

Identificação de barreiras e de facilitadores da implementação e otimização dos programas de rastreio oncológico

AUTORES: Nuno Lunet^{1,2}, Firmino Machado^{1,3}, Mariana Amorim¹, Margarida Teixeira^{1,2,4}, Ana Fernandes¹, Beatriz Coelho¹, Bruna Lopes¹

AFILIAÇÃO: ¹ Laboratório associado para a Investigação Integrativa e Translacional em Saúde Populacional (ITR) - Unidade de Investigação em Epidemiologia (EPIUnit), Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto

² Departamento de Ciências da Saúde Pública e Forenses e Educação Médica, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

³ Departamento de Ciências Biomédicas, Universidade de Aveiro

⁴ Unidade de Saúde Pública Porto Ocidental

DATA: 30 de dezembro de 2023

Identificação de barreiras e de facilitadores da implementação e otimização dos programas de rastreio oncológico

Estudo financiado pela Direção-Geral da Saúde (ajuste direto Proc. n.º 74/2023 – “Aquisição de serviços para a realização de Estudo de Investigação referente à identificação de barreiras e de facilitadores da implementação e otimização dos programas de rastreio oncológico”)

Resumo

Introdução

Em Portugal, encontram-se implementados programas de rastreio de base populacional para o cancro da mama, o cancro do colo do útero e o cancro do cólon e reto, estando identificado o potencial para melhoria dos indicadores de participação nestes rastreios. Nesse sentido, este estudo teve como objetivos identificar barreiras e facilitadores da adesão, implementação e gestão dos programas de rastreio, bem como explorar a opinião dos utentes acerca do funcionamento destes rastreios em Portugal continental.

Métodos

O estudo baseou-se numa abordagem qualitativa, através da realização de 40 entrevistas a *stakeholders* envolvidos nos programas de rastreio oncológico de base populacional, incluindo utentes e profissionais envolvidos na sua implementação e gestão. O recrutamento foi feito através de amostragem intencional, sendo os potenciais participantes identificados pelos membros da equipa de investigação em colaboração com o Programa Nacional para as Doenças Oncológicas e outros *stakeholders*. As entrevistas seguiram um guião semiestruturado e foram realizadas por dois membros da equipa de investigação com formação em investigação qualitativa, maioritariamente por videochamada e, no caso dos utentes, também presencialmente ou por chamada telefónica, de acordo com a preferência dos participantes e no horário mais conveniente. As entrevistas foram gravadas em áudio, mediante consentimento dos participantes, e transcritas na íntegra. Foi realizada a análise de conteúdo temática, com recurso ao *software* NVivo.

Resultados

Foram entrevistados quatro gestores, 22 profissionais de saúde, representando diferentes especialidades e níveis de prestação de cuidados, quatro representantes de utentes e 10 utentes. Foi garantida a representatividade regional de Portugal continental e, no grupo dos utentes, a representatividade de diferentes contextos socioeconómicos.

Os entrevistados partilharam as suas perspetivas especificamente sobre a convocatória para os rastreios, salientando o tipo de formato e conteúdo em vigor; as barreiras e os facilitadores na adesão aos rastreios; e questões práticas da gestão e implementação dos diferentes rastreios. Ao longo destes temas, foram identificadas sugestões de melhoria. Para além disso, descreveram-se algumas especificidades relativas à participação de pessoas em situações de vulnerabilidade, explorando formas de potenciar a adesão e aproximação ao Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Os contributos dos *stakeholders* entrevistados neste estudo, podem ser sumariados nos pontos seguintes, que se aplicam ao rastreio organizado como um todo, mas de forma distinta aos diferentes programas que estão implementados:

- Existe uma grande heterogeneidade na forma de funcionamento dos programas entre regiões, assim como entre diferentes unidades funcionais da mesma região, sendo mencionada a necessidade de uma uniformização de procedimentos;
- O convite sistemático para rastreio da população elegível não é uma prática universal no SNS, não sendo possível distinguir o contributo do rastreio oportunístico para os indicadores de desempenho;
- O rastreio oportunista efetuado no setor privado da saúde não segue necessariamente a mesma metodologia adotada pelo rastreio organizado e o conhecimento do resultado do exame pelo profissional de saúde depende essencialmente de este lhe ser comunicado pelo doente, o que dificulta uma boa gestão dos recursos.
- Foi sugerida a melhoria do conteúdo dos convites para rastreio, através do aumento da simplicidade, clareza e relevância da informação veiculada, e incluindo informação de contacto (e.g. número de telefone, e-mail) que permita facilmente o esclarecimento de dúvidas ou reagendamentos;
- Foram identificadas vantagens e desvantagens de diferentes formas de convocatória para os rastreios, sendo sugerido que a adesão pode beneficiar utilização de metodologias de convocatória complementares. Foi ainda sugerida a criação de um software aplicativo para gestão individual dos rastreios por parte dos cidadãos, facilitando a comunicação com os utentes elegíveis;
- Foram sugeridas melhorias para aumentar a adesão ao rastreio, como o aumento da flexibilidade de horários, a realização de rastreios em locais de proximidade com a comunidade, a junção de vários rastreios num só momento, a possibilidade de auto-colheita e o reforço da educação para a saúde;
- A falta de comunicação entre os sistemas de informação existentes foi apresentada como uma barreira a um funcionamento mais eficiente dos programas de rastreio;
- Foi proposta a promoção de parcerias, por exemplo, com instituições do setor privado da saúde, associações de doentes e a academia, capazes de promover uma melhor resposta às exigências de planeamento e implementação dos rastreios;
- O envolvimento dos profissionais de saúde na gestão e organização dos programas rastreios é considerado de grande importância para manter a sua motivação e otimizar o funcionamento dos programas.

Conclusões

A diversidade de experiências e formas de funcionamento identificadas neste estudo confirmam a necessidade de um conhecimento profundo das barreiras e facilitadores das atividades de rastreio em cada contexto. Esta informação é essencial para orientar o planeamento e a definição de medidas para melhorar o funcionamento dos programas de rastreio, com base em procedimentos a adotar de forma tão padronizada quanto possível. Independentemente de medidas específicas para corrigir as atuais limitações dos programas de rastreio, é referida a importância de promover a comunicação entre todos os intervenientes no rastreio, desde o seu planeamento à implementação das suas diversas componentes, como forma de tirar partido do conhecimento específico de cada elo dessa cadeia acerca do que podem ser barreiras e facilitadores de todo o processo.

Índice

Introdução	1
Rastreio do cancro da mama	1
Rastreio do cancro do colo do útero	2
Rastreio do cancro do cólon e reto	2
Objetivos	4
Métodos	5
Resultados	7
Convite para os rastreios oncológicos	9
Fatores relacionados com a adesão aos rastreios	11
Implementação: funcionamento geral dos rastreios	21
Sugestões de melhoria na organização e funcionamento dos rastreios	30
Discussão	32
Considerações finais	35
Referências bibliográficas	37
Apêndice I - Guiões das entrevistas	I
Apêndice II – Informação aos participantes	IV

Lista de abreviaturas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ARS – Administrações Regionais de Saúde

HPV – Vírus do papiloma humano

RCCR – Rastreio do cancro do cólon e reto

RCCU – Rastreio do cancro do colo do útero

SNS – Serviço Nacional de Saúde

Introdução

Em Portugal, o cancro é responsável por 27% das mortes e ocupa o segundo lugar nas principais causas de morte, sendo apenas precedido pelas doenças cardiovasculares (1, 2). Esta patologia é responsável por cerca de um terço de todos os anos de vida perdidos por morte prematura, aspeto que reforça o seu impacto na sociedade (1).

Atualmente, em Portugal, encontram-se implementados programas de rastreio oncológico de base populacional para o cancro da mama feminina e para o do cancro do colo do útero, ambos desde 1990, e para o cancro do cólon e reto, desde 2008 (3), sendo a evidência científica robusta relativamente ao impacto destes programas na redução da mortalidade por estes cancros (4-6).

Rastreio do cancro da mama

No que diz respeito ao rastreio do cancro da mama, em Portugal continental, as Administrações Regionais de Saúde (ARS) são responsáveis pela identificação da população elegível, bem como pela comunicação destas listagens às entidades externas ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) que efetuam as convocatórias e os testes primários, nomeadamente à Liga Portuguesa Contra o Cancro e à Associação Oncológica do Algarve (3).

O teste primário é a mamografia com dupla leitura independente, a realizar de dois em dois anos, em unidades móveis ou unidades fixas de rastreio. No caso de resultados positivos, as utentes são referenciadas para uma consulta de aferição, para realização de exames adicionais e, se necessário, posterior encaminhamento hospitalar (7).

O rastreio do cancro da mama encontra-se atualmente implementado em todas as regiões de saúde (3). Em Portugal continental, a taxa de cobertura geográfica por unidade funcional (quociente entre o número de unidades funcionais com o rastreio implementado e o total de unidades funcionais) foi, em 2021, de 100,0% em todas as regiões, com exceção da região de Lisboa e Vale do Tejo, na qual este valor foi de apenas 51,0%. A cobertura populacional (quociente entre o número de utentes convidados para o rastreio e a população elegível anual) foi de aproximadamente 91,0%. Por outro lado, a proporção de adesão (quociente entre o número de utentes rastreados e o número de utentes convidados para o rastreio) foi de apenas 54,2% (Tabela 1) (3).

Rastreio do cancro do colo do útero

Relativamente ao rastreio do cancro do colo do útero (RCCU), em Portugal continental, as ARS são responsáveis pela identificação da população elegível, sendo este passo realizado através da plataforma SiiMA Rastreios. A partir desta lista, após cada médico de família efetuar a seleção das utentes para rastreio, estas mulheres devem ser convidadas a participar por intermédio da unidade funcional na qual estão inscritas. No caso das mulheres sem médico de família atribuído, o convite para o rastreio é da responsabilidade do Diretor do Conselho Clínico do respetivo Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) (3, 8).

O teste primário é a pesquisa de ácidos nucleicos dos genótipos oncogénicos do vírus do papiloma humano (HPV), a realizar de cinco em cinco anos. No caso de um resultado positivo para genótipos oncogénicos não 16/18, é realizada citologia reflexa e, se o resultado deste exame for anormal, procede-se ao encaminhamento da utente para consulta de patologia cervical. No caso de um resultado positivo para genótipos 16/18, a utente é sempre encaminhada para consulta de patologia cervical (7).

O programa de RCCU encontra-se implementado em todas as regiões de Portugal continental e na Região Autónoma dos Açores. A Região Autónoma da Madeira iniciou, em 2022, um programa piloto de RCCU organizado de base populacional (3). A taxa de cobertura geográfica por Unidade Funcional foi, em 2021, de 89,2% em Portugal continental. No que diz respeito à cobertura populacional, os números foram marcadamente inferiores, com valores próximos de 50%, em Portugal continental. A proporção de adesão foi elevada, com a realização do rastreio por 95,3% das mulheres que foram convidadas (3). De notar que, no mesmo ano, na região Norte, 81,8% dos RCCU foram agendados no próprio dia (9). Apesar de este dado não estar disponível relativamente às outras regiões, este facto pode justificar a elevada proporção de adesão observada. Apesar da alta proporção de adesão entre as mulheres que são convidadas, a baixa cobertura populacional acabou por condicionar uma taxa de rastreio populacional (quociente entre o número de utentes rastreados e a população elegível anual) de apenas 47,5% (Tabela 1) (3).

Rastreio do cancro do cólon e reto

Relativamente ao rastreio do cancro do cólon e reto (RCCR), o teste primário é a pesquisa de sangue oculto nas fezes, pelo método imunoquímico, a realizar de dois em dois anos (7). Em Portugal continental, as ARS são responsáveis pela identificação da população elegível. Aos utentes elegíveis é, primeiramente, enviada uma carta de

sensibilização. De seguida, o *kit* para recolha de fezes é enviado a todos aqueles que não tenham comunicado a sua indisponibilidade para realizar o rastreio. Após realizar a colheita, o utente deve devolver o *kit* usado, para que seja realizada a leitura dos testes de pesquisa de sangue oculto nas fezes (3). Aos casos positivos deve ser proposta a realização de colonoscopia (7).

Este rastreio está, atualmente, implementado na quase totalidade do território de Portugal continental e na Região Autónoma dos Açores. Em 2022, a Região Autónoma da Madeira implementou um programa piloto deste rastreio (3). Em 2021, a taxa de cobertura geográfica por unidade funcional foi de 77,3% em Portugal continental. No entanto, a cobertura populacional foi de apenas 26,4%, indicando que apenas cerca de um quarto dos indivíduos elegíveis tiveram acesso aos *kits* da prova de sangue oculto nas fezes. De notar que, entre aqueles que recebem o *kit*, a adesão foi de apenas 50,1%. Em conjunto, estes baixos valores condicionaram uma taxa de rastreio de apenas 13,2% (Tabela 1) (3).

Tabela 1. Cobertura geográfica por unidade funcional de cuidados de saúde primários, cobertura populacional, proporção de adesão, proporção de rastreio em 2021 e objetivos nacionais até 2030 (3, 10).

Rastreio Oncológico	Cobertura geográfica (por UF)	Cobertura populacional	Proporção de adesão	Proporção de rastreio
Mama	85,00%	90,80%	54,20%	49,30%
Colo do útero	89,20%	49,80%	95,30%	47,50%
Cólon e Reto	77,30%	26,40%	50,10%	13,20%
Objetivo até 2030	100%	>95%	>65%	-

UF - Unidade Funcional de cuidados de saúde primários.

Neste contexto, de forma a otimizar os programas de rastreio e a conseguir dar resposta aos objetivos definidos pela Estratégia Nacional de Luta Contra o Cancro - 2021 a 2030 (10) (Tabela 1), é importante possuir informação detalhada sobre as barreiras e os facilitadores à implementação, acesso e utilização dos diferentes programas de rastreio oncológico em Portugal.

A recolha e análise das opiniões, conhecimentos e perspetivas de diversos *stakeholders* envolvidos no programa de rastreio, com diferentes responsabilidades e papéis no processo, torna-se então fundamental para desenvolver e implementar futuras medidas para a otimização e eventual alargamento dos programas de rastreio oncológico.

Objetivos

No sentido de dar resposta a esta necessidade, o estudo teve como principais objetivos:

1. Identificar barreiras e facilitadores da implementação e otimização dos programas de rastreio;
2. Identificar barreiras e facilitadores da adesão ao rastreio organizado e explorar a opinião dos utentes acerca do funcionamento dos programas existentes.

Métodos

Realizou-se um estudo qualitativo, com recurso a entrevistas semiestruturadas, orientadas por um guião previamente elaborado (Apêndice I). As questões definidas foram adaptadas a cada situação, tendo em consideração o *background* do entrevistado, assim como a expectativa relativamente ao seu nível de informação acerca dos rastreios oncológicos. Pretendeu-se compreender as visões de cada entrevistado relativamente à implementação, funcionamento, organização e gestão dos rastreios oncológicos atualmente implementados em Portugal, assim como as suas perspetivas relativamente às barreiras e aos facilitadores da adesão aos rastreios.

Foram selecionados profissionais com responsabilidades no contexto da gestão/coordenação dos programas de rastreio implementados, profissionais de saúde, representantes de organizações não governamentais, representantes de associações de doentes e utentes elegíveis para os rastreios. Os participantes foram selecionados com base em informação pública ou através de indicação pelos membros da equipa de investigação em colaboração com o Programa Nacional para as Doenças Oncológicas e outros *stakeholders*. A seleção foi efetuada de modo a garantir a representação das diferentes regiões de Portugal continental, especialidades dos profissionais de saúde e, no caso particular dos utentes, a representatividade de diferentes contextos socioeconómicos. A inclusão destes grupos teve como propósito maximizar a diversidade de experiências e perspetivas.

Foram efetuados convites para participação no estudo através de contacto telefónico ou via e-mail. O agendamento da entrevista foi realizado após a aceitação do convite, em formato e horário definidos de acordo com a disponibilidade e preferência de cada participante.

As entrevistas foram realizadas por duas investigadoras com treino e experiência em investigação qualitativa, entre julho e dezembro de 2023, maioritariamente *online*, com recurso à plataforma Zoom, tendo sido realizadas ocasionalmente por chamada telefónica ou presencial, no grupo dos utentes. As entrevistas tiveram a duração média de 34 minutos. Em todas as entrevistas recorreu-se à gravação do áudio para fins de transcrição *verbatim*, eliminando a mesma imediatamente após a sua transcrição.

No momento do agendamento das entrevistas foi enviado aos participantes um documento informativo sobre o estudo, incluindo os seus objetivos e a necessidade de gravação da entrevista, bem como informações relativamente à proteção dos dados (Apêndice II). Esta informação era revista antes do início das entrevistas, juntamente com as investigadoras, sempre que necessário. Depois do entrevistado confirmar o

consentimento para a gravação em áudio e respetiva transcrição *verbatim*, iniciava-se a gravação, sendo solicitada a repetição do consentimento informado para registo. Todos os consentimentos orais foram armazenados, separadamente do conteúdo das entrevistas, numa pasta protegida por palavra-passe, com acesso restrito aos membros da equipa de investigação. A cada entrevista foi atribuído um código alfanumérico associado ao número sequencial da entrevista e do respetivo perfil de *stakeholder*, não havendo identificação da pessoa entrevistada ou de elementos que a pudessem identificar. Os códigos definidos foram GS (profissionais com responsabilidades no contexto da gestão/coordenação); PS (profissionais de saúde); RU (representantes de utentes ou de associações de utentes/não governamentais) e UT (utentes). A informação pseudonimizada será armazenada por um período de 10 anos após a conclusão do estudo.

O protocolo deste estudo teve parecer positivo do Encarregado de Proteção de Dados e da Comissão de Ética do Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (referência CE23247).

Análise dos resultados

Os processos de análise e recolha dos dados ocorreram em simultâneo, no sentido da identificação do ponto da saturação teórica, isto é, o momento a partir do qual novas entrevistas não acrescentam novos temas ou categorias (11).

O conteúdo das entrevistas foi analisado por duas investigadoras, de acordo com o protocolo de Braun & Clarke (12) e utilizando o software NVIVO® versão 14 para Windows. Recorreu-se à triangulação de modo a garantir a qualidade e rigor da análise. A criação da árvore de categorias foi realizada ao longo de todo este processo, por ambas as investigadoras envolvidas e tendo sempre em consideração as categorias originárias dos guiões da entrevista, mas também categorias emergentes do discurso dos participantes. Os grupos analíticos nos quais as categorias se organizaram foram: “Convite”; “Adesão”; “Implementação e funcionamento”; e “Grupos vulneráveis”. Os extratos mais significativos e ilustrativos das categorias foram selecionados em equipa, sendo apresentados nos resultados.

Resultados

Neste estudo participaram quatro profissionais com responsabilidades no contexto da gestão/coordenação da área da saúde, 22 profissionais de saúde, representando diferentes especialidades e níveis de prestação de cuidados, quatro representantes de utentes e 10 utentes das regiões norte, centro e sul de Portugal continental, como descrito na Tabela 2.

Tabela 2. Características dos participantes.

ID	Sexo	Região	Grupo de <i>stakeholder</i>
01PS	Masculino	Norte	Médico/Urologia
02PS	Feminino	Norte	Médica/Saúde Pública
03PS	Masculino	Norte	Médico/Patologia Clínica
04PS	Masculino	Centro	Médico/Oncologia
05PS	Feminino	LVT	Médica/Oncologia
06PS	Feminino	Norte	Médica/Patologia Clínica
07PS	Feminino	Norte	Médica/Oncologia
08PS	Feminino	Norte	Médica/ Medicina Interna
09PS	Feminino	Norte	Médica/Pneumologia
10PS	Feminino	LVT	Médica/ Medicina Geral e Familiar
11PS	Feminino	Norte*	Médica/Oncologia
12PS	Masculino	Norte	Médico/Patologia Clínica
13PS	Masculino	Norte	Médico/Saúde Pública
14PS	Masculino	Norte	Médico/Gastroenterologia
15PS	Feminino	LVT	Médica/Medicina Geral e Familiar
16PS	Masculino	LVT	Médico/Medicina Geral e Familiar
17PS	Masculino	Norte	Médico/Gastroenterologia
18PS	Feminino	Norte	Médica/Medicina Geral e Familiar
19PS	Feminino	Alentejo	Médica/Medicina Geral e Familiar
20UT	Feminino	Alentejo	Utente
21PS	Masculino	Centro	Médico/Medicina Geral e Familiar
22RU	Masculino	Norte	Representante de utentes
23PS	Feminino	Algarve	Médico/Medicina Geral e Familiar
24GS	Masculino	Centro	Gestor/coordenador
25GS	Feminino	Centro	Gestor/coordenador
26UT	Masculino	Norte	Utente
27PS	Feminino	LVT	Médica/Saúde Pública
28RU	Masculino	LVT	Representante de utentes
29UT	Feminino	Norte	Utente
30GS	Feminino	LVT	Gestor/coordenador
31RU	Feminino	LVT	Representante de utentes
32UT	Feminino	LVT	Utente
33UT	Feminino	Norte	Utente
34UT	Masculino	Norte	Utente
35UT	Feminino	Norte	Utente
36UT	Masculino	Alentejo	Utente
37RU	Masculino	Norte	Representante de utentes
38UT	Masculino	LVT	Utente
39GS	Masculino	LVT	Gestor/coordenador
40UT	Masculino	Norte	Utente

GS – profissionais com responsabilidades no contexto da gestão/coordenação; LVT – Lisboa e Vale do Tejo; PS – Profissional de Saúde; RU – Representante de utente; UT – Utente; * atualmente a exercer noutro país da União Europeia

A análise do conteúdo das entrevistas qualitativas permitiu a criação da árvore de categorias descrita na Tabela 3, que guiou a descrição dos resultados apresentados de seguida. Os resultados deste estudo focaram-se essencialmente nas visões e opiniões dos diferentes *stakeholders* em relação: ao **convite** efetuado aos utentes para participar nos programas de rastreio oncológico de base populacional, com destaque para o seu formato e conteúdo, assim como para sugestões de melhoria; às barreiras e aos facilitadores da **adesão** aos rastreios, com especial enfoque nas estratégias sugeridas pelos participantes para aumentar a participação da população; e a questões práticas da gestão e **implementação** dos diferentes rastreios, salientando os constrangimentos relacionados com o próprio sistema de saúde, com os utentes e com os recursos humanos e materiais, assim como algumas sugestões de melhoria à sua organização e funcionamento globais. Para além disso, descreveram-se algumas especificidades relativas à participação de pessoas em situações de vulnerabilidade nos rastreios implementados em Portugal.

Tabela 3. Árvore de categorias resultante da análise do conteúdo das entrevistas qualitativas.

Categoria	Subcategoria	Descrição
Convite	Conteúdo	Visões gerais sobre as convocatórias para os rastreios implementados, com foco na adequação ou inadequação do conteúdo e formato dos mesmos.
	Operacionalização	
	Formato	
	Sugestões de melhoria	
Adesão	Facilitadores da adesão aos rastreios	Perceções sobre a adesão da população aos rastreios, motivos de não comparência e estratégias para os colmatar.
	Barreiras à adesão aos rastreios	
	Grupos populacionais com maior potencial de adesão	
	Grupos populacionais com menor potencial de adesão	
	Estratégias para potenciar a adesão da população geral	
Implementação	Barreiras à implementação dos rastreios	Visões sobre o funcionamento dos rastreios populacionais implementados com a identificação de barreiras e facilitadores aos mesmos e sugestões de melhoria.
	Facilitadores do funcionamento dos rastreios	
	Questões práticas da gestão e funcionamento dos rastreios	
	Sugestões de melhoria da gestão e implementação dos rastreios	
Grupos vulneráveis	Definição	Definição de possíveis grupos vulneráveis, descrição do seu envolvimento nos rastreios e estratégias para potenciar a sua participação.
	Adesão aos rastreios	
	Estratégias para aumentar adesão aos rastreios	
	Especificidades da convocatória para estes grupos	

Convite para os rastreios oncológicos

Os entrevistados referiram ser essencial que o **conteúdo da convocatória** inclua informações sintéticas, pragmáticas, escritas em linguagem acessível (“*adequarmos a mensagem e adequarmos a forma como nós abordamos as pessoas à capacidade que têm de digerir informação e depois de participar*” (39GS)) e que tenham como finalidade sensibilizar para a importância da prevenção secundária, sugerindo também o recurso a imagens. Na sua opinião, o convite deve referir os potenciais benefícios do rastreio e o modo como este é realizado, para que os utentes possam adquirir uma visão clara de como funciona, sem fomentar receios injustificados, e incluir a proposta de agendamento, se aplicável. Foi sugerida também a “*utilização de uma linha de esclarecimento telefónica, por exemplo, ou de um canal por e-mail (...) para esclarecimento de possíveis dúvidas.*” (18PS)

“[o convite] Deve ter a importância da doença, qual as taxas de sobrevivência de uma doença que seja diagnosticada precocemente ou tardiamente e, portanto, qual o impacto que o rastreio terá para essa doença e para a pessoa, como ser individual. E depois explicar em que é que consiste o rastreio (...).” (37RU)

“É explicar que tipo de exame é que se faz. Às vezes (...) as pessoas não estão bem informadas, se será uma análise às fezes, o que é que será, como é que é o exame feito (...) Acho que isso é importante (...) porque às vezes as pessoas podem ter um bocadinho de receio “O que é que eu vou para lá fazer? Vão picar ou vão fazer o quê?” (32UT)

“Como em tudo na vida, eu acho que uma imagem vale mais que 1000 palavras (...) E, portanto, (...) coisas mais diagramáticas a tentar mostrar a relevância do rastreio e aquilo que pode ser encontrado e o que se pode poupar em termos de qualidade de vida, será muito mais interessante do que propriamente uma carta cheia de texto, letras muito pequeninas, que não motiva, de todo, ninguém a participar.” (03PS)

No que se refere ao **envio da convocatória**, verifica-se que existem diversas opiniões relativamente à opção que permitiria uma maior adesão. Enquanto alguns entrevistados consideram que a carta é um método que abrange toda a população, permitindo incluir população mais idosa e ter toda a informação em suporte físico, por outro lado, muitos entrevistados consideram que é um método que pode ter limitações, pelo facto de não chegar ao destino esperado ou por ser utilizado para outro tipo de ações, como publicidade e burlas. Neste sentido, muitos entrevistados sugerem “*potenciar, (...) acrescentar novas formas [de convite]*” (02PS), introduzindo alguma “*redundância na forma como as pessoas são convidadas*” (01PS), reforçando a

convocatória “através de um SMS ou de um e-mail que estivessem associados aos dados pessoais da pessoa no portal de saúde” (01PS).

“(...) por isso, a carta é o mais seguro, é sempre a forma mais segura e é a forma mais oficial e a forma que a pessoa se possa sentir mais comprometida também.” (28RU)

“(...) a carta nós ficamos com ela e temos ali um papel para olhar e para perceber, dá as horas e essas coisas todas. (...) Se for pelo telefone, se não tivermos hipótese de apontar quando nos dizem, depois se não for logo, passados uns dias, as pessoas podem-se esquecer.” (20UT)

“(...) olhe, eu com estes telemóveis novos, mesmo com mensagens, eu não me entendo muito bem. Eu aceito que seja por carta, porque mesmo para quem não souber ler, pede a outra pessoa e a pessoa explica, e se for por telemóvel, já é mais confuso para quem não souber ler.” (33UT)

“(...) estou certa que muitas cartas chegam ao sítio errado ou o doente não vê ou perdem-se no caminho. Portanto, apesar de ser importante para uma franja da população que esteja menos informatizada, pronto, acho que pode não ser a forma mais eficaz. Eu diria que, sobretudo na população mais jovem, e nós daqui a poucos anos deixamos de ter estas dificuldades com as pessoas que precisam mais da carta escrita, o e-mail provavelmente seria uma boa estratégia.” (08PS)

“Eu acho que os meios informáticos e SMSs ou e-mails funcionam hoje em dia melhor do que uma carta. Uma carta, nós estamos fartos da caixa do correio de “audições ativas” [publicidade a aparelhos auditivos] e “medicares” [publicidade a planos de saúde], essas barafundas que para aí andam que eu, respondo por mim, só vejo de quem vem, diretamente para o caixote do lixo, portanto, não devem funcionar tão bem, não chegam tão bem às pessoas do que um SMS, um email, WhatsApp, por aí.” (36UT)

“(...) as pessoas recebem cartas de muitos tipos de rastreios e há sempre a dúvida se isto é um rastreio promovido pelo Serviço Nacional de Saúde, se é mais uma burla.” (30GS)

“Eu acho que devia ser por telemóvel. Falar diretamente com as pessoas. (...) É porque, por carta, uma grande parte dos mais velhos [da comunidade cigana] são analfabetos.” (34UT)

Ainda relativamente ao envio, foi referida a **centralização da convocatória** como um procedimento que apresenta vantagens e desvantagens. Como vantagens os participantes referem, por exemplo, a garantia da uniformização do procedimento, sendo menos suscetível a erros; pelo contrário, como desvantagens, é mencionado o facto de este tipo de convite estar associado a um elevado número de faltas por parte dos utentes, o que exige uma estrutura que permita um seguimento adequado.

Apesar desta falta de consenso entre os participantes, em alguns casos, os utentes confirmaram que o convite centralizado funciona bem e que a mensagem relativa ao reagendamento da consulta é perceptível.

“Por outro lado, os rastreios tipo automáticos de convite por carta ou por mensagem em princípio garante uma coisa centralizada, não dependente da pessoa que envia (...)” (09PS)

“(...) nós quando fazemos convites massificados, percebemos que temos que ter uma estrutura de apoio, de retaguarda, que permita às pessoas o reagendamento, a remarcação e o apoio ao esclarecimento de dúvidas e também, quando temos convites massificados, temos maior número de faltas e temos que ter estrutura para depois lidar com estas faltas, nomeadamente para fazer re-convocatórias.” (39GS)

“Sim, a carta do convite [para o rastreio do cancro da mama] que dizia “caso não possa nesta hora neste dia, por favor diga”. (...) Dizia o que iam fazer e que era o rastreio e que tinha dia e hora e pronto. Se não pudessem ir, então para marcar outro dia para dizer logo outro dia e outra hora para ligar, tinham o número de telefone, tinham e-mail, tinham tudo por isso tudo bem. Dava perfeitamente para entender e estava bem explícito”. (35UT)

Fatores relacionados com a adesão aos rastreios

Relativamente à adesão, a **perceção de um baixo risco** das doenças que são alvo de rastreio, por serem consideradas pouco frequentes ou pela perceção de uma baixa exposição individual a fatores de risco, é especificamente indicada como um fator que concorre para uma **baixa adesão**, juntamente com a **desvalorização dos rastreios** por desconhecimento sobre os seus potenciais benefícios, em particular porque as atividades de rastreio têm indivíduos saudáveis e/ou assintomáticos como alvo.

“(...) então aí [idade mais avançada] não vão mesmo a nenhum rastreio, a nenhum ginecologista, porque ou deixam de ter os companheiros, ou deixam de ter relações sexuais ou têm, mas como já não engravidam, já não interessam, porque parece que há uma associação entre o ginecologista e a obstetrícia.” (31RU)

“Muitas vezes porque não valorizam a questão da doença. Ter cancro do cólon ou cancro da mama acaba por ser uma coisa muito abstrata e que apenas acontece aos outros. E, portanto, isso faz, logo à partida, minorizar o problema.” (37RU)

“(...) é não se preocuparem com a vida delas próprias ou deles próprios, e com aquilo que podem passar (...) Porque se nós formos tratadas, as coisas correm de uma forma diferente. Eu sei que às vezes há pessoas que não vale a pena, (...) mas (...) a maior parte dos cancros são curáveis, entre aspas (...) Porque temos sempre essa espada em cima da cabeça. Mas penso que é o facto de as pessoas não se preocuparem com elas próprias, essencialmente.” (20UT)

“(...) e se não perceberem verdadeiramente qual é o benefício do rastreio... sentem-se bem, não têm nenhuma queixa, nenhum sintoma, acabam por não aparecer.” (01PS)

“A falta de literacia... a pessoa se não está doente, não sente necessidade.” (30GS)

De uma forma geral, os participantes identificaram como motivos para a **não adesão ao rastreio: a incompatibilidade de horários e a dificuldade no reagendamento** do rastreio, por falta de flexibilidade do SNS; a **dificuldade de deslocação** aos centros de saúde; assim como o **esquecimento dos agendamentos** pelos próprios utentes. Adicionalmente, são mencionados aspetos anteriormente referidos relacionados com o conteúdo e envio da convocatória.

“Primeiro, não receber a convocatória. Segundo, não achar (...) que aquele rastreio lhe traz um benefício em termos de outcomes, de resultados. Terceiro, ter medo do resultado. Ter falta de tempo, ter que se deslocar distâncias muito grandes (...)” (09PS)

“(...) o SNS tem uma dificuldade que (...) é a ausência de plasticidade (...) Mesmo que as convocatórias cheguem e que o doente queira fazer o rastreio, quando são doentes que são profissionalmente ativos é muito difícil conseguirem agendar, ou seja, ou têm que faltar ao trabalho ou é muito difícil conseguirem fazer os exames (...)” (08PS)

“Às vezes não podemos estar a faltar ao trabalho e acaba por, é hoje e é amanhã... E saltam um ano ou outro. Também é um bocadinho por aí. Às vezes distraímos-nos com as datas das coisas também. Não andamos sempre a ver os exames, nem as coisas e depois às vezes já passou um ano, ou dois ou três (...)” (32UT)

“Desde questões económicas, desde que esqueceu o outro agendamento, agora esquece também. Pessoas que esquecem os agendamentos têm mais propensão a esquecer todos os agendamentos. Questões económicas porque ir ao centro de saúde custa muito dinheiro.” (02PS)

Os entrevistados apontam também como fatores que podem afetar negativamente a adesão aos rastreios questões relacionadas com **más experiências anteriores**, do próprio utente ou de pares, **receios relativos ao teste de rastreio**, nomeadamente no que concerne a potenciais riscos ou desconforto e/ou dor associados ao exame, **preconceitos** na comunidade sobre o tipo de teste, as condições em que é efetuado, como por exemplo o sexo do profissional que realiza o exame, a relação de confiança com o profissional de saúde que realiza o exame e o **medo de descobrir a doença**.

“Questões relacionadas com vergonha em relação ao meu corpo. (...) As dúvidas e a fama dos exames que são realizados. Também más experiências anteriores dolorosas, experiências de amigas que tenham feito, isso também tem importância e mais até em meios mais pequenos do que em meios maiores. (...) Depois existe também uma barreira (...) é a vergonha de dizer que vêm fazer (...) o exame do papanicolaou.” (02PS)

“Depois, muitas vezes, o próprio rastreio ser algo incómodo para a pessoa, seja porque no caso do cancro do cólon se tem que colher fezes, não é propriamente agradável.” (37RU)

“Ou também deve haver aí um outro componente, que é a questão de não quererem a mamografia, não quererem fazer radiação e, na citologia cérvico-vaginal, porque é desconfortável.” (08PS)

“Às vezes há um tema que gera um bocadinho de discussão que tem a ver, no caso do rastreio cérvico-vaginal, a questão “quem é que vai fazer o rastreio?” Ou seja, se é um profissional, homem... mulher? Isto às vezes, especialmente em algumas minorias.... Estou-me a recordar quando nós tivemos uma população migrante (...) síria, que houve até formações específicas para os colegas dos cuidados de saúde primários... E uma das coisas era, por questões religiosas, serem médicas.” (01PS)

“Porque eu se tiver as análises, posso ir a qualquer médico ou até a uma pessoa amiga que me possa ver as análises e dizer “a senhora deve ir a este médico ou aquele deve fazer isto, deve fazer assim”. E depois nós vamos a outro médico e vamos a um médico em que temos confiança. Porque neste momento não posso dizer que tenho confiança na minha médica de família. Não tenho. Não é por ser nova. Porque a minha médica de família já me acompanhava há mais de 30 anos e gerou-se uma empatia muito grande.” (35UT)

“(...) temos sempre algumas pessoas que metem um bocadinho a cabeça na areia e têm um bocadinho de receio de, enfim, do que possa acontecer, do que possa ser o resultado e mesmo com alguma literacia, não aderem.” (12PS)

Por outro lado, a **história familiar de cancro** é referida como um fator que pode sensibilizar para o risco de cancro e influenciar a adesão, positiva ou negativamente.

“Aliás, tenho vários familiares que faleceram com cancro, portanto, achei por bem fazer [o rastreio].” (20UT)

“Olhe, com medo da colonoscopia [não faz o rastreio]. Ele [marido diagnosticado com cancro] já fez, pronto, e é por isso. (...) Só por esse motivo.” (33UT)

“E depois acho que também tem muito a ver [a adesão] (...) com se existem ou não familiares que têm a doença, amigos que têm a doença e que detetaram também através de formas de rastreio... Portanto da experiência que eles tiveram em rastreios de pares ou deles próprios.” (09PS)

“Agora, às vezes, uma experiência pessoal com um amigo, um familiar, etc. que torna as pessoas mais atentas. Não quer dizer necessariamente mais participativas (...).” (12PS)

Referem também que utentes com **seguimento no setor privado** da saúde poderão optar por rastreio oportunístico, não aderindo aos rastreios organizados. No grupo dos utentes, este fator foi mencionado como estando relacionado com a repetição mais frequente de exames, em particular, relativamente à frequência anual da citologia cérvico-vaginal para a deteção de cancro do colo do útero, que é considerada pelas utentes como sendo a frequência correta de vigilância.

“(...) há muita gente que faz colonoscopias de rotina (...) Pronto, essas doentes veem uma carta para fazer um rastreio e à partida não vão fazer, acho eu.” (14PS)

“As mulheres não vêm à nossa consulta porque vão ao ginecologista e preferem ir ao ginecologista [no setor privado da saúde] (...).” (16PS)

“(...) no caso da mama, têm sido seguidos pelo seu ginecologista e têm conforto no sítio onde fazem a sua mamografia com o médico radiologista que faz a sua mamografia e eventualmente eco; já há relação de anos, portanto, não aderem por isso e, da mesma forma, do rastreio do colo do útero.” (23PS)

“(...) eu ia à minha ginecologista [no setor privado da saúde] todos os anos (...) e aquilo que eu noto é que as pessoas, falava com várias colegas e eu dizia assim: “mas tu não fazes papanicolaou?” “Ai não, que horror. Não faço para aí há 20 anos”. “Tu não podes fazer isso. Tens que ir fazer anualmente.” (29UT)

Os entrevistados identificaram vários **grupos populacionais com menor potencial de adesão**, definidos com base na idade, nível socioeconómico ou literacia, assim como populações flutuantes, migrantes e minorias étnicas.

“(...) o cancro do colo do útero, portanto, nós estamos a falar de idades mais precoces (...) e muitas vezes motivar estas jovens para irem ao centro de saúde, de facto, para fazerem a sua citologia, se calhar torna-se um bocadinho mais difícil.” (04PS)

“(...) têm tendencialmente taxas de adesão mais baixas (...) e as das faixas etárias dos extremos quando inicia e quando termina (...). Eu acho que é preciso ter um olhar mais cuidado nos extremos etários.” (02PS)

“(...) eu acho que são os pobres os que aderem menos aos rastreios. Pronto, a baixa educação, o baixo rendimento, as questões que têm a ver com os determinantes sociais.” (10PS)

“Depende, por um lado, da literacia, portanto, da escolaridade, literacia em saúde, do estado, do status económico-social, portanto, uma pessoa que não tem tempo de, portanto, trabalha muito e não tem, trabalha dois trabalhos, não consegue ter a mesma perceção do que tem de fazer para manter a sua saúde e participar nestes rastreios e vê isto como facultativo e menor.” (05PS)

“Quanto menos literacia, menor é a adesão, sendo que a literacia em saúde é uma coisa transversal a múltiplos estratos sociais. Portanto, não podemos dizer que as pessoas mais pobres aderem menos que as pessoas mais ricas. Não tem nada a ver com estrato social, pelo contrário, por vezes as pessoas mais pobres, com o medo que têm das doenças, acabam por aderir mais que as pessoas ricas, portanto, tem muito mais a ver com a literacia do que propriamente estrato social.” (37RU)

“Há sempre um problema que não sei como é que se vai resolver, que são estas populações flutuantes. E que nós não sabemos quem é, mas não sabe nem a saúde pública, nem nós (...) São os tais com inscrição esporádica.” (10PS)

“Mas sabemos pela literatura que isso segue um gradiente socioeconómico, portanto, populações mais desfavorecidas, populações imigrantes, minorias étnicas, a adesão é menor porque há um maior desconhecimento e desconfiança do sistema (...)” (16PS)

Em relação especificamente às populações migrantes, os entrevistados referiram a falta de **número de utente definitivo** como barreira principal no acesso aos programas de rastreio, indicando também a dificuldade em **navegar o sistema**, principalmente devido a **barreiras linguísticas**, e a influência do sistema de saúde do **país de origem** na procura de cuidados médicos e, especificamente, dos rastreios.

“E, por exemplo, temos muitas pessoas imigrantes com residência irregular que, como não têm número de utente definitivo, é impossível incluí-las no rastreio” (10PS)

“E agora estamos a ver muitos migrantes (...) pessoas que nós percebemos que estão cá há semanas ou há poucos meses e não falam a língua ou não entendem o funcionamento do sistema de saúde. (...) Logo ali [setor administrativo] deparam-se com as barreiras administrativas, as barreiras linguísticas. (...) Muitas dessas pessoas vêm de países onde se calhar os rastreios estão pouco ou nada implementados, não sabem o que é um rastreio. (...) Mas isto em geral tem a ver com a forma como o sistema está preparado para atendimento a estas populações.” (16PS)

“Há estrangeiros que os países têm um sistema de saúde tão débil [Cabo Verde, Angola, Guiné-Bissau] que não têm literacia da saúde como outras populações. Então, quanto mais débil é o sistema de saúde no país de origem, menos vão procurar então cuidados primários de saúde ou a deteção precoce de doenças.” (28RU)

Pelo contrário, foi possível identificar **grupos populacionais com maior potencial de adesão**, como é o caso das mulheres, por tenderem a utilizar os cuidados de saúde mais frequentemente, e em particular pela sua elegibilidade para os três rastreios de cancro e, especificamente, mulheres migrantes com maior predisposição para o rastreio devido a normas sociais associadas ao seu país de origem.

“As mulheres também são mais conscienciosas e acho que procuram também mais os cuidados médicos. É um cancro [cancro da mama] que se pode dizer, neste momento, é o mais, não queria utilizar a palavra normalizado, mas é o mais habitual de se ouvir falar e das pessoas abordarem. (...) Pronto, o colo do útero também vou para o mesmo do cancro da mama. (...)” (28RU)

“(...) o cancro da mama e do colo do útero ter iniciado primeiro, podem as mulheres também estar mais predispostas a participar em rastreios para além do anteriormente sugerido. (...) Quando uma mulher chega aos 50 anos, já fez outros dois rastreios, em média, certo?” (17PS)

“(...) nós temos 10% da nossa população é imigrante e, destes, a maioria são brasileiros e os brasileiros têm o preventivo muito instituído, são as próprias mulheres que vêm pedir para fazer o rastreio do cancro do colo do útero.” (10PS)

Os entrevistados identificaram várias **estratégias para melhorar a adesão aos rastreios**, entre elas, aumentar a **flexibilidade de horários** para a sua realização, uma vez que *“para a população ativa o horário pós-laboral poderia ser um facilitador da adesão” (01PS)*, **agrupar os agendamentos para os rastreios** para os quais os utentes são elegíveis e **aproximar os rastreios da população**, por exemplo através da disponibilização de transporte adequado, de unidades móveis, como acontece no rastreio do cancro da mama, ou do envolvimento de equipas comunitárias de saúde.

“Portanto, para melhorar ou até para criar condições para que pessoas sem médico de família pudessem ter o rastreio, podiam ser criadas equipas que fizessem este rastreio, por exemplo, em horário extraordinário.” (23PS)

“Juntá-los [os rastreios], por exemplo, ou seja, no mesmo momento fazer-se logo o pacote rastreio, de todos os rastreios em que aquela pessoa se integra.” (09PS)

“Se houvesse uma possibilidade no centro de saúde de pagar o transporte, por exemplo, para as pessoas se deslocarem a fazer os exames. (...) No caso da pesquisa do sangue oculto nas fezes poderem [os profissionais de saúde] ir recolher a casa e não ser o utente a levar ao centro de saúde.” (07PS)

“Tornar os rastreios mais próximos das pessoas, ou seja, ir às empresas e fazer nos vários postos de trabalho, aquele é o dia do rastreio, digamos assim, e todos os trabalhadores durante o horário de trabalho irem (...)” (09PS)

“(...) uma coisa que se conseguiu com a mama foram as unidades móveis (...) Em que eles vão a cada vila e aldeia fazer e, portanto, levam o rastreio às pessoas. Isso no colo do útero também é possível fazer ou então nos próprios centros de saúde e é importante que isso seja dado, esse acesso, às senhoras (...) mesmo que não tenham médico de família, possam na mesma fazer o rastreio nas suas unidades de saúde familiares ou UCSP (...) No colorretal, se calhar financiar o transporte para realizar os exames.” (11PS)

“Tem de ter unidades móveis e de povoação em povoação já levava as listagens de pessoas elegíveis e fazia campanha e convocava as pessoas para irem naquele dia à unidade móvel da localidade.” (30GS)

“Eu creio que, na minha maneira de ser, que deveriam de andar alguns assistentes, mesmo do centro de saúde e aqui pelo meio e ir às comunidades e, mesmo esses pobres que andam aí pela rua, e terem um bocadinho de palavra e fazer-lhes convencer (...) explicar” (33UT)

Um dos facilitadores referidos pelos profissionais de saúde como potenciador da adesão ao RCCR, embora não consensual, é a **auto-colheita**, permitindo simultaneamente um maior envolvimento do doente e uma menor carga de trabalho para os profissionais de saúde.

Seguindo o exemplo desse rastreio, alguns profissionais de saúde referiram a auto-colheita como uma medida **específica para o aumento da adesão ao RCCU**. No entanto, referem que *“as consultas de planeamento familiar devem continuar” (02PS)*, para garantir que as mulheres que façam a auto-colheita não percam *“a oportunidade de ir ao médico e ter um momento de contacto com o médico” (02PS)*.

“Talvez as barreiras [do rastreio do cancro do cólon e reto] sejam o facto de envolver mais o doente, (...) no sentido de, mais do que com os outros rastreios, o próprio doente tem um papel na colheita de amostra, (...) no colorretal, a participação do doente é mais ativa, porque além de vir, além de estar interessado, (...) ele próprio tem que fazer uma colheita e ele próprio tem que entregar a amostra (...) e, portanto, não é simpático, digamos assim. (...) É muito mais envolvente para o doente.” (21PS)

“Outro aspeto positivo daqui do rastreio do cancro do colo do útero que eu me esqueci é porque nós integrámos uma equipa para testar um kit de autoteste como do cólon e já há zonas onde não há médicos de família (..) que já estão a usar estes kits de auto-colheita para o rastreio do cancro do colo do útero, para as mulheres sem médico de família (...) E aqui o do cólon também tem a vantagem de ser auto-colheita. Acho que são os dois aspetos mais positivos, tanto do colo [do útero] (...) como do colorretal (...), são a possibilidade da auto-colheita.” (10PS)

“(...) é o único dos três rastreios [rastreio do cancro do colo do útero] que obriga a que o médico ou um profissional de saúde tenha uma intervenção direta e isso pode atrasar um bocadinho o processo. (...) eu sei que é possível fazer a auto-amostragem e por isso acho que essa seria uma vantagem mesmo para as mulheres que são não respondedoras, portanto, as mulheres que, por diversas razões, não aderem ao rastreio (...) a auto-amostragem iria permitir ultrapassar todas as questões de tempo, as questões de desconforto e as questões dolorosas em relação à citologia convencional (...) permite à mulher mais liberdade, mais comodidade (...).” (02PS)

Os participantes mencionaram a importância da **educação para a saúde**, no sentido de *“os rastreios (...) não [serem] propriamente o tratamento da doença” (22RU)*, através de ações e campanhas dirigidas a toda a população ou a grupos populacionais específicos, como por exemplo as crianças e jovens, utentes mais velhos ou populações com maior risco de doença, através de campanhas de *marketing*, divulgação de testemunhos de figuras públicas ou discussão do tema em programas televisivos e noutros meios de comunicação social, reforçando o carácter gratuito dos rastreios.

“(...) ir às escolas, promover pelo menos a ideia de que algures no tempo é importante estar alerta para estes problemas. Acho que a educação pode começar muito antes, começar cedo. E, portanto, as escolas é também uma boa forma de aposta para as pessoas estarem sensibilizadas.” (06PS)

“Temos que aumentar a literacia em saúde, quer do ensino secundário, a meu ver, que apanha ali a população a partir dos 15 anos, quer a nível depois também das faculdades seniores, que hoje em dia existem e que apanha as mulheres a partir dos 65 anos.” (31RU)

“(...) é muito importante nós fazermos também aqui uma caracterização demográfica da população e perceber também que nós temos, de norte a sul do país, áreas que são mais endémicas, ou seja, em que há maior predisposição para determinado tipo de tumores. E, portanto, se calhar com esta avaliação fazer ações de sensibilização também mais dirigidas e fazerem entender que esta população tem um risco (...)” (04PS)

“(...) tentar ter outdoors pelas cidades a promover o rastreio, mas não com muito texto, que sejam apelativas. Se calhar agora no verão, nas praias, igual. Nos centros comerciais. Socorrendo um bocadinho às técnicas do marketing (...)” (03PS)

“(...) se calhar fazer um marketing, entre aspas, porque isto não estamos a, não se está a vender nada, chamar, fazer uma chamada de atenção em termos de televisão, em termos de, sei lá, olhe, não sei, com imagens. Ou alguém, ou um programa em que se falasse uma vez mais, porque falar nunca é demais, sobre este problema de saúde.” (20UT)

“Depois, acho que também deveríamos investir mais em campanhas, quer na televisão quer nas redes sociais, que hoje são muito importantes. Por outro lado, acho que outra forma (...) se calhar bastante interessante de estimular a população para os rastreios seria ter figuras públicas a promover estas campanhas de rastreio. (...) se tivermos algumas figuras públicas a promover este tipo de rastreios, isso também vai ajudar a população a ficar mais motivada para realizar os rastreios.” (03PS)

“(...) Se calhar em termos de telejornais, também devia noticiar mais campanhas de rastreio (...)” (03PS)

“Acho que também se calhar, falta educação para a saúde. Se calhar, as pessoas também não têm noção de para que é que serve o rastreio e qual é a importância especialmente destes três rastreios que são os únicos que são como a base populacional. E, portanto, se calhar também informar melhor qual a razão e explicar que é grátis. (...)” (19PS)

Ainda sobre a educação, foi indicada a **formação contínua de profissionais** para o esclarecimento relativo aos testes de rastreio e para poderem capacitar os utentes.

“(...) em relação ao cancro do cólon e reto, eu acho que fundamentalmente deve ser feito um investimento para explicar melhor o método para que as pessoas não tenham dúvidas e para que as amostras sejam exatamente ou corretamente colhidas, ou seja, um investimento seria sempre na capacitação dos profissionais para corretamente levar a que as pessoas aumentem a sua adesão aos rastreios.” (02PS)

“Por outro lado, também será importante treinar bem os profissionais de saúde, para que tornem a experiência de rastreio agradável para o utente e não uma experiência traumática. Naturalmente se a experiência for traumática utente não vai querer voltar.” (03PS)

Por último, reconheceram, também a relevância da **colaboração** e de **parcerias com associações e organizações não governamentais** na educação para a saúde, na articulação com os utentes, particularmente com aqueles que vivem em situações de vulnerabilidade, e na aproximação dos rastreios à população.

“Acho que outro tipo de associações, mais relacionadas, por exemplo, com determinado tipo de minorias étnicas, pessoas que têm maior dificuldade de acesso aos cuidados de saúde (...) se se tiver a capacidade de falar com as associações, às quais eles estão muito ligados, (...) para esta questão dos rastreios, serem eles também a dinamizar, a publicitar e até é, no fundo, a ser um facilitador do acesso das pessoas ao rastreio (...)” (01PS)

“(...) pessoas que estão normalmente à margem da sociedade (...), pessoas que (...) não vão muitas vezes ao centro de saúde. Essas organizações têm um papel muito importante. Toxicodependentes, pessoas que, pronto, que têm esses nichos e que têm associações que os apoiam para isso. Para isso, é fundamental a ajuda nesses casos (...) se houver uma parceria com essas instituições, nós conseguimos manter na mesma o seguimento, mas o convite não é feito via sistema nacional de saúde, mas por essas associações.” (02PS)

“Imagine, uma associação de diabéticos, por exemplo (...) Íamos colaborar com eles, fazer lá a formação às pessoas para eles convocarem os utentes. (...) E depois eles convocavam os utentes e ia lá, por exemplo, o profissional de saúde (...), ou seja, concentravam o maior número de pessoas e iria um profissional. Portanto, acho que bem, tal como nas juntas de freguesia (...), os bombeiros (...).” (30GS)

Para além disso, foi ainda evidenciada pelos profissionais de saúde a importância de respeitar a decisão individual, informada e consciente, de não adesão aos rastreios.

“(...) garantindo obviamente, a liberdade da não escolha, mas ter a certeza que o doente não escolheu porque não soube, porque não compreende, porque o que quer que seja, que foi uma decisão consciente.” (09PS)

Implementação: funcionamento geral dos rastreios

No que se refere à atual implementação dos rastreios populacionais, os entrevistados identificaram, numa primeira instância, **assimetrias a nível nacional**, referindo que a adequação do funcionamento de alguns rastreios difere entre zonas do país, não existindo uniformidade de procedimentos.

“(...) a forma como as pessoas interagem com o sistema está muito dependente do local onde estão (...)” (39GS)

“Acho que se devia fazer um esforço para que seja disseminado [os rastreios] de forma homogénea pelo território nacional, portanto, não haver estas diferenças que existem atualmente. Não existirem estas poças de deserto médico, em que não existe qualquer acesso ao rastreio.” (11PS)

“(...) parece-me que há uma grande variabilidade de intervenção entre as diferentes ARS, o que logo a priori em termos de organização e (...) garantia de qualidade, digamos assim, em termos de procedimento e de conseguir resultados equiparáveis e também até equidade nesse aspeto.” (13PS)

“(...) a última vez que eu olhei para o [rastreamento do cancro] colorretal havia iniquidades importantes a nível do território nacional, com uma cobertura muito mais importante no norte de Portugal, face ao centro ou ao sul. A mesma coisa no cancro do colo do útero, em que havia discrepâncias também importantes no uptake e no seguimento dos doentes com cancro (...)” (11PS)

“Em termos de cancro de mama, aí está a grande assimetria norte-sul, em que no norte e no centro as doentes eram chamadas sistematicamente através de carrinhas da Liga Portuguesa, das carrinhas de rastreio. Em Lisboa isso não estava bem implementado até há bem pouco tempo, ou seja, não havia uma chamada sistematizada das pessoas para virem fazer o exame, a mamografia. E não havia uma boa cobertura a nível de Lisboa.” (05PS)

A heterogeneidade referida anteriormente está patente nos relatos de rastreio implementado de forma oportunística, nomeadamente em relação ao RCCR e ao RCCU, em contraste com o convite de forma sistemática, preconizado pelos programas de rastreio.

“(...) o rastreio do cancro colorretal aqui que nós temos, é um rastreio oportunista, portanto as pessoas são chamadas se o médico de família identificar que é oportunista chamar, mas não há um rastreio organizado.” (19PS)

“Na minha unidade é oportunístico [o rastreio do cancro do cólon e reto] (...) Quer dizer, é, temos os kits, cedemos os kits, mas aqui apanhamos as pessoas oportunisticamente. Ou seja, a pessoa vem à consulta. Não estamos a convocar as pessoas, digamos, individualmente, não pegamos numa lista e ligamos às pessoas todas. Aqui apanhamos as pessoas na consulta e encaminhamos para o rastreio, portanto, depois vão inscrever-se no secretariado, para depois serem convocadas e receberem os kits.” (16PS)

“Em relação ao colo, também (...) é muito oportunístico. As senhoras, e são mais jovens, vêm a consulta de planeamento familiar, vêm a outra consulta qualquer e nós vemos que é necessário e são convidadas na altura. (21PS)

Os entrevistados identificam também diferentes níveis de sucesso do funcionamento dos programas de rastreio. De uma forma geral, o rastreio do cancro da mama é mais frequentemente mencionado como aquele que **funciona mais adequadamente**, refletindo uma imagem de melhor organização, nomeadamente pelo convite sistemático a toda a população elegível, bem como o recurso a unidades móveis que facilitam a aproximação à população. De igual modo, os entrevistados mencionaram que poderá ser um cancro para o qual a população poderá estar mais sensibilizada, nomeadamente pelo envolvimento da Liga Portuguesa Contra o Cancro.

“(...) eu acho que o rastreio da mama funciona muito bem, está praticamente em autogestão, ou seja, já é uma máquina que está muito bem oleada e toda a gente já ouviu falar e mesmo as mulheres já estão mais ou menos com a ideia de quando é que vão ser chamadas e, se não são chamadas, procuram essa informação.” (02PS)

“Acho que (...) existe uma perceção social que o [rastreio] da mama acaba por funcionar melhor, mas provavelmente por (...) ouvirmos mais falar dele e por haver campanhas e a Liga Portuguesa Contra o Cancro também ser muito mais conhecida, diria assim, (...) haver um constructo social de muito maior apoio à componente da mama do que às outras partes ou órgãos, e por isso é que, como ouvimos muito mais e temos uma maior sensibilidade para isso, então acaba por haver uma perceção de que, porventura, esteja a funcionar melhor. (...) há também aqui um nível bastante díspar de consciencialização e envolvimento [da população] (...)” (13PS)

Pelo contrário, os entrevistados consideram que o RCCR funciona de forma menos adequada, por ser “mais envolvente pelo número (...) muitíssimo elevado de pessoas [elegíveis]” (21PS), pelo pudor associado ao teste de rastreio e pela possibilidade de realização de colonoscopia, que os utentes associam a dor. Em alguns locais, tem sido realizado o agendamento do RCCR pessoalmente, no contacto com as

equipas de família, que utilizam esta oportunidade para esclarecer e agendar de acordo com a preferência dos utentes.

“A nível geral, pelo que eu sei, do cólon funciona mal. É a ideia que eu tenho. Quer por parte da população, quer por parte das entidades de saúde, porque acima dos 50 anos é até obrigatório que as pessoas sejam encaminhadas (...) Mas não está a funcionar, não está a funcionar e estamos com sub-diagnósticos.” (28RU)

“(...) porque intestino é uma recusa do corpo, que não é muito bonito nós estarmos a falar, e é um défice que esta doença tem.” (22RU)

“Depois porque também muitas vezes, quando o exame depois pode gerar a colonoscopia. Se eles tiverem o rastreio das fezes positivo e depois se fizerem colonoscopia. É um exame invasivo. Normalmente as pessoas associam a um exame doloroso... Numa região do corpo que também normalmente não gostam (...) Porque é na parte anal e, portanto, têm mais pudor.” (09PS)

“No rastreio do cancro do colo do útero e do cólon e reto (...) isto está entregue às equipas de família, portanto, são as equipas de família que devem convocar os seus utentes, sabem quem é que eles são e devem, no fundo, ir, mais do que convocar, é agendar com o utente uma data que seja propício para a realização do rastreio (...) isto tem resultados completamente diferentes (...) Quando fazemos convites personalizados, nós conseguimos adequar os agendamentos à preferência dos utentes e aí conseguimos otimizar o nosso tempo (...) se isto estiver oleado na equipa de família, em que o próprio profissional, ao fazer uma consulta, está logo com o utente a criar um compromisso e o agendamento futuro, também estamos ali a criar uma vinculação em que a pessoa fica com algo combinado com o seu médico ou enfermeiro, em que tem depois dificuldade em não participar ou em falhar.” (39GS)

Os profissionais de saúde demonstraram também preocupação com a capacidade de resposta dos programas de rastreio, nomeadamente em relação ao **tempo de espera** entre as suas diversas fases.

“Uma outra barreira, nisto é muito mau, os profissionais depois ficam desmotivados (...) os hospitais que têm parceria connosco, por isso, aqueles que foram os hospitais programa, não cumprem o tempo de resposta média garantida, ou seja, nós dizemos “Olhe, o senhor no prazo de 30 dias vai ser chamado a fazer uma colonoscopia”, isso é mentira. (...) Chegámos a estar com atrasos de quase 6 meses. (...) Querem manter isto [rastrear a funcionar], têm que garantir a resposta.” (30GS)

Inerente a este tópico, foi referido o imperativo ético de **garantir o bom funcionamento dos programas de rastreio** e de dar **respostas atempadas** a

populações que não apresentam sinais ou sintomas de doença e que são convidadas a participar.

“O resto [dos tratamentos e cuidados prestados à população] também às vezes não é tratado de forma célere, mas quando estamos a falar de um programa de rastreio, ele tem que estar bem oleado. Não vamos levantar problemas a pessoas saudáveis quando depois não temos maneira de lhes dar solução.”
(18PS)

Os entrevistados enumeraram um conjunto de **barreiras** à organização e implementação do rastreio organizado, inerentes ao funcionamento do SNS ou relacionadas com os próprios utentes, permitindo compreender as diferenças anteriormente descritas em relação aos programas de rastreio existentes. A **falta de acesso aos cuidados de saúde** é considerada uma das principais barreiras, seja pela distância entre o local de residência e as instituições de saúde, ou por falta de acesso a um médico de família, sendo que particularmente o RCCU está em grande medida *“dependente da convocatória pelos médicos de família”* **(23PS)**, e *“como temos quase um milhão de doentes sem médico, esta população que provavelmente será a população de maior risco, está fora do rastreio”* **(10PS)**.

“(…), por exemplo, (...) tenho pessoas que vivem quase a 30 km do centro de saúde.” **(30GS)**

“(…) eu acho que uma importante barreira é o facto de uma pequena franja da população ainda não ter um seguimento assíduo por parte do médico de família. E, portanto, isso leva a que algumas pessoas possivelmente estejam, no fundo, não abrangidas por uma série de requerimentos que existem ao nível do centro de saúde destes programas de rastreio (...)” **(03PS)**

Paralelamente a estas barreiras, os profissionais de saúde identificam dificuldades **associadas à sua atividade profissional no âmbito dos programas**, pela exigente carga de trabalho, e que poderá levar a que a convocatória para os rastreios nem sempre seja realizada de forma sistemática, mas sim oportunisticamente.

“A saturação dos profissionais e (...) estarem muito ocupados (...) isto ser mais uma coisa. Porque à medida que introduzem os rastreios organizados e mais plataformas (...) isto vai-nos consumindo mais, isto vai competindo pelo nosso tempo (...)” **(16PS)**

“Depois também há barreiras na própria agenda dos médicos de família. Há marcação de exames em que há diversas faltas (...) Porque trata-se de uma atividade [rastreios] que, por natureza, como é sabido, muitas pessoas faltam... Com dificuldades depois de remarcação das consultas, estas consultas também, é difícil por obrigarem a uma estruturação com a presença do médico e da enfermeira. (...) Torna-se mais difícil (...)” (18PS)

A **falta de envolvimento dos profissionais de saúde na gestão e organização** dos programas de rastreio é também referida como uma barreira ao bom funcionamento dos mesmos por diminuir a sua motivação.

“E eu acho que há uma grande desmotivação dos profissionais de saúde e com desmotivação é muito difícil de nós conseguirmos comprometer equipas com algum tipo de projeto. (...) é fundamental (...) promover o diálogo vertical. E o que acontece é que se as pessoas não percebem o projeto [dos programas de rastreio], não se vão envolver no projeto. Não percebem o que é, não percebem a missão, não percebem o projeto, não percebem porque é que ele existe. Depois, (...) se as pessoas não perceberem qual é o seu papel na cadeia, elas não vão cumprir aquilo que são as suas funções e que é importante para o desenvolvimento de qualquer projeto. Eu acho que aqui motivar, explicar, envolver (...)” (04PS)

As barreiras são justificadas por falhas no sistema, de carácter **financeiro, de recursos humanos, materiais e informáticos**. Os entrevistados referiram escassez de **recursos humanos**, nomeadamente profissionais especializados, por exemplo em gestão, informática ou ginecologia oncológica, sendo necessário um *“maior investimento em todos os elos da cadeia [de rastreio]” (18PS)*.

“Eu acho que aqui o fator sempre limitante acaba por ser a disponibilidade de recursos humanos para primeiro (...) avaliar os doentes no contexto do rastreio. No caso do colo do útero, de fazer a citologia cérvico-vaginal, no caso do cancro colorretal, se for a colonoscopia, ter profissionais para fazer colonoscopia.” (01PS)

“Sem dúvida que precisamos de informáticos da saúde, ou seja, informáticos que tenham noção da importância de, portanto, primeiro de toda a do sigilo que é necessário quando tratamos de dados confidenciais de saúde. E que também sejam capazes de implementar novas formas de chamar sistematicamente os doentes para os rastreios, poderia ser uma grande mais valia.” (05PS)

“Logo à partida, no rastreio do cancro do colo do útero, na área da ginecologia obstetrícia, sabemos que existem dificuldades de recursos humanos no Serviço Nacional de Saúde. Não é uma coisa nova (...) E, particularmente a área da ginecologia oncológica, (...) efetivamente, sempre tivemos muita dificuldade com os recursos humanos e, portanto, com a resposta hospitalar.” (39GS)

Como barreiras **materiais**, alguns profissionais indicaram a falta de preparação do espaço físico para a realização das consultas de rastreios, nomeadamente no RCCU, ou equipamento como leitores de códigos de barras para atribuição dos *kits* no RCCR. Apesar deste último ponto não ser abordado por participantes de todas as regiões, revela heterogeneidade no acesso a estes recursos.

“Mas depois há sítios, há unidades de saúde que não têm marquês dentro do gabinete; têm uma, têm um gabinete com marquês ginecológica, dividido por três ou quatro gabinetes de consulta, pronto. Isso também obviamente que obvia a eficácia da consulta e do rastreio (...) Tem que se estar à espera que saia (...)” (23PS)

“Em termos de materiais (...) sei que há sítios onde há, por exemplo, falta de espéculos, para fazer o rastreio do cancro do colo do útero.” (15PS)

“Depois, em relação ao material, também havia a questão de nós termos um leitor ótico para ler o código de barras (...) quando entregávamos o dispositivo ao utente, pronto, vínhamos com o leitor ótico para associar aquele código ao utente (...) e só tínhamos realmente um leitor ótico por unidade, então... Isso fazia com que tivesse que ser só uma pessoa a entregar os dispositivos (...) portanto, nós queríamos que fosse um médico a explicar as coisas ao utente ou o enfermeiro até, (...) explicar como é que se fazia o rastreio, (...) mas depois não conseguia entregar porque só havia um leitor ótico.” (27PS)

“Depois no rastreio do cancro do cólon e reto, uma coisa importantíssima, nenhum rastreio devia funcionar sem o leitor [de código de barras] (...) depois nós vamos a pôr o leitor no kit e diz “repetido”. Não foi no meu ACES que ele foi repetido. (...) Porque andam a introduzir códigos de barras manuais, não faz sentido nenhum. Não há leitores, não há rastreio.” (30GS)

A nível **informático**, a grande maioria dos profissionais de saúde identifica falhas da plataforma preconizada para os rastreios, o SiiMA Rastreios, como o excesso de informação que tem de ser preenchido, por exemplo no RCCU, e referem que *“consome muito tempo e é uma plataforma pouco intuitiva.”* (16PS). Os participantes indicam também a falta de comunicação entre os sistemas de informação existentes, que leva à necessidade de introduzir a mesma informação em mais do que uma plataforma, ou ao desperdício de recursos pela realização de testes desnecessários.

“(...) se tudo funcionasse bem em termos de sistemas de informação, provavelmente nós precisaríamos de menos pessoas, menos pessoas a dar apoio, porque a maior parte do trabalho de apoio que nós damos às equipas locais é relacionado com os sistemas de informação.” (39GS)

“(...) o SiiMA Rastreios (...) tem uma quantidade de informação desde a menarca, quantos parceiros, ... que tem que ser redigida no SiiMA Rastreios e que não passa a informação para o SClínico, que é o sistema de informação que o médico tem que, que fica com o acervo da informação clínica. Ou seja, gera duplicação de registos, duplicação do tempo e, obviamente, nunca é só uma consulta, nunca é só um rastreio.” (23PS)

“(...) o rastreio não corre mal, mas os resultados (...) não migram para o sistema informático dos médicos de família, por isso (...) Nós não conseguimos ter comunicação, ou seja, só está lá que está em cuidado hospitalar, mas não passa disso. (...) Sabemos que foi requisitado uma colonoscopia ou foi requisitado uma colposcopia, mas depois de eficácia, nós não sabemos. Para termos acesso a isso, temos que ir ao RSE, o que é uma limitação. (...) para além de não interligar com o SClínico, ainda por cima os registos não estão atualizados no SiiMA. Não faz sentido nenhum. (...) não deviam avançar com nenhum rastreio sem ter interligação entre sistemas. (...) se o utente tem lá que já fez uma colonoscopia nos MCDTs, por que é que ele vai para convocar? Por exemplo. O utente já tem um PSOF feito no laboratório, para que é que ele vai ser convocado? Não ia e era excluído.” (30GS)

Paralelamente, é referida a falha relativa à **perda de informação de rastreio oportunístico efetuado no setor privado da saúde**, que poderia, segundo os entrevistados, ser reaproveitada para o seguimento dos utentes no SNS, otimizando assim recursos.

“(...) e aqui depois outro aspeto que não tenho noção da dimensão, mas (...) em termos de colheitas no setor privado por ginecologistas, poderá eventualmente haver aqui alguma disponibilidade acrescida por parte de recursos humanos do que aquela que o sistema normalmente teria, já que há essa componente da resposta a nível privado (...) acaba por beneficiar depois o resultado final, havendo capacidade de registo desses resultados a nível de cuidados de saúde primários. (...) não diria que é propriamente uma barreira ao resultado de saúde, mas será, se calhar, uma barreira ao conhecimento desse resultado de saúde (...)” (13PS)

“(...) vou ao privado (...), mas a minha médica de família controla. Ela às vezes, por acaso já passei um bocadinho o limite, e ela mandou-me uma mensagem a dizer que já tinha passado ali o timing. (...) depois regista, porque eu depois dizia-lhe para ela registar lá no sistema.” (32UT)

“Agora, para boa gestão dos recursos (...) para não estar a fazer convocatórias duplicadas e exames duplicados, como acontece muitas vezes com outras situações, com mamografias, com... de sistemas de saúde diferentes, por exemplo, pessoas que são seguidas no privado, fazem lá densitometria, mamografia... e depois vêm a outro lado, recebem o rastreio “ah, mas já agora vou aproveitar”. Há este... “vou aproveitar, então se é o rastreio, vou aproveitar”. Quer dizer, é radiação... (...) Portanto, acho que devia haver uma integração, lá está, de dados clínicos (...) Não só do Serviço Nacional de Saúde, mas de todo o sistema, portanto, também com as entidades privadas onde há registos Tudo isso está tudo conforme o que se pretende fazer, então não vale a pena estar a convocar as senhoras ou estar a fazer (...) Numa ótica de gestão de recursos, isso seria o ideal.” (23PS)

Os profissionais de saúde sugerem também a criação de uma **aplicação para gestão individual dos rastreios** por parte dos cidadãos, facilitando a comunicação com os utentes elegíveis.

“(...) a experiência que tivemos com o COVID poderia ser utilizada neste sentido, ou seja (...) uma plataforma “My rastreios” poderia ser uma solução, isto é, cada cidadão ter acesso à sua plataforma de rastreios e ser avisado. A geração que vai ter 50 anos, ou 45 ou 40 tem agora 20 ou 25 e certamente muito mais informação incluída que aquela que conheceu os rastreios na última década. (...) se queremos mais proximidade com o cidadão, porventura utilizar alternativas de comunicação com o cidadão seria utilizando sistemas informáticos que existem para outras áreas.” (17PS)

Por fim, a **pandemia COVID-19** é também mencionada como uma barreira, nomeadamente pela diminuição no número de casos de cancro identificados ou pelo eventual atraso na evolução dos programas de rastreio.

“(...) com as conversas que vamos tendo com uma série de colegas em vários sítios, (...) existe esta sensação subjetiva de que as neoplasias estão a chegar mais tarde, agora, em virtude desta falta de rastreios durante a pandemia.” (03PS)

“(...) quando estávamos quase a estabilizar, e diria até a nível nacional, estabilizar um rastreio de cancro colorretal, veio a pandemia e deitou tudo a perder (...). Ainda não estávamos com o rastreio implementado, e por isso recuámos perigosamente.” (21PS)

Um outro aspeto relevante destacado pelos profissionais de saúde prende-se com questões relativas à **adequação de indicadores** utilizados para avaliar o sucesso dos programas de rastreio.

“E o indicador que nós temos para o rastreio do cancro do cólon e reto não é um indicador que seja específico deste programa regional, então, é um indicador que, se a pessoa pedir uma colonoscopia pelo laboratório, o utente vai ao laboratório fazer uma colonoscopia ou vai ao laboratório fazer uma pesquisa de sangue oculto nas fezes e a pessoa tem na mesma esse indicador cumprido. (...) E depois há uma questão (...) da taxa de cobertura geográfica dos rastreios. Portanto, basta nós termos uma unidade que rastreou um utente, nós já consideramos (...) essa unidade tem rastreio ativo, o ACES também já tem o rastreio ativo, portanto também já conta como estar a fazer o rastreio. Pronto e então depois dá 100%, que não é 100%, (...) como se todos os ACES estivessem a fazer (...) e depois vamos (...) ver os números (...) e tínhamos, em 2021, três utentes convidados para rastreio e uma utente rastreada, mas era considerado que estava ativo.” (27PS)

Os entrevistados identificaram, igualmente, fatores considerados como **facilitadores** ao funcionamento dos rastreios, nomeadamente o facto de os profissionais de saúde, em particular os médicos de família, estarem mais atentos aos rastreios e à sua importância, sensibilizando os utentes para os mesmos.

“É já estão [os clínicos] permeáveis à entrada de rastreio, ou seja, já estão um bocadinho conscientes da importância destes rastreios... Já há vários anos, nós já vamos ouvindo falar em congressos, em reuniões científicas destes rastreios (...) E, portanto, acho que da parte dos clínicos, já me parece que há alguma abertura (...) Isso é facilitador.” (07PS)

“(...) sobretudo os médicos de família que estão mais focados na prevenção e essa sensibilização foi muito bem feita nos últimos tempos. (...) E muito do sucesso que existe tem a ver com isso, com a sensibilização também da população, mas muito do clínico.” (08PS)

Sugestões de melhoria na organização e funcionamento dos rastreios

Os profissionais de saúde e os profissionais com responsabilidades no contexto da gestão/coordenação apresentaram, como sugestões de melhoria, relativamente à organização e funcionamento dos rastreios implementados, a criação de um manual de boas práticas, com vista à **uniformização de procedimentos** e para partilha de estratégias eficazes para cada contexto, a realização de reuniões entre os profissionais no terreno e os gestores dos programas de rastreio para avaliação contínua, assim como uma maior valorização das assimetrias existentes, por parte dos órgãos decisores. Foi também salientada a importância da integração dos profissionais de saúde que estão no terreno no desenho dos programas de rastreio.

“(...) por que não a equipa nacional dos rastreios emitir uma norma geral de procedimentos com boas práticas a nível nacional? Aquilo que for, o que é já uma boa prática na região do norte, replicarmos no sul. (...) Se calhar, fazer um manual, uma orientação de boas práticas a nível nacional.” (30GS)

“(...) uma reunião, por exemplo, que submetesse a coordenação regional com a local e com a nacional, acho que faria sentido. (...) ou seja, não somos assim tantos que não pudesse haver, se calhar por regiões, o coordenador nacional reunia com o coordenador regional e com os coordenadores locais dos ACES, por exemplo. Não era preciso ser a nível nacional e havia a tal partilha de experiências.” (30GS)

“(...) sentimos efetivamente que precisávamos (...) de maior sensibilidade de quem está a tomar decisões destas assimetrias que existem (...)” (39GS)

“(...) não podem [os rastreios] ser programados apenas pelos colegas de saúde pública, que não veem doentes e que não sabem as dificuldades do dia-a-dia, nem por técnicos informáticos que programam, fazem os sistemas informáticos sem saber qual é a adequação que aquilo tem no terreno. Portanto, eu acho que, aqui, quem vai realmente efetuar os rastreios tem que estar envolvido desde o início, a dizer todos estes entraves e não no fim, quando já não há nada a fazer.” (23PS)

“(...) por um lado, não estar na dependência da carência de recursos das unidades. Portanto, todo o processo devia de ser delineado e planeado pela saúde pública. E não, é assim, é planeado pela saúde pública, até pode ser, só que depois esbarra nos recursos. Ora isto, antes de implementar qualquer rastreio, tinha que ter sido feito antes (...) Ver quem vai fazer, como, como é que nós conseguimos que todos façam, com o que é que vamos fazer com os resultados destes exames e ter a resposta garantida. (...) Portanto, (...) ser um (...) indicador de avaliação das unidades de saúde familiares, não me faz sentido, faz sentido que seja da saúde pública.” (10PS)

São também sugeridas **parcerias com entidades externas** ao SNS, como o setor privado da saúde ou universidades, acautelando a definição clara dos papéis a desempenhar por cada uma das partes.

“(...) se calhar os rastreios não deviam ser uma coisa só do Serviço Nacional de Saúde, mas que deviam ser uma coisa de todo o sistema de saúde, incluindo privados (...) Envolver também o setor privado nisto e não só do SNS (...)”
(16PS)

“Eu acho que deveria, podemos perfeitamente arranjar um sistema de cooperação e de coordenação, principalmente com entidades que já estão muito próximas da população (...) É bastante importante não agirmos sozinhos. (...) deve haver sempre uma coordenação médica envolvida, mas não podemos trabalhar sozinhos, portanto a cooperação deveria ser o standard, na verdade.”
(05PS)

“(...) acho que depois devia haver a capacidade de entregar a implementação destes programas a entidades terceiras (...) não vou dizer que se fosse por concurso público, mas algo semelhante. A entrega fosse, digamos assim a consórcios que envolvessem de uma maneira muito séria, (...) por exemplo, as faculdades e as universidades. E serem uma forma de dizer, em vez de nós termos (...) pessoas a fazerem ou as contas das estatísticas de umas teses ou a fazerem umas estatísticas virtuais, era nós termos, volto a dizer um concurso em que os estatistas e mais um grupo de epidemiologistas e de patologistas, médicos de saúde pública etc., envolvendo pessoas bioinformáticos, (...) tinha a responsabilidade do programa nacional do rastreio de cancro da mama. E quem tinha que tratar aquilo, os dados, de monitorizar, andar em cima das ULS, fazer reuniões, organizados era aquele grupo. E eram monitorizados pela DGS, por quem fosse, era monitorizado. Havia uma encomenda.” **(12PS)**

“Tudo o que seja integração de outros elementos fora da saúde e, sendo que já mesmo dentro da saúde nós já temos dificuldades, acho que se têm que reger por uma coisa que a nível local, em alguns sítios, felizmente, já se começa a perceber que é: não pode haver protagonismos. E tem que haver uma mensagem que seja uniforme, que seja consensual e que mostre no sentido de unidade entre as várias entidades que estão a atuar sobre uma determinada população. Sempre que estas duas questões não estão equilibradas, começa a haver ruído e a participação de entidade externa pode ser mais prejudicial do que ajudar.” **(39GS)**

Discussão

Os programas de rastreio oncológico atualmente implementados em Portugal têm naturalmente características diferentes, decorrentes das especificidades das metodologias utilizadas e das populações-alvo de cada um, mas existe também uma enorme diversidade na forma de funcionamento entre regiões ou entre unidades funcionais. Esta é uma das principais preocupações veiculadas pelos diversos profissionais de saúde entrevistados, estando presente na generalidade dos discursos, implícita ou explicitamente, a importância de uniformizar procedimentos. As limitações dos atuais programas foram muitas vezes associadas a aspetos particulares da forma como cada rastreio é efetivamente organizado e implementado, e estão exemplarmente espelhadas no reconhecimento de que nem todas as unidades funcionais convidam sistematicamente a população elegível.

A escassez de recursos humanos e a alocação de meios insuficientes para assegurar as atividades de rastreio, em particular no RCCU, que requer um maior envolvimento das equipas de família e a utilização de espaço físico das unidades funcionais para a recolha de amostras, são barreiras apontadas a um melhor funcionamento destas atividades.

As dificuldades colocadas pela ineficiência na gestão da informação relacionada com os rastreios foram também abordadas a propósito da falta de comunicação entre os sistemas de informação existentes no âmbito do SNS, que requerem a introdução da mesma informação em mais do que uma plataforma, consumindo assim mais recursos. Por outro lado, os profissionais do SNS têm acesso à informação relativa a rastreios efetuados no setor privado da saúde essencialmente através dos utentes, pelo que a falta de comunicação pode contribuir para que sejam realizados testes desnecessários. Esta questão está também relacionada com a preocupação manifestada acerca da adequação de alguns dos indicadores utilizados na monitorização das atividades de rastreio, nomeadamente pela forma como são calculados, que poderão não traduzir a relevância do desempenho no âmbito do rastreio organizado; de facto, para efeito do cálculo de indicadores, o convite efetuado de forma oportunística, através do SNS ou no setor privado da saúde, não parece ser distinguido do convite sistemático no SNS.

O conteúdo dos convites surge no discurso dos entrevistados, intrinsecamente relacionado com a adesão aos rastreios, uma vez que é considerado um fator preponderante para a participação da população, sendo identificado como um dos pontos a melhorar nos diversos programas. Foram efetuadas sugestões distintas que

apontam, de uma forma geral, no sentido do aumento da simplicidade, clareza e relevância da informação veiculada. Foi salientada a importância de incluir nas convocações um contacto para esclarecimentos de dúvidas ou reagendamentos, conforme aplicável, sendo reconhecida margem para melhorar a capacidade de resposta do SNS nestas situações. A importância de informar acerca dos potenciais benefícios de cada rastreio foi mencionada diversas vezes, mas são quase inexistentes referências às potenciais desvantagens de se ser rastreado, apesar da necessidade de garantir que a decisão de participar ou de abdicar do rastreio seja devidamente informada. Neste contexto, parece legítimo assumir que este aspeto está a ser remetido para a fase de obtenção do consentimento informado, em que um contacto mais próximo poderá facilitar a discussão destes aspetos com cada utente. No entanto, este estudo não abordou especificamente o consentimento informado para o rastreio, e este aspeto poderá ser alvo de investigação específica, que permita compreender as particularidades deste processo e conhecer as experiências dos profissionais neste contexto, assim como caracterizar as necessidades e preferências dos utentes a este respeito.

Relativamente ao meio escolhido para o envio das convocações para rastreio, os participantes neste estudo identificaram pontos positivos e negativos associados a diferentes opções, por vezes numa aparente contradição, em que o mesmo aspeto é percebido ou valorizado como um potencial facilitador por uns e como barreira por outros. O balanço das opiniões recolhidas aponta no sentido da necessidade de ir ao encontro da literacia e competências digitais da população-alvo, assim como das potenciais vantagens de introduzir alguma redundância neste processo, através da utilização de metodologias de convocatória complementares.

Os participantes neste estudo fizeram diversas propostas de melhoria dos programas de rastreio, em geral relacionadas com as barreiras à adesão que identificaram. Foi enfatizada a importância de adaptar as medidas de promoção da adesão às populações elegíveis e às necessidades específicas de subgrupos populacionais com menor probabilidade de participação ou com maiores dificuldades de acesso aos cuidados de saúde. O custo das deslocações às unidades de saúde e as perdas de rendimentos pelo absentismo laboral, mais provável quando não existe flexibilidade das unidades para agendamentos em horário pós-laboral, foram associados a barreiras que afetam desproporcionalmente os indivíduos elegíveis de nível socioeconómico mais baixo. Foram propostas medidas que aproximem o rastreio

das populações, incluindo o a realização de rastreios em locais de proximidade com a comunidade e em contexto laboral ou a junção de vários rastreios num só momento.

Também as dificuldades de acesso aos cuidados de saúde por parte dos utentes sem médico de família atribuído, ou devido à falta de número de utente, como acontece frequentemente nas populações migrantes, foram identificadas como sendo responsáveis por iniquidade no acesso ao rastreio. Apesar destas barreiras requererem medidas que ultrapassam a organização e gestão dos programas de rastreio, foi referido o potencial da auto-colheita para melhorar o acesso ao RCCU por parte de alguns destes grupos populacionais, ao mesmo tempo que permite centralizar as convocatórias e reduzir as necessidades de envolvimento de profissionais de saúde e de utilização de espaço físico nas unidades funcionais. No entanto, as potenciais vantagens da centralização do processo de convocatória e da transferência da colheita da amostra para os utentes têm de ser equilibradas com as possíveis desvantagens associadas à perda de um contacto mais estreito com um profissional de saúde.

Como estratégias para colmatar barreiras como a baixa perceção do risco de cancro por parte da população assintomática ou o medo de um diagnóstico de uma doença potencialmente fatal, foi enfatizada a educação para a saúde, no sentido de melhorar o conhecimento da população acerca das atividades de rastreio de cancro e dos potenciais benefícios que se lhes podem associar. Foram propostas abordagens em contextos distintos, como escolas e associações de apoio a populações vulneráveis, e abordagens mais abrangentes envolvendo, por exemplo, meios de comunicação social, e mais específicas, baseadas em contactos mais personalizados com profissionais de saúde. Foi também proposta a formação específica dos profissionais para promoverem aumento da literacia e capacitação dos utentes na área do rastreio, assim como para atenuar barreiras relacionadas com preconceitos ou más experiências prévias.

É interessante referir que o rastreio do cancro da mama é considerado o mais bem-sucedido, sendo esse desempenho em grande medida atribuído ao facto da população estar mais sensibilizada para a importância desse rastreio devido à atividade e visibilidade social da Liga Portuguesa Contra o Cancro, sem prejuízo do contributo de outros aspetos relacionados com a forma como é implementado. Este é um exemplo de uma parceria do SNS com uma entidade externa para a implementação de um rastreio oncológico, e é sugerido o alargamento deste tipo de abordagem, nomeadamente através de colaborações com instituições com características diversas, incluindo, por exemplo, instituições do setor privado da saúde, associações de doentes e a academia,

eventualmente colaborando em consórcios multidisciplinares que demonstrem competência nas diversas áreas relevantes para implementação e avaliação de programas de rastreio oncológico.

Considerações finais

Os resultados deste estudo refletem naturalmente o conhecimento dos diferentes *stakeholders* acerca dos contextos profissionais que lhes são familiares ou experiências pessoais, que não seria possível apreender em estudos de base documental, mostrando que o conhecimento das diferentes realidades da implementação de cada rastreio é essencial para definir e compreender os indicadores de desempenho dos rastreios.

A diversidade de experiências e formas de funcionamento identificadas neste estudo confirmam a necessidade de um conhecimento profundo das barreiras e facilitadores das atividades de rastreio em cada contexto. Esta informação é essencial para orientar o planeamento e a definição de medidas para melhorar o funcionamento dos programas de rastreio, com base em procedimentos a adotar de forma tão padronizada quanto possível. Independentemente de medidas específicas para corrigir as atuais limitações dos programas de rastreio, é referida a importância de promover a comunicação entre todos os intervenientes no rastreio, desde o seu planeamento à implementação das suas diversas componentes, como forma de tirar partido do conhecimento específico de cada elo dessa cadeia acerca do que podem ser barreiras e facilitadores de todo o processo.

As referências explícitas à ausência de um convite sistemático a toda a população elegível, mesmo que possam dizer respeito a algumas unidades funcionais, regiões ou a um programa em particular, requerem avaliação e ações específicas para reduzir iniquidades no acesso ao rastreio. É necessário avaliar a extensão e caracterizar as atividades de rastreio oportunístico, dentro e fora do SNS, de modo a desenvolver os esforços necessários à garantia da qualidade das atividades de rastreio como um todo. A integração de toda a informação relativa a este tipo de rastreio na plataforma de apoio aos programas de rastreio deverá permitir uma monitorização mais eficaz e um uso mais eficiente dos recursos alocados aos rastreios oncológicos.

A recolha de informação numa amostra de unidades funcionais que representem diferentes regiões e formas de organização diversas, seleccionadas com base nos

indicadores de funcionamento do rastreio de modo a maximizar a diversidade de contextos, poderá permitir um melhor entendimento da distribuição de barreiras e facilitadores ao funcionamento dos programas de rastreio em contextos distintos.

Os resultados deste estudo mostram existir margem para a produção de conhecimento científico que sustente as melhores práticas, numa área em que opções distintas ao nível da metodologia de rastreio ou da gestão dos programas, incluindo diferenças subtis em aspetos como o conteúdo, formatação ou implementação das convocatórias, podem ter um impacto relevante na adesão ao rastreio. As especificidades de cada contexto de implementação dos rastreios requerem também que sejam testadas abordagens ajustadas a cada uma destas realidades. A implementação das medidas que possam vir a ser adotadas com base no melhor conhecimento científico constitui-se como um desafio adicional, especialmente num contexto de grande heterogeneidade de funcionamento dos rastreios, que requer especial atenção.

Referências bibliográficas

1. GBD Compare: Global, both sexes, all ages, 2019, DALYs [Internet]. Washington: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2019 [updated 2023; cited 2023 Dec 20]. Available from: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>.
2. INE, DGS/MS. Óbitos por algumas causas de morte por 100 mil habitantes [Internet]. PORDATA; 2023 [updated 2023 apr 4; cited 2023 apr 21]. Available from: <https://www.pordata.pt/db/portugal/ambiente+de+consulta/tabela>.
3. Avaliação e monitorização dos rastreios oncológicos organizados de base populacional, 2021. Lisboa: Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde; 2022.
4. Zielonke N, Gini A, Jansen EEL, Anttila A, Segnan N, Ponti A, et al. Evidence for reducing cancer-specific mortality due to screening for breast cancer in Europe: a systematic review. *Eur J Cancer*. 2020;127:191-206.
5. Jansen EEL, Zielonke N, Gini A, Anttila A, Segnan N, Vokó Z, et al. Effect of organised cervical cancer screening on cervical cancer mortality in Europe: a systematic review. *Eur J Cancer*. 2020;127:207-23.
6. Gini A, Jansen EEL, Zielonke N, Meester RGS, Senore C, Anttila A, et al. Impact of colorectal cancer screening on cancer-specific mortality in Europe: a systematic review. *Eur J Cancer*. 2020;127:224-35.
7. Despacho n.º 8254/2017, de 21 de setembro de 2017. Diário da República, 2.ª série — n.º 183: Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde.
8. Rastreios no Alentejo: rastreio do cancro do colo do útero - (RCCU) [Internet]. Administração Regional de Saúde do Alentejo; [updated 2017; cited 2023 Dec 26]. Available from: <http://www.arsalentejo.min-saude.pt/utentes/Rastreios/Paginas/default.aspx>.
9. Monitorização do programa de rastreio do cancro do colo do útero: BI monitorização RCCU [Internet]. Administração Regional de Saúde do Norte., I.P.; [updated 2023; cited 2023 Dec 26]. Available from: <https://www.arsnorte.min-saude.pt/ratreios/cancro-do-colo-do-uterio/>.
10. Estratégia Nacional de Luta Contra o Cancro 2021-2030. Programa Nacional para as Doenças Oncológicas - DGS/MS; 2022.
11. Silva S, Fraga S. Qualitative research in Epidemiology. In: Lunet N, editor. *Epidemiology - current perspectives on research and practice*. London: IntechOpen; 2012.
12. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006;3(2):77-101.

Apêndice

Apêndice I - Guiões das entrevistas.

Tema	Questões	Questões de aprofundamento	Stakeholder
Funcionamento/ implementação	Qual a sua opinião acerca do funcionamento atual dos rastreios?	Gostaríamos que considerasse os rastreios do cancro da mama, colo do útero e cólon e reto.	Todos
	Qual a(as) maior(es) barreira(as) ao funcionamento dos rastreios?	Como poderia(m) ser ultrapassada(s)?	Gestores/ Coordenadores; Profissionais de saúde
	O que é necessário para que os rastreios funcionem?	O que está a falhar?	
	Na sua opinião qual é o tipo de rastreio que funciona consideravelmente melhor?	1. E pior? 2. Porquê? / Qual a razão? 3. O que está a funcionar bem e que devemos manter?	
	Em termos de gestão de recursos, humanos e materiais, incluindo informáticos, quais as barreiras específicas?	Que soluções considera necessárias?	
	Considera que a perceção sobre o funcionamento dos rastreios é diferente entre níveis diferentes de responsabilidade (e.g. médico de família, ARS)?	Em que sentido?	
	Como considera a sua experiência de rastreio?	O que devia melhorar?	Utentes

Convite	Qual a sua opinião sobre o modo de convite para os rastreios em vigor?	O que poderia ser melhorado?	Gestores/ Coordenadores; Profissionais de saúde
	Na sua opinião, qual o tipo de convite mais adequado e/ou mais eficaz para a população geral?	Porquê?	
	Já contactou alguma vez com um convite para realização do rastreio do cancro da mama, colo do útero e cólon e reto? (pergunta adaptada de acordo com a idade)	1. Se sim, sentiu que o conteúdo era de fácil compreensão? Porquê? 2. Se não, está informado acerca do modo de convite que é efetuado?	Representantes de utentes; Utentes
	(Se sim) Qual a sua opinião sobre o modo de convite para o rastreio do cancro XXX?	O que poderia ser melhorado?	
	Na sua opinião, qual o tipo de convite mais adequado e/ou mais eficaz para a população geral?	Porquê?	
Adesão	Considera que toda a população adere de igual forma ao rastreio ou existem grupos que aderem menos?	1. O que acha que leva alguém a faltar ao rastreio? 2. Por que acha que acontece?	Todos
	Como acha que seria possível aumentar a adesão aos rastreios?	O que está a falhar?	
	(se foi convidado) Aderiu ao rastreio do cancro XXX sempre que foi convidado?	1. Se sim, que fatores contribuíram para aceitar o convite? 2. Se não, que fatores contribuíram para não o aceitar?	Utentes

Coordenação	Considera importante a criação de estratégias especificamente para grupos populacionais vulneráveis, em maior risco de doença?	Em que sentido?	Gestores/ Coordenadores; Profissionais de saúde
	Qual a importância de integrar entidades de apoio, como associações e organizações não governamentais, nos programas de rastreio?	1. Porquê? 2. Se sim, de que forma poderia ser feito?	
	Qual a sua opinião sobre a coordenação dos programas de rastreio?	1. Quais os pontos-chave e os maiores entraves que encontra? 2. O que poderia ser melhorado?	Gestores / Coordenadores
Gestão	Que dificuldades encontra na gestão dos programas de rastreio do cancro XXX?		Gestores / Coordenadores
	Que alterações foram implementadas para melhorar os programas de rastreio e quais os seus resultados até ao momento?		
	O que está a faltar para a melhoria efetiva da gestão dos programas de rastreio?		

Apêndice II – Informação aos participantes.



INFORMAÇÃO AOS PARTICIPANTES

Identificação de barreiras e de facilitadores da implementação e otimização dos programas de rastreio oncológico

➤ **Que estudo é este?**

Este estudo está a ser desenvolvido no Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP), sendo financiado pela Direção-Geral da Saúde (DGS).

Atualmente existem três programas de rastreio oncológico de base populacional em Portugal para o cancro da mama, o cancro do colo do útero e o cancro colorretal. No sentido de otimizar estes programas e numa altura em que se equaciona a possibilidade de implementar novos rastreios, como o do cancro do pulmão, cancro da próstata e cancro do estômago, é necessário perceber a realidade de funcionamento dos programas de rastreio que existem atualmente. Assim, este estudo pretende compreender as barreiras e facilitadores ao nível do planeamento, adesão, implementação e coordenação de cada programa de rastreio, bem como ao nível da possível implementação de novos programas. O estudo irá decorrer entre junho e dezembro de 2023. Este estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética do ISPUP (parecer nº CE23247).

➤ **Por que estou a ser contactado/a para participar?**

O estudo pretende incluir utentes, representantes de doentes e profissionais envolvidos nos programas de rastreio (*stakeholders*) nas diferentes regiões de Portugal continental, com o sentido de identificar barreiras e facilitadores dos diferentes programas de rastreio oncológico. Ao incluir participantes com diferentes graus de envolvimento nos programas de rastreio, espera-se maximizar a diversidade de experiências e perspetivas relativamente aos rastreios implementados em Portugal.

➤ **Como posso participar?**

A sua participação no estudo é completamente voluntária. Caso decida participar, terá de ler esta folha informativa e indicar o meio preferencial para a entrevista (telefone, videochamada, presencial) e o horário mais conveniente para o efeito. Previamente à entrevista, terá de fornecer o seu consentimento informado oral, caso esta seja realizada por telefone ou videochamada, ou o consentimento informado escrito, caso tenha optado por realizar a entrevista presencialmente. A entrevista será realizada através do meio e horário que lhe sejam mais convenientes e terá a duração aproximada de 30 a 60 minutos. No sentido de compen-



a a disponibilidade de cada participante para responder às questões, irá receber uma compensação de 10€ em vale de compras.

➤ **Se aceitar participar, que informação vai ser consultada?**

A entrevista semiestruturada segue um guião previamente definido que inclui, em primeiro lugar, informação relativamente ao seu envolvimento nos programas de rastreio (e.g. utente, profissional de saúde, coordenador). Nesta entrevista, será questionado/a sobre a sua opinião e experiência relativamente aos programas de rastreio nos quais se encontra envolvido, com especial ênfase na identificação de barreiras e facilitadores. A entrevista será gravada exclusivamente em áudio, após o seu consentimento, para posterior transcrição verbalizada.

➤ **Como será protegida a informação?**

Será atribuído a cada participante um código numérico para codificação das gravações de áudio e das transcrições, no entanto, os ficheiros e a chave de codificação serão armazenados separadamente, protegidos por palavra-passe e com acesso restrito aos membros da equipa de investigação. Os áudios das gravações serão eliminados após a sua transcrição, mantendo-se apenas o áudio relativo ao consentimento oral, caso realize a entrevista por telefone ou videochamada, e toda a informação com potencial identitário será pseudonimizada, utilizando-se pseudónimos sempre que necessário. Os dados pseudonimizados serão armazenados por 10 anos após a conclusão do estudo.

➤ **Posso desistir da participação?**

Pode desistir a qualquer momento da entrevista sem qualquer prejuízo e sem necessidade de justificação. No caso de desistência, a gravação de áudio será excluída do estudo. Caso decida desistir, deverá comunicar a sua desistência durante a entrevista ou após este momento, através do contacto disponibilizado no final desta folha informativa.

➤ **Como posso esclarecer possíveis dúvidas?**

Pode esclarecer qualquer dúvida, a qualquer momento da entrevista ou através dos contactos abaixo:

Ana Fernandes

Agradecemos a sua participação.