UNIVERSIDADE
PORTUCALENSE
DEPARTAMENTO
PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO

Literacia em Cancro e Atitudes e Comportamentos de Saúde: Um Estudo Transversal em Estudantes do Ensino Superior

Marta Alexandra Amaro Esteves

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde
Outubro de 2026

Dissertação apresentada à Universidade Portucalense Infante D. Henrique para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, realizada sob a orientação científica da Profª. Doutora Ana Bártolo e Profª. Doutora Sara M. Fernandes no ano de 2026.

Direitos de autor e condições de utilização do trabalho por terceiros

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.



Atribuição
CC BY

Declaração de Honra

Declaro, por minha honra, que o presente trabalho académico foi elaborado por mim própria e confirmo que não recorri à prática de plágio, nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados, em nenhuma das etapas conducentes à sua elaboração. Mais declaro que conheço e que respeito o Regulamento Pedagógico da Universidade Portucalense Infante D. Henrique.

Declaração de autorização de depósito no repositório institucional

Declaro, para os devidos efeitos, que concedo gratuitamente à Universidade Portucalense Infante D. Henrique, para além da livre utilização do título e do resumo por mim disponibilizados, autorização para arquivar e tornar acessível aos interessados, nomeadamente através do seu Repositório Institucional, o trabalho supra identificado, de acordo com o seguinte estatuto (assinalar apenas uma opção):

☒ Disponibilização imediata do texto integral para acesso mundial.

☐ Disponibilização do texto integral após um período de embargo de

- ☐ 1 ano
- ☐ 2 anos
- ☐ 3 anos, após o qual autorizo o seu acesso mundial.

☐ Disponibilização apenas da informação bibliográfica do trabalho (autor, título e resumo).

Mais declaro que a subscrição da presente declaração não implica a renúncia à titularidade dos direitos de autor, os quais são pertença do subscritor desta declaração, nem ao direito de usar a obra em trabalhos futuros.

Reconhecimento do uso de tecnologias e ferramentas de Inteligência Artificial (IA) generativa, softwares e outras ferramentas de apoio

Reconheço a utilização da ferramenta de inteligência artificial (ChatGPT) para apoio à organização de ideias e à revisão do texto final, do Office365 (Microsoft) para a escrita do texto e do IBM SPSS para a realização de análises estatísticas.

Dedicatória

A todos aqueles que, de alguma forma, conheceram de perto a luta contra o cancro.

Aos que, como eu, acompanharam alguém que amam no percurso desta doença, fizeram dessa luta sua também e tiveram a felicidade de ver a esperança vencer o medo.

Aos que também acompanharam esta luta, fizeram da esperança a sua força, mas tiveram de aprender a lidar com a ausência e com a saudade de quem continua a viver nas memórias.

E, sobretudo, a todos aqueles que enfrentaram ou enfrentam esta doença na primeira pessoa, conhecendo a força, a coragem e a resiliência que esta batalha exige.

Agradecimentos

Somos o caminho que fazemos, mas sobretudo o caminho que escolhemos. Somos também aqueles que caminham connosco, que nos motivam, nos amparam e nos lembram de que nunca caminhamos sozinhos. Por isso, é com o coração cheio de gratidão que dedico estas palavras a todas as pessoas que fizeram este percurso comigo e que foram fundamentais para que chegasse ao fim desta etapa tão especial.

Aos meus pais, Susana e Raul, por tudo. Por serem exemplos de trabalho, resiliência e luta. Por serem amor incondicional, suporte e proteção. Pela confiança que depositaram em mim, pelo apoio constante e por serem os primeiros a acreditar nos meus sonhos e os primeiros a celebrar cada conquista. Obrigada por serem casa. Nada disto teria sido possível sem vocês.

Ao meu irmão, João, por ser o melhor. Por ter sempre uma piada nos momentos mais caóticos, por conseguir tornar mais leves os dias mais difíceis e, acima de tudo, por estar comigo a cada passo que dou. Por ser meu cúmplice de cada loucura e por fazer parte de tudo o que sou. A quem vou sempre proteger do mundo, mas que, ao mesmo tempo, torna tudo melhor.

Ao meu namorado, Rodrigo, por ter feito deste percurso um objetivo nosso. Por me dar o colo certo nos momentos em que me sentia mais errada. Por celebrar cada conquista, mas, sobretudo, por ficar a cada dificuldade. Por ser o chão seguro que me faz dar cada passo e a certeza de que, qualquer que seja o caminho que escolha, caminhará comigo.

Aos meus companheiros de todos os dias, Black (que agora é a minha estrelinha-guia), Pandora e Benny, por serem as minhas (pequenas) grandes forças e a minha felicidade em quatro patas. Com eles encontrei sempre o olhar mais terno e o amor mais puro do mundo. Levo-vos comigo, sempre e para sempre.

Aos meus avós, Maria e João, à minha família, às pessoas que considero igualmente família e às minhas amigas, por se fazerem presentes ao longo deste percurso. Obrigada por cada gesto, por ouvirem as minhas queixas e, sobretudo, por acreditarem em mim. Este caminho também é um bocadinho vosso.

À Universidade Portucalense, por tudo o que me proporcionou ao longo destes cinco anos, repletos de desafios, conquistas e memórias que levo comigo.

À Profª. Doutora Ana Bártolo, minha orientadora, por ter sido mais do que uma professora. Pelo carinho, pela exigência e pela dedicação. Foi, sem dúvida, a melhor professora para me guiar ao longo desta etapa. Por quem tenho uma admiração gigante, não só enquanto profissional, mas, sobretudo, enquanto pessoa.

À Profª. Doutora Sara M. Fernandes, minha coorientadora, por me ter acompanhado ao longo de todo este processo. Por toda a ajuda, pela disponibilidade e por ter contribuído para tornar este percurso mais especial. Guardo com muito carinho tudo que aprendi.

A todos os professores que cruzaram o meu caminho ao longo destes cinco anos, pelo conhecimento partilhado, pelas aprendizagens que levo comigo, pela disponibilidade constante e por terem contribuído, cada um à sua maneira, para a profissional que hoje começo a ser.

Por fim, agradeço a mim. Por não ter desistido deste sonho e por ter continuado a lutar por ele. É nas dificuldades que crescemos, e eu cresci, vivi e aprendi muito ao longo deste caminho. Tenho em mim, e terei sempre, todos os sonhos do mundo.

A todos os que, de forma direta ou indireta, contribuíram para este percurso e o viveram comigo, o meu muito obrigada. Por tudo. Por tanto.

Resumo

O cancro tem uma etiologia multifatorial, incluindo fatores de risco modificáveis associados aos comportamentos de saúde. Nos estudantes do Ensino Superior, em fase de consolidação destes comportamentos e de exposição a comportamentos de risco, a literacia em cancro (conhecimento sobre fatores de risco, prevenção e deteção precoce) assume particular relevância. Este estudo transversal procurou caracterizar a literacia em cancro dos estudantes e analisar a sua associação com as atitudes e comportamentos de saúde, bem como com as crenças de controlo face à saúde e os sintomas de depressão, ansiedade e *stress*. Participaram 141 estudantes (M = 21,17; DP = 3,02). A média de respostas corretas foi de 52%, sendo inferior no cancro do cólon e reto e do estômago. O conhecimento efetivo foi superior na área da Saúde e associou-se ao autoexame e a uma menor atribuição da saúde à sorte e a causas desconhecidas, mas não às atitudes e comportamentos de promoção e proteção da saúde, às crenças de controlo e de capacidade ou aos sintomas psicológicos. Os resultados sugerem que o conhecimento poderá não ser suficiente para promover comportamentos de saúde, apontando para intervenções que, além de informar, promovam a perceção de controlo e de capacidade pessoal.

Palavras-chave

Literacia em cancro; Comportamentos de saúde; Crenças de controlo; Sintomas psicológicos; Ensino Superior

Abstract

Cancer has a multifactorial aetiology, including modifiable risk factors associated with health behaviours. Among higher education students, who are at a stage of consolidating these behaviours and are exposed to risk behaviours, cancer literacy (knowledge of risk factors, prevention, and early detection) is particularly relevant. This cross-sectional study aimed to characterise students' cancer literacy and analyse its association with health attitudes and behaviours, as well as with health control beliefs and symptoms of depression, anxiety, and stress. A total of 141 students participated (M = 21.17; SD = 3.02). The mean percentage of correct answers was 52%, with lower scores for colorectal and stomach cancer. Actual knowledge was higher among students in health-related fields and was associated with self-examination and a lower attribution of health to luck and unknown causes, but not with health promotion and protection attitudes and behaviours, control and self-efficacy beliefs, or psychological symptoms. The results suggest that knowledge alone may not be sufficient to promote health behaviours, highlighting the need for interventions that go beyond providing information and foster perceived control and self-efficacy.

Keywords

Cancer literacy; Health behaviours; Control beliefs; Psychological symptoms; Higher education

Índice

INTRODUÇÃO 1

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO 3

1.1. LITERACIA EM SAÚDE: ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL 3

1.2. LITERACIA EM CANCRO: CONCEITO E IMPLICAÇÕES PARA A PREVENÇÃO E A DETEÇÃO PRECOCE 5

1.3. LITERACIA EM CANCRO, CRENÇAS SOBRE A SAÚDE E A DOENÇA E SINTOMAS PSICOLÓGICOS 7

1.4. LITERACIA EM CANCRO E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE: PERSPETIVA TEÓRICA E EVIDÊNCIA EMPÍRICA 8

1.5. O PRESENTE ESTUDO 10

2. MÉTODO 11

2.1. DESIGN DO ESTUDO E PARTICIPANTES 11

2.2. INSTRUMENTOS 11

2.3. PROCEDIMENTOS 13

2.4 ANÁLISE DE DADOS 14

3. RESULTADOS 16

3.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DA AMOSTRA 16

3.2. CARACTERIZAÇÃO DOS NÍVEIS DE LITERACIA EM CANCRO 18

3.3. RELAÇÃO ENTRE O CONHECIMENTO EFETIVO SOBRE O CANCRO E AS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E ACADÉMICAS 19

3.4. RELAÇÃO ENTRE O CONHECIMENTO EFETIVO SOBRE O CANCRO E ATITUDES E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE 20

3.5. RELAÇÃO ENTRE O CONHECIMENTO EFETIVO, AS CRENÇAS DE CONTROLO FACE À SAÚDE E OS SINTOMAS DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E *STRESS* 22

4. DISCUSSÃO 23

4.1. LIMITAÇÕES E ESTUDOS FUTUROS 26

CONCLUSÃO 28

REFERÊNCIAS 29

ANEXOS 37

ANEXO 1 – MATRIZ DE CORRELAÇÕES ASSOCIADA ÀS VARIÁVEIS EM ESTUDO 38

ANEXO 2 – CONSENTIMENTO INFORMADO 39
ANEXO 3 – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO 41

Listas de abreviaturas e siglas

EADS-21 – Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress

HBM – Health Belief Model

HLS-EU – European Health Literacy Survey

QACS – Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde

QCCS – Questionário de Crenças de Controlo face à Saúde

SKPaC – Students' Knowledge and Perceptions About Cancer

TPB – Theory of Planned Behavior

WHO – World Health Organization

Índice de tabelas

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra em estudo (N=141).

Tabela 2 – Caracterização do conhecimento efetivo e sua associação com o conhecimento percebido (N=141).

Tabela 3 – Conhecimento sobre o cancro segundo as características sociodemográficas e académicas (N=141).

Tabela 4 – Contributo do conhecimento efetivo sobre o cancro para a realização de autoexame: regressão logística hierárquica (N = 141).

Introdução

A literacia em saúde tem sido amplamente reconhecida como um fator crítico para a manutenção e melhoria da saúde global, assumindo um papel crucial na capacitação dos indivíduos para aceder, compreender, avaliar e utilizar informação, de modo a favorecer decisões informadas (Gonçalves-Fernández & Pino-Juste, 2025). Apesar da crescente valorização pelo conceito, revelam-se ainda desigualdades ao nível da saúde, sobretudo no acesso à informação e cuidados (Pedro et al., 2016).

Dentro deste contexto, a literacia em cancro emerge como uma dimensão de particular relevância, sobretudo num cenário marcado por mudanças epidemiológicas significativas. Segundo a *International Agency for Research on Cancer* (Sung et al., 2026), estima-se que o número de novos casos venha a aumentar substancialmente, com previsões de cerca de 34 milhões de novos casos em todo o mundo até 2050. Estes dados reforçam a importância de investir na prevenção, considerada a abordagem mais sustentável e eficaz para a potencial redução da incidência e impacto da doença (Barros et al., 2024). O conhecimento adequado acerca dos fatores de riscos, estratégias de prevenção, métodos de deteção precoce e opções de tratamento do cancro, revela-se, portanto, fundamental para a capacitação dos indivíduos (Barros et al., 2024; Sorensen et al., 2020), promovendo a adoção de medidas essenciais à prevenção e ao diagnóstico precoce da doença.

A adoção de padrões de vida ocidentalizados, nomeadamente, a dieta alimentar (e.g., alta ingestão de alimentos processados e refinados) tem sido associada a um maior risco de cancro (Clement-Suárez et al., 2023; Lu et al., 2022). Da mesma forma, fatores relacionados ao estilo de vida, como o sedentarismo, excesso de peso ou obesidade, consumo de álcool e tabagismo estão, igualmente, associados ao risco de desenvolvimento de cancro (Aleksandrova et al., 2014; Zhang et al., 2020). Os estudantes do Ensino Superior, na sua maioria jovens adultos, estão, particularmente, expostos à adoção de comportamentos de risco devido às mudanças características desta etapa de desenvolvimento e às vivências académicas (Rosa et al., 2025). Assim, níveis mais baixos de literacia podem comprometer a sua capacidade para reconhecer fatores de risco, adotar comportamentos preventivos e procurar por aconselhamento adequado (Sharp et al., 2023). Tem-se assistido a um crescente interesse em compreender os níveis de literacia em cancro nesta população, embora a literatura ainda apresente lacunas significativas (Rosa et al., 2025), sobretudo quanto aos mecanismos subjacentes aos comportamentos de saúde.

Além disso, importa compreender os fatores que poderão estar associados a diferentes níveis de conhecimento sobre o cancro, uma vez que a investigação sugere que estes poderão variar em função de características sociodemográficas (e.g. género) e académicas (e.g. área de formação) (Kocaoğlu & Güçlüel, 2026). Revela-se igualmente pertinente explorar a relação entre o conhecimento sobre o cancro e a realização de comportamentos preventivos, nomeadamente, o autoexame, enquanto prática que poderá contribuir para a identificação precoce de alterações suspeitas (Hasi et al., 2025), bem como com as atitudes e comportamentos de promoção e proteção da saúde que integram o estilo de vida dos estudantes.

Neste enquadramento, a presente dissertação procurou contribuir para uma compreensão mais ampla sobre o tema, centrando-se na literacia em cancro e na sua relação com as atitudes e comportamentos de saúde, bem como variáveis psicológicas potencialmente envolvidas nesta relação, nomeadamente, as crenças de controlo face à saúde e os sintomas de depressão, ansiedade e *stress*. Por conseguinte, procura oferecer um contributo para a compreensão do papel da literacia em cancro nos processos associados à adoção de comportamentos de saúde, informando o potencial desenvolvimento de intervenções para esta população.

Do ponto de vista metodológico, o estudo adotou um desenho transversal, de natureza correlacional, integrado num projeto mais amplo orientado para a avaliação e intervenção nos mecanismos explicativos do papel da literacia em cancro nos comportamentos de saúde em contexto de Ensino Superior. O presente estudo teve como objetivo geral caracterizar os níveis de literacia em cancro nos estudantes do Ensino Superior e analisar a sua relação com as atitudes e comportamentos de saúde, considerando o papel das crenças de controlo face à saúde e dos sintomas de depressão, ansiedade e *stress*. Foi utilizada uma amostra de conveniência, composta por 141 estudantes do Ensino Superior, recrutados através da divulgação *online* do estudo, complementada pelo recrutamento e recolha presencial em contexto de sala de aula na Universidade Portucalense. Os dados foram recolhidos através de instrumentos de autorresposta cientificamente validados para avaliar as variáveis em estudo.

A presente dissertação encontra-se organizada em várias secções. Inicia-se com o enquadramento teórico, integrando o estado da arte, que identifica os principais conceitos e estudos relacionados com o tema. Segue-se a metodologia, onde são descritas as etapas de recrutamento, recolha e análise dos dados. Posteriormente, são apresentados os resultados e a respetiva discussão, relacionando-os com a literatura existente, identificando limitações e propondo direções futuras para a investigação. Por fim, é apresentada a conclusão, que sintetiza os principais contributos do trabalho desenvolvido.

1. Enquadramento teórico

1.1. Literacia em Saúde: Enquadramento Conceptual

A literacia em saúde refere-se à capacidade do indivíduo para procurar, compreender, avaliar e utilizar informações e os serviços necessários, de modo a tomar decisões adequadas e conscientes e, consequentemente, ter um maior controlo sobre a sua saúde (Diviani & Schulz, 2012; Dolezel et al., 2018; Koay et al., 2012; Kobayashi & Smith, 2015; Rosa et al., 2025; Sharp et al., 2023; Sorensen et al., 2020; World Health Organization, 2024a). A literacia também abrange conhecimento pessoal e um conjunto de competências que se acumulam através das atividades diárias, das interações sociais e que passam de geração em geração, de modo a contribuir para a promoção e manutenção da saúde e bem-estar (WHO, 2024a).

Segundo Nutbeam (2000), a literacia em saúde é constituída por dois elementos fundamentais, as tarefas (*tasks*), que dizem respeito à facilidade com que o indivíduo consegue concretizar atividades, nomeadamente, ler um texto ou escrever frases; e as competências (*skills*), que se referem ao nível de conhecimento e destreza para realizar essas mesmas tarefas. Nesse sentido, engloba ainda três dimensões: a literacia funcional, que diz respeito às competências básicas de leitura e escrita, necessárias para a obtenção, compreensão e aplicação de informações relevantes na realização de tarefas quotidianas; a literacia interativa ou comunicativa, que envolve competências cognitivas, comunicativas e sociais, permitindo ao indivíduo construir significado a partir da informação proveniente de diversas formas de comunicação disponíveis, assim como interagir com os profissionais de saúde e aplicar o conhecimento nos diferentes contextos e circunstâncias; e, finalmente, a literacia crítica, que corresponde a competências sociais e cognitivas de nível superior, necessárias para analisar criticamente as informações obtidas e que permitem ao indivíduo exercer um maior controlo das situações relacionadas com a saúde, promovendo a tomada de decisões informadas e ações que favoreçam os cuidados de saúde (Chinn, 2011; Diviani & Schulz, 2012; Koay et al., 2012; Pedro et al., 2016).

De modo a promover a compressão deste conceito, foram desenvolvidos ao longo do tempo diversos modelos em literacia. Mancuso (2008) contribuiu com um modelo que engloba antecedentes, atributos e consequências a nível individual e social. Os antecedentes consideram conhecimentos e atitudes que capacitam o indivíduo a utilizar recursos adequadamente, traduzindo-se num conjunto de competências de carácter: (i) operacional; (ii) interativo; (iii) autónomo; (iv) informativo; (v) contextual; (vi) cultural. Relativamente aos atributos, referem-se a aptidões e estratégias consolidadas nas competências, englobando: (i) capacidade, que é adquirida através do processo de aprendizagem e afetada pela cultura; (ii) compreensão, que se traduz num processo complexo baseado na interação entre a lógica, a linguagem e a experiência, cruciais para a interpretação e compreensão da informação; e (iii) comunicação, que deve promover a compreensão, a escuta ativa e a observação crítica, e inclui ainda a comunicação com os profissionais de saúde. Por fim, as consequências de não alcançar um nível adequado de literacia em saúde podem traduzir-se, nomeadamente, no aumento dos custos de saúde e menos conhecimento sobre as doenças e respetivos tratamentos (Rosa et al., 2024).

Além do modelo anterior, considerando o modelo conceptual do *European Health Literacy Survey* (HLS-EU; Pedro et al., 2016), a literacia em saúde integra 3 domínios fundamentais: i) cuidados de saúde, que engloba um conjunto de capacidades necessárias à interpretação de informação relativa a questões médicas, assim como ao processo de tomada de decisão; ii) promoção da saúde, que diz respeito à disponibilidade para adquirir novos conhecimentos sobre a saúde, bem como formular uma opinião consciente; e (iii) prevenção da doença, que envolve o reconhecimento dos fatores de risco associados às diferentes doenças, e a capacidade de avaliar criticamente essas informações. Deste modo, o modelo descreve ainda quatro níveis de processamento de informação que são cruciais à tomada de decisão: (i) capacidade de acesso ou obtenção de informação relacionada com a saúde; (ii) compreensão dessa mesma informação; (iii) avaliação da sua relevância; e (iv) utilização de informação fundamental para a promoção da saúde (Pedro et al., 2016; Rosa et al., 2024; Sorensen et al., 2012).

O papel fundamental da literacia em saúde na prevenção de doenças tem sido cada vez mais reconhecido. No entanto, segundo um estudo realizado por Paiva et al. (2017), numa amostra da população portuguesa, com idades compreendidas entre os 16 e 79 anos, três a quatro pessoas apresentam níveis de literacia limitados, sendo que esta prevalência é mais elevada comparativamente a outros países europeus. Do mesmo modo, segundo Pedro et al. (2016), cerca de 61% da população portuguesa apresenta um nível problemático ou inadequado de literacia em saúde. Nos nove países que integram o consórcio HLS-EU, a proporção média de indivíduos com níveis limitados é de 49,2%, posicionando Portugal como o segundo país com a percentagem mais elevada nesta categoria.

Assim, existe uma evidente necessidade de promover o conhecimento neste âmbito, uma vez que baixo nível de literacia em saúde representa um fator de risco para o desenvolvimento de diversas patologias, bem como taxas de hospitalização e mortalidade mais elevadas (Diviani & Schulz, 2011; Pedro et al., 2016). Do mesmo modo, níveis mais baixos de literacia estão fortemente associados a piores resultados de saúde, à adoção de comportamentos e estilos de vida menos saudáveis, perceção mais negativa da saúde e a uma menor valorização e participação em ações de carácter preventivo, nomeadamente, rastreios (Diviani & Schulz, 2011; Koay et al., 2012; Kobayashi & Smith, 2015; Pedro et al., 2016).

Por outro lado, ainda que seja possível verificar uma relação entre o grau de escolaridade, nomeadamente, a existência de um curso superior, e níveis mais elevados de literacia em saúde (Koay et al., 2012; Paiva et al., 2017; Pedro et al., 2016), o nível geral de literacia em saúde em estudantes universitários parece ser insuficiente (Kuhn et al., 2022). Um estudo realizado por Pedro et al. (2022), com estudantes portugueses do ensino superior, revelou que 44% dos mesmos apresentam um nível problemático ou inadequado de literacia em saúde.

Deste modo, o contexto de Ensino Superior pode constituir-se como um ambiente importante para a promoção da saúde junto dos estudantes, de modo a contribuir para o aumento da conscientização dos riscos associados aos estilos de vida adotados.

1.2. Literacia em Cancro: Conceito e Implicações para a Prevenção e a Deteção Precoce

O cancro representa um dos maiores desafios de saúde a nível global, uma vez que se constitui como a segunda principal causa de morte mundial (Barros et al., 2024; Ryman et al., 2024). É caracterizado como um grupo de doenças resultantes da proliferação anormal de células, que se espalham por outras partes do corpo, de forma rápida e descontrolada (National Cancer Institute, 2021).

Estima-se que a taxa de incidência da doença oncológica continuará a aumentar nas próximas décadas, prevendo-se que atinja cerca de 34.4 milhões de novos casos em todo o mundo até 2050, o que representa um aumento de 67% face a 2024 (Sung et al., 2026). Adicionalmente, estima-se que uma em cada cinco pessoas em todo o mundo receberá um diagnóstico de cancro durante a vida (Bray et al., 2024). Esta tendência de crescimento tem sido também observada entre as populações mais jovens (Jia et al., 2024).

Apesar da elevada incidência, uma parte significativa dos casos de cancro pode ser prevenida (Colditz & Wei, 2012; Diviani & Schulz, 2012; Sung et al., 2026; Vineis & Wild, 2014), estimando-se que 30% a 50% dos casos poderiam ser evitados através da redução da exposição a fatores de risco e da implementação de estratégias de prevenção (Ryman et al., 2024; Sharp et al., 2023; WHO, 2024b), particularmente através da prevenção primária dirigida a fatores de risco modificáveis (Sung et al., 2026). Cerca de 44% das mortes por cancro a nível mundial são atribuíveis a fatores de risco modificáveis, como o tabagismo, o consumo de álcool e a inatividade física (GBD 2019 Cancer Risk Factors Collaborators, 2022; Sharp et al., 2023).

Neste contexto, a literacia sobre a doença assume um papel central. Contudo, a literacia em saúde foca-se, principalmente, nas competências básicas relacionadas à saúde, e, portanto, não abrange totalmente o conhecimento necessário para entender uma condição específica como o cancro (Diviani & Schulz, 2011). De modo a colmatar esta limitação, surgiu o conceito de literacia em cancro que, uma vez que deriva do conceito de literacia em saúde, inclui as mesmas dimensões (Barros et al., 2024). Assim, literacia em cancro é definida como todo o conhecimento necessário para entender as informações e recomendações que o sistema de saúde proporciona (Diviani & Schulz, 2011), focando-se mais no conhecimento sobre fatores de risco, ações de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento do cancro, bem como estratégias para lidar com a doença, devido às implicações sociais e emocionais subjacentes (Barros et al., 2024; Sorensen et al., 2020).

Promover a literacia em cancro implica, assim, garantir que os indivíduos dispõem da informação e do apoio necessários para uma tomada de decisão informada e para o envolvimento ativo em comportamentos preventivos e de autocuidado (Ramírez et al., 2013; Rosa et al., 2025; WHO, 2024b). De modo a intervir mais precocemente, tem existido um crescente investimento em compreender os níveis de literacia em cancro no contexto do Ensino Superior, dado que, apesar de os estudantes terem acesso mais facilitado a recursos, muitos apresentam limitações no que diz respeito ao conhecimento sobre o cancro (Silveira et al., 2023).

Assim sendo, os jovens adultos constituem uma população particularmente vulnerável (Hudson et al., 2021), considerando que se encontram num processo de exploração e

desenvolvimento de autonomia característico desta etapa desenvolvimental (Rosa et al., 2025). Nesse sentido, esta população apresenta um risco acrescido de iniciar comportamentos e atividades prejudiciais à saúde (Rosa et al., 2025; Hudson et al., 2021), nomeadamente, o consumo de tabaco e álcool, padrões alimentares inadequados, inatividade física e isolamento social (Yang et al., 2017). Estes comportamentos são frequentemente intensificados pelas mudanças associadas à vivência académica, o que pode dificultar a adoção de comportamentos preventivos, bem como a procura antecipada por aconselhamento e acompanhamento médico adequado (Sharp et al., 2023). Deste modo, os fatores sociocomportamentais parecem influenciar o desenvolvimento de cancro durante e após a idade adulta jovem (Brindis, 2017), na medida em que estão associados a um maior risco de obesidade e/ou níveis elevados de proteína C-reativa (CRP), um marcador inflamatório que, juntamente com a obesidade, tem sido implicado no processo de desenvolvimento de diferentes tipos de cancro (Yang et al., 2017).

Além disso, considerando que os estudantes do Ensino Superior utilizam frequentemente ferramentas digitais, estando expostos a informação menos credível, torna-se essencial promover a procura de informação oncológica fidedigna, incentivando à utilização de plataformas *online* seguras e adaptadas às suas necessidades (Rosa et al., 2025).

O conhecimento sobre o cancro não se distribui, contudo, de forma homogénea, variando em função do tipo de cancro e das características dos indivíduos. Relativamente aos diferentes tipos de cancro, estudos indicam níveis de conhecimento mais elevados para o cancro da mama e da pele e mais reduzidos para o cancro do cólon e reto (Barros et al., 2024; Khamjan et al., 2023), sendo igualmente descritos níveis limitados de conhecimento sobre os fatores de risco e sintomas do cancro do estômago (Liu et al., 2019). Paralelamente, alguns tipos de cancro, nomeadamente, o cancro da mama, parecem beneficiar de maior visibilidade pública (Fonnes et al., 2021; Konfortion et al., 2014). No que respeita às características individuais, o conhecimento sobre o cancro parece variar em função de fatores sociodemográficos, como o género, a idade, a região de residência, o nível e o ano de escolaridade e a história pessoal ou familiar de cancro (Khamjan et al., 2023; Romeo-Cervera et al., 2026), bem como de características académicas, nomeadamente, a área de formação (Kocaoğlu & Güçlüel, 2026; Rosa et al., 2025).

Por outro lado, os jovens adultos constituem também uma população particularmente recetiva à intervenção, dada a sua elevada capacidade de aprendizagem e o potencial de modificação de comportamentos nesta fase do desenvolvimento (Jia et al., 2024). Neste sentido, a transição para o Ensino Superior poderá constituir-se como um momento privilegiado para a promoção da literacia em cancro, favorecendo o desenvolvimento de uma consciência crítica face à informação de saúde e a redução de comportamentos de risco (Rosa et al., 2025). Contudo, para que o conhecimento se traduza efetivamente em comportamentos, importa compreender os processos psicossociais que poderão estar envolvidos nesta relação, nomeadamente, as crenças individuais acerca do controlo sobre a saúde e as respostas emocionais face à doença.

1.3. Literacia em Cancro, Crenças sobre a Saúde e a Doença e Sintomas Psicológicos

A perceção subjetiva de controlo sobre os acontecimentos de vida está, frequentemente, associada a indicadores de saúde física e psicológica (Bernardes & Lima, 2008), uma vez que a forma como o indivíduo interpreta os eventos pode influenciar as suas escolhas e ações futuras. De acordo com o modelo tridimensional da perceção de controlo (Skinner, 1995), estas perceções organizam-se em três sistemas de crenças: as crenças de controlo, relativas à expectativa de que o indivíduo consegue produzir resultados desejados ou evitar resultados indesejados no domínio da saúde; as crenças de estratégia, relativas à expectativa de que determinados meios ou causas são suficientes para produzir certos resultados; e as crenças de capacidade, relativas à expectativa de que o próprio possui ou tem acesso a esses meios ou causas (e.g., Bernardes & Lima, 2008).

A literatura tem sugerido que baixos níveis de conhecimento sobre o cancro estão associados a uma perceção reduzida de controlo sobre os fatores de risco, bem como ao desenvolvimento de crenças inadequadas sobre o mesmo (Rosa et al., 2025). Nesse sentido, determinadas crenças e atitudes constituem-se como fatores potencialmente importantes na forma como o indivíduo gere a sua saúde e se envolve em práticas promotoras da mesma (Fleart et al., 2019; Morris et al., 2013).

Entre as crenças acerca dos fatores que determinam a doença, estudos têm demonstrado que persistem crenças em causas míticas do cancro, isto é, fatores para os quais não existe evidência científica que sustente uma relação causal (Shahab et al., 2018). Entre as causas míticas mais frequentemente identificadas encontram-se o *stress*, os aditivos alimentares, a exposição a campos eletromagnéticos não ionizantes e os alimentos geneticamente modificados (Smith et al., 2018). Deste modo, os indivíduos tendem a atribuir relevância a determinados fatores relacionados com o estilo de vida e o ambiente, que não afetam significativamente o desenvolvimento de cancro. Estas crenças desviam a atenção para a adoção de comportamentos que poderiam, efetivamente, reduzir o risco de cancro, levando os indivíduos a concentrar-se na mitigação de fatores de risco que se revelam infundados cientificamente (Munir et al., 2022). Por outro lado, o envolvimento em comportamentos promotores da saúde está associado a crenças mais precisas acerca das causas reais do cancro (Shahab et al., 2018).

Além disso, a presença de crenças fatalistas, nas quais o indivíduo acredita não ter controlo sobre a sua saúde e atribui causas externas e inevitáveis à doença, também dificulta significativamente a implementação de estratégias e comportamentos preventivos (Emanuel et al., 2016; Fleary, 2019; Uncu et al., 2025). Estas crenças são, particularmente, frequentes em jovens adultos (Kobayashi & Smith, 2015), tornando os estudantes do Ensino Superior uma população vulnerável, uma vez que esta perceção de incapacidade na prevenção da doença prejudica a adoção de estilos de vida mais saudáveis (Morris et al., 2013; Swoboda et al., 2025).

Para além das crenças, a literacia em cancro parece relacionar-se com a saúde psicológica dos estudantes. O nível de conscientização sobre as doenças relaciona-se com as decisões e comportamentos de saúde, podendo também desencadear sintomas psicológicos (Jia et al., 2024). Um estudo de Jia et al. (2024), com uma amostra de 1670

estudantes de Ensino Superior, demonstrou que níveis mais elevados de literacia em cancro têm um impacto positivo significativo na saúde mental dos mesmos, traduzindo-se em níveis mais baixos de *stress* e ansiedade associados ao medo do desconhecido, isto é, à falta de compressão dos fatores de risco, sintomas iniciais e medidas preventivas do cancro. O aumento da literacia em cancro permitiria, assim, que os estudantes percecionassem a doença como mais evitável e controlável, contribuindo para o seu bem-estar psicológico (Jia et al., 2024).

Apesar da evidência que relaciona a literacia em cancro com variáveis psicológicas em populações clínicas, verifica-se uma escassez de estudos que avaliem esta relação em adultos saudáveis, particularmente em estudantes do Ensino Superior. A literacia em cancro pode ser entendida como um fator relevante, ao influenciar o conhecimento e a compreensão acerca da doença, bem como, potencialmente, a adoção de comportamentos preventivos. Estes comportamentos relacionam-se, por sua vez, com um conjunto de crenças individuais (Fleary et al., 2019), que podem facilitar ou dificultar a sua implementação, bem como com respostas emocionais, nomeadamente, sintomas de depressão, ansiedade e *stress*. Torna-se, portanto, pertinente explorar de que forma a literacia em cancro se relaciona com estes processos nesta população.

1.4. Literacia em Cancro e Comportamentos de Saúde: Perspetiva Teórica e Evidência Empírica

Níveis mais baixos de literacia em cancro poderão ter implicações significativas na qualidade de vida dos jovens (e.g., Serin et al., 2010), especialmente, no que diz respeito à prevenção do cancro, traduzindo-se no aumento de comportamentos de risco, na diminuição da participação em programas de prevenção e rastreios e, eventualmente, em diagnósticos tardios (Barros, 2014). Por outro lado, níveis mais elevados de literacia em cancro estão associados à adoção de comportamentos saudáveis (Rosa et., 2025). Importa, por isso, compreender os processos que poderão explicar esta relação.

As intenções comportamentais constituem-se como o determinante proximal do comportamento humano, assumindo um papel fundamental na sua compreensão (Ajzen, 1991; Conner et al., 2024). As intenções captam a motivação e o grau de esforço que os indivíduos estão dispostos a investir na concretização do comportamento e, portanto, quanto mais forte for a intenção de se envolver num determinado comportamento, maior a probabilidade da sua execução (Ajzen, 1991). Neste sentido, as intenções e os comportamentos de saúde constituem resultados intimamente relacionados, sendo os modelos sociocognitivos frequentemente utilizados para a sua compreensão.

Diversos modelos psicológicos explicativos do comportamento sustentam a relação entre intenções e ação. A *Theory of Planned Behavior* (TPB) (Ajzen, 1991), postula que o comportamento é precedido pelas intenções comportamentais, que, por sua vez, são determinadas pelas atitudes, normas subjetivas e pelo controlo comportamental percebido do indivíduo. Este último construto assenta nas crenças de controlo, isto é, nas perceções individuais acerca dos recursos ou obstáculos que podem facilitar ou dificultar a execução do comportamento (Peters & Templen, 2010). Quanto maior for o controlo comportamental

percebido, mais forte tende a ser a intenção do indivíduo de realizar determinado comportamento (Bosnjak et al., 2020).

No contexto da prevenção do cancro, o controlo percebido assume particular relevância. A presença de crenças fatalistas, caracterizadas pela convicção de que o desenvolvimento do cancro está além do controlo humano, está associada a uma diminuição da perceção de controlo face à manutenção da saúde. Assim sendo, no contexto da prevenção do cancro, este construto assume particular relevância, uma vez que níveis reduzidos de controlo percebido podem comprometer a decisão de participar em rastreios ou adotar comportamentos protetores de saúde (Fleary et al., 2019). A literacia em cancro pode contrariar este efeito, ao promover a consciencialização sobre a doença e o seu elevado potencial preventivo (Barros et al., 2024), contribuindo para promover o controlo percebido.

De forma complementar, o *Health Belief Model* (HBM) (Rosenstock et al., 1988) propõe que as decisões de saúde são influenciadas por crenças relativas à suscetibilidade, gravidade, benefícios, barreiras, autoeficácia e estímulos para a ação. Estas crenças determinam a disposição para adotar comportamentos preventivos (Mabotja et al., 2021). Entre os seus construtos, os benefícios percebidos e as barreiras percebidas destacam-se como preditores consistentes de comportamentos de prevenção. Assim, níveis mais elevados de literacia em cancro — que incluem conhecimento sobre fatores de risco, sintomas e estratégias preventivas — podem promover crenças de saúde mais favoráveis e influenciar a formação de intenções preventivas (Carpenter, 2010).

Deste modo, tanto a TPB como o HBM convergem na ideia de que os comportamentos de saúde são moldadas por processos cognitivos e emocionais, e que estes podem ser influenciados pela literacia em saúde. A literacia em cancro pode reforçar o controlo percebido (Barros et al., 2024; Montano & Kasprzyk, 2015), promover alterações nas crenças de saúde (Carpenter, 2010; Alyafei & Easton-Carr, 2024) e facilitar a forma como os indivíduos lidam emocionalmente com a ameaça da doença. De facto, evidências sugerem que o impacto da literacia nas intenções pode ser parcialmente explicado pela capacidade de *coping*, indicando que indivíduos mais informados e emocionalmente preparados tendem a apresentar intenções preventivas mais consistentes (Sun et al., 2025).

Importa, contudo, considerar o nível de especificidade dos comportamentos em análise. De acordo com o princípio da compatibilidade (Ajzen & Fishbein, 1977), a associação entre um determinante e um comportamento tende a ser mais forte quando ambos apresentam um nível de especificidade equivalente. Embora este princípio não se refira diretamente à relação entre conhecimento e comportamento, constitui um enquadramento conceptual para considerar a possível relevância da especificidade das variáveis em estudo. Neste sentido, a literacia em cancro poderá relacionar-se de forma mais direta com comportamentos especificamente orientados para a doença, como os comportamentos de deteção precoce (e.g., autoexame, rastreio), do que com comportamentos de saúde de carácter mais geral, como a atividade física ou a alimentação, cuja concretização poderá depender de fatores pessoais ou contextuais (Diviani & Schulz, 2014). Num estudo realizado com 639 adultos, Diviani e Schulz (2014) identificaram uma associação positiva entre a literacia em cancro e a participação em vários rastreios, bem como a intenção de rastreio, mas não com um índice de comportamentos preventivos gerais (e.g., não fumar,

consumir fruta e vegetais e praticar atividade física). Adicionalmente, uma revisão sistemática identificou uma associação positiva entre a literacia em cancro e a intenção de participar em rastreios, embora os resultados relativos à participação efetiva tenham variado consoante o tipo de cancro (Isonne et al., 2025). No que respeita especificamente ao autoexame, estudos realizados com estudantes do Ensino Superior identificaram associações significativas entre o conhecimento sobre o cancro da mama e a prática de autoexame mamário (Tiongco et al., 2024; Zhang et al., 2021). De forma semelhante, Casey et al. (2010) verificaram que os homens com maior conhecimento sobre o cancro do testículo apresentavam maior probabilidade de realizar autoexame testicular.
Estes resultados sugerem que a relação entre o conhecimento sobre a doença oncológica e os comportamentos de saúde poderá variar em função da especificidade do comportamento considerado.

1.5. O presente estudo

Apesar da relevância teórica da literacia em cancro, a evidência empírica permanece limitada. A revisão sistemática de Isonne et al. (2025) destaca a escassez de estudos que avaliem a literacia como determinante dos comportamentos de saúde. Ainda assim, apesar da heterogeneidade de metodologias e do foco em diferentes tipos de cancro, estudos indicam que níveis mais elevados de literacia em cancro parecem estar positivamente associados a maior adesão a comportamentos de saúde relacionados com a prevenção do cancro, nomeadamente a participação em rastreios (Isonne et al., 2025). Torna-se, assim, pertinente investigar, nesta população, de que forma a literacia em cancro se relaciona com as atitudes e comportamentos de saúde, bem como o papel que as crenças de controlo face à saúde e os sintomas de depressão, ansiedade e *stress* — construtos centrais nos modelos explicativos do comportamento de saúde — poderão desempenhar nesta relação. Com base neste enquadramento, o presente estudo apresentou como objetivos principais: (i) caracterizar os níveis de literacia em cancro, considerando a operacionalização do construto de conhecimento efetivo e perceções; (ii) explorar os fatores sociodemográficos e académicos associados ao conhecimento efetivo; (iii) analisar a relação entre o conhecimento efetivo e as atitudes e comportamentos de saúde, nomeadamente, a realização de autoexame, enquanto comportamento de deteção precoce, e as atitudes e comportamentos de promoção e proteção da saúde; e (iv) explorar as crenças de controlo face à saúde e os sintomas de depressão, ansiedade e *stress* enquanto potenciais mecanismos explicativos – mediadores - da relação entre o conhecimento efetivo e as atitudes e comportamentos de promoção e proteção da saúde.
O presente estudo poderá assim apresentar um potencial contributo para a compreensão dos processos cognitivos e emocionais associados à relação entre a literacia em cancro e a adoção de comportamentos de saúde, contribuindo para o desenvolvimento de estratégias mais eficazes de educação e prevenção.

2. Método

2.1. Design do estudo e participantes

O presente estudo apresentou um desenho transversal, de natureza correlacional. A amostra, de conveniência, foi constituída por estudantes que cumpriam os seguintes critérios de inclusão: (i) frequentar uma instituição portuguesa de Ensino Superior; (ii) ter idade compreendida entre os 18 e os 35 anos, correspondendo à faixa etária dos jovens adultos (Tate et al., 2014); e (iii) ser falante nativo de língua portuguesa. Foram excluídos os indivíduos com comprometimentos cognitivos que impossibilitassem a participação autónoma no estudo.

2.2. Instrumentos

2.2.1. Questionário sociodemográfico e clínico

O protocolo de avaliação incluiu um questionário sociodemográfico e clínico, de modo a recolher informação sobre características sociodemográficas e académicas dos participantes, nomeadamente, a idade, o género, a nacionalidade, o estado civil, a área de residência, a instituição de ensino, o ciclo de estudos, a área científica e o curso, bem como o ano de frequência. Foram ainda recolhidas informações clínicas relativas à existência de histórico de doença oncológica e, quando aplicável, à fase atual da doença, ao diagnóstico de outra doença crónica, à participação prévia em programas de rastreio, à realização habitual de autoexame, bem como ao diagnóstico atual ou passado de perturbação psicológica/psiquiátrica e ao acompanhamento psicológico ou psiquiátrico atual.

2.2.2. Conhecimento e Perceções dos Estudantes sobre o Cancro (SKPaC)

O instrumento Conhecimento e Perceções dos Estudantes sobre o Cancro, designado em inglês por *Students' Knowledge and Perceptions About Cancer* (SKPaC) (Barros et al., 2018) trata-se de uma medida de autorrelato que pretende avaliar o conhecimento e perceções sobre a doença oncológica em contexto educacional, indicada para avaliar os níveis de literacia em cancro.

Esta medida foi originalmente constituída por 35 itens, organizada em três secções: (i) Perceções sobre o cancro, com 14 itens; (ii) Conhecimento sobre o cancro, com 18 itens; (iii) Caracterização sociodemográfica dos estudantes, com três itens. Contudo, no presente estudo, foi aplicada uma versão mais recente do instrumento, desenvolvida e disponibilizada pela equipa de investigação responsável pela sua construção, que incluiu 10 itens adicionais de conhecimento, perfazendo um total de 28 questões de conhecimento efetivo. Foram apenas utilizadas as secções relativas às perceções e ao conhecimento sobre o cancro, uma vez que a informação sociodemográfica foi recolhida através das questões anteriormente descritas. Este instrumento foca-se em diferentes tipos de cancro, nomeadamente, cancro da mama, cancro do pulmão, cancro do colo do útero, cancro da pele, cancro do estômago, cancro da próstata e cancro do cólon e reto,

bem como aspetos mais gerais associados a fatores de risco e de prevenção. Inicialmente, a medida apresenta questões com uma escala do tipo *Likert* de 10 pontos (em que 0 significa "Não sabe nada/Não tem qualquer informação" e 10 "Sabe quase tudo/Tem informação suficiente para não ter dúvidas") acerca dos temas supramencionados. Seguidamente, é constituída, maioritariamente, por questões de resposta fechada, com uma possibilidade de resposta correta, sendo que maiores pontuações estão associadas a maiores níveis de literacia em cancro. Nos estudos psicométricos para a versão portuguesa (Barros et al., 2018), a consistência interna foi avaliada na aplicação da medida com diferentes amostras de estudantes e em momentos distintos, demonstrando valores de alfa de *Cronbach* que variam entre 0.610 e 0.947 e mostrando-se aceitável. No presente estudo, obteve-se um alfa de *Cronbach* de ,87 para o conhecimento efetivo e de ,92 para o conhecimento percebido.

2.2.3. Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS)

O Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS) (Pais-Ribeiro, 2004), foi desenvolvido inspirado nos primeiros 61 itens do Inventário de *Wellness*, pertencente ao *Life-Style Assessment Questionnaire* (LAQ) (Hettler, 1982) para avaliar aquilo que as pessoas fazem para cuidar da sua saúde e evitar doenças. É um questionário de autorrelato constituído por 28 itens, que estão divididos em cinco categorias: (i) Exercício físico; (ii) Nutrição; (iii) Autocuidado; (iv) Segurança motorizada; (v) Uso de drogas e similares. Os itens são respondidos numa escala do tipo *Likert* de cinco pontos que varia entre 1 "Quase nunca" e 5 "Quase sempre" e a pontuação total pode variar entre 28 e 140, sendo que valores mais elevados correspondem a um estilo de vida mais saudável. A consistência interna demonstrou-se aceitável, sendo que a escala total de todos os itens apresentou um valor de alfa de *Cronbach* de 0.76 (Pais-Ribeiro, 2004). No presente estudo, a dimensão Segurança motorizada (itens 13 a 15) não foi incluída no protocolo de avaliação, por avaliar comportamentos sem relação direta com a prevenção do cancro. Foram, assim, consideradas quatro dimensões (25 itens), cujas pontuações foram obtidas através da média dos respetivos itens (1–5). Os valores de alfa de *Cronbach* na presente amostra foram de ,80 para o exercício físico, ,84 para a nutrição, ,73 para o autocuidado e ,52 para o uso de drogas e similares, devendo os resultados desta última dimensão ser interpretados com precaução.

2.2.4. Questionário de Crenças de Controlo face à Saúde (QCCS)

O Questionário de Crenças de Controlo face à Saúde (QCCS; Bernardes & Lima, 2008) foi desenvolvido com base no modelo tridimensional da perceção de controlo (Skinner, 1995). O instrumento é composto por 54 itens, organizados em 12 escalas que avaliam três sistemas de crenças: (i) crenças de controlo (6 itens), relativas ao grau de controlo que o indivíduo crê possuir sobre o seu estado de saúde; (ii) crenças de estratégia (25 itens), relativas aos fatores causais subjacentes à saúde e à doença, organizadas em seis escalas (Esforço, Atributos, Outros Poderosos, Sorte, Estados Emocionais e Causas Desconhecidas); e (iii) crenças de capacidade (23 itens), relativas à perceção de acesso a esses fatores causais, organizadas em cinco escalas (Esforço, Atributos, Outros Poderosos, Sorte e Estados Emocionais). A resposta é dada através de uma escala do tipo

Likert de quatro pontos, entre 1 ("Quase nunca é verdade") e 4 ("É quase sempre verdade"), sendo as pontuações obtidas através da média dos itens de cada escala, após inversão dos itens de formulação negativa, em conformidade com o procedimento dos autores. Valores mais elevados correspondem a níveis mais elevados de cada tipo de crença. No estudo original, a consistência interna revelou-se razoável a boa, com a maioria das escalas a apresentar valores de alfa de *Cronbach* entre ,70 e ,89 (Bernardes & Lima, 2008). No presente estudo, obteve-se um alfa de ,79 para as crenças de controlo; para as crenças de estratégia, os valores foram de ,50 (Esforço), ,74 (Atributos), ,65 (Outros Poderosos), ,80 (Sorte), ,73 (Estados Emocionais) e ,76 (Causas Desconhecidas); e, para as crenças de capacidade, de ,75 (Esforço), ,85 (Atributos), ,90 (Outros Poderosos), ,81 (Sorte) e ,85 (Estados Emocionais). Atendendo à consistência interna reduzida da escala Estratégia–Esforço, os respetivos resultados devem ser cuidadosamente interpretados.

2.2.5. Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)

A Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* – EADS-2, designado em inglês por *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS) (Lovibond & Lovibond, 1995; Versão Portuguesa: Pais-Ribeiro et al., 2004), é um instrumento que visa avaliar os níveis de depressão, ansiedade e *stress* em jovens adultos e adultos. Esta escala é composta por 21 itens, agrupados em três subescalas: (i) Depressão; (ii) Ansiedade; (iii) *Stress*, sendo que cada uma apresenta sete itens. Cada item é respondido através de uma escala do tipo *Likert* de quatro pontos, que reflete a severidade e frequência dos sintomas experimentados nos últimos sete dias, sendo 0 "Não se aplicou nada a mim" e 3 "Aplicou-se a mim a maior parte das vezes". A cotação é obtida através da soma dos resultados dos 7 itens de cada subescala, permitindo que a pontuação total de cada subescala varie entre 0 e 21 pontos. Quanto mais elevada for a pontuação final, maior será a presença de estados afetivos negativos. O estudo de validação portuguesa apresentou boas propriedades psicométricas, com valores de alfa de *Cronbach* de 0.85 para a escala de depressão, de 0.74 para a escala de ansiedade; e 0.81 para a escala de *stress* (Pais-Ribeiro et al., 2004). No presente estudo, os valores foram de ,91, ,92 e ,91, respetivamente.

2.3. Procedimentos

O recrutamento dos participantes decorreu em formato *online* e presencial, através da divulgação do questionário, com recurso à plataforma *Limesurvey*, integrado no servidor da Universidade Portucalense. Numa fase inicial, o estudo foi divulgado através das redes sociais (e.g., *Facebook* e *Instagram*), tendo sido solicitada a sua partilha junto de núcleos e associações de estudantes de diversas instituições de Ensino Superior do país e de federações académicas, bem como de páginas e grupos relacionados com a Psicologia e a saúde mental. Posteriormente, e de modo a alargar a amostra, o estudo foi também divulgado presencialmente na Universidade Portucalense, através da sua apresentação em contexto de sala de aula. Neste contexto, os estudantes foram informados sobre os objetivos do estudo e das condições de participação, sendo-lhes disponibilizado o acesso ao questionário através da leitura do *QR Code* presente no *flyer* de divulgação.

O protocolo de avaliação, com uma duração aproximada de 30 minutos, foi apresentado pela seguinte ordem: questionário sociodemográfico e clínico, SKPaC, QACS, QCCS e EADS-21. A participação não envolveu qualquer contrapartida.

O estudo respeitou os princípios éticos nacionais e internacionais aplicáveis à investigação com seres humanos, nomeadamente os previstos na Declaração de Helsínquia e no Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses. Antes de iniciarem o preenchimento do protocolo, os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, o caráter voluntário da participação e a possibilidade de a interromperem a qualquer momento, sem qualquer consequência, sendo a participação condicionada à aceitação do consentimento informado. O questionário não recolheu dados que permitissem a identificação dos participantes, garantindo-se o anonimato das respostas. O tratamento dos dados respeitou o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados, Regulamento (UE) 2016/679 (2016), e a Lei n.º 58/2019 (2019), tendo os dados sido utilizados exclusivamente para fins de investigação e o seu acesso restrito à equipa de investigação.

2.4 Análise de dados

A análise dos dados foi conduzida com recurso ao *IBM SPSS Statistics* (versão 29), sendo adotado um nível de significância de $\alpha = ,05$ em todas as análises. Numa fase inicial, foram realizadas análises descritivas (frequências absolutas e relativas, médias, desvios-padrão, medianas e amplitudes interquartis) para a caracterização sociodemográfica e clínica da amostra e dos níveis de literacia em cancro. Previamente à seleção dos procedimentos estatísticos, foram verificados os pressupostos de cada análise. A normalidade das distribuições foi avaliada através dos testes de *Kolmogorov–Smirnov,* com correção de *Lilliefors*, e a homogeneidade das variâncias através do teste de *Levene*. Optou-se por procedimentos não paramétricos sempre que se verificou violação do pressuposto de normalidade e quando os grupos em comparação apresentavam dimensão reduzida e desigual.

Para caracterizar os níveis de literacia em cancro, as diferenças no conhecimento efetivo entre os tipos de cancro foram analisadas através do teste de *Friedman* (W de *Kendall*), e a associação entre o conhecimento efetivo e o conhecimento percebido através do coeficiente de correlação de *Spearman*. Por sua vez, para explorar os fatores sociodemográficos e académicos associados ao conhecimento efetivo, recorreu-se aos testes de *Mann–Whitney* e de *Kruskal–Wallis*, com comparações múltiplas com correção de *Bonferroni*, e ao coeficiente de correlação de *Spearman* para a associação com a idade. Para a comparação entre áreas de formação, os cursos foram inicialmente classificados de acordo com a CITE-F 2013 (UNESCO *Institute for Statistics*, 2014). Atendendo ao reduzido número de participantes em várias das áreas resultantes, estas foram agregadas em três grupos: Saúde, Psicologia (dada a sua elevada representatividade na amostra), e outras áreas de formação.

No que respeita à relação entre o conhecimento efetivo e as atitudes e comportamentos de saúde, considerou-se, em primeiro lugar, a realização de autoexame, enquanto comportamento de deteção precoce do cancro. O teste de *Mann–Whitney* foi utilizado

para comparar as pontuações de conhecimento efetivo entre os participantes que realizavam e não realizavam autoexame. Posteriormente, para analisar se o conhecimento efetivo contribuía para explicar a realização de autoexame para além das características dos participantes, foi conduzida uma regressão logística binária hierárquica, introduzindo-se, no primeiro bloco, a idade, o género e a área de formação, enquanto variáveis de controlo bem estabelecidas na literatura como fatores de influência (Khamjan et al., 2023; Kocaoğlu & Güçlüel, 2026; Romeo-Cervera et al., 2026; Rosa et al., 2025), e, no segundo bloco, o conhecimento efetivo. Verificaram-se os pressupostos de linearidade, de ausência de multicolinearidade e de observações influentes (Stoltzfus, 2011). A melhoria do modelo com a introdução de cada bloco foi avaliada através do teste do qui-quadrado da razão de verosimilhanças, o ajustamento do modelo através do teste de *Hosmer–Lemeshow* e a proporção de variância explicada através do R^2 de *Nagelkerke*, sendo os resultados apresentados em *odds ratios* (OR), com os respetivos intervalos de confiança a 95%. Foi ainda realizada uma análise de sensibilidade, incluindo a história de doença oncológica no primeiro bloco. Em segundo lugar, a relação entre o conhecimento efetivo e as atitudes e comportamentos de promoção e proteção da saúde, avaliados pelo QACS, foi analisada através do coeficiente de correlação de *Pearson*. Por fim, foram também analisadas as correlações entre o conhecimento efetivo, as crenças de controlo face à saúde, os sintomas de depressão, ansiedade e *stress* e as atitudes e comportamentos de promoção e proteção da saúde, através do coeficiente de correlação de *Pearson*. Nestas análises correlacionais, a magnitude dos efeitos foi interpretada de acordo com os critérios de *Cohen* (1988). A possibilidade de testar o modelo de mediação previsto no objetivo (iv) foi avaliada de acordo com a abordagem dos componentes, segundo a qual a presença de um efeito indireto requer a significância dos caminhos entre a variável preditora e os mediadores e entre estes e a variável de resultado (e.g., Yzerbyt et al., 2018).

3. Resultados

3.1. Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra

A amostra foi constituída por 141 estudantes de instituições de Ensino Superior portuguesas, com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos (M = 21,17; DP = 3,02). A maioria dos participantes identificava-se com o género feminino (n =116; 82,3%), residia na região Norte do país (n = 129; 91,5%) e era solteira (n = 140; 99,3%;). Relativamente ao percurso académico, 77,3% dos estudantes frequentavam a licenciatura (n = 109), seguindo-se o mestrado como o segundo ciclo de estudo mais frequente entre a amostra (n=25; 17,7%). Cerca de 61% dos estudantes (n = 86) frequentavam o 2º ano do 1º ciclo de estudos. Relativamente às áreas de formação, os cursos indicados pelos participantes foram agrupados pelas investigadoras de acordo com as categorias da Classificação Internacional Tipo da Educação – Áreas de Educação e Formação (CITE-F 2013; UNESCO, 2014). Observou-se uma maior representatividade das áreas de Ciências Sociais, Jornalismo e Informação (n = 84; 59,6%), nomeadamente, do curso de Psicologia; de Saúde e Proteção Social (n = 20; 14,2%), nomeadamente, do curso de Enfermagem; e de Ciências Empresariais, Administração e Direito (n = 13; 9,2%), nomeadamente, do curso de Direito. A maioria não tinha estatuto de trabalhador-estudante (n = 122; 86,5%) e mantinha a sua residência habitual durante o ano letivo (n = 109; 77,3%). Quanto às características clínicas, 5% dos participantes (n = 7) referiram um diagnóstico atual ou prévio de doença oncológica. Destes, 85,7% encontravam-se em remissão (n = 6) e 14,3% em tratamento (n = 1). Adicionalmente, 12,1% dos estudantes (n=17) indicaram ter, pelo menos, uma outra doença crónica diagnosticada por um profissional de saúde, sendo a asma a condição mais frequente (n = 9; 52,9%). Relativamente às práticas de prevenção e deteção precoce do cancro, apenas 2,1% (n=3) referiram ter participado em programas de rastreio do cancro do colo do útero. Quanto à prática de autoexame, 53,9% (n=76) indicaram não o realizar. Relativamente à saúde mental, 30,5% participantes (n = 43) reportaram ter ou ter tido anteriormente uma doença psicológica ou psiquiátrica, sendo as perturbações de ansiedade as condições mais frequentes (n = 30; 69,8%). No que diz respeito ao acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, à data do recrutamento, 22,7% dos participantes (n = 32) reportaram encontrar-se em acompanhamento ou ter recebido acompanhamento anteriormente, sendo as perturbações de ansiedade o motivo mais reportado (n = 15; 46,9%). As características sociodemográficas e clínicas dos participantes encontram-se presentes na Tabela 1.

Tab. 1 | Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra em estudo (N=141).

Variáveis	n	%
Idade (M±DP, intervalo)	21,17±3,017; 18-35	
Género		
Feminino	116	82,3
Masculino	25	17,7
Estado civil		
Solteiro/a	140	99,3
Casado/a	1	0,7
Área de residência		
Norte	129	91,5
Centro	8	5,7
Lisboa e Vale do Tejo	1	0,7
Algarve	2	1,4
Região Autónoma da Madeira	1	0,7
Área científica do curso		
Educação	6	4,3
Artes e Humanidades	3	2,1
Ciências sociais, jornalismo e informação	84	59,6
Ciências empresariais, administração e direito	13	9,2
Tecnologias da informação e comunicação	3	2,1
Engenharia, indústrias transformadoras e construção	7	5,0
Agricultura, silvicultura, pescas e ciências veterinárias	3	2,1
Saúde e proteção social	20	14,2
Serviços	2	1,4
Ano de frequência do curso		
1º ano	20	14,2
2º ano	86	61,0
3º ano	19	13,5
4º ano	16	11,3
Diagnóstico de doença oncológica		
Sim	7	5,0
Não	134	95,0
Estadio da doença oncológica		
Fase de tratamento	1	0,7
Fase de remissão	6	4,3
Participação em programas de rastreio oncológico		
Sim	3	2,1
Não	138	97,9
Realização de autoexame		
Sim	65	46,1
Não	76	53,9

Tab. 1 | *(continuação)*

Variáveis	n	%
Problema de saúde crónico		
Asma	9	52,9
Doença cardiovascular	2	11,8
Doença celíaca	1	5,9
Enxaqueca	1	5,9
Fibromialgia	1	5,9
Hipotiroidismo	1	5,9
Lipedema e linfedema	1	5,9
Pele atópica	1	5,9
Rinite alérgica	1	5,9
História de problemas de saúde mental		
Sim	43	30,5
Não	98	69,5
Acompanhamento psicológico ou psiquiátrico atual		
Sim	32	22,7
Não	109	77,3

3.2. Caracterização dos níveis de literacia em cancro

Na avaliação do conhecimento sobre o cancro, os participantes obtiveram uma pontuação média global de 14,55 pontos (DP = 5,87), num máximo possível de 28, correspondente a uma média de 52,0% de respostas corretas. A mediana foi de 14 pontos (AIQ = 7), tendo as pontuações observadas variado entre 0 e 28 pontos. A análise descritiva por tipo de cancro revelou medianas mais elevadas nos conteúdos relativos ao cancro da pele (Mdn = 3; AIQ = 2) e da mama (Mdn = 3; AIQ = 1). As medianas mais baixas foram observadas nos conteúdos relativos ao cancro do cólon e reto (Mdn = 1; AIQ = 1) e do estômago (Mdn = 1; AIQ = 2). Relativamente à dispersão, o conhecimento sobre o cancro do colo do útero apresentou a maior amplitude interquartil (Mdn = 2; AIQ = 3), evidenciando maior variabilidade das pontuações centrais. Os resultados obtidos a partir do teste de *Friedman* revelaram diferenças estatisticamente significativas nas pontuações de conhecimento entre os sete tipos de cancro avaliados, $\chi^2(6, N = 141) = 285{,}51$, $p < ,001$, com um efeito de magnitude moderada (W de *Kendall* = ,337). As estatísticas descritivas encontram-se apresentadas na Tabela 2.

Relativamente à perceção individual sobre o conhecimento relativo a cada tipo de cancro, numa escala de resposta de 1 a 10, os participantes atribuíram pontuações mais elevadas ao conhecimento sobre fatores de risco e de prevenção do cancro (Mdn = 6; AIQ = 4) e sobre o cancro da mama (Mdn = 6; AIQ = 4). Entre os tipos de cancro, a mediana mais baixa foi observada no cancro do cólon e reto (Mdn = 3; AIQ = 3,5), situando-se as medianas dos restantes domínios entre 4 e 5.

Adicionalmente, analisou-se a relação entre o conhecimento e a perceção do conhecimento sobre cada tipo de cancro, através do coeficiente de correlação de *Spearman*. Observaram-se associações positivas e estatisticamente significativas em seis dos sete domínios avaliados, indicando que os estudantes que consideravam saber mais tendiam a apresentar pontuações mais elevadas de conhecimento efetivo.

Os coeficientes de correlação mais elevados, sugestivos de associações moderadas a fortes, foram observados nos conteúdos relativos ao cancro do pulmão ($r_s = ,507$; $p < ,001$)

e do colo do útero (r_s = ,464; p < ,001). Verificaram-se também associações significativas nos domínios do cancro do cólon e reto (r_s = ,364; p < ,001), da mama (r_s = ,337; p < ,001), do estômago (r_s = ,319; p < ,001) e da pele (r_s = ,261; p = ,002). No domínio do cancro da próstata, a associação não atingiu significância estatística (r_s = ,157; p = ,062).

Tab. 2 | Caracterização do conhecimento efetivo e sua associação com o conhecimento percebido (N=141).

Conhecimento efetivo	M	Mdn	AIQ	Min	Max	r_s	p
Cancro do colo do útero	2,29	2	3	0	4	,464	<,001
Cancro da pele	2,82	3	2	0	4	,261	,002
Cancro da mama	2,72	3	1	0	4	,337	<,001
Cancro do cólon e reto	1,37	1	1	0	4	,364	<,001
Cancro do pulmão	2,08	2	2	0	4	,507	<,001
Cancro da próstata	1,77	2	1	0	4	,157	,062
Cancro do estômago	1,50	1	2	0	4	,319	<,001
Proporção de respostas corretas	0,52	0,50	0,25	0	1	_	_
Pontuação total	14,55	14	7	0	28	_	_

Nota. M = média; Mdn = mediana; AIQ = amplitude interquartil (P75 – P25); Mín. = mínimo observado; Máx. = máximo observado; r_s = correlação de *Spearman* entre o conhecimento efetivo e o conhecimento percebido (perceções - 1-10) no mesmo tipo de cancro. A proporção de respostas corretas corresponde à pontuação total dividida por 28.

3.3. Relação entre o conhecimento efetivo sobre o cancro e as características sociodemográficas e académicas

Nas análises subsequentes, considerou-se a componente de conhecimento efetivo da literacia em cancro, operacionalizada através da pontuação total de conhecimento do SKPaC (0–28). As estatísticas descritivas e os resultados das análises encontram-se apresentados na Tabela 3.

Relativamente às características sociodemográficas, observou-se uma associação positiva de fraca magnitude entre a idade e o conhecimento efetivo sobre o cancro. Não se identificaram diferenças estatisticamente significativas segundo o género.

Quanto às características académicas, observaram-se diferenças estatisticamente significativas segundo a área de formação. As comparações múltiplas, com correção de *Bonferroni*, indicaram que os estudantes da área da Saúde apresentaram pontuações superiores às dos estudantes de Psicologia e de outras áreas de formação (ambos os valores de *p* ajustados < ,001). Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre estes dois últimos grupos. Relativamente ao ciclo de estudos, não foram igualmente observadas diferenças estatisticamente significativas no conhecimento sobre o cancro.

Tab. 3 | Conhecimento sobre o cancro segundo as características sociodemográficas e académicas (N=141).

Variáveis	n	M	Mdn	AIQ	Estatística de teste	p	Tamanho do efeito
Idade	141				r_s = ,17	,047	—
Género							
Feminino	116	14,90	15	6,75	U = 1177; z = −1,48	,140	r = ,12
Masculino	25	12,92	14	5,50			
Área de formação							
Saúde	19	21,26	22	10	H(2) = 24,90	< ,001	ε^2 = ,18
Psicologia	77	13,18	14	6			
Outras áreas	45	14,04	14	8			
Ciclo de estudos							
CTeSP/1º ciclo	112	14,28	14	7	U = 1729,5; z = 1,16	,246	r = ,10
2º e 3º ciclos	27	15,96	15	6			

Nota. *M* = média; *Mdn* = mediana; AIQ = amplitude interquartil (Q3 − Q1); r_s = coeficiente de correlação de *Spearman*. U = teste de *Mann–Whitney*; H = teste de *Kruskal–Wallis*. Tamanhos de efeito: r = |z|/√N; ε^2 = H/(N − 1).

3.4. Relação entre o conhecimento efetivo sobre o cancro e atitudes e comportamentos de saúde

3.4.1. Comportamentos de deteção precoce do cancro

Os estudantes que referiram realizar autoexame apresentaram pontuações de conhecimento efetivo significativamente superiores às dos que não realizavam esta prática (Mdn = 16 vs. 13; U = 1460; z = −4,19; p < ,001), com um efeito de magnitude moderada (r = ,35).

De modo a analisar se o conhecimento efetivo contribuía para explicar a realização de autoexame para além das características dos participantes, foi conduzida uma regressão logística hierárquica (Tabela 4). No primeiro bloco, foram introduzidos o género, a área de formação (Saúde vs. restantes) e a idade, enquanto variáveis de controlo. No segundo bloco, foi introduzida a pontuação total da componente do conhecimento associado à literacia oncológica.

O primeiro bloco revelou-se estatisticamente significativo, $\chi^2(3)$ = 23,40, p < ,001, R^2 de *Nagelkerke* = ,20, classificando corretamente 64,5% dos participantes. Neste modelo, os participantes do género masculino (OR = 0,28; IC 95% [0,09; 0,82]; p = ,021) e os estudantes de outras áreas de formação não relacionadas com a saúde (OR = 0,18; IC 95% [0,05; 0,66]; p = ,010) apresentaram menor probabilidade de realizar autoexame, comparativamente às participantes do género feminino e aos estudantes da área da Saúde, respetivamente. Observou-se ainda uma associação positiva com a idade (OR = 1,13; IC 95% [1,00; 1,27]; p = ,049).

A introdução do conhecimento efetivo no segundo bloco resultou numa melhoria estatisticamente significativa do modelo, $\chi^2(1)$ = 7,88, p = ,005. O modelo final revelou-se estatisticamente significativo, $\chi^2(4)$ = 31,28, p < ,001, R^2 de *Nagelkerke* = ,27, com um ajustamento adequado aos dados (*Hosmer–Lemeshow*: $\chi^2(8)$ = 11,42, p = ,179), classificando corretamente 67,4% dos participantes. O conhecimento efetivo associou-se positivamente à realização de autoexame: por cada resposta correta adicional, as *odds* de realizar autoexame aumentaram 11% (OR = 1,11; IC 95% [1,03; 1,20]; p = ,008). O género

manteve-se associado à realização de autoexame, sendo esta mais provável entre as participantes do género feminino, comparativamente aos participantes do género masculino (OR = 0,28; IC 95% [0,09; 0,85]; p = ,025). Pelo contrário, a área de formação (OR = 0,36; IC 95% [0,09; 1,46]; p = ,153) e a idade (OR = 1,12; IC 95% [0,99; 1,27]; p = ,075) deixaram de apresentar associações estatisticamente significativas.

Numa análise de sensibilidade, a inclusão da história de doença oncológica no primeiro bloco não alterou os resultados, mantendo-se a associação entre o conhecimento efetivo e a realização de autoexame (OR = 1,11; IC 95% [1,03; 1,20]; p = ,010). Considerando o reduzido número de participantes que reportaram esta condição (n = 7), a variável não foi incluída no modelo final.

Tab. 4 | Contributo do conhecimento efetivo sobre o cancro para a realização de autoexame: regressão logística hierárquica (N = 141).

Preditores	B	EP	Wald	OR	IC 95%	p
Bloco 1						
Idade	0,12	0,06	3,86	1,13	[1,00; 1,27]	,049
Género (0 = Feminino; 1 = Masculino)	−1,28	0,55	5,34	0,28	[0,09; 0,82]	,021
Área de formação (0 = Saúde; 1 = Outras áreas[a])	−1,73	0,67	6,72	0,18	[0,05; 0,66]	,010
Bloco 2						
Idade	0,11	0,06	3,16	1,12	[0,99; 1,27]	,075
Género (0 = Feminino; 1 = Masculino)	−1,26	0,56	5,02	0,28	[0,09; 0,85]	,025
Área de formação (0 = Saúde; 1 = Outras áreas[a])	−1,02	0,72	2,04	0,36	[0,09; 1,46]	,153
Conhecimento efetivo	0,10	0,04	7,13	1,11	[1,03; 1,20]	,008

Nota. Variável dependente: realização de autoexame (0 = Não; 1 = Sim). [a]Outras áreas inclui Psicologia e restantes áreas de formação. B = coeficiente de regressão; EP = erro-padrão; OR = *odds ratio*; IC = intervalo de confiança.

3.4.2. Atitudes e comportamentos de promoção e proteção da saúde

Não se observaram associações estatisticamente significativas entre o conhecimento efetivo sobre o cancro e qualquer uma das dimensões das atitudes e comportamentos de saúde: exercício físico (r = −,08; p = ,355), nutrição (r = ,03; p = ,771), autocuidado (r = ,08; p = ,368) e uso de drogas e similares (r = ,01; p = ,899) (ver Tabela A1, Anexo 1).

3.5. Relação entre o conhecimento efetivo, as crenças de controlo face à saúde e os sintomas de depressão, ansiedade e *stress*

Atendendo à ausência de associação direta entre o conhecimento efetivo e as atitudes e comportamentos de promoção e proteção da saúde, e em linha com os objetivos estabelecidos, procurou-se explorar se as crenças de controlo face à saúde e os sintomas de depressão, ansiedade e *stress* poderiam constituir mecanismos potencialmente explicativos desta relação.

O conhecimento efetivo não se associou significativamente com os sintomas de depressão ($r = -,14$; $p = ,142$), ansiedade ($r = -,11$; $p = ,234$) e *stress* ($r = -,06$; $p = ,535$), nem com as crenças de controlo ($r = -,10$; $p = ,260$) ou com qualquer uma das crenças de capacidade (r entre −,06 e ,02; todos os $p > ,50$). Ainda assim, associou-se a algumas crenças de estratégia, nomeadamente, maiores níveis de conhecimento associaram-se a uma menor atribuição da saúde à sorte ($r = -,18$; $p = ,048$) e a causas desconhecidas ($r = -,20$; $p = ,029$), e a uma maior valorização dos estados emocionais ($r = ,27$; $p = ,002$), embora todas as associações se mostrassem fracas.

As dimensões das atitudes e comportamentos de promoção e proteção da saúde associaram-se predominantemente às crenças de controlo e de capacidade, com associações maioritariamente de magnitude fraca a moderada (|r| entre ,18 e ,35), sendo a associação mais forte entre as crenças de capacidade relativas ao esforço e os comportamentos relacionados com a nutrição ($r = ,58$; $p < ,001$). Os sintomas de depressão, ansiedade e *stress* associaram-se negativamente às crenças de capacidade, sobretudo às relativas aos estados emocionais, com associações de magnitude moderada a forte (r entre −,32 e −,56; $p < ,001$), e os sintomas de ansiedade e *stress* associaram-se ainda negativamente às crenças de controlo ($r = -,26$ e $r = -,22$, respetivamente; $p < ,05$). Observaram-se, por fim, associações positivas, de magnitude fraca, entre os sintomas de depressão, ansiedade e *stress* e as crenças de estratégia relativas a causas desconhecidas (r entre ,23 e ,25; $p < ,05$) (ver Tabela A1, Anexo 1).

Em síntese, embora as crenças de controlo e de capacidade se tenham associado às atitudes e comportamentos de promoção e proteção da saúde, o conhecimento efetivo não se associou a estas crenças nem aos sintomas de depressão, ansiedade e *stress*. Não se encontravam, assim, reunidas as condições para o estabelecimento de um efeito indireto, que requer a significância de cada um dos caminhos que o compõem (e.g., Yzerbyt et al., 2018), pelo que o modelo de mediação inicialmente previsto não foi conduzido.

4. Discussão

A literacia assume particular relevância em estudantes do Ensino Superior, enquanto grupo que, na sua maioria, se encontra numa fase desenvolvimental de consolidação de conhecimentos e de comportamentos relacionados com a saúde. Neste sentido, o presente estudo procurou caracterizar os níveis de literacia em cancro nesta população, identificar os fatores sociodemográficos e académicos associados ao conhecimento sobre a doença e compreender de que forma este se relaciona com as atitudes e comportamentos de saúde, considerando o papel das crenças de controlo face à saúde e dos sintomas de depressão, ansiedade e *stress*.

No que diz respeito ao conhecimento sobre o cancro, os resultados obtidos sugerem que existe margem para aprofundar os conhecimentos dos estudantes, uma vez que estes responderam corretamente a cerca de metade das questões de conhecimento. Estes resultados são consistentes com a literatura, que evidencia que quase metade dos adultos tem dificuldades na compreensão e utilização de informações de saúde (Skyring et al., 2023). Para além da pontuação global, observou-se um desempenho mais baixo nos conteúdos relativos ao cancro do cólon e reto e ao cancro do estômago. Estes resultados vão ao encontro do estudo de Barros et al. (2024), no qual o cancro do cólon e reto apresentou um dos piores desempenhos entre os tipos de cancro avaliados. Adicionalmente, Liu et al. (2019) verificaram níveis limitados de conhecimento sobre fatores de risco e sintomas associados ao cancro do estômago. Por oposição, o conhecimento mais elevado observado nos conteúdos relativos ao cancro da mama e da pele poderá refletir a maior visibilidade pública destes cancros e das respetivas campanhas de sensibilização. Estes resultados reforçam a utilidade de avaliar conteúdos específicos, uma vez que uma pontuação global poderá ocultar áreas de maior e menor conhecimento, permitindo identificar áreas que poderão beneficiar de intervenções orientadas à promoção da literacia em cancro e reforçando a importância de uma avaliação inicial das necessidades antes de definir os conteúdos dessas intervenções. Contudo, importa reconhecer que as diferenças observadas entre os domínios avaliados poderão refletir, em parte, a dificuldade das perguntas. Importa ainda considerar a relação entre o conhecimento percebido e o conhecimento efetivo sobre o cancro. As associações positivas observadas nos seis domínios avaliados indicam que os estudantes que percecionam possuir maior conhecimento tendem, de facto, a obter melhores resultados nas questões de conhecimento efetivo, resultado que vai ao encontro do observado por Barros et al. (2024). Contudo, as magnitudes das associações observadas não evidenciam uma correspondência perfeita entre estas duas dimensões, na medida em que o conhecimento percecionado não é necessariamente equivalente ao conhecimento demonstrado objetivamente. Neste sentido, a avaliação do conhecimento percebido, através da questão “quanto considera saber?”, fornece informação distinta daquela obtida através das questões de conhecimento efetivo. A consideração destas duas dimensões poderá, assim, ser particularmente útil na identificação de necessidades educativas e possíveis discrepâncias entre aquilo que os estudantes percecionam saber e o conhecimento que efetivamente possuem.

Relativamente aos fatores associados ao conhecimento efetivo, os estudantes da área da Saúde apresentaram níveis de conhecimento superiores aos dos restantes estudantes, resultado consistente com a literatura (Rosa et al., 2025) e que poderá refletir a exposição curricular a conteúdos biomédicos e oncológicos. Um aspeto particularmente relevante é a ausência de diferenças entre os estudantes de Psicologia e os de outras áreas de formação, o que sugere que os conteúdos relativos ao cancro poderão estar pouco presentes na formação destes estudantes, aspeto relevante atendendo ao papel que os psicólogos poderão vir a desempenhar no contexto da saúde e, em particular, na psico-oncologia. A associação fraca com a idade e a ausência de diferenças em função do género e do ciclo de estudos sugerem que a formação académica específica constituirá um fator mais determinante do conhecimento sobre o cancro do que as características sociodemográficas dos estudantes.

No que respeita aos comportamentos de deteção precoce, o conhecimento efetivo associou-se à realização de autoexame, mesmo após o controlo do género, da área de formação e da idade, o que sugere que o conhecimento sobre o cancro desempenha um papel próprio na adoção destes comportamentos (Aksoy et al., 2022; Hasi et al., 2025). Particularmente relevante é a perda de significância da associação entre a área de formação e a realização de autoexame após a introdução do conhecimento efetivo no modelo, o que poderá indicar que a maior frequência desta prática entre os estudantes da área da Saúde decorre, em parte, do conhecimento adquirido no seu percurso formativo (Aksoy et al., 2022). Por outro lado, a persistência da associação com o género sugere que o conhecimento, embora relevante, não é suficiente para explicar esta prática, podendo refletir normas socioculturais que promovem de forma desigual o autoexame mamário e testicular. Atendendo ao desenho transversal do estudo, não é, contudo, possível excluir uma relação inversa, na qual a prática de autoexame motive a procura de informação.

No que diz respeito à participação em programas de rastreio oncológico, a reduzida frequência observada na amostra (n = 3) impossibilitou a realização de comparações inferenciais. Este resultado é semelhante ao observado por Kocaoğlu e Güçlüel (2026), num estudo com estudantes da área das Ciências da Saúde, no qual apenas 2,6% dos participantes reportaram ter participado num programa de rastreio oncológico. Os estudantes do ensino superior tendem, frequentemente, a percecionar-se como estando em menor risco de desenvolver cancro (Kocaoğlu & Güçlüel, 2026). Neste sentido, a reduzida participação reportada em programas de rastreio da doença reforça a importância de promover a consciencialização sobre a deteção precoce do cancro nesta população. Contudo, estes resultados devem ser cautelosamente interpretados, tendo em consideração a idade dos participantes e os critérios de elegibilidade para os diferentes programas de rastreio, o que reforça que, nesta fase do ciclo de vida, o autoexame constitui o comportamento de deteção precoce mais acessível.

Em contraste, o conhecimento efetivo não se associou às atitudes e comportamentos de promoção e proteção da saúde, padrão que poderá ser compreendido à luz do princípio da compatibilidade (Ajzen & Fishbein, 1977): um conhecimento específico sobre o cancro parece relacionar-se com comportamentos igualmente específicos de deteção da doença, mas não com comportamentos de saúde de carácter mais geral, que dependerão de um

conjunto mais amplo de fatores. Em consonância com estes resultados, Diviani e Schulz (2014) identificaram associações entre a literacia em cancro e comportamentos diretamente relacionados com a prevenção da doença, mas não com um conjunto de comportamentos gerais de promoção da saúde, sugerindo que esta diferença poderá estar relacionada com a natureza mais abrangente destes últimos. Importa, contudo, considerar que a pontuação de conhecimento utilizada integra conteúdos heterogéneos — epidemiológicos, de rastreio, de tratamento e de fatores de risco —, verificando-se, ao nível dos itens, que as questões relativas aos fatores de risco associados aos estilos de vida se encontraram entre as que reuniram menor proporção de respostas corretas. Uma vez que é este conhecimento que se relaciona mais diretamente com os comportamentos de promoção e proteção da saúde, a sua reduzida expressão na amostra, bem como a sua diluição numa pontuação global, poderão ter contribuído para a ausência de associação observada. Acresce que não foram avaliadas as crenças acerca de causas míticas do cancro, que, ao direcionarem a atenção para fatores sem fundamento científico, poderão afastar os indivíduos da adoção de comportamentos efetivamente protetores (Munir et al., 2022; Smith et al., 2018).

A análise das crenças de controlo face à saúde contribui também para compreender este padrão. O conhecimento associou-se apenas a crenças de estratégia, com os estudantes com maior conhecimento a atribuírem menos a saúde e a doença à sorte e a causas desconhecidas, resultado consistente com a literatura que associa a literacia a menores níveis de fatalismo (Emanuel et al., 2016; Kobayashi & Smith, 2015). Contudo, o conhecimento não se associou às crenças de controlo nem de capacidade, que, por sua vez, se associaram às atitudes e comportamentos de saúde. À luz do modelo de Skinner (1995), estes resultados sugerem que o conhecimento poderá contribuir para uma compreensão mais precisa dos determinantes da saúde, sem se traduzir numa maior perceção de capacidade pessoal para agir, aspeto que parece mais associado à adoção de comportamentos de saúde, o que ajuda a compreender a ausência de condições para o estabelecimento de um efeito indireto. Do ponto de vista da intervenção, estes resultados sugerem a pertinência de combinar a transmissão de informação com estratégias orientadas para o desenvolvimento da autoeficácia, considerando que esta pode influenciar a adoção e a manutenção de comportamentos de saúde (Baik et al., 2020).

Relativamente aos sintomas de depressão, ansiedade e *stress*, o conhecimento efetivo não se associou diretamente a estes sintomas. Este resultado difere dos resultados observados por Jia et al. (2024), que referem que a educação para a prevenção do cancro poderá contribuir para reduzir o *stress* e a ansiedade associados ao medo do desconhecido. Contudo, os estudantes com maior conhecimento atribuíram menos a saúde e a doença a causas desconhecidas, crenças que, por sua vez, se associaram a mais sintomas de depressão, ansiedade e *stress*. Este padrão sugere que o conhecimento sobre o cancro poderá contribuir para tornar a doença menos imprevisível, reduzindo o receio associado ao desconhecido, hipótese que, não tendo sido testada no presente estudo, deverá ser explorada em investigações futuras. Por fim, as associações de maior magnitude observadas entre as crenças de capacidade relativas aos estados emocionais e os sintomas de depressão, bem como entre as crenças de capacidade relativas ao esforço e os comportamentos de nutrição, deverão ser cuidadosamente interpretadas,

dada a proximidade de conteúdo entre os itens destas escalas e os dos instrumentos utilizados para avaliar os sintomas e os comportamentos.

Em conjunto, os resultados do presente estudo sugerem que a literacia em cancro desempenha um papel relevante, mas circunscrito, nas atitudes e comportamentos de saúde dos estudantes do ensino superior: o conhecimento parece favorecer uma compreensão mais informada e menos fatalista da doença e a adoção de comportamentos específicos de deteção precoce, sem que tal se traduza, por si só, na adoção de estilos de vida promotores e protetores da saúde.

4.1. Limitações e Estudos Futuros

Apesar dos resultados obtidos, importa considerar algumas limitações do presente estudo. Primeiramente, foi utilizado um desenho transversal, o que impossibilita o estabelecimento de relações causais entre as variáveis, nomeadamente entre a literacia em cancro, as crenças de controlo face à saúde, os sintomas de depressão, ansiedade e *stress* e as atitudes e comportamentos de saúde.

Adicionalmente, a amostra, de conveniência, apresentou uma predominância significativa de participantes do género feminino, o que poderá limitar a generalização dos resultados. A dimensão da amostra constitui igualmente uma limitação no que diz respeito à representatividade da população, agravada pelo abandono progressivo ao longo do protocolo, que resultou em amostras de dimensão variável entre análises, e pela distribuição desigual dos participantes pelas áreas de formação, com uma predominância de estudantes de Psicologia e um número reduzido de estudantes da área da Saúde e de outras áreas de formação. Acresce que a reduzida frequência de participação em programas de rastreio oncológico impossibilitou a análise deste comportamento, e que o reduzido número de participantes com história pessoal ou familiar de cancro não permitiu explorar o papel desta experiência no conhecimento e nos comportamentos. Neste sentido, investigações futuras deverão considerar amostras mais amplas e diversificadas, de modo a aumentar a representatividade e a possibilidade de generalização dos resultados.

Outra limitação prende-se com a utilização de instrumentos de autorrelato para a avaliação das variáveis em estudo. Embora estes instrumentos permitam aceder às experiências reportadas pelos participantes, poderão estar sujeitos a enviesamentos de resposta, nomeadamente, à desejabilidade social. Algumas subescalas apresentaram ainda valores de consistência interna baixos, o que exige prudência na interpretação dos resultados que lhes dizem respeito. Por outro lado, a proximidade de conteúdo entre alguns itens das crenças de capacidade e os dos instrumentos utilizados para avaliar os sintomas e os comportamentos poderá ter influenciado algumas das associações observadas. Por fim, a utilização de uma pontuação global de conhecimento, que integra conteúdos heterogéneos, poderá ter diluído associações mais específicas, nomeadamente entre o conhecimento sobre os fatores de risco e os comportamentos de promoção e proteção da saúde.

Apesar destas limitações, o presente estudo oferece uma oportunidade e base para investigações futuras. Estudos posteriores poderão beneficiar de desenhos longitudinais e de intervenção, permitindo analisar a evolução da literacia em cancro ao longo do tempo, explorar possíveis relações causais e avaliar a eficácia de estratégias direcionadas à promoção e proteção da saúde. Poderá ser igualmente relevante avaliar de forma específica o conhecimento sobre os fatores de risco associados aos estilos de vida, bem como as crenças acerca de causas míticas do cancro, de modo a compreender de que forma estas crenças coexistem com o conhecimento cientificamente fundamentado e se se relacionam com a adoção de comportamentos protetores. Por último, a utilização de medidas mais próximas dos mecanismos sugeridos pelos resultados, como o *stress* percebido, que contempla a perceção de imprevisibilidade e de falta de controlo, ou a preocupação com o cancro, enquanto medida específica da doença, poderá permitir explorar com maior precisão a relação entre a literacia em cancro e os sintomas psicológicos, bem como o seu potencial papel explicativo na relação entre a literacia e a adoção de comportamentos de saúde.

Conclusão

Considerando a relevância da aquisição de conhecimentos sobre o cancro para a sua prevenção e deteção precoce, especialmente junto de estudantes do Ensino Superior, torna-se essencial compreender os níveis de literacia em cancro nesta população e os fatores que lhes estão associados. O presente estudo contribuiu para esse entendimento ao caracterizar o conhecimento sobre o cancro, identificar os fatores sociodemográficos e académicos associados a esse conhecimento e explorar a sua relação com as atitudes e comportamentos de saúde, considerando o papel das crenças de controlo face à saúde e dos sintomas de depressão, ansiedade e *stress*.

Os resultados sugerem que o conhecimento dos estudantes sobre o cancro apresenta margem de melhoria, sobretudo no que respeita a determinados tipos de cancro e aos fatores de risco comportamentais. Sugerem também que este conhecimento parece associar-se mais à formação académica do que às características sociodemográficas. O conhecimento associou-se, ainda, à realização de autoexame e a uma compreensão menos fatalista da saúde e da doença, mas não às atitudes e comportamentos de promoção e proteção da saúde, que se mostraram mais associados à perceção de capacidade pessoal para agir. Assim, o conhecimento sobre o cancro, embora relevante, poderá não ser suficiente para promover a adoção de comportamentos de saúde.

Do ponto de vista das implicações práticas, estes resultados sugerem que as intervenções de promoção da literacia em cancro dirigidas a estudantes do Ensino Superior deverão ir além de uma abordagem meramente informativa. Programas integrados que combinem conteúdos ajustados às lacunas identificadas com estratégias orientadas para o desenvolvimento da autoeficácia poderão ser mais eficazes na promoção de comportamentos de saúde. Os resultados apontam ainda para a pertinência de integrar conteúdos sobre o cancro na formação em Psicologia, atendendo ao papel que estes futuros profissionais poderão vir a desempenhar na promoção da saúde e no contexto da psico-oncologia.

Apesar de algumas limitações, este estudo apresenta contributos relevantes para a investigação em psico-oncologia, ao evidenciar que a promoção do conhecimento sobre o cancro, embora necessária, beneficiará de ser articulada com estratégias que capacitem os jovens para agir. Os dados obtidos poderão, assim, constituir uma base para futuras investigações que aprofundem os mecanismos através dos quais a literacia em cancro se traduz na adoção de comportamentos de saúde nesta população.

Referências

Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50*(2), 179-211. https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T

Ajzen, I. & Fishbein, M. (1977). Attitude-behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin, 84*(5), 888–918. https://doi.org/10.1037/0033-2909.84.5.888

Aksoy, C., Ihrig, A., Reimold, P., Tosev, G., Himmelsbach, R., Jesser, J., Babayigit, G., & Huber, J. (2022). Better Knowledge about Testicular Cancer Might Improve the Rate of Testicular (Self-)Examination: A Survey among 1,025 Medical Students in Germany. *Urologia Internationalis, 106(*10), 1056-1060. https://doi.org/10.1159/000525854

Aleksandrova, K., Pischon, T., Jenab, M., Bueno-de-Mesquita, H. B., Fedirko, V., Norat, T., Romaguera, D., Knüppel, S., Boutron-Ruault, M. C., Dossus, L., Dartois, L., Kaaks, R., Li, K., Tjønneland, A., Overvad, K., Quirós, J. R., Buckland, G., Sánchez, M. J., Dorronsoro, M., ... Boeing, H. (2014). Combined impact of healthy lifestyle factors on colorectal cancer: a large European cohort study. *BMC Medicine, 12*, 168. https://doi.org/10.1186/s12916-014-0168-4

Alyafei, A. & Easton-Carr, R. (2024). *The Health Belief Model of Behavior Change*. StatPearls Publishing.

Baik, S. H., Oswald, L. B., Buitrago, D., Buscemi, J., Iacobelli, F., Perez-Tamayo, A., Guitelman, J., Diaz, A., Penedo, F. J., & Yanez, B. (2020). Cancer-Relevant Self-Efficacy Is Related to Better Health-Related Quality of Life and Lower Cancer-Specific Distress and Symptom Burden Among Latina Breast Cancer Survivors. International *Journal of Behavioral Medicine, 27*(4), 357-365. 10.1007/s12529-020-09890-9

Barros, A. C. R. (2014). *Health Communication: A New Model to Promote Cancer Prevention Campaigns at Schools* [Doctoral dissertation, Faculdade de Ciências da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/99729/2/34931.pdf

Barros, A., Moreira, L., Santos, H., Ribeiro, N., & Santos-Silva, F. (2018). Development of a Measurement Tool to Assess Students' Knowledge and Perceptions About Cancer (SKPaC). *Journal of Cancer Education, 34*(3), 556–561. https://doi.org/10.1007/s13187-018-1341-9

Barros, A., Pereiro, M., & Espanha, R. (2024). Assessing Cancer Knowledge among Health Students in Portugal. *Portuguese Journal of Public Health, 43*(1), 5-13. https://doi.org/10.1159/000542196

Bernardes, S. F. & Lima, M. L. (2008). Questionário de Crenças de Controlo face à Saúde (QCCS): Processo de desenvolvimento e validação de um instrumento. *Laboratório de Psicologia, 6*(1), 93-108. https://doi.org/10.14417/lp.695

Bosnjak, M., Ajzen, I., & Schmidt, P. (2020). The Theory of Planned Behavior: Selected Recent Advances and Applications. *European Journal of Psychology, 16*(3), 352-356. https://doi.org/10.5964/ejop.v16i3.3107

Bray, F., Laversanne, M., Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R., Soerjomataram, I., & Jemal, A. (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians, 74(*3), 229-263. https://doi.org/10.3322/caac.21834

Brindis, C. D. (2017). Setting the Stage: Advancing a Cancer Prevention Agenda for Young Adults. *American Journal of Preventive Medicine, 53*(3), 1–4. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.04.026

Carpenter, C. J. (2010). A Meta-Analysis of the Effectiveness of Health Belief Model Variables in Predicting Behavior. *Health Communication, 25*(8), 661-669. https://doi.org/10.1080/10410236.2010.521906

Casey, R. G., Grainger, R., Butler, M. R., McDermott, T. E., & Thornhill, J. A. (2010). Public Awareness of Testis Cancer and the Prevalence of Testicular Self-examination—Changing Patterns Over 20 Years. *Urology, 76*(4), 915-918. https://doi.org/10.1016/j.urology.2010.03.022

Chinn, D. (2011). Critical health literacy: A review and critical analysis. *Social Science & Medicine, 73*(1), 60-67. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.04.004

Clement-Suárez, V. J., Beltrán-Velasco, A. I., Redondo-Flórez, L., Martín-Rodrígues, A., & Tornero-Aguilera, J. F. (2023). Global Impacts of Western Diet and Its Effects on Metabolism and Health: A Narrative Review. *Nutrients, 15*(12), 2749. https://doi.org/10.3390/nu15122749

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Colditz, G. A. & Wei, E. K. (2012). Preventability of cancer: the relative contributions of biologic and social and physical environmental determinants of cancer mortality. *Annual Review of Public Health, 33*, 137-156. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031811-124627

Conner, M., Wilding, S., & Norman, P. (2024). Does Intention Strength Moderate the Intention–Health Behavior Relationship for Covid-19 Protection Behaviors? *Annals of Behavioral Medicine, 58*(2), 92-99. https://doi.org/10.1093/abm/kaad062

Diviani, N. & Schulz, P. J. (2011). What should laypersons know about cancer? Towards an operational definition of cancer literacy. *Patient Education and Couseling, 85*(3), 487-492. https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.08.017

Diviani, N. & Schulz, P. J. (2012). First insights on the validity of the concept of Cancer Literacy: a test in a sample of Ticino (Switzerland) residents. *Patient Education and Counseling, 87*(2), 152–159. https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.08.016

Diviani, N. & Schulz, P. J. (2014). Association between Cancer Literacy and Cancer-Related Behaviour: Evidence from Ticino, Switzerland. *Journal of Public Health Research, 3*(2), 295. https://doi.org/10.4081/jphr.2014.295

Dolezel, D., Shanmugam, R., & Morrison, E. E. (2018). Are college students health literate? *Journal of American College Health, 68(*3), 242-249. https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1539001

Emanuel, A. S., Godinho, C. A., Steinman, C., & Updegraff, J. (2016). Education differences in cancer fatalism: The role of information-seeking experiences. *Journal of Health Psychology, 23*(12), 1533-1544. https://doi.org/10.1177/1359105316664129

Fleary, S. A., Paasche-Orlow, M. K., Joseph, P., & Freund, K. M. (2019). The Relationship between Health Literacy, Cancer Prevention Beliefs, and Cancer Prevention Behaviors. *Journal of Cancer Education, 34*(5), 958-965. https://doi.org/10.1007/s13187-018-1400-2

Fonnes, T., Telle, I. O., Forsse, D., Falck, R., Trovik, J., Haldorsen, I. S., & Krakstad, C. (2021). Cancer awareness in the general population varies with sex, age and media coverage: A population-based survey with focus on gynecologic cancers. European *Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 256*, 25-31. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.10.051

GBD 2019 Cancer Risk Factors Collaborators. (2022). The global burden of cancer attributable to risk factors, 2010-19: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet, 400*(10352), 563-591. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01438-6

Gonçalves-Fernández, M. L. & Pino-Juste, M. (2025). Health literacy in healthy adults: A systematic review of recent evidence. *Atención Primaria, 57*(11). 103300. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2025.103300

Hasi, S. N., Tabassum, S., Arny, R. T., Pervin, M. D., Hossain, M. G., Hasan, F., & Kibria, M. K. (2025). Breast Cancer Knowledge and Self-Examination Practices Among University Female Students in Dinajpur, Bangladesh: A Cross-Sectional Study. *Health Science Reports, 8*(7), e71048. https://doi.org/10.1002/hsr2.71048

Hettler, B. (1982). Wellness Promotion on a University Campus. *Family & Community Health, 3*(1), 77-95. https://doi.org/10.1097/00003727-198005000-00008

Hudson, L., Samons, K. M., Dicken, H. E., Prichard, C., Weiss, L. T., Edward, J., Vanderpool, R. C., & Vanderford, N. L. (2021). A Brief Educational Intervention Enhances Basic Cancer Literacy Among Kentucky Middle and High School Students. *Journal of Cancer Education, 36*(4), 735-740. https://doi.org/10.1007/s13187-020-01696-3

International Agency for Research on Cancer. (2026). *Global Cancer Observatory: Cancer Tomorrow.* https://gco.iarc.who.int/tomorrow/en

Isonne, C., Sinopoli, A., Pistollato, A., Sciurti, A., Iera, J., Migliara, G., Marzuillo, C., Villari, P., & Baccolini, V. (2025). Does cancer literacy predict cancer screening intention or uptake? A systematic review. *Patient Education and Counseling, 141*, 109346. https://doi.org/10.1016/j.pec.2025.109346

Jia, L., Du, Q., Huang, Q., & Pang, Y. (2024). The impact of cancer prevention education on the mental health of college students based on the difference-in-differences method. *Frontiers in Public Health, 12,* 1446225. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1446225

Khamjan, N. A., Ahmed, F. A., Madkhali, N. M., Ayyoub, L. A., Dighriri, R. Y., Kariri, K. A., Kamli, H., & Shubayr, N. (2023). Evaluation of the Knowledge of the Most Common Cancers Among Health Students at Jazan University, Saudi Arabia: A

Cross-Sectional Study. *Cureus, 15*(9), e44871. https://doi.org/10.7759/cureus.44871

Koay, K., Schofield, P., & Jefford, M. (2012). Importance of health literacy in oncology. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology, 8*(1), 14-23. https://doi.org/10.1111/j.1743-7563.2012.01522.x

Kobayashi, L. C. & Smith, S. G. (2015). Cancer Fatalism, Literacy, and Cancer Information Seeking in the American Public. *Health Education & Behavior, 43*(4), 461-470. https://doi.org/10.1177/1090198115604616

Kocaoğlu, B. A. & Güçlüel, Y. Ö. (2026). Assessment of cancer awareness levels among health sciences students. *BMC Public Health, 26*(1), 2507. https://doi.org/10.1186/s12889-026-28166-7

Konfortion, J., Jack, R. H., & Davies, E. A. (2014). Coverage of common cancer types in UK national newspapers: a content analysis. *BMJ Open, 4*(7), e004677. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004677

Kuhn, L., Bachert, P., Hildebrand, C., Kunkel, J., Reitermayer, J., Wasche, H., & Woll, A. (2022). Health Literacy Among University Students: A Systematic Review of Cross-Sectional Studies. *Frontiers in Public Health, 9*, 680999. https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.680999

Lei n.º 58/2019 de 8 de agosto. (2019). *Diário da República* n.º 151/2019, Série I. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/58-2019-123815982

Liu, Q., Zeng, X., Wang, W., Huang, R. L., Huang, Y. J., Liu, S., Huang, Y. H., Wang, Y. X., Fang, Q. H., He, G., & Zeng, Y. (2019). Awareness of risk factors and warning symptoms and attitude towards gastric cancer screening among the general public in China: a cross-sectional study. *BMJ Open, 9*(7), e029638. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029638

Lovibond, S. H. & Lovibond, P. F. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories, *Behaviour Research and Therapy, 33*(3), 335-343. https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U

Lu, X. N., Du, H. Z., Zhang, T. F., Chen, M. C., Li, Z. N., & Luo, B. (2022). Meta-Analysis of the Breast Cancer Risk Associated with Three Dietary Patterns. *Journal of Nutritional Oncology, 7*(3), 136-152. https://doi.org/10.34175/jno202203004

Mabotja, M. C., Levin, J., & Kawonga, M. (2021). Beliefs and perceptions regarding cervical cancer and screening associated with Pap smear uptake in Johannesburg: A cross-sectional study. *PLoS ONE, 16*(2), e0246574. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246574

Mancuso, J. M. (2008). Health literacy: A concept/dimensional analysis. *Nursing & Health Sciences, 10*(3), 248-255. https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2008.00394.x

Montaño, D. E. & Kasprzyk, D. (2015). Theory of reasoned action, theory of planned behavior, and the integrated behavioral model. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath. (Eds.), *Health behavior: Theory, research, and practice* (5th ed., pp. 95–124). Jossey-Bass/Wiley.

Morris, N. S., Field, T. S., Wagner, J. L., Cutrona, S. L., Roblin, D. W., Gaglio, B., Williams, A. E., Han, P. J. K., Costanza, M. E., & Mazor, K. M. (2013). The Association Between Health Literacy and Cancer-Related Attitudes, Behaviors, and Knowledge. *Journal of Health Communication, 18*(1), 223-241. https://doi.org/10.1080/10810730.2013.825667

Munir, R., Noureen, N., Bashir, M., Shoaib, N., Ashraf, A., Lisec, J., & Zaidi, N. (2022). Cancer Awareness Measure (CAM) and Cancer Awareness Measure Mythical Causes Scale (CAM-MY) scores in Pakistani population. *Scientific Reports, 12*(1), 8887. https://doi.org/10.1038/s41598-022-13012-8

National Cancer Institute. (2021). *What is Cancer?* https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International, 15*(3), 259-267. https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259

Pais-Ribeiro, J. (2004). Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e proteção da saúde e com a prevenção das doenças. *Análise Psicológica, 22*(2), 387-397. https://doi.org/10.14417/ap.199

Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde e Doenças, 5(*1), 229-239. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36250207

Paiva, D., Silva, S., Severo, M., Moura-Ferreira, P., Lunet, N., & Azevedo, A. (2017). Limited Health Literacy in Portugal Assessed with the Newest Vital Sign. *Acta Médica Portuguesa, 30*(12), 861-869. https://doi.org/10.20344/amp.9135

Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 34*(3), 259-275. https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002

Pedro, A. R., Rosário, R., Monteiro, I., Cerqueira, M., Roque, S., Assunção, V., Brandão, D., Escoval, A., & Ferreira, P. L. (2022). Health literacy in higher education students: findings from a Portuguese study. *The European Journal of Public Health, 32*(3), ckac130.140. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac130.140

Peters, R. M. & Templen, T. N. (2010). Theory of Planned Behavior, Self-Care Motivation, and Blood Pressure Self-Care. *Research and Theory for Nursing Practice, 24*(3), 172-186. https://doi.org/10.1891/1541-6577.24.3.172

Ramírez, A. S., Freres, D., Martinez, L. S., Lewis, N., Bourgoin, A., Kelly, B. J., & Lee, C. J. (2013). Information Seeking From Media and Family/Friends Increases the Likelihood of Engaging in Healthy Lifestyle Behaviors. *Journal of Health Communication, 18*(5), 527-542. https://doi.org/10.1080/10810730.2012.743632

Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016. (2016). *Jornal Oficial da União Europeia*, L 119, 1–88. https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj

Romeo-Cervera, P., Vanaclocha-Espí, M., Gandía-Prat, M., García-Sauret, Ó., Pinto-Carbó, M., Pablo-Pardo, T., Ahmed, F., Seum, T., Fonseca, C., Broucke, S. V., Comesana, H. R., Yared, W., Lopez-Espinosa, M. J., & Molina-Barceló, A. (2026). Cancer prevention literacy in Europe: a cross-sectional study. *European Journal of Public Health, 36*(4), ckag132. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckag132

Rosa, A., Pereira, A., & Carapeto, M. J. (2025). Cancer Literacy Among Youth University Students and Motivations for Volunteering. *Psychology International, 7*(1), 23. https://doi.org/10.3390/psycholint7010023

Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly, 15*(2), 175-183. https://doi.org/10.1177/109019818801500203

Ryman, C., Warnicke, C., Hugosson, S., Zakrisson, A. B., & Dahlberg, K. (2024). Health literacy in cancer care: A systematic review. *European Journal of Oncology Nursing, 70*, 102582. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2024.102582

Serin, N. B., Serin, O., & Şahin, F. S. (2010). Factors affecting the locus of control of the university students. *Procedia – Social and Behavioral Sciences, 2*(2), 449-452. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.03.041

Shahab, L., McGowan, J. A., Waller, J., & Smith, S. G. (2018). Prevalence of beliefs about actual and mythical causes of cancer and their association with socio-demographic and health-related characteristics: Findings from a cross-sectional survey in England. *European Journal of Cancer, 103,* 308-316. https://doi.org/10.1016/j.ejca.2018.03.029

Sharp, L., Dodlek, N., Willis, D., Leppänen, A., & Ullgren, H. (2023). Cancer prevention literacy among different population subgroups: Challenges and enabling factors for adopting and complying with cancer prevention recommendations. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*(10), 5888. https://doi.org/10.3390/ijerph20105888

Silveira, A., Ferreira, P. L., Vieira, M., Andrade, S., Mancelos, C., & Sequeira, T. (2023). Health Literacy and Oral Oncology study on the HPV Risk Factor in a Portuguese University. *Journal of Oncology Research and Therapy, 8*, 10173 https://doi.org/10.29011/2574-710X.10173

Skinner, E. A. (1995). *Perceived control, motivation, & coping.* Sage Publication. https://doi.org/10.4135/9781483327198

Skyring, T. A., Abbott, K., Mullan, J. R., & Mansfield, K. J. (2023). Health literacy, cancer literacy, comprehensions and knowledge among men attending a urology clinic. *Journal of Men´s Health, 19*(7), 16-23. https://doi.org/10.22514/jomh.2023.053

Smith, S. G., Beard, E., McGowan, J. A., Fox, E., Cook, C., Pal, R., Waller, J., & Shahab, L. (2018). Development of a tool to assess beliefs about mythical causes of cancer: the Cancer Awareness Measure Mythical Causes Scale. *BMJ Open, 8*(12), e022825. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022825

Sørensen, K., Broucke, S. V., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health, 12*, 80. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80

Sørensen, K., Makaroff, L. E., Myers, L., Robinson, P., Henning, G. J., Gunther, C. E., & Roediger, A. E. (2020). The call for a strategic framework to improve cancer literacy in Europe. *Archives of Public Health, 78*(1), 60. https://doi.org/10.1186/s13690-020-00441-y

Stoltzfus, J. C. (2011). Logistic Regression: A Brief Primer. *Academic Emergency Medicine, 18*(10), 1099-1104. https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2011.01185.x

Sung, H., Filho, A. M., Laversanne, M., Ferlay, J., Siegel, R. L., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2026). Global cancer statistics 2024: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 34 cancers in 186 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians, 76(*4), e70090. https://doi.org/10.3322/caac.70090

Sun, W., Ma, X., Zhang, A., Wang, Y., Fan, B., Zhang, H., Yu, H., & Wang, H. (2025). The Relationship Between Cancer Cognition, Coping Ability and Behavioral Intention of Secondary Cancer Prevention Among Rural Residents in Shandong Province. *Risk Management and Healthcare Policy, 18*, 2701-2711. https://doi.org/10.2147/RMHP.S533410

Swoboda, C. M., Pardi, O., & McAlearney, A. S. (2025). Beliefs about the effects of health behaviors on cancer risk: findings from the 2022 Health Information National Trends Survey. *Cancer Causes & Control, 36*, 1599-1608. https://doi.org/10.1007/s10552-025-02051-x

Tate, D. F., LaRose, J. G., Griffin, L. P., Erickson, K. E., Robichaud, E. F., Perdue, L., Espeland, M. A., & Wing, R. R. (2014). Recruitment of young adults into a randomized controlled trial of weight gain prevention: message development, methods, and cost. *Trials, 15*, 326. https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-326

Tiongco, R. E., Castro, E. J., Baco, A. D., Casiguran, S., Jesus, M. A., Dimatulac, E., Ferreras, J. D., Gilbuena, C., Sunglao, A. R., & Santillan, J. (2024). Knowledge, practices, and perceived barriers on breast self-examination of female college students: Experience from a local higher education institution. *Journal of Education and Health Promotion, 13*, 413. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1879_23

Uncu, F., Evcimen, H., Çiftci, N., & Yildiz, M. (2025). Relationship between health literacy, health fatalism and attitudes towards cancer screenings: latent profile analysis. *BMC Public Health, 25*(1), 2056. https://doi.org/10.1186/s12889-025-23277-z

UNESCO Institute for Statistics. (2014). *Áreas de Educação e Formação da Cite 2013 (CITE-F 2013).* https://estatistica.dgeec.mec.pt/docs/docs_cdr/ÁREAS_EDUCAÇÃO_E_FORMAÇÃO_ISCED_2013_PT_31_03_2017.pdf

Vineis, P. & Wild, C. P. (2014). Global cancer patterns causes and prevention. *The Lancet, 383,* 549-557. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62224-2

World Health Organization. (2024a). *Health Literacy.* https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy

World Health Organization. (2024b). *Preventing Cancer*. https://www.who.int/activities/preventing-cancer

Yang, Y. C., Johnson, M. P., Schorpp, K. M., Boen, C. E., & Harris, K. M. (2017). Young Adult Risk Factors for Cancer: Obesity, Inflammation, and Sociobehavioral Mechanisms. *American Journal of Preventive Medicine, 53(*3), 21-29. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.04.025

Yzerbyt, V., Muller, D., Batailler, C., & Judd, C. M. (2018). New recommendations for testing indirect effects in mediational models: The need to report and test component paths. *Journal of Personality and Social Psychology, 115*(6), 929–943. https://doi.org/10.1037/pspa0000132

Zhang, S., Zhu, W., Chen, B., Tang, T., Tao, Z., Li, X., Hua, T., & Ju, N. (2021). Relationship between demographic factors, health education, breast cancer-related knowledge, attitudes, and breast self-examination behavior among Chinese female college student: A structural equation analysis. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research, 47(*12), 4440-4449. https://doi.org/10.1111/jog.15064

Zhang, Y. B., Pan, X. F., Chen, J., Cao, A., Zhang, Y. G., Xia, L., Wang, J., Li, H., Liu, G., & Pan, A. (2020). Combined lifestyle factors, incident cancer, and cancer mortality: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *British Journal of Cancer, 122*(7), 1085-1093. https://doi.org/10.1038/s41416-020-0741-x

Anexos

Anexo 1 – Matriz de correlações associada às variáveis em estudo

Tab. 1 | Correlações entre o conhecimento efetivo, as crenças de controlo face à saúde, as atitudes e comportamentos de promoção e proteção da saúde e os sintomas de depressão, ansiedade e *stress.*

Variáveis	n	*M (DP)*	*α*	Conhec.	EF	Nutri	Autoc.	Drogas	Dep.	Ans.	*Stress*
Conhecimento efetivo	141	14,55 (5,87)	,87	—	−,08	,03	,08	,01	−,14	−,11	−,06
Crenças de controlo face à saúde (QCCS)											
Crenças de controlo	122	2,86 (0,52)	,79	−,10	,27**	,20*	,13	,18*	−,18	−,26**	−,22*
Crenças de estratégia											
Esforço	122	3,14 (0,45)	,50	,17	−,03	−,07	,08	,35**	−,08	−,10	−,07
Atributos	122	2,87 (0,50)	,74	−,06	−,09	−,09	−,11	,04	,02	,11	,07
Outros poderosos	122	2,54 (0,55)	,65	,06	−,02	−,04	,00	,10	,08	,07	,14
Sorte	122	1,97 (0,62)	,80	−,18*	,15	,03	−,18*	−,09	,05	,12	,13
Estados emocionais	122	3,25 (0,54)	,73	,27**	−,08	−,01	,16	,18	,03	,03	,11
Causas desconhecidas	122	2,25 (0,64)	,76	−,20*	,01	,15	−,07	−,20*	,22*	,25**	,25**
Crenças de capacidade											
Esforço	122	2,88 (0,52)	,75	,02	,23*	,58**	,22*	,10	−,24**	−,20*	−,24**
Atributos	122	2,97 (0,61)	,85	−,04	,23*	,09	,05	,20*	−,22*	−,30**	−,28**
Outros poderosos	122	3,56 (0,64)	,90	,02	−,01	,05	,16	,20*	−,21*	−,09	−,01
Sorte	122	3,04 (0,61)	,81	−,06	,19*	,00	,05	,32**	−,15	−,13	−,10
Estados emocionais	122	3,40 (0,58)	,85	,00	,00	,20*	,26**	,20*	−,56**	−,32**	−,34**

Nota. Coeficientes de correlação de Pearson. *n* = número de respostas válidas em cada variável (n = 141 no SKPaC; n = 122 no QCCS; n = 132 no QACS; n = 118 na EADS-21). O número de participantes variou entre instrumentos devido ao abandono progressivo do preenchimento do protocolo de avaliação, pelo que cada coeficiente foi calculado com base nos participantes com respostas válidas em ambas as variáveis (exclusão par a par), variando entre 118 e 141. *M* = média; *DP* = desvio-padrão; α = alfa de Cronbach; Conhec. = conhecimento efetivo; EF = exercício físico; Nutr. = nutrição; Autoc. = autocuidado; Drogas = uso de drogas e similares; Dep. = depressão; Ans. = ansiedade.

* $p < ,05$; ** $p < ,01$.

Anexo 2 – Consentimento informado

Por favor, antes de iniciar a sua participação, leia com atenção a seguinte informação:

O presente estudo realiza-se no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Portucalense Infante D. Henrique. A equipa de investigação é constituída pela estudante Marta Esteves, sob orientação da Profª Doutora Ana Bártolo e coorientação da Profª Doutora Sara Fernandes da Universidade Portucalense. O projeto segue as recomendações do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), serão respeitadas as regras de privacidade dos participantes e garantida a segurança e confidencialidade das informações recolhidas. O estudo encontra-se ainda em conformidade com as orientações éticas da Declaração de Helsínquia para a condução de uma investigação científica.

Objetivos do Estudo: Este estudo apresenta como principais objetivos (i) Caracterizar os níveis de literacia em cancro nos estudantes do ensino superior; (ii) Explorar a relação entre os níveis de literacia e variáveis sociodemográficas e clínicas; (iii) Analisar a relação entre os níveis de literacia, distress psicológico, crenças e intenções comportamentais para a promoção e proteção da saúde.

A quem se dirige?: (i) estudantes do Ensino Superior; (ii) com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos; (iii) a frequentar uma instituição portuguesa de ensino superior; (iv) falantes nativos de língua portuguesa.

Procedimento: A participação no estudo envolve o preenchimento de um inquérito constituído por um conjunto de questionários que avaliam os conhecimentos e perceções sobre o cancro, as crenças face à saúde, as intenções comportamentais e os níveis de stress, ansiedade e depressão. A duração estimada para este procedimento é de, aproximadamente, 30 minutos.

Condições de participação: A participação é de carácter voluntário podendo desistir do estudo a qualquer momento, mesmo após a aceitação do consentimento informado, sem qualquer prejuízo para si.

Potenciais riscos e benefícios da participação: Este projeto integra questões emocionalmente relevantes que poderão causar-lhe algum desconforto ou ativação emocional, devido à sensibilidade do tema. Caso isso se verifique, poderá contactar a equipa de investigação que estará disponível para encontrar alternativas de apoio para a estabilização dos sintomas reportados. O desenvolvimento deste estudo potenciará

significativamente o avanço do conhecimento científico no campo da psico-oncologia. Permitirá ainda promover uma melhor compreensão da literacia em cancro, a promoção de comportamentos de saúde e o desenvolvimento de intervenções e estratégias mais eficazes neste âmbito.

Tratamento da informação: Os dados recolhidos serão usados apenas para fins de investigação e serão assegurados cuidados éticos de confidencialidade, privacidade e anonimato da sua identidade. O tratamento dos dados será da responsabilidade da estudante Marta Esteves, sob a orientação e supervisão da equipa de orientação, Profª Doutora Ana Bártolo e Profª Doutora Sara Fernandes. Os dados anonimizados recolhidos poderão ser ainda apresentados em trabalhos académicos (dissertação de mestrado), eventos científicos e/ou publicados em revistas internacionais em forma agrupada, nunca estando associados à identificação do participante. Os elementos responsáveis pelo tratamento de dados terão acesso a estes apenas durante o período de vigência do projeto, sendo este o período de conservação dos dados.

Contactos/Esclarecimentos: A equipa encontra-se disponível para esclarecer qualquer dúvida sobre o estudo, através dos seguintes endereços de email: Marta Esteves (44821@alunos.upt.pt) e Profª Doutora Ana Bártolo (ana.bartolo@upt.pt).

Ao selecionar "SIM" na caixa abaixo apresentada:

(i) declaro que tenho 18 anos ou mais, que tomei conhecimento dos objetivos do estudo e que compreendi os procedimentos associados à minha participação no mesmo.

(ii) declaro também que tive oportunidade de ler na íntegra o consentimento informado, que o considero explícito e concordo com o seu conteúdo, aceitando assim participar livremente neste estudo.

(iii) confirmo que me foi garantido o direito de desistir a qualquer momento do estudo, sem qualquer prejuízo para mim, e que todos os dados recolhidos serão anónimos e confidenciais, dando cumprimento ao estipulado no Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) e na sua Lei de Execução Nacional.

Se responder "NÃO" a sua participação termina por aqui.

Anexo 3 – Questionário sociodemográfico

Grupo I – Caracterização Sociodemográfica

1. Idade atual (em anos): _____

2. Género:

☐ Feminino

☐ Masculino

☐ Outro: _____

3. Nacionalidade

☐ Portuguesa

☐ Outro: _____

4. Área de residência:

☐ Norte

☐ Centro

☐ Lisboa e Vale do Tejo

☐ Alentejo

☐ Algarve

☐ Região Autónoma da Madeira

☐ Região Autónoma dos Açores

☐ Outro: _____

5. Estado Civil:

☐ Solteiro/a

☐ Casado/a

☐ Divorciado/a

☐ Viúvo/a

☐ União de Facto

☐ Outro: _____

6. Instituição de ensino que frequenta: _____

7. Ciclo de estudos que frequenta:

- ☐ Curso Técnico Superior Profissional (CTeSP)
- ☐ Licenciatura
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutoramento
- ☐ Outro: _____

8. Área científica do curso que frequenta:

- ☐ Educação
- ☐ Artes e Humanidades
- ☐ Ciências sociais, jornalismo e informação
- ☐ Ciências empresariais, administração e direito
- ☐ Ciências naturais, matemática e estatística
- ☐ Tecnologias da informação e comunicação
- ☐ Engenharia, indústrias transformadoras e construção
- ☐ Agricultura, silvicultura, pescas e ciências veterinárias
- ☐ Saúde e proteção social
- ☐ Serviços

9. Curso: _____

10. Ano de frequência:

- ☐ 1º ano
- ☐ 2º ano
- ☐ 3º ano
- ☐ 4º ano

11. Apresenta estatuto de trabalhador-estudante?

- ☐ Sim
- ☐ Não

12. Durante o ano letivo, reside fora da sua área de residência?

☐ Sim

☐ Não

Grupo II – Caracterização de Aspetos Clínicos

13. Tem história de diagnóstico de doença oncológica?

☐ Sim

☐ Não

13.1. (Se sim) Em que fase se encontra a doença?

☐ Fase inicial de diagnóstico

☐ Fase de tratamento

☐ Fase de remissão

14. Tem alguma outra doença crónica diagnosticada por um profissional de saúde?

☐ Sim

☐ Não

14.1. (Se sim): Indique qual(ais):

☐ Asma

☐ Diabetes

☐ Hipertensão

☐ Doença renal

☐ Doença cardiovascular

☐ Outro: _____

15. Já participou em algum programa de rastreio de oncológico?

☐ Sim

☐ Não

15.1. (Se sim): Especifique qual o programa em que participou? _____

16. Costuma fazer autoexame (e.g., palpação da mama; palpação dos testículos)?

☐ Sim

☐ Não

17. Teve ou tem alguma doença psicológica ou psiquiátrica (e.g., depressão, perturbações de ansiedade, perturbações alimentares…)?

☐ Sim

☐ Não

17.1. (Se sim): Qual(ais)? _____

18. Atualmente, recebe acompanhamento psicológico ou psiquiátrico?

☐ Sim

☐ Não

18.1. (Se sim): Qual o motivo do acompanhamento? _____



UNIVERSIDADE
PORTUCALENSE

Do conhecimento à prática.