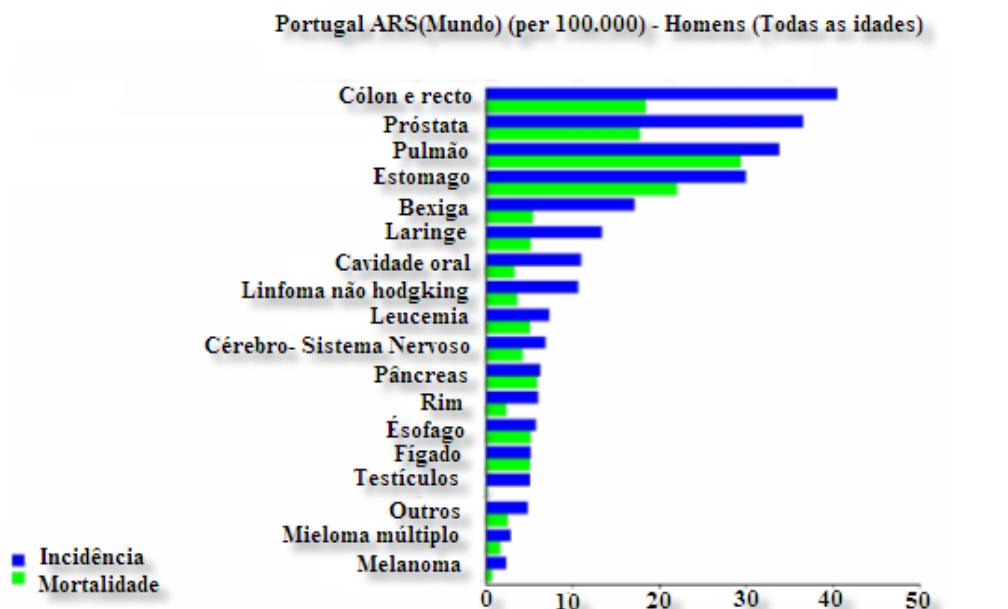
As figuras 3 e 4 apresentam a incidência e mortalidade por cancro nos dois sexos em Portugal em 2000, apesar de já terem decorrido alguns anos desde a sua elaboração foram os mais recentes encontrados durante a pesquisa, por considerar pertinente a informação contida optámos por os colocar.

Da análise da fig. 3, observamos que nos homens portugueses os cancros com maior incidência são o cancro do cólon e recto, próstata, pulmão e estômago e o que apresenta maior mortalidade é o cancro do pulmão, seguido do cancro do estômago.

É de salientar que apesar do cancro do cólon e recto ter uma elevada incidência, este facto não encontra correspondência na mortalidade onde os números são bastante

inferiores, menos de metade, o que confirma que este é um dos cancros com melhor prognóstico quando rastreado e detectado precocemente.

Figura 3 – Incidência e mortalidade por cancro – Homens, Portugal 2000



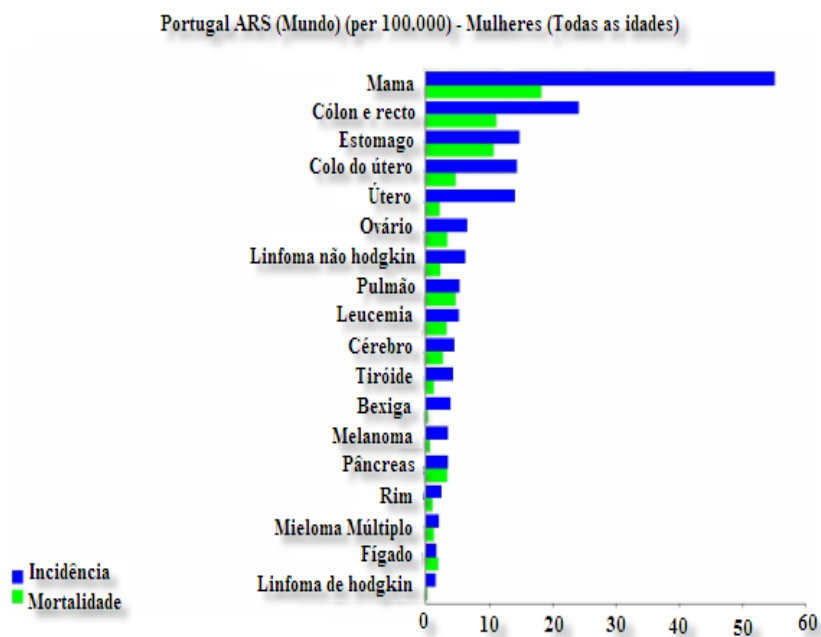
Fonte: Globocan 2000

Em relação às mulheres portuguesas (Fig.4) verificamos que o cancro com maior incidência é o cancro da mama, seguido do cancro do cólon e recto. Também aqui verificamos que os números da incidência são bastante diferentes dos números da mortalidade, o que se deve no caso do cancro da mama ao facto das mulheres estarem sensibilizadas para a importância do rastreio.

A sensibilização da mulher e da sociedade para a importância de realizar exames de rastreio é o resultado do trabalho árduo desenvolvido desde à vários anos por entidades governamentais, não governamentais e anónimos conscientes desta problemática, era desejável ou melhor urgente que as pessoas se apercebessem que o mesmo deveria ser feito em relação ao cancro do cólon e recto, correndo-se o risco de continuarmos a

perder vidas que se poderiam salvar. A Sociedade Portuguesa de Endoscopia têm desenvolvido várias actividades que visam dar a conhecer a realidade da situação do CCR em Portugal, têm promovido campanhas de informação sobre a doença e importância do rastreio, estabelecido parcerias de forma a aumentar o número de centros de rastreio no país, procura incentivar e consciencializar os médicos de clínica geral para a importância de estarem motivados para a prevenção do CCR, apesar de ser muito, contínua a ser tão pouco, quando em várias regiões do país se espera demasiado tempo por uma marcação para exame ou até nunca se faz.

Figura 4 – Incidência e mortalidade por cancro - Mulheres, Portugal 2000



Fonte: Globocan 2000

4. CANCRO DO COLÓN E DO RECTO

4.1. CÓLON E RECTO

4.1.1. Fisiologia

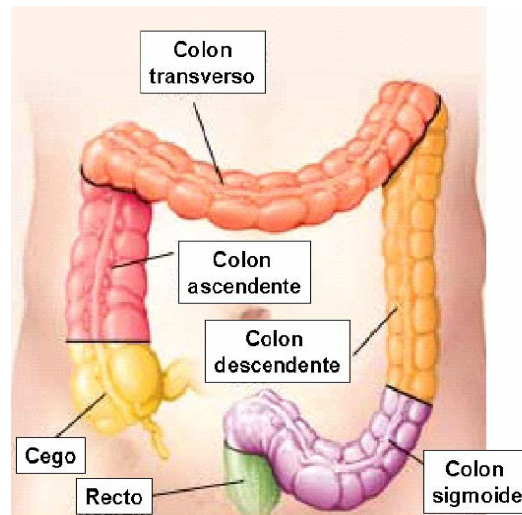
O aparelho digestivo é formado por um tubo que está em contacto com o exterior nas suas duas extremidades, inicia-se na boca e prolonga-se pelo esófago, estômago, intestino e terminando no ânus.

O intestino é constituído pelo intestino delgado e pelo grosso. O intestino delgado é o segmento mais longo do aparelho digestivo, têm 2,5 cm de largura e mede aproximadamente 2/3 do comprimento total do aparelho digestivo, apresenta – se pregueado sobre si mesmo e é constituído por três porções: duodeno, jejuno e íleo. O duodeno liga o intestino delgado ao estômago e o jejuno e íleo ligam-no ao intestino grosso. O intestino grosso é a última porção do tubo digestivo, é constituído pelo cego, cólon descendente, cólon transverso, cólon descendente, sigmóide, recto e ânus. É nesta porção do tubo digestivo que ocorre a maior parte da absorção da água e sais minerais e onde se encontram os alimentos não digeridos. O cólon é a primeira porção do intestino grosso mede entre 120 a 150 cm e o recto a última parte que mede aproximadamente 10 a 12 cm.

O recto é um canal muscular vertical que começa no final do cólon sigmóideo e termina no canal anal, é revestido por epitélio cilíndrico simples e tem uma camada muscular mais espessa, do que a do restante tubo digestivo. (Seeley, 1997)

Têm em média 17 a 20 cm de comprimento e termina na ampola rectal que mede 2 a 3 cm.

Figura 5 – Anatomia do intestino grosso



Fonte: Estrutura normal do cólon & recto
Fátima Carneiro, IPATIMUP & FMUP

Durante o processo digestivo os alimentos ingeridos sob a forma de proteínas, gorduras, hidratos de carbono vão ser descompostos nos nutrientes que os constituem. A passagem dos alimentos até chegar ao intestino grosso demora aproximadamente 4 horas e passa do intestino delgado para o grosso através de movimentos peristálticos. A permanência dos alimentos no intestino grosso normalmente é de 18 a 24 horas, este facto está relacionado com um peristaltismo fraco que faz com que o conteúdo do cólon se desloque lentamente, é aqui que ocorre a maior parte do processo de absorção, ocorrendo a transformação de quimo em fezes. O aparecimento de uma neoplasia no intestino grosso vai afectar a absorção e o armazenamento dos nutrientes e a eliminação do conteúdo do intestino.

4.2. CANCRO DO CÓLON E RECTO

4.2.1. Fisiologia

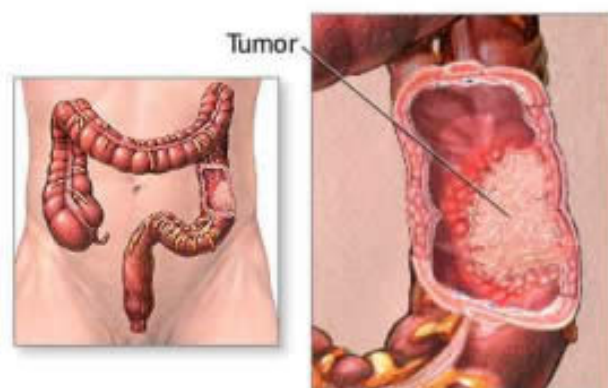
O cancro do CCR caracteriza-se pela presença de células neoplásicas ao nível da mucosa do intestino grosso e/ou recto.

O cancro do cólon pode apresentar localizações diversas (cólon direito, cólon transverso, cólon esquerdo, recto), determinando diferentes quadros clínicos.

De todas as possíveis localizações do cancro no intestino, o mais frequente é o cancro do cólon e recto, apesar das diferenças epidemiológicas e biológicas entre cancro do cólon e cancro do recto, as duas doenças aparecem associadas pois anatomicamente não se faz uma separação clara dos dois locais, assim o cancro do cólon e/ou recto é denominado de cancro colorrectal. (Cohen, 1995; Maruyama, 2004).

De acordo com Prof. João Pimentel (2006), aproximadamente 70% das lesões situar-se-ão no cólon sigmóide e no recto, representando esta última localização cerca de um terço do total das lesões colorrectais.

Figura 6 – Tumor do cólon descendente

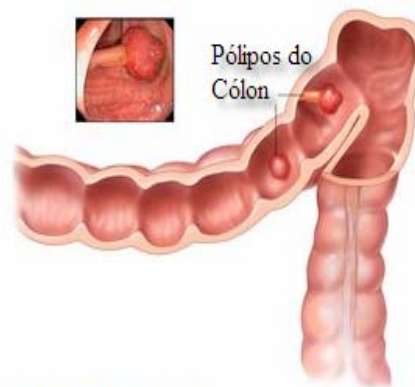


Fonte: Instituto Nacional do Cancro – Brasil

_____ *Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do cólon e recto* _____

A evolução do CCR dura entre 5 a 10 anos até se tornar num pólipo benigno (adenoma) e outros tantos até tornar-se maligno. Inicialmente os cancros começam por ser benignos (só um em cada dez adenomas degenera em cancro), podendo tornar-se numa segunda fase maligno quando, através de células metástases, se desenvolve, alterando as células vizinhas e entrando na corrente sanguínea ou linfática e atingindo diferentes órgãos do corpo, afectando também o intestino grosso. Neste tipo de cancro existem lesões que podem ser precocemente e facilmente detectadas através do rastreio. (Ciência Viva, 2006)

Figura 7 – Pólipos do cólon



Fonte: Nacional Cancer Institute

4.2.2. Epidemiologia

Na epidemiologia do cancro, o conceito de risco é utilizado para definir a possibilidade que certos indivíduos sem determinada doença, mas expostos a determinados factores têm de poderem vir a desenvolver essa doença. Existem dois factos a ser considerados nos factores de risco, o factor pode ser de risco para várias doenças e vários factores de

risco podem estar envolvidos na origem de uma mesma doença, sendo assim agentes causais múltiplos. (Maruyama, 2004)

A etiologia do CCR é atribuída a factores ambientais e genéticos, como sejam, a idade, a história pessoal, a história familiar associada ao CCR, existência de pólipos, colite ulcerosa, a dieta, consumo de álcool e tabaco e a pouca ou nenhuma actividade física.

A idade é uma das condicionantes para ter CCR, 90% dos CCR ocorrem após os 50 anos, e com o avanço da idade a possibilidade de vir a ter CCR aumenta também.

Estima-se que aproximadamente 75% dos casos de CCR podem ser esporádicos, de carácter não familiar e resultantes da acção dos agentes carcinogénicos sobre a mucosa colorrectal e ocorre sem associação com outros familiares atingidos. (Coelho, 2005)

Estudos sobre a forma como a existência de um gene mutante pode influenciar o aparecimento do cancro estão a ser realizados, “... *alguns investigadores admitem que 95% dos portadores de defeito no gene vão desenvolver uma forma de cancro, sendo 60% desses cancros do tipo colorrectal. O desenvolvimento do cancro colorrectal está também associado a colite ulcerosa, de longa data, e à presença de pólipos adenomatosos no cólon. Cerca de 70% destes cancros desenvolvem-se nas porções distais do cólon e 50% no cólon sigmoideu e no recto. O cancro que envolva o intestino delgado, é extremamente raro*”. (Almeida et al, 2003, pág.15).

Os factores genéticos estão directamente relacionados com as doenças hereditárias ou de incidência familiar, o que faz aumentar o risco individual de desenvolvimento da neoplasia em ambos os sexos, são responsáveis por aproximadamente 5% dos cancros. (Newcomb et al, 1999, Neves, 2002; Liberman et al, 2003;SPED, 2005).

As doenças hereditárias que podem ser responsáveis pelo aparecimento de CCR são classificadas em três categorias: polipose adenomatosa familiar (PAF¹⁵) hereditária é rara e corresponde à proliferação de pólipos no epitélio do intestino grosso; polipose familiar atenuada, é o tipo de cancro hereditário, ou genético, mais comum; representa cerca de 2% de todos os casos de CCR e resulta numa alteração num gene, aproximadamente 3 entre 4 pessoas, com alteração desse gene, desenvolvem cancro do cólon e a idade média do diagnóstico de cancro do cólon é 44 anos e CCR não associado a polipose, que inclui os síndromes Lynch I, está associada apenas ao tumor de intestino grosso e Lynch II, está também associada com outras neoplasias, frequentemente de ovário e de endométrio.

A diferença mais significativa entre as três doenças hereditárias do CCR é o número de pólipos que se desenvolvem ao nível do intestino, na polipose adenomatosa familiar podem-se encontrar centenas a milhares de pólipos pré – neoplásicos (adenomatosos) que podem revestir a totalidade do cólon e recto, nos casos do CCR não associado a polipose normalmente encontram-se menos de 10 pólipos, localizados preferencialmente no cólon direito e nos casos de polipose adenomatosa familiar atenuada o número de pólipos encontrados pode situar-se entre os 20 e os 99. (Castedo, s.d)

Para além das doenças hereditárias também as doenças inflamatórias intestinais, como colite ulcerosa e doença de Crohn, são responsáveis pelo aparecimento do CCR.

Os factores ambientais tais como a ocupação, a condição sócio económica, o exercício físico, o tabaco, o álcool e a dieta também podem contribuir para o aparecimento do CCR.

¹⁵ Polipose adenomatosa familiar - PAF

Vários estudos realizados revelam que nos países industrializados os factores nutricionais estão relacionados com 30% dos diferentes cancros, torna-se prioritário o conhecimento e a identificação desses factores nas diferentes área geográficas, pois estes são factores de risco controláveis e que podem ter uma actuação preventiva através de alteração dos hábitos alimentares recorrendo a uma alimentação saudável, manutenção do peso e actividade física regular. (Ravasco, Monteiro Grillo e Camilo, 2002)

Desde sempre que a dieta surge associada à existência ou não de doenças, quer seja pelo défice quer seja pelo excesso, de acordo com Neves, as primeiras evidências epidemiológicas sobre a associação entre dieta e CCR reportam à década de 60, quando um estudo realizado por Wynder & Shigematsu revelou uma dieta rica em gordura estava relacionada ao desenvolvimento da doença. (Neves, 2002)

A acção das fibras no intestino e sua actuação no processo de aparecimento do CCR, tem sido estudado por vários autores (Parra-Cabrera et al, 1994;Chatenaud et al, 1999, Lieberman et al, 2003), todos eles são unânimes em concluir que o consumo de fibras tem um papel protector no aparecimento da doença.

O papel atrás referido pode ocorrer de várias formas. A primeira decorre dos efeitos fisiológicos e mecânicos das fibras, quer através do aumento do volume das fezes ou da diminuição do tempo de trânsito intestinal, que facilitariam a remoção dos agentes cancerígenos, diminuindo o tempo de contacto desses agentes, presentes no conteúdo fecal, com os mucos do intestino. A segunda forma de actuação está relacionada com a capacidade físico-química da fibra de se ligar aos ácidos biliares, atrasando ou reduzindo a absorção de lipídeos e a última tem a ver com a capacidade das fibras de servir como substrato para a fermentação das bactérias presentes no cólon, influenciando a ecologia intestinal e produzindo produtos finais fisiologicamente activos. (Neves, 2002)

Enquanto que uma dieta rica em fibras contribui para diminuir o aparecimento do CCR, uma dieta rica em gorduras contribui para o aumento da doença, pois provocam um aumento dos ácidos gordos e dos ácidos biliare nas fezes e influenciam alterações de composição dos ácidos biliare e da actividade metabólica da microflora intestinal, possibilitando que substâncias cancerígenas sejam produzidas a partir desses ácidos, dentro do lúmen do cólon. (Levi et al, 1999; Wynder & Shigematsu citados por Neves, 2002)

Numa pesquisa efectuada por Marques et al, que consistiu na revisão sistemática de onze estudos prospectivos concluiu que existe uma relação positiva entre a obesidade e o risco de CCR, este risco parece ser superior nos indivíduos do sexo masculino e para tumores do cólon. (Marques et al, 2005)

Vários estudos concluíram que o consumo da vitamina D contribui para uma diminuição do CCR, Gorham et al (2007) publicou recentemente as conclusões de um estudo que revelaram que elevando a dose de vitamina D absorvida diariamente de 13 para 34 nanogramas por mililitro, a incidência do cancro colorrectal seria reduzida a metade e o risco baixa dois terços com uma concentração de 46 nanogramas/ml, acrescentou, precisando que este nível pode ser atingido com complementos vitamínicos e uma exposição solar de 10 a 15 minutos por dia.

A ocupação profissional pode também influenciar o aparecimento da doença, é o caso dos empregados da indústria automóvel, das fábricas de metais, plásticos e borrachas que manipulam madeiras impregnadas de resina e utilizam materiais como cola, fibra de vidro, plástico, tintas, verniz e fluidos de máquinas, exposição esta que pode influenciar o aparecimento do CCR (Guy, 1995; Swanson & Burns, 1995)

A condição sócia económica também tem sido estudada como sendo um dos factores de risco para o aparecimento do CCR, este têm maior incidência nas populações economicamente mais desenvolvidas, que apresentam estilos de vida ocidentais, como os Estados Unidos e Austrália e, em menor proporção, na Europa Ocidental (Kune et al, 1986; Muir & Nectoux, 1996; Tominaga & Kuroishi, 1997 citados por Neves, 2004). As menores taxas de incidência são observadas em regiões menos desenvolvidas como a África, Ásia e América Latina.

Da pesquisa bibliográfica realizada foram encontrados vários estudos que concluíram que a prática de exercício físico está directamente relacionada com a aparecimento do CCR, ou seja, uma inexistente ou baixa prática de exercício físico aumenta as possibilidades de vir a ter CCR, pois o exercício físico estimula o peristaltismo e diminuindo o tempo de trânsito intestinal das fezes, e consequentemente diminuindo o contacto entre as substâncias cancerígenas presentes nas fezes e a mucosa do cólon, esta conclusão é sustentada por outros estudos. (Wu et al, 1987; Neves, 2002, Friedenreich et al, 2006).

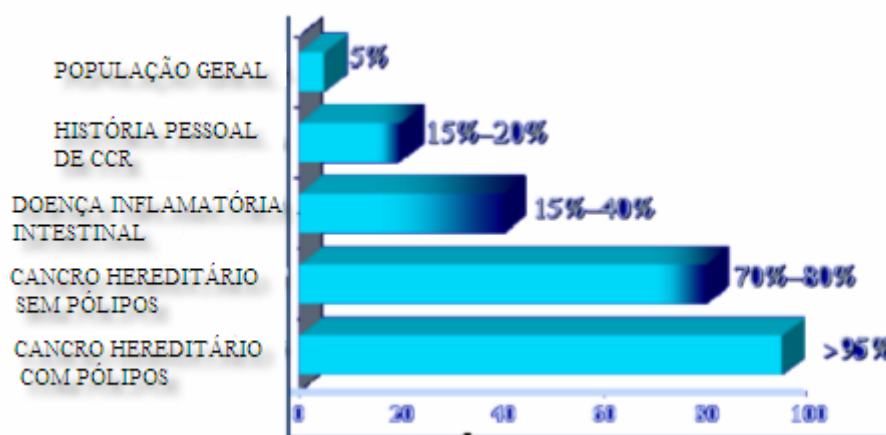
Outro factor de risco estudado foi o álcool, os indivíduos que ingerem grandes quantidades de álcool substituem muitas vezes a ingestão de alimentos por esta substância como fonte calórica, o que pode causar uma deficiência de determinados micro nutrientes, associados, na literatura, com a redução do risco de desenvolvimento de diversas neoplasias, entre elas, o cancro do cólon.” (Neves, 2002). Esta associação é desde à muito abordada por vários autores e as conclusões dos seus estudos corroboram o atrás referido, existindo uma elevada correlação entre o consumo de álcool e o CCR. (Wu et al, 1987; Lieberman et al, 2003).

O tabaco foi considerado como um factor de risco que aumenta a possibilidade de vir a ter CCR como tem sido contactado por inúmeros estudos. (Lieberman et al, 2003, Neves, 2002)

No único estudo que conseguimos encontrar relativamente à população portuguesa, “Riscos nutricionais e o cancro colorrectal na população portuguesa”, tinha como objectivo caracterizar e identificar as dietas/ estilos de vida de “risco elevado” e avaliar as suas associações com o CCR e cujos resultados estão de acordo com o atrás referido, concluíram que também na população portuguesa o tabagismo e a ingestão de álcool são factores de risco embora com menor expressão do que os factores dietéticos, verificou-se que existe um risco aumentado nas pessoas com baixa ingestão de vitamina B12, dieta rica em gorduras e proteínas animais e com o colesterol elevado e que tem uma dieta pobre em fibras e vegetais. (Ravasco, Monteiro Grillo & Camilo, 2002).

Resumindo existem alguns factores que potenciam o aparecimento da doença, como sejam: idade superior a 50 anos, factores dietéticos como o baixo consumo de vegetais verdes, fibras ou o excessivo valor energético das refeições; excesso de peso; inexistência ou baixa actividade física (sedentarismo); elevada percentagem de massa adiposa; estilo de vida ; antecedentes familiares de CCR ; antecedentes de pólipos no intestino ; antecedentes de cólite ulcerosa ou doença de Crohn ; factores hereditários. (Potter et al, 1993; Schottenfeld e Winawer, 1996; Instituto Nacional do Cancro dos Estados Unidos da América, 2005)

Gráfico 6 – Risco de poder vir a desenvolver CCR



Fonte: Marília Cravo, Instituto Português de Oncologia de Lisboa

4.2.3. Sinais e sintomas

A maioria dos cancros colorrectais só são identificados após o aparecimento dos sintomas, o que normalmente ocorre numa fase avançada da doença, têm uma evolução silenciosa. Os sintomas específicos variam com a localização do tumor, grau de estadiamento e o tipo do padrão de crescimento.

Os principais sintomas são a mudança de hábitos intestinais (sintoma inicial mais frequente), a eliminação de sangue nas fezes (segundo sintoma mais frequente), muco, dor rectal/ abdominal, diminuição persistente no diâmetro da massa fecal, tenesmo (falsas vontades de defecar) e sensação de esvaziamento incompleto após defecar. Pode ainda ocorrer uma anemia inexplicável, perda ponderal de peso e fadiga. (Bare & Smeltzer – Brunner, 1994)

O cancro do cólon e recto geralmente manifesta-se por três sintomas típicos, que na fase inicial da manifestação podem ocorrer isoladamente mas com o evoluir da doença,

_____ *Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do cólon e recto* _____

acabam por estar todos presentes, sintomas esses que estão descritos abaixo. Estas alterações podem surgir acompanhadas de outras: alterações do trânsito intestinal, como sejam a diarreia e a obstipação ou alternância de ambas.

As rectorragias, perdas de sangue vivo pelo ânus, este sintoma por vezes é o primeiro a surgir. As rectorragias podem surgir quando ocorre a dejeção ou entre dejeções, este facto deve-se ao facto do tecido que forma o tumor ser muito irrigado, sangrando devido à irritação provocada pela passagem das fezes junto à parede do tumor. Sempre que este sinal surge, isolado ou acompanhado de outros, existe indicação para a realização de um toque rectal e colonoscopia.

Outro sintoma bastante frequente é o tenesmo, falsa sensação de necessidade de evacuar, que leva apenas à emissão de algum gás, algumas mucosidades ou, por vezes, de algum sangue. Estas sensações, ocorrem devido à presença da massa tumoral, que invade a ampola rectal dando a sensação de existência de fezes, e a conseqüente vontade de defecar.

A dor é outro dos sintomas e significa que o tumor já ultrapassou a parede e invadiu estruturas vizinhas.

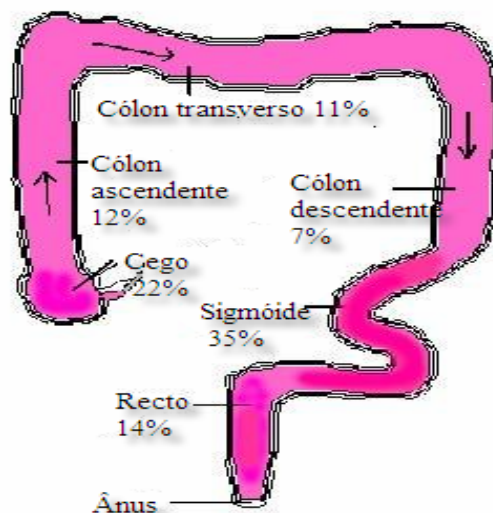
De acordo com a localização, os sintomas podem variar:

- cólon direito: alterações do estado geral, perda de peso, anemia, dor na fossa íliaca direita e sangue oculto nas fezes.
- cólon transversal e cólon esquerdo: alterações do trânsito intestinal, diarreia e/ou obstipação, dor abdominal, murmurismo e distensão.
- sigmóide e do recto: rectorragias, tenesmo rectal, diarreia e/ou obstipação, flatulência, oclusão intestinal e peritonite.

4.2.4. Localizações mais frequentes do CCR

As localizações mais frequentes do CCR são apresentadas na figura abaixo.

Figura 8 - Frequência do cancro nas diferentes partes do cólon e recto



Fonte: Member.rivernet

4.2.5. Grupos de risco

A Sociedade Portuguesa de Endoscopia¹⁶ (2001) define em três os grupos de risco para o rastreio do Cancro do cólon e recto:

- baixo risco: indivíduos assintomáticos, com idade inferior a 50anos e sem factores de risco pessoal ou familiar em que não se preconiza o rastreio;

- médio risco: indivíduos assintomáticos, com idade superior a 50anos, sem factores de risco pessoal e familiar

¹⁶ Sociedade Portuguesa de Endoscopia - SPED

- alto risco: indivíduos com doença inflamatória intestinal, indivíduos com parentes de 1º grau com CCR, história familiar associada à patologia e síndromas hereditários associados ao CCR

De acordo com Braga e Melo (2003), 70% dos CCR ocorrem em pessoas de médio/baixo risco.

4.2.6. Incidência e mortalidade por CCR

Em relação à incidência do CCR no mundo esta é ligeiramente superior no sexo masculino em relação ao sexo feminino e mais de 50% dos casos surgem em indivíduos com mais de 50 anos. A prevalência de pólipos adenomatosos aumenta de 20% a 25%, na idade dos 50 anos, para 50% na idade dos 75-80 anos. É também relevante o facto da incidência em ambos os sexos quase duplicar nos países desenvolvidos

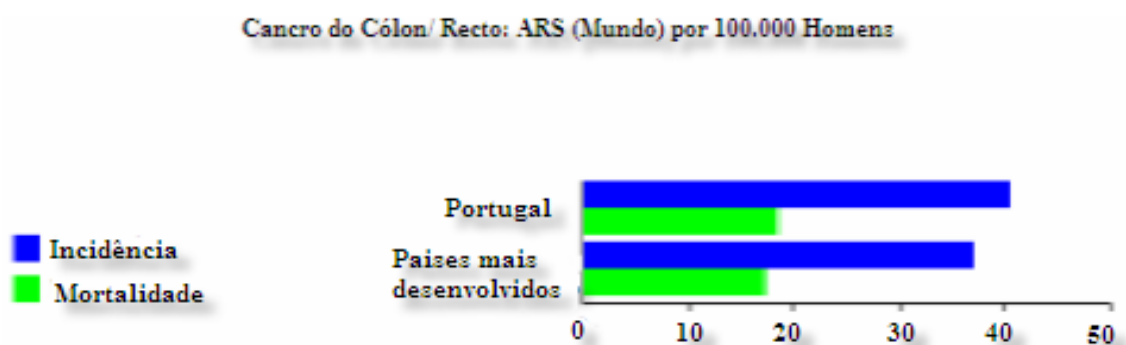
Os países que apresentam as taxas de incidência mais elevadas são América do Norte, Europa Ocidental e Austrália (25 - 35 por 100.000 habitantes) e as menores taxas registam-se na Índia (1 -3 por 100.000 habitantes). (Coelho, 2005)

Vaz (2000, s.pág.), refere que “...*Em média, a probabilidade de uma pessoa desenvolver um cancro colorrectal ao longo da vida é de 6%; isto é, cerca de 1 em cada 20 pessoas contrairá a doença. Estima-se que 14% de todos os cancros diagnosticados anualmente se localizem no cólon ou no recto. 40 a 50% dos doentes com cancro colorrectal morrem em consequência da doença.*”

5. CCR EM PORTUGAL

A OMS declarou o cancro do cólon e recto como o tumor maligno mais comum na União Europeia e em Portugal é o cancro com maior mortalidade, tendo-se registado um aumento de 80% nas últimas três décadas, anualmente são diagnosticados em Portugal aproximadamente 6000 novos casos de CCR, destes metade terá uma evolução fatal. (Nobre Leitão, 2002, 2003; Cernadas, R., 2005; Pinto, A. 2006, Bana et al, 2007)

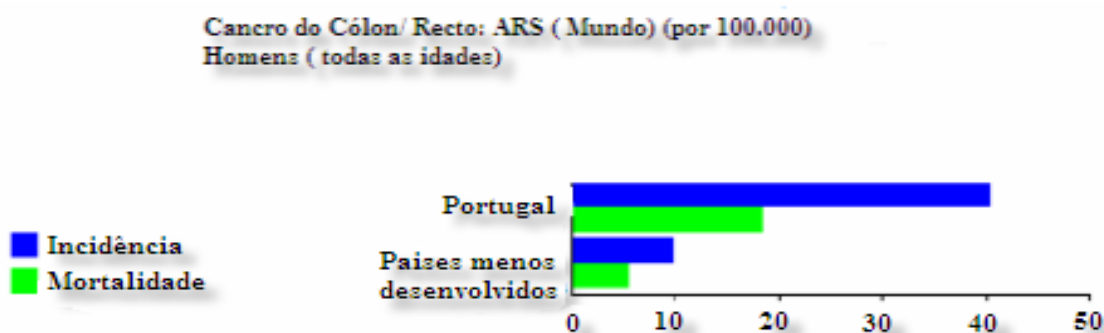
Figura 9 - Incidência do CCR nos homens em Portugal / Países mais desenvolvidos



FONTE: GLOBOCAN 2000

Esta realidade levou a que a SPED considerasse que este é um grave problema de saúde pública, como é possível observar da análise das figuras 10 e 11, o que torna urgente a implementação de programas de rastreio de forma a inverter esta situação.

Figura 10 – Incidência do CCR nos homens em Portugal /Países menos desenvolvidos



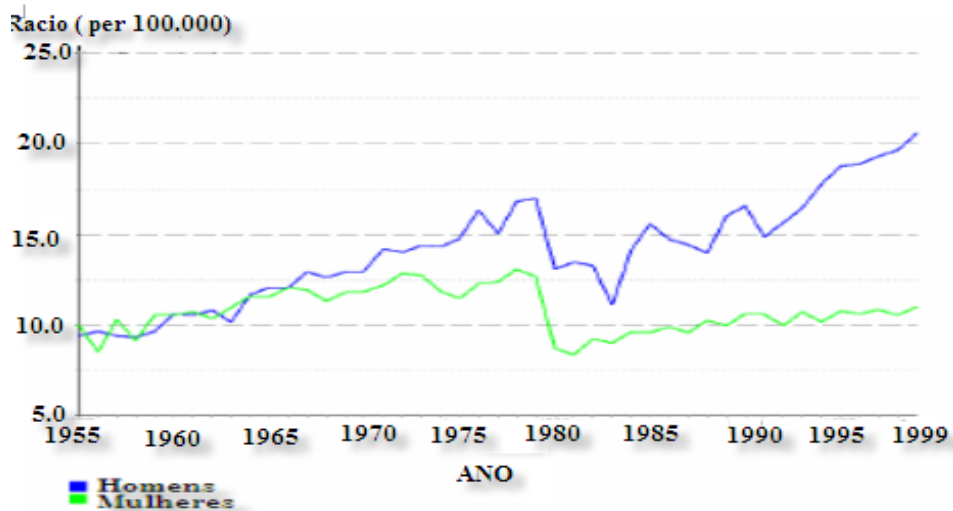
FONTE: GLOBOCAN 2000

Em Portugal o CCR é o cancro mais frequente nos homens, embora, neste mesmo grupo, seja a quarta causa de morte oncológica, enquanto nas mulheres é o segundo tipo de cancro bem como a segunda causa de morte oncológica. (Ministério da Saúde, Portal da Saúde, 2005)

O Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil, através do Registo Oncológico do Sul, publicou em Fevereiro de 2007, na revista “ ISM-2000/2001”, alguns dados relativos à incidência do cancro do cólon e do recto, que gentilmente nos foram facultados e que confirmam a gravidade da situação.

O gráfico 7 mostra a mortalidade por cancro em Portugal entre a década de 50 e final da década de 90, verificando-se um aumento do número de casos ao longo dos anos, sendo possível constatar que a percentagem de homens afectados é quase o dobro das mulheres, o que não deixa de surpreender pois a maioria dos estudos consultados não referiam uma diferença tão acentuada entre os dois sexos.

Gráfico 7 – Mortalidade por CCR nos dois sexos em Portugal



Fonte: Globocan 2000

Segundo dados da SPED, só na década de 90 ocorreu um aumento de 50% da incidência deste cancro, facto que pode estar relacionado com a alteração dos hábitos alimentares e com a lenta evolução da doença, que pode permanecer assintomática durante anos, só se manifestando quando atinge determinado tamanho (Nobre Leitão & Mendes, 2002)

Um estudo realizado pelo serviço de Gastroenterologia do Instituto Português de Oncologia de Lisboa em articulação com a Universidade Católica e publicado em 2003 revela que “ *Todos os dias morrem em Portugal oito pessoas vítimas de cancro no cólon ou no recto. Por ano, são cerca de 3000 os portugueses que perdem a vida devido a este tumor, o que mais mata no país, e perto de 5000 os novos casos diagnosticados. Cerca de 60 a 80 por cento das mortes podiam ser evitadas se se apostasse no rastreio da patologia, acreditam os especialistas....*” (Costa, 2004).

A idade média de detecção do CCR em Portugal situa-se entre os 62 e 63 anos, o que de acordo com os índices de mortalidade do Instituto Nacional de Estatística, a maioria dos

portugueses, nessa idade, terão em média uma esperança de vida de 19,5 anos. (Gouveia, 2005).

A Sociedade Portuguesa de Enfermagem Oncológica no 6º Congresso Nacional de Enfermagem Oncológica, que decorreu em Novembro de 2006, refere que de acordo com as estatísticas, as taxas de cancro podem aumentar cerca de 20% até 2020, ressaltando o papel importante a ser desenvolvido ao nível da prevenção. (Alves, 2006).

O diagnóstico e o tratamento precoces do cancro do cólon permitem uma taxa de curabilidade que varia de 80 a 95%. Quando o diagnóstico é estabelecido numa fase de metástases à distância, a taxa de sobrevida aos 5 anos é inferior a 10%. (Nobre Leitão e Mendes, 2002)

6. RASTREIO ONCOLÓGICO

6.1. POLITICAS DE SAÚDE

A preocupação com as doenças crónicas não é recente, os princípios do rastreio como meio de prevenção das doenças crónicas não transmissíveis foram publicados pela OMS, em 1968, e pelo Conselho da Europa, em 1994.

Posteriormente a Comissão das Comunidades Europeias (2003) publicou uma recomendação sobre a despistagem do cancro, onde salientava a pertinência da tomada de medidas efectivas baseadas na cruel realidade de que um em cada quatro europeus (aproximadamente um milhão por ano) serão vítimas de cancro, o que representa um peso enorme não só em termos humanos, para os doentes cancerosos e as respectivas famílias, como ao nível dimensão económica e financeira dos recursos de saúde mobilizados com vista ao diagnóstico, tratamento e cuidados relativos a esta doença.

Uma das finalidades da Comissão era reduzir a percentagem de incidência e mortalidade do cancro nos países europeus, a luta contra o cancro assentava em várias vertentes de acção: identificação das causas do cancro, supressão ou redução da exposição a factores de risco de cancro conhecidos, diagnóstico precoce do cancro através da despistagem e melhores tratamento e cuidados em relação ao cancro e concluía baseada em ensaios clínicos de metodologias específicas de despistagem que o rastreio é eficaz em relação a três cancros diferentes: o cancro da mama, o cancro colorrectal e o cancro do colo do útero. Reforçava o papel dos programas de saúde pública nas redes de despistagem, implementação de princípios de melhores práticas em relação à despistagem do cancro,

salientando que uma boa despistagem populacional seria mais eficaz que a despistagem a pedido do interessado. (Comissão das Comunidades Europeias, 2003)

Ao efectuar-mos uma análise retrospectiva verificamos que em Portugal à muito que os diferentes governos abordam a questão da doença oncológica, as suas repercussões e a necessidade de implementar programas de rastreio, contudo a maioria dos rastreios continuam à espera, de verbas e linhas orientadoras, com todos os custos humanos e materiais inerentes.

Foi publicado em Agosto 2001, por resolução da Presidência do Conselho de Ministros em Diário da República, o Plano Oncológico Nacional¹⁷ de Rastreio, 2001-2005. No início do documento pode-se ler que segundo dados da OCDE, “..., em 1996, os tumores malignos representaram em Portugal 1318 anos perdidos de vida potencial nos homens e 918 nas mulheres por 100 000 habitantes, sendo, ainda, responsáveis pela segunda principal causa de morte.” (Diário da Republica, 2001, pág. 5241)

A elaboração e publicação da resolução demonstrava a preocupação com a gravidade da situação propondo a implementação de medidas que abordavam a educação e promoção para a saúde, a prevenção da doença, o rastreio, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos procurando reduzir a taxa de incidência e de mortalidade por cancro no País. Destacava ainda a importância de estabelecer parcerias e de envolver e consciencializar os profissionais de saúde da necessidade da implementação de programas de rastreio e de os diferentes serviços trabalharem de forma sincronizada, adequando-os às necessidades detectadas e aumentando a sua eficácia.

¹⁷ Plano Oncológico Nacional - PON

Prevenir as doenças oncológicas têm como finalidade reduzir ao mínimo ou eliminar a exposição aos agentes cancerígenos e minimizar a susceptibilidade individual aos efeitos desses agentes. (OMS, 1995)

A prevenção das doenças oncológicas pode ocorrer em dois níveis diferentes de prevenção: a primária e a secundária.

A prevenção primária ocorre no período anterior ao aparecimento da doença e inclui medidas de protecção dos indivíduos. Surge como a melhor alternativa para a mudança de comportamentos, pois não se pode modificar a predisposição genética, mas pode-se evitar a exposição a agentes cancerígenos e alterar hábitos e estilos de vida. As principais campanhas de prevenção primária visam a luta contra o tabagismo, o consumo de gorduras e sal, sedentarismo e exposição solar.

A prevenção secundária consiste no rastreio do cancro, este deverá processar-se de acordo com programas que determinam quais os grupos a ser rastreados, os exames adequados a cada patologia e a frequência da realização.

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

Rastreio é “ *um exame que permite identificar um problema potencial de saúde numa fase precoce, numa altura em que pode ser mais prontamente tratável, ou em que é mais fácil lidar com as suas consequências*” (Teixeira e Trindade, 2002,pág. 36)

O rastreio, incluído no capítulo V do PON, visa a aplicação de exames sistemáticos a toda a população saudável ou de grupos específicos seleccionados da população saudável, com o objectivo de diminuir a incidência e a mortalidade. Explicita ainda que quando os programas de rastreio sistemático não se possam efectuar, por qualquer

motivo, deverão ser utilizados outros meios que permitam a identificação das lesões pré-malignas ou de neoplasias iniciais.

Neste âmbito foram definidos como objectivos prioritários: realizar rastreios para o cancro do colo do útero, cancro da mama e cancro cólon, garantir programas de rastreio gratuitos para a população, que assegurem altos níveis de qualidade, nomeadamente com processos de convocação - reconvocação populacionais com informação sobre os benefícios e riscos desta actividade preventiva, garantia de acessibilidade universal, boa prática clínica, , vias de tratamento prioritárias e imediatas, respeito pelas directrizes comunitárias de rastreio de cancro, formação específica a todos os profissionais envolvidos e ligação aos registos oncológicos regionais.

Na recomendação sobre o rastreio do cancro, do Conselho da UE pode – se ler que “...*O rastreio permite a detecção de cancros em fase precoce de invasividade, ou possivelmente, até mesmo antes de ter ocorrido a invasão. Algumas lesões podem, portanto, ser mais eficazmente tratadas, com conseqüente esperança de cura dos doentes. O indicador principal da eficácia do rastreio é a diminuição da mortalidade específica por doença. Como no caso do cancro do colo do útero são detectados precursores do cancro, a redução da incidência deste tipo de cancro pode considerar-se um indicador muito útil. Há dados que comprovam a eficácia do rastreio do cancro da mama e colorrectal, provenientes de ensaios aleatorizados, e do rastreio do cancro do colo do útero, derivados de estudos observacionais.*” (Conselho da União Europeia, 2003)

Apesar da divulgação dos resultados de vários estudos que confirmam que a realização de rastreios permite a detecção precoce de vários tipos de cancro, mama, colo do útero, próstata, cólon e recto, pele, o comportamento das pessoas não se altera e a adesão aos

_____ *Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do cólon e recto* _____

rastreios oncológicos é baixa e a taxa de mortalidade é elevada. (Mamdell et al, 2000; Nobre Leitão, 2001; ENDOnews, 2003)

Perante o atrás descrito, após o fracasso do PON surge o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas, que tem como objectivos diminuir a taxa de incidência por cancro em Portugal recorrendo a uma aposta na educação e promoção da saúde, no rastreio e diagnóstico precoce, na maior qualidade no diagnóstico, e no tratamento correcto e em tempo útil. O quadro abaixo apresenta as metas prioritárias para as doenças neoplásicas (quadro2) delineadas no Plano Nacional de Saúde 2004-2010.

Quadro 2 – Metas prioritárias para as doenças neoplásicas

Indicador	Situação actual	Projeção 2010	Meta para 2010
Cancro da mama feminina			
Taxas de rastreio	ND	–	60% da população-alvo
Taxa de mortalidade padronizada por cancro da mama antes dos 65 anos / 100 000 mulheres ¹	14,3	13,5	10
% de sobrevivência aos 5 anos ²	71,9	ND	75
Cancro do colo do útero			
Taxas de rastreio	ND	–	60% da população-alvo
Taxa de mortalidade padronizada por cancro do colo do útero antes dos 65 anos / 100 000 mulheres ¹	3,5	3,1	2
% de sobrevivência aos 5 anos ²	55,6	ND	68
Cancro do cólon e recto			
Taxas de rastreio	ND	–	60% da população-alvo
Taxa de mortalidade padronizada por cancro do cólon e recto antes dos 65 anos / 100 000 indivíduos ¹	7,9	7,9	6
% de sobrevivência aos 5 anos (homens) ²	46,3	ND	55

(1) DGS. Os dados da situação actual referem-se a 2001. (2) Eurocare 3. Os dados da situação actual referem-se a 1998.
ND - Não se encontra disponível

Fonte: Plano Nacional de Saúde 2004-2010 – Volume I – Prioridades

Em Portugal e de acordo com coordenador para as doenças oncológicas, Dr. Joaquim Gouveia, são apenas três os cancros rastreáveis: colo do útero, cólon e recto e mama. De acordo com a mesma fonte está a ser elaborado o manual de rastreio do colo do útero, e posteriormente serão elaborados manuais para os outros, de forma a obter uma maior uniformidade de procedimentos, estabelecimento de indicadores de avaliação e a divulgação periódica dos resultados. (Portal da Saúde, 2006)

Porém toda a sociedade poderá e deverá ser responsabilizada pelo arrastar da situação, pois se existisse uma maior sensibilidade e consciencialização de que os rastreios salvam vidas e devem ser implementados, a situação poderia ser diferente, a aplicação efectiva de rastreios oncológicos depende da vontade política, dos profissionais de saúde e principalmente da vontade individual.

A Comissão das Comunidades Europeias (2003) refere a este respeito que quando se realizam rastreios do cancro, estes devem ser propostos no âmbito de programas organizados, com controlo de qualidade a todos os níveis e boa informação sobre as suas vantagens e riscos, pois as vantagens para a população/saúde pública de um programa de rastreio apenas serão alcançadas se o grau de adesão e cobertura for elevado, para tal à que assegurar a igualdade de acesso à despistagem dos vários grupos socioeconómicos.

6.2. RASTREIO DO CCR

Transpondo para a temática do estudo, Nobre Leitão (2002) considera que “rastreio consiste em avaliar indivíduos assintomáticos, para verificar a presença de adenomas e

ou de CCR¹⁸; os indivíduos sintomáticos devem ser estudados em função das suas queixas.”

Em 2002, Prof. Carneiro Chaves, Presidente do Colégio de Gastrenterologia da Ordem dos Médicos já referia que as evidências quanto à eficácia do rastreio na redução da mortalidade por carcinoma do cólon e recto, e os dados epidemiológicos conhecidos em Portugal justificavam que o tempo para o seu desenvolvimento tivesse chegado. (SPED, 2002)

A SPED defende o lema "O rastreio deste cancro é o único que salva vidas, é económico, e reduz a mortalidade." (Marques, 2005)

A revista ENDOnews (2003) publicou um estudo da Federação de Gastroenterologia da União Europeia (UEGF) realizado em 21 países europeus em 2003, com a finalidade de avaliar o grau de conhecimento sobre a doença, factores de risco e métodos de rastreio e concluiu que apesar desta ser uma doença com elevada mortalidade entre os europeus, estes estavam mal informados sobre a doença e formas de prevenção.

Ao contrário da maioria dos europeus os portugueses estavam informados sobre a doença mas têm poucos conhecimentos sobre quais os factores de risco, só um quarto sabia que a doença afecta de igual modo os dois sexos e pouco mais de metade sabia que o risco aumenta após os 50 anos de idade e da influência da história familiar no desenvolvimento da doença. Entre os cidadãos europeus, os portugueses eram dos mais bem informados sobre a importância da realização de exames de rastreio para diminuir a mortalidade, sabiam quais os métodos de rastreio e que a taxa de sucesso dos tratamentos é elevada.

¹⁸ CCR – cancro do cólon e recto

Um outro estudo apresentado pela SPED, em 2005, e realizado pela Universidade Católica que pretendia aferir o grau de conhecimento dos portugueses em relação à doença, concluiu que mais de dois terços dos inquiridos estão informados sobre a doença e a elevada mortalidade associada, primeira causa de morte por cancro em Portugal e mais de metade referiu estar disponível para a realização de exames de rastreio desde que gratuitos.

Estes estudos obrigam a pensar, como é possível os portugueses serem cidadãos informados sobre o CCR e esta ser a principal causa de morte por cancro no país.

Como foi referido atrás o PNO, delineado pelo Governo não obteve os resultados esperados, como é possível constatar no site do Ministério da Saúde e nos resultados obtidos no estudo elaborado por Faias, Nobre Leitão e Pinto (2003) do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil em Lisboa e publicado pela revista ENDOnews, cuja finalidade era avaliar a atitude e as dificuldades dos médicos portugueses na abordagem ao rastreio do CCR e que permitiu formular as seguintes conclusões: uma baixa adesão dos médicos inquiridos, que apesar de informados sobre os benefícios do rastreio deste cancro, continuavam a propor a sua realização apenas a uma pequena percentagem de pessoas e que era importante facilitar o acesso aos exames endoscópicos e desmistificar a sua realização.

A consciência da gravidade da situação e da importância dos rastreios é expressa por Rui Cernada, Especialista de Medicina Geral e Familiar, ao afirmar que “ Na minha perspectiva, cabe aos médicos portugueses – e aos médicos de família, em primeiro lugar – uma palavra de responsabilidade neste combate ao cancro colorrectal (CCR) através do rastreio. Contribuamos deste modo para que o CCR não vença pela única opção,

ilegítima, inaceitável e criminosa que seria a de não se fazer qualquer rastreio neste país!” (SPED, 2005)

Em Portugal ainda existe um longo caminho a percorrer, Marie Isabelle Cremmers, Gastrenterologista do Hospital S. Bernardo, SA – Setúbal, refere que “na maioria dos países europeus, as autoridades de saúde defendem a realização do rastreio através do envolvimento dos médicos de família, que são considerados essenciais no recrutamento e informação da população de risco.” (Sociedade Portuguesa de Endoscopia, 2005, s. pág.)

Vários países europeus já implementaram rastreios sistemáticos ao CCR nos indivíduos de risco através de sigmoidoscopia flexível, como o Reino Unido, os países escandinavos e, mais recentemente, a França, onde a pressão das sociedades científicas e da opinião pública foi de tal ordem que o governo alargou o rastreio a todo o país.

A União Europeia, através do seu conselho publicou em 2003 uma recomendação para o CCR, chamando atenção para a importância de todos os países recorrerem a políticas que visem o desenvolvimento de programas de rastreio do cancro.

O CCR está associado a uma morbilidade e mortalidade elevada, porém os métodos de rastreio são suficientemente precisos, aceitáveis pelos doentes e exequíveis, logo os benefícios do rastreio são maiores do que os inconvenientes, resulta num melhor prognóstico para o tratamento da doença do que nos casos em que esta é descoberta numa fase mais avançada. (Nobre Leitão, 2002)

O CCR é facilmente rastreado pois apresenta uma biologia muito característica, com uma lenta evolução, apresentando inicialmente pequenas lesões benignas ou malignas precoces que são facilmente removidas.

_____ *Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do cólon e recto* _____

Como muitas outras doenças, o CCR só se manifesta quando já têm dimensões significativas, têm um início insidioso o seu crescimento ocorre num período entre os 5 a 7 anos até atingir o tamanho de um pequeno cogumelo (pólipo) e outros tantos até tornar-se maligno. Todos os cancros inicialmente são benignos, contudo podem também ser fatais. Posteriormente, o tumor torna-se maligno desenvolvendo-se através de células metástases.

A SPED afirma que em Portugal 90% dos casos de CCR são precedidos por uma lesão benigna, adenoma ou pólipo adenomatoso, identificável e ressecável por via endoscópica, e caso o rastreio do CCR fosse uma realidade poderiam ser salvas muitas vidas.

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas está elaborar manual sobre o rastreio do cancro do cólon e recto, de forma a uniformizar procedimentos, estabelecer indicadores de avaliação e permitir a divulgação periódica dos resultados, enquanto este não entra em vigor, o rastreio é efectuado segundo o descrito no anterior PNO.

6.2.1. Rastreio segundo o grupo de risco do CCR

Os factores de risco para este cancro são a idade, 90% dos cancros surge acima dos 50 anos e uma história familiar de adenomas ou de CCR. Segundo Nobre Leitão (2002) o CCR é o cancro humano com maior incidência familiar.

Como todos os outros cancros, o cancro do cólon não escolhe sexos, afecta mulheres e homens e pode aparecer em qualquer idade, contudo depois dos 50 anos, o risco duplica em cada década de vida. A SPED considera também como factores de risco os

_____ *Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do cólon e recto* _____

antecedentes pessoais de pólipos do intestino grosso, antecedentes familiares de cancro ou pólipos do intestino grosso, doença inflamatória intestinal ou cancro noutros órgãos (especialmente na mama ou útero).

A SPED recomenda que o rastreio do CCR se inicie – em todos os indivíduos sem factores de risco acrescido – a partir dos 50 anos de idade. Em pessoas com factores de risco acrescido, pessoais ou familiares, recomendam um programa de rastreio e vigilância mais frequente, variando em função das características concretas de cada caso. De acordo, com Nobre Leitão e Mendes da SPED, o rastreio do grupo de risco padrão, acima referido, deverá ter por base o risco avaliado segundo o seguinte esquema que tem por ponto de partida o risco familiar do CCR, considerando-se por parentes de 1º grau, os pais, irmãos ou filhos:

- ✓ um parente de primeiro grau: risco 2 a 3 X¹⁹ superior;
- ✓ dois parentes de primeiro grau: risco 3 a 4 X superior;
- ✓ um parente de primeiro grau, com menos de 50 anos: risco 3 a 4 X superior;
- ✓ um parente de segundo ou terceiro grau: risco 1,5 X superior;
- ✓ dois parentes de segundo grau: risco 2 a 3 X superior;
- ✓ um parente de primeiro grau com pólipos: risco 2 X superior.

Os mesmos autores subscrevem a proposta de rastreio da SPED, que se fundamenta no conhecimento científico actual, abaixo apresentada:

- início aos 40 anos, com colonoscopia total cada 5 anos, se existem 2 ou mais parentes de primeiro grau afectados, ou 1 parente de primeiro grau com cancro ou pólipos adenomatosos do cólon e idade inferior a 50 anos;
- início aos 40 anos de idade, com pesquisa anual de sangue oculto nas fezes e

¹⁹ X –leia-se vezes

colonoscopia se aquela for positiva, ou em alternativa, o recurso à fibrosigmoidoscopia cada 5 anos, perante parente de primeiro grau com cancro ou pólipo adenomatoso do cólon e idade superior a 50 anos;

- rastreio idêntico ao proposto para população de risco – padrão para as restantes situações.

Já à algum tempo que o Instituto Português de Oncologia tem uma consulta de Risco familiar que têm como finalidade efectuar o despiste precoce de algumas doenças em que o factor genético é responsável pelo seu aparecimento, como é o caso dos cancros da mama e do cólon e recto, algumas complicações cardiovasculares, em famílias em que se detecta mais do que um caso de uma das doenças atrás referidas. Despertos para o “choque” que é descobrir que se é portador de uma doença genética, os utentes das consultas de risco familiar tem acompanhamento psicológico.

O problema pode reside no facto de muitas vezes as pessoas não estarem despertas para o facto de alertar o seu médico da existência de outros casos de cancro na família, e assim poderem ser referenciadas e ser efectuado um diagnóstico precoce, desconhecerem o facto que o cancro pode ser causado por uma alteração genética e não resultado do acaso e finalmente apesar de até saberem que tem um risco elevado de poderem vir a ter cancro preferem não se submeter ao rastreio, com medo do que possam descobrir e assim deixam arrastar a situação que acabará por lhes acarretar problemas.

6.3. MÉTODOS DE DETECÇÃO

O diagnóstico do CCR pode ser efectuado através da pesquisa de sangue oculto nas fezes²⁰, exames endoscópicos e radiológicos.

Os exames endoscópicos mais frequentes são a rectoscopia (visualiza o recto), sigmoidoscopia flexível (visualiza o cólon sigmóide e o recto), a colonoscopia (observa o cólon completo) e a colonoscopia virtual estes exames permitem ao médico observar os tecidos do intestino grosso onde todos os tumores colorrectais se iniciam.

Podem também ser utilizados exames radiológicos como o clister opaco e a tomografia axial computadorizada. (Associação Portuguesa de Ostomizados, 2002)

O Centro Nacional de Prevenção das Doenças Crónicas e Promoção da Saúde em Atlanta publicou em 2003 o resultado de vários estudos sobre a eficácia de alguns dos exames diagnósticos, o que têm uma melhor relação custo/ benefício é a colonoscopia.

6.3.1. Pesquisa de sangue oculto nas fezes

A PSOF deverá ser efectuada através da colheita de três amostras, este facto está relacionado com o carácter intermitente das microhemorragias, duas das amostras deverão ser efectuadas em cada uma de três dejectões consecutivas ou então em três dias consecutivos. A PSOF é um exame que detecta sangue não visível numa amostra em decomposição, contudo a presença de sangue pode dever-se a úlcera gástrica, hemorróidas, doença inflamatória intestinal, pólipos ou CCR, por este motivo pode dar falsos positivos.

²⁰ pesquisa de sangue oculto nas fezes - PSOF

Vários estudos clínicos realizados nos Estados Unidos da América verificaram uma redução de 33% do número de mortes por CCR e uma diminuição de 20% na incidência do CCR nos indivíduos que realizaram o exame anualmente (Mandell et al, 1993; Hardcastle et al, 1996). Outros estudos realizados confirmam que a realização deste exame de rastreio de dois em dois anos permitiu reduzir o número de mortes por CCR em 15% na Inglaterra e em 18% na Dinamarca.

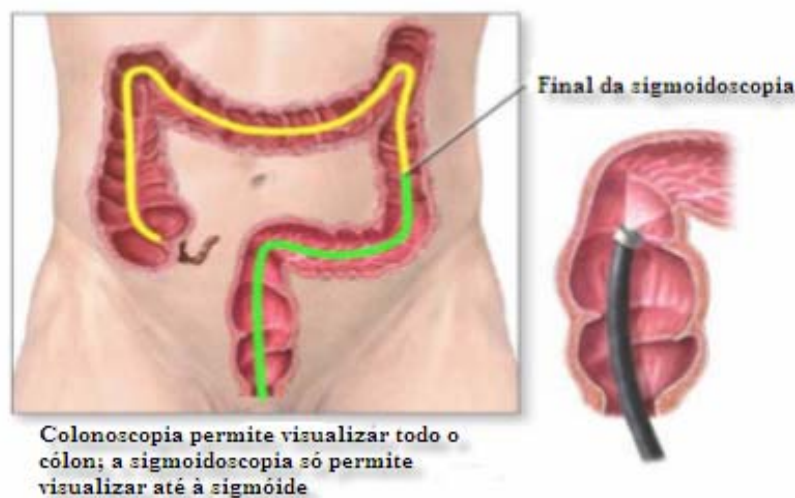
A PSO tem uma sensibilidade baixa para detecção de cancro (30% a 50%), muito menor para a detecção de adenomas e falsos positivos entre 2% a 4% sem rehidratação e 8% a 16% com rehidratação. (Nobre Leitão, 2002)

6.3.2. Sigmoidoscopia

A sigmoidoscopia flexível permite aos médicos examinarem visualmente as paredes do recto e parte do cólon através de um tubo flexível que tem na extremidade uma câmara denominado sigmoidoscópio. De acordo, com estudos realizados com este exame observou-se que o número de mortes por CCR na área de alcance do sigmoidoscópio foi 59% mais baixo nas pessoas que se haviam submetido ao exame em relação às que não o haviam realizado.

Liebermann et al realizou um estudo onde refere que a sigmoidoscopia flexível detecta apenas 70,3% das lesões avançadas presentes em populações submetidas a rastreio. (Liebermann et al, 2000)

Figura 11 – Capacidade de visualização do intestino através da sigmoidoscopia e da colonoscopia



Fonte: ADAM.

6.3.3. Colonoscopia

A colonoscopia é uma exame que consiste na introdução de um tubo flexível no intestino permitindo a visualização do seu interior e a detecção de elevado número de lesões, determinar a sua malignidade e a sua remoção, aproximadamente 90% dos cancros são curáveis na sua fase inicial.

A realização da colonoscopia como exame de selecção no rastreio ao CCR foi questionada ao longo dos anos, mas de acordo com bibliografia consultada os novos estudos apontam para o facto de este ser o exame com maiores benefícios, Douglas Rex (Presidente do Colégio Americano de Gastroenterologia), concluiu que “...durante algum tempo, foi bem claro que a colonoscopia não é um exame perfeito. Porém, com base na literatura até à data, a colonoscopia continua a ser o melhor método de rastreio e o gold standard²¹ no rastreio e prevenção do cancro colorrectal”. Reforça ainda esta

²¹ Gold standar – a colonoscopia é assim designada por permitir toda a visualização do intestino grosso.

opinião ao referir que "*três estudos demonstraram que a colonoscopia previne a progressão de cerca de 80% dos cancros colorrectais, através da extracção dos pólipos pré - cancerosos*". Contudo é o exame que apresenta o custo mais elevado em relação aos restantes exames, é opinião unânime que os benefícios são muito maiores que os custos. (SPED, 2004)

6.3.4. Clistor opaco

O clister opaco com bário de duplo contraste é um exame radiológico em que o ar é injectado após a remoção do bário previamente introduzido no cólon por via baixa, o que faz que as lesões sejam visualizadas devido ao bário (contraste) que ficou retido. Esta técnica é mais sensível do que o enema convencional para a detecção dos pólipos. (Dantas, s.d)

As vantagens de efectuar o rastreio do CCR têm reflexo na elevada taxa de sobrevivência, a Sociedade Americana para o Cancro determinou que "... as taxas de sobrevivência ao 1º e 5º anos dos doentes com cancro do cólon ou cancro do recto são, respectivamente, de 83% e 62%. No entanto, quando os CCR são diagnosticados numa fase precoce e localizada, a taxa de sobrevivência aos 5 anos aumenta para 90%. Infelizmente, apenas 37% dos CCR são detectados nesta fase." (Mitka, 2003)

Seguindo as directrizes do extinto PON, o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas, em relação ao CCR determina que deveriam ser implementados programas de rastreio por pesquisa de sangue oculto nas fezes e a colonoscopia de cinco em cinco anos nos indivíduos assintomáticos, a pesquisa de sangue oculto nas fezes ao grupo etário 50-74 anos e intervalo de rastreio de um - dois

anos, sendo imediata a execução da colonoscopia em todos os casos com teste de sangue oculto positivo.

De acordo, com a SPED todos os métodos têm vantagens e desvantagens, contudo existe uma tendência para generalizar o recurso à colonoscopia como única técnica de rastreio, realizada uma só vez entre os 50 e 60 anos, porém a baixa adesão a este exame e a sua especificidade da sua realização são uma condicionante.

Ter cancro é muitas vezes considerado o princípio de fim, o que leva a pessoa a ficar renitente e com medo perante o rastreio. Matias (2002) defende que esta reacção, não está relacionada com a razão ou conhecimentos científicos, mas sim com pulsões inconstantes, que temos dificuldade em dominar e com frequência levam à recusa de efectuar o exame para não terem de se confrontar com a doença.

O presidente do Grupo de Investigação do Cancro Digestivo (GICD), Guimarães dos Santos sublinhou, a importância de intensificar a prática do rastreio do CCR que atinge mais de três mil novos casos por ano. Segundo o mesmo, a prática do rastreio e da colonoscopia ainda não está generalizada em Portugal e a realidade obriga a que esta prática seja intensificada, pois o rastreio é a única forma de diminuir o número de novos doentes e a mortalidade.

Esta situação ocorre em inúmeros países, um estudo realizado pelo Centro de Controlo de Doenças e Prevenção dos EUA em 1999, com a finalidade de avaliar a adesão ao rastreio do CCR concluiu que apenas 20,6% dos homens e mulheres dos EUA com 50 ou mais anos de idade afirmaram ter feito o rastreio no ano que antecedeu o estudo, o que revelava uma baixa adesão, contudo a aposta em consciencializar as pessoas da importância do rastreio tem tido alguns resultados e em 2003 o mesmo Centro publicou dados relativos a 2000 em que se verificava uma melhoria dos resultados, 45% dos

homens e 41% das mulheres com 50 ou mais anos de idade tinham realizado um exame de rastreio durante o ano anterior. (Mitka, 2003)

A Associação Americana de Gastroenterologia, defende que o rastreio inicial é particularmente importante porque detecta os pólipos de maiores dimensões e mais perigosos, permitindo a sua remoção e contribui para que as pessoas adquiram o hábito de realizar o rastreio, aumentando as probabilidades de detectar precocemente o CCR. (Mitka, 2003)

Conscientes de que vivemos em realidades diferentes apesar de em comum termos os números preocupantes do CCR, na maioria dos países europeus e nos Estados Unidos da América os governos tem efectuado campanhas de promoção dos exames de rastreio do CCR com a finalidade de atingir a população e os profissionais em geral, em Portugal as acções do Governo vão pouco para além do papel e o que se tem feito deve-se à acção meritória da SPED que tem procurado alertar a população, os profissionais e o Governo para a importância do rastreio do CCR.

A SPED tem realizado diversas campanhas de informação, prevenção e promoção, com a intenção de chamar atenção de toda a sociedade para esta realidade, criou uma mascote o Tino, organiza anualmente várias actividades no dia 29 de Outubro, dia europeu da luta contra o cancro do intestino, tem um jornal on-line com informação actualizada, colabora com outras instituições e desenvolve parcerias com outras entidades certificando a eficácia de alguns produtos na saúde gastrointestinal. Estas parcerias traduzem-se no apoio à investigação e divulgação de conhecimentos científicos sobre alimentos funcionais, saúde gastrointestinal e no apoio à criação de oito centros de rastreio do CCR em hospitais de todo o país. (Silvestre, 2007)

7. COMPORTAMENTOS DE ADESÃO

Os comportamentos de adesão são influenciados por diversos factores que podem ser intrínsecos, como as crenças relacionadas com a doença, com o tratamento, relação com a equipa de saúde, a motivação, entre outros, ou extrínsecos relacionados com as políticas de saúde e os custos da mesma.

7.1. CUSTO/ BENEFICIO DA ADESÃO AO RASTREIO

Numa sociedade em que diariamente se abordam os gastos em saúde, que segundo muitos analistas tendem a aumentar, os governos procuram desenvolver estratégias de saúde que procuram contrabalançar custos/ benefícios dessas estratégias.

De acordo com Nobre Leitão (2002), uma estratégia de saúde, é considerada com uma relação de custo - efectividade adequada, quando o custo para obter um efeito determinado é inferior a um certo patamar, em regra pré - estabelecido, algumas das intervenções para além de terem uma relação custo - efectividade positiva, originam ainda uma poupança de recursos financeiros.

Reportando-nos ao CCR, vários estudos que se debruçaram sobre o custo – efectividade dos exames de rastreio deste cancro concluíram que todos os exames usados tem uma relação custo - efectividade semelhante e um ganho efectivo por cada ano de vida, sendo que apresenta uma melhor relação custo - efectividade do que os rastreios do cancro da mama e do colo do útero. (Nobre Leitão, 2002).

Nobre Leitão refere dois outros estudos que confirmam a relação custo - eficácia do rastreio do CCR, o primeiro é uma análise de custo - efectividade de economistas do “National Câncer Institute” e do “Congressional Office of Technology Assessment” de 1996, sobre os custos do rastreio de CCR com “PSO + Sigmoidoscopia”, levaram-nos a concluir que a adopção desta estratégia, era um bom investimento para a sociedade americana e o segundo desenvolvido por Loeve et al (1972), da Universidade de Erasmus (Roterdão) e pelo “National Câncer Institute” (E.U.A.), baseado numa estratégia com sigmoidoscopia cada 5 anos, concluíram que esta estratégia tem uma adequada relação custo - efectividade e leva a uma poupança de recursos financeiros. A partir do 5 ano do início do rastreio, os gastos anuais do tratamento são inferiores no grupo sujeito a rastreio, quando comparados com os gastos decorrentes da atitude de não rastrear. Estes resultados são muito significativos, pois análises semelhantes para o rastreio do cancro da mama e do colo do útero, nunca revelaram poupança de recursos financeiros. (Nobre Leitão, 2001,2002, Maciosek, 2006)

No que diz respeito ao CCR estima – se uma redução para metade dos custos de um programa de rastreio, quando a sigmoidoscopia se faz cada 5 e não a cada 3 anos, e uma redução para um décimo, quando a sigmoidoscopia se executa cada 10 e não cada 5 anos.

Se com a realização da sigmoidoscopia se obtém estes valores, e este exame só permite visualizar uma parte do intestino, com a colonoscopia os ganhos provavelmente serão maiores pois ao visualizar todo o cólon permite a detecção de um maior número de lesões, apesar de este ser o exame mais caro, o facto de detectar um maior número de lesões e de não necessitar de ser efectuada frequentemente, pode resultar numa maior economia de recursos. (Frazier et al., 2000)

_____ *Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do cólon e recto* _____

O rastreio do CCR pode salvar muitas vidas e recursos, segundo o Dr. Nobre Leitão é possível impedir 90% das mortes e é económico, o custo de um exame de diagnóstico para o Estado é de 85 euros, contra os 25 mil que custa o tratamento de um doente com cancro do cólon e do recto, isto em 2005, pois na actualidade existem tratamentos cujo custo pode duplicar. (Marques, 2005)

Além disso, e de acordo com um estudo realizado pela Universidade Católica para a SPED, os portugueses estão bem informados sobre a doença e disponíveis para realizar o exame de rastreio. Pelo menos, 80% sabem que esta é a primeira causa de morte por cancro em Portugal, e 60% admitem estar dispostos a realizar o exame se este for gratuito.

O economista responsável pelo estudo "Uma perspectiva económica do rastreio do cancro do cólon e recto", Dr. Miguel Gouveia, afirma que os benefícios económicos são de tal ordem "*...que cada ano de vida ganho com a realização do rastreio pode custar entre 2.700 e 3.500 euros, ... Isto significa "gastar dinheiro para fazer o rastreio do cancro do cólon e do recto é, provavelmente, uma das intervenções mais baratas do sistema de saúde português, o rastreio a este cancro é barato para comprar os anos de vida que dá"*. (Gouveia, 2005, s.pág.)

Resumindo, a implementação de programas de rastreio do CCR é importante, pois esta é uma doença com uma elevada incidência e mortalidade na população portuguesa; porque o rastreio permite diagnosticar as lesões numa fase precoce, e elimina-las sem ser necessário recorrer à intervenção cirúrgica; os exames de rastreio têm elevada eficácia na detecção das lesões; existência científica de que podem contribuir para reduzir a mortalidade; têm uma boa relação custo/ benefício, os benefícios ultrapassam bastante os inconvenientes da realização do exame; baixo custo económico, quando comparado com

o número de anos que se ganham e com os custos do tratamento do cancro quando este está numa fase avançada. (Braga e Melo, 2003)

Existem dois tipos de programas de rastreio, o rastreio sistemático e o achado ocasional.

O rastreio sistemático consiste num programa de rastreio de base populacional, organizacional, sistemático, centralizado, com mecanismos de controlo e garantia de qualidade, com processos de convocação – reconvocação populacionais e monitorização de indicadores. (Braga e Melo, 2003)

Este é o tipo de rastreio que poderá ter maiores benefícios e o que o Coordenador para as doenças oncológicas, Dr. Joaquim Gouveia, pretende implementar em Portugal.

O achado ocasional, decorre do facto de não existir um rastreio e é consequência do interesse do médico de clínica geral que procura ter uma atitude preventiva relativamente à saúde dos seus utentes.

7.2. FACTORES CONDICIONANTES DA ADESÃO

Cada pessoa possui características únicas ao nível social, biológico, psicológico e cultural. Velho citado por Maruyama (2004) complementa o atrás referido ao afirmar que embora o ser humano possua características universais e que cada pessoa desenvolva um processo individual, este processo não se dá fora das normas e padrões da sociedade em que está inserido por mais que a liberdade possa ser valorizada.

Por isso mesmo, a forma como cada pessoa reage à problemática das doenças oncológicas e a sua adesão ao rastreio, é influenciada pelas características atrás referidas, acrescenta-se ainda o facto de que por norma as pessoas têm comportamentos defensivos perante a doença, logo têm dificuldade em admitir que são responsáveis pela sua doença,

então só quando as pessoas se consciencializarem de que são responsáveis pela sua saúde e pela sua doença, se conseguirá modificar comportamentos e fazer prevenção da doença e promoção da saúde.

Patrões & Leal (2002, pág.103) citando Turk & Meichenbaum descrevem que “*um comportamento de Adesão aos cuidados de saúde implica, por parte do indivíduo, uma atitude de envolvimento activo, voluntário de aceitação e de colaboração com a manutenção da saúde, prevenção ou tratamento da doença.*”

Por outro lado, a não adesão é definida como o não seguimento, por parte do utente, dos conselhos dados pelos profissionais de saúde, conselhos estes que podem incidir sobre hábitos e estilos de vida, sobre o regime medicamentoso ou até sobre medidas preventivas de saúde. (De Sousa, 2003)

A adesão ao rastreio oncológica é influenciada, entre outros, por factores psicológicos e emocionais. Os factores psicológicos estão relacionados com o sujeito (variáveis sócio demográficas, informação, desconhecimento da forma como o exame é realizado, estado emocional, crenças de saúde, auto - eficácia, motivação para a saúde, locus de controlo), técnicos de saúde (relação médico/utente, recomendação, conhecimentos e crenças na eficácia do rastreio) e com organização/ serviços de saúde (acessibilidade, convite personalizado e aconselhamento pré e pós teste). (Teixeira & Trindade, 2002). Os factores emocionais relacionados com a preocupação com a doença e a ansiedade também interferem na adesão ou não ao rastreio.

Silva (2002, pág.207) refere que “... *O comportamento depende de múltiplos constrangimentos (psicológicos, sociais e culturais) e corresponde à solução encontrada pela pessoa para de uma forma dinâmica se sentir o mais equilibrada possível.*”

A decisão de aderir ou não ao rastreio, é sempre difícil e são várias as questões que surgem e geram ansiedade, como sejam, o facto de receber uma carta a recomendar/ convocar para efectuar o rastreio, o medo do exame e do resultado do mesmo, o sentimento de ambivalência entre o ir ou não e o medo das consequências da sua decisão. Todas estas questões fazem parte das diversas etapas do Modelo Transteórico e são influenciadas pelas crenças de saúde (vulnerabilidade perante a doença e a gravidade da mesma, os benefícios de realizar o rastreio e os obstáculos que se colocam a essa realização). A equipa de saúde deve ter noção de que os comportamentos adoptados são influenciados não apenas pela vontade individual mas também por factores psicológicos, sociais e culturais do indivíduo.

7.3. EQUIPA MULTIDISCIPLINAR – ESTRATÉGIAS

Cada país tem uma realidade diferente e um diferente sistema de saúde, mas na prevenção do CCR, Portugal encontra-se bastante atrasado em relação à maioria dos países europeus e dos EUA, continua sem ter aprovadas as linhas orientadoras para o rastreio, de acordo, com o Ministério da Saúde, em 2004, este atraso devia-se a vários factores, como sejam:

- incipiente operacionalização do Plano Oncológico Nacional, por parte das Comissões Oncológicas Regionais que tinham desempenhado de forma incipiente o seu papel de acompanhamento da implementação do PON, cuja responsabilidade de operacionalização incumbiria às Administrações Regionais de Saúde;
- responsabilidades pela intervenção mal definidas, os níveis de intervenção das agências do estado na política oncológica, eram muito limitadas nos objectivos e meios, não

_____ *Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do cólon e recto* _____

estando clarificada a partilha de responsabilidades e o aprofundamento das relações estruturadas de colaboração entre a DGS, os IPO e as ONG, de que a Liga Portuguesa Contra o Cancro é o melhor, embora não único, exemplo;

- vigilância epidemiológica deficiente, o cancro está entre as três principais causas de morte em Portugal, registando-se um aumento progressivo do seu peso proporcional, não existem dados actualizados que permitam saber como está a mortalidade em Portugal, contudo verifica-se uma aumento de mortes por como o cancro do cólon e recto, da próstata , do pulmão e mieloma múltiplo. Regra geral não existem estatísticas nacionais actualizadas e fiáveis de incidência e de resultados terapêuticos, o que resulta na incapacidade de avaliar a eficácia do sistema, comparar instituições e estratégias, produzir dados para projecção do número de casos novos e, conseqüentemente, planificar e monitorizar intervenções futuras;

- dificuldades na prevenção do cancro;

- falta de orientação normativa para a realização de rastreios, a realização de rastreios, que tem decorrido, no caso particular do cancro da mama, essencialmente a partir da acção meritória e generosa da Liga Portuguesa Contra o Cancro e, no caso do carcinoma do cólon e recto, da Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia, não tem sido enquadrada eficazmente, de forma uniforme e coordenada, pelos organismos estatais competentes, resultando das assimetrias de acesso, coma conseqüente falta de avaliação de largos sectores da população em risco. De referir novamente a sobreposição de competências entre a DGS e os Centros Regionais do IPO, competindo à primeira um papel normativo;

- acesso limitado aos cuidados necessários.

Apesar da importância dos rastreios, a sociedade deverá ser alertada para o facto do rastreio não ter só efeitos benéficos em relação à mortalidade específica por doença, mas

ter também efeitos prejudiciais na população a ele sujeita. É fundamental que a equipa de saúde tenha conhecimento dos benefícios e riscos do rastreio antes do implementar, de forma a poder prestar todos os esclarecimentos à população sobre as vantagens e riscos do mesmo, para que cada cidadão tome ele próprio uma decisão sobre a sua participação nos programas de rastreio.

A implementação de um programa de rastreio deve ter em consideração aspectos de natureza ética, legal, social, médica, organizativa e económica e principalmente ter em consideração as necessidades específicas das pessoas, sejam elas, biológicas, genéticas, ambientais ou ocupacionais.

É neste âmbito que a Psicologia da Saúde pode desenvolver o seu papel, através da promoção de estilos de vida saudáveis e da mudança de comportamentos. Teixeira e Trindade (2002, pág.32) defendem que esta actuação visa o controlo de variáveis psicológicas, especialmente dos factores cognitivos que estão envolvidos no processo de informação, podendo adulterá-los, como sejam “ ... *crenças de autovalorização, controlo e optimismo excessivos que sustentam a percepção de invulnerabilidade pessoal em relação às ameaças de saúde que podem resultar do envolvimento em comportamentos de risco.*”

Aumentar a adesão da população ao rastreio é o objectivo principal da equipa multidisciplinar de saúde, que deve conjugar esforços para passar mensagens que visem o bem-estar psicológico resultante da adesão ao tratamento. Ao delinear a estratégia de actuação a equipa multidisciplinar deve ter em consideração os factores emocionais e psicológicos, a influência social, a idade da população a atingir e o acesso ao exame. Cabe também à equipa de saúde alertar, que apesar dos benefícios do rastreio este não impede que as pessoas possam adoecer ou mesmo morrer.

Como membro activo da equipa multidisciplinar, muitas vezes a enfermeira têm uma relação privilegiada com o utente, é o membro com quem o contacto é mais fácil pois não necessita de marcação prévia de consulta, aproveitando esta relação de proximidade para desenvolver acções que visem aumentar a adesão dos utentes ao rastreio, tendo em atenção, tal como afirmam Trindade e Teixeira (2002), que o comportamento de adesão resulta da complexa combinação entre a informação, as variáveis psicológicas, influência social e a forma como o rastreio é disponibilizado em termos de acessibilidade e recomendação.

A enfermeira deverá procurar elucidar os utentes dos benefícios da colonoscopia, desenvolvendo acções de educação para a saúde em conjunto com os restantes elementos da equipa, identificar as famílias de risco aumentado para que seja efectuada uma prevenção atempada, quanto à restante população (com idade superior 50 anos) informá-los de que existem programas de rastreio gratuitos, convocá-los para a realização do exame e contribuir para o aumento da acessibilidade ao rastreio. Procurar promover o envolvimento dos familiares na adesão ao rastreio, aumentar os conhecimentos sobre os benefícios do rastreio e desmistificar falsas crenças relacionadas com a realização do exame e com o CCR, deve contudo ter algum cuidado para não passar excessiva informação e assim evitar que as informações fiquem vagas e dispersas.

A equipa de saúde deve procurar ter uma relação de proximidade e de fácil acessibilidade com os utentes, pois diversos estudos confirmam que quando os utentes estão satisfeitos com os cuidados, são mais receptivos e aderem ao que lhes é proposto.

A satisfação do paciente é um constructo multidimensional e resulta da avaliação (que inclui os aspectos cognitivos e emocionais) que este faz dos cuidados recebidos, diversos estudos realizados em Portugal confirmam que os utentes valorizam a empatia e a

comunicação na relação interpessoal, colocando em segundo plano as competências técnicas. (De Sousa, 2003)

A comunicação em saúde revela-se um pilar fundamental para o sucesso de qualquer acção de prevenção de risco, doença e promoção da saúde que se pretenda levar a cabo, Teixeira (s.d, pág.615) define - a como um processo que “...*diz respeito ao estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde.*”

Para potenciar o efeito de uma boa comunicação entre os profissionais de saúde e o utente é necessário que os prestadores de cuidados se consciencializem que este é um meio eficaz, que desenvolvam competências comunicacionais (escuta activa, treino assertivo, resolução de conflitos e negociação, como transmitir más notícias, como transmitir informação sobre medidas preventivas, exames, tratamentos e autocuidados, enfatizando mais os comportamentos desejáveis do que os factos técnicos e como transmitir informação de saúde escrita) e que os utentes se tornem mais activos na procura de informação sobre saúde. (Teixeira, s.d)

Na opinião de Teixeira & Trindade (2002) o importante relativamente à redução dos riscos para a saúde é a existência de mais programas de prevenção e menos campanhas de informação. Programas estes, que devem ter a contribuição da Psicologia e ter em consideração os destinatários e a sua realidade social e cultural.

É urgente que os portugueses se envolvam nesta problemática que atinge toda a sociedade e passem de telespectadores passivos a actores activos no que diz respeito à sua saúde, pedindo a realização de rastreios aos médicos e às Instituições de saúde, e questionando os políticos do porquê da não implementação de rastreios de forma sistemática quando as evidências científicas demonstram os seus benefícios, os

economistas demonstram que é preferível gastar dinheiro para prevenir do que para curar. Jean-François Rey é claro ao afirmar que ”... *Tudo deve partir dos cidadãos. Noutros países, foi a pressão popular, através dos meios de comunicação, que fez mexer a classe política.*” (SPED, 2005, s.pág.)

7.4. MOTIVAÇÃO

A motivação é definida como algo que faz uma pessoa agir, normalmente a palavra é utilizada para descrever os processos que desencadeiam um comportamento; orientam a direcção, manutenção e a finalidade do comportamento, é um processo dinâmico e pode ser influenciada por variáveis intrínsecas e extrínsecas.

As motivações intrínsecas surgem do indivíduo, são os seus desejos, necessidades e objectivos e tem como ponto de partida o desejo de alcançar uma recompensa. As motivações extrínsecas são externas ao indivíduo, podem ser positivas ou negativas e são uma resposta a recompensas ou punições externas ao indivíduo e inclui o suporte social recebido e possíveis recompensas materiais.

Em relação aos comportamentos de adesão ao rastreio do CCR, a motivação intrínseca está associada a uma mudança de comportamento, só quando a pessoa acreditar que o rastreio ao CCR é benéfico e eficaz se disponibilizará para o fazer, por outro lado a motivação extrínseca positiva, como o suporte familiar poderá ter um papel importante na adesão, se conseguirmos que um elemento da família adira ao rastreio este certamente influenciará outros.

Outro factor a ter em consideração é que a motivação é temporal, aquilo que hoje motiva a agir de determinada forma amanhã poderá já não o fazer, baseados neste princípio deve – se apostar em campanhas de prevenção que reforcem os benefícios dos rastreios.

Um processo de mudança de comportamento é acompanhado nas diferentes etapas pela motivação, embora esta apresente diferentes configurações ao longo do processo, a motivação inicial que leva a questionar um comportamento é diferente da que é necessária para alcançar a mudança e para a manter. (Ferreira Borges & Filho, 2004)

Motivar um individuo para que colabore nas acções que visam a promoção da sua saúde está directamente relacionado com a capacidade que a equipa de saúde têm de fazer passar a mensagem, quanto mais esclarecido dos riscos e dos benefícios, provavelmente mais receptivo e interveniente.

O atrás descrito vai ao encontro ao Modelo Transteórico e do Modelo de Crenças de Saúde, o primeiro está baseado na mudança intencional, ou seja, na tomada de decisão do indivíduo, estes modificam os comportamentos passando pelas diferentes etapas, já descritas, e o segundo está fundamentado nas crenças de saúde, todo este processo envolve emoções, cognições e comportamentos e em todas as fases a motivação está presente. (Oliveira e Orsi, 2006)

CAPITULO II. INVESTIGAÇÃO EMPIRICA

8. METODOLOGIA

Neste capítulo é apresentada a metodologia utilizada na investigação realizada, são referidos a questão de partida, o objectivo do estudo, o desenho da investigação, as variáveis a estudar e as hipóteses. Apresenta – se uma descrição da população e da amostra e a sua caracterização sócio – demográfica, dos procedimentos utilizados, instrumentos aplicados e descrição dos métodos estatísticos aplicados.

8.1. QUESTÃO DE PARTIDA

Quais os comportamentos que levam à adesão ao rastreio do cancro do cólon e recto?

Pretendemos saber de que forma o conhecimento sobre o cancro do cólon e recto, as crenças de saúde adequadas e uma orientação de vida positiva levam à adesão ao rastreio deste cancro?

8.2. OBJECTIVO DO ESTUDO

A finalidade deste estudo é investigar a relação entre alguns factores psicossociais, como as crenças de saúde e optimismo na adesão ao rastreio do CCR, de forma a identificar o perfil do utilizador dos serviços de Cuidados de Saúde Primários e fornecer algumas orientações para um prevenção oncológica mais eficaz.

Os objectivos deste estudo são os seguintes:

- a) identificar a relação entre os conhecimentos sobre o CCR e as crenças de saúde;

- b) identificar a relação entre os comportamentos de adesão e as crenças de saúde;
- c) identificar as variáveis que se encontram relacionadas com a adesão ao rastreio do CCR nos indivíduos com mais de 40 anos.

8.3. MODELO CONCEPTUAL DO ESTUDO EMPÍRICO

De acordo com o exposto ao longo do estudo, foi traçado um modelo que traduzisse as linhas orientadoras do mesmo.

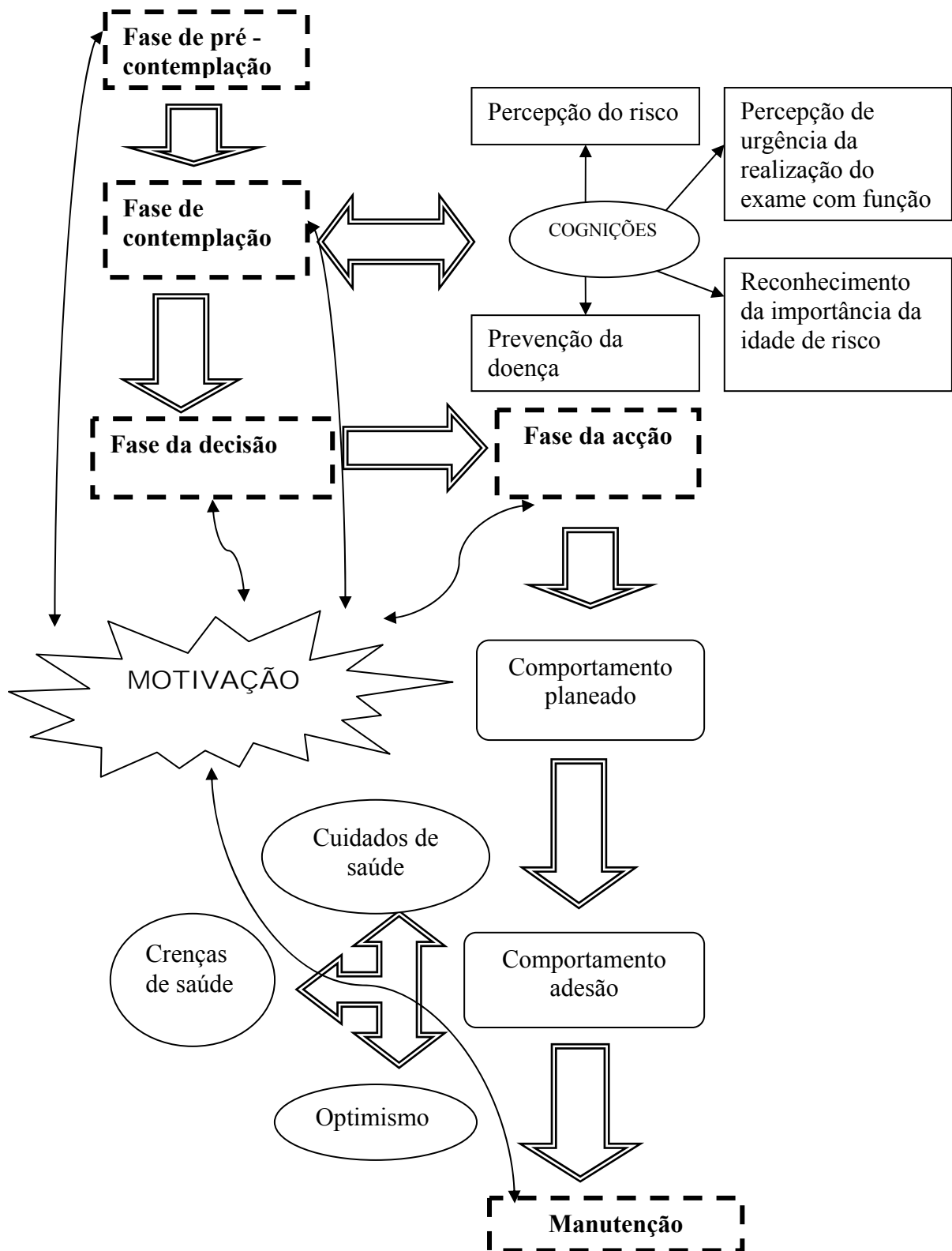


Figura 12 - Modelo de Comportamento de Adesão ao Rastreio de CCR

8.4. DESENHO DO ESTUDO

De acordo com o objectivo delineado, foi realizado um estudo de tipo descritivo, correlacional, exploratório e transversal, com um só momento de avaliação. Optou – se por um desenho correlacional por se pretender estabelecer relações entre as variáveis.

É um estudo quantitativo pois enfatiza as regras da lógica, o raciocínio dedutivo e os atributos mensuráveis da experiência humana (Polit & Hungler, 1995 citados por De Sousa, 2003).

8.5. VARIÁVEIS EM ESTUDO

Variável Predictora

A variável que se pretende estudar é o comportamento de adesão ao rastreio do CCR, classificado em baixo/ elevado tendo em consideração a definição de adesão de Turk & Meichenbaum que consideram “um comportamento de Adesão aos cuidados de saúde implica, por parte do indivíduo, uma atitude de envolvimento activo, voluntário de aceitação e de colaboração com a manutenção da saúde, prevenção ou tratamento da doença.”. A adesão é avaliada a partir das questões do Questionário de Comportamentos de Adesão, que permitem avaliar a percepção do risco (questão 1), reconhecimento da idade de risco (questão 2), prevenção da doença (questão 3) e a percepção da urgência na realização do exame com função diagnóstica (questão 4).

Variável de influência

As variáveis de influência são as que podem influenciar os comportamentos de adesão, ou seja, são as que permitem avaliar os conhecimentos sobre o CCR e a colonoscopia.

Variáveis psicológicas

As variáveis psicológicas avaliadas pelas crenças de saúde (vulnerabilidade, gravidade, benefícios e obstáculos) e pelo optimismo.

8.6. HIPÓTESES

A. Prevê – se que exista uma relação entre os conhecimentos sobre o CCR as crenças de saúde.

B. Prevê – se que as crenças de saúde influenciarão as crenças relativamente ao CCR e à realização da colonoscopia.

C. Prevê-se que o optimismo influenciará os comportamentos de adesão

8.7. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população alvo deste estudo são os indivíduos com idade compreendida entre os 40 e os 70 anos, sem antecedentes de CCR, residentes nas regiões do Alto Alentejo, Baixo Alentejo e Algarve.

Foram condições de inclusão a lucidez e a orientação no espaço e no tempo e ter capacidade para ler e responder às questões. A participação dos indivíduos foi voluntária, tendo sido previamente informados sobre o âmbito e a finalidade do estudo, foram dado garantias de confidencialidade, de forma a obter o consentimento informado.

A amostra foi de conveniência e é constituída por 90 indivíduos de ambos os sexos. É de referir que se pretendia que a dimensão da amostra fosse maior, 150 indivíduos, mas deparamo-nos com muitas dificuldades em encontrar pessoas disponíveis para responder

ao questionário, a maioria das pessoas abordadas revelaram estar saturadas de responder a questionários e daí a sua indisponibilidade, no caso dos homens a sua recusa estava muitas vezes relacionada com o tema do estudo.

8.7.1. Caracterização sócio – demográfica da amostra

8.7.1.1. Idade

A média das idades na amostra total é 50.5 anos com um desvio padrão de 8,3.

A maior parte da população (54,4%) está na faixa etária dos 40-50 anos, seguidos da faixa etária 51- 60 anos (27,8 %) e os restantes estão na faixa etária dos 61 – 70 anos (17,6). O indivíduo mais novo tem 40 anos e o mais velho 67 anos.

8.7.1.2. Sexo

A maioria da amostra é do sexo feminino (78,9), o que está relacionado com uma maior receptividade por parte dos indivíduos do sexo feminino em responder ao questionário, quando abordados os homens estavam menos receptivos o que pode enviesar um pouco os resultados.

8.7.1.3. Estado civil

Os indivíduos casados representam aproximadamente 2/3 da amostra, os restantes estados civis têm representações semelhantes.

Quadro 3 – Caracterização da amostra

	Caracterização da amostra					
	N	%	M		N	%
			50.5			
			8,35	Nível de escolaridade		
Idade	90	100		1º Ciclo	36	40.0
Sexo				2º Ciclo	12	13.3
Feminino	71	78.9		3º Ciclo	18	20.0
Masculino	19	21.1		Secundário	21	23.3
Estado civil				Ensino Superior	3	3.3
Solteira (o)	10	11.1		Situação profissional		
Casada (o)	65	72.2		Vínculo a uma instituição	43	47,8
Divorciada (o)	8	8.9		Sem vínculo a uma instituição	24	26,7
Viúva (o)	7	7.8		Outro	23	25,6

8.7.1.4. Nível de escolaridade

Relativamente ao nível de escolaridade a maior parte dos indivíduos são apenas detentores do 1º ciclo, os restantes níveis de escolaridade apresentam uma distribuição mais homogénea, sendo excepção o ensino superior onde apenas uma percentagem mínima da amostra possui estudos a este nível. Da análise dos dados é de salientar no Baixo Alentejo a elevada percentagem de indivíduos (mais de 50%) apenas com o 1º ciclo e os restantes níveis de escolaridade tem pouco significado. A região do Algarve é onde a amostra é mais homogénea relativamente aos níveis de escolaridade.

8.7.1.5. Situação profissional

A maioria dos inquiridos da amostra têm vínculo laboral com uma instituição (47,78), os restantes inquiridos dividem-se em percentagens semelhantes (aproximadamente ¼) entre não terem vínculo profissional e terem outra situação laboral, como seja, trabalhador por conta própria, reformado e doméstica. Da análise do quadro, verifica-se que ao contrário das regiões do Alentejo onde a maior parte dos inquiridos tem um vínculo laboral a uma instituição, no Algarve a maior parte dos inquiridos não tem vínculo laboral (43,3%).

8.7.2 – Caracterização clínica e psicológica

8.7.2.1. Motivo da consulta de clínica geral

Para mais de metade da amostra o motivo de recorrer a uma consulta de clínica geral está associado a doença (54.44%) os restantes vão à consulta com uma finalidade preventiva, vigiar a sua saúde (45.6%).

Quadro 4 - Distribuição segundo o motivo da consulta de clínica geral

Motivo da consulta de clínica geral	Amostra total		Algarve		Alto Alentejo		Baixo Alentejo	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Doença	49	54.4	17	56,7	13	43,3	19	63,3
Vigiar a saúde	41	45.6	13	43,3	17	56,7	11	36,7
Total	90	100	30	100	30	100	30	100

8.7.2.2. Frequência a consultas de clínica geral

Mais de 1/3 da amostra refere que vai a consultas de clínica geral uma vez por ano, 28.9% refere ir de seis em seis meses e existe ainda uma pequena percentagem que refere nunca ir ao médico.

Quadro 5 - Distribuição segundo a frequência a consultas de clínica geral

Frequência a consultas de clínica geral	Amostra total		Algarve		Alto Alentejo		Baixo Alentejo	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Mensalmente	8	8,9	3	10	5	16,7	0	0
De 6 em 6 meses	26	28,9	10	33,3	8	26,7	8	26,7
1 vez por ano	33	36,7	11	36,7	12	40,0	10	33,3
Nunca	7	7,8	2	6,7	2	6,6	3	10,0
Outra opção	16	17,8	4	13,3	3	10,0	9	30,0
Total	90	100	30	100	30	100	30	100

8.7.2.3. Conhecimentos sobre a colonoscopia

Em relação à colonoscopia, a maioria da amostra (89%) afirma nunca lhe ter sido recomendada a realização do exame, salientar ainda que das três regiões o Baixo Alentejo é a que verifica uma menor taxa de recomendação para a realização do exame.

Relativamente ao conhecimento do exame, mais de metade da amostra inquirida refere saber o que é, e é nas regiões do Alentejo que existe uma maior percentagem de pessoas que desconhece o que é o exame (Baixo Alentejo - 13% e Alto Alentejo - 11%).

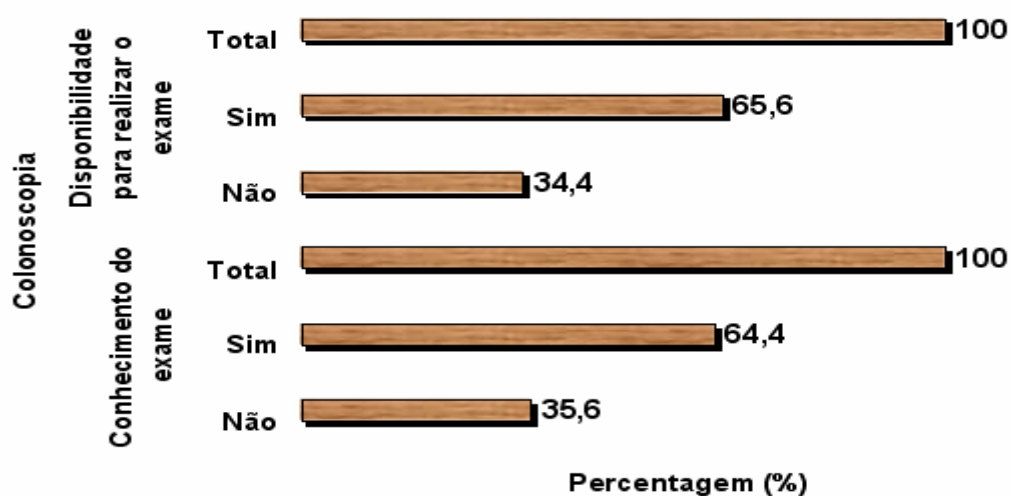
Quanto à disponibilidade para realizar o exame, 60% da amostra refere estar disponível para a realização do mesmo.

Quadro 6 - Distribuição segundo os conhecimentos sobre a colonoscopia

Colonoscopia		Amostra Total			Algarve		Alto Alentejo		Baixo Alentejo	
		N	%	χ^2 sd	N	%	N	%	N	%
Recomendação médica para realizar exame	Não	80,0	88,9	1,1 0,3	26,0	86,7	26,0	86,7	28,0	93,3
	Sim	10,0	11,1		4,0	13,3	4,0	13,3	2,0	6,7
	Total	90,0	100		30,0	100	30,0	100	30,0	100
Conhecimento do exame	Não	32,0	35,6	1,6 0,5	8,0	26,7	11,0	36,7	13,0	43,3
	Sim	58,0	64,4		22,0	73,3	19,0	63,3	17,0	56,7
	Total	90,0	100		30,0	100	30,0	100	30,0	100
Já realizou uma colonoscopia	Não	79,0	87,8	1,1 0,3	27,0	90,0	25,0	83,3	27,0	90,0
	Sim	11,0	12,2		3,0	10,0	5,0	16,7	3,0	10,0
	Total	90,0	100		30,0	100	30,0	100	30,0	100
Disponibilidade para realizar o exame	Não	31,0	34,4	1,6 0,5	8,0	26,7	8,0	26,7	15,0	50,0
	Sim	59,0	65,6		22,0	73,3	22,0	73,3	15,0	50,0
	Total	90,0	100		30,0	100	30,0	100	30,0	100

Na região do Baixo Alentejo, uma parte significativa da amostra refere desconhecer o que é uma colonoscopia (43%), a maioria nunca foi abordada pelo seu médico para a realização do exame (93%), consequentemente uma elevada percentagem de indivíduos (50%) que não estão disponíveis para realizar o exame.

Gráfico 8 – Conhecimento/ disponibilidade para realizar a colonoscopia



8.7.2.4. Responsabilidade da realização da colonoscopia

Quanto à realização da colonoscopia uma elevada percentagem da amostra (63,3%) afirma que o mesmo deve ser recomendado pelo médico de família. Existe uma parte significativa da amostra que considera que a realização do exame deveria fazer parte de um check-up de rotina (23,3%).

Quadro 7 - Distribuição segundo a responsabilidade de realizar a colonoscopia

Responsabilidade da realização da colonoscopia	Amostra Total		Algarve		Alto Alentejo		Baixo Alentejo	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ser da minha iniciativa	8	8,9	3	10	4	13,3	1	3,3
Ser recomendado pelo médico de família	57	63,3	18	60	21	70,0	18	60
Ser recomendado por outro médico	4	4,4	1	3,3	0	0,00	3	10
Fazer parte de um check-up de rotina	21	23,3	8	26,7	5	16,7	8	26,7
Total	90	100	30	100	90	100	30	100

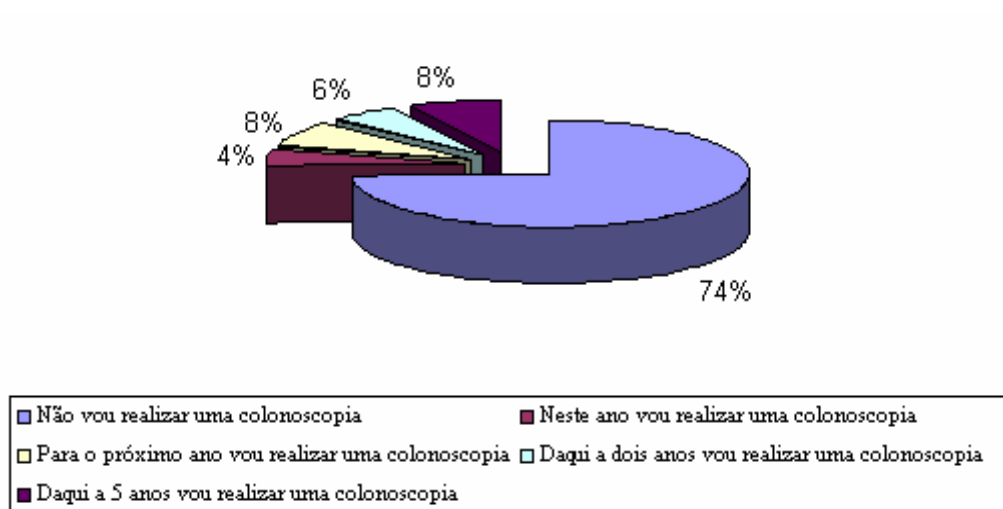
8.7.2.5. Realização da próxima colonoscopia

Quando abordados quanto a uma possível realização da colonoscopia, mais de 2/3 da amostra refere não ir realizar o exame e os restantes ponderam a sua realização a longo prazo.

Quadro 8 - Distribuição segundo a realização da próxima colonoscopia

Realização da próxima colonoscopia	Amostra Total		Algarve		Alto Alentejo		Baixo Alentejo	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não vou realizar uma colonoscopia	67	74,4	23	76,7	17	56,7	27	90
Neste ano vou realizar uma colonoscopia	4	4,4	2	6,7	2	6,7	0	0
Para o próximo ano vou realizar uma colonoscopia	7	7,8	2	6,7	3	10	2	6,7
Daqui a dois anos vou realizar uma colonoscopia	5	5,6	2	6,7	3	10	0	0
Daqui a 5 anos vou realizar uma colonoscopia	7	7,8	1	3,3	5	16,7	1	3,3
Total	90	100	30	100	30	100	30	100

Gráfico 9 – Realização de uma colonoscopia



8.7.2.6. Preferência sobre o sexo do médico que realiza a colonoscopia

No que se refere à preferência sobre o sexo do médico que realiza a colonoscopia, a maioria têm preferência que o mesmo seja realizado por uma mulher (57,78%).

Quadro 9 – Distribuição segundo a preferência do sexo do médico que realiza a colonoscopia

Preferência sobre o sexo do médico que realiza a colonoscopia	Amostra Total		Algarve					
			Alto Alentejo		Baixo Alentejo			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Feminino	52	57,8	17	56,7	21	70	14	46,7
Indiferente	24	26,6	7	23,3	6	20	11	36,7
Masculino	14	15,6	6	20	3	10	5	16,6
Total	90	100	30	100	30	100	30	100

9 – ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Após a recolha dos dados estes foram introduzidos numa base de dados informatizada e processados através do programa de estatística SPSS – versão 14.0.

Inicialmente procedeu-se a uma análise descritiva com valores de frequências absolutas e relativas, de dispersão e de tendência central.

O tratamento das variáveis contínuas, foi utilizada estatística não paramétrica, por a distribuição da amostra não ser normal. Nas variáveis quantitativas, para averiguar o sentido e a força da associação entre duas variáveis foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman's rho

Nos resultados dos testes de hipóteses, o limite inferior de significância assumido foi de $p < 0,05$ (grau de confiança de 95%), rejeitando-se a hipótese nula sempre que a probabilidade do erro tipo I fosse inferior a este valor.

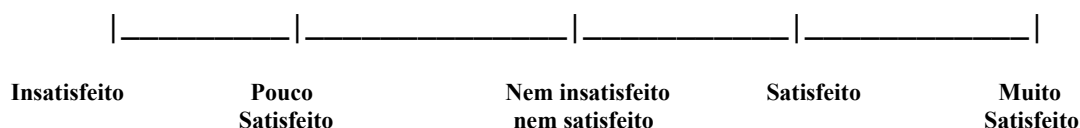
10. INSTRUMENTOS

O facto de existirem em Portugal poucos estudos sobre os comportamentos de adesão ao rastreio do CCR, ou pelo menos publicados foram encontrados apenas dois, e não existirem instrumentos testados para a população portuguesa que avaliem as variáveis em estudo, foi criado um instrumento para ser utilizado neste estudo tendo por base o Questionário dos Comportamentos de Adesão ao Rastreio do Cancro do Colo do Útero (Patrão e Leal, 2000), que foi adaptado à problemática em estudo.

O instrumento utilizado para realizar este estudo é um questionário de auto-preenchimento constituído por sessenta questões.

O primeiro grupo de questões é constituído por um questionário de caracterização da população constituído por 3 partes. A primeira sobre a caracterização da amostra relativamente à idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade, situação profissional. Na segunda parte pretende – se avaliar os cuidados de saúde e foca questões relacionadas com os cuidados de saúde: motivo e frequência das consultas de clínica geral, sete questões dicotómicas sim/ não e quatro de escolha múltipla que pretendem avaliar os conhecimentos sobre o CCR e recomendação para efectuar uma colonoscopia e disponibilidade para realizar a mesma, preferência sobre o sexo do médico que realiza a colonoscopia e a existência de familiares que tenham CCR. A terceira parte aborda a percepção de bem-estar e de saúde dos inquiridos nas últimas seis semanas através de uma escala graduada em insatisfeito, pouco satisfeito, nem satisfeito nem insatisfeito, satisfeito e muito satisfeito, e onde é pedido que se posicionem de acordo com a sua percepção.

_____ *Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do cólon e recto* _____



O segundo grupo é o Teste de Orientação de Vida (SCHEIER et al., 1994; adaptado por Faria, 1999).

O Teste de Orientação de Vida²² (Life Orientation Test - LOT), foi elaborado por Scheier & Carver em 1985 e era uma escala constituída por 8 itens de auto - avaliação de expectativas positivas e negativas dos acontecimentos de vida, indicador comum do optimismo, contudo vários autores após a sua aplicação em estudos sobre o optimismo versus o pessimismo contestaram a sua integridade.(Faria, 2000)

O Life Orientation Test – R (L.O.T. – R) pretende medir o constructo de orientação de vida, ou seja pretende medir a forma como as pessoas percebem as suas vidas, se têm uma visão mais ou menos optimista.

O constructo foi elaborado tendo por base as expectativas que as pessoas tem sobre os factos que ocorrerão no futuro nas suas vidas e está inserido na teoria da auto - regulação do comportamento, desenvolvida pelos autores atrás referidos, e que defende que as pessoas lutam para alcançar os objectivos quando acreditam que esses objectivos são possíveis e que as suas acções permitirão alcança-los. (Bandeira et al, 2003)

O TOV tem sido utilizado em vários estudos que pretendem relacionar a percepção optimista da vida com o bem-estar psicológico e físico das pessoas, com a presença de comportamentos de manutenção da saúde e com a capacidade das pessoas de lidarem com situações stressantes (Scheier & Carver, 1992; Scheier & Carver, 1987).

²² Teste de Orientação de Vida - TOV

De acordo com Bandeira et al (2003), a percepção optimista de vida está relacionada com a saúde mental e física e a percepção pessimista de vida está relacionada com a depressão, ansiedade e prática de comportamentos de risco. Vários estudos tem demonstrado o atrás referido, exemplo disso foi o estudo elaborado por Carver et al que concluiu que o conceito de optimismo, medido pelo TOV, foi preditivo do nível de adaptação ao diagnóstico e tratamento do cancro da mama.

Cada pessoa é um ser único e a forma como enfrenta as diferentes situações também o são, esta ideia é reforçada por diversos autores que defendem que a forma como as pessoas enfrentam as situações está relacionada com diferentes níveis de optimismo, as pessoas mais optimistas tem estratégias da adaptação de confronto de situações adversas, tem um estilo activo de confronto, enquanto que as pessoas mais pessimistas tem um estilo de confronto caracterizado pelo evitar, podendo até negar uma situação real ou um desligar da situação, em termos de uma ausência de acções concretas para resolver a situação. (Bandeira et al, 2003)

A investigação é um processo contínuo, o TOV – R é o reflexo disso mesmo, de acordo com os mesmos autores o teste foi submetido a várias revisões e foram faseadamente eliminados itens que não se relacionavam a processos de expectativas, tornando-o um teste mais curto e mais homogéneo, que apresentou propriedades psicométricas adequadas de validade preditiva e consistência interna satisfatória, com a $\alpha = 0,78$ (Scheier et al., 1994; VichersVogestanz, 2000), fidedignidade temporal teste-resteste adequada ($r = 0,76$) e validade concomitante e discriminante (Hielle et al., 1996; Scheier et al.; 1994; Lai, Cheung, Lee & Yu,1998).

Faria (2000) realizou um estudo com a finalidade de saber se a adaptação do LOT-R para a população portuguesa apresentava ou não dois factores, concluiu através de uma

análise factorial dos componentes principais com rotação ortogonal de tipo varimax que existiam dois factores que explicavam 65.90% da variância, os itens 1, 4 e 10 remetemos para uma dimensão de optimismo e explicam 33.55% do total da variância; os itens 7 e 9 estão relacionados com o pessimismo e explicam 32.35% da variância, ou seja, a variância de dois factores é superior à variância de um factor único, existindo tendência para uma estrutura bidimensional

O teste utilizado neste trabalho foi a adaptação do LOT – R a para população portuguesa elaborada por Faria (2000).

O LOT – R para a população portuguesa é constituído por 10 itens, em que só 5 itens avaliam o optimismo. Não existe limite de tempo para finalizar o preenchimento da escala, levando uma média de 5 minutos a preencher, dependendo do nível de escolaridade dos indivíduos.

No início do teste existe uma breve introdução que pretende estimular o indivíduo a emitir a sua opinião sobre as afirmações apresentadas, cada resposta é dada em função de uma escala de tipo Likert, em que cada item pode ser classificado em cinco categorias (discordo bastante, discordo, neutro, concordo, concordo bastante). A pontuação máxima para o optimismo é de 20 e a mínima é de 0.

O terceiro grupo de questões é constituído pelo Questionário de comportamentos de adesão (Patrão et al., 2000; Prochaska & DiClemente, 1982, cit. Ribeiro, 1998), utilizado no Questionário de adesão ao rastreio do cancro do colo do útero (Patrão et al, 2000) e adaptado para o CCR por Grou (2006) e é constituído por duas questões de resposta dicotómica sim/ não e outra de escolha múltipla, adaptada de Aiken et al (1994), referente ao cancro da mama, alterada para o cancro do colo do útero (Patrão et al, 2000) e posteriormente adaptadas ao cancro do cólon e recto (Grou, 2006) e por uma questão de

escolha múltipla, que pretende avaliar a intenção de aderir a um rastreio do CCR, também adaptada a esta patologia, segundo o Modelo Transteórico de Mudança do Comportamento (Prochaska & DiClemente, 1982, cit. Ribeiro, 1998, cit. Patrão et al, 2000).

Na última parte do questionário encontra-se a Escala de Crenças de Saúde (Grou, 2006), que foi adaptada ao CCR a partir da Escala de Crenças de Saúde para o cancro do colo do útero (Patrão et al., 2000), e esta última foi elaborada tendo por base uma adaptação para a língua portuguesa da Escala de Crenças de Saúde aplicada ao cancro da mama (Chapion, 1993 citado por Patrão e Leal, 2000; Chapion & Scott citado por Patrão & Leal, 2000). Tal como na Escala de Crenças de Saúde para o Cancro do colo do Útero, esta é constituída por quatro sub – escalas que pretendem avaliar a vulnerabilidade (6 itens), gravidade (7 itens), benefícios (4 itens) e obstáculos (10 itens).

A Escala de Crenças de Saúde para o CCR foi elaborada substituindo tudo o que se relacionava com o cancro do colo do útero por termos referentes ao CCR, como seja, onde se lia citologia passou-se a ler colonoscopia.

A Escala de Crenças de Saúde para o Cancro do Colo do útero apresenta bons valores de validade e fidelidade. A análise da fidelidade das sub-escalas revelou bons indicadores da consistência interna da escala, as sub - escalas de vulnerabilidade, gravidade e de obstáculos, bem como a escala na sua totalidade, obtiveram um Coeficiente de Alfa que se situa no intervalo entre 0,7 e 1,0, a sub - escala de benefícios obteve um Coeficiente de Alfa inferior a 0,7, apresentando contudo um valor próximo de 0,7(0,6856) que se aproxima do intervalo considerado óptimo.

A Escala de Crenças de Saúde para o CCR é uma escala tipo Likert, com 27 questões, em que a cotação é discordo totalmente (1 ponto), discordo (2 pontos), indiferente (3

_____ *Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do cólon e recto* _____

pontos), concordo (4 pontos) e concordo totalmente (5 pontos). Os itens vão no sentido positivo, o resultado surge da soma dos itens, logo quanto mais alta for a pontuação obtida nas sub – escalas vulnerabilidade e gravidade mais elevadas serão as crenças relacionadas com a vulnerabilidade e a gravidade relativamente ao cancro do cólon e recto e quanto mais alta for a pontuação obtida nas sub-escalas de benefícios e obstáculos mais elevadas serão as crenças relacionadas com os benefícios e obstáculos à realização da colonoscopia.

11. ESTUDO PSICOMÉTRICO DOS INSTRUMENTOS

O tratamento dos vários itens da escala foi efectuado através do programa estatístico SPSS 14.0.

O estudo da homogeneidade dos itens foi realizado recorrendo:

- Determinação do coeficiente α de Cronbach para a escala após retirar, um a um, os vários itens;
- Determinação das correlações para a escala após retirar um a um, os vários itens;

11.1. BEM – ESTAR E SAÚDE GERAL

A escala apresenta um $\alpha = 0.85$, o que é um bom valor de consistência interna.

11.2. TESTE DE ORIENTAÇÃO DE VIDA

11.2.1. Coeficientes de consistência interna de Cronbach para o optimismo

Os dados apresentados são referentes ao indicador optimismo, avaliado por cinco itens. O Quadro 10 mostra as correlações obtidas entre cada questão e a nota global quando esta contém o próprio item ou este é excluído. De considerar que quando a nota global contém o próprio item a correlação aumenta, logo, as correlações mais relevantes são aquelas que dizem respeito à correlação do item com a nota global quando esta não contém esse item específico (Vaz Serra, 1994).

Quadro 10 – Coeficientes de consistência interna de Cronbach para o optimismo

QUADRO 15 – ESTUDO DOS ITENS

Item	Média	R item-total	R item-total (s/ item)	α
1	2,58	.32	.26	.60
4	2,31	.48	.36	.50
7	2,10	.36	.30	.60
9	2,10	.40	.24	.60
10	2,79	.41	.24	.60

NOTA: $p < .005$

Da análise das correlações obtidas entre cada item e a nota global da escala, quando esta contém o próprio item e quando é excluído, constata – se que no primeiro caso variam entre 0,32 e 0,48 e no segundo caso entre 0,24 e 0,36. Todos os itens são consistentes com a escala pois da correlação entre cada item e a nota global quando o mesmo item é excluído obtiveram se valores superiores a 0,20.

O valor mais baixo encontrado para a correlação quando a escala não contém o item, foi de 0,32 para o item 1 (Em situações difíceis espero sempre o melhor.), o mesmo aconteceu na análise dos itens na adaptação para a população portuguesa do LOT – R elaborada por Faria (2000). Em relação ao valor mais elevado encontrado para a correlação quando a escala não contém o item, foi 0,48 no item 4 (Sou sempre optimista relativamente ao futuro), tal como afirma Faria (2000), trata-se da questão que mais aumenta em intensidade quando sobe o optimismo disposicional avaliado pelo instrumento em estudo.

No que diz respeito à consistência interna os resultados revelaram um coeficiente alpha de Cronbach no valor de 0,62 para o optimismo, valores abaixo aos obtidos por Faria (2000) na adaptação para a população portuguesa do LOT – R, de acordo, com Stevens citado por Canavarro, 1999, os valores de α que avalia a variância devido à heterogeneidade, devem situar-se entre 0,7 e 0,8.

Verifica-se uma diminuição nos valores de α , quando o item é excluído, o que revela que a homogeneidade da escala melhora quando estão presentes. Tal como na adaptação para a população portuguesa do LOT – R (Faria, 2000) não há nenhum item que quando excluído aumente o valor de α , o que reforça a boa homogeneidade dos itens.

11.2.2. Estudos relativos à validade

Os resultados da Matriz de correlações de Spearman obtidas para todas as questões do indicador de optimismo, são apresentadas no quadro 16. Se as correlações foram demasiado elevadas quer dizer que os itens são redundantes, levando a que o questionário perca em validade de conteúdo; por conseguinte, o ideal é que apresentem uma correlação moderada entre si, mostrando que são sensíveis a aspectos diferentes do mesmo constructo; refira-se ainda, que pode sugerir dimensões gerais subjacentes, que agrupem diversos itens. (Vaz Serra, 1994)

Quadro 11 - Matriz de Correlações de Spearman`s

QUADRO 16 – MATRIZ DE CORRELAÇÕES

4	0,50			
7	0,02	0,24		
9	0,17	0,24	0,45	
10	0,16	0,38	0,37	0,18
	1	4	7	9

Da observação do Quadro 11 conclui – se que a maioria dos itens estão correlacionados entre si de forma positiva, os valores mais significativos encontram-se nos itens 1 e 4 e 7 e 9. A única excepção encontra-se entre os itens 1 e 7, que apresentam um valor de correlação muito baixo, mas no conjunto pode-se concluir que constituem um conjunto homogéneo.

11.3. QUESTIONÁRIO DE COMPORTAMENTOS DE ADESÃO

A análise da fidelidade para a amostra deste estudo revela que a escala na sua totalidade e com excepção da dimensão urgência do diagnóstico, as restantes dimensões obtiveram um Coeficiente de Alfa que se situa abaixo o intervalo entre 0,7 e 1,0, estes valores revelam que o instrumento tem fraca consistência interna.

Quadro 12 -Alfas de Cronbach para o Questionário de Comportamentos de adesão

Questionário de comportamentos de adesão	Alfa de Cronbach
Percepção do risco	0,5
Prevenção da doença	0,5
Urgência do diagnóstico	0,8
Escala na totalidade	0,5

11.4. ESCALA DE CRENÇAS DE SAÚDE

As dimensões da Escala de Crenças de Saúde adaptada ao CCR foram calculadas recorrendo à determinação da análise factorial e à rotação de tipo varimax, com eigenvalue ≥ 1 .

De acordo com os valores obtidos, foi elaborado o quadro 17 que apresenta as correlações obtidas entre cada item e a nota global quando têm ou exclui o dito item. Vaz Serra citado por Faria (1999), refere que quando a nota global têm o próprio item a correlação aumenta, ou seja, as correlações mais significativas são as que dizem respeito à correlação do item com a nota global quando esta não contém esse item.

Quadro 13 – Coeficientes de Consistência Interna da Cronbach da Escala de Crenças de Saúde Adaptada ao CCR

	Média se item for apagado	Variância da correlação dos itens	Correlação total dos itens	α
P1	81,62	120,06	0,42	0,799
P2	81,97	118,17	0,51	0,795
P3	81,88	120,04	0,46	0,797
P4	82,43	123,37	0,41	0,800
P5	81,76	121,87	0,37	0,801
P6	81,68	117,39	0,53	0,793
P7	80,96	119,75	0,47	0,797
P8	81,40	120,11	0,44	0,798
P9	81,20	118,25	0,56	0,793
P10	80,91	120,40	0,51	0,796
P11	80,62	119,61	0,52	0,795
P12	81,74	120,04	0,39	0,800
P13	82,04	121,99	0,36	0,802
P14	80,64	126,79	0,27	0,806
P15	81,48	130,05	0,03	0,817
P16	80,69	127,23	0,30	0,805
P17	81,16	126,70	0,19	0,809
P18	81,01	123,85	0,38	0,802
P19	81,84	122,43	0,35	0,802
P20	81,66	121,96	0,38	0,801
P21	82,02	125,91	0,27	0,806
P22	81,20	124,12	0,28	0,805
P23	81,41	124,54	0,24	0,807
P24	82,03	132,37	-0,06	0,822
P25	82,16	128,13	0,16	0,810
P26	81,94	130,75	0,08	0,817
P27	82,74	125,72	0,29	0,805

A fidelidade do Teste foi calculada tendo por base os coeficientes de alfa de Cronbach. Canavarro citado por Faria (1999), diz que ao valores de alfa que medem a variância devem situar-se entre 0.7 e 0.8. Daqui pode-se afirmar que o alfa global obtido de 0.85 indica uma boa consistência interna, variando as correlações dos itens entre 0.03 e 0,56, existindo contudo um item com correlação negativa (- 0,06).

A Escala de Crenças de Saúde para o CCR apresenta bons valores de validade e fidelidade. A análise da fidelidade das sub-escalas revelou bons indicadores da consistência interna da escala, as sub-escalas de vulnerabilidade, gravidade, tal como a escala na sua totalidade, obtiveram um Coeficiente de Alfa que se situa no intervalo entre 0,7 e 1,0.

A sub-escala de obstáculos obteve um Coeficiente de Alfa inferior a 0,7, apresentando contudo um valor próximo de 0,7 (0,687) que se aproxima do intervalo considerado óptimo. A sub-escala de benefícios obteve um Coeficiente de Alfa inferior a 0,7. Após análise da sub – escala pensamos que o valor obtido pode estar relacionado com a forma como as perguntas estão formuladas.

A análise da fidelidade para a amostra deste estudo revela que a escala na sua totalidade e com excepção da sub – escala benefícios, restantes sub – escalas obtiveram um Coeficiente de Alfa que se situa no intervalo entre 0,7 e 1,0 estes valores são considerados bons indicadores da consistência interna do instrumento.

Quadro 14 - Alfas de Cronbach para a Escala Total e Sub -Escala - Crenças de Saúde

Crenças de Saúde	Alfa de Cronbach
Sub – escala de vulnerabilidade	0,85
Sub – escala de gravidade	0,78
Sub – escala de benefícios	0,63
Sub – escala de obstáculos	0,69
Escala na totalidade	0,85

11.4.1 Análise factorial

11.4.1.1. Validade do constructo

O estudo da validade da escala foi efectuado através das correlações de Spearman, o quadro 15 apresenta os resultados obtidos para todas as questões da Escala das Crenças de Saúde adaptada ao CCR.

Verifica-se que existem alguns itens sem qualquer correlação negativa (itens 19, 20, 21, 22, 25 e 26), todos os itens se correlacionam entre si e que os itens correlacionados positivamente têm valores de correlação aceitáveis, pelo que se conclui que estes itens formam um conjunto homogéneo.

11.5. QUESTIONÁRIO DOS COMPORTAMENTOS DE ADESÃO (BAIXA/ELEVADA)

Baseados nas diferentes dimensões avaliadas pelo Questionário foi definida a adesão, em baixa e elevada adesão ao rastreio, através do valor da mediana (Med = 9), obtida a partir os resultados totais do questionário de comportamentos de adesão, optou-se pela mediana e não pela média, não ser sensível aos valores extremos. Considerou - se que todos os indivíduos que tivessem valores abaixo a 9 seriam incluídos no grupo da baixa adesão, com valores iguais ou superiores a 9 seriam incluídos no grupo de elevada adesão

Quadro 16 -Estatística descritiva da Escala de Comportamentos de Adesão

N	Válidos	90
	Perdidos	0
Média		8.7000
Mediana		9.0000
Desvio padrão		1.83260
Variância		3.358
Mínimo		4.00
Máximo		14.00

12. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

12. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A apresentação dos resultados é efectuada em duas partes, inicialmente descreveremos os resultados obtidos nas escalas utilizadas de forma a dar resposta aos objectivos da investigação, caracterizando a amostra em estudo, nestas variáveis. Na segunda parte são apresentados os dados relativos aos testes de hipóteses e por fim os relacionados com as análises exploratórias. A interpretação dos resultados será efectuada no capítulo da discussão.

12.1. BEM – ESTAR E SAÚDE

A maioria dos inquiridos quando abordados relativamente ao bem-estar e à saúde em geral, sentido nas últimas seis semanas refere estar satisfeito ou muito satisfeito, não existindo ninguém que tenha referido estar insatisfeito. A escala apresenta um $\alpha = 0.85$.

Quadro 17 – Distribuição segundo o bem-estar e a saúde

	Bem-estar			Saúde		
	N	%	X sd	N	%	X sd
Insatisfeito	0	0		3	3,3	
Pouco Satisfeito	14	15,6		7	7,8	
Nem Insatisfeito Nem Satisfeito	15	16,6	3,6 0,9	20	22,2	3,6 0,9
Satisfeito	53	58,9		51	56,7	
Muito Satisfeito	8	8,9		9	19	
Total	90	100		90	100	

12.1.1. Coeficiente de Correlação de Spearman`s

Ao analisarmos se existe relação entre o bem-estar e os comportamentos de adesão e entre a saúde e os comportamentos de adesão através do coeficiente de correlação de Spearman`s concluímos que não existe relação entre ele, $r_{(\text{bem-estar})} = 0,0,2$ ($p = 0,982$) e $r_{(\text{saúde})} = 0,17$ ($p = 0,874$), ou seja, independentemente da forma de se posicionar relativamente ao bem-estar e à saúde estes não têm influência na decisão de aderir ou não ao rastreio.

12.2. TESTE DE ORIENTAÇÃO DE VIDA

12.2.1. Itens do optimismo

A maioria da amostra (68,9%) refere esperar sempre o melhor em situações difíceis. (A média obtida foi de 2,58).

Sou sempre optimista relativamente ao futuro, 49 % afirma concordar ou concordar bastante, 22% não se manifestam e 29% referem discordar.

Quase nunca espero que as coisas corram a meu favor, 40% concorda ou concorda muito com o afirmado, 30 % discordam e 29% não se manifestam.

Raramente espero que as coisas boas me aconteçam, 39% concordam, 28 % tem uma posição neutra e 33% discordam.

No conjunto, espero que me aconteçam mais coisas boas do que más, 71% espera que lhe aconteçam mais coisas boas do que más e apenas 11% tem opinião diferente e 18 % tem posição neutra.

No total os itens do optimismo tomam o valor máximo 20 e o mínimo 0, uma média de 12,0e com um desvio padrão de 3,1.

Quadro 18 – Distribuição segundo os itens do optimismo

		Amostra total		Alto Alentejo		Baixo Alentejo		Algarve	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Em situações difíceis espero sempre o melhor	Discordo Bastante	2	2,2	1	3,3	0	0,0	1	3,3
	Discordo	14	15,6	3	10,0	2	6,0	9	30,0
	Neutro	12	13,3	7	23,3	2	6,7	3	10,0
	Concordo	54	60	16	53,3	23	76,6	15	50,0
	Concordo Bastante	8	8,9	3	10,0	3	10,0	2	6,7
	Total	90	100	30	100,00	30	100,00	30	100
Sou sempre optimista relativamente ao futuro	Discordo Bastante	1	1,11	0	0,00	1	3,33	0	0
	Discordo	25	27,8	10	33,3	9	30,00	6	20
	Neutro	20	22,2	7	23,4	7	23,34	6	20
	Concordo	33	36,7	10	33,3	9	30,00	14	46,67
	Concordo Bastante	11	12,2	3	10,00	4	13,33	4	13,33
	Total	90	100,00	30	100,00	30	100,00	30	100
Quase nunca espero que as coisas corram a meu favor.	Discordo Bastante	3	3,3	0	0,00	2	6,67	0	0
	Discordo	25	27,8	9	30,00	7	23,33	1	3,33
	Neutro	26	28,9	8	26,67	10	33,33	9	30,00
	Concordo	32	35,6	12	40,00	8	26,67	8	26,67
	Concordo Bastante	4	4,4	1	3,33	3	10,00	12	40,00
	Total	90	100,00	30	100,00	30	100,00	30	100,00
Raramente espero que as coisas boas me aconteçam.	Discordo Bastante	3	3,3	1	3,33	2	6,67	0	0,00
	Discordo	27	30	13	43,33	4	13,33	10	33,33
	Neutro	25	27,8	6	20,00	10	33,33	9	30,00
	Concordo	28	31,1	9	30,00	11	36,67	8	26,67
	Concordo Bastante	7	7,8	1	3,33	3	10,00	3	10,00
	Total	90	100,00	30	100,00	30	100,00	30	100,00
No conjunto, espero que me aconteçam mais coisas boas do que más.	Discordo Bastante	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	Discordo	10	11,1	5	16,67	1	3,33	4	13,33
	Neutro	16	17,8	5	16,67	7	23,33	4	13,33
	Concordo	47	52,2	16	53,33	14	46,67	17	56,67
	Concordo Bastante	17	18,9	4	13,33	8	26,67	5	16,67
	Total	90	100,00	30	100,00	30	100,00	30	100,00

12.3. QUESTIONÁRIO DE COMPORTAMENTOS DE ADESÃO

12.3.1. Percepção do risco

Uma pessoa têm maior risco de desenvolver cancro do cólon e recto se:

- 91% respondeu que sim, no caso de não ter hábitos alimentares equilibrados;
- 92% respondeu que sim, no caso de não ter hábitos intestinais regulares;
- 83% respondeu que sim, se tiver perdas de sangue pelo ânus;
- 80% respondeu que sim, se tiver outras lesões identificadas no intestino;
- 66% respondeu que sim, se existirem familiares com CCR, ¼ desconhece que a hereditariedade é factor de risco.

Quadro 19 - Distribuição segundo a percepção do risco de vir a ter CCR

Uma pessoa têm maior risco de desenvolver cancro do cólon e recto se:		Amostra total			Alto Alentejo		Baixo Alentejo		Algarve	
		N	%	X sd	N	%	N	%	N	%
Não tiver hábitos alimentares equilibrados	Sim	82	91,1	1,1 0,3	29	96,7	28	93,3	25	83,3
	Não	8	8,9		1	3,3	2	6,7	5	16,7
	Total	90	100		30	100	30	100	30	100
Não tiver hábitos intestinais regulares	Sim	83	92,2	1,1 0,3	29	96,7	27	90	27	90
	Não	7	7,8		1	3,3	3	10	3	10
	Total	90	100		30	100	30	100	30	100
Se tiver perdas de sangue pelo ânus	Sim	83	92,2	1,1 0,3	27	90	29	96,7	27	90
	Não	7	7,8		3	10	1	3,3	3	10
	Total	90	100		30	100	30	100	30	100
Se tiver outras lesões identificadas no intestino	Sim	80	88,9	1,1 0,3	25	83,3	27	90	28	93,3
	Não	10	11,1		5	16,7	3	10	2	6,7
	Total	90	100		30	100	30	100	30	100
Tiver familiares com cancro do Colón e recto	Sim	66	73,33	1,2 0,4	21	70	20	66,7	25	83,3
	Não	24	26,67		9	30	10	33,3	5	16,7
	Total	90	100		30	100	30	100	30	100

12.3.2. Percepção da idade de risco

Quadro 20 - Distribuição segundo os conhecimentos sobre a idade em que aumenta o risco de CCR

A possibilidade de poderem vir a desenvolver Cancro do Colón e Recto aumenta em pessoas cuja idade se situa entre:	Amostra total		Alto Alentejo		Baixo Alentejo		Algarve	
	N	%	N	%	N	%	N	%
	20-30	2	2,2			1	3,3	1
30-40	7	7,8	4	13,3	2	6,7	1	3,3
40-50	34	37,8	14	46,7	9	30	11	36,7
50-60	31	34,4	10	33,3	11	36,7	10	33,3
60 anos a superior	16	17,8	2	6,7	7	23,3	7	23,3
Total	90	100	30	100	30	100	30	100

Em relação à idade em que o risco de poder vir a ter CCR aumenta, metade da amostra (52,22 %) afirma que é a partir dos 50 anos, 38% refere ser após os quarenta anos. Da análise por regiões, na Região do Alto Alentejo, 60 % da população considera que o risco de desenvolver CCR é acrescido entre a terceira e quarta década de vida.

12.3.3. Prevenção da doença

Em relação à realização da colonoscopia:

- 54% discorda que o exame só seja feito quando surgem sintomas, 46% estão de acordo;
- permitir detectar o Cancro do Cólon em fases muito precoces, 93% concordam;
- reduzir o número de mortes por CCR, 88% concordam;
- ser considerado o método menos eficaz para detecção do CCR, 82% discordam;

- dispensar a realização de outros exames de rastreio, 18% concordam e 82% discordam.

Quadro 21 – Distribuição segundo os conhecimentos sobre a colonoscopia

A Colonoscopia é um <u>exame</u> que		Amostra total			Alto Alentejo		Baixo Alentejo		Algarve	
		N	%	X sd	N	%	N	%	N	%
Só deve ser feito quando se detectam alguns sintomas	Sim	41	45,6	1,5 0,5	10	33,3	13	43,3	18	60
	Não	49	54,4		20	66,7	17	56,7	12	40
	Total	90	100		30	100	30	100	30	100
Permite detectar o Cancro do Cólon e Recto em fases muito precoces	Sim	84	93,3	1,1 0,3	26	86,7	30	100	28	93,3
	Não	6	6,7		4	13,3	0	0	2	6,7
	Total	90	100		30	100	30	100	30	100
Reduz o número de mortes por Cancro do Cólon e Recto	Sim	79	87,8	1,1 0,3	27	90	25	83,3	27	90
	Não	11	12,2		3	10	5	16,7	3	10
	Total	90	100		30	100	30	100	30	100
É considerado o método menos eficaz para detecção do Cancro do Cólon e Recto	Sim	16	17,8	1,8 0,8	5	16,7	7	23,3	4	13,3
	Não	74	82,2		25	83,3	23	76,7	26	86,7
	Total	90	100		30	100	30	100	30	100
Dispensa a realização de outros exames de rastreio	Sim	16	17,8	1,8 0,8	5	16,7	6	20	5	16,7
	Não	74	82,2		25	83,3	24	80	25	83,3
	Total	90	100		30	100	30	100	30	100

12.3.4. Percepção da urgência da realização do exame com função diagnóstico

A Colonoscopia deve ser efectuada:

- quando surgem alguns sintomas, 90% concordam;
- quando se tem um familiar com CCR, 80% concordam;
- só quando é recomendado pelo Médico, 42% concordam e 58% discordam;

_____ *Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do cólon e recto* _____

- por todos os indivíduos com mais de 50 anos, 67% concordam e 33% discordam;
- quando se tem outro tipo de lesões identificadas no intestino, 88% concordam.

Quadro 22 - Distribuição segundo a percepção da urgência da realização do exame com função diagnóstico

A Colonoscopia deve ser efectuada:		Amostra total			Alto Alentejo		Baixo Alentejo		Algarve	
		N	%	X sd	N	%	N	%	N	%
Quando surgem alguns sintomas.	Sim	81	90	1,0 0,3	27	90	28	93,3	26	86,7
	Não	9	10		3	10	2	6,7	4	13,3
	Total	90	100		30	100	30	100	30	100
Quando se tem um familiar com cancro do cólon.	Sim	70	77,8	1,4 0,5	25	83,3	19	63,3	26	86,7
	Não	20	22,2		5	16,7	11	36,7	4	13,3
	Total	90	100		30	100	30	100	30	100
Só quando é recomendado pelo Médico.	Sim	38	42,2	1,6 0,5	15	50	12	40	11	36,7
	Não	52	57,8		15	50	18	60	19	63,3
	Total	90	100		30	100	30	100	30	100
Por todos os indivíduos com mais de 50 anos.	Sim	60	66,7	1,4 0,5	22	73,3	19	63,3	19	63,3
	Não	30	33,3		8	26,7	11	36,7	11	36,7
	Total	90	100		30	100	30	100	30	100
Quando se tem outro tipo de lesões identificadas no intestino.	Sim	79	87,8	1,1 0,3	26	86,7	27	90	26	86,7
	Não	11	12,2		4	13,3	3	10	4	13,3
	Total	90	100		30	100	30	100	30	100

12.4. ESCALA DE CRENÇAS DE SAÚDE

12.4. 1. Sub - escala gravidade

Segundo a opinião dos inquiridos quanto à probabilidade de vir a ter cancro, 50% acredita que poderá vir a ter CCR, enquanto para os restantes esta é uma situação que lhes é indiferente (11,1%) ou que pensam que não lhes ocorrerá (38,9%).

Ainda relacionado com a probabilidade de vir a ter CCR nos próximos anos 53% discorda, para 18% tal facto é indiferente e 29% concordam.

Quadro 23 - Distribuição segundo os itens da sub-escala gravidade (I)

		AMOSTRA TOTAL			ALGARVE		ALTO ALENTEJO		BAIXO ALENTEJO	
		N	%	X _{sd}	N	%	N	%	N	%
É bastante provável que eu possa vir a ter CCR	Discordo Totalmente	8	8,9	3,1	4	13,3	1	3,3	3	10
	Discordo	27	30		12	40	7	23,3	8	26,7
	Indiferente	10	11,1	2	6,7	2	6,7	6	20	
	Concordo	40	44,4	1,2	11	36,7	17	56,7	12	40
	Concordo Totalmente	5	5,6	1	3,3	3	10	1	3,3	
	Total	90	100		30	100	30	100	30	100
A probabilidade de eu vir a ter CCR nos próximos anos é elevada	Discordo Totalmente	9	10	2,7	2	6,7	3	10	4	13,3
	Discordo	39	43,3		16	53,3	10	33,3	13	43,3
	Indiferente	16	17,8	6	20	6	20	4	13,3	
	Concordo	19	21,1	1,1	5	16,7	6	20	8	26,7
	Concordo Totalmente	7	7,8	1	3,3	5	16,7	1	3,3	
	Total	90	100		30	100	30	100	30	100
Sinto que ao longo da minha vida poderei vir a ter CCR	Discordo Totalmente	8	8,9	2,8	2	6,7	2	6,7	4	13,3
	Discordo	34	37,8		12	40	11	36,7	11	36,7
	Indiferente	17	18,9	5	16,7	7	23,3	5	16,7	
	Concordo	28	31,1	1,1	10	33,3	8	26,7	10	33,3
	Concordo Totalmente	3	3,3	1	3,3	2	6,7	0	0	
	Total	90	100		30	100	30	100	30	100

Quanto à possibilidade de poder vir a ter CCR ao longo da vida 46,7% acredita que nunca virá a ter CCR, 34,4% crê que tal poderá vir a acontecer e para 19% tal facto é-lhe indiferente.

E o facto de existir uma probabilidade superior de ter CCR no presente, 42% da amostra concorda, 16% é indiferente e 42% discorda

Preocupação com poder vir a ter CCR nos próximos tempos, 39% discorda, 20% é indiferente e 41% concorda.

No que se refere à gravidade, na generalidade a média das respostas foi superior a 2,5.

Quadro 24 – Distribuição segundo os itens da sub-escala gravidade (*continuação*)

		AMOSTRA TOTAL			ALGARVE		ALTO ALENTEJO		BAIXO ALENTEJO	
		N	%	X _{sd}	N	%	N	%	N	%
Tenho maiores probabilidades de ter CCR do que a maioria das pessoas.	Discordo Totalmente	12	13,3		4	13,3	3	10	5	16,7
	Discordo	53	58,9		21	70	14	46,6	18	60
	Indiferente	16	17,8	2,3	3	10	9	30	4	13,3
	Concordo	7	7,8	0,9	2	6,7	2	6,7	3	10
	Concordo Totalmente	2	2,2		0	0	2	6,7	0	0
	Total	90	100		30	100	30	100	30	100
O desenvolvimento do CCR é algo que me pode ocorrer presentemente.	Discordo Totalmente	8	8,9		3	10	0	0	5	16,7
	Discordo	30	33,3		10	33,3	11	36,6	9	30
	Indiferente	14	15,6	2,9	5	16,7	2	6,7	7	23,3
	Concordo	35	38,9	1,1	11	36,7	15	50	9	30
	Concordo Totalmente	3	3,3		1	3,3	2	6,7	0	0
	Total	90	100		30	100	30	100	30	100
Estou preocupada com o facto de poder vir a desenvolver o CCR nos próximos tempos.	Discordo Totalmente	8	8,9		4	13,3	1	3,3	3	10
	Discordo	27	30		10	33,3	8	26,7	9	30
	Indiferente	18	20	3,0	4	13,3	9	30	5	16,7
	Concordo	29	32,2	1,2	10	33,3	10	33,3	9	30
	Concordo Totalmente	8	8,9		2	6,7	2	6,7	4	13,3
	Total	90	100		30	100	30	100	30	100

12.4. 2. Sub - escala vulnerabilidade

Os itens correspondentes à sub-escala vulnerabilidade apresentam uma média superior a 3,0, ou seja, apresenta uma elevada crença de vulnerabilidade em relação ao CCR.

Em relação aos diferentes itens foram estas as respostas:

- pensar no CCR assusta-me, 70% concorda, 13% é indiferente e 27% discorda;
- quando eu penso acerca do CCR, o meu coração fica a bater mais depressa, 30% discorda, 24% é indiferente e 46% concorda;
- tenho medo de pensar acerca do CCR, 60% concorda, 18% é indiferente e 22% discorda;

Quadro 25 - Distribuição segundo os itens da sub escala vulnerabilidade

		AMOSTRA TOTAL			ALGARVE		ALTO ALENTEJO		BAIXO ALENTEJO	
		N	%	X _{sd}	N	%	N	%	N	%
Pensar no CCR assusta-me	Discordo Totalmente	3	3,3	3,3	1	3,3			2	6,7
	Discordo	12	13,3		5	16,7	3	10	4	13,3
	Indiferente	12	13,3		2	6,7	3	10	7	23,3
	Concordo	41	45,6		19	63,3	13	43,3	9	30,0
	Concordo Totalmente	22	24,4		3	10,0	11	36,7	8	26,7
	Total	90	100,0		30	100,0	30	100,0	30	100,0
Quando eu penso acerca do CCR, o meu coração fica a bater mais depressa.	Discordo Totalmente	2	2,2	3,8	1	3,3			1	3,3
	Discordo	25	27,8		9	30,0	7	23,3	9	30,0
	Indiferente	22	24,4		5	16,7	10	33,3	7	23,3
	Concordo	26	28,9		12	40,0	6	20,0	8	26,7
	Concordo Totalmente	15	16,7		3	10,0	7	23,3	5	16,7
	Total	90	100,0		30	100,0	30	100,0	30	100,0
Tenho medo de pensar acerca do CCR	Discordo Totalmente	2	2,2	3,5			1	3,3	1	3,3
	Discordo	18	20,0		10	33,3	3	10,0	5	16,7
	Indiferente	16	17,8		4	13,3	5	16,7	7	23,3
	Concordo	41	45,6		15	50,0	14	46,7	12	40,0
	Concordo Totalmente	13	14,4		1	3,3	7	23,3	5	16,7
	Total	90	100,0		30	100,0	30	100,0	30	100,0
Os problemas que eu teria se sofresse de CCR durariam muito tempo	Discordo Totalmente	1	1,1	3,8			0	0,0	1	3,3
	Discordo	12	13,3		5	16,7	3	10,0	4	13,3
	Indiferente	11	12,2		3	10,0	0	0,0	8	26,7
	Concordo	47	52,2		20	66,7	17	56,7	10	33,3
	Concordo Totalmente	19	21,1		2	6,7	10	33,3	7	23,3
	Total	90	100,0		30	100,0	30	100,0	30	100,0
Se eu tivesse CCR toda a minha vida mudaria	Discordo Totalmente	1	1,1	4,1			0	0,0	1	3,3
	Discordo	10	11,1		3	10,0	4	13,3	3	10,0
	Indiferente	6	6,7		3	10,0	0	0,0	3	10,0
	Concordo	37	41,1		14	46,7	11	36,7	12	40,0
	Concordo Totalmente	36	40,0		10	33,3	15	50,0	11	36,7
	Total	90	100,0		30	100,0	30	100,0	30	100,0
O CCR poderia ameaçar a relação que mantenho com o meu companheiro/a	Discordo Totalmente	12	13,3	3,0	2	6,7	4	13,3	6	20,0
	Discordo	24	26,7		11	36,7	8	26,7	5	16,7
	Indiferente	19	21,1		6	20,0	6	20,0	7	23,3
	Concordo	26	28,9		9	30,0	9	30,0	8	26,7
	Concordo Totalmente	9	10,0		2	6,7	3	10,0	4	13,3
	Total	90	100,0		30	100,0	30	100,0	30	100,0
Se eu desenvolvesse CCR não iria viver mais de 5 anos	Discordo Totalmente	11	12,2	2,7	2	6,7	4	13,3	5	16,7
	Discordo	36	40,0		12	40,0	15	50,0	9	30,0
	Indiferente	22	24,4		7	23,3	7	23,3	8	26,7
	Concordo	15	16,7		9	30,0	2	6,7	4	13,3
	Concordo Totalmente	6	6,7		0	0,0	2	6,7	4	13,3
	Total	90	100,0		30	100,0	30	100,0	30	100,0

_____ *Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do cólon e recto* _____

- os problemas que eu teria se sofresse de CCR durariam muito tempo, 73% concordam;
- se eu tivesse CCR toda a minha vida mudaria, 80% concorda;
- o CCR poderia ameaçar a relação que mantenho com o meu companheiro/a, 39% concordam, 21% é indiferente e 40% concordam;
- se eu desenvolvesse CCR não iria viver mais de 5 anos, 52% discorda, 14% é indiferente e 23% concorda.

12.4.3. Sub – escala benefícios

Em relação aos benefícios resultantes da realização da colonoscopia, da análise do Quadro 29 verifica - se que a média das respostas obtidas é superior a 3,0.

- A realização da colonoscopia ajuda-me a detectar mais cedo a existência de lesões no intestino, 87% concordam;
- Se for encontrada alguma lesão do intestino através da colonoscopia, o tratamento do cancro não será assim tão mau, 59% concordam, 8% indiferente e 33% discordam;
- A realização da colonoscopia é a melhor maneira de detectar pequenas lesões no intestino, 90% concordam;
- A realização de uma colonoscopia diminuirá as minhas hipóteses de morrer de CCR, 67% concordam, 17% indiferente e 16% discordam.

Quadro 26 - Distribuição segundo os itens da sub - escala benefícios

		AMOSTRA TOTAL			ALGARVE		ALTO ALENTEJO		BAIXO ALENTEJO	
		N	%	X _{sd}	N	%	N	%	N	%
A realização da colonoscopia ajuda-me a detectar mais cedo a existência de lesões no intestino.	Discordo Totalmente	0	0,0	4,1 0,8	0	0,0	0	0,0	2	6,7
	Discordo	6	6,7		4	13,3	0	0,0	3	10,0
	Indiferente	6	6,7		2	6,7	1	3,3		0,0
	Concordo	55	61,0		19	63,3	17	56,7	19	63,3
	Concordo Totalmente	23	25,6		5	16,7	12	40,0	6	20,0
	Total	90	100		30	100	30	100	30	100
Se for encontrada alguma lesão do intestino através da colonoscopia, o tratamento do cancro não será assim tão mau.	Discordo Totalmente	7	7,8	3,3 1,1	2	6,7	1	3,3	4	13,3
	Discordo	23	25,6		7	23,3	8	26,7	8	26,7
	Indiferente	7	7,8		1	3,33	3	10	3	10,0
	Concordo	49	54,4		17	56,7	17	56,7	15	50,0
	Concordo Totalmente	4	4,4		3	10	1	3,3	0	0,0
	Total	90	100		30	100	30	100	30	100,0
A realização da colonoscopia é a melhor maneira de detectar pequenas lesões no intestino.	Discordo Totalmente	0	0,0	4,0 0,7	0	0,0	0	0	0	0,0
	Discordo	5	5,6		1	3,3	3	10	1	3,3
	Indiferente	4	4,4		2	6,7	0	0	2	6,7
	Concordo	66	73,3		23	76,7	22	73,3	21	70,0
	Concordo Totalmente	15	16,7		4	13,3	5	16,7	6	20,0
	Total	90	100		30	100	30	100	30	100
A realização de uma colonoscopia diminuirá as minhas hipóteses de morrer de CCR.	Discordo Totalmente	5	5,6	3,5 1,0	2	6,7	2	6,6	1	3,3
	Discordo	10	11,0		1	3,3	5	16,7	4	13,3
	Indiferente	15	16,7		6	20			9	30,0
	Concordo	51	56,7		19	63,3	20	66,7	12	40,0
	Concordo Totalmente	9	10,0		2	6,7	3	10	4	13,3
	Total	90	100		30	100	30	100,0	30	100

12.4. 4. Sub – escala obstáculos

Quando faço uma colonoscopia tenho receio de descobrir que alguma coisa não está bem, 70 % concorda; tenho receio de fazer uma colonoscopia porque não compreendo como será feita, 47% discorda, 14% é indiferente e 39% concorda.

Quadro 27 - Distribuição segundo os itens da sub - escala obstáculos (I)

		AMOSTRA TOTAL			ALGARVE		ALTO ALENTEJO		BAIXO ALENTEJO	
		N	%	X _{sd}	N	%	N	%	N	%
Quando faço uma colonoscopia tenho receio de descobrir que alguma coisa não está bem.	Discordo Totalmente	2	2,22	3,7 0,9	2	6,67	0	0	0	0
	Discordo	8	8,89		6	20	1	3,3	1	3,33
	Indiferente	17	18,9		4	13,3	6	20	7	23,3
	Concordo	52	57,8		16	53,3	20	67	16	53,3
	Concordo Totalmente	11	12,2		2	6,67	3	10	6	20
	Total	90	100		30	100	30	100	30	100
Tenho receio de fazer uma colonoscopia porque não compreendo como será feita.	Discordo Totalmente	8	8,9	2,9 1,1	3	10	2	6,7	3	10
	Discordo	34	37,8		10	33,3	12	40	12	40
	Indiferente	13	14,4		4	13,3	6	20	3	10
	Concordo	33	36,7		13	43,3	9	30	11	36,7
	Concordo Totalmente	2	2,2		0	0	1	3,3	1	3,33
	Total	90	100		30	100,0	30	100	30	100
A realização de uma colonoscopia seria embaraçosa.	Discordo Totalmente	7	7,8	3,0 1,0	3	10	2	6,7	2	6,67
	Discordo	24	26,7		10	33,3	8	27	6	20
	Indiferente	22	24,4		6	20	8	27	8	26,7
	Concordo	32	35,6		10	33,3	12	40	10	33,3
	Concordo Totalmente	5	5,6		1	3,33	0	0	4	13,3
	Total	90	100		30	100	30	100	30	100
A realização de uma colonoscopia demoraria muito tempo.	Discordo Totalmente	7	7,8	2,7 0,9	3	10	2	6,7	2	6,67
	Discordo	33	36,7		12	40	10	33	11	36,7
	Indiferente	33	36,7		9	30	12	40	12	40
	Concordo	16	17,8		5	16,7	6	20	5	16,7
	Concordo Totalmente	1	1,1		1	3,33	0	0	0	0
	Total	90	100		30	100	30	100	30	100
A realização de uma colonoscopia seria dolorosa.	Discordo Totalmente	4	4,44	3,5 1,1	3	10	1	3,3	0	0
	Discordo	16	17,8		5	16,7	5	17	6	20
	Indiferente	14	15,6		4	13,3	6	20	4	13,3
	Concordo	43	47,8		16	53,3	14	47	13	43,3
	Concordo Totalmente	13	14,4		2	6,67	4	13	7	23,3
	Total	90	100		30	100	30	100	30	100
A realização de uma colonoscopia obrigar-me-ia a faltar ao emprego.	Discordo Totalmente	7	7,78	3,3 1,2	4	13,3	2	6,7	1	3,33
	Discordo	18	20		8	26,7	3	10	7	23,3
	Indiferente	18	20		1	3,33	11	37	6	20
	Concordo	36	40		14	46,7	12	40	10	33,3
	Concordo Totalmente	11	12,2		3	10	2	6,7	6	20
	Total	90	100		30	100	30	100	30	100

Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do cólon e recto

A realização de uma colonoscopia seria embaraçosa, 35% discorda, 24% é indiferente e 41% concorda; a realização de uma colonoscopia demoraria muito tempo, 45% discorda, 19% concorda e 37% é indiferente; a realização de uma colonoscopia seria dolorosa, 62% concorda; a realização de uma colonoscopia obrigar-me-ia a faltar ao emprego, 52% concorda.

A média das questões da sub-escala obstáculos é superior a 2,5.

Quadro 28 - Distribuição segundo os itens da sub - escala obstáculos (continuação)

		AMOSTRA TOTAL			ALGARVE		ALTO ALENTEJO		BAIXO ALENTEJO	
		N	%	X _{sd}	N	%	N	%	N	%
Tenho outros problemas mais importantes do que pensar em fazer uma colonoscopia.	Discordo Totalmente	7	7,8	2,7	4	13,3	6	20	5	16,7
	Discordo	18	20		13	43,3	13	43,3	7	23,3
	Indiferente	18	20		5	16,7	2	6,7	7	23,3
	Concordo	36	40		7	23,3	9	30	7	23,3
	Concordo Totalmente	11	12,2		1	3,3	0	0	4	13,3
	Total	90	100		30	100	30	100,0	30	100
A realização de uma colonoscopia seria dispendiosa.	Discordo Totalmente	9	10	2,5	3	10	1	3,3	5	16,7
	Discordo	38	42,2		15	50	10	33,3	13	43,3
	Indiferente	29	32,2		7	23,3	13	43,3	9	30
	Concordo	13	14,4		5	16,7	5	16,7	3	10
	Concordo Totalmente	1	1,1		0	0	1	3,3	0	0
	Total	90	100		30	100	30	100	30	100
Não consigo lembrar-me de marcar o exame colonoscopia.	Discordo Totalmente	10	11,1	2,9	4	13,3	2	6,7	4	13,3
	Discordo	32	35,6		10	33,3	14	46,7	8	26,7
	Indiferente	22	24,4		5	16,7	9	30	8	26,7
	Concordo	22	24,4		9	30	5	16,7	8	26,7
	Concordo Totalmente	4	4,4		2	6,7	0	0	2	6,6
	Total	90	100		30	100	30	100	30	100
A realização do exame (colonoscopia) está dependente da opinião do meu companheiro/a.	Discordo Totalmente	30	33,3	2,0	10	33,3	9	30	11	36,7
	Discordo	40	44,4		15	50	13	43,3	12	40
	Indiferente	14	15,6		4	13,3	5	16,7	5	16,7
	Concordo	6	6,7		1	3,3	3	10	2	6,6
	Concordo Totalmente	0	0		0	0	0	0	0	0
	Total	90	100,0		30	100	30	100	30	100

_____ *Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do cólon e recto* _____

Tenho outros problemas mais importantes do que pensar em fazer uma colonoscopia, 52% concorda.

A realização de uma colonoscopia seria dispendiosa, 52% discorda.

Não consigo lembrar-me de marcar o exame colonoscopia, 29% concorda e 47% discorda.

A realização do exame (colonoscopia) está dependente da opinião do meu companheiro/a, 78% discordam.

12.5. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM A VARIÁVEL CONHECIMENTOS SOBRE O CCR

Pretende-se averiguar se os indivíduos sabem o que é o CCR, através de uma questão de resposta dicotómica, sim ou não.

Ao questionar o conhecimento dos inquiridos sobre o CCR, observa – se que mais de 2/3 da amostra refere saber o que é a doença, na região do Baixo Alentejo um terço da amostra recolhida na região desconhece a doença.

Quadro 29 - Distribuição segundo o conhecimento do CCR

Conhecimento do CCR	Amostra Total		Algarve		Alto Alentejo		Baixo Alentejo	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	23	25,6	8	26,7	4	13,3	11	36,7
Sim	67	74,4	22	73,3	26	86,7	19	63,3
Total	90	100	30	100	30	100	30	100

12.6. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA (BAIXA/ ELEVADA ADESÃO) DE ACORDO COM AS VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS ESTUDADAS

Com o objectivo de se averiguar se os dois grupos, baixa e elevada adesão perante as crenças de saúde teriam a mesma distribuição, utilizou-se o teste não paramétrico de Mann -Whitney U para a comparação de amostras independentes.

Quadro 30 - Diferenças estatísticas entre variáveis psicológicas em função dos comportamentos de baixa/ elevada adesão ao rastreio

Comportamentos de adesão			
Variáveis psicológicas	Baixa adesão / Mean Rank	Elevada adesão / Mean rank	U
Obstáculos	49,88	42,84	803
Crenças de Saúde			
Vulnerabilidade	48,12	43,91	863
Gravidade	44,71	45,98	925
Benefícios	44,85	45,89	930
Optimismo	35,9	51,33	625,5
Bem -estar	40,44	48,57	780
Saúde	41,84	47,72	827,5

U – Mann Whitney

Em relação às variáveis psicológicas verificou-se diferenças estatísticas significativas relativamente ao grupo da baixa e elevada adesão, tendo em conta o nível de significância bicaudal observado (Sig.> 0.05), o grupo da baixa adesão percebem relativamente às Crenças de saúde mais obstáculos, maior vulnerabilidade, menos benefícios e menor gravidade. Tem um menor optimismo e menor satisfação com o seu bem – estar e saúde.

O grupo da elevada adesão percebem menos obstáculos, menor vulnerabilidade, maior gravidade e mais benefícios, tem um maior optimismo perante a vida e estão mais satisfeitos com a sua saúde e bem – estar.

Após de ter efectuado a correlação entre os comportamentos de adesão e as variáveis psicológicas, recorrendo à estatística não paramétrica verificou – se que não existe correlação entre eles.

12.7. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA (BAIXA / ELEVADA ADESÃO) DE ACORDO COM AS VARIÁVEIS DE INFLUÊNCIA ESTUDADAS

12.7.1. Variável Sexo / Comportamento de adesão

Quadro 31 - Distribuição da variável sexo / comportamento de adesão

Sexo	Comportamento de adesão					
	Baixa adesão		Elevada Adesão		Total	
	N	%	N	%	N	%
Feminino	27	79,4	44	78,6	71	78,9
Masculino	9	20,6	10	21,4	19	21,1
Total	37	100	53	100	90	100

Ao cruzar o sexo com o comportamento de adesão conclui – se que a maioria das mulheres tem um comportamento de elevada adesão, enquanto os homens se distribuem de forma quase igual pela baixa e elevada adesão.

Todavia da análise dos dados conclui – se que o sexo não influencia o comportamento de adesão $r = 0,14$ (Sig. = 0,19)

12.7.2. Variável Idade / Comportamento de adesão

Os resultados obtidos através do coeficiente de correlação de Spearman's revelam que existe correlação estatisticamente significativa e negativa entre variável idade e os comportamentos de adesão ($r = -0.244$; Sig. = 0,021; $p < 0,005$)

12.7.3. Conhecimento sobre o CCR/ Comportamento de adesão

Quadro 32 -Distribuições estatísticas dos cruzamentos entre comportamentos de baixa/elevada adesão ao rastreio /variáveis caracterização participantes

Comportamentos de adesão				
Variáveis de caracterização		Baixa adesão	Elevada adesão	χ^2
Conhecimentos sobre o CCR	Não	12,5	47,1	31,5*
	Sim	87,5	52,9	
Existência de familiares com CCR	Não	92,9	91,2	41,1*
	Sim	7,1	8,8	

* $p < 0,05$

Verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, mas o grupo da baixa adesão revela ter mais conhecimentos sobre o CCR.

12.7.4. Cuidados de Saúde/ Comportamentos de adesão

Não se verificam diferenças significativas nos dois grupos em relação aos cuidados de saúde.

Quadro 33 -Distribuições estatísticas resultantes do cruzamento entre os comportamentos de baixa/elevada adesão ao rastreio e as variáveis de caracterização.

Comportamentos de adesão				
Variáveis de caracterização		Baixa adesão	Elevada adesão	X²
Motivo da frequência de consulta geral	Saúde	88%	79%	27,6*
	Doença	12%	21%	
Recomendação médica	Sim	12%	11%	37,8*
	Não	88%	89%	
	Nunca	11,8%	5,4%	
Periodicidade da Consulta	Mês a mês	14,7%	5,4%	23,4*
	Seis em seis meses	26,5%	30,4%	
	Anualmente	47,1%	44,9%	
	Não	88,2%	94,6%	

* p <0,005

12.7.5. Conhecimentos colonoscopia/ comportamento de adesão

Existem diferenças estatísticas entre os dois grupos, relativamente aos conhecimentos sobre o que é a colonoscopia, no grupo de baixa adesão metade dos indivíduos desconhece o exame e quanto à responsabilidade da realização do exame o grupo de baixa adesão refere maioritariamente que este é da responsabilidade do médico de família, enquanto no grupo de elevada adesão a responsabilidade está dividida entre o médico de clínica geral e fazer parte de um check – up.

Quadro 34 -Distribuições estatisticamente significativas resultantes do cruzamento entre os comportamentos de baixa/elevada adesão ao rastreio e as variáveis de caracterização

Comportamentos de adesão				
Variáveis de caracterização		Baixa adesão	Elevada adesão	X²
Sabe o que é uma colonoscopia?	Sim	52,9%	71,4%	32,4*
	Não	47,1%	28,6%	
Já alguma vez realizou uma colonoscopia?	Sim	14,7%	10,7%	32,3*
	Não	85,3%	89,3%	
Responsabilidade da realização do exame	Pessoal	5,88	10,7%	15,5*
	Médico família	76,47	55,4%	
	Outro médico	5,88	3,6	
	Fazer parte de um check-up	11,76	30,4	
Está disponível para fazer uma colonoscopia?	Não	29,4	37,5	32,9*
	Sim	70,6	62,5	
Preferência do sexo do médico	Feminino	55,9	60,7	25,0%
	Indiferente	17,6	14,3	
	Masculino	26,5	25,0%	
	Masculino	26,5	25,0%	

12.7.6. Dimensões do Questionário de Comportamentos de adesão/ Variáveis de caracterização

Quadro 35 – Correlação entre as dimensões do Questionário de Comportamentos de adesão/ Variáveis de caracterização

Dimensões	Idade	Nível de escolaridade	Conhecimento do exame	Disponibilidade rastreio	Motivo da consulta de clínica geral
Prevenção do risco	0,13	0,19	-0,03	0,02	-0,07
Reconhecimento idade de risco	0,13	-0,01	0,05	-0,02	-0,17
Prevenção da doença	-0,18	0,25*	0,1	0,09	0,18
Urgência da realização do exame com função diagnóstico	-0,30**	0,29**	0,17	- 0,07	01

* correlação significativa p < 0,05

** correlação significativa p < 0,01

_____ *Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do cólon e recto* _____

Os resultados indicam que prevenção da doença e a urgência da realização do exame com função diagnóstico se correlacionam positivamente e significativamente com o nível de escolaridade, então estando o nível de escolaridade associado a um maior número de conhecimentos que influenciarão os comportamentos de adesão. A urgência da realização do exame com função diagnóstico correlaciona-se negativamente com a idade, sugerindo que a idade não influencia a adesão ao rastreio. Não se verificam correlações significativas entre as dimensões do Questionário de Comportamentos de Adesão e o motivo da consulta de clínica geral, o conhecimento do exame e a disponibilidade para realizar o exame.

12.8. RESULTADOS DOS TESTES DE HIPÓTESES

12.8.1. Hipotese A

Prevê-se que o conhecimento sobre o CCR tenha influência sobre as crenças de saúde.

Quadro 36 - Coeficiente de Correlação de Spearman`s entre o Cancro do Cólon e recto e as Crenças de saúde

Crenças de Saúde - Sub-escalas				
	Vulnerabilidade	Gravidade	Obstáculos	Benefícios
Conhecimento do CCR	0,058	0,218*	- 0,109	0.114

*p<0,05;

Os resultados obtidos revelam existir uma correlação positiva e significativa entre o conhecimento do que é o CCR e a gravidade, ou seja, os indivíduos reconhecem que ter

CCR é uma situação real e que pode ter consequências graves. O conhecimento do CCR não apresenta correlação significativa com a vulnerabilidade e nem com os benefícios, apresentando correlação negativa com os obstáculos.

12.8.2. Hipótese B

Prevê-se que as crenças de saúde terão influência sobre os comportamentos de adesão

Pretendeu-se investigar se as crenças de saúde que os indivíduos possuem nas diferentes sub-escalas que constituem a Escala de Crenças de Saúde influenciam o comportamento de adesão ao rastreio do CCR.

Para analisar a relação entre as crenças de saúde e a adesão utilizamos o coeficiente de correlação de Spearman`s.

Quadro 37 - Coeficiente de Correlação de Spearman`s entre a Escala de Crenças de Saúde e o Questionário de Comportamentos de adesão

Sub - escalas	Benefícios	Obstáculos	Gravidade	Vulnerabilidade
Percepção de risco	-0,01	-0,01	-0,09	-0,02
Idade de risco	0,12	0,25*	0,06	-0,06
Prevenção da doença	0,14	-0,13	-0,14	-0,08
Urgência do diagnóstico	0,01	-0,25	0,07	-0,17

*p <0,05

Verifica-se que entre as sub – escalas da Escala de Crenças de Saúde e as Dimensões do Questionário de Comportamento de Adesão, só existe correlação entre os obstáculos e

idade de risco, logo não existe relação entre as crenças de saúde e os comportamentos de adesão.

12.8.3. Hipótese C

Prevê-se que quanto mais optimistas forem as pessoas maior será a adesão ao rastreio.

Para analisar a relação entre o optimismo e os comportamentos de adesão utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman`s

Dimensões				
	Prevenção do risco	Reconhecimento idade de risco	Prevenção da doença	Urgência da realização do exame com função diagnóstico
Optimismo	0,12	0,07	0,15	0,36 **

* correlação significativa $p < 0,05$

** correlação significativa $p < 0,01$

Os resultados obtidos existir uma elevada correlação entre o optimismo e a urgência da realização do exame com função diagnóstico, com as restantes dimensões do questionário de comportamentos de adesão não apresenta correlações significativas. Os valores obtidos podem estar relacionados com um falso optimismo, ou seja, os indivíduos sabem que a doença até existe, que pode ser prevenida, mas a eles isso não acontecerá e caso surjam alguns sintomas aí sim é importante realizar o exame para diagnosticar.

Os dados encontrados revelam que não existe relação entre o optimismo e o comportamento de adesão.

13. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados será efectuada tendo como referência o Modelo das Crenças de Saúde e o Modelo Transteórico de Prochaska e DiClemente ao longo da discussão serão efectuadas algumas considerações resultantes da experiência como enfermeira.

A amostra deste estudo tem uma média de idades de 50,5 anos, é maioritariamente constituída por mulheres. A maioria dos indivíduos são casados, tem vínculo laboral a uma instituição e apenas o 1º ciclo de instrução.

Em relação aos cuidados de saúde verifica-se que mais de metade da amostra recorre a uma consulta de clínica geral por motivo de doença (54.4%) os restantes vão à consulta com uma finalidade preventiva, vigiar a sua saúde (45.6%). Esta tendência só não se verifica no Alto Alentejo, onde mais de metade dos inquiridos refere ir a uma consulta de clínica geral para vigiar a saúde, o que pode estar relacionado com a idade da amostra recolhida na região, a maioria dos indivíduos tem idades compreendidas entre os 40 e 50 anos, idades em que por norma as pessoas são saudáveis. O facto a ter em consideração é que a maioria da amostra recorre ao médico por doença, o que pode ser um indicativo de que não têm uma atitude preventiva para com a saúde, não existindo o hábito de fazer um check – up de rotina.

No que se refere à frequência de consultas de clínica geral os dados obtidos vão ao encontro do motivo da consulta pois mais de um terço da amostra refere ir uma vez por ano ao médico, outra parcela importante (28.9%) refere ir de seis em seis meses e existe ainda uma pequena percentagem que refere nunca ir ao médico.

_____ *Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do cólon e recto* _____

Num estudo encomendado pela SPED ao centro de estudos e sondagens de opinião da Universidade Católica, que pretendia aferir o grau de conhecimentos dos portugueses em relação ao CCR e publicado em 2004 na Revista ENDOnews, verificou-se que a grande maioria da população (90,7%) foi ao médico no último ano e que mais de 2/3 foram ao médico nos últimos seis meses, os autores chamam a atenção para o facto dos portugueses irem ao médico de família pelo menos uma vez por ano, ressaltando assim a importância de motivar estes profissionais para o rastreio do CCR, e especial pelo facto de ser reconhecida a sua influência na adesão da população aos rastreios. (ENDOnews – Junho 2004)

Ao questionarmos o conhecimento dos inquiridos sobre se sabe o que é o CCR, observamos que mais de 2/3 da amostra refere saber o que é a doença. Os resultados obtidos vão de encontro aos de outros estudos, no estudo da SPED referido atrás, 80,3% da população inquirida sabe o que é a doença e que esta é a primeira causa de morte por cancro em Portugal.

Em relação aos indivíduos que afirmam não ter conhecimentos sobre o CCR (n=23), 18 são mulheres e no Baixo Alentejo um terço da amostra recolhida na região desconhece a doença, o que não deixa de ser preocupante, pois é uma região com maiores taxas de incidência da doença.

Em relação à colonoscopia, a maioria da amostra (89%) afirma nunca lhe ter sido recomendada a realização do exame apenas uma pequena minoria afirma que tal lhe foi recomendado, salientar ainda que das três regiões o Baixo Alentejo é a que verifica uma menor taxa de recomendação para a realização do exame, o que pode estar relacionado com a baixa motivação dos profissionais de saúde para promover o rastreio do CCR.

Na região do Algarve apesar da taxa de recomendação ser também baixa (13.33%) e de acordo com dados encontrados durante a pesquisa bibliográfica existe uma aposta em sensibilizar a população e os médicos para a importância da realização do exame, desde 2003 que uma equipa formada por médicos e enfermeiros do Serviço de Gastroenterologia do Hospital de Faro se deslocam aos centros de saúde para realizar o exame.

No estudo já referido em que a SPED encomendou ao centro de estudos e sondagens de opinião da Universidade Católica²³ e que pretendia aferir o grau de conhecimentos dos portugueses em relação ao CCR, os resultados vêm ao encontro dos obtidos neste estudo, a maioria da população inquirida afirma não ter realizado o exame por o mesmo não lhe ter sido proposto.

Nobre Leitão, Faias e Pinto (2003)²⁴, realizaram um estudo dirigido aos médicos em geral em que se pretendia avaliar atitude e as dificuldades dos médicos portugueses na abordagem ao CCR constatou-se que 85,5% dos médicos estavam informados sobre os benefícios do rastreio do CCR, no entanto 40% referiram rastrear menos de 10% dos seus doentes. Segundo o mesmo estudo a maioria dos médicos (94%) promove o rastreio do cancro da mama e mais de metade (54%) admite ser o CCR o menos rastreado.

De acordo com os mesmos autores a baixa taxa de recomendação da colonoscopia pode estar relacionada com o facto de o plano oncológico preconizar que o exame a aplicar no rastreio do CCR seja a pesquisa de sangue oculto nas fezes²⁵, a maioria dos médicos inquiridos no estudo atrás referido considera que a PSOF é o teste de mais fácil acesso

²³ Estudo já referido que a SPED encomendou ao centro de estudos e sondagens de opinião da Universidade Católica

²⁴ Estudo realizado Nobre Leitão, Faias e Pinto (2003)

²⁵ pesquisa de sangue oculto nas fezes - PSOF

_____ *Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do cólon e recto* _____

(94%, seguido da colonoscopia com 66% e da rectosigmoidoscopia com 63%), sendo também aquele o teste que é utilizado com maior frequência (32% enquanto que os restantes foram utilizados 19,8% e 19,6%, respectivamente).

Relativamente ao conhecimento do exame, mais de metade da amostra inquirida refere saber o que é a colonoscopia, verifica - se novamente que é nas regiões do Alentejo que existe uma maior percentagem de pessoas que desconhece o que é o exame (Baixo Alentejo - 13% e Alto Alentejo - 11%).

Quanto à disponibilidade para realizar o exame, 60% da amostra refere estar disponível para a realização do mesmo, o que pode estar relacionado com o facto de terem conhecimentos sobre o CCR e sobre a importância de realizar o rastreio, pois 80% dos inquiridos refere nunca ter realizado o exame. A título de curiosidade de entre os indivíduos que já realizaram uma colonoscopia, 10 são do sexo feminino e existe apenas um do sexo masculino.

No estudo atrás referido (3) verificou-se que o exame preferido para o rastreio do CCR é a via endoscópica (colonoscopia e rectosigmoidoscopia - 65%), isto por recomendação médica, o que não deixa de ser contraditório, a SPED defende que esta realidade poderá dever-se ao facto de existir uma mudança de atitude pelos médicos, em que as recomendações dos médicos integrados em comissões científicas são preponderantes em relação às orientações preconizadas pelo poder político.

É pertinente salientar os dados obtidos na região do Baixo Alentejo, onde uma parte significativa da amostra refere desconhecer o que é uma colonoscopia (43%), a maioria nunca foi abordada pelo seu médico para a realização do exame (93%), conseqüentemente uma elevada percentagem de indivíduos (50%) que não estão disponíveis para realizar o exame. Situação preocupante pois segundo dados

apresentados no Congresso de Gastroenterologia em 2006, o distrito de Beja no Baixo Alentejo apresenta uma elevada incidência desta patologia.

Quando abordados quanto a uma possível realização da colonoscopia, mais de 2/3 da amostra refere não ir realizar o exame e os restantes ponderam a sua realização a longo prazo, o que é interessante pois quando questionados se estariam disponíveis para a realização do exame uma elevada percentagem da amostra (65,6%) respondeu afirmativamente, ou seja, estão disponíveis desde que o exame lhes seja recomendado mas não faz parte dos seus planos a curto prazo submeter-se ao rastreio, este facto também pode estar associado às crenças e medos inerentes ao cancro.

Ao analisarmos a influência da idade na decisão de realizar ou não uma colonoscopia, verificamos que na faixa etária dos 40 – 49 anos, 44,4% da população não pensa realizar uma colonoscopia, o que pode estar relacionado com o facto de se considerar ainda demasiado novo para ter este tipo de patologia. Preocupante é o facto que dos indivíduos com idade superior a 50 anos, 30% não pondera a realização do exame de rastreio e apenas um ínfima percentagem pense em realizá-lo.

Outro dado importante, é que do universo dos homens (N=19), 68,4% afirma que não realizará uma colonoscopia e os restantes colocam isso como uma hipótese a longo prazo.

Os valores obtidos diferem de outros estudos, nomeadamente do estudo da SPED (2) em que uma percentagem significativa da amostra referia estar disponível para realizar uma colonoscopia no próximo ano (38,5%), apesar de se pretender aumentar a taxa de disponibilidade para a realização do exame a SPED considera este valor já satisfatório pois a adesão de cada pessoa no rastreio tem uma espécie de factor multiplicador, devido ao efeito que cada rastreado exerce sobre o seu ciclo familiar.

_____ *Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do cólon e recto* _____

Os autores do mesmo estudo referem ainda que o número de pessoas disponíveis aumenta substancialmente (59,8%) se a realização do exame for próximo do local de residência e gratuito, defendem ainda “...a gratuitidade dos gestos de rastreio deve ser aceite, pois correspondem a definições de prioridades em termos de saúde das populações. Tal como outras medidas preventivas (vacinação, etc....) são gratuitas e universais, também o rastreio do cancro do intestino o deve ser.”

Quanto à responsabilidade da realização da colonoscopia uma elevada percentagem da amostra (63,3%) afirma que o mesmo deve ser recomendado pelo médico de família, o que confirma os dados atrás apresentados e reforça a importância de sensibilizar os médicos para a realização do rastreio do CCR, pois são preponderantes na adesão.

Existe uma parte significativa da amostra que considera que a realização do exame deveria fazer parte de um check-up de rotina (23,3%), o que é preconizado por algumas entidades.

Contudo, não deixa de ser pertinente e preocupante o facto dos inquiridos se desresponsabilizarem pela sua saúde e transferirem essa responsabilidade para o médico, este facto pode ter raízes culturais pois durante décadas o saber e o poder dos médicos era inquestionável e a cultura geral limitada, contudo na actualidade em que se verifica uma mercantilização da saúde e as pessoas são bombardeadas com informação, esta posição não deixa de preocupar e obriga a pensar como são importantes os programas de educação para a saúde e como é importante desenvolver acções destinadas a desenvolver competências de comunicação e mais *empowerment* nos utentes, procurando que se tornem mais pró-activos relativamente à sua saúde. (Teixeira, s.d)

No que se refere à preferência sobre o sexo do médico que realiza a colonoscopia, a maioria têm preferência que o mesmo seja realizado por uma mulher (57,78%). Ao

cruzarmos a variável sexo com a preferência do sexo do médico que realiza o exame verificamos que os homens preferem maioritariamente médicos do sexo masculino e as mulheres preferem médicos do sexo feminino, ora como o número de mulheres na amostra é substancialmente superior aos homens, justificam-se os resultados obtidos.

Estes valores não surpreendem pois a realização deste tipo de exames envolvem sempre um exposição de órgãos íntimos do corpo, tem uma forte carga sexual associados, o desconhecimento do médico que realiza o exame, o que torna normal a preferência por médicos do mesmo sexo, diminuindo assim a sensação de desconforto e inibição. Resultados semelhantes foram obtidos em estudos realizados para o rastreio da mama, colo do útero (Bentham et al., 1995; Eardley, 1985, Cassard et al., 1998; Hennig & Knowles, 1990).

Em relação a ter alguma familiar que tenha tido CCR 83% da amostra nunca teve nenhum familiar com esta patologia, os restantes 17% referem ter tido um ou mais familiares com CCR, como sejam, a mãe, irmãos, tios e avós.

No que diz respeito à saúde e bem-estar em geral sentidos nas últimas seis semanas, a maioria dos inquiridos refere estar satisfeito ou muito satisfeito, não existindo ninguém que tenha referido estar insatisfeito. Estes dados vão ao encontro aos obtidos no INE 1998/99. De salientar que 20% dos inquiridos não estão satisfeitos nem insatisfeitos e que 3,33 dos inquiridos estão insatisfeitos com a sua saúde mas não referem o mesmo relativamente ao bem – estar.

As médias obtidas para o bem – estar e para a saúde são semelhantes (3,61 e 3,62 e com um desvio padrão de 0,86 e 0, 89 respectivamente) o que confirma o descrito na bibliografia que saúde e bem-estar estão interligados e influenciam-se mutuamente.

Na análise dos valores obtidos no Questionário dos Comportamentos de Adesão, na dimensão da percepção do risco verificou-se que a grande maioria dos inquiridos, mais de 90% têm bastantes conhecimentos sobre alguns dos factores de risco para o CCR, o que vai de encontro ao estudo da SPED/ Universidade Católica (2005) que concluiu que mais de dois terços dos inquiridos estavam informados sobre a doença. É de salientar ainda que tal como no estudo referido anteriormente, na questão em que é focada a existência de outros familiares com CCR como factor de risco, $\frac{1}{4}$ dos inquiridos desconhece que a hereditariedade é factor de risco do CCR.

Em relação à idade em que o risco de poder vir a ter CCR aumenta, metade da amostra (52,22 %) reconhece que é a partir dos 50 anos, contudo não deixa de ser importante referir que 38% refere ser após os quarenta anos. Da análise, por regiões julgamos pertinente abordar os dados obtidos na Região do Alto Alentejo, onde 60 % da população considera que o risco de desenvolver CCR é acrescido entre a terceira e quarta década de vida. Este desconhecimento quanto à idade em que o risco de desenvolver CCR aumenta pode ser justificado pelo facto de não existir nenhuma campanha de prevenção do CCR em curso, que forneça este tipo de dados.

Relativamente ao conhecimentos sobre quando se deve fazer a colonoscopia e a sua eficácia no rastreio do CCR, podemos afirmar que a nossa amostra está bem informada, excepção feita quanto à necessidade de recorrer a outros exames para efectuar o rastreio, desconhecendo que este exame por visualizar todo o intestino, detecta um elevado número de lesões, faz biopsias e remove pólipos.

Em relação à realização da colonoscopia e da análise do quadro 21 conclui-se mais uma vez de que a maioria dos inquiridos revela ser detentora de conhecimentos sobre quando deve ser efectuada o exame, de destacar que 50 % dos inquiridos reconhecem que a

_____ *Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do cólon e recto* _____

realização do exame de rastreio não deve apenas ser efectuado quando recomendado pelo médico mas também como uma preocupação individual com a saúde.

Podemos concluir que a nossa amostra está informada sobre os factores de risco do CCR, sabem da importância de realizar o rastreio, reconhecem a eficácia e importância de realizar a colonoscopia.

Relativamente ao Teste de Orientação de vida, verificamos que a maioria tem uma atitude optimista perante a vida. Da análise do quadro 18 verificamos que a maioria da amostra revela ter uma atitude positiva perante as situações difíceis, 68,9% referem esperar sempre o melhor em situações difíceis. (A média obtida foi de 2,58). Ao cruzarmos a variável sexo com esta variável, constatou-se que a maioria dos homens (14 indivíduos) respondeu que nas situações difíceis esperava sempre o melhor e em relação às mulheres esta representa metade da amostra feminina, ou seja, os homens têm uma atitude mais positiva.

Ao efectuarem uma avaliação global das expectativas para a sua vida nas diferentes vertentes, 71,1% espera que lhe aconteçam mais coisas boas do que más e apenas 11,1% tem opinião diferente.

A maioria dos inquiridos apesar de terem uma atitude optimista refere afirmar que com alguma facilidade ficam preocupados (55,5%), os restantes ou tem uma posição neutra ou afirmam não se preocupar com facilidade.

Os valores obtidos para o optimismo podem estar relacionados com o facto dos indivíduos apresentarem um nível de satisfação perante o bem – estar, os indivíduos optimistas tendem ao longo da vida a apresentar expectativas positivas em relação ao seu futuro, e quando lhes surge um contra tempo, não desistem e tendem a utilizar estratégias de coping focadas na resolução do problema. (Faria, 2000)

De acordo com Bandeira et al (2003), a percepção otimista de vida está relacionada com a saúde mental e física e a percepção pessimista de vida está relacionada com a depressão, ansiedade e prática de comportamentos de risco. Vários estudos tem demonstrado o atrás referido, exemplo disso foi o estudo elaborado por Carver et al que concluiu que o conceito de optimismo, medido pelo TOV, foi preditivo do nível de adaptação ao diagnóstico e tratamento do cancro da mama.

Cada pessoa é um ser único e a forma como enfrenta as diferentes situações também o são, esta ideia é reforçada por diversos autores que defendem que a forma como as pessoas enfrentam as situações está relacionada com diferentes níveis de optimismo, as pessoas mais optimistas tem estratégias da adaptação de confronto de situações adversas, tem um estilo activo de confronto, enquanto que as pessoas mais pessimistas tem um estilo de confronto caracterizado pelo evitar, podendo até negar uma situação real ou um desligar da situação, em termos de uma ausência de acções concretas para resolver a situação. (Bandeira et al, 2003)

Na análise da Escala de Crenças de Saúde foram avaliadas em separado cada uma das sub – escalas. Refira-se que quanto maior for o valor obtido nas sub – escalas vulnerabilidade e gravidade, maiores serão as crenças relacionadas com o CCR, e quanto maior for o valor obtido nas sub - escalas benefícios e obstáculos maiores serão as crenças relacionadas com a colonoscopia.

Em relação à sub – escala da gravidade, quando questionados sobre a probabilidade de vir a ter cancro de uma forma genérica, as respostas da amostra foram surpreendentes pois metade da amostra acredita que poderá vir a ter CCR enquanto para os restantes esta é uma situação que lhes é indiferente (11,1%) ou que pensam que não lhes ocorrerá (38,9%). Porém quando a questão é colocada num espaço temporal mais próximo, as

_____ *Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do cólon e recto* _____

opiniões já são diferentes, a maioria discorda que possa vir a acontecer nos próximos anos (53,3%), pouco mais de 1/4 acredita que tal lhe poderá acontecer e para 17,8% tal facto é indiferente, o que pode ter duas abordagens ou não se preocupam com a sua saúde ou preferem adiar esse tipo de situações com receio do que possa acontecer devido ao estigma associado ao cancro.

E quando colocados perante a hipótese de poder vir a ter CCR ao longo da vida, ou seja a longo prazo, 46,7% acredita que nunca virá a ter CCR, 34,4% crê que tal poderá vir a acontecer e para 19% tal facto é-lhe indiferente. Relativamente à possibilidade de ter uma probabilidade superior de ter CCR, 2/3 da amostra discorda dessa afirmação.

Concluindo no que se refere à gravidade, podemos verificar que na generalidade a média das respostas foi superior a 2,5, o que revela uma elevada crença relativamente à gravidade do CCR.

Ao analisar os itens correspondentes à sub-escala vulnerabilidade constata-se que a maioria da amostra concorda com o facto de que pensar no CCR é assustador (70%), que associam a doença a algo prolongado e cujos problemas durariam muito tempo (73,1%) e que desta forma toda a sua vida se alteraria (81,1%).

Quando abordados relativamente ao facto de poder vir a desenvolver CCR e as repercussões na sua relação com o companheiro, as opiniões dividem-se, 39% afirma que este problema teria influência na sua relação, 40% discorda e para os restantes seria indiferente.

Todos os itens apresentam respostas com média superior a 3,0, ou seja, apresentam uma elevada crença de vulnerabilidade em relação ao CCR.

A sub-escala benefícios avalia os benefícios decorrentes da realização da colonoscopia,

_____ *Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do cólon e recto* _____

a média das respostas obtidas foi superior a 3,0, ou seja, existe uma elevada crença de que a realização do exame lhes trará benefícios, pois permite detectar precocemente lesões no intestino e assim diminuir as hipóteses de morrer de CCR.

Ao analisar as questões da sub-escala obstáculos verificou – se que os obstáculos com maior representatividade são o medo de realizar o exame e descobrir que algo pode não estar bem, (70%) da amostra, associar a realização do exame a algo doloroso (62,2%), embaraçoso (41,2 %), que obriga a faltar ao emprego (42%) e que existem já tantos problemas em que pensar que realizar uma colonoscopia é algo que não merece ser ponderado, os dados obtidos reflectem o sentimento geral da população em relação aos exames de rastreio, o medo de estar bem, ou sentir-se bem e ir descobrir algo que é assustador, desconhecido, associado a uma forte carga de sentimentos negativos como são o sofrimento e a morte. Existe ainda o estigma da colonoscopia como algo que provoca dor, acrescente-se o facto de ser um exame considerado embaraçoso pois implica a introdução de um aparelho no ânus, o que para muitos não é visto como uma vergonha e para muitos homens como perda de virilidade.

A média das questões da sub-escala obstáculos é superior a 2,5, ou seja, existe uma elevada crença em relação aos obstáculos para a realização da colonoscopia.

É de salientar os valores obtidos quando questionados sobre o peso da opinião do companheiro (a) na decisão de realizar o exame, mais de 2/3 da amostra referem que essa decisão não está de pendente da opinião do companheiro (a), ou seja, é algo pessoal.

Apesar do número reduzido de indivíduos (6) que concorda com o facto de que a realização do exame depende da opinião do (a) companheiro (a), achamos pertinente

_____ *Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do cólon e recto* _____

referir que a maioria são mulheres (5), com idades compreendidas entre os 48-60 anos e todas elas casadas.

Concluindo a nossa amostra no geral relativamente às crenças de saúde apresenta em cada sub – escalas valores de resposta elevados, o que nos leva a concluir que tem crenças elevadas em relação ao cancro do cólon e recto (vulnerabilidade e gravidade) e à realização da colonoscopia (benefícios e obstáculos).

Em relação às variáveis psicológicas verificou-se diferenças estatísticas significativas relativamente ao grupo da baixa e elevada adesão, tendo em conta o nível de significância bicaudal observado ($\text{Sig.} > 0.05$), o grupo da baixa adesão percebem relativamente às Crenças de saúde mais obstáculos, maior vulnerabilidade, menos benefícios e menor gravidade. Tem um menor optimismo e menor satisfação com o seu bem – estar e saúde.

O grupo da elevada adesão percebem menos obstáculos, menor vulnerabilidade, maior gravidade e mais benefícios, tem um maior optimismo perante a vida e estão mais satisfeitos com a sua saúde e bem – estar.

Após de ter efectuado a correlação entre os comportamentos de adesão e as variáveis psicológicas, recorrendo à estatística não paramétrica verificou – se que não existe correlação entre eles.

A definição de comportamento de baixa/ elevada adesão da amostra foi realizada tendo como ponto de partida a soma das questões do Questionário de Comportamentos de Adesão.

Ao verificar a relação de algumas variáveis de caracterização com o comportamento de adesão observou – se que o sexo não influencia o comportamento de adesão, constatou – se que os homens se distribuem de igual forma entre os dois grupos de adesão,

_____ *Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do cólon e recto* _____

enquanto as mulheres se distribuem em maior número pelo grupo de elevada adesão. Em relação à idade verificou – se que existe correlação estatisticamente significativa e negativa entre variável idade e os comportamentos de adesão ($r = - 0. 244$; Sig. $= 0,021$; $p < 0,005$)

Das distribuições estatísticas dos cruzamentos entre comportamentos de baixa/elevada adesão ao rastreio e o conhecimento do CCR, existência de familiares com a doença e os cuidados de saúde observou – se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, mas o grupo da baixa adesão revela ter mais conhecimentos sobre o CCR.

Ao analisar os comportamentos de adesão e os conhecimentos relacionados com a colonoscopia e a responsabilidade da realização do exame verificou – se que existem diferenças estatísticas entre os dois grupos, relativamente aos conhecimentos sobre o que é a colonoscopia, no grupo de baixa adesão metade dos indivíduos desconhece o exame e quanto à responsabilidade da realização do exame o grupo de baixa adesão refere maioritariamente que este é da responsabilidade do médico de família, enquanto no grupo de elevada adesão a responsabilidade está dividida entre o médico de clínica geral e fazer parte de um check – up.

Ao efectuar a correlação entre as quatro dimensões do Questionário de Comportamentos de adesão e as variáveis de caracterização (idade, nível de escolaridade, motivo da consulta de clínica geral e disponibilidade para o rastreio) obtiveram resultados que indicam que prevenção da doença e a urgência da realização do exame com função diagnóstico se correlacionam positivamente e significativamente com o nível de escolaridade, então estando o nível de escolaridade associado a um maior número de

conhecimentos que influenciarão os comportamentos de adesão. ($r = 0,25$; $p < 0,005$ e $r = 0,29$; $p < 0,001$ respectivamente).

A urgência da realização do exame com função diagnóstico correlaciona-se negativamente com a idade, sugerindo que a idade não influencia a adesão ao rastreio. ($r = - 0,30$; $p < 0,001$).

Não se verificam correlações significativas entre as dimensões do Questionário de Comportamentos de Adesão e o motivo da consulta de clínica geral, o conhecimento do exame e a disponibilidade para realizar o exame.

Em relação à hipótese A, “*Prevê-se que o conhecimento sobre o CCR tenha influência sobre as crenças de saúde*”, observou –se que existe uma correlação positiva e significativa entre o conhecimento do que é o CCR e a gravidade da doença ($r = 0,218$; $p < 0,005$), ou seja, os indivíduos reconhecem que ter CCR é uma situação real e que pode ter consequências graves. O conhecimento do CCR não apresenta correlação significativa com a vulnerabilidade e nem com os benefícios, apresentando correlação negativa com os obstáculos. Os resultados obtidos em relação a estas duas sub – escalas são semelhantes aos encontrados no estudo sobre comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do colo do útero (Patrão & Leal, 2002), diferem dos resultados do estudo sobre os comportamentos de adesão ao rastreio do cancro da próstata (Coutinho, 1998) que apresentava uma correlação significativa com os obstáculos.

Conclui – se então que o conhecimento sobre o CCR tem influência nas crenças de saúde, o que coincide com o esperado, quanto mais se sabe da doença maior consciência existe da sua gravidade.

Na hipótese B, “*Prevê-se que as crenças de saúde terão influência sobre os comportamentos de adesão*”, pretendeu-se investigar se as crenças de saúde que os

indivíduos possuem nas diferentes sub-escalas que constituem a Escala de Crenças de Saúde influenciam o comportamento de adesão ao rastreio do CCR. Recorrendo ao coeficiente de correlação de Spearman`s verificou – se que entre as sub – escalas da Escala de Crenças de Saúde e as Dimensões do Questionário de Comportamento de Adesão, só existe correlação entre os obstáculos e idade de risco, logo não existe relação entre as crenças de saúde e os comportamentos de adesão, estes resultados são semelhantes aos obtidos pela maioria dos estudos realizados concluíram que a dimensão obstáculos é a que melhor explica a adesão a comportamentos de prevenção de doenças. Na hipótese C, “*Prevê-se que quanto mais otimistas forem as pessoas maior será a adesão ao rastreio*”, para analisar a relação entre o optimismo e os comportamentos de adesão utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman`s que revelou existir uma elevada correlação entre o optimismo e a urgência da realização do exame com função diagnóstico ($r = 0,36$; $p < 0,001$), com as restantes dimensões do questionário de comportamentos de adesão não apresenta correlações significativas. Os valores obtidos podem estar relacionados com um falso optimismo, ou seja, os indivíduos sabem que a doença até existe, que pode ser prevenida, mas a eles isso não acontecerá e caso surjam alguns sintomas aí sim é importante realizar o exame para diagnosticar. Os dados encontrados revelam que não existe relação entre o optimismo e o comportamento de adesão.

Interpretando os resultados obtidos tendo como referência o Modelo Transteórico e o Modelo das Crenças de Saúde, em relação ao primeiro concluímos que a nossa amostra se encontra na fase de contemplação, sabe o que é o CCR, através das suas cognições tem conhecimento das vantagens e desvantagens de aderir ao rastreio do CCR, reconhecem os benefícios de realizar o exame mas existem barreiras que impedem a

mudança desejada, como sejam, o medo de descobrir algo errado, estigma associadas à colonoscopia como ser um exame doloroso, demorado ou mesmo com custo elevado. No que se refere ao Modelo das Crenças de Saúde, a amostra em estudo apresenta no global elevados scores na vulnerabilidade, na gravidade (estas duas sub – escalas estão relacionadas com as crenças relacionadas com o CCR, que são elevadas) e nos benefícios (relacionados com a realização da colonoscopia) apresenta ainda score elevado nos obstáculos o que dificulta a mudança de comportamento e adesão ao rastreio.

Baseado nestas conclusões a equipa multidisciplinar deve planear estratégias de intervenção junto dos utentes com uma vista à obtenção de comportamentos preventivos, tendo como principio a empatia e o respeito por aqueles que atende. O ponto de partida deve ser o desmistificar os obstáculos, sejam inerentes à realização do exame, como ser doloroso, demorado, invasivo, quer sejam relacionados com a acessibilidade ao exame e o custo.

Outro ponto a considerar é a relação de proximidade entre a equipa de saúde e o utente, esta deve ser considerada como uma mais valia, o proposta para a realização do exame deve ser feita de forma personalizada, dando ênfase aos benefícios e sempre que possível abordar mais do que um membro da família, pois existem estudos que confirmam que a família é o melhor meio de promoção neste tipo de rastreio.

Face ao exposto anteriormente, e em síntese procedemos inicialmente à caracterização da amostra ao nível sócio demográfico e das variáveis psicológicas avaliando o motivo de recorrer aos serviços de saúde, a periodicidade, identificado os conhecimentos

_____ *Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do cólon e recto* _____

relativos ao CCR e à colonoscopia, saúde, bem-estar, optimismo, e crenças de saúde. Os resultados indicam que em geral os indivíduos recorreram à consulta de clínica geral por doença, anualmente, sabem o que é o CCR, identificam factores de risco, sabem o que é a colonoscopia, a maioria nunca realizou o exame, concorda que este deve ser da responsabilidade do médico de família, refere estar satisfeito/ muito satisfeito com a sua saúde e bem-estar nas últimas seis semanas e tem uma atitude optimista perante a vida.

Posteriormente procedeu-se a análise dos comportamentos de adesão ao rastreio do CCR, constituindo dois grupos de adesão, baixa e elevada, de acordo com os scores obtidos no Questionário de Comportamentos de Adesão.

Em relação às variáveis de caracterização da amostra existem algumas diferenças estatísticas relativamente aos dois grupos, o grupo de baixa adesão tem na sua maioria conhecimentos sobre o CCR, quanto à colonoscopia existe uma percentagem elevada que desconhece o exame e afirmam que a responsabilidade pela realização do exame é do médico de família. O grupo de elevada adesão apresenta uma percentagem elevada de desconhecimento sobre o que é o CCR, referem saber o que é uma colonoscopia e quanto à realização do exame dividem a responsabilidade entre o médico de família e um check-up anual.

Em relação às variáveis psicológicas verificou-se diferenças estatísticas significativas relativamente ao grupo da baixa e elevada adesão, tendo em conta o nível de significância bicaudal observado ($\text{Sig.} > 0.05$), o grupo da baixa adesão percebem relativamente às Crenças de saúde mais obstáculos, maior vulnerabilidade, menos benefícios e menor gravidade. Tem um menor optimismo e menor satisfação com o seu bem – estar e saúde. O grupo da elevada adesão percebem menos obstáculos, menor

vulnerabilidade, maior gravidade e mais benefícios, tem um maior optimismo perante a vida e estão mais satisfeitos com a sua saúde e bem – estar.

Os resultados encontrados estão de acordo com a bibliografia consultada, das dimensões do Modelo das Crenças de Saúde, a percepção dos obstáculos é o melhor preditor da adesão ou não ao rastreio.

Após de ter efectuado a correlação entre os comportamentos de adesão e as variáveis psicológicas, recorrendo à estatística não paramétrica verificou – se que não existe correlação entre eles.

Das hipóteses delineadas no início do estudo, apenas a hipótese A se confirmou o conhecimento sobre o CCR tem influência nas crenças de saúde. O enorme número de informações que são vinculadas todos os dias sobre o cancro em geral, os números sobre a mortalidade, gravidade da situação faz com que as pessoas estejam despertas para a gravidade do problema.

De acordo como os modelos teóricos que foram utilizados, Modelo Transteórico e o Modelo das Crenças de Saúde, verificamos que a amostra em estudo se encontra na fase de contemplação, em que reconhece a existência de um problema, mas tem um sentimento de ambiguidade, não planeando nos próximos tempos alterar o seu comportamento e apresentando elevados scores em todas as sub – escalas, o que revela que tem conhecimento da sua vulnerabilidade e gravidade perante a doença, reconhece os benefícios da colonoscopia mas os obstáculos são um entrave à realização do exame e à mudança de comportamento.

Concluiu – se também que os comportamentos de adesão não são influenciados por nenhuma das variáveis em estudo.

14.CONCLUSÕES

“Tal como na investigação quantitativa, também na qualitativa os resultados são o principal contributo de qualquer investigador para a área em estudo”

(Janesick, 1994)

O rastreio das doenças oncológicas continua a estar muito abaixo do que seria desejável, a baixa adesão aos exames de rastreio pode levar a consequências graves, como sejam o aparecimento da doença em fases muito avançadas, com complicações secundárias e quando o prognóstico é bastante reservado.

São vários os factores que podem influenciar os comportamentos de adesão, como sejam, as características relacionadas com a doença, o indivíduo, as suas crenças, a relação equipa de saúde /utente, a acessibilidade aos serviços de saúde, entre outros.

O CCR é uma das principais causas de morbilidade e de mortalidade em todo o mundo devido à sua detecção em estádios muito avançados, situação esta que poderia ser alterada se houvesse uma aposta no rastreio da doença, pois como confirmam diversos estudos realizados em todo o mundo, este é o cancro cujo rastreio é mais eficaz pois a realização da colonoscopia permite detectar lesões na sua fase inicial e quando ainda são assintomáticas, biopsar e efectuar a sua remoção sem ser necessário recorrer à cirurgia.

Mudar comportamentos não é tarefa fácil, contudo se existissem mais campanhas de

prevenção a situação poderia alterar-se e assim diminuir os números da mortalidade.

Cabe aos governos em geral, e muito especificamente à equipa de saúde motivar os utentes para que alterem os seus comportamentos.

A finalidade da investigação foi determinar o perfil do utilizador dos serviços de saúde, com baixa/ elevada adesão ao rastreio do CCR, de forma a contribuir para o planeamento de estratégias eficazes de prevenção.

Baseado nos dados obtidos definimos que o perfil do utilizador com comportamento de baixa adesão e elevada adesão ao rastreio do CCR.

O indivíduo que pertence ao grupo da baixa adesão tem uma idade média de 53 anos, é casado, tem 1º ciclo de escolaridade, tem vínculo laboral com uma instituição, vai a consultas de clínica geral por doença, normalmente uma vez por ano, sabe o que é o CCR e a colonoscopia (de referir que neste grupo existe um número elevado de indivíduos que desconhece o exame), nunca realizou o exame, nem tal lhe foi proposto, refere estar disponível para o realizar mas não no imediato, prefere que o médico que realiza o exame seja do seu sexo, não tem familiares com CCR, está satisfeitos quanto ao bem – estar e saúde sentidos nas últimas semanas e tem uma atitude optimista perante a vida. Em relação às crenças de saúde apresentam elevada crenças de vulnerabilidade e de obstáculos.

O indivíduo que pertence ao grupo da elevada adesão tem uma idade média de 49 anos, é casado, tem por norma o 3º ciclo de escolaridade ou o ensino secundário, tem vínculo laboral a uma instituição, normalmente vai a consultas de clínica geral por doença, mas verifica-se que existe um número de indivíduos que recorrem às consultas para vigiar a sua saúde, normalmente vai ao médico anualmente, sabe o que é o CCR e a

_____ *Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do cólon e recto* _____

colonoscopia, nunca realizou o exame, nem tal lhe foi proposto, refere estar disponível para realizar o exame mas tal não está neste momento nos seus planos, está muito satisfeito/ satisfeito com a sua saúde e bem – estar e tem uma atitude mais optimista perante a vida mais reforçada. Apresentam elevadas crenças de gravidade e de benefícios.

Não foi possível concluir que as crenças de saúde influenciam os comportamentos, mas os dados obtidos permitem algumas considerações finais.

Em primeiro lugar, referir que a investigação não atingiu os objectivos delineados inicialmente, quer por dificuldades inerentes ao investigador quer pelo instrumento utilizado.

É pertinente a realização de outros estudos com uma amostra maior e onde exista uma maior representatividade dos dois sexos, um número maior de indivíduos com idade acima dos 50 anos, idade em que segundo a maioria das orientações se deve iniciar o rastreio.

Também consideramos que seria interessante realizar um estudo comparativo entre dois grupos, um sem familiares directos com o CCR e outro com familiares directos com CCR e investigar se os comportamentos de adesão são similares ou diferentes.

E não menos interessante seria estudar os comportamentos de adesão ao rastreio do CCR dos profissionais de saúde, pois cabe-lhes a missão de promover os rastreios, tendo uma atitude preventiva.

Realização de outros estudos em que em vez do Questionário de Comportamentos de Adesão fosse utilizado um questionário de avaliação de conhecimentos.

Qualquer programa de prevenção oncológico terá que ter em consideração os obstáculos, através da desmistificação ou da abolição dos mesmos, sem os ultrapassar

não acontecerá uma mudança de comportamento.

Terminamos deixando algumas sugestões de perspectivas de intervenção que acreditamos serem realistas e exequíveis.

Em relação à equipa de saúde, cabe-lhes a tarefa de mobilizar esforços e implementar pequenas medidas como sejam a convocatória para uma consulta de rotina a todos os indivíduos com mais de 50 anos e nesse momento abordar a questão do rastreio, os seus benefícios, desmistificando os obstáculos e sempre que possível utilizando como referência outras pessoas que realizaram o exame e estão bem, para tal seria importante promover acções destinadas a desenvolver competências de comunicação nos profissionais de saúde.

Sair das instituições de saúde e planear acções de sensibilização e esclarecimento junto de outras instituições, fornecendo informações que permitam a aquisição de novas crenças e pensamentos, recorrendo a testemunhos reais e facilitando o acesso aos exames de rastreio.

Reconhecer os meios de comunicação social como um meio importante de difusão de informação e estabelecer parcerias para tentar abranger todos os estratos sociais e alertar para a realidade do CCR e os benefícios da adesão ao rastreio.

Finalizar desejando que as linhas orientadoras do rastreio do CCR sejam rapidamente elaboradas e aplicadas, que a sociedade em geral se mobilize e compreenda a importância de modificar comportamentos em relação ao rastreio do CCR e uma última palavra para a equipa de saúde, o desejo de um papel mais activo e participante no que diz respeito ao rastreio do CCR, pois apesar de ainda não existir um plano nacional de rastreio existem diariamente pessoas a morrer.

15. BIBLIOGRAFIA

Aiken, L. et al (1994). Increasing screening mammography in asymptomatic women: Evaluation of a second-generation, theory-based program. *Health Psychology*, 13 (6), 526-538

Ajzen, I. (1988). *Attitudes, Personality and Behaviour*. Milton Keynes: Open University

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behaviour. *Organizational Behaviour and Human Decision Processes*, 50, 179-211.

Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behaviour*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall.

Barriga, S. et al (1993). *Psicología de la Salud: aportaciones desde la Psicología Social*. Sevilla. Editora Sedal.

Smeltzer, S. & Bare, B. (1994). *Brunner/ Suddarth – Tratado de Enfermagem Médico – cirúrgica*. Vol.1. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan, S.A

Carapineiro, G. (2001). *Territórios da Psicologia Oncológica*, Prefácio. Lisboa. Climepsi Editores.

Carvalho Teixeira, J. A. (2000). O que faz falta na prevenção primária em saúde. In J. Ornelas, & S. Maria (Eds.). *Actas da 1.ª Conferência de Desenvolvimento Comunitário e Saúde Mental* (pp. 71-78). Lisboa: ISPA.

Champion, V., & Miller, T. (1996). Predicting mammography utilization through model generation. *Psychology, Health and Medicine*, Vol.1(3), 273-282.

Coleman, M., Esteve, J., Damiecki, P., Arslan, A. & RENARD, H. (1993) *Material. Trends in Cancer Incidence and Mortality*. IARC Scientific Publications, 121, pag. 5-26.

Conde, J.(1991). Prevenção de cancro e a semana europeia contra o cancro. *Servir*, 39 (2), 94-102.

Conner, M., & Norman, P. (1994). Applying the health belief model and the theory of planned behaviour to predicting attendance at health screening. In J.P. Danwalder (Ed.), *Psychology and promotion of health* (pp. 187-197). Seattle. Hogrefe and Huber Publisher

Coutinho, J. (2001). Comportamento de adesão ao rastreio do cancro da próstata. Estudo exploratório. *Psicologia: Saúde e Doenças*, año/vol.II, (001), 107-115.

Czeresnia, D. (2003). O conceito de saúde e a diferença entre a prevenção e a promoção. In D. Czeresnia & Freitas (Eds). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências*. (pág. 39- 53). Rio de Janeiro. Editora Fiocruz.

De Graaf C. et al (1997). Stages of dietary change among nationally-representative samples of adults in the European Union. *European Journal Clin Nutr*.Vol. 51 (Suppl. 2), 47-56.

Dias, M. et al (2004). Promoção da saúde: O renascimento de uma ideologia. *Revista Análise Psicológica*, 3 (XXII), 463-473.

Dias, M.R. (2002). Cancro da mama: a (contra) informação dos mass média. In M. R. Dias, & E. Dura (Eds.), *Territórios da Psicologia Oncológica* (pág.235-261). Lisboa. Climepsi Editores.

Dicionário Universal – Língua Portuguesa. Nova Edição. (2000). 6^a Edição Lisboa. Texto Editora, Lda.. Pág.279

Diener, E., Lucas, R., & Oishi, S. (2002). Subjective Well-Being. In C. R. Snyder e S. J. Lopez (Eds.). *Handbook of Positive Psychology*. (pp. 63-73). Oxford: Diversiva Press.

Duarte, Maria Deolinda Lopes (2000). “ A representação do cancro nos enfermeiros”. Revista Enfermagem. Associação dos Enfermeiros Portugueses, Nº19 (2ª Série). Julho/Setembro. Pág. 37-44.

Faria, M. C. C. S (2000). Comunicação e Bem-Estar no Limiar Do Século XXI, Conhecer Através da Relação e Orientar para a Saúde. Tese de doutoramento em Psicologia, na área de especialização em Psicologia da Saúde, não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.

Faria, M.C.C.S. (2003). Educação para a saúde no ensino superior – presentes no futuro. Revista Ler Educação, 3, 2ª Série, 95-118.

Ferreira – Borges C & Filho H.(2004). Usos, abusos e dependências. Aconselhamento. Lisboa: Climepsi Editores.

Fortin, M. (2003). O processo de investigação: da concepção à realização. 3ª Edição. Lusociência. Loures.

Gardner. H. (1994). Estruturas da mente: A teoria das inteligências múltiplas. Porto Alegre. Brasil. Edição ArtMed.

Gomes, C.(1995). O enfermeiro na ajuda à Família dos doentes com cancro. Texto de apoio nº 3.

Goleman, D. (2003). Inteligência Emocional. Lisboa. Temas e Debates - Actividades Editoriais, Lda. 12ª Edição.

Guy, F. (1995) Occupational Medicine Forum. Journal of Occupational and Environmental Medicine. 37(4), pág.411-413.

Hardcastle J., Chamberlain J., Robinson M. et al.(1996). Randomized controlled trial of faecal-occult-blood screening for colorectal cancer. Lancet , 348, pág.1472-77.

Ibañez-Gracia, T. (1989). La Psicología Social como dispositivo desconstruccionista. Em T. Ibañez, *El conocimiento de la realidad social* (pp 109-133). Barcelona. Editora Sendai.

Instituto Nacional de Estatística (2001). Estatísticas Demográficas 2001. Eurostat Database. Lisboa:Portugal(a)

Instituto Nacional de Estatística (2003). Destaque do INE, Estatísticas Demográficas – Mortalidade, Resultados definitivos de 2002. Lisboa: Portugal (b)

Janesick, V. J. (1994). “The dance of qualitative research design: metaphor, methodolatry and meaning”. In *Handbook of qualitative research* (199-208). Sage Publications.

Jesus, S., Pacheco, J. & Santos, Joana (2003). Escala de estilos de vida saudável de profissionais de saúde. *Encontro: Revista de Psicologia*. Vol.8 (8), pág.5-8

Justo, J. M. (2002). Uma perspectiva sobre as doenças oncológicas. In M. R. Dias, & E. Dura (Eds.). *Territórios da Psicologia oncológica*. Lisboa. Climepsi Editores.

Marks, D. et al (2000). *Health Psychology. Theory, Research and Practice*. Londres. Editora Sage

Matias, A. (2002). A organização da luta social contra o cancro em Portugal. Abordagem sócio - histórica. In M. R. Dias, & E. Dura (Eds.). *Territórios da Psicologia oncológica*. Lisboa. Climepsi Editores

McIntyre, McIntyre & Silvério (1999). Respostas de stress e recursos de coping nos enfermeiros. *Análise Psicológica*, 3, 513-527.

Mitka, M. (2003). As Orientações para Rastreio do Cancro do Cólon Realçam a Importância do Primeiro Teste. *JAMA*, 1 (9).

Murray, M., & McMillan, C. (1993). Health beliefs, locus of control, emotional control and womens cancer screening behaviour. *British Journal of Clinical Psychology*, 32, 81-100.

Ogden, J. (1998). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Parra-Cabrera, S.; Fernández-Ortega, M.C.; Vandale-Toney, S. & López-Carrillo, L. (1994) Fibra Dietética y Tumores Gastrointestinales, Implicaciones para la población Mexicana. *Archivos Latinoamericanos de Nutricion*. Vol. 44(2), pág.76-81.

Patrão, I. & Leal, I. (2002) - Comportamentos de adesão ao rastreio do Cancro do Colo do Útero: Estudo Exploratório Numa Amostra De Utentes Do Centro De Saúde De Peniche. *Psicologia, Saúde e Doenças*, III (001), 103 – 112.

Pereira, M. (1994). A representação do cancro em enfermeiros. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

Polít, D. & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3.^a Edição Porto Alegre: Artes Médicas.

Portugal, Assembleia da República (2001, Agosto, 17). Resolução do Conselho de Ministros n.º 129/2001, de 17 de Agosto. *Diário da República*, I Série – B, 5241-5247

Potter, J.; Slattery, M.; Bostick, R. & Gapstur, S. (1993). Colon Cancer: A Review of the Epidemiology. *Epidemiology Reviews* 15, pág. 499-545.

Reis, J. (1992). Autonomia conceitual da pessoa nos processos de saúde e doença: desafios epistemológicos e metodológicos para a psicologia da saúde e para os cuidados de saúde. *Psychologica*, 8, 137- 169.

Reis, J. C. (1998). *O sorriso de Hipócrates: a integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença*. Lisboa: Vega.

Ribeiro, J. L. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.

Ribeiro, J.L.P. (2004). Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção das doenças. *Análise Psicológica*, 2 (XXII), 387-397

Ribeiro da Silva, P. (2002). A educação para a saúde e o marketing social. In M. R. Dias, & E. Durá (Eds.). *Territórios da Psicologia Oncológica* (pág. 190-211). Lisboa: Climepsi.

Rutter, D., Quine, L. & Chesham, D.J. (1993). *Social Psychological Approaches to Health*. Hertfordshire. Harvester Wheatsheaf

Seeley, S.(1997). *Anatomia e fisiologia*. 3ª Edição Lisboa. Editora Lusodidacta.

Silva, P.R. (2002). A educação para a saúde e o marketing social. In M. R. Dias, & E. Dura (Eds.). *Territórios da psicologia Oncológica* (pág. 189- 211). Lisboa. Climepsi Editores.

Smith, B. et al (1999). Lay beliefs about the preventability of major health conditions. *Health Education Research (Theory and Practice)*, 14 (3), pág. 315-325.

Schottenfeld, D. & Winawer, S.J. (1996) *Cancers of Large Intestine*. In Schottenfeld, D. & Fraumeni, J.F.Jr.,Org. *Cancer Epidemiology and Prevention*, pág. 813-40, Oxford. Editora Oxford University Press.

Swanson, G.M. & Burns, P.B. (1995) *Cancer Incidence Among Women in the Workplace: A Study of the Association Between Occupation and Industry and 11 Cancer Sites*. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 37(3), pág.282-7.

Teixeira, J. (2000). “ Psicólogos em Centros de saúde” – Intervenção e investigação em cuidados primários: “Psicologia clínica da saúde” ou “Psicologia da saúde?”. In III *Conferência Psicológica nos Cuidados de Saúde primários* (pág.117-128). Lisboa. Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Teixeira, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. *Análise Psicológica*, nº 3 (XXII), 441-448.

Teixeira, J.A.C. & Trindade, I. (2002). Abordagem psicológica do cancro nos cuidados de saúde Primários. A psico-oncologia nos centros de saúde. In M. R. Dias, & E. Dura (Eds.), *Territórios da psicologia Oncológica* (pág. 29-49). Lisboa. Climepsi Editores.

Trafimow, D., Sheeran, P., Conner, M., & Finlay, K. A.(2002). Evidence that perceived behavioural control is a multidimensional construct: Perceived control and perceived difficulty. *British Journal of Social Psychology*, 41, 101-121.

Trudeau E., Kristal A., Li, S. & Patterson R.(1998). Demographic and psychosocial predictors of fruit and vegetable intakes differ: implications for dietary interventions. *Journal American Dietetic Association*, 98(12), pág. 1412-1417.

WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*. Vol. 41(10), Pág.1403-1409.

Vitoria, P.(2004). Paradigmas actuais. In Ferreira- Borges, C. & Cinha Filho, H.. *Tabagismo*. Lisboa. Climepsi Editires.

16. WEBGRAFIA

Administração Regional de Saúde do Algarve. (2005). Consultado em Março 18, 2006 em

http://www.arsalgarve.minsaude.pt/portal/index.php?option=com_content&task=view&id=268&Itemid=70

Agência Internacional para a investigação do cancro (s.d). Global Cancer Statistics Consultado em Janeiro 7, 2007 em

<http://caonline.amcancersoc.org/cgi/content/full/55/2/74>

Albuquerque, A. & Troccoli, B.(2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjectivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Vol. 20 (2), 153-164. Consultado em Março 9, 2007, em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722004000200008&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0102-3772. doi: 10.1590/S0102-37722004000200008

Almeida, A. et al (2003). Adenocarcinoma do recto. Consultado em Outubro 7, 2006, em www.forumenfermagem.org

Alto Comissariado da Saúde (2006). Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas. Consultado em Janeiro 7, 2007, em <http://www.acs.minsaude.pt/ACS/conteudos/doencas+oncologicas/programa+nacional/pn+doencas+oncologicas.htm>

Alves, L.V. (2006).“ Cancro é a segunda causa de morte em Portugal”. Consultado em Janeiro 24, 2007, em

<http://www.tvciencia.pt/arqtv/cctvc60.asp?cod=30&nod=30098&edic=12&search=no&titulos=no&pchav=no>

_____ *Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do cólon e recto* _____

Alves, S. (s.d). Cancro. TSF. Consultado em Outubro 29, 2005, em <http://www.tsf.pt/online/vida/dossiers/cancro/tipos/colon.asp>

Associação Portuguesa de Ostromizados. (2003). Cancro do cólon e do recto. Tratamento e acompanhamento. Consultado em Setembro 12, 2005, em <http://www.apostomizados.pt/ostomizados.asp?action=show&id=4>

Armitage, C., & Conner, M. (2000). Social cognition models and health behaviour: A structured review. *Psychology and Health*. Vol 15 (2), 173-189. Consultado em Janeiro, 12, 2006, em <http://psy-publications.group.shef.ac.uk/staff/chris-armitage.html>

Bana, T. et al, (2007). Cancro do cólon e recto – Prevenir, implementar e alargar o rastreio. *Jornal do Centro. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. Lisboa*. Consultado em Maio 1, 2007, em http://www.hsfxavier.minsaude.pt/Downloads_HSA/HSFX/Comunica%C3%A7%C3%A3o%20e%20Imagem/Jornal%20do%20Centro/2007/jornal13final.pdf

Bandeira, M. et al (2002). Validação transcultural do Teste de Orientação da Vida (TOV-R). *Estudos de Psicologia*. Vol. 7 (2), 251-258. Consultado em Março 23, 2007, em <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v7n2/a06v07n2.pdf>

Barros et al. (2003). O cancro em Portugal. Consultado em Dezembro 13, 2006, em <http://www.ipatimup.pt/medprev/paper3.pdf>

Bowel Cancer. Colon Cancer. (s.d). Consultado em Abril 1, 2007, em <http://member.rivernet.com.au/balehirs/Bishyp7CancerColon.html>

Braga, R. e Melo, M.(2003) – Rastreio do cancro do cólon e do recto. Dossier 4 – Cancro colo-rectal. Pág. 472- 482. Consultado em Outubro 12, 2006, em <http://www.publisaude.com/rpcgPdfs/2003/SetOut03/n5v19471.pdf>.

Brandão e Belas (s.d). O Cancêr Hoje. Cito – Centro Integrado de terapia Onco – Hematológica. Consultado em 2006, em

<http://www.cito.med.br/index.php? menu=psico&submenu=hoje&op=7>

BioInfoBank Institute. (s.d). Food, classification. Consultado em Março 12, 2007, em

<http://lib.bioinfo.pl/meid:190800>

Boyle P. & Ferlay J. (2005) La Oncología en Europa. Cancer incidence and mortality in Europe. *Ann Oncol.* Mar; 16(3): 481-8. Consultado em Janeiro 15, 2007, em

<http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/bol etinseom/2006/42/f42.pdf>

Buss, P.(s.d). Saúde, sociedade e qualidade de vida. Consultado em Abril 7, 2007, em

<http://www.invivo.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=34&sid=8>

Cardoso, J. & Rolim, L.(2005). Aspectos psicossociais da medicina preditiva: revisão de literatura sobre testes de riscos genéticos. *Psicologia, Saúde e Doenças*. Vol.VI (001), 3-34. Consultado em Abril 5, 2007, em

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/362/36260101.pdf>

Carneiro, F. (s.d.). Cancro e lesões pré-cancerosas do cólon e recto: factores genéticos e ambientais. Consultado em Fevereiro 2, 2007, em

http://www.ipatimup.pt/medprev/colon_recto.pdf

Carroll, R. (2003). Dissonância cognitiva. *Dicionário do Cético*. Consultado em Maio, 11, 2007, em: <http://skepdic.com/brazil/dissonancia.html>

Castedo, S. (s.d.). Cancro Colo-rectal Hereditário. O que é? GDPN – Genética Médica e Diagnóstico Pré-Natal. Consultado em Outubro 3, 2006, em

<http://www.gdpn.com/pages/index.php?ID=64>

Cernada, R. (2005). Algumas reflexões sobre o cancro colorrectal. Revista on-line *ENDOnews*. (2004/5). Número 10. Consultado em Maio 22 2006, em

<http://www.apostomizados.pt/upload/E101204p1213.pdf>

Cestari, M.(2005). *A influência da cultura no comportamento de prevenção do câncer*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Brasil. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações. Consultado em Março 22, 2006, em <http://www.teses.usp.br/>

Ciência Viva. (2005). Como definir o cancro. Consultado em Março, 2006, em <http://www.cienciaviva.pt/projectos/concluidos/genomahumano/artigos/index.asp?lang=pt&acao=showTexto2&projecto=20>

Cláudio, V. & Sousa, P.(2003). As implicações do género nas crenças e atitudes perante o VIH/SIDA. *Análise Psicológica*. Vol.21 (2),159-174. Consultado em Março, 16, 2007, em http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312003000200003&lng=pt&nrm=iso. ISSN 0870-8231.

Clínica integrada de tratamento Onco – hematológico. (s.d). Câncer Cólon Rectal. Consultado em Fevereiro 8, 2007, em http://www.cito.med.br/index.php?menu=cancer&submenu=tipo_cancer&id=3

Coelho, J. (2005). Papel da colonoscopia com magnificação de imagem associada à cromoscopia no diagnóstico diferencial entre lesões neoplásicas e não neoplásicas do intestino grosso. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações. Consultado em Outubro 12, 2006, em <http://www.teses.usp.br/>

Comissão Europeia, Direcção-Geral Saúde e Defesa do Consumidor. (2003). Programa de acção comunitária no domínio da saúde pública. (Portugal, Ministério da Saúde, Trad.). Lisboa: Ministério da Saúde. Consultado em Fevereiro 8, 2007, em http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/ev_20030710_od01_pt.pdf

Comissão das Comunidades Europeias. (2003). Proposta de Recomendação do Conselho sobre a despistagem do cancro. Consultado em Fevereiro, 22, 2007, em http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/pt/com/2003/com2003_0230pt01.doc

Conselho da União Europeia (12/ 2003). Jornal Oficial nº L 327,0034 – 0038. Consultado em Outubro 29, 2005 em http://europa.eu.int/eur-lex/pri/pt/oj/dat/2003/l_327/l_32720031216pt00340038.pdf

Corpos são mente sã (s.d.). Consultado em Abril 1, 2007, em <http://br.answers.yahoo.com/question/index?qid=20070315202006AA2jEGH>

Correia, E.(2006). Uma visão fenomenológica - existencial em psicologia da saúde?!. *Análise Psicológica*, 3 (XXIV), 337-341. Consultado em Janeiro 10, 2007, em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v24n3/v24n3a07.pdf>.

Costa, S. (2003). Todos os dias morrem em Portugal oito pessoas vítimas de tumor no intestino. In *Jornal O Público*. Lisboa. Consultado em Setembro 12, 2006, em <http://www.apostomizados.pt/noticias.asp?action=show&id=13>

Costa, S.(2004). Rastreio do cancro do cólon poupa dinheiro. Estudo do Instituto de Oncologia de Lisboa. In *Jornal O Público*. Consultado em Dezembro 22, 2006, em <http://www.apostomizados.pt/noticias.asp?action=show&id=13>

Cravo, M. et al (2002). Pathogenicity of missense and splice site mutations in hMSH2 and hMLH1 mismatch repair genes: implications for genetic testing. *Gut* , 50,405-412. Consultado em Janeiro ,5, 2007, em: <http://gut.bmj.com/cgi/content/abstract/50/3/405>

Dantas, J.(s.d). Prevenção de Câncer de intestino. Consultado em Março 23, 2007, em <http://www.reservaer.com.br/saude/cancerdeintestino.html>

De Sousa, M. (2003). Estudo dos conhecimentos e representações de doença associados à adesão terapêutica nos diabéticos Tipo 2. Dissertação de Mestrado, Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho. Consultado em Janeiro 12, 2007, em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/668/1/tesefinalMS.pdf>

Eggers, S. (2002). História do Câncer. Associação Brasileira do Câncer. *Revista Hands*. Nº10. Consultado em Novembro 23, 2006, em <http://www.abcancer.org.br/revista.php?c=14&s=71&lang=16>

Eurotrials – Consultores científicos (2002). Envelhecimento. Saúde em mapas e números. Dezembro, Nº11. Consultado em Março 12, 2007, em <http://www.eurotrials.com/publicacoes/bol11.pdf>

Fidalgo, P.(2001). Será que a prevenção vale o que custa? *Campanha Colo-rectal/ Boletim Informativo nº4*. Sociedade Portuguesa de Endoscopia. Consultado em Outubro 7, 2006, em http://www.sped.pt/agrupa_texto/?imc=14n18n2n

Figueiras, M., Alves, N. e Barracho, C. (2004) Diferenças do valor preditivo da Teoria da Acção Planeada na intenção de adoptar comportamentos preventivos para o cancro de pele: O papel do optimismo e da percepção da doença em indivíduos saudáveis. *Análise Psicológica*, Setembro, 22, (3), 571 – 583. Consultado em Março 17, 2007, em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312004000300012&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0870-8231.

Formiga, A., Dias, M. e Saldanha, A. (2005). Aspectos psicossociais da prevenção do infarto: construção e validação de um instrumento de medida. *PsicoUSF*, Junho, 10 (1), 31 – 40. Consultado em Março 17, 2007, em: <http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712005000100005&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1413-8271

Fradique, R. & Reis, J. (2002). Desenvolvimento sociocognitivo de significações leigas em adultos: Causas e prevenção das doenças. *Análise Psicológica*, 1 (XX), pág. 5-26. Consultado em Janeiro 10, 2006, em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v20n1/v20n1a02.pdf>

Frazier A., Colditz G., Fuchs C. et al. (2000) Cost-effectiveness of screening for colorectal cancer in the general population. *JAMA*, 284, pág. 1954-61. Consultado em Dezembro 12, 2006, em <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/285/4/407>

Friedenreich et al (2006). Physical Activity and Risk of Colon and Rectal Cancers: The European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. *Cancer Epidemiology*

Biomarkers & Prevention, 15, 2398-2407. Consultado em Janeiro 12, 2007, em <http://cebp.aacrjournals.org/cgi/content/abstract/15/12/2398>

Gallo, C., Guerra, M. & Mendonça, G. (2005). Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 51(3): 227-234. Consultado em Fevereiro 12, 2006, em www.inca.gov.br/rbc/n_51/v03/pdf/revisao1.pdf

Genoma humano -Ciência viva (s.d). Consultado em Outubro ,29, 2005, em <http://www.cienciaviva.pt/projectos/concluidos/genomahumano/artigos/index.asp?lang=pt&acao=showTexto2&projecto=20>

Gorham et al (2007). Optimal Vitamin D Status for Colorectal Cancer Prevention – A Quantitative Meta Analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 32 (3), Março, 210-216. Consultado em Março 26, 2007, em <http://translate.google.com/translate?hl=pt-PT&sl=en&u=http://www.medpagetoday.com/HematologyOncology/BreastCancer/tb/5021&sa=X&oi=translate&resnum=1&ct=result&prev=/search%3Fq%3DAmerican%2Bjournal%2Bof%2Bpreventive%2Boptimal%2Bvit.%2Bd%2Bstatus%2Bfor%2Bcolorectal%26hl%3Dpt-PT%26sa%3DG>

Gouveia, M. (2005). Rastreio é uma das intervenções mais baratas do sistema de saúde. *Revista ENDOnews*. Nº11. Fevereiro/Julho. Consultado em Junho 1, 2006, em <http://www.google.com/search?hl=pt-BR&q=Revista+ENDOnews.+N%C3%BAmero+11.+Fevereiro%2FJulho&btnG=Pesquisar&lr=>

Gregório, S. (s.d.). Atitude e Comportamento. Consultado em Abril 7, 2007, em: <http://www.ceismael.com.br/artigo/artigo057.htm>

Grünspun, H e Grünspun, F. (s.d) Atitudes – Uma abordagem operacional. Atitudes familiares. Consultado em Abril 7, 2007, em <http://www.pediatriasaopaulo.usp.br/upload/pdf/733.pdf>

_____ *Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do cólon e recto* _____

Infocancro (s.d). O Cancro colo – rectal – O que precisa de saber sobre o Cancro do Cólo-Rectal. Consultado em Outubro 5, 2006, em http://www.infocancro.com/cancro/tipos/cancro_colorectal/

Intituto Nacional del Câncer. (2005). Câncer del cólon. Consultado em Janeiro, 5, 2007, em <http://www.nci.nih.gov/espanol/pdq/tratamiento/colon>

Instituto Português de Oncologia (s.d). Consultado em 2006, em <http://www.cienciapt.net/dossiers/20040506/20040506.pdf>

Janssen-Cilag Farmacêutica, Lda. (2007). Oncologia. Consultado em Março 23, 2007, em <http://www.janssencilag.pt/disease/detail.jhtml?itemname=oncology&s=1>

Jesus, S. (2005). Motivação e desenvolvimento sócio – profissional. Consultado em Março 15, 2006, em <http://w3.ualg.pt/~snjesus/docs/aulas/aula1.pdf>

Keyes, C., Shmotkin, D. & Ryff, C. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol.82 (6), 1007-1022. Consultado em Setembro 5, 2006, em [http://66.102.1.104/scholar?hl=en&lr=&q=cache:2XVEUbfmAXIJ:www.midus.wisc.edu/publications/Publications/Keyes\(2002\)Optimizing%2520WellBeing.pdf++intitle:%22Optimizing+well-being:+The+empirical+encounter+of+two+traditions%22](http://66.102.1.104/scholar?hl=en&lr=&q=cache:2XVEUbfmAXIJ:www.midus.wisc.edu/publications/Publications/Keyes(2002)Optimizing%2520WellBeing.pdf++intitle:%22Optimizing+well-being:+The+empirical+encounter+of+two+traditions%22)

Lieberman, D. et al (2003). Factores de Risco para Neoplasia do Cólon em Fase Avançada e para Pólipos Hiperplásticos em Indivíduos Assintomáticos. *JAMA*, 2 (7), 527-537. Consultado em Novembro 13, 2007, em <http://jama.ama-assn.org/cgi/data/296/12/1552/DC1/1>

Lopes, N. (2006). Novos dados sobre o cancro colo rectal. Noticias de Saúde em Portugal. Consultado em Dezembro 18, 2006, em <http://cybersaude.wordpress.com/2006/11/23/novos-dados-sobre-cancro-colo-rectal/>

Maciel, A. (1999). A procura por cuidado de saúde: o papel das crenças e percepções de mulheres na vivência do processo saúde – doença. Dissertação de doutoramento, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações. Consultada em 2006, em <http://www.theses.usp.br/>

Maciosek, M. et al (2006). Colorectal Cancer Screening- Health Impact and Cost Effectiveness. *American Journal of Preventive Medicine*, 31 (1), 80-89. Elsevier Article Locator. Science Direct. Consultado em Novembro 18, 2006, em <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0749379706001218>

Mandell J., Bond J., Church T. et al. (1993). Reducing mortality from colorectal cancer by screening for fecal occult blood. *New England Journal*, 328, pág. 1365-71. Consultado em Dezembro, 12, 2006, em <http://imsdd.meb.uni-bonn.de/cgi-bin/mycite?ExtRef=MEDL/93233727>

Mandell et al (2000). The Effect of Fecal Occult-Blood Screening on the Incidence of Colorectal Cancer. *New England Journal of Medicine (NEJM)*, nº 343, 1603-1607. Consultado em Setembro 4, 2006, em

http://www.sped.pt/agrupa_texto/?imc=14n18n2n&fmo=ve&texto=57

Manual merck (s.d), Consultado em Outubro 10, 2006. Disponível em <http://www.manualmerck.net/?url=/artigos/%3Fid%3D188>

Marques,... et al, (2005). É a obesidade factor de risco para o cancro colo – rectal? Uma meta – análise. *GE – Jornal Português de Gastrenterologia*, 12, 251-256. Consultado em Abril 1, 2007, em

www.spg.pt/download.php?path=publicacoes&filename=JPG_2005_5_251_SO_05_artigo2.pdf

Marques, A. (2005). Médicos querem rastreio nacional a tumor do cólon. Consultado em Dezembro 12, 2006, em:

http://dn.sapo.pt/2005/04/21/sociedade/medicos_querem_rastreio_nacional_a_t.html

Maruyama, S. (2004). A experiência da colostomia por câncer como ruptura biográfica na visão dos portadores, familiares e profissionais de saúde: um estudo etnográfico. Dissertação de Doutoramento, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações. Consultado em Março 17, 2007, em <http://www.teses.usp.br/>

Matos, M. G. (2004). Psicologia da Saúde, saúde pública e saúde internacional. *Análise Psicológica*. Vol.22 (3), pág.449-462. Consultado em Janeiro 21, 2007, em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312004000300003&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0870-8231.

Maxwell, C., Bancej, C. & Snider, J. (2001). Predictors of mammography use among Canadian women aged 50-69: findings from the 1996/97 National Population Health Survey. *Canadian Medical Association Journal*. Vol.164(3),329-334. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=80725>

Mendes, V. (2006). Revista Endonews. N°15. Julho/ Setembro. Consultado em Janeiro 7, 2007, em www.sped.pt/download.php?path=pdfs&filename=SPED_endonews_n15.pdf

Medical Encyclopedia (2004). Consultado em Fevereiro 22, 2007, em <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000262.htm>

Menezes, R. e Ribeiro, J. (2000). Como ser saudável com uma doença crónica: da acção. *Análise Psicológica*, 4 (XVIII), 523-528. Consultado em Setembro, 2006, em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v18n4/v18n4a07.pdf>

Merck (s.d.). Consultado em Outubro 29, 2005, em <http://www.merck.pt/Merck/DesktopDefault.aspx?tabindex=3&tabid=247&Blist=3,247&Lang=PT>

Minayo, M., Hartz, Z. Buss, P. (2000) Quality of life and health: a necessary debate. *Ciência saúde coletiva*. 5 (1), 7-18. Consultado em Março 9, 2007, em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100002&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232000000100002

Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (2003). Risco de morrer em Portugal, 2001.Lisboa (c). Consultado em Fevereiro 1, 2007, em <http://www.dgsaude.min-saude.pt/>

Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde (2004). Plano Nacional de Saúde – 2004-2010, mais saúde para todos. Volume I – Prioridades. Lisboa. Consultado em Fevereiro 1, 2007, em http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol1_311.html

Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde (2004). Plano Nacional de Saúde – 2004-2010, mais saúde para todos. Volume II – Prioridades. Lisboa. Consultado em Janeiro, 2007, em <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006757.pdf>

Ministério da Saúde.(2004). Plano de acção para a saúde 2004 - Áreas prioritárias. Lisboa. Consultado em Janeiro 12, 2007, em <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006224.pdf>

Ministério da Saúde. (2004) Plano nacional de saúde – orientações estratégicas 2004-2010. Consultado em Abril 4, 2007, em: http://www.portugal.gov.pt/NR/rdonlyres/1B55859D-1CEB-4F8E-A45F-C601F3C60D60/0/Plano_Nacional_Saude_2004.pdf

Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde. Portal da Saúde (2005). O cancro do cólon e do recto é, em Portugal, o cancro mais frequente nos homens. Consultado em Outubro 23, 2006, em <http://www.minsaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/cancro/cancro.htm>

Ministério da saúde. Portal da saúde (2005). O cancro do cólon e do recto é, em Portugal, o cancro mais frequente nos homens. Consultado em 2006, em

<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/cancro/cancro+colon.htm>

Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde (2006). Risco de morrer em Portugal 2004. Vol.I. Lisboa. Consultado em Janeiro 30, 2007, em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008485.pdf>

Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde (2006). Risco de morrer em Portugal 2004. Vol.II. Lisboa. Consultado em Janeiro 30, 2007 em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008485.pdf>

Miriani J. (2004). Práticas Psicológicas em Unidades Básicas de Saúde e Psicologia Social Comunitária: a busca de uma relação possível. Pós – Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Paraná, Brasil. Consultado em Dezembro 18, 2006, em <http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/1884/2637/3/texto.pdf>

Monteiro et al. (2006) Neoplasia colorrectal até 40 anos: experiência em cinco anos. *Revista Colo – proctologia*. 26 (2), 156 - 161. Consultado em Março 12, 2007, em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-98802006000200006&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0101-9880. doi: 10.1590/S0101-98802006000200006

Moser, G.(2003). Examinando a congruência pessoa – ambiente: o principal desafio para a Psicologia Ambiental. *Estudos psicologia*. 8 (2), 331 – 333. Consultado em Março 9, 2007, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2003000200016&lng=pt&nrm=iso

Nascimento, E.(2004). Cancros sem rastreio. *In Jornal Correio da Manhã*, pág. 17. Consultado em Outubro 29, 2006, em <http://www.apostomizados.pt/noticias.asp?action=show&id=13>

National Cancer Institute (NCI) Resources. (2005). Colorectal Cancer Screening: Questions and Answers. Consultado em Novembro 23, 2006, em

<http://www.cdc.gov/cancer/colorectal/pdf/fs-patient-basic.pdf>

Neri, A. L. (2002). Bienestar subjetivo en la vida adulta y en la vejez: Hacia una psicología positiva en la América latina. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34, 55-74. Consultado em Outubro 7, 2007, em <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/261/26111206.pdf>

Newcomb, P.A., Taylor, J.O. & Trentham-dietz, A. (1999). Interactions of Familial and Hormonal Risk Factors for Large Bowel Cancer in Women. *International Journal of Epidemiology*, 28, 603-608 Consultado em Janeiro 12, 2007, em. <http://ije.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/28/4/603>

Neves, F. J (2002). "Mortalidade por Câncer de Cólon e Recto e Perfil de Consumo Alimentar em Capitais Brasileiras. Dissertação de Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Brasil. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações. Consultado em Março 12, 2007, em <http://www.teses.usp.br/>

Neves, J. C. (2007). O rejuvenescimento da população. *In Jornal Diário de Notícias*. Consultado em Março 13, 2007, em http://dn.sapo.pt/2007/01/15/opiniaio/o_rejuvenescimento_populacao.html –

Nobre Leitão, C. & Fidalgo, P. (2001). A Prevenção do Cancro do Cólon, salva vidas e determina uma poupança de recursos financeiros no sistema de saúde. Sociedade Portuguesa de endoscopia. *Campanha Cólo-Rectal / Boletim da Campanha N° 6*. Consultado em Setembro 24, 2006, em http://www.sped.pt/agrupa_texto/?imc=14n18n2n&fmo=ve&texto=59

Nobre Leitão, C. (2001). São preocupantes as taxas de mortalidade por cancro do cólon e recto. Sociedade Portuguesa de endoscopia. *Campanha Cólo-Rectal / Boletim da Campanha N° 4*. Consultado em Outubro 18, 2006, em: http://www.sped.pt/agrupa_texto/?imc=14n18n2n&fmo=ve&texto=57

Nobre Leitão, C. e Mendes, V. (2002). O grave problema de saúde pública que o cancro do cólon e recto representa em Portugal, torna urgente a implementação de programas de rastreio. Sociedade Portuguesa de Endoscopia. *Campanha Cólo-Rectal / Boletim da Campanha Nº 5*. Consultado em Outubro 18, 2006, em http://www.sped.pt/agrupa_texto/?imc=14n18n2n&fmo=ve&texto=58

Nobre Leitão, C.(2002). Prevenção do Cancro do Colón e Recto: É Tempo Do Seu Desenvolvimento. *Jornal Português de Gastrenterologia* 9, 105-114. Março/ Abril Consultado em Setembro 12, 2006, em http://www.sped.pt/download.php?path=pdfs&filename=SPED_Endonews_n2.pdf.

Noguera Aguilar, J. F. et al. (2005). Resección hepática por metástasis de cáncer colorrectal: una visión multidisciplinar. *Revista Espanhola de Enfermagem Digital*, 97 (11), 786-793. Madrid. Consultada em Março 27, 2007, em http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082005001100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Nucci, N. (2003). Qualidade de vida e câncer: um estudo compreensivo. Tese de Doutoramento. Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Brasil. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações. Consultado em Outubro 5, 2006 em <http://www.teses.usp.br/>

Oliveira, M., Laranjeira, R; Araújo, R., Camilo, R. & Schneider, D.(2003). Estudo dos estágios motivacionais em sujeitos adultos dependentes do álcool. *Revista: Reflexão e Crítica*, 2 (16). Porto Alegre. Brasil. Consultado em Maio 12, 2007, em http://www.adroga.casadia.org/tratamento/estagios_motivacionais_dependentes_alcool.htm

Oliveira, M. & Orsi, M.(2006). Avaliando a motivação para mudança em dependentes de cocaína. *Estudos de Psicologia*, 23 (1), 3-12. Campinas. Brasil. Consultado em Maio 12, 2007, em http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2006000100001&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0103-166X.

Oncologia (2007). Janssen-Cilag Farmacêutica, Lda. Consultado em Março 23, 2007, em <http://www.janssencilag.pt/disease/detail.jhtml?itemname=oncology&s=1>

Pais Ribeiro, J. (2004). Avaliação das intenções comportamentais e relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção das doenças. *Análise Psicológica*, 2 (XXII), 387-397. Consultado em Janeiro 23, 2007, em http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S087082312004000200007&script=sci_arttext

Pain Associates' International Network – P.A.I.N.1 – PORTUGAL – Dor Oncológica (2004). Consultado em Janeiro 2, 2007, em http://www.grunenthal.pt/cw/pt_PT/pdf/cw_pt_pt_pain1.pdf;jsessionid=DTPBAI0JRTIATLAQP2BCFEQ

Parkin, D. M. et al. (2005). Global Cancer Statistics, 2002. *A Cancer Journal for Clinicians*. Consultado em Setembro 12, 2006, em: <http://caonline.amcancersoc.org/cgi/content/full/55/2/74>

Pazos, M. (s.d) Cáncer colorectal en Tarragona 1980-98. Consultado em Abril 1, 2007, em http://www.tdx.cesca.es/TESIS_URV/AVAILABLE/TDX-0617105101508//Fanatomia5.PDF

Pedro, N. e Peixoto, F. (2006). Satisfação profissional e auto-estima em professores dos 2.º e 3.º ciclos do Ensino Básico. *Análise Psicológica*, Abril, 24 (2), 247 – 262. Consultada em Março 9, 2007, em http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312006000200010&lng=pt&nrm=iso. ISSN 0870-8231.

Pelfrene, E., Bleyen, L. & Backer, G.(1998). Uptake inbreast cancer screening: A sociogeographical análisis. *European Journal of Public Health*. Vol.8,146-149. Consultado em Janeiro, 12, 2007, em <http://eurpub.oxfordjournals.org/cgi/reprint/8/4/1-a.pdf>

Pimentel, J. (2006) O cancro colorrectal tem aumentado entre os portugueses. Médicos de Portugal. Consultado em Outubro 13, 2006, em

<http://www.medicosdeportugal.iol.pt/action/2/topic/26/type/1/page/1/>

Pinto, A. (2006). Rastreio do Carcinoma do Cólon e Recto no Mundo e em Portugal. *Revista ENDOnews*. Número 13. Janeiro/ Março. Consultado em Outubro 18, 2006, em <http://www.apostomizados.pt/upload/E130106p8a10.pdf>

Possatti, I. & Dias, M.(2002) Multiplicidade de papéis da mulher e seus efeitos para o bem-estar psicológico. *Psicologia Reflexão e Critica*, 15 (2), 293-301. Consultado em Março 9, 2007, em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-

Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (2003). Risco de morrer em Portugal, 2001.Lisboa. (c). Consultado em Outubro 12, 2006, em <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005964.pdf>

Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência. (2005). Relatório Final da Fase I de Diagnóstico Da Situação Actual. Consultado em Janeiro 12, 2007, em http://www.portugal.gov.pt/NR/rdonlyres/125979C2-5F77-45EC-8AD0-83698D31F07B/0/Diagnostico_Redde_Cuidados_Cont_Integrados_Saude.pdf

Queroz, N. & Neri, A.(2005) Bem-estar psicológico e inteligência emocional entre homens e mulheres na meia-idade e na velhice. *Psicologia Reflexão e Critica*, Vol.18 (2), 292-299. Consultado em Março 9, 2007, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722005000200018&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0102-7972. doi: 10.1590/S0102-79722005000200018

Rawl, S., Champion, V., Menon, U. & Foster, J. (2000). The impact of age and race on mammography practices. *Health Care Women*. Vol.21 (7),583-97. Consultado em Janeiro 12, 2007, em

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=11813767&dopt=Abstract

Ravasco, P. et al (2005). Nutritional risks and colorectal cancer in a portuguese population. *Nutricion Hospitalaria*. Vol, 20 (3) 165-172. Consultada em Março 23, 2007, em <http://www.scielo.isciii.es/pdf/nh/v20n3/original1.pdf>

Ribeiro, M.J. (2003). Ser Família. Construção, implementação e avaliação de um programa de Educação Parental. Dissertação de Mestrado não publicada. Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho. Consultado em Março 12, 2007, em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/728/1/Dissertacao.pdf>

Rosa, I., Scholten, M e Carrilho, J. (2006). Festinger revisitado: Sacrifício e argumentação como fontes de conflito na tomada de decisão. *Análise Psicológica*. Vol. 2 (XXIV), 167-177. Consultado em Maio 11, 2007, em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v24n2/v24n2a04.pdf>

Ryff, C. (1995). Psychological Well-Being in Adult Life. *Current Directions in Psychological Science*. Vol. 4 (4), 99– 104. Consultado em Setembro, 2006, em <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/1467-8721.ep10772395?cookieSet=1&journalCode=cdir>

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it ? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081. Consultado em Setembro 5, 2006, em <http://66.102.1.104/scholar?hl=en&lr=&q=cache:cotFtaSZhlsJ:www.psych.usyd.edu.au/psychcoach/Ryff%25201989.pdf++intitle:%22Happiness+is+everything,+or+is+it+%3F:+Explorations+on+the+meaning+of+psychological+well-being%22>

Santos, L. R., Pais Ribeiro, J. & Guimarães, L.(2003). Estudo de uma escala de crenças e de estratégias de coping através do lazer. *Análise Psicológica*. Vol. 21 (4), 441-451.

Consultado em Março 16, 2007, em
<http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312003000400003&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0870-8231.

Seidl, E. & Zannon, C.(2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 (2), 580-588, Março - Abril. Consultado em Abril 7, 2007, em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/27.pdf>

Serrano, D, Lazzeroni, M. & Decensi, A. (2004). Chemoprevention of colorectal cancer: an update. *Tech Coloproctol. Journal Article.Springer*, 8, Suplemento 2 / Dezembro. Consultado em Março 16, em <http://www.springerlink.com/content/2c3hk9ywm0gkp562/>

Sheeran, P., Conner, M., & Norman, P. (2001). Can the theory of planned behaviour explain patterns of health behaviour change? *Health Psychology*. Vol 20 (1), 12-19. Consultado em Janeiro, 12, 2007, em <http://psy-publications.group.shef.ac.uk/staff/paschal-sheeran.html>

Silva, L.(2006).O sentido do cuidado na vivência da pessoa com câncer: uma compreensão fenomenológica. Tese de Doutorado. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto.Universidade de São Paulo. Brasil. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações. Consultado em Novembro,6, 2006 em <http://www.theses.usp.br/>

Smith, B. et al (1999). Lay beliefs about the preventability of major health conditions. *Health Education Research (Theory and Practice)*, 14 (3), 315-325. Consultado em 7 de Abril, 2007, em <http://www.ingentaconnect.com/content/oup/health/1999/00000014/00000003/art00315>

Smits, K. et al (2003). Interaction between smoking, GSTM1 deletion and colorectal cancer: results from the GSEC study. *Biomarkers*. Vol 8 (3), 299 – 310. Consultado em Janeiro 5, 2007, em <http://taylorandfrancis.metapress.com/content/1rranx7l60rt3vtk/>
Sociedade portuguesa de endoscopia (s.d). Campanha colo – rectal. Consultado em Abril 3, 2007, em: <http://www.sped.pt/textos/?imc=14n15n>

Smith, R., Cokkinides, V. & Eyre, H. (2006). American Cancer Society Guidelines for the Early Detection of Cancer. American Cancer Society. *A Cancer Journal of Clinicians*. Vol.56,11-25. Consultado em Novembro, 4, 2006, em <http://caonline.amcancersoc.org/cgi/content/abstract/53/1/27>

Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia (s.d). Linha gastroenterológica. Cancro do Colón e Recto. Consultado em Outubro 5, 2006, em <http://saude.sapo.pt/gc/601208.html>

Sociedade portuguesa de endoscopia (2002). *Revista ENDOnews*, n ° 2 Setembro. Consultado em Outubro 2, 2006, em <http://www.sped.pt/endonews/?imc=39n&fmo=endonews&ano=2002>

Sociedade portuguesa de endoscopia (2002). *Revista ENDOnews*. Número 0 – Abril. Consultado em Maio 22, 2006, em http://www.sped.pt/download.php?path=pdfs&filename=SPED_Endonews_n2.pdf

Sociedade portuguesa de endoscopia (2003). Cancro do Intestino o que mais mata na Europa Portugueses conhecem a doença mas são dos que mais morrem *Revista ENDOnews*. Número 7 – Dezembro. Consultado em Maio 22, 2006, em <http://www.sped.pt/endonews/?imc=39n&fmo=endonews&ano=2003>

Sociedade portuguesa de endoscopia (2004). Cancro colorrectal “Colonoscopia continua a ser o método de rastreio mais sensível e eficaz”. *Revista ENDOnews*. Número 9 – Junho -Outubro. Consultado em Maio 22, 2006, em: http://www.sped.pt/download.php?path=pdfs&filename=SPED_Endonews_n9.pdf –

Sociedade portuguesa de endoscopia (2005). *Revista ENDOnews*. Número11.Fevereiro – Julho. Consultado em Maio 2, 2006, em www.sped.pt/download.php?path=pdfs&filename=SPED_Endonews_n11.pdf –

Stephoe, A., & Wardle, J. (1992). Cognitive predictors of health behaviour in contrasting regions of Europe.*The British Journal of Clinical Psychology*. Vol.31, 485-502.

Stephoe, A. et al. (1997). Leisure-time physical exercise: prevalence, attitudinal correlates and behavioural correlates among young Europeans from 21 Countries. *Preventive Medicine*. Vol. 26, 845-854.

Teixeira, J. (2002). Psicologia da saúde em Portugal. Panorâmica breve. Normas didácticas. Consultado em Janeiro 2, 2007, em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v20n1/v20n1a17.pdf>

Teixeira, J.A.C & Correia, A. R. (2002). Fragilidade social e psicologia da saúde. Um exemplo de influências do contexto sobre a saúde. *Análise Psicológica*. Vol. 3 (XX), 359-365. Consultado em Novembro 3, 2006, em http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870-82312002000300009&script=sci_abstract&tlng=pt

Tomás, A. & Sá, R. (2006). Coordenador para as doenças oncológicas, Dr. Joaquim Gouveia: “Rastreios do cancro do colo do útero e da mama vão ser alargados”. Consultado em Dezembro, 2006, em http://www.medicosdeportugal.iol.pt/action/2/cnt_id/1396/

Toral, N (2007). Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. *Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva*. Universidade de São Paulo Consultada em Maio 12, 2007, em http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=452

Traverso-Yépez, M. (2001). A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. *Psicologia em Estudo*. Vol.6 (2), Julho / Dezembro. Maringá. Brasil. Consultado em Janeiro 2, 2007, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722001000200007

Trindade, R (2005). Consultado em Alerta médico. Consultado em Outubro 10, 2005, em <http://www.abn.com.br/>

Websalud (2005). La inestabilidad genética produce tumores de colon. Consultado em Abril 1, 2007, em http://www.websalud.com/articulo.html?xref=20051214salwsdsal_1&type=Tes&anchor=wsdsalntc

Websalud (2006). En España hay 25.000 nuevos casos cada año de cáncer de colon. Consultado em Abril 1, 2007, em http://www.websalud.com/articulo.html?xref=20061114salwsdsal_5&type=Tes&anchor=wsdsalntc

Wikipédia, a enciclopédia livre. (s.d.). Consultado a 7 de Janeiro, 2007, em [http://pt.wikipedia.org/wiki/Cancro_\(tumor\)](http://pt.wikipedia.org/wiki/Cancro_(tumor))

Wikipédia, la enciclopedia libre (s.d).Prevención secundaria o diagnóstico precoz del cáncer colorrectal. Consultado em Novembro 27, 2005, em http://es.wikipedia.org/wiki/C%C3%A1ncer_colorrectal#Enema_de_barrio_con_doble_contraste

Winawer, S. J.(2004). WGO Diretriz Prática: Vigilância e Rastreamento do Câncer Colorretal. Consultado em Outubro 12, 2006, em http://hades.omge.org/globalguidelines/statement03/s_data3_pt.php

Vaillo, Y. e tal (2004). Edad, creencias de salud y asistencia a un programa de cribado mamográfico en la comunidad valenciana. *Revista Española de Salud Pública*. Vol.78 (1). Consultado em Janeiro, 6, 2007, em http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272004000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=en

Vaz, C. N.(2000). Cancro do colón e do recto. Saúde na Internet. Consultado em Outubro 13, 2007, em <http://www.mni.pt/revista/index.php?cod=69&file=revista-artigo>

Vieira et al (2004). Comportamentos de risco em mulheres portuguesas percepção do risco, crenças e atitudes face à transmissão do HIV /sida através das relações sexuais.

_____ *Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do cólon e recto* _____

(Dados comparados sobre quatro grupos de mulheres). Consultado em Maio 11, 2007, em <http://www.aidscongress.net/pdf/180.pdf>

Xavier de Brito, L.(2005). Quando as células se transformam.... *Revista Semestral da Advancecare. Primavera*. Número 12. Consultada em Abril 1, 2007, em http://www.advancecare.com/web/newsletters/primavera_2005/primavera_2005.pdf

ANEXOS

ANEXO I

Cuidados de saúde, bem – estar e saúde geral

_____ *Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do cólon e recto* _____

10. Prefere que a colonoscopia seja realizada por um Médico do sexo (**escolha uma opção**): Feminino Masculino Indiferente

11. Teve ou tem algum familiar com cancro do cólon e do recto?

Não **Sim**

12. Se **Sim**, indique qual o Familiar/Outros que teve/tem com cancro do cólon e do recto: _____

BEM ESTAR

Expresse a sua percepção de bem-estar geral na sua vida, nas últimas 6 semanas através da escala que se segue. (**assinale com uma cruz a sua opção**).

|_____||_____||_____||_____||

Insatisfeito **Pouco Satisfeito** **Nem insatisfeito nem satisfeito** **Satisfeito** **Muito Satisfeito**

SAÚDE GERAL

Expresse a sua percepção de saúde em geral na sua vida, nas últimas 6 semanas através da escala que se segue. (**assinale com uma cruz a sua opção**).

|_____||_____||_____||_____||

Insatisfeito **Pouco Satisfeito** **Nem insatisfeito nem satisfeito** **Satisfeito** **Muito Satisfeito**

ANEXO II

Teste de orientação de vida

TESTE DE ORIENTAÇÃO DE VIDA (SCHEIER et al., 1994; adaptado por Faria, 1999)

Não existem respostas certas ou erradas. Seja cuidadoso(a) ao responder à questão de cada *item* e não deixe que a resposta dum(a) influencie a resposta às outras.

Emita a sua opinião a partir da seguinte escala:

- 0 DISCORDO BASTANTE
- 1 DISCORDO
- 2 NEUTRO
- 3 CONCORDO
- 4 CONCORDO BASTANTE

1.	Em situações difíceis espero sempre o melhor.	0	1	2	3	4
2.	Para mim, é fácil relaxar-me.	0	1	2	3	4
3.	Se alguma coisa de errado tiver de acontecer comigo, acontecerá de certeza.	0	1	2	3	4
4.	Sou sempre optimista relativamente ao futuro.	0	1	2	3	4
5.	Eu gosto muito dos meus amigos.	0	1	2	3	4
6.	Para mim, é importante manter-me ocupado(a).	0	1	2	3	4
7.	Quase nunca espero que as coisas corram a meu favor.	0	1	2	3	4
8.	Não fico facilmente preocupado (a).	0	1	2	3	4
9.	Raramente espero que as coisas boas me aconteçam.	0	1	2	3	4
10.	No conjunto, espero que me aconteçam mais coisas boas do que más.	0	1	2	3	4

ANEXO III

Questionário Comportamentos de Adesão ao Rastreio do Cancro do Cólon e Recto

QUESTIONÁRIO DE COMPORTAMENTOS DE ADESÃO

As questões que se seguem não são pessoais, são de carácter geral:

1. Uma pessoa tem maior risco de desenvolver cancro do cólon e do recto se: (Assinale a <u>sua opinião</u> em todas as questões)	<u>Sim</u>	<u>Não</u>
a) Não tiver hábitos alimentares equilibrados.		
b) Não tiver hábitos intestinais regulares.		
c) Se tiver perdas de sangue pelo ânus .		
d) Se tiver outras lesões identificadas no intestino.		
e) Tiver familiares com cancro do cólon e recto.		

2. A possibilidade de poderem vir a desenvolver cancro do colón e do recto aumenta em pessoas cuja idade se situa entre (escolha apenas uma opção):

20-30 anos

30-40 anos

50-60 anos

40-50 anos

60 anos e superior

3. A Colonoscopia é um exame que: (Assinale a <u>sua opinião</u> em todas as questões)	<u>Sim</u>	<u>Não</u>
a) Só deve ser feito quando se detectam alguns sintomas.		
b) Permite detectar o cancro do cólon e do recto em fases muito precoces.		
c) Reduz o número de mortes por Cancro do Cólon e do recto.		
d) É considerado o método <u>menos</u> eficaz para detecção do cancro do cólon e do recto.		
e) Dispensa a realização de outros exames de rastreio.		

_____ *Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do cólon e recto* _____

4. A Colonoscopia deve ser efectuada: (Assinale a sua opinião em todas as questões)	<u>Sim</u>	<u>Não</u>
a) Quando surgem alguns sintomas.		
b) Quando se tem um familiar com cancro do cólon e do recto.		
c) Só quando é recomendado pelo Médico.		
d) Por todos os indivíduos com mais de 50 anos.		
e) Quando se tem outro tipo de lesões identificadas no intestino.		

ANEXO IV

Escala de Crenças de Saúde adaptada ao Cancro do Cólon e Recto

ESCALA DE CRENÇAS DE SAÚDE

Nas questões que se seguem assinale com uma **cruz** a que melhor traduz a sua opinião

Questões	Discordo totalmente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo Totalmente
1. É bastante provável que eu possa vir a ter cancro do cólon e do recto.					
2. A probabilidade de eu vir a ter cancro do cólon e do recto nos próximos anos é elevada.					
3. Sinto que ao longo da minha vida poderei vir a ter cancro do cólon e do recto.					
4. Tenho maiores probabilidades de ter cancro do cólon e do recto do que a maioria das pessoas.					
5. O desenvolvimento do cancro do cólon e do recto é algo que me pode ocorrer presentemente.					
6. Estou preocupada com o facto de poder vir a desenvolver o cancro do cólon e do recto nos próximos tempos.					
7. Pensar no cancro do cólon e do recto assusta-me.					
8. Quando eu penso acerca do cancro do cólon e do recto, o meu coração fica a bater mais depressa.					
9. Tenho medo de pensar acerca do cancro do cólon e do recto.					
10. Os problemas que eu teria se sofresse de cancro do cólon e do recto durariam muito tempo.					
11. Se eu tivesse cancro do colón e do recto toda a minha vida mudaria.					

Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do cólon e recto

Questões	Discordo totalmente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo Totalmente
12. O cancro do cólon e do recto poderia ameaçar a relação que mantenho com o meu companheiro/a.					
13. Se eu desenvolvesse cancro do cólon e do recto não iria viver mais de 5 anos.					
14. A realização da colonoscopia ajuda-me a detectar mais cedo a existência de lesões no intestino.					
15. Se for encontrada alguma lesão do intestino através da colonoscopia, o tratamento do cancro não será assim tão mau.					
16. A realização da colonoscopia é a melhor maneira de detectar pequenas lesões no intestino.					
17. A realização de uma colonoscopia diminuirá as minhas hipóteses de morrer de cancro de cólon e recto					
18. Quando faço uma colonoscopia tenho receio de descobrir que alguma coisa não está bem.					
19. Tenho receio de fazer uma colonoscopia porque não compreendo como será feita.					
20. A realização de uma colonoscopia seria embaraçosa.					
21. A realização de uma colonoscopia demoraria muito tempo.					
22. A realização de uma colonoscopia seria dolorosa.					
23. A realização de uma colonoscopia obrigar-me-ia a faltar ao emprego					
24. Tenho outros problemas mais importantes do que pensar em fazer uma colonoscopia.					
25. A realização de uma colonoscopia seria dispendiosa.					

_____ *Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do cólon e recto* _____

Questões	Discordo totalmente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo Totalmente
26. Não consigo lembrar-me de marcar o exame colonoscopia.					
27. A realização do exame (colonoscopia) está dependente da opinião do meu companheiro/a.					